

ÉRICA LUIZA ANDRADE RUAS

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE O CONHECIMENTO DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO
FEDERAL – EM RELAÇÃO A PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS**

BRASÍLIA, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÉRICA LUIZA ANDRADE RUAS

ESTUDO DESCRITIVO SOBRE O CONHECIMENTO DE USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO
FEDERAL – EM RELAÇÃO A PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Dâmaris Silveira
Coorientadora: Profa. Dra. Paula Melo Martins

BRASÍLIA

2013

ÉRICA LUIZA ANDRADE RUAS

ESTUDO DESCRITIVO SOBRE O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS E
PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO
FEDERAL – EM RELAÇÃO A PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dâmaris Silveira
Universidade de Brasília – UnB
(Orientadora/Presidente)

Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda
Universidade de Brasília – UnB

Dra. Paloma Michelle Sales
Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF

Dra. Ana Cecília Bezerra Carvalho
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

À minha família, meu porto seguro, pelo incentivo, compreensão e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças nesse desafio, por ser sempre presente em minha vida e por dá sentido a tudo o que eu faço.

Aos meus pais, Geraldo Márcio Ruas Guimarães e Rosângela Andrade Ruas, que me ensinaram desde criança o valor dos estudos como meio de transformação pessoal. Pelo apoio e incentivo na vida acadêmica, e principalmente pelo lar seguro e cheio de amor que construímos.

Ao meu esposo, Rafael Massayuki Lopes, que me ajudou nos momentos difíceis e me incentivou a não desistir.

À minha irmã, Raquel Cristina Andrade Ruas, que me ouviu inúmeras vezes, me incentivou e me ajudou nas dificuldades com a informática.

À minha orientadora, Dâmaris Silveira, pelo apoio, incentivo e principalmente paciência e dedicação. Como mestre, me ensinou além de questões acadêmicas, pois tenho certeza que levarei seus ensinamentos para toda vida.

À minha co-orientadora, Paula Melo Martins, pela ajuda na construção dos artigos e principalmente pela dedicação e tempo investidos na Faculdade de Ceilândia.

À colega Fabiana Barbosa, por me ajudar com o processamento de dados, com encontros semanais.

Ao colega Diegue Henrique N. Martins, pelo incentivo, pelo apoio e pela parceria nas visitas aos Centros de Saúde.

Ao Nilton Luz Netto Júnior, chefe do Núcleo de Farmácia Viva do Distrito Federal, que me ajudou com dúvidas quanto ao núcleo.

Aos participantes do projeto PPSUS desenvolvido na Faculdade de Ceilândia, pelo aprendizado, pela convivência e ajuda no desenvolvimento dessa pesquisa.

“Mesmo não florescendo a figueira, e não havendo uvas nas videiras, mesmo falhando a safra de azeitonas, não havendo produção de alimento nas lavouras, nem ovelhas no curral e nem bois nos estábulos. Ainda sim eu exultarei no Senhor e me alegrarei no Deus da minha salvação.

O Senhor, O Soberano, é a minha força; ele faz os meus pés como os da corça; faz-me andar em lugares altos.”

(Habacuque 03: 17-19-NVI)

RESUMO

As Práticas Terapêuticas Não Convencionais (PTNC) estão em expansão devido à busca do homem por novas opções terapêuticas. Deve-se destacar a importância das plantas medicinais e fitoterápicos dentre as PTNC existentes, uma vez que o uso dessas está fundamentado em tempos remotos. Além disso, deve-se considerar que os atores sociais envolvidos no processo saúde-doença-tratamento são de fato os responsáveis pela consolidação de toda e qualquer mudança nos cuidados com a saúde. Por isso, o objetivo desse trabalho foi investigar o conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos dos usuários e dos profissionais dos Centros de Saúde de Ceilândia – DF. Foi realizado um estudo descritivo com aplicação de questionários semiestruturados a 558 usuários desses centros e a 93 profissionais dessas unidades. Os dados obtidos mostraram que 80,3% dos usuários entrevistados afirmaram utilizar plantas medicinais ou fitoterápicos como opções terapêuticas. Foram citadas 135 espécies vegetais, sendo as principais: cidreira (160), boldo (119), capim santo (107), mastruz (101), hortelã (84) e limão (62). Em relação aos profissionais de saúde entrevistados, 84,9% afirmaram ser receptivos quanto a trabalhar com plantas medicinais e fitoterápicos; e, ainda, esses citaram 89 plantas medicinais, sendo as principais guaco (32), boldo (14), babosa (08), alecrim (08), algodão (07) e mastruz (07). Porém, 82,8% desses profissionais afirmaram não conhecer o Programa Farmácia Viva do Distrito Federal (FV-DF). Portanto, observa-se grande aceitação dos dois grupos estudados quanto ao uso de tais opções terapêuticas. Contudo, a aproximação do saber popular, com o saber científico e com a legislação brasileira foi considerada necessária para que tais práticas possam ser desenvolvidas com eficácia e segurança.

Palavras-chave: plantas medicinais; fitoterápicos; usuários; atenção primária à saúde

ABSTRACT

The use of Non-Conventional Therapeutic Practices (NCTP) has been increasing, due to mankind search for new therapeutic options. Medicinal plants and herbal medicines play a big role among the existing NCTP, considering the use of plants as medicine has been done ancient times. The social actors involved in the health-disease-treatment process also play an important role in the Phytoterapy practice and dissemination. Besides, they are those that can consolidate any change in health care. Therefore, the aim of this study was to investigate the knowledge about medicinal plants and herbal medicine among patients and professionals from Health Centers at Ceilândia - DF. For this purpose, a descriptive study was conducted with application of semi-structured questionnaire to 558 patients and 93 professionals. The results showed that 80.3 % of respondents have stated using medicinal plants or herbal remedies as therapeutic options. They mentioned 135 different medicinal plants, and from these, the most cited were lemon balm (160), false boldo (119), lemongrass (107), mastruz (101), mint (84) and lemon (62). Regarding health professionals interviewed, 84.9 % said they are receptive to practice Phytotherapy, and even cited 89 medicinal plants, among them, guaco (32), false boldo (14), aloe vera (08), rosemary (08), cotton (07) and mastruz (07). On the other hand 82.8 % of staff said they did not know about the Distrito Federal Farmacia Viva Program (FV-DF). Therefore, there is wide acceptance of the two groups regarding the use of such therapeutic options. However, the approach of popular knowledge with scientific knowledge and to the Brazilian legislation is necessary so that such practices can be implanted at health care services with effectiveness and safety.

Keywords: medicinal plants; herbal medicines; primary care

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa com a localização dos Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal 43
- Figura 2 – Frequência de usuários da atenção primária entrevistados por Centro de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012) 44
- Figura 3 – Principais indicações terapêuticas de plantas medicinais e fitoterápicos relatadas pelos usuários entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012) 56
- Figura 4 – Frequência de profissionais de saúde entrevistados por Centro de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (dezembro/2012 a março/2013) 57

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Dados sócio-demográficos dos usuários da atenção primária entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal 45
- Tabela 2 – Dados sobre algumas variáveis epidemiológicos dos usuários da atenção primária entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012) 45
- Tabela 3 – Características dos usuários e não usuários de plantas medicinais e/ou fitoterápicos em relação aos dados sócio-demográficos e epidemiológicos estudados entre os entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012) 50
- Tabela 4 – Alguns nomes populares de plantas medicinais citadas pelos entrevistados e seus respectivos nomes científicos, de acordo com a literatura pesquisada 51
- Tabela 5 – Informações gerais dos usuários de plantas medicinais e/ou fitoterápicos entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012) 53
- Tabela 6 – Dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013) 58
- Tabela 7 – Informações profissionais dos trabalhadores entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013) 59
- Tabela 8 – Informações dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF, sobre o tema fitoterápicos e plantas medicinais (dezembro/2012 a março/2013) 60
- Tabela 9 - Informações dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF, sobre o tema Farmácia Viva do Distrito Federal (dezembro/2012 a março/2013) 61
- Tabela 10 - Indicações terapêuticas de plantas medicinais e fitoterápicos citadas pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013), em ordem alfabética 66
- Tabela 11 – Formas farmacêuticas ou formas de preparo de plantas medicinais e fitoterápicos citadas pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013) 66

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Relação das variáveis pesquisadas com os usuários dos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012) 39
- Quadro 2 – Relação das variáveis pesquisadas com os profissionais dos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (dezembro/2012 a março/2013) 40
- Quadro 3 – Plantas medicinais, fitoterápicos e/ou associações citados pelos usuários de plantas medicinais e fitoterápicos entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012), em ordem alfabética 54
- Quadro 4 – Principais resultados sobre os aspectos positivos e negativos do uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, segundo a opinião dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013) 62
- Quadro 5 – Plantas medicinais, fitoterápicos e/ou associações citados pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013), em ordem alfabética 63

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME – Central de Medicamento
CS – Centro de Saúde
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CONAFIT – Sub-Comissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos
EUA – Estados Unidos da América
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FFFB – Formulário da Farmacopéia Brasileira
FV-DF – Farmácia Viva do Distrito Federal
NABFH – Núcleo de Medicamentos de Assistência Básica Fitoterápica e Homeopática
NSAFTNC – Núcleo de Suporte e Assistência Farmacêutica em Terapias Não Convencionais
NUSAFE - Núcleo de Suporte e Assistência Farmacêutica em Terapias Não Convencionais
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
PGNPMF – Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPPM – Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais
PSF – Programa Saúde da Família
PTNC – Práticas Terapêuticas Não Convencionais
RA – Região Administrativa
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBASF – Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família
UFC – Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS	16
LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS	18
PLANTAS MEDICINAIS: SUA IMPORTÂNCIA NA MEDICINA TRADICIONAL E NOS ESTUDOS CIENTÍFICOS	23
FITOTERÁPICOS: SUA IMPORTÂNCIA NAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS E NA ATENÇÃO BÁSICA.....	26
<i>FITOTERAPIA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE</i>	28
<i>PROGRAMA FARMÁCIAS VIVAS: DE PROJETO A MODELO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA FITOTERÁPICA</i>	29
<i>PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CONSOLIDAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS E DE FITOTERÁPICOS</i>	31
OBJETIVOS	34
GERAL	34
ESPECÍFICOS.....	34
1. MÉTODO	36
1.1 TIPO DO ESTUDO.....	36
1.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA DE DADOS	36
1.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	37
1.4 COLETA DE DADOS.....	37
1.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	38
1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
2.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE CENTROS DE SAÚDE ENTREVISTADOS	42
2.2 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE PLANTAS MEDICINAIS QUE BUSCAM OS CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO ADMINISTRATIVA CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL.....	46
2.3 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS NOS CENTROS DE SAÚDE.....	56
2.4 ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS QUANTO AO USO DE FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS	59
3. CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	87

INTRODUÇÃO

A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

As práticas terapêuticas não convencionais podem ser conceituadas como um grupo de sistemas médicos, cuidados terapêuticos, condutas e produtos que não são considerados parte da medicina convencional (1). Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), tais práticas são “enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios” (2). Entretanto, esse conceito apresentado pela OMS é bastante amplo e não consegue explicar as particularidades das diversas práticas terapêuticas conhecidas internacionalmente. A fim de compreender melhor o universo dessas práticas, estas podem ser classificadas em sistemas médicos alternativos como homeopatia e medicina Ayurvédica; intervenções “mente e corpo”, como meditações e orações; terapias biológicas baseadas em produtos naturais; métodos de manipulação corporal e baseados no corpo tais como massagens e exercícios; e terapias energéticas como reiki, ch'i gong. Em termos gerais, tais práticas são consideradas complementares quando são utilizadas juntamente com a medicina convencional; alternativas quando são usadas em substituição a terapias convencionais e integrativas quando são usadas em conjunto com a medicina biomédica, porém baseada em avaliações científicas (1, 3).

O surgimento das PTNC no ocidente deu-se no final da década de 60, como uma das consequências do movimento de contracultura. Neste, jovens revolucionários buscavam novas terapias que simbolizassem a nova revolução cultural. Logo, essa busca por inovação no campo da saúde nada mais é do que o reflexo das transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura e não significa somente a insatisfação ou ineficiência da medicina ocidental contemporânea (4, 5). Diferente da medicina convencional, as PTNC valorizam a integração homem, natureza e sociedade. Tal integração não está presente no

modelo biomédico, que fundamenta suas terapias em aspectos puramente biológicos do homem (5, 6).

Do movimento da contracultura até os dias de hoje, as PTNC estão em expansão em diversos países. Tal efeito foi observado pela OMS, que em 2002, registrou o crescimento do uso destas práticas, sendo que em países desenvolvidos, como Austrália, França e Canadá, 40% a 70% de suas populações já as haviam utilizado (2). O fator motivador para este crescimento é a busca do homem por outras formas de cura ou alívio do sofrimento, provavelmente essa busca está associada às lacunas deixadas pelos sistemas de saúde convencionais que não tratam o homem em sua totalidade (5). Por causa desse cenário, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional que recomenda aos estados-membros o desenvolvimento de políticas públicas que visem a integralidade do homem, por meio da utilização da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde aos seus estados-membros (2).

A importância das PTNC está fundamentada nas diversas razões de seu uso no cotidiano. Isto é, o homem utiliza PTNC para alívio físico e/ou emocional, para diminuir os efeitos colaterais de medicamentos sintéticos, para melhora do sistema imunológico, para aumento da qualidade de vida, por ser considerado pelos usuários como uma escolha mais saudável do que as práticas convencionais. Além disso, o contato do paciente com as PTNC proporciona a este um cuidado integral focado na individualização do tratamento e conseqüentemente promove impactos positivos junto ao tratamento convencional (7). Por isso, tais práticas se consolidam na sociedade devido à complexidade na escolha, pois levam em consideração aspectos quanto ao significado de saúde, doenças e tratamentos.

Apesar da expansão e dos motivos apontados para a consolidação do uso de PTNC pelo homem, há alguns obstáculos que devem ser superados, tais como o custo dessas práticas; disponibilidade e acesso; reconhecimento dos profissionais de saúde; comunicação paciente – profissional de saúde – terapeuta de PTNC; e barreiras socioculturais (7-9). Portanto, é necessário que os sistemas de saúde consolidem tais práticas por meio de políticas de incentivo para que estas sejam escolhas terapêuticas acessíveis ao paciente.

Dentre as terapias não convencionais, as plantas medicinais e a fitoterapia merecem destaque, devido à ampla utilização e expansão de uso não só no Brasil como em todo mundo. Dados da OMS revelaram que 80% da população mundial

dependia da medicina tradicional nos cuidados primários à saúde e, dentro desta, 85% dependia especificamente de plantas medicinais para promover a atenção primária à saúde (10). Em relação à fitoterapia, o mercado de fitoterápicos movimentava, atualmente, cerca de US\$ 44 bilhões por ano (11), enquanto que no serviço público de saúde brasileiro, segundo diagnóstico de 2008, as ações e serviços da fitoterapia estavam presentes em 350 municípios e/ou estados, em várias partes do país (11). Além disso, tais serviços do SUS disponibilizam plantas medicinais in natura e/ou seca; e fitoterápicos manipulados e/ou industrializado. Ou seja, tanto plantas medicinais como fitoterápicos estão presentes no SUS.

Por este motivo, tais práticas ganharam reforço em suas implementações por meio da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (12). Essa política apresenta diretrizes que incentivam o acesso seguro, o uso racional, o uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento da cadeia produtiva (13). Além disso, a PNPMF representa um importante instrumento para sanar dificuldades apontadas pelo diagnóstico situacional de programas de fitoterapia no SUS, realizado entre 2004 e 2005, cujos resultados indicam a necessidade de uniformização do preparo e da dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS (14).

Portanto, é inegável a importância, a expansão e a consolidação das PTNC nos cuidados relacionados à saúde do homem. Vale destacar tais aspectos no uso de plantas medicinais na medicina tradicional e no uso da fitoterapia nas práticas integrativas e complementares. Diante desse cenário, deve-se incentivar a utilização das PTNC, em especial plantas medicinais e fitoterápicos, por meio de políticas públicas e ainda, deve-se investigar a implantação e desenvolvimento destas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

O Brasil, assim como os outros países-membros da OMS, recebeu influência desta organização quanto às recomendações sobre a valorização da medicina tradicional e da medicina alternativa e complementar. A partir da década de 1980, o

crescimento do interesse popular e constitucional em fortalecer a fitoterapia no SUS foi observado no país. Com isso, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária do sistema público de saúde (15).

Em 1981, o Ministério da Saúde priorizou os estudos sobre plantas medicinais na pesquisa para a saúde por meio da Portaria nº 212 de 1981 (16). No ano seguinte, a Central de Medicamentos (CEME) elaborou o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais, cujo objetivo era “contribuir ao desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, por meio da realização de pesquisas que confirmassem as propriedades terapêuticas alegadas popularmente de plantas brasileiras potencialmente medicinais”. A CEME decidiu elaborar este programa para fortalecer e orientar o fomento de programas e projetos de pesquisa de plantas medicinais. O programa consistia basicamente em estudos farmacológicos, toxicológicos, pré-clínicos e clínicos. Se fossem comprovadas eficácia e segurança nos resultados da espécie vegetal em estudo, esta espécie estaria apta para futuramente fazer parte do elenco da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) (14, 17). Tais ações representaram os primeiros passos na aproximação da investigação científica com a realidade do uso de plantas medicinais pela população brasileira.

Além destes, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no item 3, tema 2.a. determinou “*a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida*” (18). Vale ressaltar que as propostas desse relatório tiveram como objetivo estimular um contínuo processo de reformulação setorial na saúde (19), de forma que este relatório refletiu o início da transformação do pensamento biomédico da época, pois valorizou e possibilitou a escolha por diferentes formas terapêutica, distintas das vigentes.

Como consequência das transformações políticas na valorização da medicina tradicional, duas ações foram propícias para consolidação da prática: o regulamento da implantação da fitoterapia nos Serviços de Saúde, nas Unidades Federadas, pela Resolução CIPLAN Nº 08/1988 (20), e pelo reconhecimento da atividade de fitoterapia, sobre supervisão médica, pelo Conselho Federal de Medicina por meio do Parecer N.º 06/1991 (21).

Um importante passo regulatório foi a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996 que deliberou a incorporação da fitoterapia, acupuntura e homeopatia no SUS; estimulou parcerias de gestores e universidades para analisar a efetividade das práticas populares alternativas em saúde (22). Além disso, apontou para o incentivo à Fitoterapia na Assistência Farmacêutica Pública pelo Ministério da Saúde (17) (23). Desde então, programas de fitoterapia na assistência farmacêutica foram implantados nos âmbitos estaduais e municipais (24). Além disso, tal Conferência foi importante para estimular o trabalho conjunto do meio científico – universidades - e do executivo – gestores - promovendo assim a junção de diferentes olhares sobre tais práticas terapêuticas.

Em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos pela Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde, na qual seu objetivo principal foi *“garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”* (25). Na diretriz 3.5, que trata sobre desenvolvimento científico e tecnológico, há o estímulo à implantação de pesquisas nas áreas etnobotânica e etnofarmacológica, considerando que esta diretriz determinava *“a continuação e expansão do apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, com ênfase na certificação de suas propriedades medicamentosas”* (25). Esta política norteou ações públicas no campo de medicamentos, nas três esferas de governo. Por isso, incentivar o desenvolvimento científico em pesquisas com plantas medicinais com potencial terapêutico, representa o reconhecimento da importância das plantas medicinais no desenvolvimento de medicamentos.

Ainda em 1998, foi criada a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (CONAFIT) pela Portaria N.º 665, do Ministério da Saúde (26), sendo que o papel desta na fitoterapia era: assessorar a Secretaria de Vigilância Sanitária em assuntos técnicos, científicos e normativos; posicionar-se quanto à farmacovigilância e pesquisas clínicas na área em questão; subsidiar eventos técnico-científicos na área, além de promover a divulgação de informações relacionadas ao controle sanitário. (17). Sobre esta comissão, pode-se dizer que tal suporte representou o desenvolvimento de informação sobre fitoterápicos nos âmbitos sanitários e científicos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2000, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 17, regulamentando o registro de

medicamentos fitoterápicos e estabeleceu a definição de medicamento fitoterápico tradicional (27). Esta resolução contribuiu para qualidade dos medicamentos fitoterápicos, uma vez que aumentou o rigor no registro desses produtos.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, houve o incentivo à realização de pesquisas de medicamentos e insumos originários das plantas medicinais nacionais, por meio de investimentos e desenvolvimento tecnológico na produção de medicamentos fitoterápicos, tal incentivo visava estimular a produção e implantação de programas para uso de tais medicamentos nos serviços de saúde (28).

Ainda em 2004, destacaram-se a publicação da RDC nº 48, de 16 de março de 2004 (29), pela Anvisa, que atualizou o registro de medicamentos fitoterápicos e revogou a resolução RDC 17/2000, e o art. 18 da RDC 134, de 28 de maio de 2003 (30). As atualizações sofridas no registro refletiam a preocupação do setor sanitário quanto a estes medicamentos, principalmente sobre os aspectos de segurança, qualidade e eficácia destes.

A resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, apresentou, em um dos seus eixos estratégicos:

a definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País (28).

Este eixo considerou relevante, para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, aspectos que vão desde o cultivo, passando pelos profissionais de saúde envolvidos, conhecimentos sejam tradicionais e científicos, até a produção nacional. O reconhecimento dos atores envolvidos revela a complexidade da integração de todos estes, e por isso tal eixo incentivou a pactuação de ações intersetoriais.

Um grande marco para valorização das práticas terapêuticas não convencionais no Brasil foi a aprovação da portaria nº 971 de 03 de maio, em 2006, que tratava da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), construída com base em recomendações e diretrizes da OMS e das

diversas conferências nacionais até aquele momento (15). Tal política trata de sistemas de saúde que se caracterizam pela visão ampliada do processo saúde-doença, tais como, Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo – Crenoterapia. O principal objetivo da PNPIIC é *‘Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde’*.

No campo da Fitoterapia, a política visa consolidar o uso de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS. Por isso, diretrizes como capacitação de profissionais envolvidos, avaliação da implantação de programas nas esferas governamentais, apoio à pesquisa, financiamento de ações relacionadas, promoção do uso racional dos medicamentos fitoterápicos e plantas, além de outros foram preconizadas para nortear no âmbito nacional, estadual e municipal tal consolidação (15). A fim de definir com detalhes ações e serviços dessas práticas terapêuticas, a PNPIIC representou mais do que esclarecimentos, pois incentivou em todo país o reconhecimento destas, além de legitimá-las no setor público de saúde.

Em consonância com a PNPIIC, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, tem como finalidade estabelecer as diretrizes para a atuação do governo na área de plantas medicinais e fitoterápicos. Seu principal objetivo é *‘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’* (12). O desenvolvimento dessa política mostrou que, dentre as práticas terapêuticas não convencionais, as plantas medicinais e fitoterápicos merecem especial atenção, dada a importância destas na sociedade brasileira.

Uma vez que a PNPMF foi aprovada, para execução, isto é, implementação adequada da PNPMF, foi criado o Programa Nacional de Plantas Medicinais (PGNPMF), que expressa as ações pretendidas pela PNPMF por meio de diretrizes embasadas nesta política (31).

No ano de 2010, destacaram-se a RDC nº 10, de 09 de março de 2010, que dispõe sobre notificação vegetal junto à Anvisa (32), e a RDC nº 14, de 31 de março de 2010, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos (33), revogando

a RDC nº 48/2004 (29). Diante de tais resoluções, pode-se observar que a consolidação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos propicia o desenvolvimento do setor regulatório, pois quanto mais tais produtos tornam-se acessíveis e conhecidos pela população, mais estes podem interferir beneficemente na saúde pública.

Por conseguinte, pode-se observar que à medida que as transformações na sociedade avançam, a legislação precisa moldar-se a estas modificações. Tal afirmativa é observada na legislação brasileira quanto às práticas terapêuticas não convencionais, posto que estas, ao longo dos anos, ganharam espaço nos cuidados relacionados à saúde.

PLANTAS MEDICINAIS: SUA IMPORTÂNCIA NA MEDICINA TRADICIONAL E NOS ESTUDOS CIENTÍFICOS

Tão antiga quanto à história da humanidade, é a utilização de plantas medicinais pelo homem para prevenir ou tratar várias enfermidades. Tal prática vem de tempos remotos, e os registros mais antigos que se tem conhecimento são de mais de sessenta mil anos (34). A descoberta de possíveis aplicações terapêuticas para algumas espécies de plantas foi fruto da necessidade de sobrevivência do homem que não dispunha de medicamentos sintéticos (35). Tais descobertas, inicialmente, foram realizadas de forma empírica, ora observando o comportamento dos animais doentes, que se alimentavam de determinadas espécies vegetais, ora analisando o efeito de ativação ou inibição de processos no próprio corpo (36, 37).

A prática em questão enquadra-se na medicina tradicional, que é definida pela OMS como “o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseados em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, assim como em prevenções, diagnósticos ou tratamentos de doenças físicas e mentais” (2). Apesar de consolidada, o uso de plantas medicinais foi, ao longo dos anos, substituído pela medicalização da medicina. Tal fenômeno pode ser entendido como a redução dos adoecimentos e problemas da “máquina humana” na qual a tecnologia química-cirúrgica é única capaz de resolver. Ou seja, no que consiste ao processo saúde-doença, há uma

desvalorização da abordagem do modo de vida, dos valores, dos fatores subjetivos e sociais relacionados (1).

Um dos motivos dessa substituição foi o desenvolvimento da indústria farmacêutica, que promoveu a fabricação em larga escala de fármacos sintéticos e consolidou uma cultura global de utilização destes. O apelo publicitário prometia a cura de todos os males através da exposição exaustiva de medicamentos sintéticos, de forma que houve uma perda gradativa no uso das plantas medicinais (38). Portanto, a medicalização tornou-se a forma legitimada e oficializada de tratamentos e cuidados da medicina contemporânea, chamada de convencional (1).

Porém, ainda hoje, o uso de plantas medicinais é a prática terapêutica mais acessível a comunidades rurais em vários países em desenvolvimento (39). Ainda, segundo Santos e cols. (2008) e Roque e cols. (2010), tais comunidades possuem, na maioria dos casos, as plantas medicinais como único recurso terapêutico disponível (40, 41). Nisso, pode-se concluir que o uso de plantas medicinais deve ser incorporado aos serviços de saúde, devido a grande importância deste no cotidiano do indivíduo.

No Brasil, o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais é uma importante opção terapêutica para tratar sinais, sintomas e agravos de saúde, além de ser a junção de saberes oriundos das culturas europeia, africana e indígena (36, 42). Tal junção iniciou-se no período colonial com a chegada de portugueses e escravos no Brasil. Os povos indígenas já possuíam vasto conhecimento de utilização das plantas medicinais nativas, e esse conhecimento foi enriquecido com a chegada desses dois grupos que trouxeram influências de suas respectivas culturas. Atualmente, observa-se que este uso tradicional está presente na nossa cultura devido, principalmente, ao acesso insuficiente aos serviços de saúde, ao alto custo dos medicamentos sintéticos ou a uma escolha pessoal. Tal fato se justifica pela facilidade na obtenção da matéria-prima, isto é, diversas espécies medicinais estão disponíveis nos próprios quintais dos usuários (43, 44).

De acordo com a legislação brasileira, planta medicinal é uma “espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos” (33). Sua importância em termos de pesquisa se justifica pelo fato do Brasil possuir a maior diversidade vegetal, estimada em 60.000 espécies vegetais superiores descritas, sendo que há relatos de que apenas 0,4% foram investigadas quanto ao potencial medicinal (11).

Portanto, estudos com plantas medicinais são extremamente necessários no Brasil devido à magnitude da biodiversidade do país, associada à baixa exploração científica de espécies vegetais com potencial terapêutico. Nesse contexto, os estudos etnobotânicos mostram-se adequados, pois permitem o resgate, a preservação dos conhecimentos populares além de revelar o valor cultural das plantas nas comunidades estudadas (45, 46). Tal campo da ciência compreende o estudo das sociedades humanas, e suas interações ecológicas, genéticas, evolutivas, simbólicas e culturais com as plantas (47).

A pesquisa etnobotânica focaliza a inter-relação pessoa/planta e, geralmente, tem como objeto de estudo comunidades tradicionais, núcleos urbanos de origem rural e ainda populações da cidade. Apesar das diferenças que estes grupos apresentam, o uso de plantas medicinais como principal recurso terapêutico é uma característica comum quando há limitações nos serviços tradicionais de saúde (44, 48). Além destes, há grupos específicos que receberam conhecimento sobre plantas medicinais de seus antepassados e são reconhecidos dentro da sociedade como “especialistas em plantas medicinais”, os quais são: raizeiros, benzedeiros e idosos em geral. Entretanto, apesar da presença desses grupos específicos na sociedade, a transmissão do conhecimento destes está se perdendo entre as gerações, e por isso resgatar a tradição de uso é fundamental do ponto de vista etnobotânico (49). Logo, para evitar essa perda, não só as pesquisas científicas, mas também o SUS, devem implementar ações que visem resgatar tais conhecimentos na sociedade brasileira.

O pesquisador etnobotânico recolhe dados sobre a forma de uso, dose preconizada, indicação terapêutica, dentre outros, junto à população estudada (50). Porém, este deve procurar compreender o contexto social e quais os motivos das diferentes formas de utilização dos recursos vegetais (51), para que os resultados obtidos contribuam com a descoberta de novas formas sustentáveis de exploração do ecossistema, com o manejo e conservação dos recursos naturais, além de adquirir conhecimentos de plantas economicamente importantes em seus respectivos ecossistemas. Logo, tais pesquisas visam alcançar a interação entre cientistas, comunidades e instituições (48).

O desenvolvimento de estudos etnobotânicos permite o aperfeiçoamento de estudos básicos e aplicados, fitoquímicos e farmacológicos, pois fornece informações sobre a principal matéria-prima da síntese de moléculas de interesse

farmacológico, ou seja, oferece conhecimento de espécies vegetais com potencial terapêutico. Além disso, tais estudos têm potencial para revelar a adequada utilização das plantas medicinais. (41, 52).

Em suma, é possível obter, de estudos etnobotânicos, a valorização do saber popular, além da documentação das espécies vegetais utilizadas por determinada comunidade, para posteriores pesquisas farmacológicas (53). E assim contribuir com o desenvolvimento tanto da medicina tradicional como da fabricação de medicamentos sintéticos obtidos de plantas com potencial terapêutico.

FITOTERÁPICOS: SUA IMPORTÂNCIA NAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fitoterapia pode ser descrita como a ciência que estuda a utilização de produtos de origem vegetal com finalidade terapêutica para prevenção, atenuação ou cura de um estado patológico. Neste contexto a fitoterapia engloba plantas medicinais, extratos e medicamentos fitoterápicos (54, 55).

Segundo a legislação brasileira, fitoterapia é uma “*terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal*” (15). A fitoterapia pode ser classificada de diferentes formas, a saber, quanto à origem, complexidade e objetivo. De modo que, é importante distinguir a fitoterapia tradicional da fitoterapia científica ocidental.

A fitoterapia tradicional é um método terapêutico utilizado em conjunto com um sistema de saúde oriundo de culturas peculiares, em que se encontram registros antigos, ou seja, estas não são consideradas simples práticas terapêuticas fora de um contexto. Além disso, nestes sistemas, observa-se o uso de medicamentos produzidos a partir de espécies vegetais inseridos em sistemas medicinais milenares, como por exemplo, na medicina chinesa, tibetana ou indiana-ayurvédica (11, 56).

A fitoterapia científica ocidental, por sua vez, trata do emprego clínico de plantas medicinais e fitoterápicos com finalidades terapêuticas, profiláticas e diagnósticas, fundamentada em dados e evidências científicas. Essa, apesar de

sempre existir, foi “reinaugurada” e ganhou notoriedade a partir da segunda metade do século XX, em países europeus, em especial na Alemanha. A fitoterapia científica ocidental foi nomeada de fitoterapia racional e teve seu início em estudos pré-clínicos e clínicos de plantas tradicionais ocidentais, orientais, africanas, dentre outras (11, 56, 57).

Medicamentos fitoterápicos, de acordo com a legislação brasileira, são aqueles “*obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas*”. Além disso, tais medicamentos caracterizam-se pelo conhecimento de sua eficácia, uso, reprodutibilidade e qualidade. Para ser considerado medicamento fitoterápico, este não pode ter substâncias isoladas e nem compostos sintéticos em seus princípios ativos (33). Logo, pode-se concluir que o nível de exigência desse tipo de medicamento leva em consideração aspectos de eficácia, segurança e qualidade, da mesma forma como os pré-requisitos exigidos para medicamentos sintéticos.

O consumo de fitoterápicos vem apresentando crescimento acentuado nas duas últimas décadas (58), sendo que vários fatores influenciam nesse crescimento, quer seja pela conscientização da população quanto ao uso abusivo e irracional de medicamentos sintéticos, quer seja pelo desenvolvimento de fitoterápicos mais seguros e eficazes que geram a confiança do homem em utilizá-los (59)(60). Seja qual for o motivo, é certo que tal expansão se consolida como uma tendência mundial.

Como anteriormente mencionado, o mercado mundial de fitoterápicos movimentava cerca de US\$ 44 bilhões. Há mais de dez anos, em 2000, tal mercado faturou US\$ 6,6 bilhões nos Estados Unidos da América (EUA) e US\$ 8,5 bilhões na Europa. Entretanto, no Brasil, não existem dados oficiais sobre o mercado de fitoterápicos, mas estima-se que este fatura em torno de US\$ 350 a 550 milhões. Apesar de o país possuir um mercado pouco expressivo se comparado com EUA e Europa, o Brasil é um grande exportador de matéria-prima. Tal característica é observada na importação de 1521 e 1466 toneladas de plantas medicinais para os EUA e a Alemanha respectivamente, entre 1994 e 1998 (11, 60-62).

Diante desse mercado promissor e crescente, nota-se a importância que os fitoterápicos possuem na sociedade e principalmente no Brasil, que atua como país produtor de matéria-prima e consumidor em potencial de tais medicamentos. Vale

ressaltar que a produção nacional precisa avançar, posto que o Brasil produz a matéria-prima necessária e possui políticas públicas de incentivo para a produção e a inserção do fitoterápico no arsenal terapêutico. Contudo, o produto final (medicamento fitoterápico) é relativamente escasso.

Fitoterapia nos serviços de atenção primária à saúde

Conforme já mencionado, a PNPIC e a PNPMF preconizam a ampliação terapêutica pelo uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (15, 61). Além dessas políticas que incentivam tal uso, há uma tendência mundial de defesa, estímulo e inserção da fitoterapia em programas de atenção primária a saúde, como por exemplo, as recomendações dessas ações realizadas pela OMS na Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata (10)(63).

Um dos principais motivos da utilização da fitoterapia na atenção primária é a boa resposta dessa opção terapêutica, quanto utilizada em agravos que são comuns neste nível de atenção, além do uso tradicional desta observada em diferentes culturas (63, 64). Por isso, observa-se que dezenas de municípios brasileiros seguem desenvolvendo programas de fitoterapia na atenção primária e em Estratégias de Saúde da Família. Segundo levantamento do Ministério da Saúde, em 2004 a fitoterapia estava presente em 116 municípios (11, 15, 65).

As vantagens da utilização da fitoterapia e plantas medicinais na atenção primária à saúde são inúmeras, sendo que alguns exemplos são: a aproximação e ampliação do diálogo entre trabalhadores da saúde com a comunidade, ampliação das ofertas de cuidado, intersetorialidade, cuidado autônomo e respeito por valores culturais entre os atores. Além disso, no campo terapêutico, pode-se mencionar o aumento da capacidade resolutive e das ofertas de cuidado do serviço e, conseqüentemente, a diminuição no abuso e dependência de alguns medicamentos (11, 56, 65, 66).

Por mais que a fitoterapia seja estimulada como prática terapêutica complementar e integrativa nos serviços de saúde, em especial na atenção primária, é importante investigar em termos práticos a implantação e consolidação dos

programas fitoterápicos no país. O Estado do Rio de Janeiro possui legislação específica estadual e no município do Rio de Janeiro, há o memento terapêutico do programa de fitoterapia(67). Em Curitiba (Paraná), com a implantação do programa Verde Saúde, mais de 80% das unidades de saúde envolvidas com tal projeto possuem fitoterápicos como opção terapêutica (68). Segundo levantamento realizado por Nagai e cols. (2011), das 68 unidades de saúde do Município de Campinas (São Paulo), mais de 70% possuíam pelo menos uma prática terapêutica complementar e integrativa implantada, sendo que destas, 20 unidades ofereciam a fitoterapia como opção terapêutica (69). De todos os serviços de fitoterapia de nível estadual e municipal do Brasil, o que possui maior repercussão por ser referência é o Projeto Farmácia Viva, desenvolvido na Universidade Federal do Ceará e coordenado pelo professor Dr. Francisco José de Abreu Matos, que inspirou a Portaria da Farmácia Viva, do Ministério da Saúde (70).

Programa Farmácias Vivas: de projeto a modelo nacional de assistência terapêutica fitoterápica

Diante do pouco ou nenhum acesso da população nordestina do país a serviços de saúde, e levando em consideração que as plantas medicinais são geralmente a única opção terapêutica dessa população, foi criado o projeto Farmácias Vivas na Universidade Federal do Ceará (UFC), há quase três décadas. O principal objetivo do projeto foi integrar a medicina tradicional com o uso científico de plantas disponíveis na região, selecionadas por sua eficácia e segurança terapêuticas. A partir desse propósito, tal projeto buscou promover a assistência social farmacêutica às comunidades carentes. De forma a transformar conhecimento empírico em conhecimento científico, o professor Matos percorreu o interior do Ceará e do Nordeste em busca de informações da sabedoria popular e tradicional e coletando espécies vegetais ditas medicinais (11, 71, 72).

Para selecionar as plantas medicinais que fariam parte do elenco do projeto Farmácia Viva, Matos estabeleceu critérios, tais como conhecimentos do potencial terapêutico, da eficácia e da segurança. Outros aspectos como coerência de informações tanto empíricas como científicas, toxicidade conhecida e irrelevante, e

capacidade adaptativa da planta quanto ao cultivo também foram levados em consideração. No primeiro instante, foram selecionadas 20 espécies vegetais e hoje são mais de 100 (11, 72).

Após sua criação, o Projeto Farmácia Viva tornou-se referência no nordeste e posteriormente no país. Tanto que em 2010, seguindo o modelo do Ceará, foi aprovada a Farmácia Viva no âmbito do SUS pela portaria nº 886, de 20 de abril (70). E em 2013 foi aprovada a norma que define as boas práticas de processamento, armazenamento e produção de fitoterápicos e plantas medicinais produzidos pelo modelo Farmácia Viva, pela resolução RDC nº 18, de 3 de abril (73). Além de reconhecimento nacional, o projeto também foi elogiado por vários pesquisadores estrangeiros que visitaram o Horto de Plantas Medicinais do Projeto Farmácias-Vivas na UFC, por ocasião do “Ciba Foundation Symposium 185 - Ethnobotany and the Search for New Drugs”, em 1994 (72).

A importância do projeto Farmácia Viva, dá-se pelos seus frutos. No Ceará, foi criado o Programa Estadual de Fitoterapia nos mesmos moldes do Projeto Farmácia Viva, e aproximadamente, 40 Prefeituras Municipais, inclusive a de Fortaleza, dotaram suas Secretarias de Saúde de programas de fitoterapia na atenção primária à saúde (72). O município de Maracanaú (CE) foi o primeiro a implantar o Programa Farmácias Vivas no sistema público de Saúde, a dispensação ocorre nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF), do Programa Saúde da Família (PSF), mediante prescrição médica. Segundo pesquisa realizada por Silva e cols. (2006), em dois meses de 2002, o programa dispensou 15 especialidades fitoterápicas e os achados registraram 226 prescrições médicas contendo pelo menos um fitoterápico. Tal programa tem se destacado pela organização, abrangência e funcionalidade. Sua estrutura básica é composta por 01 horto com 40 canteiros, para o cultivo das plantas medicinais, e 01 laboratório de manipulação, para a produção dos medicamentos fitoterápicos (71).

No Distrito Federal, o serviço de fitoterapia foi implantado com a criação do Programa de Desenvolvimento de Terapias não Convencionais, em 14 de agosto de 1989 (74), sendo um dos pioneiros no País. Tal programa passou por modificações organizacionais e, no ano de 2004, passou a ser de responsabilidade do Núcleo de Medicamentos de Assistência Básica Fitoterápica e Homeopática (NABFH), ligado à Secretaria de Assistência Farmacêutica (75). Em 2007, passou a ser denominado

Núcleo de Suporte e Assistência Farmacêutica em Terapias não Convencionais (NSAFTNC), e posteriormente, esta sigla foi modificada para NUSAFE (76).

Visto que não existiam diretrizes específicas sobre o serviço de fitoterapia no SUS, o NUSAFE baseou-se em programas do território nacional. Porém, hoje, esse serviço possui o formato de Farmácia Viva, pois envolve desde o cultivo até a dispensação das espécies vegetais produzidas em diversas formas farmacêuticas. Além disso, o núcleo possui sede própria, localizada na Região Administrativa XVII do Distrito Federal - Riacho Fundo e conta com 14 funcionários (77).

Atualmente, são distribuídos seis medicamentos fitoterápicos para 23 unidades de saúde, a saber, alecrim-pimenta em tintura (*Lippia sidoides* Cham.); babosa em gel (*Aloe vera* L., Burm. f.); boldo em tintura (*Plectranthus barbatus* Benth.); confrei em pomada (*Symphytum officinale* L.); erva baleeira em gel e pomada (*Cordia verbenacea* DC.); e guaco em xarope (*Mikania glomerata* Spreng) (77, 78)

Ainda sobre a dispensação da Farmácia Viva do DF, segundo dados desse serviço, no período de 2000 a 2011, foram distribuídos aproximadamente 184.000 unidades aos Centros e Postos de Saúde (78). Essa produção reflete a consolidação do serviço de fitoterapia no Distrito Federal, que já possui mais de 20 anos.

Em 2013, o Governo do Distrito Federal (GDF) aprovou o regimento interno da Secretaria de Saúde, pelo Decreto nº 34213, o qual dispôs as competências do Núcleo de Farmácia Viva (79) que são: executar as etapas de preparação magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos; elaborar manual de normas e procedimentos operacionais sobre a assistência farmacêutica em terapias não convencionais; preparar programas e material de educação em saúde com plantas medicinais in natura, drogas vegetais e fitoterápicos; e executar outras atividades relacionadas ao núcleo. A partir desse decreto, o núcleo foi oficialmente considerado Farmácia Viva, com atividades relacionadas ao objetivo dessa.

Portanto, considerando que tal programa possui mais de 20 anos e que nesse período passou por modificações estruturais, se faz necessário investigar as possíveis barreiras que interferem na consolidação do programa, bem como a atuação dos atores sociais envolvidos.

Papel dos profissionais da saúde na consolidação do uso de plantas medicinais e de fitoterápicos

As práticas terapêuticas não convencionais ganharam espaço no cenário internacional e no Brasil, por meio da implementação de várias políticas públicas e do crescente interesse da população. Tal tendência é observada pelo resgate dos estudos relacionados a essas práticas, pelo meio científico (80). Em contrapartida a estas transformações, os profissionais de saúde encontram dificuldades em adequar-se a tais práticas, pois não acompanharam tais mudanças (81). Os principais motivos são a formação em saúde baseada no modelo biomédico, a falta de capacitação na área e a descrença na eficácia destes tratamentos.

O modelo biomédico caracteriza-se por considerar apenas fatores biológicos como causa das doenças, por isso outras dimensões do homem como a interação corpo, mente e meio não são consideradas; ou seja, não há uma visão da integralidade do homem. O doente é tratado de forma fragmentada e limitada, por meio das especialidades médicas que são a base da medicina ocidental. Como tal modelo ainda é vigente no ensino superior, os profissionais formados com essa referência são especialistas e não tratam o ser humano em sua totalidade. As terapias complementares possuem uma visão contrária a este modelo, pois trata o indivíduo como um todo, considerando corpo e mente integrados (6).

Para que os profissionais da saúde incorporem a fitoterapia e o uso de plantas medicinais em suas rotinas, é preciso que conhecimentos sobre atividade farmacológica, toxicidade e tradicionalidade do uso, de cada bioma brasileiro, sejam difundidos e ampliados (6, 82).

Outra grande limitação dos profissionais da saúde é a falta de capacitação na área. Estudos revelam que a maioria não recebeu conteúdos relacionados às práticas complementares em seus respectivos cursos de graduação (6, 65, 81). Como há uma demanda da população usuária de serviços de saúde por informações sobre plantas medicinais, vários profissionais buscam informações sobre plantas medicinais em fontes informais como leituras não técnicas, meios de comunicação ou transmissão de conhecimento por conhecidos como amigos e parentes (65).

Por isso, no Brasil, o Ministério da Saúde determinou como um dos objetivos da PNPIC a promoção do conhecimento e apoio à incorporação e à implementação dessas novas experiências no âmbito do sistema público de saúde (15). Além disso, pela PNPMF, foi elaborado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e

Fitoterápicos que tem como um dos seus eixos na área de recursos humanos - promover a capacitação técnica e educação permanente (31).

Os profissionais da saúde, principalmente os médicos, ainda mostram-se reticentes em prescrever medicamentos fitoterápicos. Estes possuem papel decisivo no uso da fitoterapia, pois culturalmente sua posição e opiniões são tomadas como “verdade” pela população (83). Essa rejeição deve-se, por exemplo, a fatores como ausência de estudos completos como testes clínicos, testes toxicológicos e principalmente a tradicionalidade do uso associado a rituais religiosos (81, 82). A medicina baseada em evidências é a norteadora da prática médica atual, e apesar de algumas espécies vegetais utilizadas como medicinais serem farmacologicamente estudadas e apresentarem resultados clínicos relevantes segundo critérios da medicina baseada em evidência, os profissionais alegam que não possuem acesso ou simplesmente estímulo para buscar informações científicas sobre plantas medicinais, justificando assim a rejeição desses profissionais aos considerados “sem comprovação científica” ainda persistir (65).

Por isso, e considerando as dificuldades encontradas por estes profissionais na aceitação e utilização de plantas medicinais e fitoterápicos como opções terapêuticas, pesquisas que aproximam o olhar destes com o saber científico são necessárias. Desvendar os entraves para consolidação destas opções terapêuticas nos serviços de saúde é essencial para desmistificar conceitos e pré-conceitos construídos em relação às práticas terapêuticas não convencionais.

OBJETIVOS

GERAL

Investigar o conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos dos usuários e dos profissionais dos Centros de Saúde de Ceilândia - Distrito Federal.

ESPECÍFICOS

- Investigar o perfil sócio-demográfico e os conhecimentos dos usuários da atenção primária sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos.
- Investigar o conhecimento e a aceitação dos profissionais de saúde quanto ao uso da fitoterapia e das plantas medicinais como práticas terapêuticas integrativas e complementares.
- Verificar o conhecimento e o acesso dos profissionais de saúde quanto ao programa de fitoterapia local – Farmácia Viva.
- Realizar um levantamento dos aspectos legais em relação às principais espécies vegetais citadas pelos profissionais de saúde

CAPÍTULO 1: MÉTODOS

1. MÉTODO

1.1 TIPO DE ESTUDO

No intuito de examinar o conhecimento tanto de usuários da atenção primária de saúde, como dos profissionais que trabalham nesse nível de assistência sobre plantas medicinais e fitoterápicos, foi realizado um estudo descritivo e exploratório nos centros de saúde de Ceilândia/DF.

Para a realização dessa pesquisa, questionários semi-estruturados foram aplicados nos dois grupos mencionados, de forma a obter informações sobre dados sócio-demográficos, epidemiológicos, profissionais e sobre conhecimentos acerca de plantas medicinais e fitoterápicos. O período da coleta de dados foi de outubro de 2011 a março de 2013.

1.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA DE DADOS

Foi selecionada a Região Administrativa IX do Distrito Federal, denominada Ceilândia. Atualmente, esta cidade possui 230,30 Km² e, segundo dados oficiais, apresenta aproximadamente 600.000 habitantes (DISTRITO-FEDERAL 2010) (DISTRITO-FEDERAL 2012).

Com base na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) realizada nas regiões administrativas do Distrito Federal em 2011 (84), quanto às características sócio-demográficas dos domicílios urbanos pesquisados em Ceilândia, pode ser observado que, 48,01% dos entrevistados eram do sexo masculino, ao passo que 51,99% eram mulheres. Sobre a idade, dados revelaram que os grupos mais expressivos de Ceilândia foram de maiores de 60 anos (11,24%) e de 30 a 34 anos (10,15%). Quanto ao estado civil, solteiros representavam 38,88% dos entrevistados e casados, 35,25%.

Em relação à naturalidade, 50,07% dos entrevistados do PDAD em Ceilândia nasceram no Distrito Federal, enquanto que 63,89% do total de imigrantes nasceram na

região Nordeste. Sobre a escolaridade, os dois grupos principais da pesquisa PDAD foram entrevistados com menos de oito anos de estudo (36,34%), seguido de entrevistados com onze anos de estudo (20,19%).

Quanto aos serviços de saúde de Ceilândia, esta possui 12 Centros de Saúde e um hospital geral.

1.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Quanto à população de estudo, esta foi uma amostra não-probabilística, pois os entrevistados foram escolhidos de forma aleatória nos estabelecimentos de saúde.

Primeiramente, todos os Centros de Saúde foram visitados e foi apresentado aos gestores e/ou administradores de cada local o objetivo desse estudo. Sendo assim, após a concordância destes em participar da pesquisa, as entrevistas foram iniciadas.

Para primeira etapa, foram selecionados aleatoriamente homens e mulheres entre aqueles que utilizavam os Centros de Saúde de Ceilândia, maiores de 18 anos. Estes foram abordados na fila de espera dentro do estabelecimento de saúde, de segunda a sexta-feira e nos dois turnos, matutino e vespertino e indagados quanto à participação na pesquisa.

Na segunda fase, profissionais de saúde que trabalhavam nos centros pesquisados (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, técnicos em enfermagem e farmacêuticos) foram abordados e indagados quanto à participação na pesquisa. A participação dos técnicos de enfermagem justifica-se pela atuação destes diretamente com os cuidados aos pacientes. Os profissionais foram abordados na parte interna dos Centros de Saúde, em local de acesso restrito aos funcionários, de segunda a sexta-feira e nos dois turnos, matutino e vespertino.

1.4 COLETA DE DADOS

Após as visitas e explicação da pesquisa aos respectivos gestores dessas unidades, como já mencionado, apenas os centros de saúde número 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12 concordaram em participar.

O instrumento de coleta de dados foram dois questionários semi-estruturados. Na primeira fase, foram entrevistados os usuários dos Centros de Saúde, com uso do questionário semi-estruturado elaborado para este grupo (Anexo A), no período de outubro de 2011 a março de 2012.

Na segunda fase, foram entrevistados profissionais de saúde que trabalhavam em tais Centros, utilizando questionários elaborados para estes (Anexo B). E o período de coleta foi de dezembro de 2012 a março de 2013.

Para conhecer o perfil e o conhecimento acerca de plantas medicinais e fitoterápicos dos indivíduos entrevistados, variáveis relacionadas a aspectos sócio demográficos, epidemiológicos, profissionais e sobre o conhecimento supracitado foram selecionados. Estas estão descritas detalhadamente nos Quadros 1 e 2.

1.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os resultados obtidos foram processados e analisados pelos softwares Epi-Info versões 3.5.2® e SPSS® versão 19. A análise dos dados coletados dos questionários foi descritiva, com uso de distribuição de frequências. Para os resultados, cada aspecto foi considerado válido quando o entrevistado respondeu pelo menos uma das alternativas.

Foi realizada uma pesquisa em documentos oficiais brasileiros, a fim de relacionar as principais espécies vegetais citadas pelos profissionais de saúde com recomendações legais de uso de fitoterápicos e/ou plantas medicinais.

1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa/SES-DF integrante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), protocolo nº 093/11 CEP/SES/DF (Anexo C).

Após aprovação no comitê de ética, cópia do documento deste ato foi apresentada aos diretores dos centros de saúde que concordaram ou não com a participação de tais unidades nessa pesquisa.

Sobre os entrevistados, após a explicação do objetivo da pesquisa, os interessados em participar tanto da primeira como da segunda fase, assinaram duas vias do Termo Esclarecido de Livre Consentimento (Anexo D), sendo que, no final da entrevista, uma via foi entregue ao participante e outra foi arquivada pelo entrevistador.

Quadro 1. Relação das variáveis pesquisadas com os usuários dos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012)

Dados sócio demográficos dos usuários dos Centros de Saúde entrevistados	
Gênero	Masculino; Feminino
Faixa etária	18-18-34 anos; 35-59 anos; > 60 anos
Naturalidade	Nordeste; Centro-oeste; Outros; Sem resposta.
Estado Civil	Solteiro; Casado; Divorciado; Viúvo; Outros; Sem resposta
Dados sócio demográficos dos usuários dos Centros de Saúde entrevistados	
Escolaridade	Até oito anos de estudo; De 9 a 11 anos de estudo; De 12 a 16 anos de estudo; Sem resposta
Dados epidemiológicos dos usuários dos Centros de Saúde entrevistados	
Uso de medicamentos convencionais	Sim; Não; Sem resposta
Auto-análise sobre saúde	Boa; Regular; Excelente; Ruim; Sem resposta
Uso de plantas medicinais	Sim; Não; Sem resposta
Dados sobre uso de plantas medicinais e fitoterápicos dos entrevistados que afirmaram utilizá-las	
Origem da informação sobre plantas medicinais / fitoterápicos citadas pelos usuários dessas	De familiares; De vendedores e/ou raizeiros; De médicos, farmacêuticos e/ou enfermeiros; De anúncios em rádio, televisão, jornais, revistas ou internet; De livros cujo tema é plantas medicinais; De amigos; Outros; Sem resposta; Mais de uma alternativa
Planta medicinal utilizada	Nome (resposta aberta)
Parte da planta citada pelos usuários de plantas medicinais e fitoterápicos	Folha; Fruto; Casca ; Semente; Raízes; Sachê; Flor; Caule; Duas ou mais respostas
Formas de preparo citadas pelos usuários de plantas medicinais e fitoterápicos	Infusão; Decocção; Suco; Maceração; Outros; Duas ou mais respostas
Formas de uso citadas pelos usuários de plantas medicinais e fitoterápicos	Via oral; Banho; Inalação; Outros; Duas ou mais respostas
Recomendações de uso de plantas medicinais de acordo com os usuários de plantas medicinais e fitoterápicos	Somente adultos; Adultos, crianças e grávidas; Somente adultos e crianças; Somente adultos e grávidas; Somente crianças; Somente grávidas
Indicações terapêuticas citadas pelos usuários de plantas medicinais	Acalmar e/ou dormir melhor; Gripes, tosses e/ou resfriados; Azia, má digestão e/ou ressaca; Dor de cabeça, cólica e/ou reumatismo; Contusões; Emagrecer; Outras indicações

Quadro 2 - Relação das variáveis pesquisadas com os profissionais dos Centros de Saúde de Ceilândia – Distrito Federal (dezembro/2012 a março/2013)

Dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde entrevistados nas unidades de saúde de Ceilândia - DF	
Gênero	Masculino; Feminino
Faixa etária	18 a 35 anos; 36 a 55 anos; > 56 anos
Naturalidade	Distrito Federal; Goiás; Minas Gerais; Maranhão; Outros
Estado Civil	Solteiro; Casado; Divorciado; Viúvo; Outros
Dados profissionais dos trabalhadores entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia - DF	
Categoria Profissional	Técnico em enfermagem; Enfermeiro; Médico; Odontólogo; Nutricionista; Técnico em odontologia; Farmacêutico; Assistente social
Local de Formação	Distrito Federal; Goiás; Minas Gerais; Rio de Janeiro; São Paulo; Outros
Período de Conclusão do Curso	Nos anos 80; Nos anos 90; Entre 2000 a 2006; Entre 2007 a 2012
Dados profissionais dos trabalhadores entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia - DF	
Tempo de Atuação Profissional	De 1 a 5 anos; De 6 a 10 anos; De 11 a 15 anos; De 16 a 20 anos; De 21 a 25 anos; De 26 a 30 anos; > 30 anos
Dados dos profissionais de saúde entrevistados sobre o tema fitoterápicos e/ou plantas medicinais	
Receptividade em trabalhar com plantas medicinais e/ou fitoterápicos	Positiva; Negativa; Parcial
Tempo de atuação profissional com plantas medicinais e/ou fitoterápicos	Nenhum; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos
Utilizou ou indicou para familiares sobre o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos	Sem resposta; Sim; Não
Prescreveu ou orientou sobre planta medicinal e/ou fitoterápico em sua conduta profissional	Sim; Não
Indaga ao paciente se usa planta medicinal e/ou fitoterápico	Sem resposta; Sim; Não
Aspectos positivos sobre o uso de plantas medicinais/ fitoterápicos segundo a opinião dos profissionais de saúde entrevistados	Por confiar nos efeitos terapêuticos; Por ter menos efeitos colaterais; Por ser de baixo custo
Aspectos negativos sobre o uso de plantas medicinais/ fitoterápicos segundo a opinião dos profissionais de saúde entrevistados	Por desconhecimento sobre o programa de fitoterapia do Distrito Federal; Por desconhecimento técnico científico da área; Por falta de experiência na área
Planta medicinal ou Fitoterápico utilizado ou conhecido	Resposta aberta
Indicações terapêuticas segundo planta medicinal ou fitoterápico utilizado	Resposta aberta
Forma Farmacêutica ou forma de preparo segundo planta medicinal ou fitoterápico utilizado	Resposta aberta
Dados dos profissionais de saúde entrevistados sobre o tema Farmácia Viva do Distrito Federal	
Conhece o Programa Farmácia Viva/DF	Sim; Não
Esta unidade de saúde recebe fitoterápicos do Programa Farmácia Viva/DF?	Sim; Não; Não sei
Prescreve ou orienta sobre fitoterápico do Programa Farmácia Viva/DF?	Sem resposta; Sim; Não; Não sei

CAPÍTULO 2: RESULTADOS E DISCUSSÃO

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa aqui apresentada foi realizada com dois grupos distintos: os usuários dos serviços de saúde na Região Administrativa de Ceilândia e os profissionais da área da Saúde que atuam na região, ou seja, os profissionais que, em tese, atendem e cuidam do primeiro grupo.

2.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE CENTROS DE SAÚDE ENTREVISTADOS

A cidade de Ceilândia, criada em 1971, resultou do primeiro projeto de erradicação de favelas do DF. O projeto urbanístico da cidade foi elaborado pelo arquiteto Ney Gabriel, e tem a forma de um barril. Em razão do crescimento da população, a maior do Distrito Federal, tornou-se necessário a criação da RA IX, separando Ceilândia da RA III (Taguatinga) que englobava as duas localidades. Ceilândia abrange parte da quadra QNM, quadras QNN, QNO, QNP, QNQ e QNR. Nesta região administrativa, encontra-se o Parque Ecológico e Vivencial do Descoberto, que reúne grande variedade de flora e fauna, além de diversas quedas d'água (85).

Em 2010, segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), Ceilândia possuía uma das maiores populações urbanas do Distrito Federal, com 398.374 habitantes, com renda per capita mensal de R\$ 604 (1,2 salários mínimos). Ainda, de acordo com esta pesquisa, a principal corrente migratória dos residentes em Ceilândia é a nordestina, e esta corresponde a 32%. Os Estados do Nordeste de maior destaque em termos de migração foram Piauí (7,2%), Bahia (5,7%) e Maranhão (5,2%). Atualmente, Ceilândia possui 230,30 Km² e, segundo dados oficiais, apresenta aproximadamente 600.000 habitantes (85, 86).

Foram entrevistadas 558 pessoas distribuídas nos Centros de Saúde (CS) nº 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12 da região administrativa de Ceilândia (Figura 01). O número de entrevistados por CS variou de 60 a 122 pessoas e os resultados encontrados estão mostrados na Figura 02. A frequência de entrevistados nos CS nº 4 e 10, durante o

período da pesquisa, foi relativamente maior devido ao fato de que, no período referente à pesquisa, pacientes usualmente atendidos em outros CS foram direcionados aos CS 4 e 10, devido a reformas nos CS de origem.

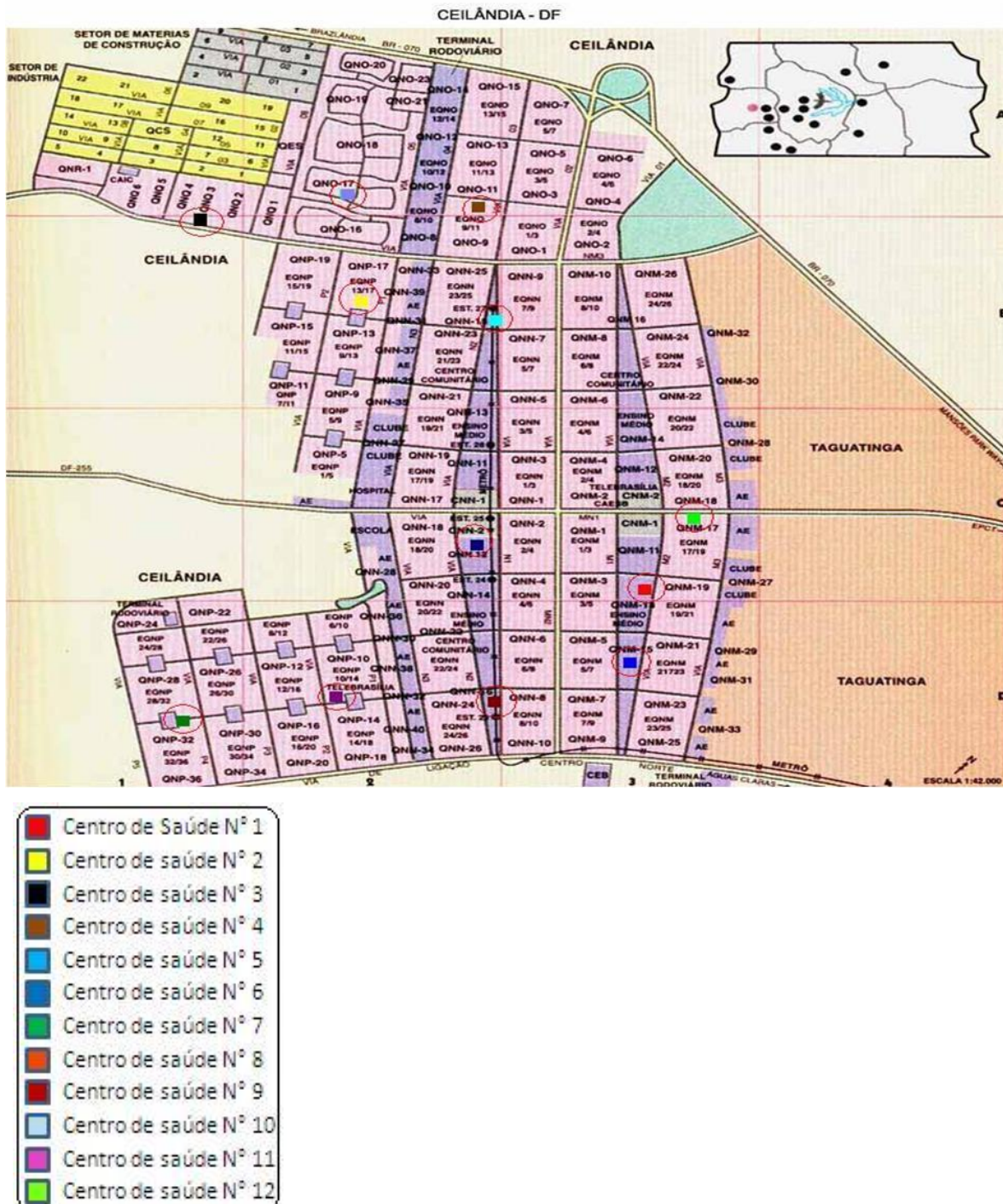


Figura 01. Mapa com a localização dos Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal. Fonte: IEC-SAÚDE (87)

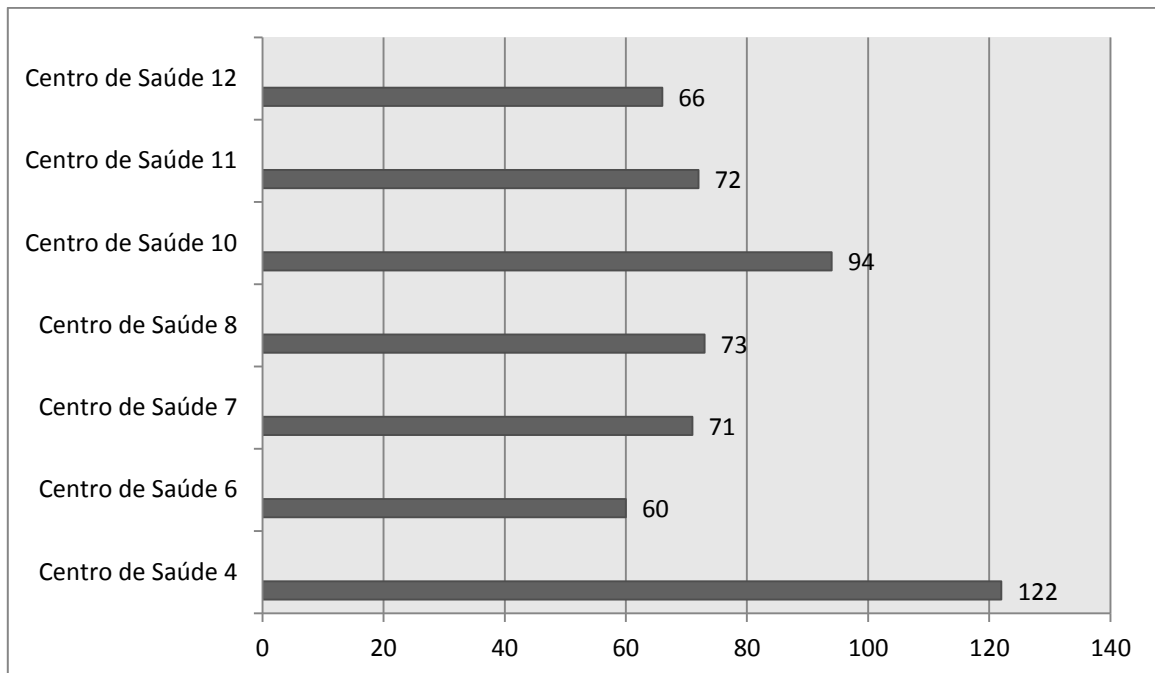


Figura 02 – Frequência de usuários entrevistados por Centro de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal (outubro/2011 a março/2012).

Os dados sócio-demográficos encontrados estão descritos detalhadamente na Tabela 01. Pode ser observado que, quanto ao gênero dos entrevistados, os resultados mostraram que a distribuição entre homens e mulheres foi 47,8% e 52,2%, respectivamente. Em relação à idade, a maioria concentrava-se na faixa etária de 35 a 59 anos (37,5%). Quanto à naturalidade, ou seja, quanto à origem dos entrevistados, a região mais representativa foi a Nordeste, com 44,6% dos entrevistados, seguida da região Centro-Oeste (36,7%). Sobre o estado civil, mais da metade dos entrevistados afirmou ser casada (58,4%), seguida de solteiros (24,9%). Em relação à escolaridade, dois grupos destacaram-se: aquele que afirmou ter até oito anos de educação formal (43%) e aquele que afirmou ter entre nove e onze anos de educação formal (46%).

Sobre os dados epidemiológicos, três variáveis foram analisadas: uso de medicamentos convencionais, ou seja, aqueles que são utilizados usualmente na terapêutica convencional; auto-análise sobre a saúde; e uso de plantas medicinais. Tais dados estão explicitados na Tabela 02.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos usuários da atenção primária entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012).

Dados	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Masculino	267	47,8%
Feminino	291	52,2%
Faixa etária		
18-34 anos	206	36,9%
35-59 anos	209	37,5%
> 60 anos	143	25,6%
Naturalidade		
Nordeste	249	44,6%
Centro-Oeste	205	36,7%
Outros	65	11,6%
Sem resposta	39	7,0%
Estado civil		
Solteiro	139	24,9%
Casado	326	58,4%
Divorciado	37	6,6%
Viúvo	44	7,9%
Outro	06	1,1%
Sem resposta	06	1,1%
Escolaridade		
Até oito anos de estudo	240	43%
De nove a onze anos de estudo	257	46%
De doze a dezesseis anos de estudo	55	10%
Sem resposta	06	01%

Tabela 2 - Dados sobre algumas variáveis epidemiológicas dos usuários da atenção primária entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012)

Variáveis epidemiológicas	Número de registros	Porcentagem
Utilização de medicamento convencional		
Sim	307	55,0%
Não	248	44,4%
Sem resposta	03	0,5%
Opinião quanto à própria saúde		
Boa	266	47,7%
Regular	181	32,4%
Excelente	73	13,1%
Ruim	35	6,3%
Sem resposta	03	0,5%
Utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos		
Sim	448	80,3%
Não	106	19,0%
Sem resposta	04	0,7%

Quanto ao uso de medicamentos sob prescrição médica, aproximadamente metade dos entrevistados (55%) faziam uso de pelo menos um medicamento. O uso de medicamentos no Brasil, ao longo dos anos, tem aumentado devido a investimentos do setor público visando a ampliação do acesso, assim como pelo desenvolvimento do mercado farmacêutico (88). Ainda, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2009, as famílias brasileiras tinham um gasto médio com medicamentos de R\$ 59,02, sendo que este foi considerado o principal gasto com serviço de saúde em famílias de baixa renda (89).

Quanto à auto-análise sobre a saúde, 47,7% dos entrevistados consideravam sua saúde boa, e 32,4% a consideraram regular. Em relação ao uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, 80,3% dos entrevistados afirmaram utilizá-las. Em comparação com dados da literatura, o valor encontrado de 80,3% de usuários, é inferior aos achados de cinco estudos avaliados em diferentes regiões do Brasil (90)(91)(92)(82)(93), os quais apresentaram frequência de uso acima de 90% entre os entrevistados. Contudo, estão de acordo com dados obtidos em estudos realizados no Distrito Federal em grupos específicos: a utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos foi de 83,9% por pacientes idosos do ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB) (94); 76,9% por pacientes crianças da atenção primária (95); e 52,3% por pacientes HIV positivos do ambulatório de AIDS do HUB (96).

2.2 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DE PLANTAS MEDICINAIS QUE BUSCAM OS CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO ADMINISTRATIVA CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL

Para avaliar o perfil dos usuários de plantas medicinais, informações sócio-demográficas e epidemiológicas foram analisadas com a variável de desfecho: usuário ou não usuário de plantas medicinais. Os resultados dessa análise estão mostrados na Tabela 03. Em relação ao gênero, 55,4% dos usuários foram do sexo feminino, ao passo que 59,4% dos não usuários foram do sexo masculino ($p=0,006$). A diferença foi estatisticamente significativa entre os entrevistados e está de acordo com dois estudos, nos quais o conhecimento sobre o uso e preparação de plantas medicinais cultivadas ao

redor dos domicílios é predominantemente das mulheres (82, 97). Em estudos exploratórios com “especialistas em plantas medicinais”, considerados pelos habitantes dos locais estudados, a maioria destes eram mulheres (40, 98). Tais achados justificam-se quanto ao papel da mulher como cuidadora dos filhos e dos doentes da família; por isso estas dominam tanto o cultivo como a preparação de plantas medicinais (51).

Entretanto, em dois estudos realizados no norte do país, os homens entrevistados apresentaram maior conhecimento sobre plantas medicinais do que as mulheres, sendo que um dos principais motivos considerado para esse achado foi o fato do maior contato destes com a floresta, devido às atividades profissionais exercidas, como seringueiros (41, 99), ou ainda a responsabilidade cultural destes de entrar na mata e buscar as espécies vegetais, como ocorre na Amazônia (82). Segundo Fuck e cols. (2005), geralmente, as mulheres possuem maior conhecimento sobre plantas medicinais que se encontram nos quintais e nos sítios, enquanto que os homens dominam o saber das plantas do mato (51). Por isso, pesquisas realizadas em ambientes urbanos, no interior ou até em ecossistemas diferentes podem resultar em informações contraditórias quanto ao gênero, pois a região e as atividades econômicas exercidas podem influenciar nos resultados encontrados. Em Ceilândia, por ser uma área urbana, houve o predomínio das mulheres, entre os entrevistados usuários de plantas medicinais e fitoterápicos. Em consonância com este achado, dois estudos realizados no DF mostraram que a maioria dos que afirmaram utilizar ou indicar para parentes plantas medicinais e fitoterápicos foram mulheres (94, 95).

Quanto à idade dos entrevistados, o grupo etário dos usuários de plantas medicinais concentrava-se na faixa de 35-59 anos (40,2%). Este achado revelou que a população adulta possui este hábito, enquanto que os jovens entrevistados representavam 50% do grupo de não usuários de plantas medicinais. Os resultados mostram diferenças significativas entre faixas etárias e uso de plantas medicinais ($p=0,005$).

De acordo com Brasileiro e cols. (2008), os jovens não possuem interesse por plantas medicinais (92). Ainda, em consonância com tal afirmativa, vários motivos podem ser citados como justificativa: rompimento da cadeia de transmissão de tal conhecimento pela família pela diminuição do tempo de convivência com jovens por causa dos meios de comunicação; preferência no uso de medicamentos sintéticos; a falta de interesse associada a falta de conhecimento; e ainda a descrença na eficácia das plantas medicinais que desestimulam seu uso (51, 92, 98, 100). Por conseguinte, é necessário preservar o conhecimento sobre o uso tradicional de plantas medicinais, considerando

que a transmissão entre gerações está sendo prejudicada e tal característica foi significativa entre os entrevistados.

Em relação aos usuários de plantas medicinais, não houve diferenças significativas entre a origem dos entrevistados e uso de plantas medicinais ($p=0,61$). Tal achado está de acordo com revisão realizada por Agra e cols. (2008), na qual foi descrito alto índice de uso de plantas medicinais tanto em estudos realizados em regiões do Nordeste, como em várias áreas do Brasil, bem como em vários países ao redor do mundo (101). Ou seja, tal revisão e os achados dessa pesquisa revelaram que o uso de plantas medicinais não se limita a áreas específicas do país.

Quanto à investigação sobre o grau de instrução formal dos entrevistados, 46,3% dos usuários afirmaram apresentar até 8 anos de estudo formal, enquanto que 59,5% dos não usuários afirmaram ter de 9 a 11 anos de estudo. Este resultado está de acordo com os achados de três estudos realizados no Brasil, que apresentaram como característica em comum, quanto à escolaridade, predominância de instrução até oito anos de estudo formal, entre os que afirmaram usar plantas medicinais (71, 92, 102). Segundo Santos e cols. (2008), há uma tendência do conhecimento sobre plantas medicinais diminuir à medida que aumenta o nível de escolaridade entre os usuários desta prática (41). Além disso, estudos realizados no DF mostraram que cerca de 60% dos idosos entrevistados ($n=180$) possuíam até quatro anos de estudo (94) e 84% destes afirmaram utilizar plantas medicinais e fitoterápicos; ao passo que aproximadamente 40% de pacientes HIV positivos entrevistados ($n=67$) possuíam de 5 a 8 anos de estudo e afirmaram utilizar tais práticas terapêuticas (96).

Dentre os entrevistados, 58% afirmaram utilizar concomitantemente medicamentos convencionais e plantas medicinais. Este resultado apresentou diferença significativa ($p=0,004$) e é considerado um cenário preocupante, uma vez que podem ocorrer interações medicamento-plantas gerando efeitos adversos (103). Sabe-se que quando um produto é usado de forma inadequada, mesmo que tenha baixa toxicidade, pode gerar problemas graves quando associado ao uso concomitante com medicamentos, ou seja, algumas plantas podem reduzir, aumentar ou se opor à ação de medicamentos convencionais (104).

Ainda em relação ao uso concomitante, segundo revisão de Cordeiro e cols. (2005), sobre interações possíveis entre as espécies vegetais *Hypericum perforatum* L. e *Piper methysticum* F. com fármacos ou plantas, pode-se concluir que o ditado “produto natural não faz mal” deve ser questionado, pois várias interações planta-planta ou planta-medicamento foram relatadas, incluindo efeitos letais (105).

Sobre a percepção da saúde, os dados não apresentaram diferenças significativas ($p=0,265$). Considerar a própria saúde como “boa” foi a principal resposta tanto de usuários (47,1%) como de não usuários (49,5%) de plantas medicinais.

Foram relatadas, pelos entrevistados, 135 espécies vegetais citadas como plantas medicinais, fitoterápicos ou associações, totalizando uma frequência de 1241 citações. Quase metade destas foi: cidreira (160), boldo (119), capim santo (107), mastruz (101), hortelã (84) e limão (62), enquanto que 99 espécies vegetais tiveram no máximo cinco citações nas entrevistas.

Nomes comerciais de medicamentos sintéticos foram relatados como plantas medicinais: anador, dipirona e vick, encontrados nessa pesquisa. Isso ocorre devido à influência da medicina convencional no meio popular; semelhanças quanto à suposta ação farmacológica, cheiro ou sabor, percebidas entre medicamentos convencionais e plantas medicinais são uma das principais razões (44). Além disso, tal fato pode ser visto como uma tentativa da população de valorizar o saber popular.

Segundo levantamento bibliográfico, os nomes comerciais correspondem às respectivas espécies vegetais, a saber, anador (*Justicia pectoralis* Jacq., *Alternanthera brasiliana* (L.) Kuntze e *Pfaffia* sp.); vick (*Polygala paniculata* L.); antibiótico (*Alternanthera brasiliana*); novalgina (*Achillea millefolium*, *Alternanthera brasiliana* e *Pfaffia* sp.), doril (*Pfaffia glomerata* Spreng); insulina (*Cissus cf. tinctoria*) e tetrex (*Alternanthera brasiliana* (L.) Kuntze) (44, 97, 106-109). Contudo, tais informações não descartam o fato de que as espécies utilizadas pelos entrevistados sejam diferentes das citadas na literatura, considerando que os nomes populares variam fortemente de uma região para outra no país.

As espécies citadas pelos usuários, em sua maioria, são espécies exóticas. E este achado está de acordo com a literatura, pois segundo levantamento bibliográfico realizado por Veiga-Junior (2008) sobre estudos etnofarmacológicos no Brasil, os poucos que existem relataram que a frequência do uso de plantas exóticas é muito superior quando comparada com o uso de plantas nativas (82). Ainda, em consonância com estudo realizado em Mossâmedes/GO, a maioria dos usuários de plantas medicinais afirmaram utilizar plantas exóticas domesticadas como *Rosmarinus officinalis* L., *Achyrocline satureioides* D. C., *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf, *Mentha* sp., *Aloe vera* (L.) Brum f. e *Plectranthus barbatus* Andr.(110).

Tabela 3 – Características de usuários e não usuários de plantas medicinais e/ou fitoterápicos em relação aos dados sócio-demográficos e epidemiológicos estudados, entre entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012).

Dados	Usuário (frequência)	Não usuário (frequência)
Gênero		
Masculino	200	63
Feminino	248	43
Faixa etária		
18-34 anos	151	53
35-59 anos	180	28
> 60 anos	117	25
Naturalidade		
Nordeste	204	44
Centro-oeste	165	37
Outro	50	15
Sem resposta	29	10
Estado civil		
Solteiro	106	32
Casado	264	59
Divorciado	33	04
Viúvo	35	09
Outro	05	01
Sem resposta	05	01
Escolaridade		
Até oito anos de estudo	205	35
De nove a onze anos de estudo	193	63
De doze a dezessete anos de estudo	45	8
Sem resposta	05	00
Uso de medicamento		
Sim	261	45
Não	185	60
Sem resposta	02	01
Auto-análise da saúde		
Excelente	56	17
Boa	210	52
Regular	154	27
Ruim	26	09
Sem resposta	02	01

Vários nomes de espécies vegetais mencionados pelos entrevistados são considerados incomuns. Podem ser citados, por exemplo, camaçari, catinga de porco, fedegoso, podoi e ainda pé de carne (Tabela 4).

Tabela 4 – Alguns nomes populares de plantas medicinais citados pelos entrevistados e seus respectivos nomes científicos, de acordo com a literatura pesquisada.

Nome popular	Família	Nome científico	Referências
Camaçari	Calophyllaceae	<i>Caraipa densifolia</i> Mart.	(111)
	Sem identificação*	Sem identificação*	(112)
	Combretaceae	<i>Terminalia glabrenscens</i> Mart.	(113)
	Combretaceae	<i>Terminalia fagifolia</i>	(114)
	Vochysiaceae	<i>Vochysia</i> sp.	(115)
Catinga de porco	Fabaceae	<i>Caesalpinia bracteosa</i> Tul.	(116)
	Fabaceae	<i>Caesalpinia pluviosa</i> DC.	(116)
	Fabaceae	<i>Caesalpinia pyramidalis</i>	(117)
	Euphorbiaceae	<i>Croton echiodes</i> Baill	(118)
	Combretaceae	<i>Terminalia brasiliensis</i> Camb.	(119, 120)
	Combretaceae	<i>Terminalia fagifolia</i> Mart.	(113)
Fedegoso	Caesalpinaceae	<i>Cassia tora</i>	(114)
	Boraginaceae	<i>Heliotropium indicum</i> L.	(106, 112)
	Caesalpinaceae	<i>Senna occidentalis</i> (L) Link	(108, 121)
	Caesalpiniceae	<i>Senna uniflora</i> (P. Miller) Irwin & Barneby	(97, 122, 123)

Como existem diferenças regionais quando aos nomes populares das espécies, tal fato pode gerar erros quanto à identificação correta da planta medicinal. Para melhor exemplificar, foi realizada uma pesquisa na literatura, banco de dados e ferramentas de buscas diferentes, a fim de avaliar se há diferenças quanto ao nome científico e quanto a família botânica de três plantas medicinais citadas pelos entrevistados dessa pesquisa, a saber, camaçari, catinga de porco e fedegoso.

De acordo com o levantamento, dados detalhados na Tabela 4, pode ser observado que camaçari foi identificado com quatro nomes científicos em três famílias distintas e em um estudo não foi possível identificar a espécie; catinga de porco, por sua vez, foi identificada com seis nomes científicos em três famílias; e ainda, fedegoso foi identificado com quatro nomes científicos em duas famílias. Portanto, pode-se observar desse levantamento, que tais plantas medicinais estudadas possuem o mesmo nome popular, porém são espécies vegetais diferentes. E, por isso, erros na identificação podem acarretar em efeitos farmacológicos e até toxicológicos distintos do esperado.

Os dados mostrados na Tabela 05 detalham as informações quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos pelos usuários, divididas em: origem do conhecimento, parte da planta utilizada, forma de preparo, forma de uso e recomendações quanto ao uso. É importante ressaltar que as quatro últimas informações estão interligadas às 1241 citações de plantas medicinais pelos entrevistados (Quadro 03).

O conhecimento adquirido por 75% dos usuários sobre como e qual planta medicinal utilizar foi obtido por meio de informação de familiares. De acordo com vários

estudos científicos, o conhecimento sobre utilização de plantas medicinais é repassado de geração a geração, assim como o observado nessa pesquisa (34, 40, 51, 101, 124, 125).

Sobre a parte da planta mais utilizada, 77,2% relataram usar as folhas, seguido do uso do fruto (9,62%). A utilização de folhas representa uso sustentável, pois, se a retirada das partes aéreas não for excessiva, não impedirá o desenvolvimento e a reprodução da planta (93, 126). A preparação mais comum é o chá, podendo ser por infusão (41%) ou decocção (33,6%). O chá está associado ao uso predominante de folhas, e este achado está de acordo com resultados encontrados em estudos semelhantes em diferentes regiões do Brasil (91-93, 127, 128).

Quanto à forma de uso, a via oral foi a forma mais representativa entre os entrevistados (94%). Sobre as recomendações de uso, três grupos foram considerados nas entrevistas, adultos, grávidas e crianças; os entrevistados apresentaram certa cautela nas respostas, e a metade deles (54%) julgou que apenas adultos poderiam usar tais plantas medicinais sem risco, enquanto que 27% revelaram que todos os grupos não correm risco algum pelo uso.

Com efeito, sobre uso de plantas medicinais por gestantes, segundo investigação de Rangel e Bragança (2009), 58% das entrevistadas faziam uso de alguma planta medicinal durante a gestação; e os motivos de tal prática por este grupo, de acordo com estes autores, foram vários, a saber: por ser remédio natural, eficaz, saudável, gratuito, sem química, dentre outros (129). Entretanto, em estudo realizado por Campesato (2005), com amostra de 886 mães, apenas 32% utilizavam algum tipo de fitoterápico e/ou planta medicinal durante a gravidez (130). Tais estudos mostram que o uso de plantas medicinais e fitoterápicos na gravidez não é caso isolado e por isso informações sobre os riscos e benefícios quanto a esse uso devem ser divulgados.

Além de mulheres grávidas, deve-se investigar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos em crianças, visto que este grupo apresenta aumento na morbimortalidade devido a efeitos adversos e toxicidades associado ao uso indiscriminado de medicamentos e/ou associações (131). Em estudo realizado por Tôrres e cols. (2005), aproximadamente 27% dos acompanhantes de crianças trataram os infantes com plantas medicinais antes de procurar atendimento ambulatorial, sendo que 41,7% associaram plantas medicinais com algum medicamento convencional. Os autores sugeriram que se deve reforçar a investigação do uso de plantas medicinais em crianças na anamnese para que riscos e benefícios possam ser melhor analisados (131).

Tabela 5 - Informações gerais dos usuários de plantas medicinais e/ou fitoterápicos entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012)

Dados etnobotânicos	Frequência	Porcentagem
Origem da informação sobre plantas medicinais / fitoterápicos		
De familiares	336	75,0%
De vendedores e/ou raizeiros.	05	1,1%
De médicos, farmacêuticos e/ou enfermeiros.	09	2,0%
De anúncios em rádio, televisão, jornais, revistas ou internet.	09	2,0%
De livros cujo tema é plantas medicinais	03	0,7%
De amigos	15	3,3%
Outro	07	1,6%
Sem resposta	06	1,3%
Mais de uma alternativa	58	13%
Parte da planta utilizada pelos usuários		
Folha	867	77,20%
Fruto	108	9,62%
Casca	53	4,72%
Semente	25	2,22%
Raízes	21	1,87%
Sachê (segundo entrevistados)	17	1,51%
Flor	10	0,89%
Caule	01	0,09%
Duas ou mais respostas	21	1,88%
Forma de preparo citada pelos usuários		
Infusão	494	41,0%
Decocção	405	33,60%
Suco	143	11,86%
Maceração	72	6,0%
Outros	33	2,70%
Duas ou mais respostas	58	4,80%
Formas de uso de plantas medicinais citadas pelos usuários		
Via oral	1139	94%
Banho	19	1,6%
Inalação	11	0,9%
Outros	28	2,3%
Duas ou mais respostas	13	1,1%
Recomendações de uso de plantas medicinais de acordo com os usuários		
Somente adultos	630	54%
Adultos, crianças e grávidas	319	27%
Somente adultos e crianças	208	18%
Somente adultos e grávidas	11	0,9%
Somente crianças	01	0,09%
Somente grávidas	00	0%

Quadro 3- Plantas medicinais, fitoterápicos e/ou associações (garrafadas) citados pelos usuários de plantas medicinais entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012), em ordem alfabética.

Planta medicinal	Registro	Planta medicinal	Registro	Planta medicinal	Registro
Abacate	01	Catuaba	01	Malva	07
Abacaxi	03	Cavalinha	03	Mama cadela	01
Açafrão	02	Cebolinha Branca	03	Mamona	03
Acelga	02	Chá Mate	05	Mangabeira	02
Agrião	06	Chá verde®	09	Manjerição	02
Alecrim	14	Chuchu	03	Maracujá	06
Alfavaca	06	Cidreira	160	Marcela	09
Alfazema	02	Coentro	01	Massilica	01
Algodão	33	Confrei	01	Mastruz	101
Alho	39	Contra Erva	01	Melancia	01
Ameixa	03	Copaíba	02	Morango	01
Amêndoa	01	Couve	02	Mostarda	01
Amora	08	Cravo da Índia	03	None	05
Anador (Planta)	05	Cumaru	01	Noz moscada	05
Anil estrelado	01	Dipirona (Planta)	02	Óleo de borragem	01
Anjico	02	Endrio	01	Óleo de Pau	01
Arnica	06	Erva de Bicho	01	Passiflora	02
Aroeira	04	Erva Doce	37	Pata de Vaca	04
Arruda	05	Espinheira santa	05	Pau de Pente	01
Assa Peixe	08	Eucalipto	16	Pau do Pereira	01
Babosa	16	Fedegoso	01	Pau do tenente	03
Bálsamo	02	Folha Santa	06	Pé de Carne	01
Banana	01	Fumo	01	Penicilina	03
Barbatimão	11	Garrafada	14	Picão	02
Batata	01	Gengibre	12	Pinhão do Lajedo	01
Beringela	04	Ginseng	01	Podoi	01
Beterraba	02	Goiaba	04	Poejo	16
Boldo	119	Graviola	02	Purangaba	01
Caboclo	01	Guaco	04	Quebra pedra	11
Caju Roxo	02	Hortelã	84	Quina	01
Calunga	03	Imburana	05	Quixaba	01
Camaçari	01	Insulina	01	Romã	09
Camomila	60	Jamelão	01	Rosa branca	01
Cana	02	Jatobá	02	Sabugueiro	06
Cana de macaco	01	Juá	01	Sene	04
Canela	04	Jurubeba	01	Sete Dores	16
Capim de cheiro	01	Laranja	26	Sucupira	02
Capim de nervo	01	Lichi amarelo	01	Tamarindo®	01
Capim de trigo	01	Limão	62	Transagem	02
Capim Santo	107	Linhaça	01	Unha de gato	01
Carnaúba	01	Lobeira	01	Urucum	01
Carqueja	10	Losna	01	Uva	02
Catinga de porco	03	Louro	01	Vick (Planta)	03
Catingueira	01	Maçã	01	Total	1241

Em Ceilândia, local desse estudo, uma pesquisa realizada com 26 acompanhantes de crianças numa unidade básica de saúde, revelou que 77% destas utilizaram alguma planta medicinal para tratar doenças. O principal motivo para utilização desta prática terapêutica entre as entrevistadas foi a crença nos efeitos medicinais das espécies vegetais, além do alto custo de medicamentos sintéticos (95).

Quanto às indicações terapêuticas, ou seja, “para que doença/sintoma plantas medicinais são usadas”, aos entrevistados foram apresentadas sete opções de respostas, sendo essas de múltipla escolha (Figura 03). Aproximadamente 49,8% dos usuários afirmaram utilizar plantas medicinais para acalmar e/ou dormir melhor; enquanto que 46% utilizavam para “gripes”, resfriados e/ou tosses; 39,7% para tratar azia, má digestão e/ou ressaca; 27% para tratar dor de cabeça, cólica ou reumatismo; 14,7% para tratar contusões (uso local); 4,9% para emagrecer e 23,7% para outras indicações.

Foi possível observar que, na literatura, as principais plantas citadas neste estudo estão associadas às indicações terapêuticas citadas pelos usuários. Conforme documentos pesquisados, relacionados com as espécies vegetais a seguir, há efeitos ansiolítico, sedativo leve e antiespasmódico tanto em cidreira (*Melissa officinalis* L.) como em capim santo [*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf] (32, 132-134); efeitos antiespasmódico, antidispéptico e expectorante em hortelã (*Mentha x piperita* L.) (32, 132-134); e antidispéptico em boldo (*Plectranthus barbatus*) (32, 133).

Portanto, dos achados descritos sobre o conhecimento dos usuários de plantas medicinais e fitoterápicos, pode-se concluir que os indivíduos entrevistados apresentam vasto conhecimento tradicional quanto a essas práticas. Além disso, várias informações como principais espécies vegetais citadas; origem da informação; forma de uso; forma de preparo e indicações terapêuticas apresentaram concordância com a literatura pesquisada, anteriormente mencionada. Isso indica que o saber científico e o saber popular por vezes se aproximam, como observado nesse estudo. Porém deve-se ressaltar que estudos sobre as divergências entre esses saberes são necessários para evitar danos à saúde.

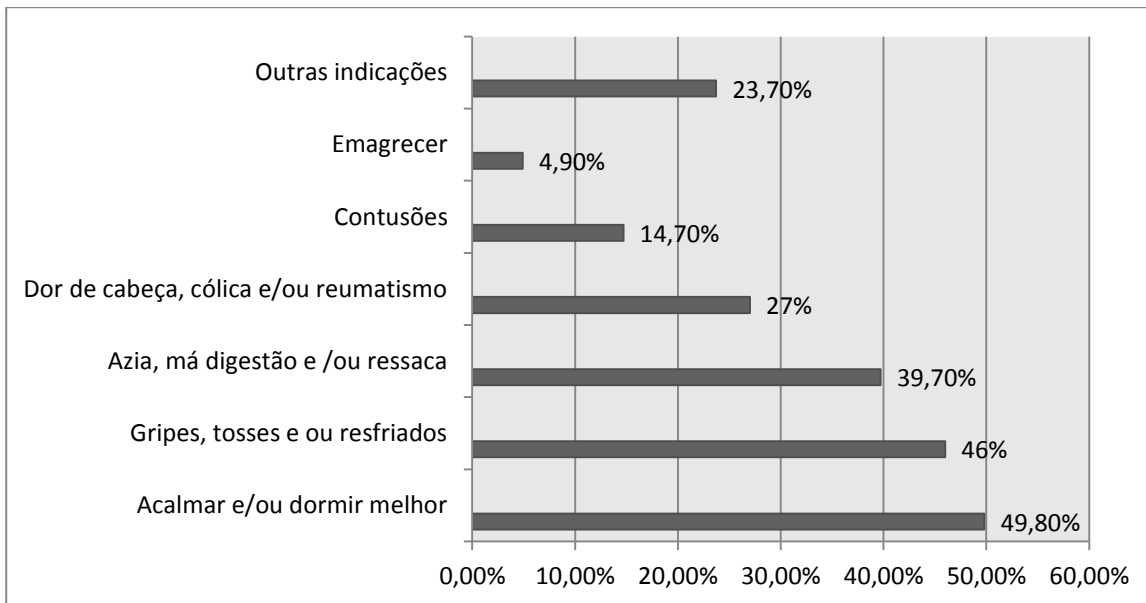


Figura 3 – Principais indicações terapêuticas de plantas medicinais e/ou fitoterápicos relatadas pelos usuários entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (outubro/2011 a março/2012)

2.3 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS NOS CENTROS DE SAÚDE

Centro de Saúde pode ser definido como uma unidade da atenção à saúde destinada a prestar assistência à saúde de uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas são definidas conforme características epidemiológicas da população, assim como seu tamanho e capacidade resolutiva (135).

Os 12 CS da regional de saúde de Ceilândia oferecem diversos tipos de serviços, tais como atendimento em ações básicas como sala de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança; teste do pezinho; sala de injeções e curativos; sala de imunização; nebulização; coleta de exames laboratoriais; e dispensação de medicamentos. Tais unidades ainda possuem as especialidades clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia (136).

Foram abordados 129 profissionais de saúde do SUS em sete Centros de Saúde da Região Administrativa Ceilândia/DF, a saber: CS 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12. Desses, 93 concordaram em participar dessa pesquisa. A frequência de entrevistados por unidade de saúde variou de 4 a 22 entrevistados, a distribuição está presente na Figura 04.

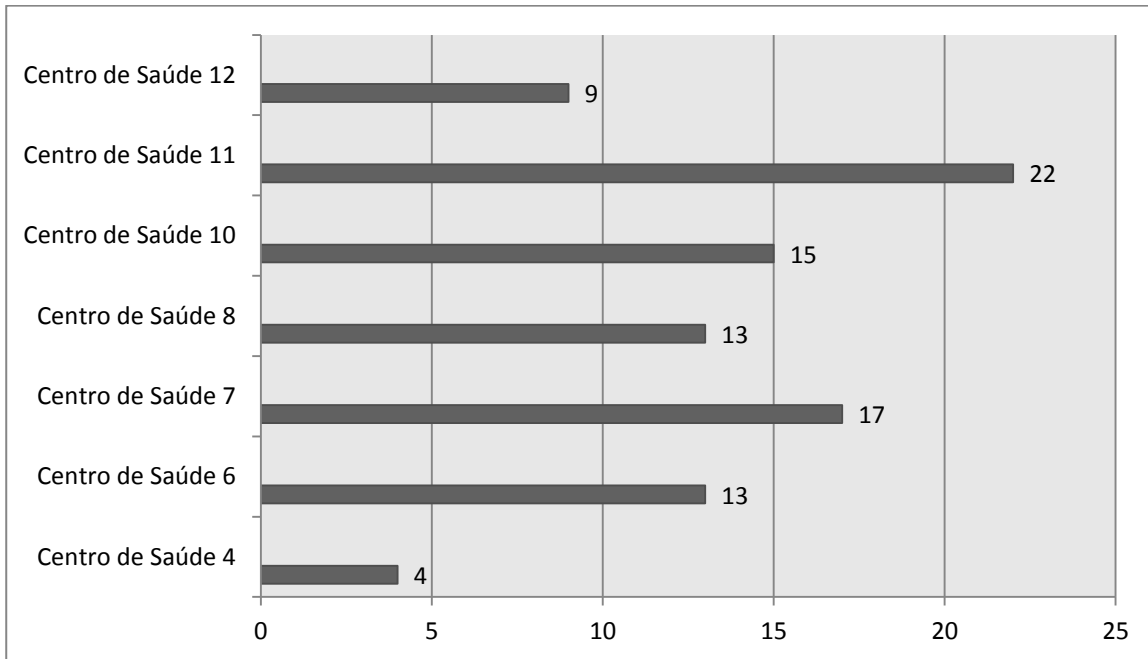


Figura 4 – Frequência de profissionais de saúde entrevistados por Centro de Saúde de Ceilândia- DF (dezembro/2012 a março/2013)

As informações quanto aos dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde entrevistados estão presentes na Tabela 06. Dos entrevistados, a grande maioria correspondeu a mulheres (83%); Sobre a naturalidade, 44% nasceram no Distrito Federal, seguidos de 13% que nasceram em Goiás. Em relação ao estado civil, cerca de 64% afirmaram ser casados, seguido de solteiros, que representaram 21%. Sobre a idade, cerca de 73% dos entrevistados encontram-se na faixa etária de 36 a 55 anos.

Quanto à categoria profissional, o maior número de entrevistados foi de técnicos em enfermagem (38,7%), enfermeiros (24,7%) e médicos (18,3%). Sobre o local de formação dos entrevistados, cerca de metade formou-se no Distrito Federal (52,7%), enquanto que, em relação ao tempo de formação, o maior período encontrado foi de 13 a 22 anos de formação (38,7%). Esse achado está em consonância com o tempo de atuação encontrado por estes profissionais que foi de 11 a 15 anos (22,6%). Todas estas informações estão na tabela 07.

Tabela 6 - Dados sócio-demográficos dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013)

Dados	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Masculino	16	17,2%
Feminino	77	82,8%
Faixa etária		
18 a 35 anos	24	25,8%
36 a 55 anos	68	73,1%
> 56 anos	1	1,1%
Naturalidade		
Distrito Federal	41	44,1%
Goiás	12	12,9%
Minas Gerais	10	10,8%
Maranhão	05	5,4%
Outros*	25	26,8%
Estado civil		
Solteiro	20	21,5%
Casado	59	63,4%
Divorciado	11	11,8%
Viúvo	01	1,1%
Outros	02	2,2%

* respostas inferiores a 5%

Dos resultados encontrados sobre o tema fitoterapia e plantas medicinais (Tabela 08), 85% dos profissionais entrevistados mostraram-se receptivos quanto a trabalhar com fitoterápicos e/ou plantas medicinais. Tal resultado está de acordo com estudo realizado com 484 estudantes de medicina, no qual 85% afirmaram que disciplinas relacionadas a práticas terapêuticas não convencionais na graduação deveriam ser obrigatórias ou optativas, ou seja, pareceu existir elevado interesse desses futuros profissionais em aprender sobre tais práticas (137).

Contudo, aproximadamente 68% dos entrevistados dessa pesquisa afirmaram não possuir tempo de atuação com fitoterápicos em sua carreira profissional. Quando questionados sobre a utilização ou indicação para familiares, 78,5% afirmaram ser usuários ou indicar plantas medicinais e/ou fitoterápicos. Em contrapartida, em estudo realizado em Juiz de Fora – MG, apenas 33,3% dos entrevistados utilizavam ou já haviam utilizado algum tipo de PTNC, incluindo fitoterapia (81).

Tabela 7 - Informações profissionais dos trabalhadores entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013)

Dados profissionais	Frequência	Porcentagem
Categoria profissional		
Técnico em enfermagem	36	38,7%
Enfermeiro	23	24,7%
Médico	17	18,3%
Odontólogo	09	9,7%
Nutricionista	04	4,3%
Técnico em odontologia	02	2,2%
Farmacêutico	01	1,1%
Assistente social	01	1,1%
Local de formação		
Distrito Federal	49	52,7%
Goiás	13	14,0%
Minas Gerais	07	7,5%
Rio de Janeiro	05	5,4%
São Paulo	04	4,3%
Outros	15	16,1%
Período de conclusão do curso		
Nos anos 80	19	20,4%
Nos anos 90	36	38,7%
Entre 2000 a 2006	28	30,1%
Entre 2007 a 2012	10	10,8%
Tempo de atuação profissional		
De 1 a 5 anos	16	17,2%
De 6 a 10 anos	17	18,3%
De 11 a 15 anos	21	22,6%
De 16 a 20 anos	13	14,0%
De 21 a 25 anos	12	12,9%
De 26 a 30 anos	13	14,0%
> 30 anos	01	1,1%

2.4 ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS QUANTO AO USO DE FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS

Em relação à conduta profissional, apenas 63,4% afirmaram prescrever ou orientar os pacientes quanto ao uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos. De acordo com o achado, vários estudos apontam para a fitoterapia como uma das principais PTNC indicadas pelos profissionais de saúde (81, 138) (82). Tais autores destacaram que os principais motivos para os altos índices de uso da fitoterapia e plantas medicinais, no

contexto das PTNC, são: uso dessas fundamentado em tempos remotos; aumento de pesquisas clínicas com tais produtos; espécies vegetais são a principal fonte para produção de medicamentos convencionais e; ainda, o pensamento cultural de que espécies vegetais são naturais e portanto inofensivas.

Tabela 8 – Informações dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF, sobre o tema fitoterápicos e/ou plantas medicinais (dezembro/2012 a março/2013)

Dados	Frequência	Porcentagem
Receptividade em trabalhar com plantas		
Medicinais e/ou fitoterápicos		
Positiva	79	84,9%
Negativa	13	14,0%
Parcial	01	1,1%
Tempo de atuação profissional com plantas		
medicinais e/ou fitoterápicos		
Nenhum	63	67,7%
1 a 5 anos	20	21,5%
6 a 10 anos	05	5,4%
11 a 15 anos	02	2,2%
16 a 20 anos	03	3,2%
Utilizou ou indicou para familiares sobre o uso de		
plantas medicinais e/ou fitoterápicos		
Sem resposta	01	1,1%
Sim	73	78,5%
Não	19	20,4%
Prescreveu ou orientou sobre planta medicinal e/ou		
fitoterápico em sua conduta profissional		
Sim	59	63,4%
Não	34	36,6%
Indaga ao paciente se usa planta medicinal		
e/ou fitoterápico		
Sem resposta	31	33,3%
Sim	36	38,7%
Não	26	28,0%

Em relação ao FV-DF, aproximadamente 83% dos entrevistados afirmaram não conhecer tal programa e 45,2% dos entrevistados afirmaram que o Centro de Saúde no qual trabalhavam não recebia fitoterápicos do Programa Farmácia Viva/DF (Tabela 09); Ainda, 72% afirmaram não prescrever ou orientar sobre fitoterápicos do programa mencionado.

Tabela 9 – Informações dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia - DF, sobre o tema Farmácia Viva do Distrito Federal (dezembro/2012 a março/2013)

Dados	Frequência	Porcentagem
Conhece o Programa Farmácia Viva/DF		
Sim	16	17,2%
Não	77	82,8%
Esta unidade de saúde recebe fitoterápicos do Programa Farmácia Viva/DF?		
Sim	11	11,8%
Não	42	45,2%
Não sei	40	43,0%
Prescreve ou orienta sobre fitoterápico do Programa Farmácia Viva/DF?		
Sem resposta	08	8,6%
Sim	14	15,1%
Não	67	72,0%
Não sei	04	4,3%

Pode ser observada certa incoerência nas respostas obtidas. A maioria desses profissionais não conhece o FV-DF e por isso não prescreve ou orienta sobre a utilização dos produtos fornecidos, mas quase metade dos entrevistados afirmou que os CS nos quais trabalhavam não recebiam fitoterápicos FV-DF. Assim, o “desencontro” dessas afirmações parece estar atrelado à falta de conhecimento sobre o serviço de fitoterapia estudado.

No período no qual foi realizada essa pesquisa, somente dois dos doze Centros de Saúde de Ceilândia recebiam produtos da FV-DF. E atualmente, até onde vai nosso conhecimento, mesmo os dois Centros de Saúde supracitados não distribuem os fitoterápicos da FV-DF, ou seja, a Região Administrativa de Ceilândia não está coberta por esse serviço de saúde.

Os entrevistados que afirmaram ser receptivos a tal terapêutica (85%) foram solicitados a responder sobre os aspectos positivos, e os entrevistados que afirmaram não ser receptivos a esta prática (14%) sobre os aspectos negativos. Os principais resultados encontrados estão no Quadro 04, e as respostas foram de múltipla escolha. Confiar nos efeitos terapêuticos e ter menos efeitos colaterais, ambos com 62%, foram os dois principais aspectos positivos encontrados, enquanto que em relação aos aspectos negativos, o principal motivo encontrado foi “desconhecimento sobre o programa de fitoterapia do Distrito Federal” (54%).

Quadro 4 - Principais resultados sobre os aspectos positivos e negativos do uso de plantas medicinais/ fitoterápicos segundo a opinião dos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia - DF (dezembro/2012 a março/2013)

Aspectos positivos	Porcentagem	Aspectos negativos	Porcentagem
Por confiar nos efeitos terapêuticos	62%	Por desconhecimento sobre o programa de fitoterapia do Distrito Federal	53,8%
Por ter menos efeitos colaterais	62%	Por desconhecimento técnico científico da área	46,2%
Por ser de baixo custo	57%	Por falta de experiência na área	46,2%

Apesar do aspecto positivo “ter menos efeitos colaterais” ser um dos mais citados, nos achados de Veiga-Junior (2008), 41% dos profissionais entrevistados não as indicavam por estas provocarem reações adversas como: alergias, problemas de visão, náuseas, vômitos e distúrbios hormonais (82). Portanto, pode-se observar que à medida que os profissionais aprendem sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais, há também uma conscientização acerca dos efeitos adversos desses.

Ainda sobre os aspectos positivos, algumas informações estão contrárias à realidade. Pode ser observado que nem sempre medicamentos fitoterápicos são de “baixo custo”, em alguns casos são mais caros do que medicamentos convencionais. Além disso, como já mencionado, plantas medicinais e fitoterápicos possuem efeitos colaterais que geralmente não são conhecidos pela população e pelos profissionais de saúde.

Sobre os principais aspectos negativos citados, pode-se observar que estes estão interligados, pois se relacionam com o conhecimento, seja da prática terapêutica, seja dos programas relacionados disponíveis de forma que, desse achado, pode-se observar que desconhecimento científico é o principal obstáculo para a adesão dos profissionais de saúde à fitoterapia.

Sobre as plantas medicinais e/ou fitoterápicos conhecidos, os entrevistados fizeram 89 citações entre plantas medicinais, fitoterápicos e/ou associações (Quadro 5).

As dez espécies vegetais mais citadas foram: guaco, camomila, boldo, babosa, alecrim, algodão, amora, mastruz, arnica e confrei.

Foram citados seis nomes comerciais de fitoterápicos: Abrilar® (extrato seco de *Hedera helix* L.), Ad-Muc® (extrato fluido de *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert), Figatil® (extrato fluido ou seco de *Cynara scolymus* L. e *Peumus boldus*), Maracugina® (extrato seco de *Passiflora alata*, *Erythrina mulungu* e *Crataegus oxyacantha*), Metamucil® (*Psyllium husk*) e Pسالix® (extrato seco de *Passiflora incarnata* L., *Crataegus oxyacantha*

L. e *Salix alba* L.). Segundo Freitas e cols. (2006), apenas 20 medicamentos fitoterápicos no Brasil representavam mais de 60% das vendas deste produto em 2006 (139), sendo que, dentre estes, quatro foram citados pelos entrevistados, a saber: Abrilar®, Maracugina®, Metamucil® e Pasalix®.

Além disso, três compostos homeopáticos foram citados como fitoterápicos, a saber, Aconitum CH12, Arnica CH3 e Symphitus CH. Do mesmo modo, produtos de origem animal foram citados, como própolis e mel; e duas citações não foram identificadas, etere e mucilagem. Ainda, dois insumos também foram mencionados, estes foram: faseolamina (extrato de *Phaseolus vulgaris*) e Koubo® (extrato de cactus *Cereus* sp) (140).

Quadro 5 – Plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia-DF (dezembro/2012 a março/2013), em ordem alfabética (continua)

Plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados	Nº de registro	Plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados	Nº de registro
Abacaxi e hortelã	02	Espinheira santa	01
Abacaxi e mel	01	Etere	01
Abrilar®	01	Faseolamina	02
Aconitum CH12	01	Figatil®	01
Ad-muc®	01	Folha santa	01
Agrião	02	Garcinia	01
Agrião e poejo	02	Gengibre	01
Alcachofra	01	Ginkgo	01
Alecrim	08	Guaco	32
Alface e pepino	02	Guaco e dipirona (planta)	01
Algodão	07	Hedera	03
Alho e limão	01	Hortelã	04
Amora	07	Kava-kava	01
Arnica	06	Koubo®	01
Arnica CH3	02	Laranja	01
Aroeira	02	Lichia	01
Assa peixe	01	Limão	01
Babosa	08	Limão e amido	01
Banana	01	Mamão	01
Barbatimão	03	Maracujá	03
Berinjela	02	Maracugina®	01
Beterraba	03	Mastruz	07
Beterraba e mel	01	Melissa	01
Boldo	14	Metamucil®	01
Camélia	02	Mucilagem	01
Camomila	17	Mulungu	01
Cana de brejo	03	Papaína	02
Cana de macaco	01	Passalix®	01
Canela	03	Passiflora	04
Canela, alecrim, alho, limão e mel	01	Pata de vaca	03
Capim limão	05	Picão	01

Quadro 5 – (conclusão) Total de plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia-DF (dezembro/2012 a março/2013), em ordem alfabética

Plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados	Nº de registro	Plantas medicinais e/ou fitoterápicos citados	Nº de registro
Cardo mariano	01	Própolis	02
Carqueja	01	Quebra pedra e abacate	01
Cáscara sagrada	01	Quebra-pedra	01
Castanha da índia	02	Romã	04
Chuchu	01	Sabugueiro	03
Chuchu e pepino	01	Salsa	01
Cidreira	05	Sene	03
Confrei	06	Soja	01
Copaíba	02	Symphitus CH	01
Erva doce	05	Valeriana	01
Erva São João	01		

Os profissionais de saúde entrevistados mostraram dificuldades para identificar fitoterápicos e plantas medicinais, visto que, por exemplo, estes consideraram certos compostos homeopáticos e insumos como medicamentos fitoterápicos.

Para efeito dessa pesquisa, foi considerada a comparação de espécies vegetais encontradas em documentos oficiais com as espécies citadas, ainda que possam ocorrer erros de identificação botânica. Dos achados, cinco espécies são ofertadas pelo programa FV-DF, a saber: guaco (*Mikania glomerata* Spreng), boldo (*Plectranthus barbatus* Benth.), babosa (*Aloe vera* L., Burm. f.) confrei (*Symphytum officinale* L.) e alecrim-pimenta (*Lippia sidoides* Cham.) (141).

Apesar de não serem fornecidas pela FV-DF, quase todas as principais espécies vegetais citadas pelos entrevistados encontram-se listadas em documentos oficiais. Na Instrução Normativa nº 05/2008, estão presentes a arnica (*Arnica montana*) e camomila (*Matricaria recutita* L.) (132). Na Rennisus, que é a Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS, estão listadas amora (*Morus* sp), camomila (*Matricaria recutita* L.) e mastruz (*Chenopodium ambrosioides* L.) (132). Na RDC nº 10/2010, estão descritas arnica (*Arnica montana*) e camomila (*Matricaria recutita* L.) (32), enquanto que no Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (FFFb), encontram-se a arnica (*Arnica montana*) e camomila (*Matricaria recutita* L.) (133). Porém, o algodão (*Gossypium hirsutum* L.) não está presente nos documentos oficiais pesquisados (32, 132, 133, 142).

O fato de espécies mais citadas pelos entrevistados estarem presentes em documentos oficiais não significa que existam evidências científicas quanto à eficácia e segurança. Por exemplo, tanto RENNISUS quanto o FFFb foram elaborados com base no uso tradicional e nas espécies utilizadas em Programas de Fitoterapia de todo o território nacional.

Com efeito, pode ser observada a citação de plantas medicinais com poucos estudos científicos e conseqüentemente pouco conhecidas quanto aos efeitos farmacológicos e toxicológicos. Por exemplo, cana do brejo, citada três vezes pelos entrevistados, é o nome popular de *Costus spiralis* ou *Costus spicatus*, e é conhecida também como cana-mansa, canarana, cana-de-macaco e pobre velho (143). É amplamente utilizada para malária, hepatite e doenças do aparelho urinário. Segundo levantamento de Brito (2011) foram publicados 28 estudos sobre efeitos biológicos e uso popular; nenhum sobre aspectos farmacológicos e toxicológicos. Por isso, diante de tais achados o uso dessa planta requer cuidados quanto a segurança (144).

Além dessa, a folha santa, citada uma vez pelos entrevistados, é o nome popular de várias espécies vegetais, dentre essas, a *Siparuna guianensis* Aublet, que é utilizada na medicina tradicional para desordens estomacais, dor de cabeça e reumatismo (145). Segundo Montarini (2010) a literatura científica sobre a família Spirunaceae se resume a poucos relatos quanto à química e à etnobiologia do gênero *Siparuna*. Mais uma vez, esse resultado evidencia a carência de estudos farmacológicos (146).

Em relação às indicações terapêuticas (Tabela 10), foram relatadas 52 diferentes ações, dentre as quais foram mais frequentes: expectorante/tosse, calmante, cicatrizante e digestivo.

As principais indicações terapêuticas citadas pelos entrevistados estão de acordo com as principais espécies vegetais citadas, visto que o guaco pode ser utilizado em “gripes” e resfriados, além de casos de bronquites alérgicas e infecciosas pelos efeitos expectorantes e broncodilatador (32, 132, 133, 147); a camomila apresenta ação ansiolítica e sedativa leve, e ainda pode ser utilizada para tratar dispepsias funcionais (32, 132, 133). A babosa é indicada para uso externo como cicatrizante, em especial em casos de lesões provocadas por queimaduras de primeiro e segundo grau (132, 133, 147). Além dessa, o confrei também é utilizado como cicatrizante em casos de equimoses, hematomas e contusões (132, 133). Em relação ao boldo, aqui considerado o *Plectranthus barbatus* Benth., é indicado em distúrbios da digestão (32, 133).

As formas farmacêuticas ou formas de preparo mais citadas foram: chá, xarope e pomada (Tabela 11). Assim como os resultados desse trabalho, vários estudos apontam para o uso predominante do chá, associado ao uso de folhas pelos entrevistados de pesquisas etnobotânicas (92, 93, 127, 128). Tal resultado é justificado pelo fato de xarope e pomada não serem formas de preparo simples, e sim formas farmacêuticas mais complexas. Contudo, xarope é uma forma farmacêutica bastante citada em pesquisas semelhantes ao presente trabalho: Silva e cols. (2006) observaram que mais de 60% das

prescrições de fitoterápicos, numa análise de 226 prescrições, eram referentes a xaropes expectorantes, enquanto as prescrições correspondentes a pomadas corresponderam a aproximadamente 10% (71).

Tabela 10 – Indicações terapêuticas de plantas medicinais e/ou fitoterápicos citadas pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013), em ordem alfabética

Indicações terapêuticas citadas	Frequência	Indicações terapêuticas citadas	Frequência
Aftas	02	Dor de estômago	03
Alergia	02	Dor de garganta	01
Anemia	02	Enxaqueca	01
Antibiótico	03	Erupção dentária (calmante)	01
Antidepressivo	02	Expectorante/Tosse	37
Anti-hipertensivo	07	Faringite	01
Anti-inflamatório	13	Fissura no seio	01
Antisséptico	02	Gota	01
Asma	01	Gripe	15
Assadura	01	Icterícia	01
Aumento do leite	02	Infecção	01
Broncodilatador	02	Insônia	02
Calmante	33	Infecção urinária	02
Cicatrizante	22	Laxante	01
Circulação cerebral	01	Melhorar circulação	04
Cólica	05	Menopausa	05
Constipação	03	Micose	01
Corrimento	01	Mucolítico	01
Curativo	01	Perda de peso	07
Diabetes	03	Problemas de estômago	03
Diarreia	01	Problemas hepáticos	01
Digestivo	19	Problemas ósseos	01
Diminui colesterol	02	Problemas periodontais	01
Diurético	07	Queimadura	02
Dor de cabeça	01	Regulador do intestino	01
		Termogênico	01

Tabela 11 – Formas farmacêuticas ou forma de preparo de plantas medicinais e/ou fitoterápicos citadas pelos profissionais de saúde entrevistados nos Centros de Saúde de Ceilândia – DF (dezembro/2012 a março/2013)

Formas farmacêuticas e/ou forma de preparo citadas	Frequência	Formas farmacêuticas e/ou forma de preparo citadas	Frequência
Chá	53	Tintura	6
Xarope	32	Gel	5
Pomada	18	Suco	4
Melado	7	Cápsula	3
Solução oral	7	Elixir	2
Comprimido	6	Glóbulos	1
Extrato	6	<i>In natura</i>	1

CAPÍTULO 3: CONCLUSÃO

3 CONCLUSÃO

Com base nos achados desse trabalho, pode ser concluído que o uso de plantas medicinais é uma prática presente entre os usuários das unidades de saúde entrevistados. Pode ser observado que os achados estão de acordo com a literatura estudada, principalmente quanto ao perfil de usuários de plantas medicinais que apresenta como principais características, predominância de mulheres, com baixa escolaridade e que se concentra na faixa etária de 35-59 anos.

Nomes comerciais utilizados para plantas, a predominância do uso de espécies exóticas, a folha como parte mais utilizada e o chá como principal forma de preparo foram características dos achados. As plantas medicinais mais citadas pelos entrevistados, de um modo geral, estão descritas nos documentos oficiais brasileiros, ou seja, este fato indica uma aproximação da legislação brasileira referente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos com o conhecimento popular. Mas também evidencia a necessidade de incrementar a pesquisa para garantir eficácia e segurança.

Além disso, observa-se a necessidade de educação quanto ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos por parte dessa população, visto que a maioria dos entrevistados utilizam tais opções terapêuticas. Por isso, uma sugestão é o desenvolvimento de atividades educativas e formadoras nos Centros de Saúde visitados com intuito de troca de saberes e transmissão de informações a esses usuários.

Pode ser concluído ainda que os profissionais de saúde entrevistados mostram interesse e são receptivos em trabalhar com a fitoterapia. O conhecimento desses quanto ao uso dessa prática apresentou certa coerência com os aspectos legais, visto que as principais espécies vegetais conhecidas pelos entrevistados estão em documentos oficiais do país, e algumas como *Mikania glomerata* Spreng e *Matricaria recutita* L., estão em várias políticas de consolidação do uso de fitoterápicos e plantas medicinais.

Entretanto, de acordo com essa pesquisa, cerca de 60% dos motivos considerados pelos entrevistados para não utilização de plantas medicinais e fitoterápicos como opções terapêuticas foram o desconhecimento do programa de fitoterapia local, bem como o desconhecimento técnico científico e inexperiência em tais práticas.

Portanto, a capacitação dos profissionais de saúde foi a principal necessidade identificada nesse estudo. E ainda, o conhecimento destes não só em relação às políticas

públicas envolvidas, como também aos programas locais são fatores determinantes para consolidação da fitoterapia e plantas medicinais nas práticas terapêuticas. Incentivos e acesso dos profissionais da atenção primária à educação continuada, sobre o tema “práticas terapêuticas não convencionais”, poderão impulsionar a expansão de tais práticas com a confiabilidade e segurança que tais profissionais necessitam.

Além disso, é preciso considerar o papel decisivo da legislação brasileira, que em sintonia com as transformações nas formas de cuidados com a saúde, foi essencial na implementação de tais práticas nos serviços e ações de saúde. Por exemplo, observa-se a ampliação do serviço de fitoterapia do DF, bem como o desenvolvimento de atividades mais complexas, por meio da instituição da Farmácia Viva no âmbito do SUS e posteriormente no próprio DF, pela Portaria nº 886/2010 e Decreto nº 34.213/2013, respectivamente.

Assim, uma vez que a maioria dos entrevistados utiliza plantas medicinais, há necessidade de avaliar o elenco de fitoterápicos ofertados pela FV-DF, por meio de estudos epidemiológicos que possam identificar as plantas medicinais utilizadas pela população do Distrito Federal, possibilitando maior cobertura terapêutica de sintomas e agravos de estudos. Além disso, há necessidade de uma maior divulgação da FV-DF e ampliação de sua distribuição, bem como serem investigados os reais motivos de a RA de Ceilândia não estar sendo atendida pela FV-DF.

Ainda, pode-se concluir que, os atores sociais envolvidos no processo saúde-doença-tratamento são de fato quem consolida toda e qualquer mudança nos cuidados com a saúde, principalmente em relação ao uso de diversas práticas terapêuticas. Por isso, essa pesquisa mostrou-se oportuna, dado que foi investigado um universo de 558 usuários da atenção primária, bem como 93 profissionais de saúde. Dessa forma, foi possível avaliar diferentes perspectivas de tratamento, ou seja, quem utiliza a terapêutica e ainda, quem prescreve ou indica.

Por conseguinte, com as informações obtidas desta pesquisa, espera-se que possa servir de base tanto para estudos etnobotânicos posteriores como para estudos sobre a avaliação de programas do serviço público ligados ao uso de práticas terapêuticas não convencionais. É pertinente reconhecer que este estudo representa um retrato da realidade dos entrevistados, por isso pesquisas quantitativas e qualitativas devem ser incentivadas nessa área para uma maior compreensão da complexidade envolvida no uso de práticas terapêuticas integrativas e complementares.

Em suma, deve-se considerar a expansão, a consolidação e a importância das práticas terapêuticas não convencionais nos cuidados à saúde. E ainda, que tais fatos

fazem parte da realidade brasileira, principalmente quando se observa o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos dentro da sociedade. Tal afirmativa está presente nos achados desse estudo, posto que aproximadamente 80% dos usuários da atenção primária entrevistados afirmaram utilizar plantas medicinais e fitoterápicos como práticas terapêuticas, bem como 85% dos profissionais entrevistados afirmaram ser receptivos ao uso de tais práticas.

REFERÊNCIAS

1. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(5):914-20.
2. WHO. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. NCCAM. *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* . In: NIH, editor. Bethesda: National Center of Complementary and Alternative Medicine; 2008.
4. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 1997; 7(1):13-43.
5. Souza EF, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. 2009; 16(2):393-405.
6. Menezes VA, dos Anjos AGP, Pereira MR, Leite AF, Granville-Garcia AF. *Terapêutica com plantas medicinais: Percepção de profissionais da estratégia de saúde da família de um município do Agreste Pernambucano*. *Odonto*. 2011; 1(1):111-22.
7. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. *Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese* *Cad Saude Publica*. 2010; 26(1):7-13.
8. Foote-Ardah CE. Sociocultural barriers to the use of complementary and alternative medicine for HIV. *Qualitative Health Research*. 2004; 14(5):593-611.

9. Öhlén J, Balneaves LG, Bottorff JL, Brazier ASA. The influence of significant others in complementary and alternative medicine decisions by cancer patients. *Social science & medicine*. 2006; 63(6):1625-36.
10. WHO. Declaration of Alma-Ata. Organization WH, editor. USSR1978.
11. BRASIL. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. In: DAB, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 156.
12. BRASIL. Gabinete da Presidência da República. Decreto n 5813 (22 de junho de 2006). Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. (2006).
13. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):311-8.
14. BRASIL. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. In: DAF, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 148.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 (3 de maio de 2006). Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (2006).
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 212 (11 de setembro de 1981). Define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação em saúde. (1981).
17. BRASIL. Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. In: DAB, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 40.
18. BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. p. 29.
19. BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. 8 Conferência Nacional de Saúde; 1987; Brasília: Ministério Saúde.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIPLAN nº 08 (08 de março de 1998). Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. (1998).
21. BRASIL. CFM. Parecer nº 06. Aprova a atividade de fitoterapia desenvolvida sob a supervisão de profissional médico. (1991).
22. BRASIL. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde 10 Conferência Nacional de Saúde; 1996; Brasília: Ministério da Saúde.
23. Nascimento-Júnior JM, Costa KS, Torres KR, Silva RMS. Política Nacional de Medicamentos Fitoterápicos: Desafios e Perspectivas. Revista de Administração hospitalar e inovação em saúde. 2010; 1(4):42-9.
24. Sacramento HT. A fitoterapia no serviço público. Horticultura brasileira. 1999; 18(1):45-51.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916 (30 de outubro de 1998). Aprova a Política Nacional de Medicamentos. (1998).
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665 (25 de agosto de 1998). Cria a Sub-Comissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos. (1998).
27. BRASIL. Anvisa. RDC nº 17 (24 de fevereiro de 2000). Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. (2000).
28. BRASIL. 12.ª Conferência Nacional de Saúde: 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Conferência Sergio Arouca; 2004; Brasília: Ministério da Saude.
29. BRASIL. Anvisa. RDC nº 48 (16 de março de 2004). Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. (2004).
30. BRASIL. Anvisa. RDC nº 134 (29 de maio de 2003). Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. (2003).

31. BRASIL. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: Secretaria de Ciência TeIE, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 77.
32. BRASIL. Anvisa. RDC nº 10 (9 de março de 2010). Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. (2010).
33. BRASIL. Anvisa. RDC nº 14 (31 de março de 2010). Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. (2010).
34. Rezende HA, Cocco MIM. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(3):282-8.
35. Ribeiro LMP. Aspectos Etnobotânicos numa área rural: São João da Cristina, MG [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
36. Gomes HHS, Dantas IC, Catão MHCV. Plantas medicinais: sua utilização nos terreiros de umbanda e candoblé na zona leste de cidade de Campina Grande-Pb. Revista de Biologia e Farmácia. 2008; 3(2):110-9.
37. Santos MC, Bruscatto MH, Heck RM. Reflexões fitoterápicas sobre a cavalinha (equisetum sp. L.) com base na antroposofia - um diálogo possível XVIII CIC , XI Enpos, I Mostra Científica; Pelotas - Rio Grande do Sul2009. p. 4.
38. Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):132-39.
39. Revene Z, Bussmann RW, Sharon D. From Sierra to Coast: Tracing the supply of medicinal plants in Northern Peru—A plant collector's tale. Ethnobotany Research & Applications. 2008; 6(1):15-22.
40. Roque AA, Rocha RM, Loiola MIB. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (nordeste do Brasil). Revista Brasileira de Plantas Medicinais. 2010; 12(1):31-42.

41. Santos MRA, Lima MR, Ferreira MGR. Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia. *Horticultura brasileira*. 2008; 26(2):244-50.
42. Rodrigues AG. Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. *Anais da V Jornada Catarinense e I Jornada Internacional de Plantas Mediciniais*; Joinville2006. p. 68-9.
43. Prance GT. What is ethnobotany today? *Journal of ethnopharmacology*. 1991; 32(1):209-16.
44. Pilla MAC, Amorozo MCM, Furlan A. Obtenção e uso das plantas medicinais no distrito de Martim Francisco, Município de Mogi-Mirim, SP, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*. 2006; 20(4):789-802.
45. Barrera A. La Etnobotánica: tres puntos de vista y una perspectiva. Maldonado-Koerdell, editor. México: Instituto de Investigaciones sobre Recursos Bióticos; 1979.
46. Garlet TMB, Irgang BE. Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por mulheres trabalhadoras rurais de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*. 2001; 4(1):9-18.
47. Fonseca-Kruel VSd, Peixoto AL. Etnobotânica na reserva extrativista marinha do Arraial do Cabo, RJ, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*. 2004; 18(1):177-90.
48. Albuquerque UP. *Introdução à etnobotânica*. Recife: Interciência; 2002.
49. Oliveira AKM, Oliveira NA, Resende UM, Martins PFRB. Ethnobotany and traditional medicine of the inhabitants of the Pantanal Negro sub-region and the raizeiros of Miranda and Aquidauna, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Brazilian Journal of Biology*. 2011; 71(1):283-9.
50. Simões CMO, Mentz LA, Schenkel EP, Irgang BE, Stehmann JR. *Plantas da medicina popular do Rio Grande do Sul*. 5ª ed. Porto Alegre: Editora UFRGS; 1998.

51. Fuck SB, Athanázio JC, Lima CB, Ming LC. Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por moradores da área urbana de Bandeirantes, PR, Brasil. *Semina: Ciências Agrárias*. 2005; 26(3):291-6.
52. Calixto JB. Biodiversidade como fonte de medicamentos. *Ciência e cultura*. 2003; 55(3):37-9.
53. Dutra MG. Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: Um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás [Dissertação]. Anápolis: Centro Universitário de Anápolis-UniEvangélica; 2009.
54. Vanaclocha BV, Folcará SC. *Fitoterapia: vademécum de prescripción*. 4 ed. Barcelona: Masson; 2003.
55. Rossato AE, Chaves TRC, Pierini MM, Amaral PA, Santos RR, Citadini-Zanette V. *Fitoterapia racional: aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos*. 1 ed. Florianópolis: DIOESC; 2012.
56. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2013; 17(46):615-33.
57. Schulz V, Hänsel R, Tyler VE. *Fitoterapia racional*. 4 ed. Barueri, SP: Manole; 2002.
58. Carvalho ACB, Nunes DSG, Baratelli TG, Shuqair NSMSAQ, Netto EM. Aspectos da legislação no controle dos medicamentos fitoterápicos. *T&C Amazônia*. 2007; 5(11):26-32.
59. Ribeiro AQ, Leite JPV, Dantas-Barros AM. Perfil de utilização de fitoterápicos em farmácias comunitárias de Belo Horizonte sob a influência da legislação nacional. *Rev Bras Farmacogn*. 2005; 15(1):65-70.
60. Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa ML. *Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica*. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1):115-21.

61. BRASIL. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: DAF, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 61.
62. Pinto AC, Silva DHS, Bolzani VS, Lopes NP, Epifanio RA. Produtos naturais: atualidade, desafios e perspectivas. *Química nova*. 2002; 25(1):45-61.
63. Fontenele RP, Sousa DMP, Carvalho ALM, Oliveira FA. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2385-94.
64. Sacramento HT. O programa de fitoterapia do Município de Vitória (ES). *Divulg saúde debate*. 2004; 30(1):59-65.
65. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc saúde colet*. 2011; 16(1):311-8.
66. Batista LM, Valença AMG. A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas. *Pesq Bras Odontoped Clín Integ*. 2012; 12(2):293-6.
67. RIO-DE-JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 1590 (18 de março de 2004). Aprova regulamento técnico para a prática da fitoterapia e funcionamento dos serviços de fitoterapia no âmbito do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. (2004).
68. Tomazzone MI. Subsídios para introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, UFPR; 2005.
69. Nagai SC, Souza Queiroz M. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1793-800.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 886 (20 de abril de 2010). Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. (2010).

71. Silva MIG, Gondim APS, Nunes IFS, Sousa FCF. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2006; 16(4):455-62.
72. Matos FAJ. O projeto farmácias-vivas e a fitoterapia no nordeste do Brasil. *Revista de Ciências Agroveterinárias*. 2006; 5(1):24-32.
73. BRASIL. Anvisa. RDC nº 18 (3 de abril de 2013). Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (2013).
74. DISTRITO-FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 13 (14 de agosto de 1989). Cria o Programa de Desenvolvimento de Terapias não Convencionais no Sistema de Saúde do Distrito Federal (PDTNC) (1989).
75. DISTRITO-FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Decreto nº 24421 (25 de fevereiro de 2004). Cria o Núcleo de Medicamentos de Assistência Básica Fitoterápica e Homeopática (NABFH), vinculado a Diretoria de Assistência Farmacêutica. (2004).
76. DISTRITO-FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 28011 (30 de maio de 2007). Dispõe sobre a nova estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2007).
77. Lacerda WLR. Avaliação do Grau de Implantação da Produção de Fitoterápicos do Programa de Fitoterapia da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil [Dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2012.
78. Netto NL. Farmácia Viva: padronização, dispensação e abrangência. III Congresso Iberoamericano de Fitoterapia: tradição, ciência e cooperação I Congresso Brasileiro de Fitoterapia: Fitoterapia no Brasil, práticas e normas; Paraná2012. p. 255-78.

79. BRASIL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 34213 (14 de março de 2013). Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. (2013).
80. Alvim NAT, Ferreira MA, Cabral IE, Almeida Filho AJ. 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; 14(3):9.
81. Gonçalves RP, Antunes HM, Teixeira JBP, Cardoso LO, Barbosa PR. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. *Rev APS*. 2008; 11(4):398-405.
82. Veiga-Junior VF. 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*. 2008; 18(2):308-13.
83. Vasconcelos EM. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde debate*. 1996; 1(49/50):101-6.
84. DISTRITO-FEDERAL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios- Distrito Federal -PDAD/DF 2011. In: Federal CdPdD, editor. Brasília: CODEPLAN; 2012. p. 148.
85. DISTRITO-FEDERAL. Distrito Federal - Síntese das informações sócio econômicas. In: Federal CdPdD, editor. Brasília: Codeplan; 2010. p. 89.
86. DISTRITO-FEDERAL. Sobre Ceilândia - RA IX. Brasília: Goveeno do Distrito Federal; 2012 [cited 2012 24/09]; Available from: <http://www.ceilandia.df.gov.br>.
87. IEC-SAÚDE. Localização dos Centros de Saúde da Ceilândia PROMOVA-SUS. 2011 [cited 2013 02/12]; Available from: www.iecsaude.blogspot.com.br/2011_06_01_archive.html.

88. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, Chester CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(4):649-58.
89. Garcia LP, Magalhães LCG, Sant'Anna AC, Freitas LRS, Aurea AP. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. In: *Aplicada IdPEe*, editor. Brasília: IPEA; 2013. p. 56.
90. Guimarães J, Vieira LA, Medeiros JCd. Programa fitoterápico Farmácia Viva no SUS-Betim, Minas Gerais; Farmácia Viva in SUS-Betim, Minas Gerais. *Divulg saúde debate*. 2006; 36(1):41-7.
91. Negrelle R, Tomazzoni M, Ceccon M, Valente T. Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná). *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*. 2007; 9(3):6-22.
92. Brasileiro GB, Pizziolo VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2008; 44(4):629-36.
93. Ramos UF, Soledade SC, Baptista ER. Utilização de plantas medicinais pela comunidade atendida no programa saúde da família de Pirajá, Belém, PA. *Infarma*. 2011; 24(5/6):10-8.
94. Pereira IGR. Prevalência do uso de fitoterapia em pacientes do Programa de Geriatria do Hospital Universitário de Brasília-HUB [Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

95. Pontes RMF, Monteiro PS, Rodrigues MCS. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal. *Comunidade Ciências da Saúde*. 2006; 17(2):129-39.
96. Sales PM, Sousa PM, Silveira CA, Silveira D. The use of herbal medicine by AIDS patients from Hospital Universitário de Brasília, Brazil. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat*. 2008; 7(4):207-16.
97. Pinto EPP, Amorozo MCM, Furlan A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica–Itacaré, BA, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*. 2006; 20(4):751-62.
98. Medeiros MFT, Fonseca VS, Andreato RHP. Plantas medicinais e seus usos pelos sítiantes da Reserva Rio das Pedras, Mangaratiba, RJ, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*. 2004; 18(2):391-9.
99. Ming LC, Amaral AJ. Aspectos etnobotânicos de plantas medicinais na Reserva Extrativista “Chico Mendes”. 2005.
100. Costa MdAG, Barbosa JM, Ming LC. A importância da etnobotânica na conservação de plantas medicinais. *Revista de Ciências Agroveterinárias*. 2006; 5(1):74-88.
101. Agra MdF, Silva KN, Basílio IJLD, Freitas PFd, Barbosa-Filho JM. Survey of medicinal plants used in the region Northeast of Brazil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2008; 18(3):472-508.
102. Lamari ÉC, Dornellas MC, Shibatta LS. A utilização de plantas medicinais pela população de Londrina, PR. *Terra e Cultura*. 2011; 52(27):39-45.
103. Capasso R, Izzo AA, Pinto L, Bifulco T, Vitobello C, Mascolo N. Phytotherapy and quality of herbal medicines. *Fitoterapia*. 2000; 71(1):58-65.

104. Silveira PF, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Rev Bras Farmacogn.* 2008; 18(4):618-26.
105. Cordeiro CHG, Chung MC, Sacramento LVS. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: *Hypericum perforatum* e *Piper methysticum*. *Rev Bras Farmacogn.* 2005; 15(3):272-8.
106. Morais SM, Dantas JDaP, Silva ARA, Magalhães EF. Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. *Rev Bras Farmacogn.* 2005; 15(2):169-77.
107. Rozemberg B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(Sup 1):97-105.
108. Franco EAP, Barros RFM. Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. *Revista Brasileira de Plantas Medicinai.* 2006; 8(3):78-88.
109. Moreira RdCT, Costa LCB, Costa RCS, Rocha EA. Abordagem etnobotânica acerca do uso de plantas medicinais na Vila Cachoeira, Ilhéus, Bahia, Brasil. *Acta Farmacéutica Bonaerense.* 2002; 21(3):205-11.
110. Vila Verde GM, Paula JR, Caneiro DM. Levantamento etnobotânico das plantas medicinais do cerrado utilizadas pela população de Mossâmedes (GO). *Revista Brasileira de Farmacognosia.* 2003; 13(1):64-6.
111. Lima JS, Oliveira DM, Nascimento Júnior JE, Silva-Mann R, Gomes LJ. Saberes e uso da flora madeireira por especialistas populares do agreste de Sergipe. *SITIENTIBUS Série Ciências Biológicas.* 2011; 11(2):239-53.
112. Rocha AJS, Andrade LdHC. Etnobotânica nordestina: estudo comparativo da relação entre comunidades e vegetação na Zona do Litoral-Mata do Estado de Pernambuco, Brasil. *Acta bot bras.* 2005; 19(1):45-60.

113. Amaral GC, Oliveira TM, Botrel RT, Souza KB, Lopes MS. Proposta metodológica para planejamento e interpretação da natureza em área de transição cerrado-caatinga em Bom Jesus–PI: Trilha do Cedro. *Scientia Plena*. 2012; 8(4):1-4.
114. Coelho FBR, Dal-Belo CA, Lolis SF, Santos MG. Levantamento etnofarmacológico realizado na comunidade Mumbuca localizada no Jalapão–TO. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2007; 2(2):52-5.
115. Campos-Filho EM, Sousa OL, Marmet C, Langmantel L, Eichholz JN, Costa MN, et al. Restauração e enriquecimento florestal em propriedades rurais no Xingu. 2008 [cited 2013 01/11]; Available from: www.sct.embrapa.br/cdagro/tema05/05tema20.pdf.
116. Sales HR, Souza SdCA, Luz GR, Morais-Costa F, Amaral VB, Santos RM, et al. Flora arbórea de uma floresta estacional decidual na APA estadual do rio Pandeiros, Januária/MG. *MGBIOTA*. 2009; 2(3):31-41.
117. Anunciação Lima L, Freixo AA. Saberes e sabores do campo: relações entre conhecimentos científicos e tradicionais numa escola família agrícola do sertão da Bahia. *Metáfora Educacional*. 2012; 1(13):21-35.
118. Cunha SL, Gualberto SA, Macedo GEL, Silveira TC, Silva DC. Plantas medicinais usadas pela comunidade do povoado de Laços (Tanhaçú/Bahia) e encontradas na Floresta Nacional Contendas do Sincorá. *Revista Caatinga*. 2012; 25(3):130-6.
119. Araújo DS, Chaves MH. Triterpenóides pentacíclicos das folhas de *Terminalia brasiliensis*. *Química Nova*. 2005; 28(6):996-9.
120. Sousa CMdM, Silva HR, Vieira-Jr GM, Ayres MCC, Costa CLSd, Araújo DS, et al. Fenóis totais e atividade antioxidante de cinco plantas medicinais. *Química nova*. 2007; 30(2):351-5.
121. Jesus NZTd, Lima JCdS, Silva RMd, Espinosa MM, Martins DTdO. Levantamento etnobotânico de plantas popularmente utilizadas como antiúlceras e

antiinflamatórias pela comunidade de Pirizal, Nossa Senhora do Livramento-MT, Brasil. *Rev Bras Farmacogn.* 2009; 19(1A):130-9.

122. Pinto EdPP, Amorozo MCdM, Furlan A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica–Itacaré, BA, Brasil. *Acta Botanica Brasilica.* 2006; 20(4):751-62.
123. Monteles R, Pinheiro CUB. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. *Revista de Biologia e Ciências da Terra.* 2007; 7(2):38-48.
124. Alves EO, Mota JH, Soares TS, Vieira MdC, Silva CB. Levantamento etnobotânico e caracterização de plantas medicinais em fragmentos florestais de Dourados-MS. *Ciências agrotecnologia.* 2008; 32(2):651-8.
125. Santos MRA, Lima MR. Levantamento dos recursos vegetais utilizados como fitoterápicos no município de Cujubim, Rondônia, Brasil. *Saber Científico.* 2008; 1(1):58-74.
126. Borba AM, Macedo M. Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães, MT, Brasil. *Acta Botanica Brasilica.* 2006; 20(4):771-82.
127. Taufner CF, Ferraço EB, Ribeiro LF. Uso de plantas medicinais como alternativa fitoterápica nas unidades de saúde pública de Santa Teresa e Marilândia, ES. *Natureza Online.* 2006; 4(1):30-9.
128. Leme GA, Barrella W, Breier TB. Levantamento etnobotânico do uso popular de plantas medicinais por comunidades rurais atendidas pela UBSF-Jundiaquara/Araçoiaba da Serra-SP. *Revista Eletrônica de Biologia.* 2011; 3(4):89-105.
129. Rangel M, Bragança FCR. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais.* 2009; 11(1):100-9.

130. Campos VR. Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênitas [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
131. Tôrres A, Oliveira R, Diniz M, Araújo E. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2005; 15(4):373-80.
132. BRASIL. Anvisa. Instrução Normativa nº 5 (11 de dezembro de 2008). Determina a publicação da "Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado". (2008).
133. BRASIL. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira. 1ª ed. Brasília: Anvisa; 2011. p. 126.
134. WHO. WHO monographs on selected medicinal plants. In: Organization WH, editor.; Gêneva 1999. p. 357.
135. BRASIL. Glossário do Ministério da Saúde. Projeto terminologia em saúde Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 142.
136. DISTRITO-FEDERAL. Regional de Saúde de Ceilândia. Brasília: Coordenação geral de saúde de Ceilândia; 2013 [cited 2013 01/12]; Available from: www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html.
137. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. Ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2004; 28(1):51-60.
138. Elias MC, Alves E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48(4):523-32.

139. Freitas A, Silva AGJ, Vidal R, Jorge EA. Mercado de medicamentos fitoterápicos no Brasil. 2006 [cited 2013 30/11]; Available from: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_03_-_andrea_medicafitoter.pdf.
140. BRASIL. Anvisa. Resolução - RE nº 1992 (03 de Maio de 2010). Dispõe sobre a suspensão da publicidade e da propaganda de produtos específicos. (2010).
141. DISTRITO-FEDERAL. Fitoterápicos Manipulados. Guia de Orientação a Profissionais de Saúde. In: convencionais Ndsàafetrn, editor. Brasília2012. p. 2.
142. BRASIL. Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS. In: DAF/SCTIE/MS, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 2.
143. Paes LS, Mendonça MS, Casas LL. Aspectos estruturais e fitoquímicos de partes vegetativas de *Costus spicatus* (Jacq.) Sw (Costaceae). *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*. 2013; 15(3):380-90.
144. Brito RM. Efeito da fração aquosa das folhas de *Costus spiralis* (Jacq.) Roscoe sobre a função contrátil do coração de mamíferos [Dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2011.
145. Valentini CMA, Rodriguez-Ortiz CE, Coelho MFB. *Siparuna guianensis* Aublet (negramina): uma revisão. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*. 2010; 12(1):96-104.
146. Montanari RM. Composição química e atividades biológicas dos óleos essenciais de espécies de Anacardiaceae, Siparunaceae e Verbenaceae [Tese]. Mniias Gerais: Universidade Federal de Viçosa; 2010.
147. BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. In: Farmacêutica DdA, editor. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 137.

- 8.6 () Em feira livre
8.7 () No Centro de Saúde
8.8 () Outro. Onde? _____

9) Como você obteve informações sobre o uso de plantas medicinais?

- 9.1 () Minha família sempre utilizou, aprendi desde criança
9.2 () Peço indicação ao vendedor/raizeiro
9.3 () Peço indicação do médico/ farmacêutico / enfermeiro
9.4 () Por anúncios em rádio, televisão, jornais, revistas ou internet
9.5 () Tenho livros que ensinam qual planta usar
9.6 () Pergunto a amigos
9.7 () Só utilizo com receita médica
9.8 () Outro _____

10) Você informa ao médico ou ao laboratório de exames se está utilizando alguma planta?

- 10.1 () Sim
10.2 () Não
10.3 () Outro

11) Para que você utiliza a planta medicinal?

- 11.1 () Dor (cabeça, cólica, reumatismo)
11.2 () Acalmar/ dormir melhor
11.3 () Resfriado/ Gripe/ Tosse
11.4 () Em contusões (uso local)
11.5 () Azia, má digestão, ressaca
11.6 () Para emagrecer
11.7 () Outro. Qual? _____

Nº item	Planta	Parte da planta	Forma de preparo	Forma de uso	Recomendações	Condição da parte utilizada
1			<input type="checkbox"/> Infusão <input type="checkbox"/> Decocção <input type="checkbox"/> Maceração <input type="checkbox"/> Suco <input type="checkbox"/> Outro_____	<input type="checkbox"/> Via oral: medida_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Banho corpo inteiro?_____ assento? _____ <input type="checkbox"/> Inalação: quantidade:_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Grávida	<input type="checkbox"/> folhas novas <input type="checkbox"/> folhas velhas <input type="checkbox"/> outros
			<input type="checkbox"/> Infusão <input type="checkbox"/> Decocção <input type="checkbox"/> Maceração <input type="checkbox"/> Suco <input type="checkbox"/> Outro_____	<input type="checkbox"/> Via oral: medida_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Banho corpo inteiro?_____ assento? _____ <input type="checkbox"/> Inalação: quantidade:_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Grávida	<input type="checkbox"/> folhas novas <input type="checkbox"/> folhas velhas <input type="checkbox"/> outros
			<input type="checkbox"/> Infusão <input type="checkbox"/> Decocção <input type="checkbox"/> Maceração <input type="checkbox"/> Suco <input type="checkbox"/> Outro_____	<input type="checkbox"/> Via oral: medida_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Banho corpo inteiro?_____ assento? _____ <input type="checkbox"/> Inalação: quantidade:_____ vezes ao dia_____ <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Grávida	<input type="checkbox"/> folhas novas <input type="checkbox"/> folhas velhas <input type="checkbox"/> outros

ANEXO B- QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE SAÚDE DE CEILÂNDIA/DF

PROFISSIONAL DA SAÚDE

1) Local da coleta de dados: _____

2) Dados Sócio Demográficos

Naturalidade:					
Idade:					
Sexo:				M	F
Estado Civil:	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	Outros

3) Dados Profissionais

Categoria profissional (médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, etc.):					
Local de formação:					
Ano de conclusão do curso:					
Tempo de atuação:					
Tempo de atuação com fitoterápicos:					

4) Qual a sua receptividade em trabalhar com plantas medicinais/ fitoterápicos na Rede Pública de Saúde?

- () Positiva
() Negativa

5) Você conhece o Programa Farmácia Viva do Distrito Federal?

- () sim
() não

6) Este Centro de Saúde recebe fitoterápicos da Farmácia Viva?

- () sim
() não

Se não, por quê? _____

7) Você já prescreveu algum fitoterápico do Programa Farmácia Viva do Distrito Federal?

- () sim
() não

8) Você já utilizou, nos últimos 2 anos, fitoterápico ou planta medicinal ou indicou para algum familiar?

- () Sim.
() Não (ir para a pergunta 13)

9) Já prescreveu/orientou ou utilizou algum fitoterápico ou planta medicinal em sua conduta profissional?

- () Sim (ir para a pergunta 10)
() Não (ir para a pergunta 13)

10) Você indaga ao paciente sobre o uso de fitoterápico?

- () sim
() não

11) Qual a planta ou fitoterápico prescrito/orientado/utilizado? (se houver necessidade, use o verso)

Planta:	Planta:	Planta:	Planta:
Indicação:	Indicação:	Indicação:	Indicação:
Fitoterápico:	Fitoterápico:	Fitoterápico:	Fitoterápico:
Indicação:	Indicação:	Indicação:	Indicação:

12) Quais os aspectos positivos em prescrever/orientar ou utilizar plantas medicinais/fitoterápicos para o paciente?

- Confiar nos efeitos terapêuticos
- Baixo custo
- Menos efeitos colaterais
- É uma alternativa para a falta de medicamento de síntese
- Tenho informações científicas
- Por respeito à cultura popular
- Por serem preparações simples, caseiras e de fácil acesso

13) Qual o motivo de não prescrever/orientar ou utilizar plantas medicinais/fitoterápicos?

- Desconhecimento técnico-científico na área
- Não confio que tenha eficácia ou apresente o efeito desejado
- Falta de experiência na área
- Falta de opções na terapêutica para conduta
- Por desconhecimento sobre o programa de fitoterapia do DF
- Outro. _____

DATA: _____
 ENTREVISTADOR _____

ANEXO C- DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0270/2011 - CEP/SES/DF.

Brasília, 08 de julho de 2011.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR do(a): HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 093/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “**AVALIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE AO PROGRAMA DE FITOTERAPIA DO DISTRITO FEDERAL, NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA**” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 07/07/2011
Validade do parecer: 07/07/2013

Pesquisador responsável e telefone: DAMARIS SILVEIRA – (61) 3307-2979

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL-CEP/SES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO D- TERMO ESCLARECIDO DE LIVRE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: “Avaliação do acesso dos usuários do Serviço de Saúde ao Programa de Fitoterapia do Distrito Federal na região administrativa de Ceilândia”

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Ceilândia – Campus UnB-Ceilândia

Eu, _____, de livre e espontânea vontade, concordo em responder às perguntas do questionário aplicado pelo (a) pesquisado(a) _____.

Sei que o questionário tem por intenção apenas avaliar o acesso à fitoterapia (utilização de plantas medicinais para o tratamento de doenças) por parte dos moradores de Ceilândia.

Estou ciente ainda, que durante a entrevista, para responder ao questionário, não será permitida a presença de pessoas estranhas. Somente a mim e/ou meu responsável, e a(o) pesquisador(a) será permitida a participação desta entrevista.

Também estou informado (a) de que será mantida em absoluto sigilo, toda e qualquer resposta que eu der ao questionário e, que não sofrerei qualquer julgamento por quaisquer das respostas dadas ao questionário.

Estou ciente de que a qualquer momento posso interromper a entrevista se assim o desejar.

Sei que posso a qualquer momento pedir que seja suspenso o meu consentimento para essa entrevista.

Fui informado(a) que poderei ter conhecimento dos resultados desta pesquisa após a conclusão do trabalho.

Assinatura do Entrevistado

Local: _____ Data _____ / _____ / _____

Testemunha: _____

Pesquisador: _____

Telefone do Pesquisador: