

A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos

Herbal medicine in primary health care in Rio de Janeiro: a view from Brazilian and Cuban health professionals working at *Mais Medicos* Program

Fitoterapia en Atención Primaria de Salud según profesionales de la salud de Río de Janeiro y del Programa Más Médicos

Mariana Leal Rodrigues¹

Carlos Eduardo Aguilera Campos²

Bianca Alves Siqueira³

Resumo

Objetivo: identificar como a fitoterapia, uma das práticas integrativas e complementares mais incidentes no Sistema Único de Saúde, tem sido apropriada pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, destacando os limites dessa utilização na perspectiva do direito à saúde integral. **Metodologia:** por meio de uma metodologia qualitativa, do tipo exploratória, foi realizado um estudo transversal sobre o uso e a prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, de dezembro de 2016 a março de 2018, por meio da aplicação de um questionário fechado e entrevista semiestruturada. **Resultados:** a fitoterapia ainda não foi apropriada pelos profissionais de saúde pesquisados: 66,7% dos médicos e 41,7% dos enfermeiros afirmaram prescrever fitoterápicos, entretanto, a maioria afirmou não ter tido nenhuma instrução sobre o assunto. O cultivo de plantas medicinais foi observado nas visitas domiciliares por 76,9% dos agentes comunitários de saúde e 54% dos enfermeiros. Já o uso pela população foi relatado por 83,3% dos enfermeiros e 80,9% dos médicos. **Conclusão:** A fitoterapia ainda permanece marginal na ESF. Promover e ampliar o uso da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde pode resultar em experiências inovadoras que envolvam usuários, profissionais de saúde e gestores para transformar as condições de saúde da população.

Palavras-chave

Fitoterapia. Plantas Medicinais. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: to identify how professionals who work with Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro, a common integrative and complementary practice in the Public Health System in Brazil, have incorporated phytotherapy into their practice, highlighting the limits of this use from the perspective of the right to integral health. **Methodology:** using a qualitative exploratory methodology, a cross-sectional study was conducted to identify the use and prescription of herbal medicines and medicinal plants by physicians, nurses, and community health agents from December 2016 to March 2018. **Results:** the professionals surveyed have

¹ Doutora, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil; professora adjunta, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1305-250X>. E-mail: mariana.rodrigues@unirio.br

² Doutor, Medicina Preventiva, Universidade São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil; professor associado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8277-5146>. E-mail: cadu.dmfc.ufrj@gmail.com

³ Graduada, Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3169-2049>. E-mail: bianca_alves_siqueira@hotmail.com

not incorporated phytotherapy into their practice. The results show that 66.6% of physicians and 41.6% of nurses prescribe herbal medicines, however, most claimed to have had no instruction on the subject. 76.9% of community health workers and 54% of nurses observed at home visits that the population cultivate medicinal plants and 83.3% of nurses and 80.9% of doctors reported the use by the population. **Conclusion:** phytotherapy remains marginal in the Family Health Strategy. Promoting and expanding the use of phytotherapy in Primary Health Care can result in innovative experiences involving users, health professionals and managers to transform the population's health conditions.

Keywords

Phytotherapy. Medicinal herbs. Primary Health Care. Family Health Strategy.

Resumen

Objetivo: identificar cómo la fitoterapia, una de las prácticas integradoras y complementarias más comunes en el Sistema Único de Salud, ha sido apropiada por diferentes profesionales que trabajan en la Estrategia de Salud Familiar en la ciudad de Río de Janeiro destacando los límites de este uso desde la perspectiva del derecho a la salud integral. **Metodología:** utilizando una metodología exploratoria cualitativa, se realizó un estudio transversal sobre el uso y la prescripción de plantas medicinales y fitoterapicos por parte de médicos, enfermeras y agentes comunitarios de salud desde diciembre de 2016 hasta marzo de 2018. **Resultados:** la fitoterapia aún no ha sido apropiada por los profesionales de la salud encuestados: los resultados muestran que el 66,6% de los médicos y el 41,6% de las enfermeras declararon recetar remedios herbales, sin embargo, la mayoría declaró que no tenían educación sobre el tema. El 76,9% de los agentes comunitarios de salud y el 54% de las enfermeras observaron el cultivo de plantas medicinales en las visitas domiciliarias. El 83,3% de las enfermeras y el 80,9% de los médicos informaron sobre el uso por parte de la población. **Conclusión:** la fitoterapia sigue siendo marginal en el Estrategia Salud de la Familia. Promover y ampliar el uso de la fitoterapia en la Atención Primaria de Salud puede dar lugar a experiencias innovadoras que involucren a usuarios, profesionales de la salud y gerentes para transformar las condiciones de salud de la población.

Palavras clave

Fitoterapia. Atención Primaria de Salud. Estrategia Salud de la Familia.

Introdução

A fitoterapia é uma prática integrativa e complementar (PIC) que está presente no Sistema Único de Saúde (SUS) (1) desde a sua criação, preferencialmente usada em doenças crônicas tratadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

No estado do Rio de Janeiro, a fitoterapia está regulamentada desde 2001 (1). Já o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde (SMSRJ) se iniciou em 1992 e faz parte do Programa de Práticas Integrativas e Complementares, do Departamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. O Programa desenvolve ações de promoção da saúde, cultivo de plantas medicinais, assistência farmacêutica fitoterápica, assistência médica fitoterápica e educação permanente. Em 2008, passou a oferecer assistência farmacêutica, que inclui medicamentos fitoterápicos industrializados (garra do

diabo, isoflavona e guaco), feitos sob demanda em farmácias de manipulação (cremes para uso tópico de erva baleeira, arnica e calêndula, colutório de tansagem, sachês de plantas) e a implantação de hortas comunitárias em unidades que se habilitam para tal, assim como ações de educação em saúde (grupos de usuários e rodas de conversa) (2).

A organização sanitária da cidade – antiga capital federal e atualmente uma grande metrópole, com imensas desigualdades e diversidade cultural – tem relevância histórica e é uma referência para a saúde pública do país. A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2016 e março de 2018. Esse foi um período singular: após a significativa expansão da ESF e durante a convivência com profissionais de saúde estrangeiros.

Se, desde 1999, a saúde da família é a principal estratégia do modelo de atenção básica à saúde no país, no Rio de Janeiro, entretanto, esse crescimento foi mais lento e restrito a áreas de pobreza extrema, com alto índice de violência e vazios assistenciais (3). Somente a partir de 2009, a APS tornou-se o eixo ordenador do sistema (3). Em 2014, a ESF já havia alcançado uma cobertura de 45% no município (3). De 2013 a 2018, por meio do Programa Mais Médicos (PMM), médicos cubanos foram designados para trabalhar nas áreas de maior demanda e vulnerabilidade social e trouxeram consigo a experiência no uso de plantas medicinais e fitoterápicos oriundos da formação e da prática em medicina natural e tradicional em Cuba (4).

Integralidade e fitoterapia no SUS

A oferta de fitoterapia no SUS está em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), preconizadas desde 1978 por meio da Declaração de Alma-Ata: inclusão de medicinas alternativas ou tradicionais em sistemas oficiais de saúde (5). Esse documento também estabeleceu a APS como eixo principal de sistemas nacionais de saúde integral.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma experiência exitosa na APS, apesar do subfinanciamento histórico do SUS (6), com impactos relevantes na melhoria do acesso e na saúde da população (7). É na APS onde ocorrem 78% da oferta de PICs e os profissionais da ESF são seus maiores promotores (8).

A oferta de fitoterapia na APS, seus limites e desafios, é um fenômeno que nos permite pensar dimensões do direito à saúde que estão além da prestação de um serviço ou oferta de um tipo de cuidado: a possibilidade de reconhecimento de práticas curativas de diferentes matrizes culturais; a construção da autonomia do usuário no autocuidado; e o

fortalecimento da participação do usuário no controle social. O uso de fitoterápicos e plantas medicinais encontra respaldo na cultura popular (9), tem raízes históricas (10) e foi, e ainda é, tema de conflito de saberes curativos (11) por promover o encontro de diferentes racionalidades médicas (12).

A partir da Constituição de 1988, um conjunto de políticas públicas foi construído para a promoção da cidadania e o reconhecimento dos grupos formadores da sociedade brasileira, dentre as quais, na área da saúde, destacam-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (13) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (14). A PNPMF visa à “garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde” (14). Essa política estabeleceu interface do direito à saúde com outros direitos coletivos, como cultura (ao tratar do conhecimento tradicional sobre uso de plantas medicinais) e meio ambiente (ao considerar o desenvolvimento sustentável na formulação de políticas). Essas implicações ambientais, culturais e sociais do uso da fitoterapia e das plantas medicinais estão previstas tanto nas políticas (13 e 14) quanto nos materiais educativos e informativos produzidos pelo Ministério da Saúde (1). Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (15) do SUS foram incluídos fitoterápicos e suas indicações terapêuticas para uso na APS. Atualmente, constam doze espécies: alcachofra (*Cynara scolymus* L.), aroeira (*Schinus terebenthifolia* Raddi), babosa (*Aloe vera* L.), cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana* DC), espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia* Mart.), garra-do-diabo (*Harpagophytum procubens* DC), guaco (*Mikania glomerata* Spreng.), hortelã (*Mentha x piperita* L.), isoflavona-de-soja (*Glycyne Max* L.), plantago (*Plantago ovata* Forssk), salgueiro (*Salix Alba* L.) e unha de gato (*Uncaria tomentosa* Willd. ex Roem. & Schult.).

Com mais de uma década de vigência da PNPIC e da PNPMF, as PICs ganharam cada vez mais visibilidade. Houve um significativo aumento da oferta de programas de fitoterapia em municípios brasileiros: 116 em 2004, 346 em 2008 e 815 municípios em 2012 (16).

Desde a criação do SUS, foram estabelecidas políticas públicas, normas, materiais educativos, atividades de educação permanente e ampliou-se o reconhecimento de outras práticas integrativas e complementares com vistas à promoção e garantia da integralidade. O princípio normativo da integralidade se baseia em três eixos: promoção, prevenção e

recuperação, e possui muitos sentidos (17). Com o crescente fenômeno da judicialização da saúde, tem sido evocado para obtenção de terapias e medicamentos (18) para fins de assistência individual. Nesta pesquisa, tomamos o sentido do senso comum do uso institucional e profissional, que se refere a “uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como dos riscos da vida moderna” (19). A partir dessa concepção, devem ser ofertadas, de forma articulada, ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação (20). Esse princípio resguarda uma dimensão ética e política que implica um sistema de saúde universal que promova o desenvolvimento e a inclusão social e afirme a saúde como um bem público, reconhecendo saberes e práticas da sociedade em sua diversidade política, cultural e epistemológica (19).

Embora respaldadas, as PICs ainda ocupam um espaço marginal na formação profissional. Sua aprendizagem em instituições de ensino superior (IES) públicas tem sido identificada como insuficiente e difusa (8): Na graduação, a maior oferta é de disciplinas informativas, e não nas formativas (21). Os mesmos profissionais que realizam o cuidado segundo os critérios biomédicos também praticam as diferentes PICs, o que torna a oferta dependente da competência prévia ou da formação no serviço. Há limitações para as atividades de capacitação, pois a grande demanda por atendimento nem sempre permite o afastamento do profissional (22) e, em geral, as formações proporcionadas pela gestão via educação em serviço não permitem maior aprofundamento (22). No Brasil, ainda se considera incipiente a formação em PICs para o SUS, apesar de iniciativas restritas, haja vista que são as instituições privadas que oferecem formação (8).

Observar como os profissionais de saúde que atuam na cidade do Rio de Janeiro, após uma expansão e consolidação da ESF na APS, utilizam a fitoterapia permite problematizar como tem sido realizada a promoção da saúde integral e universal e como a formação, seja nas instituições de ensino, seja no serviço, é um meio para modificar a realidade. A ausência de formação em PICs prejudica a orientação segura de pacientes para a tomada de decisões em relação a seu uso, limitando, assim, que os pacientes se beneficiem adequadamente dessas práticas (21).

Metodologia

O estudo foi realizado nas unidades da área de planejamento 3.1 (AP 3.1) do município do Rio de Janeiro, com 98 médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, que responderam a um questionário fechado, tipo *survey*, e com outros 47 profissionais de saúde dessas mesmas categorias que participaram de entrevistas individuais semiestruturadas. Foi registrado e aprovado no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), CAAE 57746216.8.3001.5279, parecer nº 1745.459.

Considerada como região densamente povoada e representativa do município, com bairros suburbanos de camadas médias e de baixa renda, com grande demanda assistencial, a área de planejamento 3.1 engloba as regiões administrativas de Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré. Outro aspecto relevante é a presença de estudantes de graduação e residentes vinculados à Universidade Federal do Rio de Janeiro nas unidades de saúde, o que as distingue de outras que não possuem programas semelhantes.

Foi aplicado um questionário fechado impresso, do tipo *survey*, de setembro a outubro de 2017, para os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O *survey* foi composto de uma nota informativa no modelo de termo de consentimento livre e esclarecido e nove perguntas: i) identificação da categoria profissional, ii) idade, iii) gênero, iv) se faz prescrições de fitoterápicos ou plantas medicinais, v) se houve formação para tanto, vi) se conhece a PNPMF vii) se conhece o Caderno de Atenção Básica sobre o tema, viii) se constatou uso pelos pacientes e nas visitas domiciliares, e ix) se, pessoalmente, usa plantas medicinais e fitoterápicos. Após o recolhimento dos questionários preenchidos por 52 agentes comunitários de saúde, 21 médicos e 24 enfermeiros, o conteúdo foi digitalizado, tendo como critério de exclusão o preenchimento de mais de um campo por questão (um foi excluído).

Um questionário semiestruturado foi utilizado para entrevistar outros profissionais de saúde a fim de conhecer os determinantes e condicionantes para a prescrição. Ao todo, foram entrevistados 8 agentes comunitários de saúde; 10 médicos brasileiros; 8 médicos cubanos e 21 de enfermeiros. As entrevistas aconteceram durante os meses de dezembro de 2016 a março de 2017, foram transcritas e analisadas de acordo com a metodologia de descrição analítica em forma de grade (23), esta foi composta pelas questões do *survey* descritas anteriormente a fim de reconstruir, pela interpretação, o significado visado pelos atores em situação e explicar posteriormente suas causas ou efeitos, possibilitando a

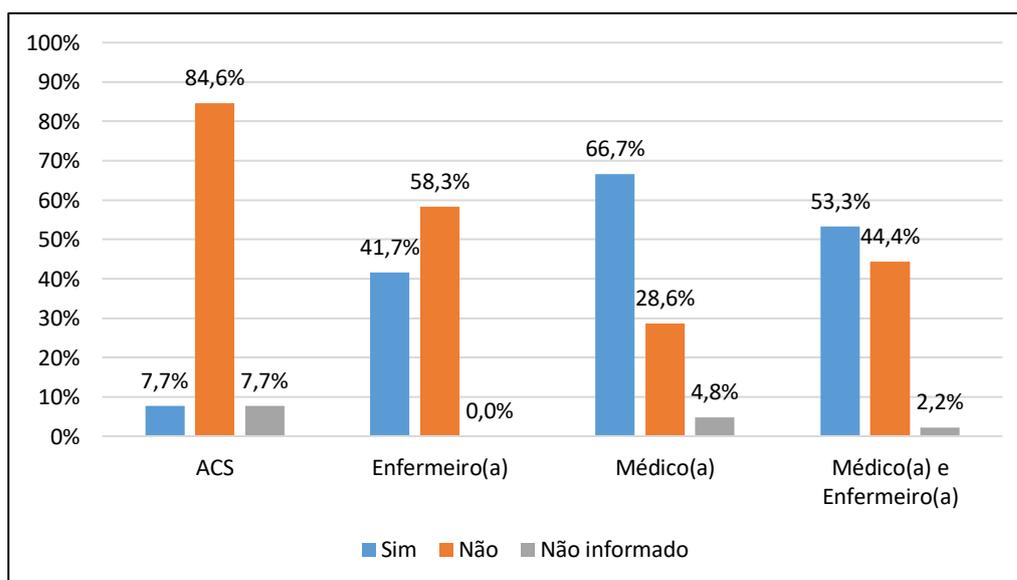
construção de uma teoria local (23). Buscou-se avaliar diferentes fatores que estivessem relacionados à prescrição e ao uso de fitoterápicos como o ensino médico, os hábitos culturais de cuidados com a saúde de determinadas populações e a disponibilidade desses recursos no ambiente. Trechos das entrevistas foram destacados de acordo com essas categorias.

Nas entrevistas, designamos os médicos brasileiros pela sigla MAPS (médicos da atenção primária em saúde), os cubanos como PMM (Programa Mais Médicos), os enfermeiros como ENF e os agentes comunitários de saúde como ACS, todos numerados para representar cada entrevistado.

Resultados e Discussão

A fitoterapia está presente na APS carioca de forma tímida: 44,4% dos enfermeiros e médicos não prescrevem fitoterápicos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Faz prescrições de fitoterápicos ou plantas medicinais?

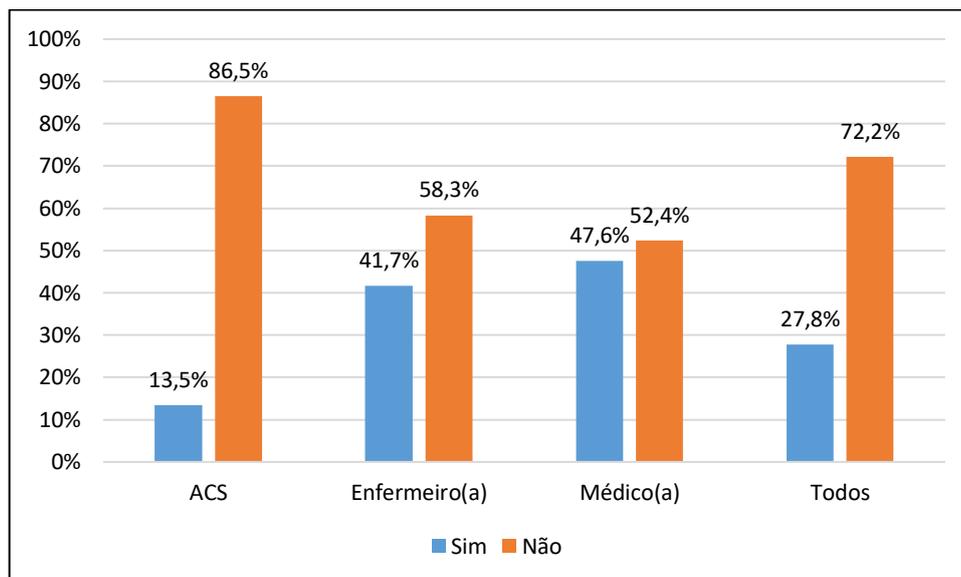


Fonte: elaborado pelos autores.

Para os profissionais de saúde brasileiros a formação pode ser uma das razões que influenciam a prescrição. Houve pouco ou nenhum contato com essa terapêutica na graduação para 83,3% dos enfermeiros e 85,7% dos médicos.

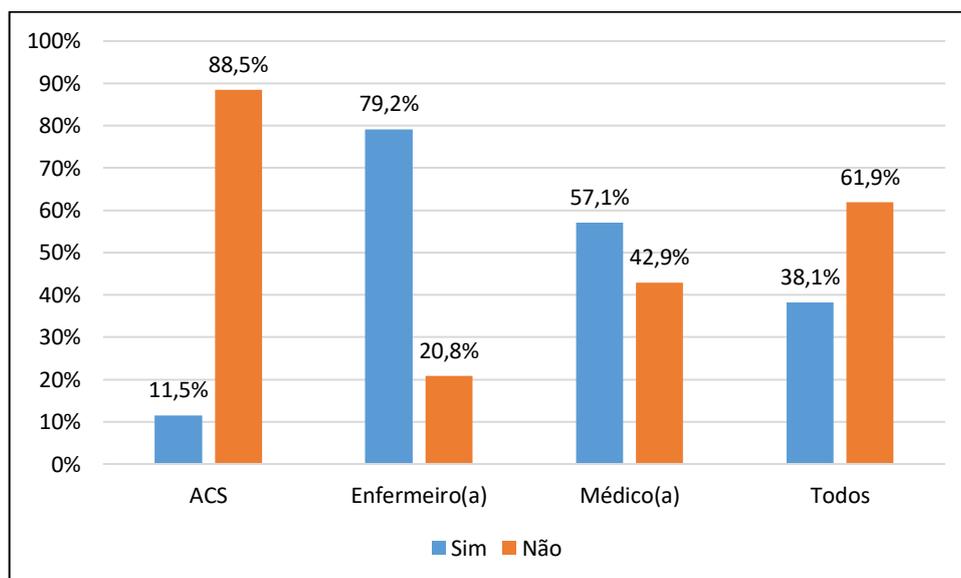
A familiaridade com os materiais normativos e educativos produzidos pelo Ministério da Saúde variou conforme a categoria profissional e, entre todos os entrevistados, a PNPMF só é conhecida por 27,8% (Gráfico 2), enquanto os Cadernos de Atenção Básica sobre PICs é mais familiar, conhecido por 38,1% (Gráfico 3).

Gráfico 2. Conhece a Política Nacional de Fitoterápicos e Plantas Medicinais?



Fonte: elaborado pelos autores.

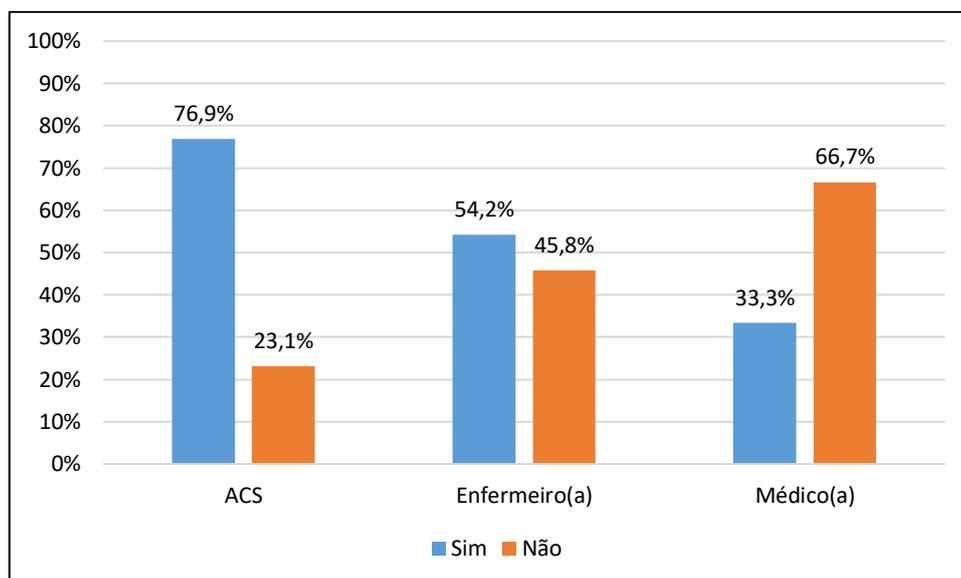
Gráfico 3. Conhece o Caderno de Atenção Básica sobre Prática Integrativas e Complementares?



Fonte: elaborado pelos autores.

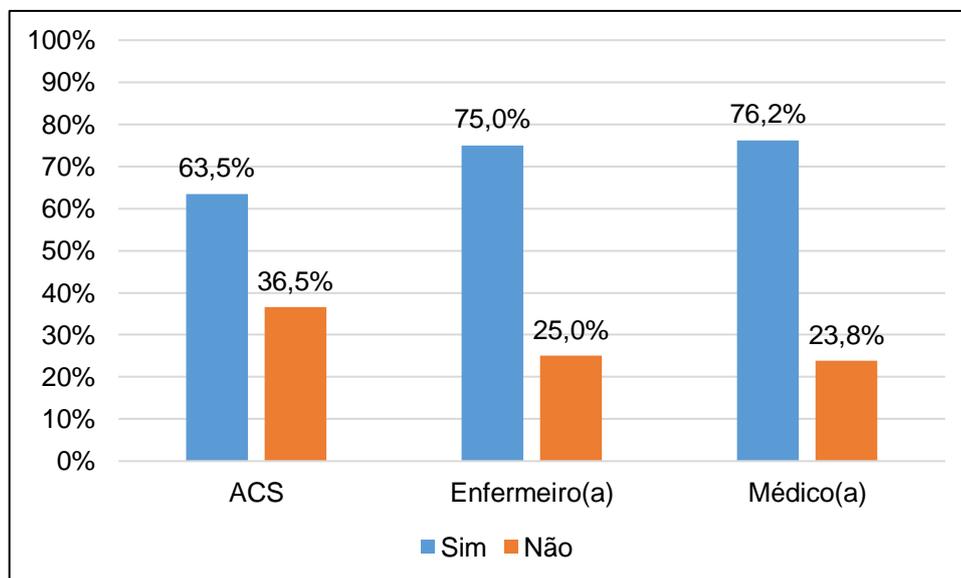
As plantas medicinais e fitoterápicos estão presentes no cotidiano da atenção básica, seja no uso pelos pacientes (Gráfico 4), seja no uso dos próprios profissionais de saúde (Gráfico 5).

Gráfico 4. Durante as visitas domiciliares, percebe o cultivo/uso de plantas medicinais pela população?



Fonte: elaborado pelos autores.

Gráfico 5. Utiliza fitoterápicos ou plantas medicinais para cuidar da própria saúde?



Fonte: elaborado pelos autores.

As entrevistas semiestruturadas revelaram que, além da formação, outros aspectos podem comprometer a prescrição, como a disponibilidade na rede de assistência farmacêutica, a insegurança em relação à legitimidade da prescrição por enfermeiros e o excesso de uso de medicamentos por parte da população.

No que diz respeito à formação, somente três dos dez médicos brasileiros afirmaram ter tido alguma formação na faculdade em fitoterapia.

Um pouco, eu aprendi no curso de homeopatia, porque alguns professores tinham feito fitoterapia também [...] *Cranberry* e garra do diabo, aprendi em protocolos, lendo sozinha. (MAPS 1)

A valeriana eu aprendi na faculdade, em Farmacologia, onde o professor mostrou um estudo de que ela ajuda a dormir, ao contrário de camomila, maracujá, em que não tenho comprovação científica. (MAPS 5)

Alguns dos entrevistados afirmam ter aprendido após a graduação, durante a prática clínica e na residência.

Eu não tive muita formação em termos acadêmicos, eles não focavam muito. (...) Quando eu entrei na residência de Medicina de Família, foi pelo município que a gente conseguiu aprender um pouco mais nas aulas teóricas [...] a gente fez uma horta medicinal na nossa unidade e a própria administração foi fazer curso pra aprender porque a gestão disponibilizava e era bem bacana. (MAPS 9)

Não, eu aprendi aqui mesmo na rotina do dia a dia. A gente teve uma sessão clínica sobre isso, uma residente aqui da nossa equipe foi me apresentando algumas dessas medicações fitoterápicas e eu tenho usado. (MAPS 6)

Na região metropolitana do Rio de Janeiro, uma análise dos projetos pedagógicos de faculdades de medicina das IES públicas, consultados em 2017, corrobora esses resultados: a maioria das disciplinas tem caráter informativo e não são obrigatórias (21). Somente há obrigatórias quando inseridas na formação em integralidade da medicina de família e comunidade, como, por exemplo, as disciplinas *Medicina Integral, Familiar e Comunitária I*, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (24); *Atenção Integral à Saúde*, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (25), e *Homeopatia e Outras Racionalidades Médicas*, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) (26). Há ofertas de disciplinas não obrigatórias, como *Terapêutica Homeopática e Clínica Homeopática*, da Unirio, e *Cuidada Integrativo em Saúde; Fitoterapia: fundamentos e introdução à prática; Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura; Introdução à Homeopatia I, Terapêutica Homeopática e Propedêutica Homeopática* na Universidade Federal Fluminense (UFF) (27). Somente na UFF e na Unirio, a fitoterapia está presente no currículo oferecido para a formação médica, ainda assim, em caráter não obrigatório.

Mesmo entre os que afirmaram ter aprendido sobre fitoterapia na graduação, foi destacado o papel da educação permanente nas clínicas de saúde da família na ampliação do conhecimento. Vale ressaltar o impacto da presença do internato e do programa de

residência da UFRJ na formação continuada dos profissionais da ESF na AP 3.1, complementando, ainda que de forma insuficiente, uma lacuna na formação acadêmica.

Se a formação do profissional médico é insuficiente para que possa consolidar a fitoterapia como uma opção na APS, a dos enfermeiros também não é capaz de lhes garantir segurança. Nas entrevistas, embora a maioria reconheça a fitoterapia como uma prática em sintonia com a Estratégia Saúde da Família, é pouco utilizada: somente 9 dos 21 entrevistados relataram o uso na sua unidade de atuação e prescrevem os fitoterápicos protocolados e disponíveis na farmácia. Entre as razões apontadas estão a formação acadêmica, a insegurança em relação ao protocolo de enfermagem no município e a demanda da população por terapias medicamentosas de curto prazo.

Muita gente ainda tem aquela ideia da terapia medicamentosa e questiona: “mas eu vim aqui pra você me passar exercício de alongamento e compressa?”, “mas não vai passar um anti-inflamatório?”. (ENF4)

Embora o protocolo de enfermagem oriente a prescrição de xaropes e pomadas fitoterápicos, muitos não se sentem respaldados. Dos nove enfermeiros entrevistados, seis afirmaram não prescrever, mas houve relatos contraditórios:

Não prescrevi fitoterápicos, o único que costumo prescrever é a *mikania nomerata* [guaco], os outros, eu, como sou residente no momento, não tive aula a respeito desse tema. Já tive algumas coisas superficiais, mas como são compostos que não estão no protocolo de enfermagem, confesso que fico inseguro para prescrever um composto, uma substância que não sei se tenho respaldo legal para isso. (ENF6)

Sim, no próprio protocolo de enfermagem na Atenção Básica tem algumas opções de fitoterápicos. E na faculdade de enfermagem a gente aprende também algumas receitas de xarope caseiro, então, a gente utiliza de uma forma até mais confortável, pelas orientações de que tem menos efeitos colaterais e tal. A gente tem isso respaldado no protocolo, a primeira coisa, mais importante, é esse respaldo. (ENF1)

A fitoterapia também foi apresentada de forma superficial na graduação.

Na faculdade a gente tem, é um pouco fragmentado, porque você tem um momento que você vai estudar Saúde da Mulher, um momento que você vai estudar Saúde da Criança e cada professor que é especialista naquela área vai dar suas dicas do uso de fitoterápicos. (ENF1)

O pouco que eu aprendi foi com uma enfermeira aqui, agora, na minha prática. Na vivência da faculdade nunca tive, nem ensinaram a prescrever e nem vi profissionais prescrevendo também. (ENF2)

Os programas de educação permanente encontram obstáculos na sobrecarga profissional. No trabalho na ESF, o enfermeiro desempenha diversas funções: além da assistência, há atividades administrativas, de organização e liderança da equipe. Muitas vezes, quando há a abertura de cursos *online*, ou oferta de capacitações oferecidas pela SMSRJ, os enfermeiros afirmaram que não conseguem participar por estarem envolvidos na assistência direta.

Nos meus seis anos e meio de Atenção Primária, teve um curso. Quando abre esse tipo de curso, que não é sempre, geralmente a gente não consegue, porque, às vezes, são cursos mais extensos ou voltados só para uma categoria. Só pode ir um profissional por unidade ou um profissional por categoria, então fica difícil. Aquele que vai para o curso nem sempre tem tempo para poder multiplicar dentro da unidade. (ENF5)

As coisas que eu vejo de fitoterápicos são na UNASUS, abre, mas como não me demanda muito, eu acabo não fazendo esse curso. (ENF 9)

Estudos (22) sobre a oferta de PICs na APS destacam os limites das formações continuadas oferecidas pelos gestores: não são capazes de suprir as deficiências do ensino acadêmico, nem conseguem alcançar um número representativo de profissionais de cada unidade. Para os entrevistados, entretanto, diante da insuficiente formação na graduação, a aprendizagem no serviço é percebida como uma possibilidade concreta, embora ainda distante da realidade cotidiana.

Cubanos: oportunidade perdida

Entre os entrevistados do Programa Mais Médicos, todos de nacionalidade cubana, as respostas foram divergentes das dos brasileiros. Os depoimentos revelam que o período de cooperação no Brasil foi uma oportunidade perdida para ampliar a troca de saberes sobre uso de drogas vegetais e fitoterápicos.

Enquanto os médicos brasileiros citaram 22 variedades de plantas medicinais nas entrevistas, os cubanos mencionaram 30. Seis entre os oito entrevistados cubanos afirmaram terem prescrito fitoterápicos, mas detalharam as dificuldades enfrentadas como a resistência da população e a oferta de recursos: desde a disponibilidade na rede de assistência farmacêutica ao tempo de duração das consultas.

Prescrevo sim, principalmente para doenças de uso tópico, uso externo, como micoses de pele, muito comum aqui na comunidade. Geralmente para doenças na pele, pelo menos na minha equipe. (PMM 3)

Aqui na farmácia tem esse xarope de guaco, mas utilizo também a espinheira santa, porque tem muito efeito. Utilizo também a camomila, a goiaba, o eucalipto, porque eu falo sobre isso, utilizo a passiflora. Tento estimular uma cultura para eliminar a dependência de medicamentos para transtornos mentais, (...) que tento substituir utilizando a passiflora, é um trabalho forte, falo com os pacientes sobre o perigo do uso do clonazepam, que tem efeitos diversos [...]. Por aí estamos fazendo um trabalho. (PMM 1)

Os profissionais cubanos relataram maior independência em relação à disponibilidade na farmácia, já que recomendaram o uso das plantas *in natura*, como drogas vegetais. Goiaba, capim santo, passiflora, eucalipto e *aloe vera* foram algumas das mais mencionadas que não estão na relação de produtos disponibilizados pela SMSRJ.

Se a prescrição no Brasil encontrava barreiras na língua, na identificação das plantas *in natura*, na disponibilidade da farmácia e na resistência de pacientes, em Cuba, sete dos oito médicos cubanos entrevistados afirmaram terem utilizado a fitoterapia. Foram mencionados programas governamentais de promoção e a tendência de incluir o paciente numa relação horizontal, além de promover o autocuidado. Por outro lado, também foi destacado em duas entrevistas que esse uso é motivado, entre outras razões, pela escassez de medicamentos no país.

Em nosso país, a medicina natural é muito usada. Nas farmácias tem o dispêndio e a venda do produto natural, muito acessível para a população e com muita efetividade. Nas policlínicas e nos hospitais também fazemos uso da medicina natural e tradicional. Em meu caso particular, eu tenho muita experiência. Fiz muitas investigações de efetividade de produto natural. [...] aqui no Brasil fica um tanto difícil usar alguma planta medicinal, por quê? Uma idiosincrasia da população, um desconhecimento da efetividade de algumas plantas. (PMM 2)

Em Cuba, esse programa é prioritário. Você conhece que em Cuba tem alguma falta de medicação, é importante. Usamos muito os fitoterápicos para a pele, para as vias respiratórias, para o aparelho respiratório. Na verdade, lá tem muita diversidade, chegam a 400, 500 tipos de fitoterápicos. Diversidade para tudo, tratam-se todas as doenças, dependendo do recurso. (PMM 1)

A medicalização e o uso frequente de remédios de prescrição controlada, como benzodiazepínicos, foram destacados pelos cubanos como um desafio nas condições de saúde da população. A fitoterapia é percebida como uma possibilidade terapêutica, que associada a outras práticas de autocuidado, poderia diminuir a dependência de medicamentos, controlados ou não. Tal percepção sobre o comportamento da população da área, densamente povoada, com a maioria de famílias de baixa renda, com grande número

de jovens, somente foi compartilhada pelos enfermeiros e não foi mencionada entre os médicos brasileiros como um limitador da prescrição.

Primeiro, aqui na comunidade em que trabalho já percebi que eles não têm hábito nenhum de fazer uso de fitoterápicos e, muitas vezes, estranham coisas como chá de limão para dormir, dá para perceber que nem conhecem. Segundo, a Clínica não oferece fitoterápico para que o paciente possa usar. Tem medicação para doenças crônicas, como insulina, mas não complementa com fitoterápicos para fazer pelo menos uso complementar, não é tirar a medicação para doenças crônicas, mas complementar, para usar junto. (PMM3)

Tem certo rechaço da população que não acredita na medicina natural, tem que ter um paciente que vem do Nordeste, que aqui tem muito, para que a informação que nós transmitimos seja aceita. Eles acreditam, são os meus seguidores, mas geralmente não é muito aceito. (PMM1)

É importante contextualizar que a inserção de profissionais cubanos ocorreu com uma grande resistência dos profissionais brasileiros, cujo principal porta-voz foi o Conselho Federal de Medicina (28), e houve tensões e conflitos no início do Programa. Embora a pesquisa tenha se realizado em uma fase final do PMM, havia uma constante tensão entre a legitimação dos saberes dos médicos cubanos, que não possuíam registros nos conselhos do país e trabalhavam sob a coordenação de preceptores – profissionais médicos brasileiros.

Os saberes populares e os agentes comunitários de saúde

Os ACSs não fazem qualquer tipo de prescrição e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes, além de outras atribuições. Entre os profissionais de saúde brasileiros, foi essa categoria que relatou a maior quantidade e variedade de plantas medicinais aplicáveis à ESF. Nas entrevistas, foram mencionadas 29 variedades de plantas medicinais. São os ACSs que mais mencionam o uso do fitoterápico como droga vegetal pela população, por meio do preparo de chás, pois questionar os usuários sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos faz parte do roteiro de perguntas nas visitas domiciliares. Para muitos, a aprendizagem sobre esse tipo de cuidado tem origem nos hábitos familiares de cuidados com a saúde, os *remédios caseiros* preparados por mães e avós migrantes que mantiveram o cultivo de espécies medicinais de suas regiões de origem. Também os cursos oferecidos pelos programas de formação oferecidos pela SMSRJ em PICs são reconhecidos como importantes no processo de formação e na aplicação terapêutica.

A minha avó era mineira e ela vivia na roça, então, ela pegava as plantas medicinais para poder se curar, né? Foi a partir da minha avó que eu aprendi



a fazer xarope caseiro, melado. Até hoje isso ficou lá em casa. Está doente, está gripado, faz melado, faz lambedor. (ACS4)

[Eu aprendi] com a Medicina Chinesa, eu já usava antes porque minha família é de Minas e minha mãe é filha de índio, então a gente sempre usou muita erva. Quando eu aprendi a Medicina Chinesa, aí deu uma aprimorada. Aí, já não é mais empírico, já sei o que eu estou usando e para quê. (ACS7)

Para esses profissionais, a participação em cursos de fitoterapia e medicina chinesa provocaram uma mudança nos procedimentos de preparo e na aquisição das plantas medicinais como drogas vegetais.

A gente aprendeu o significado das plantas, aprendi também como que se faz o chá, porque até então eu fervia tudo junto na água. Eles ensinaram que, dependendo da propriedade, primeiro você tem que ferver a água, colocar a planta em um local adequado, depois colocar a água fervendo e tapar, fazer a infusão. Aprendi também que você tem que comprar nos lugares certos, com proteção da luz. (...) Aprendi várias coisas. (ACS8)

A formação em PICs também possibilitou um papel mais ativo do ACS no cuidado direto com o paciente, por meio da realização de grupos e das hortas medicinais comunitárias cultivadas em algumas clínicas. Essas oportunidades lhes garantiam legitimidade para falar sobre essa opção terapêutica. Foram os ACS que identificaram, com maior clareza, os conflitos entre as diferentes racionalidades médicas que muitas vezes acompanha a aplicação das PICs.

Quando eu estou aqui como PIC, tem um turno determinado, e as pessoas que vêm, procuram isso, aí, eu ensino. Mas em visita domiciliar, não, porque tudo que eu falar depois vai ser perguntado para o profissional da equipe técnica e, aí, o profissional pode não concordar, porque o raciocínio da medicina chinesa é totalmente diferente da medicina ocidental e isso é um conflito muito grande. Se o profissional que tiver na retaguarda não aderir a isso, ficam duas informações. (ACS7)

Se por um lado, é a categoria que não tem autonomia para propor terapias, os ACSs são os profissionais que estão mais presentes no cotidiano e podem observar os hábitos da população. Para eles, são os mais idosos e os que nasceram em áreas rurais, os que mais fazem uso de plantas medicinais.

Nas casas em que eu pude entrar, eu pude ver que as pessoas mais velhas costumam ter, usar, mas não cultivar. Foram poucas, posso numerar para você umas cinco que cultivavam mesmo algum tipo de planta. Agora usar, só as mais idosas mesmo. (ACS3)

A maioria dos usuários que eu visito em casa faz o uso de plantas medicinais, deles mesmos. São idosos, são pessoas de interior, então eles trouxeram essa cultura para a vida deles e até hoje eles vivem assim. (ACS4)

Uma estratégia bem-sucedida de institucionalização da fitoterapia na APS, que envolva hortas comunitárias, grupos e rodas de conversa, por exemplo, não pode prescindir dos ACSs. Possuem papel fundamental na ESF: fazem a mediação entre a população e o serviço de saúde, por meio de ações educativas, prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde e como agente social, no sentido de organização da comunidade e de transformação de suas condições (29). Trazem consigo saberes sobre o território e sobre as experiências curativas da comunidade, estabelecendo uma ponte com o serviço e o usuário e facilitando a comunicação, mas não só. São atores fundamentais no acesso a direitos sociais, incluindo saúde e outras dimensões do bem-estar, pelo fato de levar às famílias necessitadas recursos e conhecimentos organizados pelo Estado (30). Entretanto, os depoimentos dos ACSs reforçam resultados já apontados na literatura: uma formação profissional centrada no controle tecnológico da doença, reproduzindo a visão positivista, fragmentada e reducionista do modelo biomédico (29).

As respostas dos diferentes tipos de profissionais de saúde demonstram que eles mesmos as utilizam em seu autocuidado, ainda que isso não se converta em práticas no serviço. Esse resultado já havia sido demonstrado em estudos semelhantes, nos quais a fitoterapia seria identificada como um meio de promoção do autocuidado e ampliação da percepção do paciente a respeito da sua própria saúde (31), mas estaria desconectada da prática e da formação acadêmica (32).

Outro aspecto que ganhou destaque nas entrevistas foi uma relação desigual entre as diferentes categorias profissionais nas equipes de ESF, e os conflitos que surgem, sobretudo, no que tange à promoção dos cuidados com PICs, o que fica explícito nas respostas de ACS e enfermeiros. De um lado, os médicos estão pouco ou mal preparados para utilizar esses recursos terapêuticos. Por outro, os enfermeiros relatam medo e desconhecimento das possibilidades de prescrição e, entre o desconhecimento e a insegurança, os ACSs ficam restritos às atribuições da função de mediação com os usuários. A presença dos médicos cubanos poderia ter fomentado as PICs na APS mas, fora do momento da consulta, o conhecimento diferenciado desses profissionais não foi demandado pelas equipes. Restritos a protocolos e com condições adversas de trabalho, muitas vezes em áreas conflagradas e com grande parte da população na extrema pobreza, o trabalho

dos cubanos com plantas medicinais no município do Rio de Janeiro não obteve visibilidade. Sua breve passagem pela cidade demonstrou que outro modelo de atenção à saúde é possível, com uso, por exemplo, de plantas frescas e hortas comunitárias e uma abordagem menos medicalizadora.

Apesar da criação de hortas ser uma recomendação da PNPMF e da PNPIC, essas experiências foram pouco mencionadas pelos profissionais brasileiros. Ao contrário, para os médicos cubanos, a identificação da planta *in natura* era mais um recurso acessado para construir um plano terapêutico com o paciente. Nesse contexto, a formação no serviço ganha papel fundamental para possibilitar o uso da fitoterapia e criar espaços e oportunidades para a troca de saberes entre diferentes profissionais e a população. O aumento de programas municipais em todo o país resultou na mudança dos modelos de produção. Até 2008, havia um predomínio de programas fundamentados na manipulação de fitoterápicos (80,2%), com farmácias públicas próprias de manipulação (45,7% do total) e, em farmácias privadas conveniadas (34,5%). Somente 19,8% dos programas municipais faziam compra e dispensação de fitoterápicos industrializados. A partir de 2012, o uso do fitofármaco tornou-se predominante, presente em 64,3% dos municípios; houve recuo dos fitoterápicos manipulados (15,8%), tanto em farmácias públicas próprias como em conveniadas, e da dispensação de plantas frescas (9,1%) e secas (10,8%) (15). Embora o incremento de fitoterápicos industrializados fosse uma das diretrizes da PNPMF, a escolha pelo fitofármaco pode resultar na mera substituição de um medicamento por outro, sem os benefícios preconizados pelas políticas, como o a promoção da saúde e do autocuidado e a troca de saberes de maneira horizontal. O custo é semelhante ao dos medicamentos sintéticos, o que dificulta o acesso (33).

O protagonismo do usuário em seu processo de cura e manutenção da saúde é um fator central na construção de uma política de saúde integral, mas não só, já que controle e participação social são princípios organizativos do SUS. A participação dos usuários em atividades como palestras, oficinas e construção de hortas, possibilita maior interação, pois se sentem sujeitos ativos, por deterem conhecimento na área, o que não ocorre no cotidiano (33). A fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares poderiam inovar na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico e, até mesmo, contribuir para novas descobertas terapêuticas, já que somente 0,4% da flora brasileira é explorada (1).

É preciso considerar que a relação entre os profissionais de saúde e os cidadãos, sobretudo no que concerne à clientela dos serviços públicos, é muitas vezes caracterizada

por conflito ou hostilidade (19). Há um abismo entre o que preconiza a norma e a realidade, com pouca ou nenhuma integralidade: equipes incompletas, sobrecarga de trabalho e demandas assistenciais que nem sempre conseguem ser resolvidas. O reforço da participação popular nas unidades de saúde, valorizando práticas culturais curativas, poderia aumentar a adesão a planos terapêuticos para doentes crônicos, mas também o envolvimento em espaços participativos como colegiados e conselhos.

Mesmo depois de 40 anos desde a Declaração de Alma-Ata, a construção de um sistema de saúde público universal, gratuito, estruturado por meio da APS, tal como o SUS se pretende, continua inconclusa no Brasil. Se a Constituição brasileira formatou um modelo de sistema de saúde integral, o caminho para a consolidação depende da superação dos obstáculos que dificultam o acesso das pessoas aos serviços de atenção à saúde, como a fragmentação dos serviços de e a falta de foco no paciente (34). Os desafios atuais à garantia do direito à saúde integral são muitos, dentre os quais, destaca-se o subfinanciamento (6). Atualmente, até mesmo a Estratégia Saúde da Família encontra-se em risco desde que a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017 (35), reduziu a prioridade desse modelo ao definir incentivos financeiros para outros tipos de equipe básica sem a presença do agente comunitário de saúde (36).

A implementação das PNPIC e PNPMF contribuiu para o aumento de políticas públicas federais, estaduais e municipais, como programas com assistência farmacêutica, formações, arranjos produtivos locais, etc, mas ainda não foi suficiente para estruturar o uso da fitoterapia de forma continuada. A implementação da fitoterapia implica o rearranjo do modo de operação dos serviços de saúde, a capacitação de profissionais de saúde, fornecimento da planta medicinal ou do medicamento fitoterápico ao usuário (33). Os resultados aparecem no médio e longo prazo, ou seja, os investimentos necessários competem com outros mais imediatos, já que não há programas de financiamento específicos para PICs.

Ainda é necessário um conjunto de medidas para transformar o cotidiano das organizações e do trabalho em saúde, que inclui as instituições de ensino e diversos segmentos da sociedade. São conhecidos os desafios da universidade em oferecer uma formação em PICs (37); vale ressaltar que até mesmo os profissionais médicos da ESF, com residência em medicina de família e comunidade, têm pouca informação sobre o tema.

A pesquisa com os profissionais de saúde nos permitiu ver um retrato do uso da fitoterapia. Assim como outras PICs, é uma terapia considerada menos relevante, não ganha

destaque na formação, não é demandada na prática. Com menos plantas frescas, menos hortas, menos produção local de fitoterápicos, menos rodas de conversa, há menos humanização no cuidado e a autonomia do usuário é menor. O usuário também não pode tomar decisões, não pode escolher um fitoterápico com base nas indicações terapêuticas, mecanismos de ação, interações medicamentosas e possíveis riscos (22), pois os profissionais de saúde não estão preparados para orientá-lo. O principal obstáculo ao direito à saúde integral identificado pelas diferentes categorias de profissionais de saúde segue como cultural e epistemológico: o padrão biologizante e medicalizador que permanece hegemônico tanto na formação, quanto na prática.

Conclusão

Consultar os profissionais de saúde nos permitiu identificar fatores que limitam a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos e compreender a dinâmica da circulação desses saberes no cotidiano do serviço das equipes de ESF.

A formação acadêmica foi identificada como deficiente e ainda não responde às diretrizes da PNPIC e da PNPMF. A oferta de disciplinas nos currículos dos cursos de enfermagem e medicina não garante que esse conhecimento seja associado à prática no serviço e às demandas da população. A fragmentação do ensino pode ser uma das explicações para o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das políticas e dos recursos já existentes e disponíveis, como formações a distância, materiais informativos e bases de dados com publicações sobre plantas medicinais e fitoterápicos. Se a universidade ainda não oferece meios de formação na graduação, vale destacar o papel dessas mesmas instituições na qualificação dos profissionais nos programas de residência junto à SMSRJ. Foram essas experiências que formaram boa parte dos profissionais de saúde entrevistados.

É preciso problematizar também as condições de trabalho das equipes, se há sobrecarga, se há diálogo entre as diferentes categorias profissionais, para que a participação em atividades de educação permanente seja possível e resulte na ampliação do acesso à fitoterapia para a população.

A medicalização excessiva, muitas vezes demandada pelo usuário, é outro fator que precisa ser considerado na oferta dessa opção terapêutica, observação recorrente nos depoimentos dos profissionais cubanos e dos não médicos. Nesse sentido, as ações de educação em saúde têm papel fundamental.

Após treze anos da implantação da PNPMF, a fitoterapia ainda permanece marginal na ESF. A oferta de práticas integrativas e complementares é uma forma de universalizar o acesso à saúde. Promover e ampliar o uso da fitoterapia na APS pode resultar em experiências inovadoras que envolvam usuários, profissionais de saúde e gestores para transformar as condições de saúde da população. Será preciso um esforço conjunto de instituições de ensino, serviços de saúde e, sobretudo, da própria população para que o direito à saúde integral universal seja garantido em seus múltiplos aspectos culturais e epistemológicos. O processo de construção do direito à saúde universal, integral e equitativo iniciado na reforma sanitária continua urgente e atual.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares. Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 4.ago.2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/14/CAB-FITO-sem-marca.pdf>
2. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Programa de Plantas Medicinais e Fitoterapia SMSDC-RJ [Internet]. Rio de Janeiro, 2012 [acesso em 08.ago.2020]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2014/maio/12/apresentacao-apl-rio-janeiro-2012.pdf>
3. Campos CEA, Brandão AL, Cohn A. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1351-1364.
4. Ramírez, VG et al. Conocimiento y aplicación de la medicina natural y tradicional por profesionales y técnicos de la salud. *Revista Cubana de Estomatología*. 2012;26(2):89-98.
5. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. [acesso em 08.ago.2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
6. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9782):2042–2053.
7. Giovanella L et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(3) e00012219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

8. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;42(Spe1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>.
9. Oliveira ER. *O que é Medicina Popular*. São Paulo: Brasiliense; 1985.
10. Chalhoub S, Marques VRB, Sampaio GR, Sobrinho CRG, organizadores. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp; 2009.
11. Loyola MA. *Médicos e Curandeiros – conflito social e saúde*. São Paulo: Difel; 1984.
12. Luz MT. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*. *Physis*. 2005;15:145-176.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPIC) Brasília, 04 maio 2006 [acesso em 11.ago.2020]. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
14. Brasil. Presidência da República. Decreto nº5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, 23 jun 2006 [acesso em 11.ago.2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação de Medicamentos Essenciais: Rename 2020*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 217p.
16. Ribeiro LHL. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2019;24(5):1733-1742.
17. Alves LR. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2017;6(1):153-166. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i1.338>
18. Aguiar JR, Santos AO. O conceito de integralidade em saúde nos artigos científicos, no Supremo Tribunal Federal (STF) e nos enunciados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2016; 5(4):96-111. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i4.275>
19. Luz MT, Tesser CD. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;13(1):195-206.
20. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-584.

21. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(2):751-772
22. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária [Internet]. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150215>
23. Ruquoy D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello L. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva; 1997. 84-116.
24. Ementário Medicina UERJ [Internet]. Ementário.UERJ.br. [acesso em 17.out.2019]. Disponível em: <http://www.ementario.uerj.br/cursos/medicina.html>
25. Projeto Pedagógico Curso de Medicina UFRJ [Internet]. *Medicina.ufrj.br*. [acesso em 17.out.2019]. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/ckeditor/ckfinder/files/PPC%20Medicina%20UFRJ.pdf>
26. Portal do Ementário [Internet]. Portais Unirio. 2013 [acesso em 17.out.2019]. Disponível em: <https://portais.unirio.br:8443/ementario/curriculo.action?v=592>
27. Matriz Curricular [Internet]. Niterói: UFF/PROGRAD. [acesso em 17 out. 2019]. Disponível em: <https://app.uff.br/iduff/consultaMatrizCurricular.uff>
28. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface*, 2017;21(1):1087-1101.
29. Gomes KO, Cotta RM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010;20(4):1143-1164.
30. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2000 [acesso em 4.ago.2020]. 33p. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2371>
31. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1793-1800.
- 32 Andrade JT, Costa LF. A Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Sociedade*. 2010;19(3):497-508.
- 33 Figueredo CA, Gurgel IGD, Garibaldi, Junior GDG. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis*. 2014;24(2):381-400.
- 34 Organización Mundial de La Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de La Salud, 2013 [acesso em 11.ago.2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008?show=full>



35 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, 28 set 2017 [acesso em 11.ago.2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

36 Giovanella L, Pinto LF. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1903-1914.

37 Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, Andrade MM, Costa SM. Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2016;40(2):197-203.

Colaboradores

Rodrigues ML realizou a concepção do projeto, o trabalho de campo, a análise de dados e a redação final do artigo. Campos CEA participou da concepção da pesquisa e de seu desenho metodológico. Siqueira BA realizou a análise dos dados coletados e participou da redação do artigo.

Submetido em: 30/01/20
Aprovado em: 06/10/20

Como citar este artigo:

Rodrigues ML, Campos CEA, Siqueira BA. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020 out./dez.; 9(4): 28-50.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.637>