

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JANEL BERNARDES DA SILVA

As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde
na atenção básica.

Ribeirão Preto

2012

JANEL BERNARDES DA SILVA

As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde
na atenção básica.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, políticas e
saberes em saúde

Orientador: Silvia Matumoto

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Jael Bernardes da

As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica.. Ribeirão Preto, 2012.

155 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Sílvia Matumoto

1. Fitoterapia. 2. Plantas Medicinais. 3. Programa de Saúde da Família. 4. Trabalho. 5. Profissionais de saúde.

SILVA, Jael Bernardes da

As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Minha alegria pela concretização deste sonho é entrelaçada à gratidão e gera em mim um desejo de poder retribuir à sociedade e àqueles que fizeram parte deste momento a riqueza de vida e conhecimento adquiridos nesses dois anos de mestrado. Meu desejo é que tudo que foi aprendido, apreendido e vivido sirva para ajudar a melhorar as condições de saúde, e, portanto de vida, das pessoas dos lugares por onde irei exercer a profissão que escolhi, que é também para mim uma paixão.

Agradeço...

A Deus, pelo seu amor cada dia mais expresso através da vida daqueles que me rodeiam, por sua fidelidade, por me dar sonhos e me sustentar para vivê-los. Ao Senhor meu coração, gratidão e vida. Que minha vida honre ao Senhor.

Aos meus pais, Uilson e Gislene, não consigo colocar em palavras o quanto amo vocês e como sou grata por serem instrumento do amor de Deus na minha vida. Essa conquista também é de vocês. Obrigada por me sustentarem com investimento financeiro, amor, oração e longas conversas por telefone. Vocês me dão força para que eu continue sonhando e vivendo meus sonhos.

Ao meu irmão, Judá, pelos abraços apertados a cada volta pra casa, pelo amor que vejo no seu olhar, por sempre estar perto. Amo muito você, irmão.

A toda a minha família, em especial tias queridas e primas tão amadas. Obrigada pelo amor, o carinho e as risadas sempre disponíveis.

À minha companheira de jornada Franciele. Obrigada por abrir sua vida para mais uma irmã e por compartilhar das dores e alegria desta caminhada: amo você.

À Juliana por dar força e ânimo na caminhada, obrigada pela amizade, Ju.

Às companheiras de disciplina Paula, Carol, Renata, Janaína e Mariana, pelo compartilhar de saberes e pelas amizades que foram desenvolvidas.

À Profa. Maria Isabel Talibert que me apontou o caminho. Obrigada pela indicação, torcida e carinho.

Aos trabalhadores da equipe de saúde da família pesquisada e aos informantes-chave. Obrigada por me acolherem e contribuírem com a realização deste trabalho.

Aos trabalhadores do CETS e CEDOC Campinas, pela ajuda em tudo que foi solicitado.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, pela oportunidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq, pelo incentivo financeiro.

Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e a seus integrantes. Por ser um espaço de trocas de saberes que contribuiu de forma ímpar nesta caminhada.

Às queridíssimas Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna, Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira e Profa. Dra. Silvana Martins Mishima. Por serem exemplos de vida e de enfermeiras, as quais, tenho como referência da bela mistura de saber e simplicidade. Muito obrigada por compartilharem seus conhecimentos. Certamente são as grandes responsáveis por tudo que aprendi nesta caminhada. Em especial agradeço à Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, que me recebeu nesta escola e me encaminhou às mãos daquela que me conduziu nesta jornada.

Em especial agradeço à querida Profa. Dra. Silvia Matumoto, minha orientadora. Obrigada por me conduzir nesta caminhada. Por ser exemplo na luta por uma melhor educação e saúde. Pela paciência e por se desdobrar para me atender sempre que necessário. Muito obrigada por me aceitar como orientanda, por todo o conhecimento compartilhado e por todo o investimento realizado. Nesta última fase apesar do cansaço, não se cansou em tentar fazer com que este trabalho se aprimorasse cada vez mais, por isso o meu grande carinho e gratidão.

Com carinho,

Muito obrigada a todos e a cada um aqui citados!

RESUMO

SILVA, Jael Bernardes da. **As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O objeto deste estudo centrou-se nas práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de uma equipe de saúde da família. O uso de plantas pela população é tradicionalmente disseminado e oficialmente reconhecido pela OMS e pelo Ministério da Saúde. O processo de trabalho em saúde e as ações de cuidado efetivamente empreendidas pelos trabalhadores são influenciados pelas práticas de saúde, que são práticas sociais e que se conformam a partir de um contexto sócio-histórico-econômico-político. As práticas de uso de fitoterápicos, prática de saúde, são convergentes com os propósitos da estratégia saúde da família, uma vez que o projeto que deu origem ao Programa estudado foi proposto como instrumento para ampliar as ações de saúde, a fim de disponibilizar ao usuário um cuidado integral à sua saúde e promover o resgate e o fortalecimento do conhecimento popular. Assim, a fitoterapia emergiu como uma prática anti-hegemônica e encontra respaldo a nível federal na atual Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas dos trabalhadores de saúde, relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS com ênfase nos seus sentidos, significados e conhecimentos. A abordagem adotada foi qualitativa, com caráter exploratório-descritivo. Utilizaram-se várias técnicas de pesquisa e fontes de dados. A análise documental, entrevistas e observação participante foram os instrumentos que permitiram acessar o universo desejado. As fontes de dados documentais foram documentos municipais sobre o processo de implantação do Programa e instrumentos de gestão. A fase da observação participante envolveu 10 trabalhadores da equipe de saúde da família. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três informantes-chave e oito trabalhadores. A coleta se deu no período de janeiro a junho de 2012. Os documentos e os registros das observações e das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo separadamente e, após esse momento, agrupados, o que levou a quatro temas: 1. O Programa de Fitoterapia em Campinas; 2. Os elementos que viabilizam a inclusão de fitoterápicos no processo de trabalho; 3. As práticas de uso de fitoterápicos e plantas medicinais: a população usuária e os trabalhadores e 4. Os sentidos e os significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na percepção dos trabalhadores. Retomado o contexto em que a fitoterapia foi implantada e como atualmente vem sendo desenvolvida, foi possível perceber que a fitoterapia não faz parte da produção de cuidado realizada pelos trabalhadores da unidade pesquisada. No estudo, alguns possíveis motivos são elencados para entender essa situação, no entanto, entende-se que novos estudos devem ser realizados a fim de se aprofundarem as questões que envolvem a capilarização da fitoterapia entre os trabalhadores. Acredita-se que o esforço de continuar investindo no Programa de Fitoterapia e ainda a ampliação de suas ações no sentido de instrumentalizar os trabalhadores para a prática repercutirão como benefícios tanto para a comunidade quanto para o fortalecimento da rede em si e do programa.

Palavras-chave: Fitoterapia. Plantas medicinais. Programa de Saúde da Família. Trabalho. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Jael Bernardes da. **The practices of use of medicinal plants and phytotherapics by health workers in primary care.** 2012. 155 f. Dissertation (Masters) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The object of this study focused on the practical use of medicinal plants and phytotherapics by workers of a family health team. The use of plants by population is traditionally disseminated and officially recognized by WHO and Ministry of Health. The work process in health and care actions effectively undertaken by workers are influenced by health practices, which are social practices that conform from a socio-economic-political-historical context. The practice of phytotherapics using, health practice, are convergent with the purposes of the family health strategy, since the project which led to the studied program was proposed as a tool to expand health actions in order to provide for the user an integral care for their health and promote the recovery and strengthening of popular knowledge. Thus, phytotherapy has emerged as an anti-hegemonic practice and finds support at the federal level in the current National Policy on Medicinal Plants and Phytotherapics and the Medicinal Plants and Phytotherapics National Program. The aim of this study was to analyze the practices of health workers, related to policies and programs that offer medicinal plants and phytotherapics in SUS with emphasis on their senses, meanings and knowledge. Was adopted a qualitative approach, with an exploratory-descriptive character. Various techniques for research and data sources have been used. The document analysis, interviews and participant observation were the instruments that enabled to access the desired universe. The documental data sources were county documents about the process of implementation of the Program and management tools. The phase of participant observation involved 10 workers of family health team. The semi-structured interviews were conducted with three key informants and eight workers. The collection took place from January to June 2012. The documents and records of observations and interviews were subjected to content analysis separately and, after that moment, grouped, which led to four themes: 1. The Phytotherapy Program in Campinas, 2. The elements that enable the inclusion of phytotherapics in the work process, 3. The practice of use of phytotherapics and medicinal plants: the user population and workers 4. Senses and meanings of the use of medicinal plants and phytotherapics on the workers perceptions. Retaking the context that phytotherapics has been deployed and how come developing actually, was possible to perceive that phytotherapics is not part of the production of care performed by workers of the unit searched. In the study, some possible reasons are listed to understand this situation, however, it is understood that further studies should be conducted to deepen the issues surrounding the capillarization of phytotherapy among workers. It is believed that the effort to continue investing in the Phytotherapy Program and further expanding its actions to equip workers to practice reverberate as benefits to the community and to strengthen the network and the program itself.

Key words: Phytotherapy. Plants, Medicinal. Family Health Program. Work. Health Personnel

RESUMEN

SILVA, Jael Bernardes da. **Las prácticas de uso de plantas medicinales y fitoterápicos por los trabajadores en la atención básica**. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El objeto de este estudio se centró en las prácticas de uso de plantas medicinales y fitoterápicos por trabajadores de un equipo de salud de la familia. El uso de plantas por la población reconocido oficialmente por la OMS. El proceso de trabajo en Salud y las acciones de cuidado adoptadas de forma efectiva por los trabajadores tienen influencia por las prácticas de salud, que son prácticas sociales formadas a partir de un contexto socio-económico-político-histórico. Las prácticas de uso de fitoterápicos, práctica de salud, son convergentes con los propósitos de la estrategia de salud familiar, ya que el proyecto que dio lugar al Programa estudiado fue propuesto como una herramienta para ampliar las acciones de salud, con el fin de proporcionar al usuario una atención integral de su salud y promover la recuperación y el fortalecimiento del conocimiento popular. Por lo tanto, la fitoterapia se ha convertido en una práctica anti-hegemónica y encuentra apoyo a nivel federal de la actual Política Nacional de Plantas Medicinales y fitoterápicos y en el Programa Nacional de Plantas Medicinales y Fitoterápicos. El objetivo de este estudio fue analizar las prácticas de los trabajadores de salud, relacionados con las políticas y los programas que ofrecen plantas medicinales y fitoterápicos en el SUS con énfasis en sus significados y conocimientos. El tipo de investigación adoptada fue cualitativa, de carácter exploratorio-descriptivo. Varias técnicas han sido utilizadas para recolección de datos y fuentes de investigación. El análisis de documentos, entrevistas y observación participante fueron los instrumentos que permitieron acceder al universo deseado. Las fuentes de datos documentales fueron de documentos municipales sobre el proceso de ejecución del Programa y las herramientas de gestión. La fase de observación participante ha involucrado 10 trabajadores. Las entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo con tres informantes clave y ocho trabajadores. La recolección se llevó a cabo de enero a junio de 2012. Los documentos y registros de observaciones y entrevistas fueron sometidos a análisis de contenido por separado, y después de ese momento, agrupadas, lo que llevó a cuatro temas: El Programa de La fitoterapia en Campinas, Los elementos que permiten la inclusión de fitoterápicos en el proceso de trabajo, La práctica de uso de fitoterápicos y plantas medicinales: la población usuaria y de los trabajadores, y Los sentidos y significados del uso de plantas medicinales y fitoterápicos en la percepción de los trabajadores. Partiendo del contexto que la fitoterapia fue implantada y cómo viene siendo desarrollada en la actualidad, fue posible observar que la fitoterapia no hace parte de la producción de atención realizada por los trabajadores de la unidad encuestada. En el estudio, algunas posibles razones son enumeradas para entender esta situación, sin embargo, se entiende que nuevos estudios deben realizarse para profundizar en los temas relacionados con la capilarización de la fitoterapia entre los trabajadores. Se cree que el esfuerzo de seguir invirtiendo en el Programa de Fitoterapia y aún más ampliando sus actuaciones para dotar a los trabajadores para la práctica, repercutirá como beneficio para la comunidad y para fortalecer la red y el programa en sí.

Palabras clave: Fitoterapia. Plantas Medicinales. Programa de Salud Familiar. Trabajo. Personal de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição dos municípios que possuem ações/serviços com plantas medicinais e fitoterapia nas unidades federadas.....	27
-------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista dos documentos contidos no Caderno 0159, pasta 020, disponibilizado pelo CEDOC.....	46
Quadro 2 - Relação dos instrumentos de gestão analisados e a presença do tema fitoterapia.....	47
..	

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de consultório dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CATI	Coordenadoria de Assistência Técnica Integral
CEDOC	Centro de Documentação de Campinas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores
CIATEC	Companhia de Desenvolvimento do Polo de Alta Tecnologia de Campinas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPQBA	Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas
CS	Centro de Saúde
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Maci	Medicinais Alternativas, Complementares e Integrativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde
PIC	práticas Complementares e Integrativas de saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RM	Região Metropolitana
SAR	Secretaria de Ação Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
UNICAMP	Universidade Estadual de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	15
2. INTRODUÇÃO.....	21
2.1. O processo de trabalho em saúde na atenção básica e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos.....	28
2.2. O que nos mostra a literatura acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos.....	32
3. OBJETIVOS.....	36
3.1. OBJETIVO GERAL.....	36
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4. METODOLOGIA.....	38
4.1. Campo de estudo.....	38
4.1.1. A escolha do campo de investigação.....	38
4.1.2. O município de Campinas: como a atenção básica está organizada no município.....	39
4.1.3. Cenário da pesquisa.....	43
4.2. Etapas da pesquisa.....	44
4.2.1. A observação.....	49
4.2.2. As entrevistas.....	51
4.3. Procedimentos éticos.....	52
4.4. Análise dos dados.....	53
5. RESULTADOS.....	57
5.1. O Programa de Fitoterapia em Campinas.....	57
5.1.1. Nascimento, implantação e consolidação.....	57
5.1.2. A Fitoterapia nos documentos de gestão.....	64
5.1.3. O conhecimento dos trabalhadores sobre as normatizações e estrutura do programa.....	67

5.2. Os elementos que viabilizam a inclusão de fitoterápicos no processo de trabalho.....	69
5.2.1. O fornecimento de fitoterápicos – em busca da autonomia.....	69
5.2.2. O processo de capacitação de trabalhadores em fitoterapia.....	73
5.2.3. Potencialidades e desafios do Programa de Fitoterapia.....	76
5.3. As práticas de uso de fitoterápicos e plantas medicinais: a população usuária e os trabalhadores.....	79
5.4. Os sentidos e significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na percepção dos trabalhadores.....	91
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	97
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS.....	124
Apêndice 1.....	138
Apêndice 2.....	140
Apêndice 3.....	142
Apêndice 4.....	144
Apêndice 5.....	146
Apêndice 6.....	148
Apêndice 7.....	150
Apêndice 8.....	152
Anexo 1.....	154
Anexo 2.....	155



1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

O desenho do objeto de pesquisa deste estudo foi sendo construído ao longo dos meus anos de vida e formação. O primeiro despertar para o tema veio ao assistir a um documentário sobre plantas medicinais, logo depois relacionei esse documentário a outro que relatava sobre as dificuldades de acesso a medicamentos e a falta de assistência à população ribeirinha na região amazônica. Pensar na realidade apresentada nos documentários me parecia muito incoerente, já que a biodiversidade do país é algo sempre muito citada, principalmente na região amazônica, muitas plantas medicinais são encontradas e utilizadas pela população local, sendo assim como poderia haver falta de recursos em um lugar tão cheio de recursos e tão visado internacionalmente por sua biodiversidade?

Durante a graduação em enfermagem, a aproximação com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e algumas teorias me fizeram resgatar a inquietação sobre o tema. Um dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade, me remetia à questão da falta de acesso à tecnologia para o cuidado à saúde da população ribeirinha, que mesmo estando em uma região rica em biodiversidade incluindo uma potencialidade riquíssima de medicamentos naturais continua sem suas necessidades de saúde supridas.

O princípio de integralidade, também um princípio doutrinário do SUS, me fez pensar o uso de plantas medicinais e na questão cultural envolvida nesta prática, já que, esta é um saber popular transmitido de geração para geração, fazendo parte do arsenal de saberes empregados no autocuidado à saúde. Ideia reforçada pelo conhecimento da teoria de uma enfermeira, Madeleine Leininger. A Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, de Leininger, propõe o cuidado sob a ótica transcultural e holística, considerando o indivíduo ativamente envolvido no processo de cuidar o que evita as práticas de saúde

culturalmente impositivas que quando praticadas não favorecem a autonomia e a tomada de decisão do indivíduo. Essa teoria ofereceu respaldo para estudos durante o período de graduação para compreensão da realização de práticas profissionais que consideram a integralidade e a diversidade dos sujeitos e também suas necessidades (MICHEL et al., 2010).

Motivada pelo interesse em pesquisar e conhecer sobre o universo das plantas medicinais, no primeiro ano de faculdade, fiz um pequeno estágio em um laboratório de bioquímica no qual uma aluna de mestrado baseada em conhecimento popular decidiu testar os efeitos curativos de uma planta, que era usada por seus familiares em animais de sua fazenda picados por cobras, sempre obtendo bons resultados.

No laboratório, foi possível constatar a eficácia da planta medicinal em questão, e a partir de então sabendo que à luz da ciência é possível comprovar os benefícios desta prática me interessei ainda mais pela temática.

Embora a experiência em laboratório tenha sido riquíssima para consolidar minha crença na prática do uso de plantas medicinais, como estudante de enfermagem eu queria saber como essa prática se dava na comunidade, desejo aflorado pelo conhecimento da existência de uma política nacional que norteia o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos, por isso no meu trabalho de conclusão de curso pesquisei os hábitos de cultivo e utilização dos moradores de um pequeno distrito e ainda o conhecimento da equipe de saúde da família sobre esta prática.

Os resultados da pesquisa mostram que a maior parte da comunidade fazia uso de plantas medicinais no autocuidado à saúde, e os trabalhadores entrevistados da unidade de saúde responsável por aquela comunidade não tinham conhecimento desta prática.

Os horizontes a respeito do tema se ampliaram muito com aproximação no último ano de faculdade a um grupo de estudos sobre saúde coletiva que trabalha com o referencial teórico do Processo de Trabalho e com a minha inserção no programa de pós-graduação de

Enfermagem em Saúde Pública. As questões referentes à intencionalidade no trabalho humano, espaço intercessor dentre outros conceitos, trouxeram ao tema de interesse nossos olhares.

Passei, então, a querer entender como os trabalhadores de saúde lidam com a questão da cultura do usuário, principalmente no modo de cuidar de si mesmo (autocuidado), dentro do plano de cuidado, entendendo que quando aspectos da cultura são integrados ao cuidado proposto consegue-se ir além do cuidado técnico, caracterizando uma abordagem mais integral.

Entendendo que o tema cultura é muito abrangente e subjetivo e considerando meu desejo e interesse em trabalhar com plantas medicinais, minha orientadora e eu elegemos a terapia alternativa – uso de plantas medicinais/fitoterápicos como signo, como um elemento representativo e que nos auxiliasse no processo de entender como a cultura, os saberes populares são recebidos pelos trabalhadores de saúde.

Assim a questão que esta pesquisa se propõe a responder é: como aparece o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas práticas de saúde realizadas por trabalhadores da saúde da família em um município que oferece o programa à população com distribuição de fitoterápicos na rede pública?

Assim, será feito aqui um apanhado geral sobre o conteúdo da presente dissertação.

A *Introdução* traz uma explanação geral sobre a fitoterapia: conceitos; como a prática está situada no mundo e no país e ainda sobre sua inserção na atenção básica. O capítulo também faz uma aproximação teórica ao processo de trabalho com prática da fitoterapia. Contempla, ainda, o objeto de estudo e a questão norteadora do estudo. Além de elencar alguns estudos que têm sido publicados sobre a temática. Tal conteúdo está distribuído em três seções: *Introdução*, *O processo de trabalho em saúde na atenção básica e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos* e *O que nos mostra a literatura acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos*.

O capítulo *Objetivos* se ramifica em duas seções *Objetivo geral* e *Objetivos específicos* que são 2. Neste momento pontuou-se a finalidade do estudo, situando o leitor sobre o que se pretendia alcançar com o estudo.

A *Metodologia* também está dividida em seções. Na seção *Campo de estudo*, o leitor terá informações sobre como foi realizada a escolha do campo de investigação, sobre como a atenção básica está organizada no município pesquisado e ainda sobre o cenário de estudo onde são disponibilizadas informações sobre a unidade de saúde e equipe de saúde da família pesquisada. Na seção *Etapas da pesquisa*, são detalhadas as fases que compuseram o estudo: etapa de contextualização da fitoterapia no município realizada com as técnicas de análise documental e entrevista, na qual recorreremos aos documentos municipais e a informantes-chaves. Na segunda fase, um estudo de caso, descreve-se como observações e entrevistas foram utilizadas para se entender o lugar da fitoterapia e uso de plantas medicinais no processo de trabalho da equipe de saúde da família. A última seção do capítulo é a de *Análise dos dados*, na qual são explicitados quais os procedimentos foram utilizados para analisar todo o material proveniente da coleta de dados que envolveu análise temática, abordagem que resultou em diversos temas que foram posteriormente reagrupados e deram corpo à apresentação dos resultados.

O capítulo *Resultados* também está dividido em seções. Na seção denominada *O Programa de Fitoterapia em Campinas*, serão apresentados como se deu o nascimento, a implantação e a consolidação do programa, o que se encontrou sobre o tema nos documentos de gestão e ainda qual o conhecimento dos trabalhadores sobre as normatizações e estrutura do programa. Na 2ª seção, exploraram-se os elementos que viabilizam a inclusão de fitoterápicos no processo de trabalho, que se referem ao fornecimento de fitoterápicos para a rede, ao processo de capacitação dos trabalhadores no tema, bem como, às potencialidades e aos desafios do programa e ainda como são as práticas de uso de fitoterápicos e plantas medicinais pelos trabalhadores. A última seção do capítulo Resultados trouxe os sentidos e significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na percepção dos trabalhadores que foram encontrados no presente estudo.

A *Discussão dos resultados* é o capítulo no qual diversos autores foram incluídos no texto para que se pudessem discutir os elementos que emergiram da coleta de dados em resposta à pergunta norteadora e aos objetivos do estudo. As discussões passaram pela questão do abastecimento da rede com os medicamentos fitoterápicos e estrutura do programa, o caráter vanguardista e de prática não hegemônica do programa e como o contexto influencia nos fazeres e saberes em saúde, as diversas representações (sentidos e significados) dadas para fitoterapia pelos trabalhadores e como a qualificação para trabalhar com a prática afeta o processo de trabalho.

Nas *Considerações finais*, pontuou-se o caminho histórico que se percorreu para chegar ao resultado encontrado na pesquisa, bem como à importância desse processo. Os conhecimentos, sentidos e significados da prática também foram identificados e relacionados a fatores que se julgaram pertinentes. Ainda no capítulo são feitas algumas sugestões que poderão colaborar na inserção da fitoterapia no processo de trabalho dos profissionais da rede. Evidenciou-se, ainda, o esforço e as ações para manutenção do programa no município pesquisado.



2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa tem como objeto as práticas de trabalhadores de saúde em relação ao uso de plantas medicinais e de fitoterápicos na atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, uma planta medicinal é uma espécie vegetal utilizada com fins terapêuticos, podendo ser cultivada ou não. Já fitoterápico é um produto que se origina de planta medicinal, ou de seus derivados, utilizados com finalidade profilática, curativa ou paliativa. (BRASIL, 2009).

O contexto sócio-cultural de cada população influencia e determina as práticas de cuidado à saúde adotada ao longo da história. Em todos os momentos, ainda que de diferentes formas, o homem buscou na natureza recursos para melhorar suas condições de vida e aumentar suas chances de sobrevivência (SIQUEIRA et al., 2006).

É costume da maioria dos povos a utilização de plantas medicinais, desde aqueles que ainda mantêm costumes primitivos até o homem atual que tem acesso aos grandes avanços tecnológicos da nossa era (BRANDÃO, 2003).

A ayurveda e medicina tradicional chinesa são as mais antigas práticas de medicina; já no florescimento de suas civilizações existiam inúmeros escritos sobre plantas medicinais. Na enciclopédia chinesa Modern Day, de 1977, há uma lista de aproximadamente 6.000 medicamentos, dos quais 4.800 são de origem vegetal (RODRIGUES e AMARAL, 2012).

Apesar dos registros do uso de plantas medicinais por povos de diversas culturas, no período pós-guerra a difusão da alopatia em decorrência do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos propiciou a crença de que a tecnologia moderna havia vencido a guerra contra a doença, fazendo com que as terapias naturais perdessem o prestígio e a credibilidade (OLIVEIRA, 2008).

A situação foi acentuada pela predominância do modelo médico-biológico, que fez com que os profissionais de saúde concentrassem suas ações na máquina corporal, e negligenciassem outros aspectos determinantes do processo saúde-doença como, por exemplo, a especificidade cultural. Na racionalidade médica moderna o objeto do conhecimento é a patologia e os objetivos da clínica são o seu combate e a sua eliminação (LUZ, 2012a)

Nesse modelo assistencial observa-se o poder da ciência médica sobre a população, que deve, dentro dessa ótica, se submeter a ela desconsiderando suas vivências e seus saberes historicamente adquiridos (SIQUEIRA et al., 2006).

A partir de meados do século XIX percebeu-se que a abordagem positivista e

reducionista do ser humano dentro do processo saúde-doença apresentava graves limitações (SIQUEIRA et al., 2006), pois, só a intervenção e recuperação do corpo biológico não responde de forma plena às necessidades de saúde, visto que, tais necessidades exigem uma atenção que considere a integralidade do ser humano, tanto na prática médica, quanto dentro dos programas de saúde oferecidos à população (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Mesmo com o grande e contínuo desenvolvimento da tecnologia e da ciência no campo da medicina, sua incapacidade para reverter o quadro de carecimento da população por saúde no sentido mais amplo – que envolve tanto condições adequadas e salubres de existência, quanto no cometimento psicobiológico – leva à busca de outra racionalidade em saúde (LUZ, 2012b).

Em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir do reconhecimento da incapacidade da medicina tecnológica e especializante em atuar de forma plena e eficaz por meio de suas práticas terapêuticas específicas, passou a estimular o desenvolvimento de formas simplificadas de tratamento destinadas às populações carentes e a promover a capacitação de recursos humanos, utilizando-se de modelos ligados à medicina tradicional, deixando, assim, clara a percepção da necessidade de se propor um novo modelo de atenção à saúde (LUZ, 2008).

O saber da clínica moderna é orientado pela morte, uma vez que o conhecimento é proveniente da observação anatomopatológica; além disso, volta-se para a causa da doença (agente patogênico) e para sua origem espaço-temporal (localização orgânica e história sintomática). Em oposição a esta lógica, outras racionalidades médicas, como a homeopatia, se atém ao indivíduo desequilibrado (doente) no sentido de reparar-lhe a energia da vida (curá-lo) (LUZ, 2012a).

Além disso, observa-se nas últimas décadas uma inquietação social associada à perda da natureza, fruto da percepção da deterioração progressiva do ambiente planetário produzida pelo desenvolvimento industrial realizado de maneira invasiva e predatória. Tal percepção desencadeou diversos movimentos ecológicos que não se limitam a tematizar questões do meio ambiente, mas, também a questão da vida como um todo, inclusive a saúde humana. Tal movimento aponta para a procura de outro paradigma médico, que não o hegemônico, uma vez que este, enquanto medicina tecnológica, tende a ser classificado como antinatural e antiecológico. Tal movimento é notadamente difundido nas regiões mais urbanizadas do mundo atual (LUZ, 2012b).

Nesse sentido, o Brasil e outros países da latino-americanos importaram antigos sistemas médicos como medicina tradicional e chinesa e a aiurvédica, além de se mobilizarem

no sentido da reabilitação das medicinas populares do país. Isso foi evidenciado pelo grande desenvolvimento de farmácias e lojas de produtos naturísticos reaparecimento de herveiros (vendedores de plantas medicinais) e divulgação nos meios de comunicação das terapias não convencionais (LUZ, 2012b).

A fitoterapia¹ e o uso de plantas medicinais não se constituem uma racionalidade médica, uma vez que o termo se refere a um sistema médico complexo específico, estruturado em cinco dimensões: 1- uma morfologia humana, que define a estrutura e organização do corpo; 2- uma dinâmica vital, que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, bem como suas origens e causas; 3- uma doutrina médica, que irá definir o que é o processo saúde-doença, o que é a doença, suas causas e origens, bem como o que se pode tratar ou curar, além de definir o que pertence ou não à clínica; 4- um sistema de diagnose, que determina se há ou não processo mórbido e suas características, e 5- um sistema terapêutico, que determinará as formas de intervenção. Assim sendo, a fitoterapia pode ser considerada uma prática que compõe o sistema terapêutico de diversas racionalidades médicas de caráter holístico, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a tradicional indígena, e ainda, a medicina afro-americana (as últimas duas autóctones, tanto do Brasil quanto América Latina) (LUZ, 20012b).

Essa retomada às praticas tradicionais e populares de saúde gerou disputa por clientela, tanto no espaço liberal e privado, quanto nos serviços de saúde, o que demandou legitimação institucional de tais práticas (LUZ, 2012b).

Segundo a OMS alguns países já contam com políticas nacionais que regulam a práticas da medicina tradicional, são eles: o Brasil, China, Dinamarca, Gana, Japão, Noruega, República da Coréia e Arábia Saudita. A União Européia também está desenvolvendo métodos para a regulação da qualidade dos medicamentos tradicionais e mecanismos para registrar produtos dessa abordagem (WHO, 2011)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional e o Brasil através do Ministério da Saúde também faz movimento nesta direção, ao aprovar em 3 de maio de 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da PORTARIA GM nº. 971, política esta que abrange a fitoterapia (BRASIL, 2006a).

E ainda, seguindo as orientações que estimulavam a inserção da medicina tradicional

¹ Fitoterapia: “É um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado (reconhecido)” (BRASIL, 2009).

nos sistemas de saúde, e tendo como suporte a PNPIC, em 22 de junho de 2006 por meio do Decreto nº. 5.813, o Presidente da República aprovou a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), que tem como o objetivo geral garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006b).

A PNPMF estabelece as seguintes diretrizes:

1. Regular o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização;
2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
3. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos;
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;
7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos;
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;
15. Estabelecer política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;
16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado;
17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional (BRASIL, 2006b).

No ano de 2008, no sentido de dar suporte à institucionalização da fitoterapia no SUS, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) responsável pela implementação das diretrizes da PNPMF. Na composição do grupo contou-se com representantes de vários segmentos do Ministério da Saúde. As bases do trabalho foram as

diretrizes e linhas de ação da política nacional, que culminou com a elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. O Programa por sua vez se propõe a:

- ✓ Construir e/ou aperfeiçoar marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países, promovendo a adoção das boas práticas de cultivo, manipulação e produção de plantas medicinais e fitoterápicos.
- ✓ Desenvolver instrumentos de fomento à pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.
- ✓ Desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.
- ✓ Inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- ✓ Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.
- ✓ Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.
- ✓ Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.
- ✓ Estabelecer mecanismos de incentivo ao desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos, com vistas ao fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e incremento das exportações de fitoterápicos e insumos relacionados.
- ✓ Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009).

Tanto na Política quando no Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, não há indicação a respeito de qual fitoterapia os documentos se referem, tendo em vista que este é um recurso terapêutico presente em diversas racionalidades médicas, que não a hegemônica. No entanto, em 2012, uma publicação do Ministério da Saúde nos situa sobre qual fitoterapia tem sido implantada no SUS. O documento aponta para fitoterapia que, para fins didáticos, pode ser identificada em três principais vertentes: a fitoterapia popular – proveniente da tradição de uso doméstico e comunitário de plantas medicinais, transmitida oralmente de geração para geração; a fitoterapia tradicional – que, por contar com registro escrito de sua prática, e, a depender de sua origem, já existir por décadas, séculos ou mesmo milênios, está mais relacionada à medicina tradicional; e a fitoterapia científica ocidental – fruto de estudos clínicos, baseada em evidências científicas (SLOMP JUNIOR; SACRAMENTO, 2012).

A PNPMF propõem a implementação de programas de fitoterapia na esfera da atenção primária, mais especificamente programas, vinculados a Estratégia de Saúde da Família. A utilização de plantas medicinais em programas de atenção primária a saúde pode se constituir em uma forma muito útil de alternativa terapêutica, por sua eficácia aliada a um baixo custo

operacional, e ainda à relativa facilidade para a aquisição das plantas e principalmente pela compatibilidade cultural da população atendida (MATOS, 1998).

A atenção básica se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, além da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de uma vida saudável (BRASIL, 2007).

A Saúde da Família é uma estratégia prioritária que visa à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do SUS. Algumas características do processo de trabalho da Saúde da Família englobam: a prática do cuidado familiar ampliado; a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; a promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2007).

Diante das características apresentadas evidencia-se a proximidade que se pretende estabelecer entre usuário e profissionais de saúde na Saúde da Família; por esta razão o cuidar com plantas medicinais e fitoterápicos está proposto para este nível de atenção, por favorecer e facilitar a troca de saberes entre comunidade e equipe de saúde.

Nesse sentido, em 2012, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica 31 que possui por subtítulo: “Plantas medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica”. O documento contém o histórico das políticas nacionais e informações sobre normas, serviços e produtos relacionados à fitoterapia na Estratégia Saúde da Família/atenção básica. O mesmo busca estimular a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde na formulação e implantação de políticas, programas e projetos; e estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, com ênfase na atenção básica/Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Além das iniciativas ministeriais citadas acima, em 2010 foi instituída a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal. Segundo a portaria, a Farmácia Viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas (cadeia produtiva), desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de

plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos (RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012).

Outra providência do Ministério da Saúde foi no sentido de monitorar as ações relacionadas a implantação das Farmácias Vivas no SUS. Para tanto foi publicada a Portaria SAS nº 470, em 19 de agosto de 2011, que inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, no serviço de código 125 – serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia Viva. Assim todos os municípios poderão ter seus serviços cadastrados de forma a permitir maior visibilidade e interação entre os entes governamentais (RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012).

Alguns estados e municípios brasileiros por meio de instrumentos normativos (lei/decretos/resoluções) já regulamentavam os serviços de fitoterapia na rede pública de saúde mesmo antes da publicação da PNPIC e da PNPMF. Alguns destes são: Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Norte com documentos na esfera estadual; o Espírito Santo com documentos no âmbito do estado e do município de Vitória; Rio Grande do Sul também com regulamentação estadual e em mais municípios, e o estado de São Paulo, que possui instrumentos normativos em dois municípios.

Sobre a oferta de serviços ou ações em fitoterapia no país, segundo um diagnóstico de 2008, estas ações estão presentes em 350 municípios/Estados em todas as regiões da federação, de acordo com a seguinte figura:

Figura 1 – Distribuição dos municípios que possuem ações/serviços com plantas medicinais e fitoterapia nas unidades federadas.



Fonte: RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012.

Outra publicação do Ministério da Saúde relaciona alguns outros Estados/municípios que possuem ações/programas de fitoterapia e plantas medicinais, como Porto Walter (AC), Teotônio Vilela (AL), Barreirinha, Carauari (AM), Madre de Deus, Valença (BA), Itapipoca, Maracanaú, Quixeramobim, Sobral, Viçosa do Ceará (CE), Goiânia, Montes Claros de Goiás (GO), Pinheiro, São Francisco do Brejão (MA), Betim, Ipatinga, Juiz de Fora (MG), Campo Verde, Nova Santa Helena, Cuiabá (MT) – Programa Fitoviva, Novo Progresso, Santarém (PA), Campina Grande, João Pessoa (PB), Brejo de Madre de Deus, Olinda, Recife (PE), Colombo, Maringá, Medianeira, Santa Tereza do Oeste, São Miguel do Iguazu (PR), Aracaju (SE), Campinas, Pindamonhangaba (SP), Rio Grande do Sul (projeto Plantas Vivas), Niterói (RJ), entre outros (RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012)

Tendo em vista o interesse em estudar o tema no âmbito da atenção básica e a partir do fato de que o município de Campinas está entre os pioneiros na implantação de programas de fitoterapia, inclusive com o estabelecimento de uma farmácia de manipulação própria, o Botica da Família, sentiu-se necessidade de conhecer mais acerca das práticas de saúde que envolvem o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Nesse sentido, fomos conduzidos no presente trabalho pela seguinte questão norteadora: como aparece o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas práticas de saúde realizadas por trabalhadores da saúde da família em um município que oferece o programa à população com distribuição de fitoterápicos na rede pública?

2.1 - O processo de trabalho em saúde na atenção básica e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos

O trabalho em saúde envolve as práticas de saúde, que também são práticas sociais, ou seja, o trabalho em saúde se constitui a partir de necessidades que emergem na e da dinâmica das relações com outras práticas de saúde e da sociedade em geral e, se transformam para o atendimento das necessidades sociais de cada momento histórico (GONÇALVES, 1992).

Entende-se como trabalho a “atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energia conforme o fim buscado”, a transformação de algo \square (antes) em algo \triangle (depois) que ocorre pela aplicação de energia (força de trabalho) a fim de se executar um projeto que possui uma finalidade, que atenderá a uma necessidade socialmente construída. O trabalho é,

sobretudo, um processo; a transformação do objeto se passa por momentos distintos que não podem, no entanto serem desvinculados um do outro (GONÇALVES, 1992).

Outra característica fundamentais do processo de trabalho é a intencionalidade presente neste – o trabalho humano não é casual, existem carecimentos a serem respondidos no processo de transformação do algo antes no algo depois, sendo, portanto um processo consciente. Possui também caráter relacional, uma vez que o homem não trabalha sozinho - ainda que não conte com uma equipe no momento da clínica, por exemplo - não está sozinho já que nos instrumentos de trabalho que utiliza no processo possui trabalhos anteriores, seja na fabricação dos instrumentos materiais utilizados – estetoscópio, fita métrica, dentre outros – seja no conhecimento que utiliza para realização do trabalho (GONÇALVES, 1992).

É possível identificar no processo de trabalho em saúde os elementos constituintes deste processo, que são: a atividade em si executada para alcance de uma finalidade, ou seja, a resolução de problemas em saúde; a matéria em que se aplica o trabalho, ou seja, o usuário ou a comunidade que receberá o cuidado e os instrumentos de trabalho que são os saberes específicos, equipamentos e técnicas de ação utilizadas no cuidado à saúde, incluindo as tecnologias relacionais – nesse âmbito está situado o tema desta pesquisa, uma vez que, o uso de plantas medicinais e fitoterápicos são saberes que poderão ser incorporados ou não no processo (MALTA; MERHY, 2003).

No processo de trabalho em saúde a produção e consumo do produto se dão ao mesmo tempo. Este momento em que se produz saúde denomina-se espaço intercessor, espaço de relações entre usuário e trabalhador de saúde envolvidos no processo de trabalho em saúde, lugar de interseções em que emergem as possibilidades de mudanças e de atos criativos (MALTA; MERHY, 2003). É nesse espaço que são tomadas as decisões sobre qual projeto de saúde será defendido, e para qual finalidade se direcionará a ação em saúde. Por exemplo, a reprodução do modelo médico centrado acontece sem esforço na construção do cuidado integral (OTANI; BARROS, 2011), uma vez que a formação do trabalhador de saúde reforça o modelo hegemônico e na própria prática clínica há a tendência de se confirmar os valores sociais do contexto sócio-histórico ao qual se pertence, resultando na reprodução das práticas fragmentadas.

O trabalhador de saúde no papel de cuidador vive as tensões próprias da produção dos atos de saúde — a produção de procedimentos *versus* a produção de cuidado, estabelecendo relações intercessoras com o usuário. Para manejar tais tensões, necessita incorporar em sua caixa de ferramentas tecnologias leves como a escuta, acolhimento, vínculo, responsabilização e desenvolver habilidades para lidar com os altos graus de incerteza

intrínseca desse trabalho (MERHY, 2002). Entendemos a fitoterapia e o uso de plantas medicinais como uma ferramenta tecnológica com três dimensões. Como tecnologia dura se objetiva na forma de plantas medicinais e fitoterápicos com propriedades farmacológicas; como tecnologia leve-dura toma materialidade no universo de conhecimentos científicos, populares e tradicionais que dão suporte às decisões terapêuticas; e, como tecnologia leve se configura como um elemento agregador que favorece o vínculo entre trabalhador e usuário, este portando todo seu conhecimento popular, práticas de auto-cuidado e autonomia, enquanto o trabalhador opera com suas ferramentas específicas. A partir desse vínculo acredita-se ser possível estabelecer um projeto de saúde conjunto que contemple os interesses dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Quando se traz o conhecimento do usuário para dentro da unidade de saúde dando voz a esse e o fazendo participante no processo do cuidar, faz - se isso por meio de uma melhor escuta, buscando considerar as necessidades de saúde do usuário.

Escolheu - se entender necessidades de saúde na perspectiva de Cecílio (2001), que apresenta taxonomia com 4 itens, aqui recorreu-se a 3 destes itens. Um dos níveis de necessidade de saúde apontado por Cecílio é a necessidade de se criar vínculos afetivos entre usuário e equipe de saúde, uma relação que reflete laços de confiança, e favorece a autenticidade do usuário na escolha do tipo de tratamento que julga melhor para si, faça parte ou não da clínica hegemônica. Isso poderá levar à maior adesão dos usuários às propostas terapêuticas. Quando o profissional consegue estabelecer vínculos com o usuário criando um ambiente de confiança este traz para dentro da unidade seus saberes, suas práticas e vivências no cuidado à saúde – como o uso de plantas medicinais.

Outro nível da classificação de Cecílio (2001) propõe a necessidade de o usuário ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, neste sentido, entende - se que o diálogo e a troca de saberes provenientes de uma relação de confiança favorecem a autenticidade e ainda proporcionam a autonomia à medida em que o usuário se reconhece como ativo, ator social, no processo de trabalho em saúde. A disponibilidade de tratamentos como a fitoterapia no cuidado à saúde dá opções de escolha ao usuário, de possibilidades que melhor atendam suas necessidades e cuidado de sua saúde.

Cecílio (2001) assinala ainda outro nível das necessidades em saúde, a necessidade do acesso e poder do usuário em consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar sua vida, inclusive tecnologias convencionais a alternativas, como é o caso do uso de plantas medicinais.

Nesse movimento de volta à valorização da cultura do usuário no sistema de saúde, e a partir de então, a possibilidade de um cuidado culturalmente congruente que estabelece vínculo e percebe o sujeito como ativo nos processo saúde- doença, o usuário deixa de ser apenas um consumidor do serviço de saúde e estabelece-se então um espaço intercessor entre usuário e equipe de saúde, espaço de escuta ativa em que sejam possíveis mudanças dentro da perspectiva de cuidado integral à saúde (MALTA; MERHY, 2003).

O termo integralidade tem sido utilizado para designar uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pela Constituição de 1988, que propõem um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MATTOS, 2006).

Para Mattos (2006) um dos sentidos da integralidade se refere às práticas dos profissionais de saúde, nas quais estes têm a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, mas acima de tudo, o autor diz que integralidade representa a fuga do reducionismo. Uma das maneiras de se prestar um cuidado abrangente considerando as especificidades do usuário é respeitando sua cultura e trazendo para o plano de cuidado destes, elementos do seu cotidiano que favoreçam o tratamento proposto.

Para inserção e garantia do acesso do usuário às práticas tradicionais de cuidado à saúde nos sistemas oficiais de saúde, é preciso entender esse movimento não apenas como uma ação de ampliação das possibilidades terapêuticas, mas uma ação que também cria um espaço, uma oportunidade de trazer para dentro do sistema oficial de saúde o conhecimento popular, dando voz, valorizando a cultura, fortalecendo a autonomia e fazendo com que os usuários sintam-se parte importante dos processos de recuperação e proteção a saúde, fazendo seus conhecimentos válidos e relevantes.

O trabalho na atenção básica possui características próprias, a serem consideradas no encontro trabalhador-usuário para a produção do cuidado.

A atenção básica, como porta de entrada principal do usuário no sistema, atende pessoas em todas as fases do ciclo vital, com demandas e problemas variados, inespecíficos e nem sempre enquadráveis aos padrões e protocolos (CUNHA, 2007).

O usuário possui autonomia considerável e diferenciada do “paciente” internado em ambiente hospitalar. O usuário da atenção básica está em seu território de domínio, o domicílio, o bairro, a comunidade. Ele decide entre outras coisas, se vai e quando vai procurar

o serviço de saúde e se vai ou não abrir a porta de sua casa para receber o trabalhador de saúde, se vai ou não seguir as orientações recebidas nos serviços de saúde.

É nesse espaço da atenção básica que se tem maior possibilidade de a explicitação do uso de plantas medicinais pelos usuários em seu cotidiano, que precisa ser conhecido pela equipe para construção do projeto terapêutico mais congruente com o universo cultural do usuário e sua família.

2.2 - O que nos mostra a literatura acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos

As produções científicas relacionadas ao tema concentram-se em ensaios clínicos ou em estudos que se dedicam às propriedades farmacológicas das plantas medicinais e dos fitoterápicos. Dentre os exemplos tem-se: o estudo que trata das ações farmacológicas de plantas medicinais utilizadas na inibição de bactérias do biofilme dental e fungos da candidose oral (ALVES, 2009); trabalhos como o de Carrasco et al. 2009 que se propôs a estudar a interação medicamentosa entre fitoterápicos e alopáticos – nesse estudo é explorado o caso de um paciente auto-medicado com *Valeriana officinalis L.* e *Passiflora incarnata L.*, enquanto fazia tratamento lorazepam; ou ainda o estudo de Tiran, 2012 que em seu trabalho fornece uma visão geral de remédios fitoterápicos popularmente auto-administrados por mulheres no período peri-menopausa.

Na perspectiva da gestão e de como têm sido organizada e estruturada a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) há poucos estudos.

Alguns estudos enfocam processos implantação da fitoterapia e do uso de plantas medicinais na atenção básica, como no estudo “Programa municipal de fitoterapia do município de Londrina, no Paraná de Diniz (2006), que trata da implantação e desenvolvimento do Programa Municipal de Fitoterapia no Sistema municipal de Saúde.

Há estudos sobre a prática e a percepção do uso de plantas medicinais particularizados por diferentes profissionais da saúde como enfermeiros (ALVIM et al, 2006), médicos (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011), cirurgiões dentistas (LIMA JÚNIOR, 2005), agentes comunitários de saúde (PARANAGUÁ et al. 2009) e na perspectiva de trabalhadores da equipe de saúde da família (THIAGO; TESSER, 2011; FRANÇA et al., 2007).

Alguns estudos sobre o uso de plantas medicinais na atenção básica de saúde revelam conhecimentos restritos por parte de profissionais que atuam no PSF (FRANÇA et al, 2007; THIAGO; TESSER, 2011) e despreparo de cirurgiões-dentistas (LIMA JUNIOR, 2005), o que dificulta a orientação aos usuários sobre a sua utilização e aponta para aspectos a ser em considerados para a inserção dos fitoterápicos na atenção básica.

No estudo de Rosa, Câmara e Béria (2011) estes autores encontraram que, apesar de haver o interesse na ampliação dos conhecimentos sobre a temática, e os profissionais médicos apresentarem representação adequada acerca do que é fitoterápico, por se tratar de conhecimento do âmbito da cultura popular e ligado à cultura e ao empirismo, acaba por aparecer relegado a segundo plano, criando um contexto de pouco conhecimento científico sobre o assunto, favorecendo atitudes negativas ou receosas ante a essa tecnologia milenar.

Outros trabalhos colaboram no conhecimento acerca da visão dos profissionais de saúde sobre as práticas complementares e integrativas de saúde, o que inclui a fitoterapia, como é o caso de Paranaçu et al., 2009 e de Thiago e Tesser, 2011. Neste último, os autores afirmam que o uso de plantas medicinais é uma prática popular disseminada e alcança a maioria das pessoas, mas que não é incentivada por falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre tais práticas. O autor sugere que novas pesquisas sejam realizadas sobre o assunto para se obter o conhecimento e aceitação dos profissionais de saúde acerca das práticas de terapias complementares, além de medidas para implantação da oferta das PIC no SUS de forma democrática, participativa e em co- responsabilidade. Fontanella (2007) também sugere a realização de estudos adicionais com profissionais e estudantes de saúde para que se observe a capacitação e o interesse destes no atendimento da demanda por um modelo holístico de tratamento de saúde, representado pelo uso de Práticas Complementares e Integrativas de saúde.

Barros, Siagel e Otani (2011) salientam a necessidade de estudos na área das Medicinas Alternativa, Complementares e Integrativas (Maci) segundo os autores:

Tanto a PNPIC, quanto os documentos publicados pela OMS, sinalizam a necessidade de produção de material de informação e de formação sobre as Maci, pois uma das dificuldades de sua implantação ou implementação no SUS é o profundo desconhecimento dos seus fundamentos e formas de atuação (Barros, Siagel e Otani, 2012, p.22).

Além dos apontamentos das pesquisas apresentadas, o Ministério da Saúde, em seu papel de gestor do sistema de saúde propõe uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. O tema de nosso interesse neste projeto está incluído em alguns itens que reforçam sua relevância. São eles: avaliação de programas relacionados à produção de fitoterápicos e

homeopáticos para o serviço público; estudos sobre modelos de atenção à saúde adequados às populações em condições diferenciadas; destacando-se os aspectos geográficos, comportamentais, de gênero e transgêneros, e ainda nos itens que prevêm estudos sobre medicina natural e práticas complementares de saúde no SUS, tais como: homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, fitoterapia e práticas corporais; também sobre a apropriação do processo de produção, uso e disseminação do conhecimento e sobre a participação social e percepção pública da ciência e tecnologia (Brasil, 2008).

Desta forma, buscou-se evidenciar a importância e necessidade de estudos sobre as práticas dos trabalhadores de saúde, do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito da atenção básica à saúde, ampliando o arsenal de ferramentas tecnológicas e estratégias para produção do cuidado no SUS.



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A - Analisar os sentidos e significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos por usuários, na perspectiva dos trabalhadores de uma equipe de saúde de um distrito de saúde.

B - Analisar o conhecimento acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, e de políticas e programas específicos dos trabalhadores de uma equipe de saúde de um distrito de saúde.



4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

A metodologia é o “caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 2007, p. 22). Esta inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas adotado para apreensão da realidade e a criatividade do autor. Pode ser considerada a alma do conteúdo, uma vez que é a ponte entre o pensamento e a existência. Ou seja, tudo aquilo que foi planejado a nível intelectual toma forma por meio da manipulação das teorias e técnicas escolhidas (MINAYO, 2007).

Nesse sentido, visto que houve a pretensão de se aprofundar o estudo aos limites da realidade, buscando antecedentes e maior conhecimento acerca do objeto de estudo, escolheu-se trabalhar com um estudo de caráter exploratório-descritivo (TRIVIÑOS, 2007).

A abordagem adotada foi a qualitativa, que se adapta à exploração do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2007).

As técnicas de pesquisa e os instrumentos escolhidos para permitir investigar a realidade desejada serão caracterizados a seguir. Antes o leitor será situado sobre o cenário em que se buscaram respostas para as questões do presente estudo.

4.1. Campo de estudo

4.1.1. A escolha do campo de investigação

Após o recorte do objeto de estudo - as práticas de saúde de trabalhadores inseridos em contextos que contassem com programa de fitoterapia implantado e que estivesse relacionado à atenção básica, preferencialmente a saúde da família -, buscou-se um município que respondesse a essas características. A primeira busca se deu em documentos oficiais do Ministério da Saúde e posteriormente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Neste cadastro há o registro de 33 estabelecimentos

de saúde que disponibilizam tratamento com fitoterápicos, distribuídos em nove Estados da federação, dentre eles BA, PR, SC, RS, SP, MG, AM, PB e RJ. As unidades cadastradas para essa atividade estão em todos os níveis de atenção, hospitalares, ambulatoriais e unidades básicas de saúde.

Em seguida, foi feito o movimento de entrar em contato com o Ministério da Saúde via telefone, para obter maiores informações acerca dos estabelecimentos identificados no CNES e uma possível indicação de serviço que oferecia ação de fitoterapia para a realização da pesquisa. O último movimento foi o contato com a Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo que indicou dois municípios: Campinas e Pindamonhangaba e, através de visita aos sites desses municípios, se verificou que Campinas era o que tinha o programa mais antigo entre os dois indicados pela Secretaria. Por esse critério, acreditando que o tempo da presença de ações/serviços em fitoterapia/plantas medicinais determinaria maior capilarização do mesmo na rede, foi selecionado o município de Campinas-SP como campo de trabalho.

O município de Campinas-SP tem implantado ações e programas na perspectiva da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos considerados como bem consolidados. Desde 1990 vem trabalhando em projetos relacionados, iniciando com um projeto-piloto em um centro de saúde da área rural. Em 2004, criou uma farmácia de manipulação cujo nome fantasia adotado foi “Botica da Família”, instalada no Pólo de Alta Tecnologia de Campinas – CIATEC.

4.1.2. O município de Campinas: como a atenção básica está organizada no município²

Campinas é a cidade-centro de umas três regiões metropolitanas (RM) do Estado de São Paulo. Esta RM é composta por 19 municípios. A cidade tem mais de 260 anos,

² Todas as informações sobre o setor saúde do município não citadas foram obtidas pelo acesso ao site do município: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude>

ocupa uma área de 801 km² e conta com uma população de 1.064.669 habitantes, de acordo com o IBGE (CENSO 2009).

Existem cinco Distritos de Saúde em Campinas: Norte, Sul, Leste, Noroeste, e Sudoeste que contam com três tipos de unidades de saúde, os Centros de Saúde que são unidades básicas de saúde destinadas à realização do atendimento da população de sua área de abrangência, subordinadas ao Distrito de Saúde; as Unidades especializadas no atendimento de Urgência e Emergência e ainda as Unidades de Referência, destinadas ao atendimento especializado.

Campinas possui 61 Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde) que são os serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde. Eles têm território e população bem definidos. Gerenciam informações dos nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória, perfil de atendimento ambulatorial. Cada Centro de Saúde atende a, aproximadamente, 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário. Profissionais de apoio completam essas equipes.

Campinas conta com uma proposta peculiar para atuação em nível de atenção básica, o PROJETO PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, publicado em 2001. O objetivo do referido projeto é o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Esse objetivo seria alcançado através da reformulação da clínica, tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença); ampliação das práticas de promoção à saúde; articulação de equipes interdisciplinares; ampliação de espaços em que se atende: além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua; e cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a família, as instituições.

O projeto PAIDÉIA propõe em suas diretrizes a Clínica ampliada, que é a ideia de que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica, e há, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico. Apresenta ainda uma finalidade para a assistência individual, além da produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento, na qual há que se incluir o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades, no sentido de combate à medicalização, à

institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde.

No projeto, sugere-se a organização de Núcleos de Saúde Coletiva em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), para apoiar as Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), para desenvolver ações diretas com grupos, instituições, ambiente, entre outros e descentralizar a Vigilância à Saúde.

Outra diretriz do PAIDÉIA é o cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à Equipe Local de Referência, o que está previsto para ser realizado por Agentes de Saúde com apoio das equipes dos Centros de Saúde (CSs) e dos Distritos.

O acolhimento e a responsabilização também fazem parte das diretrizes do PAIDÉIA. Aqui se propõe uma mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles.

Ainda nas diretrizes um sistema de cogestão é contemplado e seria composto por conselhos locais de saúde - coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão - o poder centrado na equipe interdisciplinar; dispositivos variados, tais como: oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembleia com usuários; e, finalmente, a gestão cotidiana democrática - com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados.

E a última diretriz elencada no projeto PAIDÉIA é a capacitação, na qual se prevê o apoio das Universidades e dos Polos de Capacitação de Saúde da Família, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desencadear um amplo e progressivo processo de qualificação dos trabalhadores, tomando como foco a Equipe de Referência e de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBSs.

Ainda hoje formalmente vigora o PROJETO PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, com algumas alterações desde sua implantação em 2001, atendendo aos direcionamentos da própria SMS de Campinas.

Nas diretrizes gerais da Atenção Básica, presente no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, esta é conceituada como sendo:

O conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como as ações assistenciais (tratamento e reabilitação), essenciais para a resolutividade deste nível da atenção (CAMPINAS, 2009c).

Consta ainda no referido documento que a Unidade Básica de Saúde é entendida como principal porta de entrada no sistema (CAMPINAS, 2009c).

Nas diretrizes da Secretaria da Saúde do município está proposta a manutenção do papel das Unidades Básicas de Saúde, consolidando o modelo de atenção à saúde e a utilização da estratégia de Saúde da Família para territórios de maior vulnerabilidade, uma vez que os recursos atualmente alocados no sistema ainda não são suficientes para a cobertura em todo o município (CAMPINAS, 2009c).

Nas diretrizes, reforça-se que as Unidades de Saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de Saúde da Família, devem cumprir o contrato de metas a ser instituído, para que se possa avaliar a atuação das equipes locais e distritais no manejo das vulnerabilidades coletivas e/ou individuais da sua área de abrangência (CAMPINAS, 2009c).

O monitoramento e a avaliação do cumprimento das metas são definidos e pactuados com as Unidades de Saúde por meio dos Distritos, Centros de Referência e Áreas Programáticas (CAMPINAS, 2009c).

No sentido de reorganizar/implantar a ESF, o município tem priorizado suas áreas de maior vulnerabilidade, considerando a dimensão social da população assistida. Nas diretrizes está previsto ainda que

As áreas de baixo risco serão cobertas por ACS, após avaliação criteriosa, identificando áreas ou famílias de risco que merecerão acompanhamento da unidade de saúde através do ACS. Nestes casos, a unidade de saúde, em conjunto com o distrito e SMS, deverá avaliar a melhor forma de estruturar este acompanhamento, seja com a criação de novas microáreas ou com a distribuição das famílias entre os ACS existentes (CAMPINAS, 2009c).

Dessa forma, as equipes de saúde da família do município devem ser definidas e alocadas através de perfil epidemiológico e mapeamento de risco do território. A distribuição das mesmas é pactuada com os Distritos e SMS, e em algumas unidades de saúde propõe-se que os médicos pediatras, clínicos e ginecologistas atuem como apoio para toda a unidade, sem a vinculação a uma ESF (CAMPINAS, 2009c).

Ainda sobre a atuação da equipe, as diretrizes do município para Atenção Básica preveem que alguns médicos das áreas básicas fiquem encarregados de realizar o apoio matricial (educação permanente dos generalistas), por meio da discussão de casos, realização de interconsultas e orientação sobre o uso dos protocolos das respectivas áreas (CAMPINAS, 2009c).

Destaca-se aqui o momento vivido no município, uma crise política³ depois que o Ministério Público denunciou um esquema de corrupção envolvendo funcionários do alto escalão da administração municipal. Ao todo, 22 pessoas foram formalmente denunciadas. O prefeito, vice-prefeito e chefe de gabinete foram afastados de seus cargos, e em quatro meses o município teve quatro trocas de prefeito, com repercussões na gestão de todas as secretarias, incluindo a da Saúde.

4.1.3. Cenário da pesquisa

A escolha do Centro de Saúde que serviu como cenário para realização do presente trabalho se deu a partir da escolha do distrito de saúde ao qual a farmácia de manipulação do município pertence. O distrito é composto por 11 centros de saúde e através de sorteio aleatório foi definida uma unidade que conta com quatro equipes de saúde da família. A escolha da equipe, por sua vez, se deu por indicação da gestão da unidade.

O Centro de Saúde pesquisado é uma unidade que foi construída para funcionamento de suas atividades e por isso apresenta infraestrutura mínima para o desenvolvimento das ações. No entanto, o número de salas e consultórios é insuficiente para abrigar suas quatro equipes de saúde da família, o que faz com que duas delas atendam no período matutino e outras duas no período vespertino.

Atualmente o Centro de Saúde atende cerca de 22 mil habitantes do município. Para tanto, conta com 61 trabalhadores, sendo eles: 13 agentes comunitários de saúde, 4 cirurgiões-dentistas, 1 enfermeira geral, 4 enfermeiras de estratégia de saúde da família, 5 pediatras, 1 clínico geral, 2 médicos de saúde da família, 2 ginecologistas, 17 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de consultório dentário, 1 técnico em farmácia, 1 auxiliar administrativo, 3 recepcionistas, 2 atendentes de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico e 1 psicólogo.

A composição mínima de cada equipe de saúde da família é de aproximadamente 13 membros, dentre eles médico, enfermeiro, auxiliares de

³ Fonte: <http://www.cartacapital.com.br/politica/entenda-a-crise-na-prefeitura-de-campinas/>

enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e dentista. Destacamos que os médicos são de especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica geral e médico de família.

Os trabalhadores que não pertencem a uma equipe de saúde da família trabalham no sentido de dar suporte às equipes. Destacamos que um dos pediatras listados no quadro de funcionário exerce atualmente cargo de gestor na unidade, e sua atividade concentra-se nessa função.

As atividades desenvolvidas no Centro de Saúde seguem as orientações e os serviços previstos para esse nível de atenção.

A unidade realiza também reuniões periódicas com foco: na organização geral do Centro de Saúde, na educação permanente, na prática de cada trabalhador e ainda reuniões de cada equipe de Saúde da Família.

A equipe de saúde da família pesquisada é composta por 3 auxiliares de enfermagem, 1 médico clínico geral, 1 enfermeiro, 1 pediatra, 1 dentista, 1 ginecologista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 psicólogo e 3 Auxiliares de Enfermagem (ACSs), um total de 13 membros. A equipe realiza consultas de enfermagem, ginecologia, pediatria e clínica geral; visitas domiciliares, tratamento odontológico, consultas com psicólogo e grupos de educação em saúde, alguns de responsabilidade da própria equipe e alguns com gestão compartilhada com as demais equipes.

4.2. Etapas da pesquisa

Houve a triangulação na coleta dos dados, uma vez que o objetivo da utilização dessa técnica é abranger “a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 2007, p.138). O que se justifica pelo princípio de que é impossível conceber a existência de um “fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e vinculações estreitas e essenciais com o macrorrealidade social” (TRIVIÑOS, 2007, p.138).

Assim sendo, a coleta de dados se procedeu em duas etapas. Uma que objetivou a obtenção de informações que se pudesse situar o contexto no qual o trabalhador está inserido, entender como as práticas de fitoterapia e uso de plantas medicinais estão instituídas na rede para que posteriormente, ao ouvir o trabalhador, se pudesse entender suas práticas. Esta etapa envolveu análise documental (documentos específicos sobre a fitoterapia e instrumentos de gestão) além das informações fornecidas pelos informantes-chave, que ocorreram nos meses de janeiro, fevereiro, março e setembro de 2012.

A segunda etapa foi constituída de um estudo de caso, no qual se procurou entender como aparece o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas práticas dos trabalhadores da rede, tendo em vista todo o contexto resgatado. Etapa realizada no período de março a maio de 2012.

✓ *Etapa A: Entendendo o contexto da fitoterapia no município*

Na busca por compreender as práticas de saúde dos trabalhadores da rede em relação à fitoterapia, sentiu-se a necessidade de entender como se deu a implantação do programa e como é sua organização atual. Para isso, realizou-se análise de documentos oficiais do Programa de Fitoterapia de Campinas, o que possibilitou conhecer as propostas do município e toda a estrutura de organização do referido programa.

A análise de documentos pode ser utilizada como instrumento complementar para a concretização do estudo (PIMENTEL, 2001). Dos documentos como fontes de informação, retiraram-se evidências que fundamentaram afirmações e algumas declarações que estão no presente estudo. Ela é importante para que novos aspectos do tema estudado sejam desvendados (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Uma das buscas foi feita no Centro de Documentação (CEDOC) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, acervo voltado para a área da saúde, composto por documentos de caráter histórico que relatam a construção do SUS em Campinas, publicações de órgãos da área de saúde (OMS, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais e outros), trabalhos de pesquisa (teses, dissertações, monografias), livros, slides, fotografias, CD-roms e uma

coletânea de vídeos organizados por assunto⁴. Para acesso aos documentos, a pesquisadora foi cadastrada junto ao setor observando o cumprimento das normas de empréstimo.

Nesse acervo obteve-se acesso a um compilado sobre fitoterapia (Caderno 0159, pasta 020) que continha ofícios, projetos, programações de eventos, relatórios, dentre outros documentos, conforme listado no quadro 1:

Quadro 1 – Lista dos documentos contidos no Caderno 0159, pasta 020, disponibilizado pelo CEDOC

Identificação	Nome do Documento	Descrição do documento
Doc 1	Projeto de Fitoterapia de 1991	Primeiro projeto para implantação de ações com fitoterapia e plantas medicinais no município de Campinas
Doc 2	Projeto de Fitoterapia	Ampliação do projeto de fitoterapia – parceria com um serviço de saúde mental para o cultivo de plantas medicinais
Doc 3	Projeto de fitoterapia: proposta de trabalho conjunto com o Centro de Educação dos Trabalhadores (CETS) para o ano de 1992	Projeto que propõe parceria com CETS para o desenvolvimento de ações de educação sobre fitoterapia
Doc 4	Projeto de fitoterapia: proposta de trabalho conjunto com o Centro de Educação dos Trabalhadores (CETS) para o ano de 1992 – Manuscrito	Projeto que propõe parceria com CETS para o desenvolvimento de ações de educação sobre fitoterapia – Manuscrito
Doc 5	Relatório de atividades 1994	Relatório sobre as atividades desenvolvidas no ano de 1994 envolvendo a fitoterapia
Doc 6	Ofício, n. 003/EP/PF/Cris	Manifestação do interesse da prefeitura em participar do projeto que a Secretaria de Saúde Estadual mantinha em parceria com o CPQBA-Unicamp
Doc 7	Ofício, n. 044	Resposta do Estado a um ofício enviado por Campinas. Orientação de que o município estabeleça contato com o CPQBA-Unicamp para que fosse possível a continuidade do projeto de fitoterapia
Doc 8	Ofício, n. 27	Ofício da Secretaria Municipal de Saúde enviado ao CPQBA a fim de estabelecer parceria com o setor
Doc 9	Ofício, n. 59	Ofício encaminhado a um setor administrativo da Prefeitura solicitando a compra de matéria-prima para a produção de fitoterápicos
Doc 10	Compra de matérias-primas para produção de fitoterápicos	Relação da compra de matérias-primas para produção de fitoterápicos pelo CPQBA

⁴ Informações retiradas do site da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cets/cedoc/regras_emprest.htm

Doc 11	PROGRAMA	Programação de um evento de capacitação em fitoterapia
Doc 12	Recorte de Jornal. Matéria: Campinas usara plantas para tratar pacientes	Matéria jornalística sobre a inserção de plantas medicinais e fitoterápicos na rede
Doc 13	Relatório sobre o uso de fitoterápicos na rede pública.	Relatório sobre a situação da fitoterapia. Contempla um pequeno histórico sobre a implantação, como tem sido desenvolvido, resultados obtidos com as ações e perspectivas para continuidade das ações
Doc 14	PROGRAMA.	Programação de um evento de capacitação em fitoterapia
Doc 15	Projeto de fitoterapia: proposta para Sar Leste	Proposta de ampliação das ações de fitoterapia para um distrito de saúde SAR Leste
Doc 16	Descrição do programa e propostas para o ano de 1997	Propostas para continuidade do projeto de fitoterapia em Campinas
Doc 17	Avaliação e descrição de casos com utilização de fitoterápicos em 1999	Descrição e avaliação de casos de pacientes que foram tratados com fitoterápicos pelo projeto
Doc 18	Botica da Família – Farmácia de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos, Campinas, 20 de janeiro de 2005. Ofício, n. 1, 2005	Ofício encaminhado ao distrito de saúde ao qual a Botica de Família pertence, contendo solicitação de insumos para a realização de suas atividades

Os documentos evidenciaram a lógica de implantação do programa, os sujeitos envolvidos nesse momento, as parcerias estabelecidas, as dificuldades enfrentadas dentre outras características desse processo de municipalização da fitoterapia em Campinas.

Foram analisados também instrumentos de gestão disponíveis como Planos Municipais de Saúde, Planos de gestão e Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, referentes ao período de 1994 a 2011, a fim de identificar a presença da fitoterapia, conforme o Quadro 2:

Quadro 2 - Relação dos instrumentos de gestão analisados e a presença do tema fitoterapia

Título do Documento e código		Presença da fitoterapia
P1	Plano Plurianual de Saúde 1994-1997	-
R1	Relatório de Gestão 1997	-
P2	Plano Plurianual de Campinas 1998-2001	-
P3	Plano de Saúde Anual de Saúde 2001	-
P4	Plano Municipal de Saúde 2001-2004	-
R2	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2003	✓
R3	Relatório de Gestão- Secretaria Municipal de Saúde 2001-2004	-
P5	Plano Municipal de Saúde 2006-2007	✓

R4	Relatório de Gestão 2006	✓
R5	Relatório de Gestão 2007	✓
R6	Relatório Anual 2008	✓
R7	Relatório Anual 2009	✓
P6	Programação Anual 2010	✓
P7	Plano Municipal de Saúde 2010-2013	✓
R8	Relatório de Gestão 2010	✓
R10	Relatório de Gestão 2011	✓

Ainda para contextualizar a implantação do Programa de Fitoterapia de Campinas foram abordados três informantes-chaves, o coordenador da farmácia de manipulação do município, o coordenador do Departamento de Saúde Integrativa e o responsável pelo projeto-piloto que deu origem ao programa que ainda trabalha na rede de saúde de Campinas. Segundo Minayo (2006), os informantes-chave são "informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos do grupo" (MINAYO, 2006, p.118). Os informantes identificados contribuíram com seus depoimentos para o resgate do contexto no período da implantação do Projeto Botica da Família e ainda o contexto atual no que se refere ao modo como o programa tem sido conduzido.

A técnica de pesquisa utilizada foi entrevista aberta audiogravada, com o auxílio de um roteiro (Apêndice 1) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

O informante-chave 1 (I-1) graduou-se em medicina e é especialista nas seguintes áreas: saúde pública/medicina preventiva, homeopatia, acupuntura, fitoterapia, medicina antroposófica. Atualmente trabalha em serviço da rede de Campinas e além da atividade na rede pública faz atendimentos em consultório particular. É uma das responsáveis pela organização da Semana de Fitoterapia e dá apoio técnico de maneira informal à Botica da Família.

O informante-chave 2 (I-2) é graduado em farmácia e possui especializações em homeopatia, saúde pública, cosméticos e acupuntura (em curso), e coordena a Botica da Família há 4 anos. Dentre suas atribuições estão o gerenciamento do processo de produção dos medicamentos e a elaboração de planilhas de compras com suprimento necessário para manipulação.

O informante-chave 3 (I-3) é graduado em medicina, com especialização em Ginecologia e Obstetrícia e em Acupuntura, tendo participado de mais 20 cursos em Práticas Integrativas e Complementares. Em 2005, foi convidado para coordenar a área de práticas integrativas, cargo que ocupa até o presente momento. A Botica da Família não faz parte diretamente de suas atribuições; realiza também captação e elaboração de projetos, busca de parcerias com instituições públicas, privadas e Organizações não governamentais (ONGs).

✓ *Etapa B: Estudo de caso – Entendendo o lugar da fitoterapia e uso de plantas medicinais no processo de trabalho de uma equipe de saúde da família*

A segunda fase da pesquisa foi composta por um estudo de caso de uma equipe de saúde da família do município escolhido, o qual teve como propósito responder à questão norteadora através de observação e entrevistas.

O estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (TRIVIÑOS, 2007, p. 133). Uma de suas características é dada por duas circunstâncias principais, a natureza e abrangência da unidade de análise. Neste estudo, a natureza e abrangência dizem respeito ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos no contexto de uma equipe de saúde da família o que abrange as relações e as práticas estabelecidas no processo de trabalho.

As técnicas de coleta utilizadas nesta etapa foram observação participante e entrevista semiestruturada.

4.2.1. A observação

A observação participante refere-se ao momento no qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, a fim de colher dados e compreender o contexto da pesquisa, a realidade empírica do espaço estudado (MINAYO, 2007).

Todos os 13 trabalhadores da equipe selecionada foram convidados a participar da pesquisa, dentre eles houve uma recusa. Outros três trabalhadores não foram incluídos por não estarem exercendo suas atribuições ou estarem de férias/licença-saúde no período de coleta de dados. O trabalhador da sala de curativos apesar de pertencer a outra equipe também foi convidado a participar da pesquisa, uma vez que é o único responsável pelo setor no horário de atuação da equipe.

Foram observados os seguintes trabalhadores: 1 médico generalista, 1 pediatra, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 ACS, 1 auxiliar de consultório odontológico, 1 psicólogo e 3 auxiliares de enfermagem, um total de 10 observações. O período de observação variou entre 3 e 4 horas, foram acompanhados: consultas clínicas, atendimentos odontológico, atendimentos do enfermeiro (consulta de enfermagem e acolhimento), sala de curativos, sala de vacinação e duas visitas domiciliares.

A observação participante teve foco no processo de trabalho da equipe, especialmente nos momentos de atendimento clínico tanto em atendimentos na unidade de saúde quanto no domicílio, nos quais foi possível perceber como são recebidas por parte da equipe as práticas de autocuidado utilizadas pela população, como é o caso do uso de plantas medicinais. A observação se deu com foco na interação entre os saberes populares e científicos sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos na construção da autonomia dos usuários e do cuidado integral em saúde.

Nesse sentido, registraram-se os aspectos da interação, o acolhimento do usuário, como suas práticas de autocuidado e aspectos culturais são introduzidos no processo, como o fitoterápico e o programa de fitoterapia aparecem na prática clínica dos sujeitos da pesquisa e o conteúdo propriamente do diálogo estabelecido entre profissional e usuário, o que se configurou como relevante para o alcance dos objetivos propostos. As anotações foram feitas em diário de campo e posteriormente à transcrição, passaram por processo de análise de conteúdo que será descrita a seguir.

O roteiro de observação (Apêndice 3) foi submetido à análise de dois profissionais *experts* no campo da pesquisa na atenção básica e conhecedores do processo de trabalho na estratégia saúde da família. Foi solicitado parecer acerca de sua adequação frente aos objetivos a serem alcançados, os mesmos deram importantes sugestões para adequação do instrumento. As alterações sugeridas foram incorporadas e a versão final do instrumento foi encaminhada para apreciação do CEP. Os *experts*

convidados concordaram em participar do estudo, e sua anuência foi declarada por escrito por meio de um TCLE (Apêndice 4).

Todos os trabalhadores que compuseram essa etapa assinaram o TCLE (Apêndice 5). Os usuários presentes nos momentos de observação também foram esclarecidos acerca do estudo; seus objetivos, garantias de privacidade e não existência de risco na participação do estudo; e posteriormente convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 6). Entre os usuários, houve três recusas para assinatura do TCLE, e, portanto, nada do que se presenciou do atendimento destes sujeitos foi registrado.

As dez observações serão identificadas nos resultados com número seqüencial correspondente ao trabalhador observado conforme codificação a seguir:

- OBS-1: enfermeiro;
- OBS-2: auxiliar de enfermagem x
- OBS-3: clínica geral;
- OBS-4: auxiliar de enfermagem y;
- OBS-5: pediatria;
- OBS-6: ACD;
- OBS-7: dentista;
- OBS-8: psicologia
- OBS-9: ACS X;
- OBS-10: auxiliar de enfermagem.

4.2.2. As entrevistas

No presente estudo, a utilização da entrevista semiestruturada se deu posteriormente à observação participante – somente os trabalhadores observados foram convidados a compor essa fase. Foram entrevistados oito dos 10 trabalhadores de saúde observados, um dos trabalhadores não foi entrevistado devido a férias, e outro foi dispensado de suas atividades, no período de coleta de dados.

A partir de um roteiro preliminar para a entrevista (Apêndice 7), direcionaram-se perguntas abertas e fechadas para que o entrevistado discorresse sobre o tema. Todos os trabalhadores que participaram da entrevista assinaram o TCLE (Apêndice 8).

As entrevistas foram realizadas no dia, horário e local de preferência do entrevistado. Foram gravadas em mídia digital para posterior transcrição e análise. A duração das entrevistas variou de 25 a 75 minutos.

Na apresentação dos dados da pesquisa, os sujeitos serão identificados da seguinte maneira:

→ Auxiliar de enfermagem 1: E-1

→ Auxiliar de enfermagem 2: E-2

→ ACS: E-3

→ Pediatra: E-4

→ Auxiliar de enfermagem 3: E-5

→ Enfermeira: E-6

→ Médica: E-7

→ Psicóloga: E-8

4.3. Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Protocolo nº 1419/2011 (Anexo 1), observando as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, ressaltando o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas.

Para obtenção de aceite do CEP foi necessária a autorização do município para realização da pesquisa (Anexo 2).

Além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já apresentada, outro procedimento ético adotado na pesquisa foi a generalização no

masculino para todos os sujeitos da pesquisa, a fim de que a identidade dos mesmos fosse resguardada.

4.4. Análise dos dados

Na análise documental, buscou-se, a partir da questão norteadora, identificar informações factuais nos documentos pesquisados (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática. Nos documentos oficiais (relatórios e planos de gesta), destacaram-se e recortaram-se do material as informações referentes à fitoterapia. Posteriormente identificou-se o conteúdo destes recortes, o que foi articulado com os outros dados da pesquisa.

Na análise dos documentos específicos sobre a fitoterapia procedeu-se uma “análise da estrutura lógica de expressões e elocuições” contidas nos mesmos (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p.41) na qual foram elencados elementos como a finalidade, os objetivos, as dificuldades e ações que possibilitariam a implantação da fitoterapia no município. O que em conjunto com os outros dados encontrados ajudou a remontar o contexto do Programa de Fitoterapia de Campinas.

Os dados coletados tanto da observação do processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa quanto das entrevistas foram transcritos e também submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática.

A análise temática, no modelo de Bardin tem como elemento central o tema, que é a unidade de significação extraída naturalmente de um texto analisado em consonância com a teoria escolhida. A análise foi desenvolvida em três etapas: a pré-análise, fase em que se determinou a palavra-chave ou frase que indica a unidade de registro, os recortes, a unidade de contexto, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise; a fase de exploração do material, na qual se pretende alcançar o núcleo de compreensão do texto e a última fase em que se efetua o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2006).

A análise das observações nos possibilitou destacar três núcleos de sentido: as características do processo de trabalho do sujeito observado, o conhecimento do usuário sobre plantas medicinais e fitoterápicos e o conhecimento dos trabalhadores sobre o tema.

Já a análise das entrevistas dos trabalhadores da ESF, referente ao estudo de caso, fez emergir quatro núcleos de sentido da fala dos entrevistados: 1. Relação dos trabalhadores e usuário com o programa de fitoterapia; 2. Conhecimento/informações dos trabalhadores sobre o programa; 3. Percepções sobre o significado do uso de plantas medicinais/ fitoterápicos e 4. Experiência pessoal do uso de plantas medicinais/fitoterápicos.

Da análise dos informantes-chaves obtiveram-se três núcleos de sentido: 1. Histórico/situação atual do programa, 2. Relação do programa com a comunidade e com os trabalhadores da rede e 3. Lógica da implantação do programa e da oferta de fitoterápicos na rede.

Após a análise de todo o material coletado, trabalhou-se novamente no agrupamento de temas, agora, das diversas fontes. Assim, obtiveram-se quatro grandes temas:

1. O Programa de fitoterapia em Campinas, que se subdivide em três subtemas: Nascimento, implantação e consolidação; A Fitoterapia nos documentos de gestão; O conhecimento dos trabalhadores sobre as normatizações e estrutura do programa.
2. Os elementos que viabilizam a inclusão de fitoterápicos no processo de trabalho. Neste tema encontram-se como subtemas: O fornecimento de fitoterápicos – em busca da autonomia, O processo de capacitação de trabalhadores em fitoterapia e Potencialidades e desafios do Programa de Fitoterapia.
3. As práticas de uso de fitoterápicos e plantas medicinais: a população usuária e os trabalhadores
4. Os sentidos e os significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na percepção dos trabalhadores

A triangulação entre os dados obtidos das quatro fontes pesquisadas com o aporte teórico que embasou o estudo possibilitaram maximizar a abrangência da descrição, explicação e compreensão do fenômeno estudado.

Neste trabalho escolheu-se triangular os dados obtidos com a teoria do processo de trabalho, usando como referências Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Emerson Elias Merhy. Estes autores sustentados pelo marxismo propõem a discussão do trabalho em saúde concebendo trabalho como um processo intencional e planejado em que há produção de um produto, processo este que sofre influência direta da forma de organização da sociedade, das relações humanas e dos determinantes econômicos, foi imbuído deste olhar que foram analisados os dados coletados.



5. RESULTADOS

5 - RESULTADOS

5.1 - O Programa de Fitoterapia em Campinas

5.1.1 - Nascimento, implantação e consolidação

Para compreender as práticas de trabalhadores de saúde de uso de plantas medicinais e fitoterápicos, efetuou-se uma aproximação com o contexto, resgatando o Programa desde as proposições iniciais até o momento atual.

Tendo em vista o referencial teórico escolhido para nortear o presente trabalho, entende-se que o conhecimento do contexto do que se pretendia tratar era de fundamental importância, uma vez que, este daria subsídios para a reflexão das práticas dos trabalhadores de saúde no que diz respeito ao uso deste instrumento (recurso tecnológico), no processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Acredita-se que entender a ideologia presente na criação do Programa de Fitoterapia de Campinas, bem como os desdobramentos que o mesmo sofreu, teria reflexo no processo de trabalho daqueles que compõem a rede do município.

A fitoterapia na rede pública no município de Campinas teve início pelo interesse de uma médica que desde sua graduação apreciava a fitoterapia e o uso de plantas medicinais. Um dos movimentos que resultou na municipalização da prática foi a elaboração um projeto com fins acadêmicos feito pela referida médica propondo a criação de hortas medicinais em centros de saúde, em 1989.

Em 1990, esta profissional começou a trabalhar como clínica geral, em um centro de saúde da zona rural de Campinas, onde iniciou o cultivo de espécies medicinais no quintal da unidade de saúde com o apoio de outros colegas que também se interessavam pela fitoterapia. As plantas medicinais eram incluídas no processo de trabalho por meio de atividades de educação em saúde. A conduta envolvia orientação sobre o modo de preparo e utilização de chás, sendo que após a consulta, a médica e o usuário encaminhavam-se até o quintal da unidade para reconhecerem a espécie que seria indicada. Nesse momento, na horta da unidade, paciente e trabalhadora de saúde trocavam saberes sobre o assunto: “[...] então a gente consultava, descia lá, mostrava

as plantas para quem não conhecia, ou, aprendia com quem conhecia bastante, a população conhece muito [...]” (I-1). E nesse período, as folhas a serem utilizadas na preparação de chás eram fornecidas pela unidade sempre que disponíveis na horta.

A vigilância do município se interessou em conhecer o trabalho e posicionou-se favoravelmente à experiência, através de um documento de apoio, sendo esta a primeira iniciativa formal do município em relação à experiência; e, a partir de então, houve vinculação do projeto como ação do município (I-1).

O primeiro projeto de fitoterapia apresentado à Secretaria de Saúde do município foi datado de 1991, a proposta compreendia um centro de saúde e foi coordenado pelos próprios funcionários da unidade com assessoria do Escritório Regional de Saúde 27 e do Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas Biológicas e Agrícolas (CPQBA) da Universidade Estadual de São Paulo (UNICAMP) (Doc-1).

O objetivo principal do projeto acima referido era:

A viabilização do uso de diversos preparados obtidos a partir de plantas medicinais, utilizadas pela população e comprovada por meios científicos, para as principais causas de demanda da rede primária de atendimento da SMS de Campinas (Doc-1).

E, nos objetivos específicos, o projeto reforçava o acesso a tratamentos eficazes como direito e propunha a fitoterapia nesta perspectiva; privilegiava o saber popular quando se propunha a resgatar, reforçar e divulgar tal conhecimento; colocava o usuário como agente de seu cuidado quando previa o estímulo ao cultivo e uso de plantas medicinais e ainda propunha a sensibilização dos trabalhadores da saúde quanto à eficácia e utilização da fitoterapia, através de grupos de estudos e pesquisa científica (Doc-1).

A proposta foi justificada pela tradição do uso de plantas medicinais pelos moradores do local de implantação do projeto-piloto e ainda por ser uma forma de resgatar e preservar o conhecimento popular e ser uma terapêutica de fácil acesso e baixo custo (Doc 1).

Para a operacionalização foram propostos: levantamento etnofarmacológico e das patologias prevalentes na área de implantação do projeto; seleção das plantas que seriam utilizadas, seu cultivo e coleta; treinamento de recursos humanos, atendimento em fitoterapia na unidade de saúde; utilização de protocolos clínicos e fichas de

acompanhamento dos usuários em tratamento com planta medicinal; elaboração de um memento terapêutico e ainda ações em educação em saúde que abrangeriam os trabalhadores de saúde e população (Doc 1).

Posteriormente ao projeto-piloto, em 1992, foi proposta articulação com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ⁵referência em saúde mental, que com a parceria iria expandir as atividades do Núcleo de Oficina de Trabalho, através da implantação de oficinas de manipulação, cultivo e secagem de plantas, para produção de cosméticos, chás e condimentos alimentares, a partir de plantas medicinais. Esse movimento beneficiou o projeto de fitoterapia pela expansão da área de cultivo de plantas medicinais (Doc 2).

Essa experiência possibilitou através do trabalho o estabelecimento de vínculo com os usuários do serviço de saúde mental, beneficiando este público também:

Assim, a gente teve umas experiências de trabalhar com pacientes de saúde mental que ele não tem vínculo, ele nem te olha no olho [...] quando você vai em uma reunião começa a falar de planta aí muda sabe, o olho da pessoa até brilha, ele começa a contar os causos e se empolga, e se você leva planta daí um fala: não porque essa planta chama tal coisa, ah não ... não é, chama outro nome, porque tem essa coisa do nome popular, então é uma riqueza, é uma riqueza, eu falo que todo dia se você tiver aberto você aprende alguma coisa, alguma novidade nessa área em tudo na verdade (I-1).

Constata-se, assim, que a parceria permitiu também a troca de saberes com o usuário (I-1).

A fim de viabilizar o projeto no Serviço de Saúde Cândido Ferreira para o cultivo de plantas, foram destinadas duas bolsas aos internos que se comprometessem a cuidar da horta. Esses cuidadores da horta levavam suas funções muito a sério considerando a atividade “*como um verdadeiro trabalho*”, o que favoreceu mudanças na vida de alguns que passaram pelo projeto:

[...] um dos pacientes, é que lá é assim eles recebiam uma bolsa trabalho, então eles consideravam trabalho mesmo, então um dos pacientes falou, a frase dele foi: ‘ah, eu era pingaiada eu tinha destruído minha família, mas agora que eu estou trabalhando com as plantas medicinais, minha vida mudou, já até casei de novo’[...] (I-1).

A partir da necessidade de ampliação, foi proposto um trabalho conjunto com o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), em 1992, a fim de que este operacionalizasse, divulgasse e ampliasse o serviço de fitoterapia na rede de Centros de saúde por meio da criação de um Centro de Fitoterapia no CETS que seria o responsável

⁵ O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, referência no tratamento em saúde mental.

pelas capacitações e organização de cursos de extensão em fitoterapia para trabalhadores de saúde e população. Para implementação deste projeto, foi proposta a realização de ciclos de debate para os trabalhadores dos centros de saúde da rede, organização de material educativo para serem usados dos centros de saúde e palestras de fitoterapia para a comunidade (Doc-3).

Em 1993, o projeto de fitoterapia foi incorporado ao Departamento de Programas e Projetos da Secretaria Municipal de Saúde. No mesmo ano, instituiu-se uma comissão interdisciplinar que tinha como finalidade viabilizar o uso de fitoterápicos na rede pública de Campinas (Doc-5).

Esta comissão de fitoterapia trabalhou no sentido de elencar as patologias mais incidentes, bem como as plantas medicinais com eficácia comprovada por estudos científicos que poderiam ser usadas nas patologias identificadas. Foi ressaltada a escassez de estudos que comprovassem a ação das plantas medicinais sobre várias patologias e ao final dessa busca foram selecionadas seis espécies de plantas medicinais que comporiam o projeto de fitoterapia (I-1). No entanto, não se localizaram documentos que registrassem a continuidade dos trabalhos dessa comissão.

Outro projeto de fitoterapia foi apresentado ao município com a proposta de viabilizar o uso da fitoterapia nos centros de saúde abrangidos pela Secretaria de Ação Regional Leste - SAR-Leste, fruto do resultado satisfatório e da solicitação obtida através de um questionário respondido pelos funcionários da rede para identificar o grau de conhecimento e interesse no uso de fitoterápicos no trabalho em saúde (Doc 16).

Os objetivos apresentados nesse último projeto abrangiam alguns já mencionados nos anteriores e ainda incluíam novos: 1. Viabilização do uso de plantas medicinais utilizadas pela população subsidiada por estudos e pesquisas científicas para as principais causas de demanda na rede primária de atendimento na área de cobertura da SAR Leste; 2. Articulação dos trabalhadores interessados e instituições envolvidas com o assunto para ampliar conhecimentos bem como a validação da eficácia terapêutica; 3. Trabalhar em conjunto e utilizar o trabalho desenvolvido pela Comissão de Fitoterapia, bem como se basear no trabalho-piloto; 4. Atuar na área de educação em Saúde junto à população para maiores esclarecimentos, bem como oferecer debates com os usuários nos próprios Centros de Saúde; 5. Oferecer cursos de capacitação em fitoterapia para trabalhadores de saúde; 6. Oferecer manual de orientação para o uso das

plantas escolhidas e 7. Criação de um grupo para supervisionar as várias etapas de implantação do uso de fitoterápicos (Doc-16).

Para a ampliação das atividades em fitoterapia e para a obtenção e produção dos medicamentos, buscou-se apoio da Secretaria Estadual de Saúde que na época desenvolvia um trabalho junto ao CPQBA relacionado à produção de fitoterápicos. No entanto, como o Estado não contava com profissionais para coordenar o projeto, ficou acordado apenas o repasse dos medicamentos à prefeitura do município, que ficaria responsável por gerir o programa e distribuir os fitoterápicos (Doc-5).

Nessa fase inicial de implantação da fitoterapia, utilizaram-se protocolos clínicos para acompanhamento da evolução do usuário em tratamentos com fitoterápicos, que incluíam itens como critério de inclusão, exclusão, critério de alta e acompanhamento clínico. Apesar da extensão do protocolo, foi relatada adesão dos trabalhadores da rede no preenchimento do instrumento, o que foi percebido como fator motivador para continuidade do trabalho de fitoterapia no município:

Imagina uma pessoa de serviço público que tem muita demanda, muito paciente, preenchiam eram 3, 4 páginas de relatório de acompanhamento, e foi isso que conseguiu com que Campinas pudesse continuar com esse trabalho (I-1).

No período de implantação do programa, para a idealizadora do Programa, houve grande abertura e empenho tanto dos trabalhadores quanto dos usuários. A partir do protocolo clínico, os casos acompanhados foram classificados pelo desfecho obtido: cura, manifestação de efeitos colaterais ou adversos e ainda abandono. Na maioria dos casos, obteve-se cura. Foram registrados poucos casos que apresentaram efeitos colaterais, sendo os mais frequentes dor de cabeça e dor no leito de cicatrização, referente ao uso em curativos. A maioria dos casos considerados como abandono do tratamento foi decorrente da troca do trabalhador que acompanhava o usuário, sendo que o novo profissional passou a prescrever outro medicamento não fitoterápico. O não retorno do usuário à unidade para que a equipe soubesse do resultado do tratamento também foi classificado como abandono (I-1).

Entretanto, em um dos relatórios sobre o projeto de fitoterapia, há registro de informação diferente do relatado acima quanto à adesão dos trabalhadores aos protocolos. Os médicos demonstraram baixa adesão, diferentemente das enfermeiras, que aderiram ao uso de fitoterápicos para o tratamento de feridas (Doc-13).

Muitos treinamentos foram realizados nesse período de municipalização da fitoterapia, e o público-alvo era tanto médicos quanto para trabalhadores de outras categorias da área da saúde como dentistas, enfermeiros e outros (I-1, Doc-5 e Doc-13). Ainda no que se refere à capacitação dos trabalhadores para a prática, foi elaborado e difundido um Memento Fitoterápico, com as espécies selecionadas para uso, indicação e posologia (Doc-5).

Sobre o andamento do projeto, um dos relatórios sobre a fitoterapia, de 1994, menciona o horto do centro de saúde onde o projeto de fitoterapia teve início como um viveiro didático onde eram realizadas periodicamente visitas técnicas (Doc-5). Apesar da existência do horto municipal, as espécies cultivadas não puderam ser utilizadas na manipulação de fitoterápicos devido à falta de controle químico e biológico das plantas (I-1).

O relatório expõe ainda dificuldades como a falta de uma equipe executora permanente, a dificuldade de obtenção de medicamentos em virtude do fim do projeto que o Estado tinha com o laboratório fornecedor, o CPQBA (Doc- 5 e Doc-13). Assim, o município passou a comprar medicamentos fitoterápicos de uma farmácia de manipulação (Doc-16).

Em um documento de 1997 dentre muitas propostas, encontra-se a de se estudar a possibilidade de o Projeto de Fitoterapia se transformar em um Programa, sendo legitimado para que com isso conseguisse alocação de verba própria (Doc-16).

Em 2001, a Secretaria de Saúde de Campinas constituiu uma equipe responsável pelo processo de oficialização da fitoterapia no município, que contou com a participação da idealizadora do programa (I-1).

Nesse período a Secretaria de Saúde implantou outras práticas de medicina integrativa e complementar como corpo em movimento, acupuntura, homeopatia, dentre outras, e assim se criou o Departamento de Saúde Integrativa no município (I-1).

A institucionalização do Programa de Fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas se deu pela Portaria nº 13/01 de 12 de novembro de 2001, tendo como objetivo o fornecimento de medicamentos fitoterápicos aos centros de saúde da rede municipal, como opção terapêutica, bem como ações educativas pertinentes. A portaria prevê que o fornecimento dos medicamentos seria feito pela

SMS por meio de convênio/contrato com farmácia de manipulação e/ou através de farmácia de manipulação própria. O mesmo documento explicita que as prescrições dos fitoterápicos seriam de acordo com protocolo específico (Memento de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Campinas) e que os trabalhadores seriam treinados através de cursos de fitoterapia oferecidos na SMS (CAMPINAS, 2001a).

Em 2002, o município instituiu a Semana da Fitoterapia através da Lei 11.385/02, como uma ação não vinculada à Secretaria Municipal da Saúde e ao Programa de Fitoterapia, sendo seus objetivos: 1. abordar e discutir temas ligados à farmacologia, usos e indicações, farmacognosia, toxicidade e toda a gama de informações pertinentes à elucidação da fitoterapia; 2. informar, sensibilizar, conscientizar e mobilizar a opinião pública sobre o uso de plantas medicinais e aromáticas com finalidades terapêuticas; 3. estimular os centros de saúde da rede municipal de Campinas a cultivarem nos seus espaços plantas medicinais e 4. desenvolver um centro metropolitano de divulgação da fitoterapia e estimular os produtores da Região Metropolitana de Campinas a desenvolver e ampliar o cultivo orgânico e sustentável de plantas medicinais, aromáticas e condimentares como alternativa de renda e trabalho (CAMPINAS, 2007a).

Posteriormente, a Lei nº 13.045 de 29 de agosto de 2007 alterou o nome da Semana de Fitoterapia que passou a ser chamada de Semana da Fitoterapia Professor Wálter Radamés Accorsi como homenagem e reconhecimento aos mais de setenta anos de estudo de plantas medicinais deste professor, e por ter prestigiado a implantação a Semana de Fitoterapia de Campinas desde a 1ª edição do evento (CAMPINAS, 2007b).

Em consenso com o previsto na portaria que institucionalizou a fitoterapia em Campinas (CAMPINAS, 2001a), foi criada uma farmácia de manipulação municipal, inaugurada em setembro de 2004 com o nome de Botica da Família, responsável por abastecer o município com os fitoterápicos padronizados.

A experiência da fitoterapia em Campinas ganhou visibilidade nacional, o que levou o Ministério da Saúde a convidar a idealizadora do programa a participar da elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos de 2006 por meio do preenchimento de questionários e reuniões para estudos (I-1).

O Programa de Fitoterapia de Campinas e de outras cidades como Fortaleza-CE, Curitiba-PR e Vitória-ES fomentaram a difusão da fitoterapia em vários outros municípios do país (I-1).

Atualmente o Programa de Fitoterapia é normatizado pela Lei nº 13.888 de 19 de julho de 2010 que dispõe sobre sua implantação na rede pública de saúde. Os objetivos desta versão são muito semelhantes aos descritos na Portaria nº 13/01 de 12 de novembro de 2001 (CAMPINAS, 2010a).

5.1.2 - A Fitoterapia nos documentos de gestão

Os documentos de gestão do município registram as iniciativas e ações propostas, bem como aquelas que efetivamente se concretizaram, e possibilitam conhecer o Programa de Fitoterapia a partir desta interface. Os dados do Programa aparecem nos Relatórios de Gestão e Planos Municipais de Saúde a partir de 2001, ano de sua oficialização.

A primeira menção da prática feita no relatório de Gestão – SMS Campinas foi no ano de 2003, no qual estão descritas algumas ações como a criação da farmácia de fitoterapia, realização da Semana de Fitoterapia e ainda a realização de capacitação em Fitoterapia (CAMPINAS, 2004).

O Relatório de Gestão – SMS Campinas, referente ao período 2001-2004, possui um item específico sobre Fitoterapia, no qual estão relatadas as mesmas ações apresentadas no relatório acima referido, acrescido, por exemplo, de cultivo de plantas medicinais, criação de portaria que normatiza a prescrição de fitoterápicos por enfermeiros dentre outras (CAMPINAS, 2005a).

O plano municipal de saúde 2006/2007 tem propostas na área de fitoterapia apenas no planejamento de alguns distritos de saúde. No Distrito Sudoeste, as propostas sobre o tema são para ampliação da quantidade de hortos medicinais e ampliação do

impacto do uso de fitoterápicos nas unidades de saúde, além da garantia do fornecimento regular dos medicamentos. No planejamento do Distrito Norte, a abordagem do tema diz respeito à garantia do acesso aos medicamentos e ainda à implementação de estrutura própria de produção de fitoterápicos (CAMPINAS, 2005b).

Em 2006, a fitoterapia é contemplada no anexo referente à Assistência Farmacêutica do relatório de gestão (R4), no qual consta que a meta de melhoria da manipulação e dispensação dos medicamentos foi parcialmente cumprida (CAMPINAS, 2007c).

No relatório de Gestão de 2007, a fitoterapia aparece no item “Resultados da Saúde Integrativa”, em que consta a realização da ampliação do atendimento em Fitoterapia, reforma e automatização da Farmácia de manipulação do município atendendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e ainda a procedimentos para realização de pregão para compra dos equipamentos, aparelhos e utensílios, para que todo o processo manual fosse automatizado (CAMPINAS, 2008).

No R5 também foram identificados problemas e questões a serem solucionados no que diz respeito à dispensação dos medicamentos; padronização dos medicamentos e a necessidade de um laboratório de controle da qualidade dos fitoterápicos (CAMPINAS, 2008).

O relatório traz ainda as alterações referentes a recursos humanos para execução do programa e a alteração na lista de medicamentos fornecidos que ganhou um novo item, a papaína para ser usada em curativos (CAMPINAS, 2008).

Na secção com informações referentes aos distritos de saúde do município, o Distrito de Saúde Norte aborda o tema fitoterapia; no entanto, isso não ocorre no item “Práticas Integrativas”, mas sim, no item “Assistência Farmacêutica”, no qual consta o cumprimento da meta de garantia de acesso a medicamentos fitoterápicos. Na secção que corresponde ao Distrito Sul, a fitoterapia aparece nas considerações finais do relatório no item “Ações cuja governabilidade extrapola a competência do distrito” e dispõe sobre a ampliação e garantia do fornecimento regular de medicamentos fitoterápicos na rede. Nenhuma informação sobre o tema é encontrado nas partes do relatório que se referem aos Distritos Leste, Sudoeste e Noroeste (CAMPINAS, 2008).

A fitoterapia está presente no relatório anual de gestão de 2008 no item referente à saúde do trabalhador, registrando o cumprimento da meta de promover a participação dos trabalhadores em eventos intersetoriais como a Semana de Fitoterapia (CAMPINAS, 2009a).

O documento trouxe ainda o relato sobre a ampliação e aquisição de equipamentos para Botica da Família e sobre o acompanhamento das atividades da Fitoterapia pela Câmara Técnica de Saúde Integrativa que assinala como desafio a capacitação específica para os trabalhadores da rede assistencial (CAMPINAS, 2009a).

Outra meta referente à fitoterapia no R6 é a de manter a rede abastecida com medicamento de qualidade e em quantidade suficiente, o que segundo o documento foi parcialmente cumprida. Diante das ações efetuadas, o relatório aponta como meta para qualificação da assistência farmacêutica a necessidade de maior interlocução com a Botica da Família; a realização de reuniões com os técnicos de farmácia e a farmacêutica da Botica e ainda estabelecer o fluxo com a Botica, de acordo com cronograma e sua capacidade de manipulação. (CAMPINAS, 2009a).

No ano de 2009, o relatório anual de gestão trouxe informações referentes à reforma do prédio da Botica da Família com o valor gasto e a fonte do recurso, providências de licitação das compras para a automatização da farmácia com a finalidade de aumentar a produção de fitoterápicos (CAMPINAS, 2010b).

Na programação anual de saúde, de 2010, a fitoterapia está presente em diretrizes sobre educação na saúde que propõe a capacitação de médicos e enfermeiros em fitoterapia (CAMPINAS, 2009b).

O plano municipal de saúde, 2010 a 2013, relata que as atividades de fitoterapia devem ser acompanhadas pela Câmara Técnica de Saúde Integrativa e registra como desafios para a próxima gestão a conclusão do estudo sobre as ofertas de capacitação realizadas na área de saúde integrativa no período de 2002 a 2008, para reorientar e qualificar as demandas e ofertas de formação dos profissionais da saúde; além de estabelecer cronograma das capacitações futuras (CAMPINAS, 2009c).

Sobre fitoterapia a informação encontrada no relatório de gestão de 2010 é referente à ampliação do número de profissionais capacitados para a utilização de fitoterápicos, meta que não foi realizada devido ao déficit de profissionais na rede de

saúde, levando a não liberação dos médicos para participar do curso programado (CAMPINAS, 2011).

O relatório de gestão de 2011 contempla o tema quando relata sobre a adequação do espaço físico de Botica da Família e da aquisição de equipamentos referentes à instalação do sistema de exaustão para iniciar as atividades (CAMPINAS, 2012).

5.1.3 - O conhecimento dos trabalhadores sobre as normatizações e estrutura do programa

Atualmente, o Programa de Fitoterapia do município é norteado pela lei já mencionada neste capítulo e por protocolos como o guia de curativos da enfermagem, no qual constam os medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros, e o momento fitoterápico, no qual estão listados os fitoterápicos disponíveis na rede para serem prescritos por médicos (I-2).

No âmbito de sua gestão, a fitoterapia se situa sobre um tripé, vinculada à assistência farmacêutica, à saúde integrativa e ao Distrito Sudoeste (I-2, I-3), não havendo um responsável específico pelo Programa de Fitoterapia e sim uma cogestão dos setores citados (I-3).

Apesar da oficialização do Programa de Fitoterapia no município e da organização de gestão compartilhada envolvendo segmentos da Secretaria da Saúde, os dados revelam diversidade no conhecimento acerca do Programa de Fitoterapia entre os entrevistados.

Alguns dos trabalhadores desconhecem a existência do Programa de Fitoterapia no município, e, embora saibam que há fitoterápicos na rede, não sabem que essa distribuição está vinculada a um programa (E-1, E-3, E-4), e a maioria deles não soube citar qualquer documento normativo relacionado ao programa (E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-7 e E-8).

Um dos entrevistados disse ter visto pela televisão notícia sobre o cultivo de plantas medicinais em quintais de unidades de saúde, mas não soube dar detalhes (E-1).

Sobre o programa, o E-2 citou alguns dos fitoterápicos que fazem parte do elenco de medicamentos oferecidos pelo Programa e disse que ultimamente há pouco fornecimento destes, e acredita que existe normatização sobre o uso de fitoterápicos, pois toda medicação, principalmente as utilizadas na rede pública precisam de fiscalização tanto pela ANVISA quanto pelos órgãos de vigilância locais (E-2).

Apesar de já ter prescrito medicamentos oferecidos pelo Programa de Fitoterapia, um dos médicos disse não conhecer o Programa e seus documentos norteadores (E-4).

Um dos entrevistados referiu conhecer o Programa e disse que o mesmo está implantado há cerca de 5 anos, porque foi a partir de então que começaram a receber fitoterápicos no centro de saúde. No entanto refere desconhecer qualquer documento legal que norteie o Programa. Disse ainda se preocupar com a legalidade de sua categoria trabalhar com esse tipo de medicamento:

[...] eu não sei nada sobre esse programa, nem se tem lei, se pode, se não pode. Aliás, o nosso grande problema é esse, porque às vezes tem a lei, assim, eu não sei se a gente pode usar, a gente como auxiliar né, se a gente pode usar o fitoterápico (E-5).

Já o E-6 tem conhecimento sobre a origem do Programa, relatou que este se deu por iniciativa de um projeto pessoal de uma trabalhadora da rede que posteriormente foi municipalizado e soube citar a época de oficialização. Soube, ainda, indicar a existência de documentos técnicos que orientam o funcionamento do programa como o memento terapêutico, cartilha na qual estão informações como nome dos medicamentos fitoterápicos e suas indicações, posologia e quem está apto a prescrever.

Destaca-se por ser a única trabalhadora entrevistada que referiu conhecer os documentos normativos que regulam a fitoterapia e dentre eles citou a portaria municipal que regulamenta a prática no município (E-6).

Outro sujeito da pesquisa disse não conhecer a estrutura do Programa, no entanto soube dizer que a medicação é fornecida pela Botica da Família e que a prescrição de fitoterápicos é restrita a médicos. Demonstrou conhecer os fitoterápicos utilizados em sua área e alguns aspectos da implantação do programa como o movimento para o plantio de hortas medicinais (E-8).

5.2 – Os elementos que viabilizam a inclusão de fitoterápicos no processo de trabalho

5.2.1 - O fornecimento de fitoterápicos – em busca da autonomia

Um dos elementos fundamentais para a existência do Programa de Fitoterapia diz respeito ao fornecimento de fitoterápicos às unidades de saúde, que é realizado pela farmácia de manipulação do próprio município. Assim sendo, apresenta-se a seguir uma breve caracterização desse processo.

A Botica da Família conta com dois farmacêuticos em período integral que supervisionam todo o processo de produção realizado por técnicos de farmácia, para a garantia da qualidade dos produtos. Além disso, para obtenção de um medicamento de boa qualidade, há cuidados que devem ser observados na aquisição da matéria-prima, como a realização de compras através de licitação e observação das exigências de comprovação de regularidade dos fornecedores junto à ANVISA, cuidado que permite rastrear qualquer imprevisto que possa ocorrer com o medicamento fornecido pela Botica da Família, desde a aquisição da matéria-prima até a distribuição na unidade (I-2).

A aquisição de matéria-prima foi apontada como uma dificuldade na manutenção do abastecimento da rede, devido à falta de fornecedores, longo tempo para efetivação de compras e planejamento que deve ser anual (I-2). Além disso, a aquisição de matéria-prima “*confiável*” tem sido um complicador no processo de compras. Esta situação evidenciou que a ausência da cadeia de produção completa do fitoterápico é um entrave do Programa, o que levou o município a estabelecer como meta montar toda a cadeia produtiva do fitoterápico – cultivo, secagem, manipulação, controle de qualidade; mas para que isso ocorra é preciso reunir parceiros, já que há certa complexidade e especificidade de saberes nesse processo, sendo necessária uma equipe multiprofissional. (I-1 e I-3)

A distribuição de medicamentos fitoterápicos funciona de acordo com o seguinte fluxo: nos centros de saúde os trabalhadores prescrevem os fitoterápicos que são oferecidos pela Botica, as prescrições são encaminhadas às Distritais de Saúde da região as quais pertencem e então enviadas à Botica da Família. As farmacêuticas da Botica avaliam todas as receitas que recebem quanto à adequação para só então liberarem a manipulação. Depois de prontos os medicamentos são encaminhados à Distrital de Saúde que se encarrega de distribuí-los às unidades solicitantes. Este processo pode durar até 15 dias.

Os Centros de Saúde que possuem transporte próprio não precisam encaminhar as receitas à distrital; as prescrições e a busca dos manipulados podem ser feitas diretamente na Botica, agilizando o processo.

A Botica recebe prescrições de médicos, enfermeiros e dentistas. Os enfermeiros só podem solicitar medicação tópica que é utilizada em curativos. Segundo a coordenadora da farmácia, o maior número de pedidos encaminhados à Botica é da enfermagem e os que menos solicitam fitoterápicos são os dentistas. A mesma observa que os Centros de Saúde que mais solicitam os medicamentos são das regiões mais carentes do município (I-2).

A produção de fitoterápicos, no período de coleta de dados desta pesquisa, estava suspensa. A pausa na manipulação aconteceu desde 2010 para realização de adequações na estrutura física da farmácia de manipulação (I-2; I-3; CAMPINAS, 2011).

Mesmo com investimentos feitos até o momento para adequação da estrutura física e dos equipamentos, a Botica da Família ainda não atende a todos os critérios da Vigilância Distrital, apresentando algumas pendências que impidem seu pleno funcionamento. Ainda necessita de um laboratório para realização da análise bioquímica tanto do produto final quanto da matéria-prima e melhorar a logística de distribuição dos fitoterápicos, pois com esta configuração apenas 15 a 20% da demanda consegue ser atendida pelo Programa (I-3).

No esforço para adequar a Botica para retomar a manipulação e fornecimento dos fitoterápicos, o Programa contou com colaboração de outras instituições públicas como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que através de edital público forneceu

equipamentos para a Botica, o que demonstra que o financiamento do Programa não é exclusivo do município (I-3).

Outro problema apontado é a variação nos investimentos feitos a depender de cada gestão e para que essas dificuldades sejam enfrentadas, no sentido de viabilizar a manutenção do fornecimento dos fitoterápicos, revela-se a necessidade de manter e ampliar o apoio para fortalecer o Programa e superar a instabilidade e a variação dos investimentos: *“se tivesse um vínculo federal ou estadual que [...], apoiasse o programa de fitoterapia, que desse força, não ficaria na mão do gestor do governo do momento, sabe teria uma...eu acho que fortaleceria o programa”* (I-2).

Essa falta de recursos e de subsídio para o adequado funcionamento do Programa se reflete em dificuldades no abastecimento da rede, percebidas e apontadas como um dos problemas pelos membros da equipe de Saúde da Família que participaram da pesquisa.

Segundo E-6, a falta de investimento acarreta dificuldades no abastecimento de medicamentos: *“A própria Botica se eu não me engano foi reformada recentemente, mas, não foi suprida as necessidades de insumos, então não tem dado conta de produzir”*.

Mas as unidades têm recebido fitoterápicos, como se constatou no período de observação quando o trabalhador mostrou que na farmácia do centro de saúde existia uma prateleira específica para fitoterápicos e que naquele momento só havia dois potes de fitoterápicos, ambos de uso tópico em curativos, e na própria sala de curativos havia potes abertos, armazenados na geladeira do setor (Obs-1).

A inconstância no abastecimento prejudica a escolha e manutenção de fitoterápicos na realização de curativos, porque algumas vezes no meio do tratamento mesmo obtendo melhoras com seu uso é preciso substituí-lo por um alopático. Destaca-se que a equipe não orienta a compra do fitoterápico na maioria dos casos, devido às condições socioeconômicas da população (E-5).

Pelo apreendido na observação entende-se que a opção de compra do fitoterápico realmente não é sequer apresentada ao usuário. Durante a realização de um curativo, a trabalhadora comentou que se na unidade tivesse o fitoterápico “X” ele seria utilizado naquele caso. O usuário ouvindo o que o trabalhador dizia, perguntou sobre a

possibilidade de comprar o medicamento e cada vez que comparecesse à unidade para realização do curativo poderia trazê-lo. A trabalhadora disse que com a indicação médica isso era possível, no entanto, orientou o usuário a procurar a medicação em outra unidade de saúde da cidade ou até mesmo do distrito vizinho. O usuário relatou interesse nessa possibilidade porque já havia cuidado dessa ferida, que é crônica, com a medicação referida e havia tido um bom resultado (Obs-2).

A falta do fitoterápico não prejudica apenas na sua escolha para os curativos, ou seja, a inconstância no fornecimento faz o medicamento não ser o tratamento escolhido pelos trabalhadores: *“tem que ser uma coisa mais estável porque, tipo, por exemplo, na hora que você começa a acostumar com o fitoterápico na farmácia aí de repente ele não é mais fornecido pela prefeitura [...]”* (E-4). Além disso, essa situação pode gerar a descrença dos usuários em relação aos fitoterápicos e estimular questionamentos sobre sua eficácia e importância, além de fazer com que o medicamento seja entendido pelo usuário de modo depreciativo por ser uma opção mais barata do que o alopático (E-8).

Na observação também foi constatado o relato dos trabalhadores no sentido de sentirem a ausência do fitoterápico na rede, foi frequente a abordagem à pesquisadora sobre como o tema seria pesquisado se não havia o medicamento na unidade. Alguns sujeitos da pesquisa e outros trabalhadores não incluídos no trabalho disseram que sabem dos efeitos benéficos dos fitoterápicos e que quando estes estão presentes na rede são muito bem aceitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários, e fazem questão de usá-los, mas salientaram a dificuldade no fornecimento do mesmo (Obs-1, Obs-2, Obs-3; Obs-4, Obs-5, Obs-6; Obs-7, Obs-8, Obs-9, e Obs-10).

Em contrapartida ao discurso dos trabalhadores sobre a ausência da medicação, percebeu-se a não utilização dos fitoterápicos existentes na unidade. Na observação, um trabalhador da unidade levou a pesquisadora até a sala de curativos para mostrar os medicamentos presentes na geladeira do setor. Havia seis potes, a trabalhadora pegou cada um para mostrar o nome e indicação, e percebeu que a data de validade de quatro potes estava vencida, então descartou-os. O mesmo movimento foi feito por outro trabalhador alguns dias antes, no entanto, este não se ateu a esta constatação (Obs-2).

5.2.2 - O processo de capacitação de trabalhadores em fitoterapia

Como já foi apresentada, a capacitação dos trabalhadores está presente no plano municipal de saúde 2010 – 2013 como um desafio a ser enfrentado, sendo que nos anos de 2010 e 2011 essa meta não foi alcançada. Sendo assim, foi também um item muito presente nas entrevistas com os informantes-chave, que pela própria implicação destes com o Programa de Fitoterapia, de certa forma entende-se como esperado. Da mesma forma, os trabalhadores da equipe referiram a necessidade de qualificação para fazer uso de fitoterápicos no cotidiano de seu trabalho e as dificuldades enfrentadas para obtê-la.

Com relação ao preparo dos trabalhadores para atuarem no Programa de Fitoterapia, foi referido que discussões em grupos e capacitações eram práticas comuns no período de implantação do programa e se constituíam em estratégias que estimulavam a equipe a trabalhar com fitoterapia. No entanto, desde a mudança de coordenação do programa, estas deixaram de existir, sendo que o único treinamento que se teve notícia foi realizado em 2012 na Semana de Fitoterapia do município, oferecido pelo grupo que organiza o evento com o apoio do CETS (I-1).

A Semana de Fitoterapia está legalmente instituída no município (I-2 e CAMPINAS, 2007). Trata-se de evento gratuito, com programação que mescla veiculação de conhecimento popular com conhecimento científico, com palestrantes das duas vertentes do saber em fitoterapia. É divulgado pela mídia, dando visibilidade ao Programa, promovendo o “aquecimento” da discussão e ainda captando a atenção de “políticos” e da população, fatores favoráveis a sua continuidade. Tem contado com a participação de cerca de 500 a 600 pessoas (I-1).

O maior público do evento é a população do município, leigos que trabalham com fitoterapia:

A Semana de Fitoterapia é para a população, se você for ver ela, ali tem profissionais de todos os tipos, mas, quem faz a semana é a população de Campinas. São as pessoas que estão envolvidas, que sabe usar o chazinho, que gosta, que usa, que conhece a planta por tradição que a avó que passou [...]” (I-2) .

Muitos trabalhadores da rede não conhecem a Semana de Fitoterapia, evento que conta com a participação de pessoas de diversas cidades e Estados (I-2). Dos entrevistados, apenas um mencionou conhecer o evento (E-6).

Destaca-se que a Semana de Fitoterapia vem sendo organizada por um grupo que trabalha com o tema, chamado “Saberes à Luz do Sol”, e é composto por pessoas vinculadas à Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI), Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBA), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), Secretaria do Meio Ambiente, Associação Natural de Agricultura Orgânica e com menor assiduidade ONGs ecológicas (I-1). A composição do grupo organizador da Semana chama a atenção à participação pouco expressiva de técnicos e responsáveis pela fitoterapia do município.

Esse esforço para realização de uma capacitação no espaço da Semana de Fitoterapia deste ano, 2012, teve bons resultados e todas as vagas ofertadas foram preenchidas, confirmando o interesse pelo tema. Estiveram envolvidos na organização deste evento profissionais da própria rede como a idealizadora do projeto de fitoterapia, a enfermeira da comissão de curativos, a coordenadora e a outra farmacêutica da Botica da Família, demonstrando que a rede municipal tem condições suficientes para ministrar as capacitações (I-2).

No entanto, constatou-se que nenhum dos oito participantes da pesquisa recebeu qualquer capacitação específica, apesar de haver solicitação de treinamentos por parte dos profissionais de saúde. Confirma a constatação o relato de informantes dizendo que atualmente muitos médicos prescrevem fitoterápicos por “afinidade” uma vez que, não possuem preparo para tal atividade. (I-1 e I-2).

Destacou-se o reconhecimento da potencialidade do compartilhamento e troca de conhecimentos, em capacitações e discussões em grupo para trabalhadores, uma vez que desde a implantação do programa houve um aumento expressivo de estudos e comprovação científica da eficácia de diversas plantas medicinais, reforçando a necessidade de capacitações e atualizações (I-1). Nesse sentido, houve sugestão de realização de, no mínimo, 1 (uma) capacitação por ano, para divulgação da oferta de fitoterápicos e formação de prescritores. (I-2)

No entanto, identificaram-se obstáculos para que isso ocorra:

1. o grande rodízio de médicos na rede básica: *“há muito...há um rodízio muito grande de médicos, eles entram e saem então às vezes acaba nem conhecendo, sabendo que tem o medicamento fitoterápico na rede”* (I-2);

2. a dificuldade de liberação dos profissionais devido à crise política que o município vivencia e à falta de profissionais na rede: *“existe muita cobrança, mas Campinas está passando por uma crise, política e econômica e nem pode disponibilizar profissional para nada né, tem muita cobrança, muita cobrança em ter treinamento”* (I-2).

3. o caráter facultativo que se dá aos treinamentos de fitoterapia (I-2 e E-6):

[...] e têm muitas coisas, e têm coisas que é convocação, campanha de vacinação, programas... então isso eles vão. Não é um treinamento, é uma convocação, eles vão, eles têm que ir, e o treinamento de fito fica como um treinamento, então as pessoas vêm quem tem mais afinidade quem tem interesse [...] (I-2).

A falta de treinamentos foi atribuída à deficiência na comunicação, incentivo e apoio por parte do município às equipes (I-1).

A oferta de treinamento é justificada: para todo medicamento que é inserido na rede há a necessidade de se capacitar a equipe que irá trabalhar com o produto (E-2). No entanto, algumas categorias profissionais não são incluídas nas capacitações, como por exemplo, auxiliares de enfermagem e psicólogos (E-5 e E-8).

Nesse sentido, evidenciou-se a preocupação em preparar os trabalhadores para trabalharem com a fitoterapia, a fim de que estejam aptos a fazer a indicação correta do fitoterápico e orientações sobre o uso de plantas medicinais e os fitoterápicos (E-2, E-4, E-5, E-6, E-7 e E-8).

Houve referência a treinamento para os enfermeiros, cuja participação foi dos que tiveram interesse (E-2), sendo estes responsáveis por multiplicador e repassar o conteúdo para a equipe de enfermagem, embora esse repasse nunca tenha ocorrido em relação à fitoterapia (E-5). O entrevistado relatou que, quando começaram a receber fitoterápicos na rede, recebeu dos enfermeiros orientações básicas sobre o nome do fitoterápico e sua indicação, disse ainda que a proposta era de que o curativo tratado com fitoterápico fosse avaliado pelo enfermeiro e quando necessário pelo médico (E-5).

Além de treinamentos e capacitações, outra forma de obtenção de conhecimentos foi relatada, um dos trabalhadores referiu que durante o período de graduação recebeu informações gerais sobre a fitoterapia. No entanto, o conhecimento

que possui sobre o Programa foi obtido por iniciativa própria, lendo sobre o tema no site da prefeitura e se informando com colegas de trabalho (E-6).

A participação em reuniões de gestão que contavam com a presença da coordenadora da Botica da Família também foi apontada por um trabalhador como oportunidade para obter conhecimento sobre o programa, por ocasião do curso de aprimoramento profissional que realizou e salientou que após esse período quando ingressou na rede como trabalhadora não ouviu mais falar do programa (E-8).

O E-7 disse que acredita que o conhecimento técnico sobre fitoterapia e plantas medicinais é importante, mas que deve ser trabalhado junto com questões como o fortalecimento da autonomia do usuário e o estímulo a uma postura ativa do usuário no seu autocuidado, visto que se perdeu um pouco desta autonomia com o modelo de assistência que tem sido praticado.

No mesmo sentido, o E-8 afirmou que a formação em fitoterapia deveria privilegiar as questões referentes ao autocuidado e valorização do conhecimento popular, questões que extrapolam o núcleo de conhecimento de um grupo específico de trabalhador da saúde. Segundo o entrevistado, para que estas questões sejam contempladas na formação e capacitação do trabalhador é necessária uma mudança de atitude, do significado que se dá à saúde, sendo necessário desvincular cuidado à saúde da consulta médica, reorganizando o modelo de assistência (E-8).

5.2.3 - Potencialidades e desafios do Programa de Fitoterapia

Aspectos da gestão apareceram na análise de dados como elementos que interferem na implantação e efetivação do Programa de Fitoterapia, com repercussões no cotidiano do trabalho das equipes, dentre eles, o tempo de governo e o apoio da gestão do momento foram mencionados como problemas na execução do Programa de Fitoterapia:

[...] acho que a pior coisa é a questão política, porque a cada 4 anos tudo que foi feito, porque foi o outro que fez, então você ... cortam-se as cabeças e tem que ser outras coisas e aquela pessoa não pode nem aparecer mais, [...] desinveste num programa numa coisa interessante porque aquilo não interessa, naquele momento, para aquele partido, [...] para aquela filosofia (I-1).

A crise e as diversas mudanças na gestão do município têm influenciado o desempenho do Programa de Fitoterapia, o que foi percebido por um dos informantes-chave pela perda de três técnicos da Botica da Família e na priorização de outras práticas integrativas/complementares em detrimento da fitoterapia (I-1).

Durante a crise que o município atravessou, no período da realização da pesquisa, houve cortes de verba em vários setores e segundo o entrevistado corta-se o que se considera “*menos importante*”, que é o caso das práticas integrativas, incluindo a fitoterapia: “*Entre você atender com medicamento fitoterápico que está em falta e um outro, vai ser o outro*” (I-3).

Houve referência à percepção de certa “*desintegração*” do programa relacionada ao fato de este estar mais diretamente ligado à Assistência Farmacêutica, perspectiva que coloca o fitoterápico apenas como mais um medicamento dentro da prática hegemônica da alopatia, sendo que o desejável seria que o programa não estivesse submetido diretamente ao departamento de assistência farmacêutica (I-1).

Os trabalhadores da rede que participaram da pesquisa apontaram ainda outras dificuldades do programa, como a deficiência na divulgação mais geral do programa:

[...] crítica é a falta de divulgação mesmo, de orientação, de conscientização da população porque às vezes já aconteceu de o pessoal vir procurar e não ter, porque é raro quando tem. Então, falta de divulgação e conscientização (E-1).

Outro entrevistado também comenta sobre a disseminação do programa “[...] programa não estar conseguindo ter penetração nem entre os profissionais, nem entre a população [...]” (E-7).

A análise dos dados da pesquisa possibilitou a identificação de potencialidades no sentido de viabilizar o Programa de Fitoterapia.

Dentre eles houve destaque à própria proposta de ter fitoterápico no serviço de saúde como algo inovador: “*Ponto positivo sem dúvida é o fato de ter uma proposta de ter fitoterápico, porque eu acho que é uma iniciativa que não tem em todos os lugares do Brasil e tal, então isso seria um ponto positivo*” (E-6). O mesmo entrevistado refere

que vale a pena ter um programa de fitoterapia e quando há falta da medicação no posto os trabalhadores identificam essa ausência.

Em consenso com o que foi apontado acima, outros entrevistados pontuaram a existência do programa como um de seus pontos positivos “*o fato de existir um programa isso é um ponto positivo por si só. Eu acho que é isso, então acho que assim, o maior ponto positivo é a própria existência, não consigo vê muita coisa*” (E-7).

Outras potencialidades assinaladas foram que o programa demonstrou ser viável ao ser implementado; que há produção científica significativa e difusão na comunidade do conhecimento sobre o assunto, além de ser uma opção barata e ter a potência de melhorar a qualidade de vida dos usuários (E-8).

Somado a esse aspecto, os bons resultados obtidos no tratamento de várias patologias e principalmente o relacionamento e troca de saberes que a iniciativa proporciona foram indicados como positivos: “*o relacionamento com o paciente, isso não tem preço, eu acho que isso é importante, esse contato, esse aprendizado junto com a população é muito bom [...]*” (I-1).

A presença do fitoterápico na rede também foi referida positivamente, por abrir caminho para reflexão a respeito desta prática em contraposição à prática hegemônica (E-8).

Além de potencialidades, alguns desafios mais estruturais que chegam a extrapolar as possibilidades de ação do programa, e até mesmo do município, foram identificados pelos trabalhadores.

Um deles se refere ao modelo de saúde que tem sido adotado, fator entendido como entrave para ações de cuidado que favoreçam a inclusão da fitoterapia na prática clínica:

Campinas precisa de um outro rumo [...] Está com uma prática de saúde muito ruim, muito degradada, uma clínica muito...eu vou te falar o que é degradada, que a clínica ampliada prevista no PAIDÉIA está muito degradada e longe de ser uma clínica ampliada, então, muito isolada, muito fragmentada, muito tosadora de autonomia do paciente, então assim, essas coisas que precisa mudar. (E-6).

O E-7, nesse sentido, entende como desafio para inserção da fitoterapia na prática clínica o modo como a atenção primária tem sido organizada, que segundo ele

não favorece o olhar ampliado sobre a saúde. Aponta o descompasso entre o que está previsto para esse nível de atenção e como esta tem funcionado:

E eu acho realmente que precisa ser revista a atenção primária nesse sentido de o quê que ela se propõe a fazer. E aí isso envolve uma série de coisas, para começar pelo redimensionamento porque se não nunca vai sair de uma atenção ambulatorial farmacológica e vai com Deus. E até conseguir ir fazendo essa mudança de olhar mesmo, que aí eu acho que extrapola o que é possível ser feito local [...] Eu acho que tem que ser visto tudo isso para gente consiga ter uma atenção melhor mesmo.

5.3 - As práticas de uso de fitoterápicos e plantas medicinais: a população usuária e os trabalhadores

A existência do Programa de Fitoterapia, bem como a implementação de qualquer política pública, depende de quem efetivamente opera, para que as propostas se tornem ações, sendo estes sujeitos ativos em função de um dado projeto de saúde que defendem (MERHY, 1997).

Assim o uso de fitoterápicos e plantas medicinais como uma prática de produção do cuidado ao usuário tem relação direta com a interação que se estabelece entre trabalhador e usuários e com o modo como concebem e se relacionam com as terapêuticas fitoterápicas.

Na interação trabalhador-usuário, o modo como o profissional percebe o usuário e suas demandas é fundamental no desenho que se estabelecerá para o recorte do objeto de trabalho.

Acredita-se que o uso da planta medicinal no autocuidado tenha relação com essa adesão, portanto nesta seção haverá as impressões dos sujeitos da pesquisa no que se refere ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, tanto como as práticas de automedicação como recurso terapêutico disponibilizadas por programas oficiais do município.

No processo de análise, identificaram-se, na perspectiva dos informantes-chave do estudo, duas posturas diferentes da população em relação à inclusão do uso de

fitoterápicos como prática de saúde. No primeiro momento, houve estranhamento: “No início até a própria população: *poxa eu vim num médico e o médico me receita uma planta?*” (I-1).

Logo a seguir notou-se uma diferença na postura da população que passou tanto a aceitar e se interessar, como também passou a participar trocando conhecimento:

[...] uma vez que você abre espaço ela vem, ela compartilha, ela usa, aproveita mesmo dessa possibilidade, então, é questão só de disponibilizar, e ter essa visão essa abertura, uma visão mais ampliada [...] (I-1).

Nas atividades de educação em saúde realizadas no início do programa, havia muita participação da população e muita troca de conhecimento. Uma das experiências nesse sentido já relatada foi a parceria entre hospital de saúde mental e o programa de fitoterapia que possibilitou a formação de vínculos entre usuários e trabalhadores de saúde e ainda a mudança de hábitos de vida daqueles (I-1).

Com relação à aceitação da população às práticas integrativas e complementares, os trabalhadores acreditam que, se houvesse oferta, a população aceitaria sem restrição:

E isso foi na fitoterapia, foi no corpo e movimento, foi na acupuntura, foi na osteopatia, foi assim, nós oferecemos e a população aceita, muito mais do que nós pensávamos. Tanto é que hoje nós temos filas e filas e filas procurando e nós não damos conta de suprir (I-3).

Os trabalhadores acreditam que entre 80 e 90% da população assistida faz uso de plantas medicinais, ainda que alguns usuários não relatem essa prática (I-1, E-5, E-6, E-7 e E-8):

É a impressão que eu tenho que o pessoal fala que tipo usa, mas na hora que você for perguntar: ‘o quê que a senhora já fez a respeito disso?’ o pessoal vai elencar todos os exames que fez, todos os remédios que já tomou e isso não aparece (E-7).

Alguns sujeitos acreditam que a prática não é levada pelo usuário ao conhecimento do trabalhador de saúde por medo de ser constrangido ou repreendido, e ainda por não dar o mesmo valor que se dá a um alopático a uma planta medicinal (I-1 e E-7).

Nesse sentido, E-5 acredita que, de forma espontânea ou não, os usuários acabam contando sobre o uso de plantas medicinais, como relatou sobre o caso de um usuário que compareceu à unidade para realização de curativo apresentando a região da lesão com uma coloração diferente do habitual. O trabalhador perguntou sobre o uso de

algum remédio no leito da ferida e ele negou. Diante da insistência do trabalhador, o usuário confessou ter utilizado uma planta com propriedades cicatrizantes.

Por outro lado, os entrevistados E-2, E-3 e E-4 acreditam que essa prática não está presente entre os usuários, uma vez que é um “*um hábito do passado*” e era um recurso utilizado pela falta de acesso aos medicamentos alopáticos, antes da procura pelo serviço de saúde, reduzindo a demanda para estes.

Os trabalhadores também se pronunciaram a respeito da adesão dos usuários em relação à fitoterapia.

Uma das percepções é que a população tem o hábito de utilização de plantas medicinais, mas, a adesão a tratamentos com fitoterápicos depende da constatação de sua eficácia e resultados. Muitas mães confiam muito no xarope de guaco, muito utilizado em pediatria, mas não aderiram ao uso de outros fitoterápicos, como por exemplo, os ansiolíticos (E-1 e E-4).

Acredita-se que com maior divulgação do programa e dos medicamentos a população aceitaria melhor os fitoterápicos, uma vez que o desconhecimento foi relacionado à preferência pelo alopático, tendo em vista que este é mais divulgado e valorizado (E-1, E-8).

Assim, para alguns trabalhadores, a aceitação do usuário ao fitoterápico depende da explicação sobre o medicamento que recebe (E-2 e E-5), depende também do vínculo entre trabalhadores e usuários que permite uma interlocução entre ambos (E-4).

Outra questão apontada como importante na aceitação ou não de fitoterápicos é a história de vida da pessoa, se na família havia ou não o hábito de utilização de plantas medicinais e se isso já faz parte de seu universo (E-6).

O uso de plantas medicinais foi identificado pelos trabalhadores entre a população que possui mais de 40 anos e idosos; usuários acamados, população indígena, oriundas da zona rural e de pequenas cidades, dos Estados de Minas Gerais e Paraná ou da região Nordeste do país (E-2, E-3, E-6, E7 e E-8), pois já tinham conhecimento sobre muitas plantas medicinais (E-2).

Apesar de dizer que a população utilizava, apreciava e percebia melhoras na queixa referida com o uso do fitoterápico fornecido pelo centro de saúde, alguns

trabalhadores levantaram dúvidas quanto à adesão da população ao fitoterápico, tendo em vista a falta do medicamento e distribuição gratuita na rede pública, e o baixo incentivo dos médicos (E-3 e E-4).

Na falta de fitoterápicos como o xarope de guaco, por exemplo, a população reclamava sua ausência e como alternativa as mães faziam em casa usando folhas de guaco, apesar de os profissionais muitas vezes não saberem orientar sobre esse preparo (E-4).

No entanto, há controvérsias quanto à aceitação dos usuários ao uso de chás. Houve manifestação de insatisfação com a consulta quando foi prescrito fitoterápico em forma de chá, fato confirmado pela sobra de grande quantidade de chá na farmácia da unidade (E-6).

Com relação aos produtos fitoterápicos de uso tópico em sala de curativos referiu-se boa aceitação por parte dos usuários (E-5 e E-7). Em algumas situações, quando há falta do medicamento fitoterápico tópico, faz-se uma prescrição para que o usuário compre o produto e dê seguimento ao seu tratamento, o que acontece sem restrição por parte do usuário (E-5).

Também foi relatado que a população confia nos fitoterápicos fornecidos pelo centro de saúde, por sua semelhança à apresentação dos alopáticos. Um trabalhador considera que não há resistência quanto ao uso porque o usuário não diferencia o medicamento derivado de planta manipulada de medicamento alopático por terem acondicionamento em veículos semelhantes (E-6).

Outro trabalhador apontou como importante o fitoterápico ter apresentação em “caixinha” e com bula, não apenas com a indicação de uso no rótulo. Justifica que o usuário gosta de levar as bulas para casa para saber o que está usando, além de servir como fonte de informação para o trabalhador que manipula a medicação (E-5).

Entre os jovens, quando há a indicação de fitoterápico pelo Centro de Saúde, o entrevistado percebe muita insatisfação do usuário, acreditando que os idosos é que adotam o uso de plantas medicinais:

[...] as pessoas mais jovens não usam, não procuram saber e ainda ficam com raiva quando você tenta falar que ela pode usar assim, que ela pode tomar um chá à noite que isso acalma, que ajuda. Elas ficam inconformadas querendo remédio, então existe uma medicalização mais forte

nas pessoas mais jovens, nas pessoas mais velhas com menor intensidade. Então, eu percebo mesmo uso nas pessoas mais idosas (E-6).

Para o informante, a população demonstra atitude ativa quando há falta dos fitoterápicos na rede básica. Fazem ligações para a Botica para saber sobre a carência dos produtos, para saber se poderiam comprar ou buscar o medicamento diretamente na farmácia do município ou ainda relatando que mandou manipular em outro lugar e não obteve o mesmo efeito (I-2).

O coordenador da Botica observou que após uma reportagem, em rede nacional, sobre fitoterapia e divulgação do programa do município, a Botica da Família chegou a receber cerca de 400 ligações e muitos e-mails de usuários que queriam saber mais sobre o programa e sobre os medicamentos (I-2).

Para a efetivação das práticas do Programa de Fitoterapia, além do posicionamento dos usuários, destaca-se o modo como os trabalhadores se relacionam com o uso dos fitoterápicos no processo de trabalho.

No período de implantação do programa, poucas pessoas da rede tinham envolvimento com a fitoterapia, estas mantinham inserção na prática assistencial e estavam em constante contato, trocando experiências e conhecimentos. Discussões clínicas e estudos em grupo também estimulavam e preparavam os profissionais para atuarem em fitoterapia naquela época (I-1).

Nesse sentido, foi referido que ter afinidade com a prática seria um atributo importante, além do conhecimento e tradição de uso, embora com alguma idealização: “[...] *you* tem que conquistar a alma da pessoa [...]” (I-3);

[...] é que tem que ter paixão para trabalhar com fitoterapia, porque não adianta você querer fazer um projeto, é só morro acima [...] não é simples assim, não é qualquer pessoa pra prescrever a pessoa tem que ter um certo conhecimento, uma certa tradição [...] (I-2).

Os trabalhadores de saúde que operam com as ferramentas da Saúde da Família, tais como responsabilização, autocuidado e autonomia do usuário foram vistos como aqueles que aceitam melhor a fitoterapia, em oposição àqueles que trabalham na lógica biologicista que não inserem a questão da fitoterapia em seu processo de trabalho. Uma vez que, o cuidado com fitoterápico prevê escuta ativa, olhar ampliado do processo saúde-doença e um cuidado para além da queixa referida. Tais características são apontadas pela fala que se segue:

Ah isso eu não sei, pra mim é bem marcado assim. Profissionais que trabalham mais com a lógica da saúde da família com essa questão de responsabilizar a pessoa pelo seu cuidado, que traz essa noção de que a pessoa é ator, é ela que decide sobre o limite do seu cuidado, mas, também, que ela precisa receber informações adequadas para ela poder tomar essa decisão, são esses profissionais que eu percebo que tem uma aceitação melhor do fitoterápico (E-8).

Por envolver questões relativas ao autocuidado, a prática abrange toda equipe de saúde, não sendo exclusiva ao núcleo de conhecimento de uma categoria específica, como aparece na ponderação de E-8:

A família tem uma dificuldade, a pessoa tem uma dificuldade no autocuidado, eu saber disso faz parte eu acho que da saúde pública não é específico de uma profissão. Então assim, eu acho que ainda está um conhecimento muito especializado, acho que isso talvez é um conhecimento muito especializado (E-8).

Foi apontado interesse dos profissionais pela prática e também grande preocupação dos prescritores com a falta desses medicamentos para suprir a demanda:

[...] eu não vou ser sonhadora, existe gente que nem sabe, mas, os profissionais realmente que se interessam por saúde pública, o pessoal que trabalha na rede mesmo que está ali que está integrado, que fez conexão com a rede, eles realmente acham assim, quando falta, quando não tem eles reclamam, eles ligam também perguntando quando vai voltar, quando vai ter tal matéria-prima, por quê eu não recebi tal medicamento [...] (I-2).

Na equipe, a enfermagem foi apontada como categoria que deu um importante apoio ao projeto, pois muitos fitoterápicos eram utilizados em curativos, possibilitando a comprovação da eficácia dos medicamentos (I-1). Na atualidade, a enfermagem se mantém como apoiadora do programa, porque sabe e continua usando os fitoterápicos tópicos nos curativos (I-2).

A adesão dos trabalhadores à fitoterapia também foi relacionada à comprovação de sua eficácia, refletindo em diferentes posturas: há os que acreditam na eficácia, os que não acreditam e os que acreditam com ressalvas.

A maioria dos entrevistados I-1, 1-2, 1-3, E-4, E-5, E-7 e E-8 relataram acreditar na eficácia do fitoterápico: “Ah eu até que, olha, eu acredito. Porque igual eu falei para você eu via minha mãe fazer essas coisa, até para mim ela chegava a fazer [...] Sei que eu melhorava.” (E-5).

Outros, apesar de relatarem crença na eficácia, colocam algumas restrições para que essa seja alcançada, tais como orientação adequada, escolha correta do medicamento em relação ao que se pretende tratar, dentre outros, como exemplificam os fragmentos: “todos os medicamentos assim, dessa área assim, funciona sim, se explicar direitinho para o paciente como tem que ser feito” (E-2)

Sim, acredito, para alguns casos. Então assim, a gente já viu aqui caso de tuberculose sendo tratada com xarope de guaco, aí não dá né. Então não é que eu deixo de acreditar, mas que aí não é a isso que se propõe, a gente viu durante 6 meses, a paciente vinha com tosse, xarope de guaco, vinha com tosse xarope de guaco, então aí não é que eu não acredito que o xarope não faça efeito, ele não é indicado naquele caso entendeu. Então sim, eu acredito, eu uso (E-5).

A respeito da eficácia da fitoterapia, apenas um dos entrevistados confessou não acreditar no efeito de cura do medicamento e pondera que nos dias em que se vive há a necessidade de respostas mais rápidas, tendo em vista o avanço da tecnologia:

Eu não acredito muito. Eu acho que ele faz, mas, talvez seja um processo lento, demorado, usando uma vida inteira. Aí eu não sei, a gente quer uma coisa mais rápida, pode ser que sim, mas eu não sei. Hoje em dia com tanta tecnologia pode ser que mais rápido. Eu não sei, pode ser interessante, eu acho que tinha que ter na rede, pra idoso, algum creme pra perna, pra passar dor... algumas coisas que melhoraria, não pra curar, para ajudar. Eu acho que seria interessante ter. Mas, não sei além disso assim... para dar uma ajudinha (E-3).

Em perspectiva semelhante, alguns entrevistados acreditam que o fitoterápico apresenta um período de ação mais lento quando comparado ao alopático, e esse é o motivo da dificuldade em substituir o uso de alopático: “até onde eu sei se usar direitinho, é um processo mais lento, mas, que dá um bom resultado sim, todos os medicamentos assim, dessa área funciona sim” (E-2).

Ainda nesse sentido, outro trabalhador pondera que conhecimento em plantas medicinais e seu uso têm sido perdidos, porque já não responde ao ritmo de vida das pessoas, visto que, precisam de respostas rápidas para seus problemas de saúde; e além disso, nos dias de hoje, devido às exigências do mercado de trabalho não se pode adotar práticas de autocuidado, como por exemplo, a de guardar repouso e esperar o efeito de um chá. Diante disso, percebe que o fitoterápico é escolhido quando: “[...] o outro não deu muito certo (alopático), porque traz muito prejuízo, tem efeito muito graves e tal.” (E-8)

Embora apenas um dos entrevistados tenha revelado não acreditar na eficácia dos fitoterápicos, a ideia da fitoterapia como placebo foi indicada como existente entre os trabalhadores:

Eu percebo que assim, tem, por exemplo, também a ideia de que... eu já vi acontecer aqui, a ideia de que seria um placebo, então ‘aí, quer remédio? Então dá um xarope de guaco que ela vai parar de perturbar’; então também tem um pouco disso assim tem um entendimento assim, de ter resultado e ao mesmo tempo, já que o pessoal quer remédio, então, eu vou dar um xarope de guaco que pelo menos não faz mal (E-6).

Por outro lado, a posição do trabalhador quanto ao uso de fitoterápicos foi percebida pela baixa prescrição desses medicamentos e que quando esta é feita, não é com a mesma convicção adotada quando se prescreve um alopático:

Eu acho que ele não prescreve com a mesma convicção que os outros pelo que a gente pode perceber estando aqui na farmácia. Mesmo quando tem, são raros os profissionais médicos que vêm procurar, tem isso, tem aquilo que possa estar prescrevendo, então não é de praxe (E-1).

Um dos entrevistados referiu prescrever apenas os fitoterápicos de uso tópico, mas está diminuindo com o passar do tempo. Percebe a equipe pouco estimulada ao uso, inclusive os trabalhadores da farmácia, assim como os próprios usuários (E-7)

Uma trabalhadora referiu prescrever fitoterápicos somente quando estes estavam disponíveis na rede, demonstrando que a disponibilização dos medicamentos interfere na conduta do profissional médico (E-4).

A falta de conhecimento específico sobre os produtos fitoterápicos levou um trabalhador a referir que se sente desconfortável por não saber o que fazer nos curativos em que há alguma reação adversa, influenciando a atitude do trabalhador quanto ao uso de fitoterápicos como recurso do seu processo de trabalho. Relata caso de queixa dos usuários de coceira ou ardor com o uso de fitoterápico. Referiu que o frasco contém sua indicação, mas não há outras informações que são necessárias no seu manejo, como os possíveis eventos adversos. A falta de informação apresentada gerou no entrevistado preocupação com a legalidade de sua categoria profissional, auxiliar de enfermagem, manusear esse tipo de medicamento. Assim, considera necessária a realização de capacitações para os trabalhadores (E-5).

O desconhecimento sobre fitoterápicos e plantas medicinais faz com que o tema seja evitado pelo trabalhador, por não ter domínio sobre o mesmo, e no trabalho cotidiano, na tentativa de não ser responsabilizado por possíveis imprevistos ocasionados pelo uso incorreto desses remédios, seu uso é reduzido, segundo o E-8: *“É que como todo mundo funciona muito nessa coisa, da culpabilização, vai que dá errado alguma coisa, e você não sabia, e a pessoa fala ah, mas ele sabia e autorizou”*.

Uma alternativa relatada para os trabalhadores esclarecerem dúvidas quanto às prescrições foi a consulta às farmacêuticas da Botica da Família, contribuindo nas decisões terapêuticas (I-2).

Assim, o conhecimento foi identificado como ferramenta de trabalho, algumas vezes de forma criativa e resolutive, como no caso relatado em que uma médica fez uma receita caseira de xarope de guaco, com a descrição de todo o processo de preparo, para que quando faltasse a medicação o usuário pudesse continuar o uso. Outro médico que tinha formação em fitoterapia orientava muito o uso de plantas e mantinha em sua própria casa um horto de plantas medicinais. Dessa forma, obtinha resposta positiva da população que gostava muito de sua conduta e fazia fila para consultar com ele (E-5).

O trabalhador relaciona a prática clínica acima com as condições atuais de trabalho como incompatíveis, especialmente quanto ao tempo necessário para uma consulta mais detalhada para indicar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos:

É que aqui assim, você vê aí, a gritaria, a correria, então hoje não tem tempo para parar, para ficar, para saber como que é... mas os pacientes gostavam muito dele, estavam sempre atrás dele. Olha, então eu acredito assim, a gente que ficava na recepção naquela época não via reclamação, e quando eles não gostam do médico você aguenta porque eles reclamam mesmo e não querem passar, e ele não, ele era todo mundo na porta dele, então alguma coisa dá certo né? (E-5).

Na observação foi possível perceber que a maioria dos trabalhadores não conseguia incluir questões relacionadas ao autocuidado e a hábitos culturais de cuidado à saúde em seu processo de trabalho. Não houve espaço durante os atendimentos para que o usuário trouxesse elementos que extrapolassem a queixa referida, e em muitos casos o próprio usuário se mostrava centrado apenas na queixa que motivou a procura pelo serviço. Mas, em alguns atendimentos, a abordagem dos trabalhadores mostrava presença de vínculo com o usuário, e nesses casos elementos do dia a dia eram inseridos no diálogo, no entanto sem relacioná-los ao processo de saúde-doença e de cuidado do usuário (Obs-2, Obs-3, Obs-8).

Pode-se observar, também, que o modo como os trabalhadores se posicionam no atendimento na relação com o usuário e com o uso de plantas medicinais e fitoterápicos na sua caixa de ferramentas para produção do cuidado tem ligação com experiências anteriores acumuladas, trazendo repercussões no processo de trabalho, no momento da decisão de incluir ou não as plantas medicinais e fitoterápicos no projeto terapêutico do usuário (MERHY, 2002).

Não fazer uso de plantas medicinais e de fitoterápicos foi a posição de dois trabalhadores: um por não acreditar na sua eficácia (E-3) e outro por não fazer uso de medicamentos de qualquer natureza, fitoterápicos ou alopáticos (E-4).

Já entre os informantes-chave registrou-se posição diferenciada de interesse pelas práticas integrativas, movimento que não se restringe ao momento atual do trabalho.

O I-1 contou que desde a graduação fez diversos cursos e participou de muitos congressos sobre fitoterapia e plantas medicinais, tanto como palestrante como organizador ou ouvinte e, desde então, trabalhou com fitoterapia em diferentes espaços. Essa trajetória se vê refletida em sua prática atual em que, além da clínica, realiza atividade de educação em saúde, a “Ciranda das Ervas”, que são encontros feitos em escolas, igrejas ou centro de saúde nos quais cada um leva uma ou mais plantas, fala o nome das plantas, os efeitos medicinais atribuídos a elas e suas experiências com uso das mesmas. O “Mãos à horta” é outro trabalho desenvolvido e consiste no cultivo de plantas medicinais, atualmente o projeto conta com 1 horta no quintal da unidade em que ele trabalha.

Ressalta-se que particularmente o idealizador do programa, que se mantém vinculado à rede pública municipal onde desenvolve prática clínica sem utilizar alopátia, refere que seus pacientes são tratados com homeopatia, fitoterapia, alimentação, argila e práticas “mais naturais”. Referiu que casos em que o paciente necessita de especialista ou alopáticos, encaminha para outro trabalhador da saúde. Defende ainda que nenhum medicamento, incluindo os fitoterápicos, deve ser utilizado indiscriminadamente e por um período que exceda o necessário, tanto no que se refere à dose quanto ao tempo de uso (I-1).

Outro informante-chave também aderiu ao universo das práticas integrativas e complementares a partir de vivência pessoal; após um acidente o único tratamento que apresentou eficácia foi proporcionado pela medicina chinesa. A partir dessa experiência passou a ser influenciado pela medicina oriental, o que o levou a fazer formação especializada. Assim, passou a defender que o modelo de medicina chinesa, que inclui cinco práticas: dietoterapia, práticas corporais, meditação, fitoterapia e acupuntura, com as devidas adequações de contexto, pode ser implementado na rede de Campinas (I-3).

Entre os trabalhadores, a experiência pessoal de uso de plantas medicinais e fitoterápicos também foi relevante. E-1 relatou uso de plantas medicinais tanto no cuidado de sua própria saúde quanto no cuidado à saúde de seus filhos. Essa prática

decorre de conhecimento repassado por sua mãe e avó e refere que pretende compartilhá-lo com seus filhos.

Experiência de uso por indicação médica de um fitoterápico obtendo bons resultados também foi positiva no caso do trabalhador:

Eu tomei um bom tempo, tomei 2 anos Ginkgo biloba. Nossa! Para mim foi muito gratificante assim, foi o período que estava estudando. E eu tomava certinho, então, era minha válvula de escape e eu me sentia muito bem e agora eu parei, (...) Mas foi muito bom, ginkgo biloba eu tomei (E-2).

A experiência acima tem reflexos no processo de trabalho deste profissional, pois o mesmo relata que em seu dia a dia faz uso de plantas medicinais e demonstra conhecimento sobre a indicação de uso e preparo de chás de várias plantas. A origem do conhecimento sobre plantas medicinais deste trabalhador, além da própria experiência, também é a família, a mãe e a avó e dos bons resultados obtidos (E-2).

O E-5 tem histórico familiar de uso de plantas medicinais, sua mãe era descendente de índios, possuía muito conhecimento sobre o assunto, buscava as espécies medicinais na mata e obtinha o resultado desejado com os preparados que fazia. Apesar dessa fonte de informação, o trabalhador relatou que não incorporou esse conhecimento de sua mãe, mas acredita na eficácia das plantas medicinais devido a essa convivência. No seu processo de trabalho refere que não faz indicações de uso por não ter conhecimento, e que este se resume ao que vem escrito no rótulo dos fitoterápicos fornecidos pelo centro de saúde.

O trabalhador relatou exceção quanto à indicação da babosa para queimadura, devido à experiência pessoal obtendo resultado excelente, no alívio da dor e cicatrização sem deixar marcas, e que neste caso sempre usa e indica o remédio para os conhecidos (E-5)

O E-6 referiu uso pessoal de vários fitoterápicos quando apresenta algum desconforto, dentre eles, pomada de babosa, pó de maracujá e um composto anti-inflamatório em cápsulas.

Das experiências relatadas pelo E-7 chama atenção que em sua formação houve o incentivo de assimilação das práticas da medicina tradicional e natural na atenção primária, mas que na época isso não fazia sentido nenhum para ele e nem para seus colegas:

Na época que eu estava na graduação apesar do esforço grande da instituição em que isso fizesse parte da formação dos estudantes, eu achava uma perda de tempo absurda, porque eu estava para aprender medicina e não para ficar fazendo idoso fazer exercício e coisa e tal (E-7).

Esse trabalhador entende hoje que deveria ter aproveitado o ensino dessas práticas que lhe foi ofertado, uma vez que recebe demanda por medicamentos e procedimentos que em sua maioria poderia ser substituída pela fitoterapia e outras práticas alternativas, ajudando a estimular a autonomia e autocuidado do usuário, evitando a procura desnecessária por serviços de saúde e favorecendo aumento da qualidade de vida (E-7).

Esse mesmo trabalhador relata experiências de trabalho na região Nordeste do país, em que o uso de práticas tradicionais era forte e havia uma farmacêutica que adotava a fitoterapia em seu processo de trabalho. Esses fatores fizeram com que aderisse à prática. No entanto refere que naquele espaço havia maior abertura para fitoterapia em comparação com seu cenário atual de trabalho (E-7).

O entrevistado relatou também boas experiências de uso pessoal de fitoterápicos e plantas medicinais em seu dia a dia, e que além de incorporar em sua prática profissional, recomenda e orienta amigos e familiares. Acredita que além do valor técnico, o uso de plantas medicinais possui um valor afetivo, visto que a avó cuidava dele com esse tipo de remédio (E-7).

Esse aspecto da afetividade presente no cuidado com plantas medicinais foi também referido por outros entrevistados, relacionando os bons resultados com o fato de o remédio ser preparado pela mãe, ou seja, por alguém que lhe tinha afeto. (E-5, E-8)

A partir de experiências afetivas positivas de uso de plantas medicinais, o entrevistado ressaltou que valoriza o fato de serem terapêuticas naturais que lhe proporcionam reflexão sobre seu processo de saúde-doença. Acredita, também, que o fitoterápico de farmácia parece ser menos eficaz do que o preparado com a planta medicinal em casa e que seu uso está mais ligado ao hábito e histórico familiar do que ao incentivo do trabalhador de saúde para essa abordagem. Percebe-se a incorporação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos em sua prática clínica, quando relata que procura discutir a questão da medicação com o usuário como uma abordagem integral que possibilita que o remédio passe a ter outro significado para o usuário (E-8).

Assim, percebe-se que o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no processo de trabalho depende de condições objetivas e subjetivas de usuários e trabalhadores inseridos no contexto do sistema municipal de saúde.

Nessa direção, destaca-se o posicionamento de um dos entrevistados de que somente capacitação não é suficiente para mudar atitude do trabalhador para provocar mudança na prática do cuidado. O mesmo acredita ser necessário mudar a organização do trabalho e fornecer informação ao usuário sobre o que o serviço de saúde oferta (E-7).

5.4.- Os sentidos e significados do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na percepção dos trabalhadores

O modo como cada sujeito assimila e valoriza as práticas de saúde influenciam no seu modo de pensar e fazer saúde. Nota-se que a respeito da fitoterapia coexistem lógicas distintas e assim a prática assume uma grande diversidade de sentidos e desdobramentos na assistência.

A fitoterapia bem como as outras práticas integrativas ampliam as opções de tratamento do usuário (I-3), no sentido de complementaridade. E, nesta direção, a importância do programa de fitoterapia está em poder fornecer ao usuário medicamentos que não possuem similar no elenco dos alopáticos, como é o caso da babosa para queimadura, do xarope de guaco, dentre outros, como afirma um dos informantes: os fitoterápicos *“complementam a padronização dos alopáticos no município”* (I-2).

No entanto, a concepção inicial do Programa de Fitoterapia do município de Campinas não era a lógica de substituição, ou a fim de ter economia com medicamentos, e sim no sentido de resgate da natureza, a possibilidade de disponibilizar

um medicamento “*mais compatível biologicamente*” com o organismo, colaborando com o reestabelecimento do equilíbrio da saúde (I-1).

Nesse sentido, o fitoterápico foi caracterizado como menos agressivo por apresentar poucos efeitos colaterais por vários sujeitos (I-1, I-2, I-3, E-1 e E-5): “*por ser a natureza cuidando da natureza*” (I-2) e ainda por: “*já está comprovado que quando você isola uma molécula daquela planta e usa só a molécula pura tem muito mais efeito colateral do que a planta*” (I-1).

O sentido de respeito à cultura e ao conhecimento da população foi referido pela idealizadora do programa, quando esta se refere à fitoterapia: uma prática “*anti-hegemônica, que respeita a cultura e o conhecimento da população*” (I-1).

No entanto, essa informante denuncia posições que revelam desvalorização do saber popular, da própria cultura e da ampla diversidade de recursos naturais que o país possui (I-1) quando alguns trabalhadores se referem à fitoterapia como “[...] *uma coisa menor, que é um medicamento menor [...]*” (I-1)

Ao mesmo tempo, as ideias da fitoterapia são colocadas como uma forma de valorização e preservação da flora brasileira pela grande diversidade de plantas com propriedades medicinais, dessa forma, a fitoterapia constitui-se “*a cara do Brasil*” (I-2).

Nesse sentido, o resgate e a valorização do conhecimento e cultura popular foram ideais contemplados na criação do Programa de Fitoterapia, características apreendidas por trabalhadores como inerentes à fitoterapia (E-8), fazendo oposição à concepção de que o saber médico, o saber acadêmico, é mais importante do que o popular.

Além disso, tanto na perspectiva de um dos informantes-chave como na de alguns trabalhadores, o resgate e a valorização do conhecimento e cultura popular se constituem como elementos que podem responder às necessidades de saúde do usuário possíveis de serem abrangidas pelo Programa (I-1, E-6 e E-8).

O uso de plantas medicinais remete ainda às memórias de cuidados recebidos, outro sentido identificado, sendo assim justificado pelos sujeitos por promover o resgate

de lembranças de cuidados recebidos da mãe, parente, ou qualquer outra pessoa, e de quais elementos estavam envolvidos no cuidado (E-8).

Outro sentido relacionado ao uso da fitoterapia refere-se à ampliação do olhar e das perspectivas na prática clínica:

[...] quando a gente dá o medicamento fitoterápico você não dá só o medicamento, você não só troca um pelo outro, você fala de alimentação, fala de hábitos de vida, sei lá, você questiona por que ele está com essa doença, como que está o convívio dele, enfim, é um meio para você atingir várias questões (I-1).

Nessa direção, um informante relatou que uma das famílias atendidas a partir de atividades de educação em saúde trocou o quintal cimentado por hortas de temperos, hortaliças e plantas medicinais, demonstrando que a fitoterapia pode ser um instrumento para resgatar outros aspectos da vida do usuário, enriquecendo-a de novos sentidos, concretizando a integralidade do cuidado, segundo o informantes “3 famílias, tinham toda a casa cimentada, eles quebraram e fizeram uma horta, tanto de hortaliças quanto de plantas medicinais e temperos” (I-1).

O uso de fitoterápicos, no sentido da ampliação da clínica, também foi registrado durante a observação na sala de curativos na abordagem do auxiliar de enfermagem. O trabalhador, ao identificar problemas na cicatrização, interroga a usuária sobre o controle de suas doenças crônicas, o que demonstra movimento na direção de um olhar integralizador. O mesmo trabalhador nos encontros com outros usuários trouxe esse olhar na tentativa de extrapolar a queixa referida, no entanto isso foi percebido de forma tênue e pouco desenvolvida (Obs – 2).

Um dos trabalhadores demonstrou em seu atendimento clínico postura diferenciada dos demais, que favorecia a liberdade do usuário para expor seus problemas e hábitos de vida e as práticas de autocuidado por ele adotadas, incluindo o uso de plantas medicinais. Nesse atendimento destacou-se, ainda, a atitude do trabalhador na interação com o usuário, favorecedora de reflexão deste acerca de seu processo de adoecimento (Obs- 8).

Outros trabalhadores, como o pediatra e o dentista, também apresentaram atitudes favorecedoras do autocuidado, sem contanto incluir uma abordagem que considere aspectos culturais e práticas populares relacionados. Mas observou-se na pediatria o favorecimento de autonomia da mãe em relação ao cuidado dos filhos, tendo liberdade para demandar elementos importantes tais como pedido de medicações para o

uso rotineiro e informações sobre alimentação e suplementação nutricional (Obs 5 e Obs - 7)

Assim, fitoterapia assume o sentido de favorecedora do estabelecimento de vínculos entre trabalhadores e usuários, do acolhimento do usuário pela equipe, da troca de saberes e do diálogo (I-1, E-6 e E-8). Nesse sentido o E-6 pondera sobre as necessidades que a fitoterapia como instrumento de trabalho poderia alcançar:

[...] a necessidade de assim [...] ser acolhido pela equipe. Eu entendo também como um incentivo à cultura popular, uma, é uma... um respeito à uma cultura também, a um conhecimento que não é só uma cultura é o conhecimento com base nas plantas, dos antigos, dos índios, e que estaria sendo mantido através disso, né? Falando, olha essa daqui é uma pomada feita com base de babosa e aí: “ah a minha avó usava, tomo mundo usava”. Então acho que isso, de preservar de relembrar a cultura a tradição, e reforçar a importância desse conhecimento, acho que é uma mudança também de paradigma, de tipo de conhecimento de qual conhecimento é mais importante, ou mais relevante do que o outro. Eu acho que assim, o fato de acolher o paciente, de conversar, do cuidado mesmo, de estar cuidando. (E-6).

Outro sentido da fitoterapia refere-se a seu uso como uma ferramenta para promoção da autonomia e do autocuidado do usuário, que se desdobra em aumento da qualidade de vida: “*[...] eu acho que a fitoterapia poderia ajudar [...] entre outras coisas assim, da pessoa conseguir ter uma autonomia melhor, se cuidar mais né e aí conseqüentemente ter uma ah sei lá como dizer assim, uma melhor qualidade de vida [...]*” (E-7).

Foi referida a importância de abordagens que possibilitem ao usuário ser ativo no seu autocuidado:

se você pode pegar uma planta, comer uma salada ou fazer um suco dela, ou uma compressa, emplasto, tomar um chá, preparar um chá, esse contato, até a nível preventivo não como automedicação, mas, a nível preventivo e por quê não também a pessoa conhecer o problema dela e ela mesmo procurar o tratamento (I-1).

Nesse movimento, o uso das plantas medicinais e fitoterápicos pode disparar uma ressignificação do processo de adoecimento e ainda o repensar do modo de vida do usuário; diferentemente do uso dos alopáticos cuja prática centra-se nos sintomas referidos. Em muitos casos, essa conscientização de si decorre do manejo das plantas, envolvendo para alguns um esforço de cultivá-las; pensar no significado tanto da doença quanto da planta que será utilizada, e ainda nas razões de sua indicação (E-8).

No entanto, levanta-se um aspecto relevante, relacionado ao contexto de nossa sociedade: “*se a pessoa não tem esse tempo [...] vai ser difícil pra ela fazer um chá,*

preparar, então é bom que tenha um medicamento estudado, comprovado, disponível” (I-1).

E há os que afirmam que o hábito de preparação de chás e xaropes para o cuidado com as crianças foi perdido (E-3), com clara preferência atual por medicamentos industrializados (E-4).

Outro sentido da racionalização de recursos, identificado diante do entendimento do fitoterápico como um medicamento mais “*acessível*” enquanto recurso disponível à população para resolução de seus problemas de saúde. O fato de não se “*gastar bilhões*”, para sintetizar os fitoterápicos, os torna uma opção menos dispendiosa, característica importante de sua universalização (I-1 e I-2).

Levanta-se, também, o sentido do risco de banalização do fitoterápico, tanto pelo grande número de farmácias encontradas nas cidades e o oferecimento sem restrição e orientação de uso de fitoterápicos (I-1 e E-8), quanto pelo não esclarecimento à população sobre o que é um fitoterápico e suas diferenças e semelhanças aos medicamentos alopáticos quanto à apresentação em frascos, cápsulas, comprimidos e ação farmacológica. A situação pode levar a população a ver o fitoterápico como qualquer outro medicamento alopático (E-6 e E-8), incluindo-se também o fitomedicamento, isto é, o fitoterápico industrializado (I-1).



6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As práticas de saúde por serem práticas sociais se consolidam na ação e interação entre si e com a sociedade e contribuem, ou não, com a manutenção do modo hegemônico de funcionamento da assistência à saúde (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2012). Assim orientados, tomamos a fitoterapia como uma prática social, e como tal, ela se conforma no cotidiano, na concretização do processo de trabalho, em relações entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores entre si e entre equipes, gestores e comunidade. Sendo assim, discutir as práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos na unidade pesquisada, nos levou a conhecer a trajetória do Programa de Fitoterapia do município de Campinas e as relações estabelecidas tanto no interior do processo de trabalho do Centro de Saúde, como no âmbito exterior a ele (SMS, Botica da Família, parcerias) para que o mesmo se efetive.

O Programa de Fitoterapia de Campinas pode ser considerado parte de um movimento de vanguarda, no qual também fizeram parte municípios como Rio de Janeiro, Distrito Federal, Curitiba e Fortaleza – berço da “Farmácia Viva” no Brasil (Brasil, 2012). Tais municípios, assim como Campinas, iniciaram seus programas de fitoterapia antes da publicação da PNPIC e da PNPMF, ambas publicadas em 2006. O que demonstra que o estímulo à inserção das práticas integrativas não foi determinado por diretrizes de políticas públicas nacionais, não existentes na época; e aqui não há como diminuir a importância e o papel fundamental da existência de políticas sobre o tema. Ao contrário, entende-se que as políticas nacionais são imprescindíveis, pois estabelecem estrategicamente o fortalecimento e o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, o que se faz indispensável diante dos desafios que estão postos (BRASIL, 2012). Destaca-se, ainda, que as experiências pioneiras acima citadas, entre elas a de Campinas foram consideradas na construção da PNPMF.

Cabe evidenciar que o programa de Campinas tem sua origem em um projeto de conclusão de curso de um trabalhador da rede, em 1989, o que demonstra ressonância com as discussões em saúde presentes no contexto sócio-histórico da época, o movimento da Reforma Sanitária – que fez emergir a discussão de saúde como um direito – que foi consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e formalizado na Constituição de 1988. Toda essa movimentação no cenário nacional –

reflexo do que ocorria a nível internacional – proporcionou um olhar ampliado para o processo saúde-doença, para além da concepção biologicista, abrindo espaço para inserção das práticas integrativas no campo da saúde (ISCHKANIAN, 2011).

A consonância do exposto acima não é casual. Gonçalves (1992), em sua reflexão sobre o trabalho, pondera que o homem como ser social, não existe, vive, trabalha ou se reproduz a partir de necessidades individuais, uma vez que é um ser social, atua no mundo de forma a reafirmar os interesses do grupo ao qual pertence.

Assim, o Programa de Fitoterapia emerge dentro desse contexto nacional, como uma construção social de defesa dos ideais e valores compondo um projeto de política de saúde, atendendo a necessidades da sociedade.

O início do programa em Campinas foi marcado por atividades de educação em saúde e cultivo de hortas medicinais, a fim de promover o incentivo ao uso racional de plantas medicinais – uma prática baseada em evidências, na qual a utilização de plantas com eficácia comprovada cientificamente responderia às condições de adoecimento mais presentes entre a população assistida – valorização do conhecimento popular; resgate da tradição de uso e o estímulo ao autocuidado e autonomia do usuário, se constituindo em uma terapêutica de fácil acesso e baixo custo.

Essas características também não são isoladas ou descoladas de seu contexto, ao contrário, vão de encontro, por exemplo, a nível municipal, ao PAIDÉIA de Campinas. No Brasil, políticas como a de Atenção Básica, a de Humanização e a de Promoção da Saúde deram suporte à criação da PNPIC e trouxeram valores como singularidade, integralidade, inserção sociocultural, corresponsabilidade dos sujeitos, vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (BARROS; SIEGAL; OTANI, 2011), questões presentes na estruturação tanto do Programa de Fitoterapia de Campinas quanto em outros municípios que adotaram a prática (DINIZ, 2006; CARNEIRO, 2004; GUIMARÃES; MEDEIROS; VIERIA, 2006; GRAÇA, 2004 e REIS, 2004).

Outro fato que se destaca na implantação do Programa foram parcerias estabelecidas com várias instituições: Unicamp, serviço de saúde mental, CETS, Ministério da Saúde, dentre outras. As orientações das políticas relacionadas à fitoterapia, PNPIC e PNPMF, são sempre no sentido de estabelecimento de parcerias a

fim de viabilizar a implantação das práticas no SUS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Essa orientação se deve ao caráter interdisciplinar da Fitoterapia, uma vez que a prática possui especificidades tanto no que se refere ao seu cultivo e manipulação quanto no seu uso clínico e aspectos relacionados ao universo cultural e de práticas tradicionais das comunidades. Diante disso muitos municípios que fizeram empreitadas semelhantes à de Campinas firmaram parcerias com vários setores da sociedade para viabilizarem seus programas de fitoterapia.

No município do Rio de Janeiro, por exemplo, firmou-se parceria entre o programa e o Instituto de Agronomia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro para o cultivo de um horto medicinal com fins de pesquisa e produção de matéria-prima para manipulação dos remédios (REIS, 2004). O município de Curitiba também fez esse movimento e efetuou parceria com diversas secretarias municipais, universidades, e com empresas como Emater-PR e Embrapa Florestal (GRAÇA, 2004).

Outros municípios como Londrina, Itapipoca e Betim também caminharam no sentido do estabelecimento de parceria que garantissem a implantação e a continuidade dos programas de fitoterapia (DINIZ, 2006; CARNEIRO, 2004; GUIMARÃES; MEDEIROS; VIEIRA, 2006).

As mudanças de gestão no município de Campinas foram alterando a conformação do programa com o passar dos anos, e, dentre as mudanças sofridas, nota-se o enfraquecimento das parcerias estabelecidas em seu nascimento, até o encerramento das mesmas, o que teve reflexo em várias frentes do programa, dentre elas na questão do fornecimento dos medicamentos fitoterápicos.

Alternativas como: o cultivo de hortos medicinais, compra de fitoterápicos de farmácias particulares e adequação de um espaço para atividades da farmácia de manipulação foram programadas no intuito de estabelecer um fluxo contínuo de fornecimento dos medicamentos, algumas delas já efetivadas como constam nos documentos de gestão, demonstrando a continuidade de investimentos no Programa, embora aquém do desejo e do que seria necessário na percepção de alguns dos trabalhadores entrevistados.

Mesmo com o esforço do município, ainda hoje há problemas relacionados ao abastecimento da rede com fitoterápicos e dentre os fatores que causam esse desajuste relatou-se a falta de matéria-prima confiável. Klein et. al (2009), em seu estudo sobre

medicamentos fitoterápicos, ressaltam a grande dificuldade de aquisição de matéria-prima de qualidade.

Diante da situação, Adame, Jaccoud, Cobra (2005) apresentaram reflexões sobre o paradoxo de apesar de o país contar com a maior biodiversidade do planeta, com potencial medicinal, importa cerca de 100% de matéria-prima utilizada na produção de fitoterápicos. Esse achado não condiz com o preconizado na PNPMF e em outros documentos relacionados à fitoterapia, inclusive com os projetos iniciais do Programa de Campinas, uma vez que estes contemplam a fitoterapia e uso de plantas medicinais como ferramenta para valorização e uso sustentável da biodiversidade (PNPMF, 2006b), pontos que aparecem também na fala de alguns sujeitos do presente trabalho.

Uma das propostas do município para superação do problema mencionado é o estabelecimento de toda a cadeia produtiva para obtenção do fitoterápico, projeto que deverá contar com o reestabelecimento de parcerias para ser executado, fator importante para buscar autonomia no fornecimento de fitoterápicos e plantas medicinais, a exemplo de outros municípios (RODRIGUES; AMARAL, 2012).

Outra mudança no programa diz respeito à lógica da inserção do fitoterápico, na rede, que se reflete diretamente no trabalho executado pelas equipes de saúde. Percebe-se que, de uma ferramenta para resgatar a dimensão cuidadora do trabalho em saúde (MERHY, 2007), a fitoterapia passou a ser abordada apenas como mais uma opção farmacológica. O fato foi apreendido nos documentos como planos municipais e relatórios de gestão, e ainda nas observações do processo de trabalho e relatos dos sujeitos que compuseram a pesquisa, os últimos disseram que o programa existe para complementar a lista de medicamentos ofertados pela rede aos usuários e que em situações de crise, o município reduz recursos para as áreas que considera “menos importantes”, como é o caso da fitoterapia e outras práticas integrativas, para que se garanta o que é essencial, como, por exemplo, a medicação alopática.

Nos documentos, a fitoterapia foi abordada de maneira mais prevalente nos itens referentes à assistência farmacêutica e não no que se refere à Assistência Integrativa, o que pode ter explicação pelo fato de o programa estar ligado aos dois departamentos, e as decisões da gestão no período analisado foram pela realização de ações no âmbito da implementação estrutural da Botica da Família, aparecendo, portanto como ações da Assistência Farmacêutica. No entanto, levanta-se também a hipótese de o registro das

ações realizadas pelo município refletir uma lógica de uso do fitoterápico como apenas mais um medicamento ofertado na rede.

Além disso, os documentos de gestão, apesar de apontarem para necessidade de capacitação dos trabalhadores na área, repetem a necessidade sem dar respostas a ela, já que nos planos municipais aparecem como meta a ser atingida e os relatórios de gestão apresentam justificativas da não realização. A questão da qualificação dos trabalhadores será retomada mais adiante.

A fitoterapia, na perspectiva de uma prática integralizadora, também não é percebida em tais documentos, em oposição ao que era proposto no início do programa. Os documentos contemplam itens referentes à matéria-prima para fabricação dos fitoterápicos, itens relativos à estrutura física da Botica da Família e sobre a dispensação dos medicamentos, com providências e ações no âmbito mais estrutural, sem o correspondente investimento voltado para o processo de trabalho na rede de atenção.

Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006) também alertaram para inclusão do uso de fitoterápicos apenas como medicamentos sem que seja considerados atitudes, valores e crenças como filosofia de vida. As autoras entendem que os fatores referentes ao saber popular e tradicional envolvidos no uso de plantas medicinais e fitoterápicos não têm sido considerados pelos gestores locais de saúde, na implantação de programas de fitoterapia na Atenção Básica.

O modo predominante de produzir ações de saúde afasta o sujeito humano sofredor como uma totalidade viva, e o paciente tende a ser visto como mero objeto de intervenções tecnocientíficas, despojado tanto do seu corpo e psiquismo quanto de seus símbolos e significados sobre adoecimento (LUZ, 2012b).

Essa racionalidade também está presente nas academias, instâncias privilegiadas de formação de recursos humanos e de reconhecimento de teorias e conceitos das disciplinas científicas. O modelo racionalista existente nesses espaços dificulta e impossibilita o reconhecimento de outras verdades que não as da clínica anatomopatológicas e da fisiologia mecânica (LUZ, 2012b).

Nesse sentido a história da implantação da fitoterapia em Campinas se caracteriza como um movimento “*contra-hegemônico*”, como foi descrito por um dos informantes-chaves, o programa buscava inicialmente a superação dessa racionalidade

médica hegemônica, e por isso encontrou diversos desafios na sua implantação e consolidação, uma vez que no cenário de práticas de saúde, há constantes disputas entre os sujeitos na defesa de seus projetos e interesses (MERHY, 2007).

As ações em saúde situam-se em um espaço de disputa e constituição de práticas e políticas, marcadas por multiplicidade, onde distintos sujeitos coletivos, conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma conformação de saúde que lhes faça sentido (MERHY, 2007), o que explica a resistência por parte da população, da gestão – que se reflete em desarticulação das ações e falta de investimento no programa – e dos trabalhadores em relação à implementação de práticas que fujam do modelo dominante de assistência à saúde.

Rosa, Câmara e Béria (2011) fazem uma reflexão sobre as tensões estabelecidas no campo da saúde quanto à inserção de prática integrativa. Segundo os autores, observa-se que a história do processo de institucionalização das práticas integrativas e complementares tem sido de muitos percalços e obstáculos constantes interpostos pela medicina socialmente hegemônica. Diante disso ponderam que não basta apenas a instituição da medicina integrativa, nos sistemas oficiais ou mesmo sua promulgação legal para garantir a oferta com qualidade; faz-se necessária a promoção de espaços de discussão tanto no âmbito acadêmico quanto nos serviços, considerando as dificuldades para o uso de um “novo” paradigma de cuidar.

A postura desfavorável dos trabalhadores quanto ao uso de fitoterápicos, que é reforçada pelas representações da classe médica, apresenta-se como modelo de atuação dos médicos e trabalhadores da saúde. O não domínio do saber em fitoterapia pode ser entendido como um fato que dificulta a inserção da prática como rotina no atendimento à população (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

Diante do exposto, acredita-se que a não capilarização da lógica pretendida originalmente nos objetivos do Programa de Fitoterapia de Campinas, tenha se dado dentre outros motivos – inclusive os já mencionados anteriormente – pela falta desses espaços de discussão citados acima. Como apontam os resultados apresentados, tanto de abandono dos espaços informativos e de troca de saberes para os usuários – muito presente no início do programa e segundo relatos fortalecia a prática no município –, quanto dos espaços de discussão da prática entre os trabalhadores, em capacitações nos

moldes da educação permanente em saúde, grupos de estudo ou programações específicas sobre o tema.

Por isso reforça-se a importância de incrementar esse saber e modo de cuidar, ligando a fitoterapia à caixa de ferramentas do trabalhador, uma vez que a construção de modelos de atenção usuário-centrados está sempre marcada pelos recursos tecnológicos de que o trabalhador dispõe. E, quanto maior a caixa de ferramentas utilizada para a conformação das práticas de cuidado, maior a possibilidade de compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para o próprio processo de trabalho (MERHY, 2007).

A despeito dos relatos de pesar em relação à ausência dos medicamentos e à não incorporação da fitoterapia no processo de trabalho, identifica-se neste estudo que a fitoterapia não tem sido utilizada como ferramenta pelos trabalhadores. A constatação acima é justificada pelo fato de que a maioria dos entrevistados desconhece a existência do programa e qualquer documento normativo sobre o tema. Além disso, durante a observação, presenciou-se que na unidade existiam alguns frascos de medicamentos com data de validade vencida, o que confirma o não uso do fitoterápico.

Em contrapartida, registraram-se atitudes criativas, no âmbito do espaço intercessor, para garantir o uso de práticas alternativas, quando alguns trabalhadores contaram experiências de colegas que na falta do fitoterápico ensinavam ao usuário como preparar o remédio, a partir da planta medicinal. Outro trabalhador para a superação do problema do abastecimento de fitoterápicos sugeriu a criação de hortas medicinais. Diante desses relatos, percebe-se que os sujeitos da pesquisa sabem que há possibilidades de desenvolverem ações que viabilizem a continuidade do programa, no entanto, não se observaram ações na unidade de saúde estudada para superação do problema de abastecimento.

Ressalva-se aqui que além dos aspectos já discutidos acerca do abastecimento e busca de autonomia para produção, compreende-se a necessidade da presença do fitoterápico na rede, como disse um dos informantes: estando presente, este tende a ser lembrado. Aqui se confirma o fato de a demanda estar diretamente relacionada à oferta como qualquer outra demanda que aporta os serviços de saúde (PINHEIRO,2001). Considera-se, ainda, como foi pontuado pelos trabalhadores, que a inconstância no fornecimento faz com que o fitoterápico não seja o tratamento escolhido pelos

trabalhadores, por não se garantir a continuidade no tratamento. No entanto, acredita-se que existam mais elementos envolvidos no processo, do que o medicamento em si, como já mencionado no decorrer de todo o trabalho, quando se apresentam os objetivos da PNPMF e nos objetivos do próprio programa.

Pretende-se aqui explorar um pouco a questão da não inclusão da fitoterapia na caixa de ferramentas dos trabalhadores. Para exercer a medicina integrativa, da qual a fitoterapia pode ser elencada como uma das terapias que a compõe, é necessária uma mudança do pensamento em relação à saúde – uma mudança de paradigma – ou seja, mudar o conceito, as formas de intervenção em relação ao processo saúde e doença e o modelo de atenção à saúde (CHRISTENSEN; BARROS, 2011).

A busca pela mudança de paradigma na saúde tem emergido da necessidade de se responder à demanda subjetiva por cuidado e atenção, nesse contexto as medicinas integrativas têm seu grande sucesso devido à relação centrada no cuidado, estabelecida entre trabalhadores e pacientes. Na abordagem que trata essa relação, a mesma é vista como fundamental na terapêutica, em que o sujeito doente está no centro do paradigma médico, portando toda sua singularidade e sendo visto como totalidade biopsíquica (LUZ, 2012b).

As características do cuidado proposto pela mudança de paradigma na saúde, por serem estranhas ao modelo hegemônico, implicam na necessidade de “uma formação ampliada, promovida pelo paradigma holístico, já que [este] estimula a compreensão da natureza dual e bilateral do relacionamento médico paciente”. (CHRISTENSEN; BARROS, 2011, p. 37).

Segundo Christensen e Barros (2011, p.47), alguns autores “reafirmam a necessidade de mudanças na formação dos profissionais da saúde, com a introdução de novos elementos na perspectiva do cuidado, por meio do ensino e da prática” da medicina integrativa, inclusive da fitoterapia, nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde. Entende-se que a convivência e a prática simultânea do paradigma cartesiano, da medicina alopática e tecnológica, com o holístico, e das medicinas integrativas tornam possível o nascimento de um novo modelo de cuidado e cura. As experiências de ensino que se têm relato preveem a concomitância de aprendizagem entre medicinas integrativas e medicina convencional (CHRISTENSEN; BARROS, 2011).

Diante da potencialidade para mudança do cuidado em saúde que o ensino das práticas integrativas oferece, pondera-se que introduzir tal conhecimento no ensino médico, e também dos demais trabalhadores da área de saúde, se constitui um desafio tanto pela dificuldade em reorganizar a carga horária dos currículos para acomodar novos conteúdos, quanto pela marginalização desse conhecimento ante o paradigma biomédico (OTANI; BARROS, 2011).

No entanto, uma vez que a maioria dos trabalhadores de saúde que está na rede não contou com formação específica a fim de lhes instrumentalizar para incorporação das práticas integrativas como parte da caixa de ferramentas, faz-se necessária a adoção da educação permanente. Nas experiências de implantação dos programas de fitoterapia de municípios como Rio de Janeiro e Curitiba, destacou-se a importância da promoção de atividades de treinamento e capacitação em fitoterapia para que se obtivessem os resultados esperados (GUIMARÃES, MEDEIROS, VIEIRA, 2006; GRAÇA, 2004).

O Ministério da Saúde destaca a importância da qualificação de toda a equipe de saúde para o trabalho com fitoterapia bem como a sensibilização da população e capacitação dos gestores. Ressalta que a qualificação profissional é importante porque pode provocar mudanças nos processos de trabalho, alterando as relações técnicas e sociais entre as práticas hegemônicas e não hegemônicas, na busca da integralidade e humanização da atenção à saúde (RODRIGUES et al., 2012).

Os conceitos e sentidos equivocados sobre as terapias integrativas e da fitoterapia têm origem no desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema (THIAGO; TESSER, 2011). A maioria dos trabalhadores da unidade pesquisada desconhece a existência do programa, bem como, de qualquer instrumento normativo sobre fitoterapia e plantas medicinais, apesar de terem ciência sobre a disponibilidade de fitoterápicos na rede. Em decorrência desse desconhecimento, observou-se que algumas informações, ideias e significados atribuídos à fitoterapia não condizem com a realidade tampouco com a lógica da implantação do programa.

Tal desconhecimento foi identificado pelos próprios trabalhadores que entendem que este ocorre pela deficiência na divulgação do programa e não realização de capacitações para trabalhadores, considerando serem estes possíveis motivos de o programa não ter se capilarizado entre os profissionais e população. Neste caso aponta-

se uma lacuna que mereceria investigações em pesquisas futuras: o processo de capilarização do programa de fitoterapia.

Uma das informações relatadas por alguns dos trabalhadores entrevistados é que uso de plantas medicinais não está presente entre os usuários. Essa percepção também foi registrada em outros trabalhos. Veiga Junior (2008) registrou que os profissionais da área de saúde acreditam que 25% da população não utiliza plantas medicinais, ao passo que 97% da população referiu fazer uso de plantas medicinais, demonstrando diferença na percepção de trabalhadores e usuários. Em outro estudo, este sobre uso de plantas medicinais para doenças bucais, apontou-se que os trabalhadores relatam que 62% da população não faz uso das plantas para esse fim (FRANÇA et al., 2007). Destaca-se que, no contexto dos dois estudos citados (VEIGA JUNIOR, 2008 e FRANÇA et al. 2007), não havia programa de fitoterapia implantado.

Segundo Fiúza et al. (2011 p. 134) “tudo que não é legitimado ou reconhecido é declarado inexistente”, com isso justifica-se o fato de alguns trabalhadores não identificarem o uso de plantas medicinais entre a população, embora exista e chegue a abranger de 70% a 90% da população, segundo dados da OMS (RODRIGUES; AMARAL, 2012), uma vez que essa prática ainda é pouco reconhecida pelo modelo biomédico hegemônico.

Outra ideia que não condiz com a realidade se refere à eficácia dos fitoterápicos e das plantas medicinais. Um dos trabalhadores relatou não acreditar no potencial de cura do fitoterápico, e que só deve ser usado para “*dar uma ajudinha*” e não como opção para tratamento de patologias. Outros trabalhadores disseram acreditar na eficácia do fitoterápico e das plantas medicinais, ainda que, com ressalvas. No estudo de França et al. (2007) 48,7% dos trabalhadores acreditam que a eficácia é média ou alta e 37% não quiseram opinar acerca da contribuição do uso de plantas medicinais no tratamento de doenças bucais.

Os trabalhadores de saúde relacionaram a adesão dos usuários ao tratamento com fitoterápicos a elementos semelhantes aos que foram relatados como determinantes na aceitação dos próprios trabalhadores, como por exemplo: 1- a comprovação de eficácia; 2 - a oferta do medicamento; 3 - o esclarecimento sobre o programa e sobre os fitoterápicos; 4 - a confiança e segurança na capacidade do trabalhador em indicar o fitoterápico; 5 - o uso prévio de plantas medicinais e fitoterápicos; 6 - o incentivo dado

pelo médico e 7 - a semelhança na apresentação do fitoterápico em relação ao alopático, sendo este o motivo da menor adesão aos tratamentos com chás. Esse achado induz a acreditar que o trabalhador reproduz a sua lógica sobre determinado assunto na interpretação que dá sobre as atitudes dos usuários.

O fitoterápico como um placebo também apareceu como um dos conceitos identificados na fala de um trabalhador que considera não compatível com o PNPMF. Thiago e Tesser (2011) também encontraram em seu estudo alguns trabalhadores (5% de sua amostra) que relacionavam as Práticas Integrativas, dentre elas a fitoterapia, ao efeito placebo. Nesse mesmo estudo, os autores relataram que 8% dos entrevistados acreditavam que somente deveriam ser usadas as Práticas Integrativas comprovadas pela ciência (THIAGO; TESSER, 2011), inquietação expressa também por alguns trabalhadores que participaram do presente trabalho.

Destaca-se aqui a preocupação com a eficácia e comprovação científica do efeito do medicamento fitoterápico e das plantas medicinais a serem incorporadas em programas municipais. São itens tratados enfaticamente tanto na Portaria que regula a Fitoterapia no município de Campinas quanto nas PNPMF e PNPINC (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b e CAMPINAS, 2010).

Neste estudo encontra-se que a adesão dos trabalhadores à fitoterapia está relacionada à comprovação de sua eficácia. Rosa, Câmara e Béria (2011) também obtiveram, em uma investigação, relatos de trabalhadores sobre a falta de estudos clínicos que comprovem a eficácia dos medicamentos fitoterápicos. No entanto, destaca-se que muitos setores do Ministério da Saúde dispõem sobre a eficácia dos medicamentos fitoterápicos. Segundo a ANVISA⁶:

Os medicamentos fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A eficácia e a segurança devem ser validadas através de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas em bibliografia e/ou publicações indexadas e/ou estudos farmacológicos e toxicológicos pré-clínicos e clínicos.

A eficácia dos fitoterápicos também pode ser comprovada pelo fato de que faz parte do elenco de medicamentos e insumos, da Relação Nacional de Medicamentos

⁶ Definição retirada do site da ANVISA:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+fitoterápicos>>

Essenciais– RENAME⁷, a lista de 2012 que conta com doze medicamentos fitoterápicos (RODRIGUES et al.,2012).

Outra inquietação dos trabalhadores diz respeito ao acompanhamento da prática de fitoterapia pela ANVISA e Vigilância Sanitária Municipal, o que já ocorre, embora os trabalhadores da unidade de saúde não estivessem cientes disso. Lembra-se aqui que a suspensão das atividades da Botica da Família se deu em função das exigências feitas pela Vigilância Sanitária Municipal para adequação das atividades da farmácia, comprovando que a fitoterapia em Campinas é fiscalizada pelo órgão.

A percepção de pouca eficácia na utilização de fitoterápicos na prática clínica remete diretamente à percepção de controle do médico sobre a terapia (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011). O desconhecimento do trabalhador determina a falta de incentivo ao uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (THIAGO; TESSER, 2011), diante disso adotar essa prática “desconhecida” significa perder o domínio e o controle sobre o tratamento do usuário.

Um dos entrevistados entende que para não ser “*responsável*” por imprevistos ocasionados pelo uso de fitoterápicos ou plantas medicinais – abordagem não conhecida pelos trabalhadores – esta é abstraída da prática clínica. O entrevistado lembrou ainda que no modelo hegemônico há um processo de “*culpabilização*” do usuário em relação a sua saúde, os sujeitos são responsáveis por danificar sua saúde com excessos (LUZ, 2012b), o que isenta o trabalhador da corresponsabilização pelos processos de adoecimento.

Em posição complementar, o usuário muitas vezes não relata ao trabalhador o uso de plantas com objetivos terapêuticos por medo e receio de constrangimentos, colocando seus saberes como menos relevantes.

Um dos informantes-chaves relatou que, em virtude da falta de preparo dos trabalhadores da rede, a prescrição dos fitoterápicos tem sido por afinidade com a prática. Na percepção de um dos trabalhadores, há pouca prescrição de fitoterápico e

⁷ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais– RENAME: compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Essa relação é atualizada a cada dois anos. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html)

quando esta é feita não se faz com a mesma convicção com que se prescrevem os alopáticos.

De maneira geral entende-se que na unidade pesquisada não há a utilização de fitoterápicos, pois não foi observada nenhuma prescrição e não se obteve nenhum relato de indicação recente de fitoterápicos. Embora alguns trabalhadores tenham relatado já terem prescrito fitoterápico, o que na interpretação se mostrou algo esporádico e não uma prática incorporada ao processo de trabalho, mesmo com a justificativa de que a terapêutica não está tão presente por conta da falta de abastecimento na rede.

Veiga Junior (2008) aponta que, dentre os profissionais de saúde entrevistados, 41% não indicam terapias integrativas e justificam essa postura por sugerirem que estas práticas não são seguras e que provocam efeitos adversos, motivo que segundo o autor faz com que, dentre as práticas integrativas, a acupuntura seja mais indicada em detrimento da fitoterapia, que está mais presente na cultura popular. Thiago e Tesser (2011, p.252) têm resultado semelhante a esse e encontraram que o grau moderado de conhecimento sobre práticas integrativas “predominou para a homeopatia e para a acupuntura, em contraste ao maior desconhecimento da fitoterapia e plantas medicinais”.

Acredita-se que a situação posta ocorre pelos motivos já elencados, relacionados ao conhecimento sobre a terapêutica, mas destaca-se o valor que o remédio assume no paradigma biomédico. Na dimensão da biomedicina, a cessação dos sintomas, sobretudo os principais, já se caracteriza como cura do sujeito, portanto os procedimentos valorizados neste modelo de atenção são a cirurgia e os medicamentos, uma vez que estes têm ação sobre os sintomas. Ao longo da história, a medicalização coletiva sistemática, preventiva ou curativa se tornou *norma médica*, uma *decisão política*, se configurando como forma privilegiada de intervenção médica (LUZ, 2012a).

Um dos informantes-chaves acredita que a adesão dos trabalhadores de saúde à fitoterapia, e demais práticas integrativas, se faz mediante a demonstração, expondo e disponibilizando estes recursos para que o profissional os utilize e comprove seu efeito. Alguns estudos sobre o ensino de práticas integrativas reforçam essa ideia trazida pelo informante. Os resultados do estudo de Otani e Barros (2011) entendem que a exposição dos alunos à experiência com fitoterápicos facilita o entendimento e a percepção clínica relacionada à prática. Ainda nesse sentido relatou-se que a introdução ao ensino de

terapias alternativas e complementares dos cenários estudados se deu pela “exposição às práticas, o uso pessoal e possibilidade do ensino e pesquisa” (BARROS; TOVEY, 2012).

Fiúza et al. (2011) ponderam que há forte relação entre uso pessoal e prescrição de práticas integrativas e em seus resultados comprovaram esta relação. No trabalho de Barros e Tovey (2011), também se constatou que todos os enfermeiros que trabalhavam com práticas integrativas faziam uso desse recurso no seu cotidiano. E, na pesquisa realizada por Rosa, Câmara e Béria (2011), verificou-se que há maior intenção de uso da fitoterapia entre os médicos que detêm mais conhecimento sobre o tema.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram os trabalhos citados, uma vez que os trabalhadores que demonstram ter interesse e possuir informação sobre fitoterapia, plantas medicinais e sobre o Programa do município de Campinas foram aqueles que referiram ter a prática incorporada em sua vida. E ainda por relatos dos trabalhadores verificou-se que o uso de plantas medicinais mostrou-se relacionado à tradição de uso como um fator que permite afinidade pela prática, à crença na eficácia da fitoterapia e a experiências de uso pessoal dos entrevistados.

Os trabalhadores do presente estudo relataram que seu conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos têm origem na cultura familiar ou em troca de saberes com outros membros da comunidade. Dois informantes-chaves relataram a formação acadêmica em fitoterapia, e dois entrevistados referiram ter tido instrução sobre fitoterapia em suas formações, não por meio de disciplinas regulares e sem se constituir em instrumentalização para o trabalho. Segundo Christensen e Barros (2011), a forma mais comum de inserção do tema medicina integrativa é em cursos eletivos, no entanto, os autores sugerem a inserção desses cursos no corpo principal do currículo.

Nessa direção, o conhecimento sobre práticas integrativas pelos médicos residentes não advém do curso de graduação, segundo o estudo de Fiúza et al. (2011). Outro estudo confirma o resultado apresentado acima o qual afirma que o conhecimento sobre fitoterápicos, também entre médicos, não é proveniente da academia, segundo afirmam os autores esse conhecimento “parece ter suas raízes na cultura brasileira e, portanto, nas vivências e no cotidiano” (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011, p. 317).

Portanto, pode-se inferir que muitas vezes o conhecimento do trabalhador é o mesmo do usuário no que tange à fitoterapia e às plantas medicinais, motivo que segundo relatos faz com que o usuário não refira a prática ao médico que o assiste.

Nesse sentido, em um estudo internacional, constatou-se que 60% dos pacientes recorriam às práticas integrativas sem que isso fosse relatado ao médico, o que ocorria em função do medo de reprovação do trabalhador de saúde em relação à prática e ainda pelo desconhecimento deles sobre o tema (FIÚZA et al.,2011), resultado também relatado por Fontanella et al. (2007). O medo de ser constrangido ou repreendido pelo trabalhador de saúde também foi identificado por alguns dos participantes do presente trabalho como motivo para o não relato do uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Confirmando esta ideia um dos trabalhadores relatou que, no início do tratamento curativo, é proposto ao usuário utilizar apenas o medicamento fornecido pela unidade, uma atitude que pode ser considerada esperada no modelo hegemônico de prática clínica.

O conhecimento do usuário, ou seja, a cultura popular, ainda tem sido relegado a segundo plano ante o saber científico, o que cria um contexto de pouco conhecimento científico e abertura a novas possibilidades e insegurança sobre a fitoterapia. As representações a partir de então contribuem para a formação de atitudes negativas ou receosas ante as tecnologias milenares, como a fitoterapia (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

Como já mencionado anteriormente, uma das maneiras de romper com o paradigma biomédico e conseguir inserir aspectos da cultura do usuário no cuidado, são os espaços para discussão sobre o tema. O município conta com a Semana de Fitoterapia como um desses espaços, evento que assim como o programa não se capilarizou entre os trabalhadores. Há divergência entre os informantes-chaves sobre a finalidade do evento, no entanto, pelo que se pôde notar, através da programação do evento, este prioriza a troca de saberes e conta tanto com palestrantes que veiculam conhecimentos científicos, quanto por populares que relatam suas vivências em fitoterapia e uso de plantas medicinais. Pelas características apresentadas sobre o evento, entende-se que seria necessário ampliar os espaços para discussão da fitoterapia na rede, embora a Semana de Fitoterapia seja um momento muito rico.

A importância da qualificação para o trabalho em fitoterapia foi relatada por muitos entrevistados, no entanto, entende-se que a gestão nas diversas instâncias não tem favorecido a participação dos trabalhadores em eventos sobre o tema, uma vez que não há a liberação dos mesmos para participação e pelo fato de alguns capacitações terem caráter facultativo.

Outra dificuldade encontrada em relação às capacitações em fitoterapia é que não incluem todas as categorias profissionais, situação apontada por alguns trabalhadores. Um dos entrevistados entende que as capacitações em fitoterapia deveriam abranger toda a equipe de saúde, uma vez que a discussão da fitoterapia e do uso de plantas medicinais perpassa pelo universo do autocuidado e do conhecimento popular, questão que envolve toda a equipe multidisciplinar. Otani e Barros (2011) encontraram que algumas instituições de ensino internacionais por considerarem a Medicina Integrativa um campo para prática multidisciplinar direcionam o ensino e pesquisa às outras profissões da saúde e não apenas a médicos.

Nas experiências dos programas de fitoterapia dos municípios de Itapipoca, Betim, Rio de Janeiro e Londrina, observou-se a preocupação com a realização de capacitações, envolvendo toda a equipe de saúde (CARNEIRO et al., 2004; GUIMARÃES; MEDEIROS; VIERA, 2006; REIS et al., 2004; DINIZ, 2006).

Em Londrina, considerou-se que a educação permanente em saúde é um dos pilares do Programa (DINIZ, 2006). Na experiência do município do Rio de Janeiro, pontuou-se que um dos passos fundamentais na implantação do programa foi a formação de uma equipe que pudesse unir os ideais para vencer os desafios do processo de implantação o que foi feito através da sensibilização e qualificação dos trabalhadores (REIS et al., 2004). Em Betim, entende-se que a demanda por fitoterápico teve um aumento crescente devido aos encontros de educação continuada em fitoterapia, uma vez que, a partir destes, um maior número de prescritores passou a conhecer e a se interessar pelo programa do município (GUIMARÃES; MEDEIROS; VIERA, 2006).

O Ministério da Saúde também destaca a importância da formação/qualificação dos profissionais para atuação nos programas de fitoterapia e salienta que estas devem acontecer em conformidade com as diretrizes da Política de Educação na Saúde, PNPIC e da PNPMF. Aconselha ainda que se lance mão de estratégias como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); o Programa Nacional de Telessaúde; o

Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); cursos de especialização e mestrado profissionalizante; entre outros. E recomenda que Estados e municípios desenvolvam estratégias de capacitação em conformidade com a política nacional (BRASIL, 2012).

Salienta-se que a educação permanente em práticas integrativas deve, assim como o que tem sido proposto para formação acadêmica em Medicinas Integrativas, desenvolver ações que considerem: o autocuidado e as formas tradicionais de cura; o estímulo para que as pessoas tornem-se reflexivas ante diagnósticos e prognósticos de especialidades; a valorização do conhecimento e das experiências dos pacientes e ainda ações que situem a medicina científica como paritária a outras formas de cuidado e cura (FIÚZA et al., 2011).

Alguns trabalhadores, no presente estudo, assimilaram que a qualificação em fitoterapia deve ser realizada na perspectiva ampliada do cuidado, ponderaram a importância do conhecimento técnico, no entanto, destacaram que os elementos do paradigma holístico são fundamentais nesse processo.

Outra consideração trazida por alguns trabalhadores é referente à percepção de que o modo como se entende saúde, se exerce a clínica e se organizam os serviços deve ser mudado, o que pode ser possível com a mudança de paradigma mencionada anteriormente. Ressalta-se que, na leitura desses trabalhadores, ficam evidentes os elementos do processo de trabalho, ou seja, o que se entende por saúde determinará o recorte do objeto sobre o qual o trabalhador pensará junto com o usuário uma proposta de intervenção, lançando mão dos recursos tecnológicos a seu alcance, incluindo aí plantas medicinais e fitoterápicos (MERHY; MALTA, 2002; GONÇALVES, 1992).

A partir das características consideradas importantes na qualificação para o trabalho com fitoterapia, nota-se que o sentido e o significado que a prática assumiu para alguns trabalhadores convergem na direção do paradigma holístico e do que se propôs na implantação do programa. No estudo de Thiago e Tesser (2011), muitos trabalhadores, 60%, relacionaram as Práticas Integrativas ao entendimento mais amplo do processo saúde-doença, possibilitando considerar no processo de trabalho outros aspectos para além da doença e da queixa referida. Os autores explicam o achado, pela insatisfação com a biomedicina e pelas qualidades atribuídas às medicinas integrativas. Neste estudo também se percebe que os trabalhadores que relataram uma visão

ampliada sobre a fitoterapia declaram insatisfação com a configuração atual do sistema e modelo de atenção à saúde.

Alguns benefícios reconhecidos pelo Ministério da Saúde da oferta de ações/serviço de fitoterapia são: 1- resgate do conhecimento popular/tradicional sobre o uso de plantas medicinais, o que aumenta a autoestima dos indivíduos e o coletivo; 2- estreitamento de laços com a equipe de saúde e território, reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada do sistema de saúde; 3- empoderamento da população e dos profissionais de saúde em relação a essa forma de cuidado, estimulando autonomia e corresponsabilização; 4- redução da medicalização excessiva e 5- fortalecimento do princípio da integralidade, uma vez que se ampliam o olhar e os recursos terapêuticos (RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012).

De encontro a essa lista encontrou-se que, entre os trabalhadores do presente estudo, foi frequente a percepção da fitoterapia como ferramenta para promoção de autonomia e do autocuidado, a mesma ideia foi apreendida entre os trabalhadores de outros estudos (THIAGO; TESSER, 20011; ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011). As terapias integrativas “buscam a recuperação de identidade das pessoas, sua autonomia em face da doença e dos procedimentos [...]” (LUZ, 2012b, p.156). A mesma autora refere que essas práticas ainda acentuam “a autonomia do paciente, e não sua dependência no tocante à relação saúde-enfermidade” (LUZ, 2012b, p.67), uma vez que, incentiva a “presença mais ativa do cidadão doente em face da sua doença” (LUZ, 2012b, p. 66).

Todas as características apontadas pelo Ministério da Saúde como benefícios a partir das ações/serviços de fitoterapia foram mencionadas por alguns dos trabalhadores que participaram deste estudo. A fitoterapia e o uso de plantas medicinais como prática que resgata e valoriza o conhecimento e cultura popular/tradicional foram repetidamente identificados pelos trabalhadores como parte fundamental desta abordagem terapêutica, característica presente e destacada no início do programa de Campinas.

Além das características mencionadas, evidenciou-se a prática da fitoterapia como favorecedora no processo de ressignificação do processo de adoecimento e ainda no repensar do modo de vida do usuário. Entende-se que isso é possível graças ao tempo despendido nessa terapêutica.

Embora a prática tenha sido considerada como não adequada ao tempo em que se vive, pelas demandas da sociedade, uma vez que seu período de ação é mais lento, entende-se que essa característica favorece esse repensar a vida, os atropelos, o adoecimento, a saúde, entre outros. Em detrimento da máxima capitalista de que “tempo é dinheiro”, encontra-se que é importante dar tempo - que não diz respeito ao tempo do relógio, nem do computador e muito menos do micro-ondas, para lidar com as construções e reconstruções, com os fracassos e acasos da vida. Segundo Pelbart (1993, p.36): “Deveríamos poder estar ali onde começa o tempo, e com ele a possibilidade de alguma forma, de alguma decisão. Deixar jorrar o tempo para que possa surgir o bom momento de fazer alguma coisa”.

As práticas de saúde do paradigma holístico se distanciam das terapêuticas do modelo biomédico, uma vez que não se encontram subsumidas pelo regime da instantaneidade da sociedade contemporânea presente nas ações de saúde baseadas no biologicismo.

Como exemplo disso, na acupuntura, tal como tem sido desenvolvida nos serviços de saúde - guiadas pela racionalidade biomédica, os pacientes recorrem à terapêutica esperando o máximo de alívio temporário para seus males. O mesmo não ocorre nas consultas realizadas por trabalhadores que atuam com paradigma holístico, nesses casos os encontros e o tratamento podem durar horas, e nesse espaço o vínculo tende a se estruturar, podendo levar ao estabelecimento progressivo de representações partilhadas entre terapeuta e paciente (LUZ, 2012b).

Acredita-se, ainda, que o tempo despendido no cuidado com fitoterapia/uso de plantas e outras práticas integrativas é o que favorece a formação de vínculos entre pessoas, seja terapeuta-usuário, seja entre os membros da comunidade que param suas atividades para se dedicarem ao cuidado, seja para cuidar de outro ou de si (com orientação ou através da própria ação de preparar o medicamento a ser utilizado).

Essa dimensão cuidadora da fitoterapia, que envolve troca e afetos, também foi mencionada por alguns trabalhadores. O que é percebido na ideia de que o uso de plantas medicinais se refere a “*memórias de cuidado*”, e que sua eficácia está ligada não apenas em suas propriedades farmacológicas, mas também a todo movimento disparado que envolvia mães, avós ou outros queridos nas ações que visavam ao reestabelecimento da saúde.

Luz (2012b) percebe que grande parte do sucesso das terapias integrativas está diretamente ligada ao modo como é conduzida a relação terapeuta-paciente e da efetiva interação entre estes, pois, nesse processo terapêutico, elementos

[...] desconsiderados pela racionalidade biomédica por serem ligados à subjetividade dos pacientes, tais como sentimentos em face do adoecimento, isolamento, dor, sintomas 'irrelevantes' por não encontrarem tradução em registros 'objetivos', ou sensações de piora ou inocuidade dos procedimentos, são tomados em grande consideração para ratificação ou retificação do tratamento em condução (LUZ, 2012b, p. 149).

Nesse sentido pondera-se que, no campo da saúde, o objeto de trabalho “não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se pode atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar” (MERHY, 2007, p.117) e por isso que as relações tendem a ser tão valorizadas nesse contexto.

Diante do exposto, acredita-se que as ações com plantas medicinais e fitoterapia podem acontecer prioritariamente na Saúde da Família – Atenção Básica, pela semelhança nos fundamentos e princípios da fitoterapia e da Saúde da Família que envolvem interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, busca de autonomia do usuário, entre outras.

Entende-se que as relações que se estabelecem nesse cenário proporcionam o fortalecimento mútuo, pois a expansão da saúde da família facilita a implementação dos programas de fitoterapia, principalmente pela inserção das equipes nas comunidades, por meio de práticas de aproximação da população, como a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde junto à comunidade, facilitadoras da troca entre os saberes. De forma complementar, as ações da fitoterapia promovem o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde (RODRIGUES; SIMONI; MACHADO, 2012).

Um dos trabalhadores entrevistados destacou a boa relação possível de se estabelecer entre Saúde da Família/ Atenção Básica e as ações/serviços de fitoterapia e plantas medicinais. Essa percepção também foi registrada em outros estudos, em um deles médicos relacionaram a fitoterapia e o uso de plantas medicinais a fatores que contribuem para que a atenção básica seja mais efetiva, e cumpra sua função de promoção da saúde, valorização do autocuidado e formação de vínculo usuário-médico

(ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011), o mesmo foi encontrado no estudo de Thiago e Tesser (2011) e Paranaguá et al. (2009)

Ressalva se faz com relação ao que se encontrou na equipe de saúde da família deste estudo, tendo em vista as condições objetivas de trabalho que contribuem para a reprodução das práticas hegemônicas, incluindo, por exemplo, problemas no abastecimento da rede com fitoterápicos, dificultando o acesso do usuário a este recurso tecnológico; bem como a crise política no âmbito municipal, com repercussões junto à equipe de trabalhadores e ressentimentos destes pela falta de capacitação para se instrumentalizar para o uso adequado de fitoterápicos.

Por outro lado, a existência do programa de fitoterapia e as metas oficialmente assumidas falam positivamente por se constituírem base para seu incremento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objeto as práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores, intencionando desvelar os sentidos e significados que estes assumem no processo de trabalho dos membros de uma equipe de saúde da família, bem como identificar qual o conhecimento destes sobre o programa de fitoterapia do município.

Para os fins deste estudo, tomou-se a fitoterapia como um instrumento relevante para estabelecer vínculos entre os usuários e os trabalhadores, e ainda como possibilidade de abordagem integral da saúde para além da queixa-conduta, como um meio para resgatar e fortalecer a cultura popular, dentre outras características já mencionadas neste trabalho, assim como foi prevista em sua implantação.

A fitoterapia como um instrumento está inserida no âmbito das ações de saúde, das práticas de saúde, estas, práticas sociais, vão se adequando ao momento histórico de cada época. Comprovou-se com o trabalho que esta é uma prática social, ou seja, guarda sincronia com o processo sócio-histórico do contexto em que está implantada e é modificada pelas relações que a permeiam. E em um contexto de questionamentos sobre o modelo hegemônico de saúde, impulsionado por um idealizador sensível às críticas que se fazia ao modelo biomédico, Campinas, em movimento de vanguarda, apoiou o projeto que deu origem ao atual Programa de Fitoterapia do município.

O caminho histórico que se percorreu neste estudo – o processo de implantação da fitoterapia no município – ajudou a entender como, hoje, são realizadas as práticas dos trabalhadores da rede em relação à fitoterapia. Nesse caminho foi importante tomar diversas fontes de dados, para tentar remontar de forma mais apropriada o contexto da implantação do programa no município e assim compreender melhor este cenário.

Sendo assim, o município escolhido possibilitou conhecer alguns percalços e conquistas que uma prática não hegemônica pode enfrentar e alcançar.

As práticas de uso de plantas medicinais e de fitoterápicos de maneira institucionalizada ainda se mostram frágeis diante da força do modelo hegemônico, o

que foi percebido na não utilização dos fitoterápicos, na postura do trabalhador frente a esta prática e no papel de complementaridade que o fitoterápico tem assumido neste contexto.

Na abordagem aos trabalhadores da rede, percebe-se a falta de motivação da equipe em relação à fitoterapia. Mesmo os trabalhadores mais antigos, contemporâneos ao movimento de implantação do programa, parecem não ter incorporado este recurso ao seu processo de trabalho.

De modo geral, o discurso dos trabalhadores mostrou-se em descompasso com suas práticas. Apesar dos relatos sobre a percepção e o pesar em relação à falta do fitoterápico na rede, entende-se que todo o universo que permeia a prática da fitoterapia, não somente o medicamento em si, não está presente no processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Por outro lado, essa postura é condizente com o modelo de saúde hegemônico que se mostra dominante e norteador da formação destes trabalhadores.

Assim se entende que, por mais que haja em alguns trabalhadores potencialidades para o desenvolvimento de uma clínica ampliada, como é a proposta do município – uma clínica que busque a integralidade no cuidado, em uma abordagem compartilhada na qual o usuário negocia as práticas de cuidado, possibilitando um ambiente de escolhas no qual o usuário opta pelo melhor que lhe aprouver, espaço propício para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos –, essa postura se constituiria como um rompimento com o hegemônico. Sendo assim, entende-se que a fitoterapia está em um espaço de disputas e para que os sujeitos se filiem à prática é necessário conhecimento sobre a mesma.

Percebe-se com esses resultados muitas reservas dos trabalhadores quanto à fitoterapia, o que sugere que a não incorporação ocorra dentre outros motivos, pela falta de conhecimento suficiente para instrumentalizar o trabalhador na prática. Há aqui outra limitação do estudo, que não coube investigar, no que se refere aos fatores que promovem a capilarização da fitoterapia entre os trabalhadores.

No entanto, caminhando pela história do programa, pelos relatos de que no início houve adesão dos trabalhadores ao programa de fitoterapia, percebe-se que discussões e encontros para qualificar os trabalhadores na área eram grandes estimuladores do programa. Nesses espaços de pensar novas práticas e criar as possibilidades de novas maneiras de cuidar, a fitoterapia encontrava abrigo. O que se explica pela própria natureza relacional do trabalho e

do ser, visto que, sendo ser social, procura reproduzir ou se adequar às práticas do grupo ao qual pertence.

Identificam-se diferentes sentidos e significados que a fitoterapia assumiu para os trabalhadores, e pode-se perceber que a história de vida do trabalhador, seu conhecimento sobre a prática, seus hábitos de autocuidado, dentre outros, são fatores que ajudam na construção dessa representação da prática. O conhecimento sobre o programa se mostrou heterogêneo e os fatores identificados acima também cooperam para essa questão. Alguns trabalhadores apresentaram ideias e representações que vão ao encontro do que se defende ser o cuidar com fitoterapia – na perceptiva ampliada de saúde e cuidado. Nas falas nas quais a fitoterapia apareceu como um agente promotor de vínculo, autonomia do usuário, cuidado integral, dentre outras, percebe-se que há alguma sensibilização à fitoterapia. E esse pode ser o ponto de partida para a inserção desse recurso no processo de trabalho em saúde.

A pesquisa também revelou que o modo como os trabalhadores veem a aceitação dos usuários quanto aos fitoterápicos tem estreita relação com a maneira com que eles próprios enxergam a prática, com certa abertura, mas cheios de restrições.

Entende-se que tal achado pode não retratar a realidade do município como um todo, uma vez que o estudo foi composto apenas em uma unidade, além disso, no período da realização do estudo o município passava por uma interrupção do fornecimento dos fitoterápicos e enfrentava também uma crise política. Tais fatores representam limites do presente estudo.

Ao nível da gestão, o investimento no programa tem se concentrado no fornecimento dos fitoterápicos para abastecer a rede. Percebe-se um grande esforço da gestão no sentido de buscar suprir a rede com fitoterápicos, por outro lado, as diversas dificuldades enfrentadas – no que diz respeito à produção dos medicamentos – são comuns aos outros municípios que também se movimentaram no sentido de adotar práticas integrativas de saúde na rede com vistas a promoverem um cuidado holístico ao usuário. As histórias exitosas do município em relação à fitoterapia, principalmente na produção dos fitoterápicos, segundo o que foi encontrado na análise dos dados, se deram especialmente quando o programa contava com diversos parceiros que lhe davam suporte, bem como o ocorrido em outros municípios que possuem programas de fitoterapia.

Mesmo considerando de fundamental importância o esforço feito no sentido de manter o fitoterápico presente na rede, entende-se que um empenho da mesma dimensão deve ser realizado no que tange à qualificação dos trabalhadores da rede para a prática, bem como maior divulgação do programa para que também a população saiba das opções de tratamento de que a rede dispõe.

Acredita-se que as políticas e os programas só tomam forma quando há trabalhadores engajados nos projetos. O mesmo ocorre com a fitoterapia e nisso consiste a importância de estruturar e suprir o programa com todos os insumos necessários para o seu pleno funcionamento.

Entende-se que a retomada de parcerias será um movimento importante para a superação dos entraves em relação ao fornecimento do medicamento para rede, o que foi sinalizado por um dos informantes-chaves já estar em curso. A iniciativa, na esfera federal, via Ministério da Saúde, que visa a fomentar as farmácias vivas poderá ser um ponto de apoio ao município no quesito produção de fitoterápicos.

Mais uma vez destaca-se que as políticas públicas, principalmente na área da saúde, só alcançarão o usuário quando tiverem sido incorporadas pelos trabalhadores. É por esse motivo que mais uma vez se enfatiza a importância da qualificação dos trabalhadores. Nesse quesito as parcerias também se constituem como sendo fundamentais. O próprio Ministério sugere alguns espaços que colaborariam com esse processo, quais sejam: Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); o Programa Nacional de Telessaúde; o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); cursos de especialização e mestrado profissionalizante; entre outros.

Além disso, o município de Campinas conta com diversas instituições de ensino superior, conhecidas por sua qualidade a nível nacional, além de a própria rede de Campinas contar com defensores e *experts* na prática, o que pode contribuir muito no estabelecimento de educação permanente/capacitações na área.

Campinas conta também com diversos aparelhos sociais que podem ser úteis tanto na questão da produção dos medicamentos fitoterápicos quanto na qualificação dos trabalhadores.

Entende-se ainda que um intercâmbio de experiências, envolvendo municípios que também adotaram a fitoterapia na rede pública, seria de grande proveito para que os desafios

– existentes por se tratar de uma prática não hegemônica e que propõe uma mudança de paradigma no cuidado – fossem compartilhados e que as alternativas adotadas por cada um fossem socializadas e assim se fortalecesse a prática.

Ainda uma última consideração deve ser exposta, em relação ao programa, sua existência por si só é importante, porque sinaliza um movimento de rompimento com a prática hegemônica de saúde. Iniciativa que pode se articular de forma harmoniosa com a atenção básica/saúde da família no sentido de fortalecer esse nível de atenção. Assim acredita-se que o esforço de continuar investindo no Programa de Fitoterapia e ainda a ampliação de suas ações, no sentido de instrumentalizar os trabalhadores para a prática, seriam benéficos tanto para comunidade quanto para o fortalecimento da rede em si.

REFERÊNCIAS

- ADAME, A.; JACCOUD, C.V.; COBRA, E. A. **Biodiversidade, biopirataria e aspectos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 2005. Disponível em: <www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/manaus/propried_intelectual_alcione_adame_e_outros.pdf>. Acesso em: 20 Nov. 2012.
- ALVES, P. M. et al . Atividade antimicrobiana, antiaderente e antifúngica in vitro de plantas medicinais brasileiras sobre microrganismos do biofilme dental e cepas do gênero *Candida*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 42, n. 2, Abril 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000200028&lng=en&nm=iso>. Acesso em: 24 Mai. 2010.
- ALVIM, N. A. T. et al. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 maio-junho; 14(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a03.pdf>. Acesso em: 26 Jun. 2011.
- BARROS, N. F. **Medicina complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2000.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. Introdução. In: BARROS, N. F., SIEGEL, P., OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo : Hucitec, 2011, v.1. p.15-25
- BARROS, N. F.; TOVEY, P. O ensino de terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo : Hucitec, 2011, v.1. p.138-151.
- BRANDÃO, M.G.L. Introdução. In: BRANDÃO, M.G.L. (org.). **Plantas medicinais e fitoterapia**. Belo Horizonte: UFMG, 2003. 111p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf>. Acesso em: 24 Mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

CAMPINAS. **Lei nº 13.045**, de 29 de agosto de 2007. Acrescenta Dispositivos à lei 11.385, de 15 de outubro de 2002, que “Institui a Semana da Fitoterapia no Município de Campinas e dá outras Providências”. Diário Oficial do Município, Campinas,SP, 31 Ago. 2007a. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/lei13045.htm>>. Acesso em: 19 Jun. 2011.

CAMPINAS. **Lei nº 13.888**, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre a implantação do programa municipal de fitoterapia na rede pública de saúde. Campinas, SP, 19. Jul 2010a. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/lei13888.htm>>. Acesso em: 19 Jun. 2011.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde Anual 2001**. Campinas; 2000a.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Anual 2006/2007**. Campinas; [2005b].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – Gestão Democrática e Popular 2001-2004**. Campinas; 2000b.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Campinas; [2009c].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Plurianual de Campinas 1998-2001**. Campinas; 1998.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. **Plano Plurianual do Setor de Saúde do Município de Campinas 1994-1997**. Campinas; [1994].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde Campinas (PAS) 2010**. Campinas: Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional; [2009b].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Secretaria Municipal de Saúde 1997**. Campinas; 1997.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde - 2003**. Campinas; 2004.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão - Secretaria Municipal de Saúde – 2001-2004**. Campinas; [2005a].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Competência 2006**. Campinas; [2007c].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Período 2007**. Campinas; [2008].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão RAG 2008 da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Campinas; [2009a].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas 2009**. Campinas: Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional; [2010b].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro 2010**. Campinas; [2011].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro 2011**. Campinas; [2012].

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Fitoterapia de 1991. 18 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Projeto de Fitoterapia. 5 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de atividades 1994: projeto de fitoterapia. 6 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 05 de janeiro de 1994. Ofício, n. 003/EP/PF/Cris, 1994. . In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 22 de fevereiro de 1994. Ofício, n. 27, 1994. . In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 31 de maio de 1994. Ofício, n. 59, 1994. . In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação Administrativa. Compra de matérias-primas para produção de fitoterápicos em 1994. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório sobre o uso de fitoterápicos na rede pública. 6 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de fitoterapia: proposta para Sar Leste. 16 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. [sem título]. 19 p. Avaliação e descrição de casos com utilização de fitoterápicos em 1999. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Botica da família – Farmácia de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos, Campinas, 20 de janeiro de 2005. Ofício, n. 1, 2005. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

CAMPINAS. **Portaria nº13/01**, de 12 de novembro de 2001. O Secretário municipal de saúde no âmbito de suas atribuições legais institui o Programa de Fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde. Campinas, SP, 12 Nov. de 2001a.

CARNEIRO, S. M. O. et al. Da Planta ao Medicamento: Experiência da Utilização da Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Município de Itapipoca (CE). **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 50-55, mar. 2004.

CARRASCO, M.C. et al. Interactions of *Valeriana officinalis* L. and *Passiflora incarnata* L. in a patient treated with lorazepam. **Phytotherapy Research** , v.23, n.12, p.1795-1796, nov. 2009.

CECÍLIO, L.C. de O. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

CHRISTENSEN M. C.; BARROS. Práticas integrativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática da literatura. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo : Hucitec, 2011, v.1. p.29-43.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DINIZ, R. C. Programa municipal de fitoterapia do município de Londrina, no Paraná (PR). **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 34, 73-80p., mai. 2006.

FIÚZA et al. O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância no trabalho médico. In:BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo : Hucitec, 2011, v.1. p.128-137.

FONTANELLA, F. et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, v.36, n 2, abril/junho.2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>>. Acesso em: 06 Ago. 2011

FRANÇA, W. F. de A. et al. Terapêutica com plantas medicinais nas doenças bucais: a percepção dos profissionais no Programa de Saúde da Família do Recife. **Odontologia clínico-científica**, v.6, n. 3, p.233-237, jul/set. 2007. Disponível em:<<http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/JULSET9.pdf>>. Acesso em: 24 Mai. 2010.

GUIMARÃES J.; MEDEIROS J. C.; VIEIRA L. A. Programa fitoterápico farmácia viva no SUS-Betim, Minas Gerais. **Divulgação em saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 36, p.41-47, ago. 2006.

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

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **CEFOP**; 1992.

ISCHKANIAN, P. C. **Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13092011-095744/>>. Acesso em: 18 Nov. 2012.

LIMA JÚNIOR, J. F. **Perspectivas dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde**. [Dissertação de Mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005. 108f.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012a.

LUZ, M. T. **Novos Saberes e Prática em Saúde Coletiva:** Estudos sobre Racionalidade Médicas e Atividades Corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012b.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2010.

LÜDKKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALTA, D. C.; MERRY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – Revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.7, n.1, Jan., 2003. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0ce60c1ecd9.pdf>. Acesso em: 24 Mai. 2010.

MATOS, F. J. A. **Farmácias Vivas:** sistema de utilização de plantas medicinais projetada para pequenas comunidades. 3. ed. Fortaleza: Edições UFC, 1998. vol. 1. 220 p.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p. 39-64.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2012.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 145 p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

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

OLIVEIRA, E. B. de. **Estudo Etnofarmacológico de plantas medicinais em Plantas Mediciniais em Rosário da Limeira – MG**. 2008.99f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Fitotecnia, Universidade de Federal de Viçosa, Minas Gerais.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. O ensino de medicina integrativa em escolas médicas: um análise documental. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo : Hucitec, 2011, v.1. p.45-61.

PARANAGUÁ, T. T. de B. et al. As Práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan/mar. 2009. Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/467_v17n1a14.pdf>. Acesso em: 24 Mai. 2010.

PELBART, P. **A Nau do Tempo Rei**: 7 ensaios sobre o Tempo da Loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, Nov. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2012.

PIMENTEL, E. C.; ALENCAR, V. G. Projeto de fitoterapia: proposta de trabalho conjunto com o Centro de Educação dos Trabalhadores (CETS) para o ano de 1992. 5 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

PIMENTEL, E. C.; ALENCAR, V. G. Projeto de fitoterapia: proposta de trabalho conjunto com o Centro de Educação dos Trabalhadores (CETS) para o ano de 1992. 5 p. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020. MANUSCRITO

PIMENTEL, E. C. [sem título]. 1997, 3 p. Descrição do programa e propostas para o ano de 1997. In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p. 65-111.

REIS, M. C. P. Experiência na Implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro. **Divulgação em saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p.42-49, Mar. 2004.

ROCHA, S. M. M., ALMEIDA M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. Enfermagem**. 2000 dez; 8(6): 96-101.

RODRIGUES, A. G. et al. Assistência e atenção farmacêutica com plantas medicinais e fitoterapia. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 71-86 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

RODRIGUES, A. C. F.; AMARAL, A. G. Aspectos sobre o desenvolvimento da fitoterapia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.13-23p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

RODRIGUES, A. G.; SIMONI, C. de. Políticas públicas voltadas à inserção das plantas medicinais e fitoterapia nos cuidados primários em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 35-50p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

RODRIGUES, A. G.; SIMONI, C. de; MACHADO, G. N. As plantas medicinais e fitoterapia no contexto da atenção básica/Estratégia Saúde da Família. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 25-34p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde – CADAIS, São Paulo, 28 de janeiro de 1994. Ofício CADAIS, n. 44, 1994. Ofício, n. 044, 1994. . In: CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mai. 2009.

SLOMP JUNIOR, H.; SACRAMENTO, H. T. do. A prescrição fitoterápica na atenção à Saúde da Família. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 52-69p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, Abril. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=isso> Acesso em: 06 Ago. 2011.

TIRAN, D. Integrated healthcare: herbal remedies for menopausal symptoms. **British journal of nursing**, London, v. 15, n.12, p.645-648.Jun. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Integrated%20healthcare%3A%20herbal%20remedies%20for%20menopausal%20symptoms> Acesso em: 20 Nov. 2012.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. de L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto e contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago.2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas, 2007.

VEIGA JUNIOR, V. F. da. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 18, n. 2, Jun 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Ago. 2011.

WHO. **The world medicines situation 2011**: traditional medicines: global situation, issues and challenges. Geneva: WHO, 2011. 12p.

Apêndice 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA- Informantes - chave⁸

Data

Local

Horário de Início

Horário de término

1. Identificação

- 1.1. Sexo
- 1.2. Data de nascimento
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Nível de formação
- 1.5. Ano de formação
- 1.6. Pós-Graduação
 - (a) Aperfeiçoamento
 - (b) Especialização
 - (c) Mestrado
 - (d) Doutorado
 - ◆ Área

2. Função atual

- 2.1. Recebeu formação específica para exercer o atual posto de trabalho?
- 2.2. Tempo na função atual
- 2.3. Carga horária
- 2.4. Horário de trabalho
- 2.5. Tipo de vínculo na instituição
- 2.6. Outras atividades atuais

3. Sobre fitoterapia e plantas medicinais:

3.1. Fale sobre o Programa de Fitoterapia do município.

Como começou e por quê? Como funciona? Existem documentos municipais sobre isso? Como ele se situa dentro da gestão da saúde?

3.2. Fale sobre pontos positivos e dificuldades na execução e implantação do programa.

3.3. Fale sobre seu papel no programa municipal de fitoterapia.

Quais as suas responsabilidades? Em que parte do processo de implantação esteve presente e em quais funções?

3.4. Fale sobre seu preparo para atuar no programa de fitoterapia.

Houve capacitação para a inserção dessa prática no posto? Houve formação teórica ou prática no período de formação profissional?

⁸ O roteiro de entrevista foi elaborado utilizando como referências os instrumentos de coleta utilizados nos estudos de Matumoto, S. (1998); Santos, M.A.P.dos (2008) e Lima Júnior, J.F.(2005)

3.5. Para o(a) senhor(a), o que um programa como este consegue oferecer ao usuário?

3.6. Para o(a) senhor(a) qual seria a missão e finalidade do programa de Fitoterapia de Campinas?

3.7. O(a) senhor(a) tem alguma sugestão para o fortalecimento da fitoterapia no município?

4. Espaço para livre expressão.

O (a) senhor (a) gostaria de dizer alguma coisa sobre o tema?

Apêndice 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – INFORMANTE-CHAVE – ENTREVISTA

Nome da Pesquisa “**As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Silvia Matumoto** – Orientadora e **Jael Bernardes da Silva** – Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Caso concorde, a sua participação será permitindo uma entrevista, nos permitirá conhecer melhor o contexto da implantação e do atual funcionamento do Programa de fitoterapia em campinas. A entrevista será em dia e local escolhidos pelo(a) senhor(a), de acordo com suas possibilidades. O tempo previsto será de mais ou menos 40 minutos. Esta entrevista será gravada em aparelho digital e transcrita. Após a transcrição, as gravações serão destruídas e o material será analisado, sendo garantido que não será possível a identificação da pessoa que deu a entrevista. A entrevista não a colocará em situação de risco para sua saúde, sendo garantido que será tratada com respeito. Sua participação é voluntária, e você poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo a sua pessoa. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP. Você poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras você poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Se você participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza pela entrevista concedida. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue a você. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº1419/2011).

De acordo,

Campinas, ____ de _____ de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Jael Bernardes da Silva	Silvia Matumoto
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 81077711 Orientanda	Prof ^a Dr ^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3602-3391/81731846 Pesquisadora

Apêndice 3 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO⁹

Data da observação:

Horário de início:

Horário de término:

Profissional observado:

Forma de identificação ao público:

Vínculo com o usuário atendido (1º atendimento?):

Espaço físico onde ocorreu o atendimento:

Ambiência do espaço onde se deu o atendimento:

ITENS A OBSERVAR:

Comunicação com o usuário:

Não verbal:

- Expressão facial;
- Olhar para seu interlocutor;
- Ouve seu interlocutor;
- Expressão corporal:
 - Movimentos suaves e coordenados;
 - Movimentos abruptos e bruscos ;
 - Displícência;
 - Irritação;
 - Atenção;
- Executa outra atividade que não está relacionada com o atendimento que executa

Verbal:

- Clareza;
- Coerência;
- Coordenação de ideias;
- Tonalidade da voz;

⁹ Este roteiro é uma adaptação do instrumento utilizado por MATUMOTO, S. em sua dissertação de mestrado intitulada, “O Acolhimento: Um Estudo sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica dos Serviços de Saúde” apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no ano de 1998.

- Conteúdo:
 - Há espaço para o usuário expor suas praticas de auto-cuidado;
 - Proposta terapêutica: construída de forma conjunta ou imposta;
 - Há espaço para o usuário colocar suas impressões e sentimentos;
 - Os aspectos que dizem respeito à cultura são levados em consideração na abordagem do profissional de saúde;

Alternativas de comunicação:

- Demonstração;
- Escrita;
- Tradutor;

Observar o usuário atendido quanto:

- A forma como o usuário se porta no local de atendimento;
- O usuário parece livre para se expressar e de forma ele o faz;
- O usuário demanda;
- Como ele se coloca frente ao trabalhador;

O assunto “uso de plantas medicinais ou fitoterápicos” é observado no atendimento?

- O profissional promove alguma abordagem sobre o uso de plantas medicinais e se sim como?
- Se o usuário aborda ou sinaliza interesse, ou mesmo o uso por plantas medicinais, como se estabelece o diálogo específico sobre esta temática.
- Aspectos como interação medicamentosa, posologia, auto-medicação são abordados?
- O usuário questiona sobre fitoterapia ou uso de plantas medicinais praticado em seu auto-cuidado?
 - O profissional responde as questões elencadas pelo usuário?
- O usuário menciona quem indicou a planta que faz uso ou conta alguma experiência com o remédio em questão?

Apêndice 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AVALIADOR DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Nome da Pesquisa: “**As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Silvia Matumoto** – Orientadora e **Jael Bernardes da Silva** – Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa sobre como os profissionais de saúde entendem o uso de plantas medicinais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Caso concorde, a sua participação será através da avaliação de um instrumento para coleta de dados que será utilizado para nortear a observação de atendimentos na unidade de saúde, ou no domicílio, realizado pelos trabalhadores de uma equipe de saúde da família. Solicitamos também que indique as adequações que julgar necessárias para ajustes do instrumento. A pesquisa também não lhe trará nenhum ônus financeiro. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação dos avaliadores. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os profissionais da rede de saúde entendem e se relacionam com o programa de fitoterapia do município e a prática do uso de plantas medicinais e assim pensar em estratégias para melhorar o programa do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - SP. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter avaliado o roteiro da observação. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo

de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº 1419/2011).

De acordo,

Ribeirão Preto, ___ de _____ de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Jael Bernardes da Silva	Silvia Matumoto
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 81077711 Orientanda	Prof ^a Dr ^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3602-339/81731846 Pesquisadora Responsável

Apêndice 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TRABALHADOR: OBSERVAÇÃO DO ATENDIMENTO

Nome da Pesquisa: “**As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Silvia Matumoto** – Orientadora e **Jael Bernardes da Silva** – Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa sobre como os profissionais de saúde entendem o uso de plantas medicinais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe por 4 horas o atendimento que o(a) senhor(a) irá prestar aos usuários na unidade de saúde, ou no atendimento domiciliar. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação não vai colocar o(a) senhor(a) em situação de risco, uma vez que será realizado somente observação de um atendimento já previsto e assim, não se altera as condutas comumente adotadas neste serviço, no entanto havendo desconforto do senhor(a) ou do usuário que o senhor atende devido a presença de um observador, a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. A pesquisa também não lhe trará nenhum ônus financeiro. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os profissionais da rede de saúde entendem e se relacionam com o programa de fitoterapia do município e a prática do uso de plantas medicinais e assim pensar em estratégias para melhorar o programa do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - SP. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone

(016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu trabalho. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº 1419/2011).

De acordo,

Campinas, ___ de _____ de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Jael Bernardes da Silva	Silvia Matumoto
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 81077711 Orientanda	Prof ^a Dr ^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3602-339/81731846 Pesquisadora Responsável

**Apêndice 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
USUÁRIO: OBSERVAÇÃO DO ATENDIMENTO**

Nome da Pesquisa: “**As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Silvia Matumoto** – Orientadora e **Jael Bernardes da Silva** – Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa sobre como os profissionais de saúde entendem o uso de plantas medicinais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe o atendimento que o(a) senhor(a) irá receber na unidade de saúde ou na visita domiciliar. A observação durará o tempo que durar seu atendimento. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação não vai colocar o(a) senhor(a) em situação de risco para sua saúde, uma vez que será realizado somente observação de um atendimento já previsto e assim, não se alteram as condutas comumente adotadas neste serviço, no entanto havendo desconforto do senhor(a) ou do profissional que o atende devido a presença de um observador, a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. Caso ocorra alguma situação de desconforto ou dificuldade de entendimento entre o senhor e o trabalhador de saúde responsável pelo atendimento, o observador se colocará a disposição no sentido de colaborar com a proteção ou minimização de eventuais riscos e danos, intercedendo junto ao trabalhador e ou gerente da unidade de saúde. A pesquisa também não lhe trará nenhum ônus financeiro. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e nem para o acompanhamento que o(a) senhor(a) faz na unidade de saúde. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os profissionais da rede de saúde entendem e se relacionam com o programa de fitoterapia do município e a prática do uso de plantas medicinais e assim pensar em estratégias para melhorar o programa do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde

de Campinas-SP. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu atendimento. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº 1419/2011).

De acordo,

Campinas, ___ de _____ de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Jael Bernardes da Silva	Silvia Matumoto
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 81077711 Orientanda	Prof ^ª Dr ^ª do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3602-339/81731846 Pesquisadora Responsável

Apêndice 7 - ROTEIRO DE ENTREVISTA¹⁰

Data

Local

Horário de Início

Horário de término

4. Identificação

- 1.7. Sexo
- 1.8. Data de nascimento
- 1.9. Estado civil
- 1.10. Nível de formação
- 1.11. Ano de formação
- 1.12. Pós-Graduação
 - (e) Aperfeiçoamento
 - (f) Especialização
 - (g) Mestrado
 - (h) Doutorado
 - ◆ Área

5. Função atual

- 2.1. Recebeu formação específica para exercer o atual posto de trabalho?
- 5.2. Tempo na função atual
- 5.3. Carga horária
- 5.4. Horário de trabalho
- 5.5. Tipo de vínculo na instituição
- 5.6. Outras atividades atuais

6. Sobre fitoterapia e plantas medicinais

- 3.1. O (a) senhor (a) sabe citar algum instrumento normativo que regulamenta a prática do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS?
- 3.2. Fale sobre o Programa de Fitoterapia do município (Como começou e por que, como funciona)
- 3.3. Como o(a) senhor(a) percebe a aceitação pela população e profissionais de saúde em relação ao uso de fitoterápicos?
- 3.4. Fale sobre pontos positivos e dificuldades na execução do programa
- 3.4.(para os enfermeiros) Fale sobre elementos facilitadores e dificultadores de sua prática como enfermeiro diante de usuários que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos.
- 3.5. O(a) senhor(a) teve algum tipo de capacitação para o uso de fitoterápicos? (se teórico ou prático, se no período de formação profissional, instituição promotora)
- 3.6. Para o senhor, quais necessidades do usuário são atendidas pelo programa de fitoterapia?
- 3.7. Em seu dia a dia o(a) senhor (a) faz uso de planta medicinal ou fitoterápico? Qual o significado desta prática na vida do senhor (a)?

¹⁰ O roteiro de entrevista foi elaborado utilizando como referências os instrumentos de coleta utilizados nos estudos de Matumoto, S. (1998); Santos, M.A.P.dos (2008) e Lima Júnior, J.F.(2005)

3.8. O(a) senhor(a) tem alguma sugestão para o fortalecimento da fitoterapia no município?

7. Espaço para livre expressão.

O (a) senhor (a) gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?

Apêndice 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TRABALHADORES DE SAÚDE – ENTREVISTA

Nome da Pesquisa “**As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Silvia Matumoto** – Orientadora e **Jael Bernardes da Silva** – Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Caso concorde, a sua participação será permitindo uma entrevista, que será em dia e local escolhidos pelo(a) senhor(a), de acordo com suas possibilidades. O tempo previsto será de mais ou menos 40 minutos. Esta entrevista será gravada em aparelho digital e transcrita. Após a transcrição, as gravações serão destruídas e o material será analisado, sendo garantido que não será possível a identificação da pessoa que deu a entrevista. A entrevista não colocará em situação de risco sua saúde, sendo garantido que será tratada com respeito. Sua participação é voluntária, e você poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo a sua pessoa. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP. Você poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras você poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Se você participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza pela entrevista concedida. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue a você. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº1419/2011).

De acordo,

Campinas, ____de_____de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Jael Bernardes da Silva	Silvia Matumoto
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 81077711 Orientanda	Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3602-3391/81731846 Pesquisadora

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 467/2011

Ribeirão Preto, 24 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de novembro de 2011.

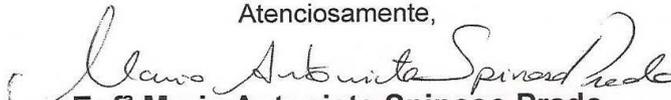
Protocolo: nº 1419/2011

Projeto: As práticas de trabalhadores de saúde na atenção básica e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Pesquisadores: Silvia Matumoto
Jael Bernardes da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Silvia Matumoto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a realização da Pesquisa, nível Mestrado, intitulada “**AS PRÁTICAS DE TRABALHADORES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NO SUS**”, que tem por objetivo analisar as práticas dos trabalhadores de saúde relacionadas a políticas e programas que oferecem plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível mestrado, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo - USP, através de observação participante e entrevistas semi-estruturadas junto a profissionais que atuam nos Centros de Saúde do Distrito Sudoeste, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Matumoto.

Campinas, 31 de agosto de 2011


José Francisco Kerr Saraiva
Secretário Municipal de Saúde