

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas
Medicinais e Fitoterápicos**

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Pelotas, 2013

ANDRIELI DAIANE ZDANSKI DE SOUZA

**Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e
Fitoterápicos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita Maria Heck

Pelotas, 2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729e Souza, Andrieli Daiane Zdanski de
 Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais
e Fitoterápicos / Andrieli Daiane Zdanski de Souza; orientadora Rita
Maria Heck. - Pelotas, 2013.
 84 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de
Pelotas, 2013.

1. Enfermagem. 2. Plantas medicinais. 3. Formulação de
políticas. 4. Atenção primária à saúde. I. Heck, Rita Maria, orient. II.
Título.

CDD: 610.73

Catalogação na Fonte: Aline Herbstrith Batista

CRB 10/ 1737

Biblioteca Campus Porto - UFPel

Folha de aprovação

Autora: Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Título: Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Dr.^a Rita Maria Heck (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr.^a Luciane Prado Kantorski (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr.^a Neide Aparecida Titonelli Alvim (Titular)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr.^a Simone Coelho Amestoy (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr.^a Márcia Vaz Ribeiro (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Mais uma etapa concluída, uma grande conquista sendo realizada, com muito esforço, aos quais gostaria de deixar meus agradecimentos.

A Deus, pois sem ele nada somos.

A realização desta pesquisa que contou com várias colaborações, portanto agradeço a todos que apoiaram e tornaram este projeto realidade.

A minha mãe pelo amor, carinho, paciência que me tranquilizou durante essa trajetória.

A orientadora Rita Maria Heck pela oportunidade de trabalhar com pesquisa científica, orientação e ensinamentos.

A Enfermeira Hilda Maria Heinen que me autorizou a realizar esta pesquisa com os enfermeiros que a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde monitora, como também me apoiou e ajudou em todas as etapas deste projeto. Muito obrigada.

A minha turma de pós-graduação por terem me dado força em todos os momentos que eu precisei. A minha colega Manuelle por ter me ajudado na elaboração da dissertação.

Aos colegas do Projeto de Pesquisa de Plantas Medicinais por terem me ajudado e escutado nos momentos em que a angústia era grande.

A minha amiga Marjoriê da Costa Mendieta, pois nos piores momentos, soube usar palavras sábias buscando me acalmar nas dificuldades encontradas.

A todos os amigos que me deram força nessa trajetória, me escutando, tranquilizando, trocando experiências e, principalmente, me apoiando.

Aos participantes da pesquisa, pelos seus conhecimentos transmitidos – sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

E aos professores que participaram da Banca deste estudo.

Muito Obrigada!

Resumo

SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski. **Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 2013. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Com o intuito de compreender esse processo, utilizou-se o referencial de Guareschi e Kleinman. Consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Os participantes foram 21 enfermeiros da atenção primária de 21 municípios da região Sul do Rio Grande do Sul. Os dados foram obtidos a partir de um questionário autoadministrado, coletados no período de junho a agosto de 2013 e analisados pela proposta operativa de Minayo. Observou-se o desconhecimento da política pelos enfermeiros, no entanto indicam as plantas medicinais no processo de trabalho. A política é viável, quando o enfermeiro faz grupos, coloca em prática o diálogo interdisciplinar, contempla a questão dos aspectos culturais do usuário. A internet predomina como ferramenta de comunicação dos enfermeiros, o que se opõe ao preconizado na educação permanente.

Palavras-chave: Plantas medicinais. Formulação de políticas. Enfermagem. Atenção primária à saúde.

Abstract

SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski. **Nurses of primary health care and Politics of Medicinal Plants and Phytotherapies.** 2013. 84f. Dissertation (Master in Science) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, RS.

This research aimed to know the nurses' work process of primary health care in relation to National Politics of Medicinal Plants and Phytotherapies. In order to perceive this process, it was used the Guareschi and Kleinman's referential. It consists in a research with qualitative approach, descriptive. There were 21 participants of primary health care from 21 towns of the southern of Rio Grande do Sul. Data collection was obtained through a self-administered questionnaire in a period of June to August of 2013 and analyzed through the Minayo's operative proposal. It was observed the nurses' ignorance about the primary health care; however, they evince medicinal plants in the work process. The politics is practicable, when the nurse makes groups, puts into practice the interdisciplinary dialogue, contemplates the user's cultural aspects. Internet keeps itself highlighted as a tool of communication between nurses, what opposes the recommended in continuing education.

Keywords: Medicinal plants. Policy, making. Nursing. Primary health care.

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema o Referencial Teórico.....	34
Figura 2 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	40
Figura 3 – Orçamento.....	41
Figura 4– Mapa dos municípios que a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde monitora.....	57

Lista de Quadros

Quadro 1 – Levantamento dos Coordenadores.....	58
Quadro 2 – Apresentação dos participantes do estudo.....	62
Quadro 3 – Plantas utilizadas pelos enfermeiros.....	64

Lista de Abreviaturas e Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNEs	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia da Saúde da Família
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
3ª CRS/ RS	3ª Coordenadoria Regional de Saúde/ Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução.....	11
1.1 Pressupostos teóricos.....	15
2 Objetivos.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 Revisão de literatura.....	17
3.1 Integralidade, sistema informal e a enfermagem na atenção primária.....	17
3.2 Políticas Públicas e plantas medicinais.....	21
4 Referencial teórico.....	30
5 Metodologia.....	35
5.1 Caracterização do estudo.....	35
5.2 Local do estudo.....	35
5.3 Participantes do estudo.....	36
5.4 Critério de seleção dos participantes.....	36
5.5 Princípios éticos.....	36
5.6 Procedimentos de coleta de dados.....	37
5.7 Análise dos dados.....	38
5.8 Divulgação dos resultados.....	39
6 Orçamento.....	41
7 Referências.....	42
Apêndice.....	48
Anexos.....	54
8. Relatório do trabalho de campo.....	56
9. Artigo 1- O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.....	69

1 Introdução

A utilização de plantas medicinais¹ está presente na vida da população brasileira há muitos séculos e observa-se que essa prática tem sido à base de diversos produtos para a saúde (VANINI, 2010). O uso das plantas é um saber de origem popular e assim se mantém neste contexto ao longo dos séculos, sem precisar da “permissão” do conhecimento científico. A necessidade de embasamento científico cabe ao campo acadêmico-profissional, muitas vezes, expropria o saber comum quando desconsidera o necessário compartilhamento de saberes e práticas, retornando ao povo aquilo que lhe pertence.

O reconhecimento desta terapia como recurso clínico, farmacêutico e econômico tem aumentado gradativamente em vários países e muitos vêm normatizando e legislando os diferentes critérios de segurança, eficácia e qualidade que devem envolver esses produtos (BRASIL, 2010a; VANINI, 2010). No Brasil, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos² (PNPMF) foi implementada em 2006 e ainda está em processo de construção. Esta política delimita diretriz e linhas prioritárias, na premissa de realizar ações voltadas à garantia de acesso seguro e uso racional de plantas e fitoterápicos no país (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi introduzida no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no mesmo ano, com o objetivo de garantir a população o acesso às terapias complementares, colocando os profissionais de saúde envolvidos em um novo contexto de atenção à saúde, que deve visar à integralidade do cuidado (BRASIL, 2006b).

¹Planta medicinal é uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (BRASIL, 2010a, p.3).

² Fitoterápico é o medicamento obtido empregando-se exclusivamente de matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade (BRASIL, 2006a, p.46).

As terapias complementares são consideradas: medicina tradicional chinesa (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia), termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica. Estas possuem um enfoque sistêmico em relação ao indivíduo, em que a atenção é voltada para o estilo de vida do ser humano, suas relações sociais, ocorrendo à construção de um vínculo entre profissional e usuário, almejando a integralidade na assistência. O uso de tais terapias está respaldado, principalmente, no conhecimento empírico e acontece a partir de comprovações vivenciadas durante a prática de alguma dessas atividades (BRASIL, 2006b; CEOLIN, 2009; BRASIL, 2012b).

No SUS as terapias complementares têm a perspectiva de melhorar o cuidado integral, englobando a ideia da integralidade na assistência a saúde. Isto significa unir ações preventivas, curativas, de reabilitação, proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita (FRANCO, 2003).

A integralidade é compreendida como o cuidado às pessoas, grupos e coletividade, observando o usuário como um sujeito histórico, político, articulado no seu contexto familiar, no meio ambiente e no contexto social no qual está inserido (MACHADO et al., 2007).

Na premissa de prestar um cuidado integral, o profissional de saúde precisa compreender além do sistema oficial de saúde, os sistemas informais pela qual a população transita. Estes sistemas de saúde informais são embasados no conhecimento popular e na cultura dos usuários (LANGDON; WIIK, 2010). Muitos profissionais de saúde têm resistência em aceitar este conhecimento e, na maioria das vezes, entendem a cultura como um obstáculo que impede o usuário de seguir as suas prescrições (BOEHS et al., 2007).

É de fundamental importância que o enfermeiro conheça o significado do cuidado em cada cultura, ou seja, como as práticas específicas de cada comunidade podem influenciar no cuidado humano (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2006). Segundo Silva et al. (2007) este profissional tem um papel fundamental quanto à utilização de plantas medicinais, pois este estabelece contato direto e profundo com os indivíduos, logo tem a oportunidade de conhecer as práticas relacionadas ao uso desses dispositivos naturais, podendo exercer atividades direcionadas para as prioridades da comunidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local em que muitos profissionais por meio da escuta ativa, vivenciam relatos de experiências com a prática do saber

popular, todavia é preciso realizar uma escuta sem impor o conhecimento científico (BRASIL, 2012a).

Não obstante, a ideologia científica que transcorre a formação do enfermeiro, desde o início da enfermagem profissional no Brasil até os dias de hoje, baseia-se na racionalidade do modelo biomédico que fragmenta o cuidado em partes, focando na doença. Na prática profissional, o enfermeiro acaba reproduzindo acriticamente esse modelo, desconsiderando outros saberes da saúde, como os decorrentes da sabedoria popular (ALVIM et al., 2006), talvez isso explique a dificuldade desses profissionais valorizem este saber.

Apesar disso, é preciso superar esse modelo, pois segundo o estudo de Vanini (2010), os sujeitos da pesquisa, moradores de uma comunidade quilombola no município de Mostardas (RS), desejam uma aproximação entre o saber sobre a utilização das plantas medicinais e o cuidado realizado pelos profissionais do sistema de saúde vigente. Estudos realizados em diversas regiões do país (DUTRA, 2009; BADKE et al., 2011; THIAGO; TESSER, 2011) revelam que a população faz uso de plantas medicinais no cuidado à saúde, o que evidencia a necessidade dos profissionais agregarem o conhecimento destas terapias ao seu ambiente laboral.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) as universidades devem formar os profissionais, conforme as necessidades sociais da população brasileira. É importante aos profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro, buscar aprender sobre a PNPMF.

Nessa conjuntura, as políticas, muitas vezes, são construídas pelo olhar do gestor e não pela percepção da população e dos profissionais. Diante disso, no que diz respeito às plantas medicinais, sabe-se que esta política surgiu por meio do controle social, ou seja, a população que pressionou os gestores para sua implementação, todavia a política foi implementada e não se pensou em como realizar a formação permanente dos profissionais de saúde. No entanto, mesmo com o incentivo de uma Política Nacional, parece ainda haver carência de informação e de ações no sentido de efetiva implementação dessa prática terapêutica no Sistema de Saúde brasileiro (DUTRA, 2009).

Um estudo realizado com enfermeiros e médicos mostrou com os achados que é preciso realizar mais capacitações sobre essa temática, pois se acredita que a falta disso, colabora para a não aplicação de políticas que englobam as plantas medicinais (VARELA; AZEVEDO, 2013). Por meio desse estudo, evidencia-se que

os profissionais de saúde conhecem pouca a PNPMF, sendo que este conteúdo, em algumas universidades, é abordado como uma disciplina optativa.

Além disto, entende-se que para superar esta deficiência em relação à política seria convincente oferecer capacitações de acordo com os diferentes contextos do bioma para observar a diversidade de plantas e de cuidados em saúde, valorizando no contexto de cada município as fortalezas de autocuidado na atenção primária. Esta indução poderia ser realizada pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação a nível nacional, Secretarias de Saúde e Educação a nível estadual e Organizações Não Governamentais que tivessem recursos humanos qualificados.

Compreende-se que esta pesquisa terá relevância para a sociedade na medida em que desvela sobre a legislação da PNPMF e o processo de trabalho do enfermeiro. Podendo nesta investigação levantar dificuldades e potencialidades de indução da PNPMF. Também poderá motivar para uma possível reflexão sobre a formação profissional, bem como apontar caminhos de fortalecimento da atenção primária no SUS.

O interesse por esse assunto não foi iniciado no mestrado, mas sim desde a graduação. A pesquisadora deste tema participou de um projeto de pesquisa que trabalha com plantas medicinais desde o 4º semestre da graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas— participando deste grupo como bolsista do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) do projeto “Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do RS”. Ao participar das atividades de pesquisa e publicações de trabalhos no projeto, adquiriu-se conhecimento sobre o assunto e percebeu-se a importância das terapias complementares na saúde pública, pois essa traz uma visão de promoção e prevenção, diferente do modelo biomédico.

Além disso, observa-se que existem políticas implementadas sobre plantas medicinais; todavia por meio dos estágios realizados durante a graduação, como também no período de trabalho e durante o mestrado, percebeu-se que os enfermeiros têm pouco conhecimento sobre essa temática, com isso a curiosidade de buscar compreender porque isso ocorre.

1.1 Pressupostos Teóricos

O enfermeiro da atenção primária conhece a PNPMF, devido esta política ter sido implementada no SUS em 2006 e a partir daí, outras políticas, tais como Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), a RDC nº 10 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dentre outras (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012b).

Este profissional não está conseguindo se atualizar nessa área, pois no Brasil é difícil capacitar-se sobre esta temática, visto que as cidades que oferecem cursos com carga horária mínima de 360 horas, conforme a Resolução 197/97 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), localizam-se em grandes centros e têm o custo elevado, dificultando assim o aperfeiçoamento desses profissionais nessa área.

Acredita-se que os enfermeiros querem conhecer a Política de Plantas Medicinais, pois a maioria é a favor, destacando o baixo custo das plantas e fitoterápicos como o principal motivo (DI STASI, 2007; DUTRA, 2009), talvez justificado pelo fato de que não é toda a população brasileira que tem acesso aos recursos que provem do modelo biomédico.

Neste contexto, apresenta-se a questão norteadora da pesquisa: **Como é o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a viabilização da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária.

Investigar as fontes de informações que subsidiem o conhecimento dos enfermeiros em relação a essa política.

3 Revisão de literatura

A seguir será apresentada a revisão bibliográfica, que foi composta por dois temas: integralidade, sistema informal e a enfermagem na atenção primária e políticas públicas e às plantas medicinais.

3.1 Integralidade, sistema informal e a enfermagem na atenção primária

A grande mobilização política e social dos anos 60 e 70 estimularam também no campo da saúde, críticas em relação aos fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) possuiu uma trajetória que transcorreu pelos movimentos sociais brasileiros, durante o contexto político da ditadura militar (ALMEIDA, 1996).

Na década de 1970, a população encontrava-se insatisfeita com o atendimento em saúde oferecido, conformando o movimento brasileiro pela Reforma Sanitária, a qual teve sua expressão máxima durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta conferência foram delineados os princípios norteadores do SUS, cujas diretrizes foram legitimadas na Constituição Federal de 1988 e na lei orgânica da saúde 8.080 e 8.142 de 1990 (PAIM, 2009).

A partir deste momento, o estado passou a ser responsável pela saúde dos brasileiros, na medida em que o SUS foi fundamentado nos princípios da integralidade (pressuposto de prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação), universalidade (saúde como direito de cidadania assegurada pelo Estado), equidade (princípio de justiça social, atendendo conforme a necessidade de cada usuário), nas diretrizes, a hierarquização (serviços organizados em área geográfica delimitada por níveis de complexidade crescentes), descentralização (cada esfera federal, estadual e municipal assumem ações) e

participação da comunidade (controle social por meio de Conselhos e Conferências de Saúde) (BRASIL, 2012a).

Diante dos princípios que norteiam o SUS, é essencial conhecer se as instituições formadoras da área da saúde estão formando profissionais com essa visão. Esse compromisso decorre do fato das instituições, principalmente as públicas, oportunizarem aos alunos diversas atividades, dentre elas: o ensino, a pesquisa e a extensão. Portanto, estas podem trabalhar, buscando fortalecer os laços com a população, na busca de alternativas que possam melhorar a qualidade de vida e de saúde da mesma (ALVIM et al., 2006).

Em algumas faculdades, a abordagem positivista da saúde centrada em parâmetros próprios da biomedicina, que se organiza em torno da doença, para tanto, reduzindo e fragmentando o corpo humano, ainda permanece, mas em outras (REZENDE; COCCO, 2002), esse cenário vem se modificando, com o objetivo de proporcionar aos acadêmicos uma visão holística do indivíduo, da família e do contexto no qual está inserido, incluindo neste enfoque o uso das terapias complementares (CEOLIN et al., 2009).

As terapias complementares como: plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, dentre outras (BRASIL, 2005) têm o objetivo de trazer informações que substanciem e qualifiquem um saber sensível, simbólico e holístico, investigando o que ainda é pouco visto no modelo hegemônico e na rede oficial de saúde, tendo em vista aproximar e compreender o cuidado que emerge sobre as plantas medicinais.

O uso de plantas medicinais é muito presente no sistema informal de saúde que geralmente é formado por benzedeiras e curadores, sendo que cada vez mais a população vem buscando outros tipos de profissionais que nem sempre são graduados, procurando com estes terapeutas solucionar e conviver com os problemas vivenciados no dia a dia (SARAIVA; FILHA; DIAS, 2008).

Estudo realizado por Landim, Varela e Farias (2006), identificou que as enfermeiras na assistência, inicialmente utilizam o sistema formal de saúde e seus mecanismos legais para atender a população, não obstante, este sistema por vezes é limitante, pois nem sempre o usuário tem condições de comprar medicações alopáticas. Logo, às enfermeiras buscam as práticas de cuidado informais desenvolvidas no seu cotidiano, recorrendo a farmácias vivas (MATOS, 2004) e ao conhecimento empírico.

O conhecimento popular é adquirido e transmitido de geração para geração, sendo um saber que agrega valores culturais. No caso das plantas medicinais, a população não começou a utilizá-las por acaso, sem ter ocorrido indicação de alguém, experimentação ou melhora de um determinado sintoma (CEOLIN, 2009). Pesquisas realizadas sobre plantas medicinais que partem do conhecimento popular vêm mostrando que ótimos resultados podem ser obtidos (DUTRA, 2009; SILVA et al., 2010).

Buscando valorizar este conhecimento popular e atender aos usuários com maior êxito, é fundamental prestar um cuidado integral, abordando o ser humano em todas as suas dimensões, evitando a imposição do conhecimento científico e sim valorizando esses dois saberes, logo um novo saber poderá aparecer do aprendizado do profissional e do usuário.

Nessa conjuntura, a integralidade proporciona uma abordagem dos usuários de maneira holística, considerando todas as dimensões que se possam intervir, por meio do acesso permitido pelos próprios indivíduos (NIETSCHE, 2000). Algumas características compõem esse conceito, tais como o cuidado, a escuta, o acolhimento, o tratamento digno e respeitoso, substituindo o foco da doença pela atenção à pessoa, com sua experiência e trajetória de vida e seu modo próprio de viver e adoecer (MATTOS, 2006).

Nesta perspectiva, Luz (2005) traz um novo paradigma de saúde que coloca o sujeito singular no centro da atenção, situando a relação entre profissional e usuário, buscando com isso meios terapêuticos tecnologicamente simples e com igual ou maior eficácia em termos curativos ao construir uma medicina que busque valorizar a autonomia do usuário, prestando um cuidado de saúde integral, interdisciplinar com vistas à promoção da saúde.

A interdisciplinaridade nos remete à ideia de cooperação entre diversas áreas do saber e de conhecimento em planos que envolvem as distintas disciplinas acadêmicas quanto às práticas não-científicas, abrangendo atores e instituições diversas. Portanto, a interdisciplinaridade indica um trabalho integrado e compartilhado com as diferentes profissões (MACHADO et al., 2007).

A interdisciplinaridade e o cuidado integral vêm de acordo com a visão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 21 de outubro de 2011 por meio da Portaria 2.488 (BRASIL, 2012a). Essa política busca realizar uma escuta ativa, prestando um acolhimento adequado, atendendo as reais

necessidades daquela área, na qual determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável. A UBS pode ter na sua estrutura a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e esta deve ser formada por uma equipe multiprofissional e composta por no mínimo: médico de Família, generalista, especialista ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo também incluir os profissionais de saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, a qual a média recomendada é de 3.000 indivíduos (PALMEIRA, 2007; BRASIL, 2012a).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, o enfermeiro que trabalha na estratégia ou na atenção primária, é de suma importância no processo de trabalho, pois além de atividades de supervisão, gerenciais, treinamento, controle do grupo, também é responsável pela educação em saúde e educação permanente (BENITO; BECKER, 2007).

Segundo a Portaria nº 2.488, são atribuições do profissional enfermeiro:

Realizar a atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e quando for necessário e indicado nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, creches, associações); realizar a consulta de enfermagem tais como procedimentos e atividades em grupo sempre seguindo protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual ou municipal; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com outros membros da equipe; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012a, p.46-47).

De acordo com a prerrogativa citada, o enfermeiro deve atuar incentivando o trabalho coletivo, com a visão de melhorar a interdisciplinaridade, atingindo melhor produtividade no serviço de saúde com qualidade, fazendo com que os usuários sintam-se satisfeitos.

Logo, é necessário, além da competência técnica e fundamentação científica, considerar aspectos emocionais, psicológicos, espirituais, às necessidades singulares de cada usuário, que muitas vezes, estão presentes no sistema de cuidado informal.

Para isso, o enfermeiro precisa exercitar um diálogo, superando o formalismo técnico habitual, buscando propiciar uma conversa com uma linguagem acessível, facilitando o entendimento. Também, deve procurar ser um agente

facilitador para que indivíduos, famílias e grupos possam desenvolver competências e habilidades com um agir consciente em questões de saúde, ampliando a sua autonomia (MENEZES; GOBBI, 2010).

Por conseguinte, para os enfermeiros buscarem aplicar a integralidade, é fundamental que além do diálogo, da competência técnica, dos diversos aspectos e redes que envolvem o indivíduo, que os profissionais de saúde e usuários repensem o termo saúde. Para isso ocorrer, existe a necessidade de uma mudança cultural e começar a pensar, promover e buscar a saúde, enfatizando que não basta apenas procurar serviços, buscando a cura de uma enfermidade, e sim refletir na possibilidade de uma reformulação cultural, para aplicar a integralidade, iniciando uma reflexão do que é ter saúde (GADAMER, 2006).

Ressalta-se que em muitas instituições formadoras de recursos humanos na área da saúde, o modelo biomédico ainda é à base do aprendizado, portanto não basta pensar apenas em mudanças na atenção primária para que o SUS funcione efetivamente. Devem ocorrer transformações na área da saúde, reformulações curriculares nas universidades, desenvolvimento de políticas públicas focadas no acolhimento, na escuta, no comprometimento do profissional com o usuário (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Logo, é necessário formar profissionais que saibam escutar, reconheçam o conhecimento popular, que não imponham suas opiniões, que forneçam subsídios e permitam que o usuário faça suas escolhas.

3.2 Políticas públicas e plantas medicinais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que muitos países já utilizam práticas tradicionais na atenção primária como plantas medicinais, preparações à base de plantas medicinais ou produtos derivados. A partir de 1978 a OMS recomendou e oficializou a difusão do uso de fitoterápicos no âmbito mundial (LONDRINA, 2006).

Segundo Heck (2007) a OMS recomenda políticas públicas para o uso de medicina complementar nos sistemas de saúde. A Constituição Brasileira segue esta orientação ao dispor sobre a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Existe uma tendência mundial de crescimento de práticas não convencionais

no campo da saúde e de legislação para a sua integração nos sistemas nacionais de saúde (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, a palavra política, dependendo do olhar que for vista, pode ter diversos significados, na percepção da antropologia pode ser compreendida como um estudo de sociedades e relações sociais - e isso está estreitamente ligado ao assunto das relações de poder. A política é entendida como um meio de acesso aos recursos públicos, sendo que o político geralmente é o que atua como mediador entre as comunidades locais e as outras diversas escalas de poder (KUSCHNIR, 2007).

Essa mesma autora explana que o termo “público” não quer dizer recursos que todos têm direitos, mas sim recursos monopolizados pelas elites políticas e econômicas, logo pessoas de classes inferiores da sociedade não participam do termo público (KUSCHNIR, 2007).

Existem vários tipos de políticas; as políticas econômicas, sociais, da saúde; sendo que a participação da sociedade na formulação dessas, em alguns casos é assegurada na própria lei. No caso da educação e da saúde, a sociedade pode participar ativamente, mediante os conselhos em nível municipal, estadual e nacional (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Na área da saúde, após a criação do SUS em 1990 no Brasil, foram criados programas e políticas públicas na perspectiva de atender a população integralmente. Discussões relacionadas ao estímulo de estudos científicos buscando validação sobre políticas direcionadas para o reconhecimento de plantas medicinais são responsáveis pelo emprego deste tipo de terapia nas mais diversas situações de saúde (DI STASI, 2007).

Em 03 de maio de 2006, por meio da Portaria nº 971, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e no dia 22 de junho desse mesmo ano foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS, incentivando o uso destas terapias (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a; BRASIL 2006b).

A fitoterapia é uma prática que preconiza o uso de plantas medicinais para a preparação de medicamentos e tem suas raízes na medicina tradicional e popular; entretanto se diferencia destas, pois os produtos terapêuticos de origem vegetal são devidamente avaliados quanto a sua eficácia e segurança de uso, além de passar por um controle de qualidade, ou seja, existe uma legislação para os fitoterápicos,

sendo que os princípios ativos responsáveis por sua ação farmacológica são desconhecidos (DI STASI, 2007).

Essas políticas surgiram de uma necessidade da população, pois o modelo hegemônico de saúde não consegue atender a toda a população brasileira (OMS, 2008), todavia se observamos os nomes que constam na política como formuladores, a qual realizando a busca dos currículos percebe-se que a maioria são profissionais médicos, farmacêuticos, um profissional agrônomo e nenhum profissional enfermeiro (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012b). Enfatiza-se que como o enfermeiro trabalha diretamente com a população, realizando grupos de educação em saúde, participando da comunidade, este profissional tem conhecimento das necessidades de determinada comunidade, podendo dessa maneira ajudar na elaboração de políticas que atendam as reais necessidades da população.

A enfermagem é uma profissão que além de trabalhar diretamente com o cuidado, também atua na gestão dos serviços de saúde. É evidente que cada vez mais os enfermeiros estão participando de cargos como secretários de saúde, todavia é necessário que mais enfermeiros se engajem na formulação de políticas de saúde, pois como este profissional está em contato direto com a população poderá auxiliar na formulação de políticas direcionadas para atender as reais necessidades dos usuários (PERSEGONA et al., 2009).

Segundo estudos de Vanini (2010) e Dutra (2009), existem poucos profissionais capacitados para trabalharem nessa temática. Ter esta política implementada significa ter as plantas medicinais legitimadas, deixando de ser utilizadas no sistema informal e passando este cuidado ao sistema oficial de saúde, todavia uma das dificuldades para o seu funcionando adequado é a falta de recursos humanos capacitados para trabalhar.

Outro obstáculo pode estar correlacionado à indústria farmacêutica, a qual a partir do momento que tiver enfermeiros e outros profissionais capacitados sobre o assunto, a população pode utilizar mais as plantas medicinais e mesmo esta sendo associada a um tratamento complementar, quando a sociedade deter esse conhecimento, acredita-se que o consumo de medicações alopáticas poderá diminuir.

Diante disso, Palácios, Rego e Lino (2008) evidenciaram que a indústria farmacêutica pode influenciar nas decisões da relação médico-paciente, sendo a

utilização da promoção e da propaganda um de seus instrumentos para influenciar este profissional. Portanto, para que a PNPIC funcionem adequadamente, muitos interesses por trás desta estão envolvidos.

Apesar das dificuldades existentes para que esta política funcione em todo o país, alguns estudos mostram que isso vem dando certo. Exemplo de uma das primeiras experiências foi o Programa Farmácias Vivas, que teve início na Universidade Federal do Ceará há mais de vinte anos. Foi um dos primeiros programas de assistência social farmacêutico fundamentado no emprego científico de plantas medicinais e desenvolvido no Brasil, tendo por finalidade produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população carente (MATOS, 2004).

Seguindo essa trajetória, alguns municípios do estado de São Paulo (OLIVEIRA; SIMÕES; SASSI, 2006), Minas Gerais, Espírito Santo (BRASIL, 2012b) também utilizam a fitoterapia e plantas medicinais como recurso terapêutico na atenção primária.

No estado do Rio Grande do Sul (RS) o projeto de lei nº 108/2006 da assembleia legislativa do RS, instituiu a Política Intersectorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, sendo que a lei nº 2.636 de 10 de janeiro de 2007, estabeleceu essa mesma política no município de Gravataí (BRASIL, 2012b). Nesse sentido, ações vêm sendo realizadas por diferentes órgãos para a criação e implementação da fitoterapia como prática terapêutica nos serviços do SUS.

Na 7ª Reunião Técnica Anual que ocorreu em Pelotas no ano de 2012, alguns municípios trouxeram suas experiências. A cidade de São Lourenço do Sul está tentando implementar a Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterapia. Além dessa experiência, o município de Severiano de Almeida também possui ações em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde ao indicar o uso de plantas medicinais para a saúde humana (EMBRAPA, 2012).

Diante desses relatos, existem políticas e resoluções que amparam esses trabalhos nos respectivos municípios. Posterior à publicação da PNPIC, em 22 de junho de 2006 por meio do Decreto Presidencial nº. 5.813, foi criada a PNPMF, em que delimitam diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações voltadas à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no país (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012b).

Em consonância, também foi criada a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), composta por 71 plantas com potencial

terapêutico com o objetivo de orientar estudos que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos a serem disponibilizados pelo Ministério da Saúde para uso da população (BRASIL, 2009).

No dia 09 de março de 2010, foi designado a RDC nº 10 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual traz uma lista de 66 plantas medicinais, na qual explica como essas devem ser utilizadas e suas indicações, deixando claro que a indicação não se restringe a nenhum profissional da área da saúde, podendo o enfermeiro utilizar-se dela (BRASIL, 2010a).

Além disso, existe a legislação que regulamenta o registro de fitoterápicos, é a RDC nº 14/10 que foi criada em 31 de março de 2010, a qual estabelece as condições necessárias para a sua concessão. As avaliações incluem a matéria-prima vegetal, os derivados de droga vegetal e o produto final, ou seja, o medicamento fitoterápico. Esta resolução prevê diversas formas de se comprovar a segurança e eficácia dos medicamentos fitoterápicos. Entre as opções, existe a possibilidade de se usar as informações disponíveis sobre o conhecimento popular de uso da planta para as indicações propostas (BRASIL, 2010b).

Essas políticas e resoluções têm o objetivo de trazer informações que substanciem e qualifiquem este saber popular que emerge sobre as plantas medicinais. Portanto, se unirmos um modelo que veja a saúde de forma holística, aliada com a prática biomédica, este fortalecerá o sistema de saúde e a assistência prestada, vindo ao encontro dos princípios do SUS.

Como já foi citado, exemplos de experiências com a fitoterapia e plantas medicinais estão sendo implementados em alguns municípios; políticas e resoluções existem para embasar esses trabalhos. Diante disso, buscando conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à PNPMF, um estudo realizado com enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais, mostrou que essa prática varia conforme o contexto do cuidado, ou seja, se é na comunidade ou hospital, também está relacionada de como esses profissionais negociam seus saberes (ALVIM; CABRAL, 2004).

Nesse mesmo estudo, as enfermeiras relataram que a adoção de plantas medicinais existe em dois lugares sociais por elas ocupados; um deles é o profissional que está entrelaçado com a consulta de enfermagem, já o outro é o pessoal, envolvendo relação entre amigos e no espaço de sua família, a qual

dependendo do lugar, a indicação do uso de plantas medicinais vai ser antagônica (ALVIM; CABRAL, 2004).

Como existem poucos estudos publicados sobre o processo de trabalho do enfermeiro em relação às políticas de plantas medicinais, ampliando a busca, se encontrou outras pesquisas avaliando os profissionais de saúde. Segundo Nagai e Queiroz (2011), os profissionais pouco orientam a população sobre o uso de plantas medicinais. Nessa pesquisa também elencaram algumas dificuldades após a implantação das terapias complementares de um município de São Paulo (SP), dentre as quais se destacam a carência de capacitação profissional e de conscientização, tanto dos profissionais, como da comunidade.

Já outra pesquisa avaliando se os usuários comunicavam aos profissionais sobre o uso de plantas medicinais, divulgou que os informantes pouco citaram a equipe de saúde como referência, justificando o provável despreparo ou descrença dos mesmos sobre esta prática popular de cuidado à saúde (CEOLIN et al., 2009).

Um estudo realizado com enfermeiros e médicos de uma ESF apontou que a resistência popular, ou seja, a ideia de que para ser bem atendido é preciso sair de um consultório com uma medicação ou uma solicitação de exame para realizar; o estudo salienta também o déficit de conhecimento dos profissionais de saúde (VARELA; AZEVEDO, 2013).

Os sujeitos acreditam que a ausência de capacitações para profissionais de saúde colabora para a não aplicação de políticas que englobam as plantas medicinais; como também a ausência de insumos, como prescrever plantas, fitoterápicos quando não tem como disponibilizar aos usuários; as fragilidades do saber popular, que os produtos naturais são inofensivos à saúde, ou seja, a população precisa se conscientizar que é necessário saber a finalidade, dosagem, modo de preparo, interações antes de utilizar uma planta medicinal (VARELA; AZEVEDO, 2013).

Em contrapartida, no que se refere à capacitação de profissionais, o estudo de Alvim et al. (2006) mostrou que parte de alguns alunos de enfermagem acreditam que a utilização dessas práticas complementares não garante status para a profissão, portanto mesmo quando são disponíveis este tipo de aprendizado nas faculdades, o estudante, muitas vezes, não valoriza a prática por não considerá-la científica.

Além de várias dificuldades que foram elencadas nessa revisão, também existe a questão da cultura destes enfermeiros. Segundo Gadamer (2006) a população preocupa-se muito com a doença e pouco com a saúde. De modo semelhante, a ideologia de formação dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, também reforça este olhar biomédico. Portanto, pensar em estratégias para implementar a PNPMF, implica em refletir sobre esta ideologia e em propor mudanças compatíveis com os princípios que regem a integralidade da saúde e do cuidado propriamente dito.

O Conselho Federal de Enfermagem/BR (COFEn), através do Parecer Normativo nº 004/95, reconhece que as terapias complementares/alternativas (acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia, quiropraxia, massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, não sendo vinculadas a qualquer categoria profissional. A Resolução 197/97 do COFEn, estabelece e reconhece essas terapias como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem desde que tenha realizado curso reconhecido, com uma carga horária mínima de 360 horas, logo o enfermeiro que seja habilitado por esse curso, poderá prescrever as plantas medicinais, caso não tenha o curso com tal carga horária, poderá indicar as plantas a comunidade.

Uma possível saída para esse impasse está no compartilhamento de saberes, na negociação do cuidado. Ou seja, o enfermeiro conhecedor dos efeitos das plantas na saúde humana, não estaria propriamente prescrevendo uma planta, mas trocando experiências e saberes, cuja origem não é acadêmica, mas popular. Portanto, orientar, educar em saúde está no seu âmbito profissional e sob este aspecto não há questionamento que se sustente.

Precisa-se repensar os disparadores que induzam os enfermeiros a refletirem sobre a questão cultural, pois cabe lembrar que mesmo sendo profissionais, os mesmos são indivíduos que tem uma família com uma cultura e isso pode interferir na atuação destes profissionais para implementar a PNPMF. Por conseguinte, a cultura é algo que está em constante mudança, a cada geração algo vai se modificando, se reformulando e quem sabe com o decorrer do tempo esta visão biomédica poderá ser repensada e aos poucos a visão de promoção de saúde tanto na cultura dos usuários como profissionais de saúde poderá ser o foco.

Em relação à educação permanente, uma das diretrizes da PNPMF é a educação permanente em saúde (EPS) dos profissionais de saúde em plantas

medicinais e fitoterapia, dizendo que devem ser adotados e definidos localmente. Esta diretriz também aborda que a EPS deverá ocorrer em vários níveis abordando toda a equipe, informando sobre a PNPIC, os cuidados gerais com plantas medicinais e fitoterápicos, como também abordando cuidados específicos para profissionais de saúde de nível superior abordando aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição (BRASIL, 2006a).

Esta política também preconiza que devem ser adotadas medidas que possibilitem a disponibilidade de produtos (plantas medicinais, fitoterápicos) nas unidades de saúde de forma complementar, ressaltando que isso pode ser na ESF, no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade. Por conseguinte, a própria PNPMF mostra caminhos para implementá-la com sucesso (BRASIL, 2006a); no entanto, foi criada e não se pensou em como colocá-la em prática, logo é uma política que está em processo de construção.

Nessa perspectiva, para os profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro, compreenderem a ideia das políticas de plantas medicinais, é preciso que ocorra a integração entre o saber popular e científico na realização do cuidado, na qual este precisa empregar em sua postura o saber interdisciplinar, tendo em vista a qualidade de vida do ser humano e a riqueza no compartilhamento de conhecimentos entre diferentes áreas da saúde (SOUZA et al., 2012).

Considerando que as plantas medicinais estão relacionadas ao conhecimento empírico, no entanto, por meio da implementação da PNPIC e da PNPMF, este tipo de terapia está se transformando do sistema informal para o formal, visto que o que legitima essa prática são as políticas e resoluções que surgiram decorrentes destas.

Na prática, percebe-se que as plantas medicinais ainda estão sendo visualizadas como cuidado informal, porém cabe destacar que essa opção terapêutica não precisa se legitimar como um cuidado formal e sim, os usuários e profissionais, precisam entender que é preciso respeitar e aceitar os diferentes sistemas de cuidado que a população transita.

A busca do sistema informal de saúde para soluções de problemas que a medicina oficial não consegue responder, em geral, são pouco conhecidos ou colocados em segundo plano, como também não sendo uma temática muito abordada na formação profissional em saúde, e muitas vezes, pouco presentes nas preocupações de gestores ou formuladores de políticas (CONILL et al., 2008).

Provavelmente pelo fato das plantas medicinais solucionarem problemas que o modelo biomédico não consegue; de não ser toda a população que tem acesso a esse modelo positivista (OMS, 2008); por ser uma prática que representa um conhecimento transmitido entre várias gerações familiares (CEOLIN, 2009), pode explicar a transformação deste cuidado para o sistema formal de saúde.

4. Referencial teórico

Quando se definiu o tema do referido estudo, iniciou-se a busca por um referencial que embasasse a discussão sobre políticas e o conhecimento do enfermeiro. Para fundamentar esse estudo, encontrou-se suporte na antropologia do referencial de Kleinman e na sociologia do referencial de Guareschi, como caminhos para uma aproximação de discussão.

Estes referenciais partem de olhares diferentes. O sociólogo Pedrinho Guareschi discorre sobre teorias e leis de como a sociedade está organizada, quais os problemas que decorrem dessa organização, fazendo uma análise crítica em uma perspectiva mais ideológica.

Arthur Kleinman é antropólogo e escolheu-se este referencial, porque ao se discutir aspectos referentes sobre o conhecimento do enfermeiro, depara-se com a cultura destes profissionais e os diversos sistemas de cuidado em saúde que a população transita, necessitando um referencial que sustentasse essa análise.

A questão política da práxis do enfermeiro na atenção primária e o conhecimento empírico é um assunto complexo, que se coloca em constante desafio, pois expõe novos olhares para compreender a realidade, levando a reflexões do porquê as políticas existem? Quem propõe as políticas? A política decorre de quais interesses?

Percebe-se que a PNPMF é uma política do escondido, do vedado, do oculto, porque não se quer mudar as coisas e também não se quer que as pessoas fiquem conhecendo toda a verdade (GUARESCHI, 2011). Questiona-se de como a política está chegando a esses enfermeiros? Quem está no poder, quer que esta política seja conhecida?

Nessa perspectiva, existem também os aparelhos repressivos na sociedade, a qual tem como função manter a ordem. Dentre estes aparelhos, estão as políticas de todos os tipos (GUARESCHI, 2011). A PNPMF é um aparelho repressivo, mas

ressalta-se e porque manter a ordem sobre essa temática? Será que a população está inconformada com o modelo hegemônico de saúde vigente?

Diante disso, nenhuma lei, nenhuma política explica todos os fatos, portanto estas são parciais, incompletas (GUARESCHI, 2011). O modelo biomédico vem mostrando fragilidade por não suportar todas as exigências dos usuários. Nessa conjuntura, foi aprovada uma Política de Plantas Medicinais que tenta legitimar este saber, porém essa também apresenta fragilidades na sua implementação, porque nenhuma política explanará a verdade absoluta e sim parcial, fornecendo estratégias para que todas as esferas se desacomodem sua forma de pensar e agir e façam na prática o que é diferente do normal.

Guareschi (2011) também discute sobre a organização da sociedade, trazendo as diversas tipificações segundo modo de produção, a divisão social do trabalho e suas relações. O autor na premissa de explicar esta sociedade complexa explana sobre o proletariado e a classe dominadora, mostrando uma relação de poder, na qual sempre existem, os que trabalham e os que comandam.

Na visão do autor, as relações de poder são estabelecidas na intenção da classe dominadora, de não mudar os fatos ou não se quer que os usuários fiquem conhecendo toda a verdade. A sociologia e a antropologia da saúde estão interligadas, pois as ideias da antropóloga Karina Kuschnir vêm ao encontro do que Guareschi discute em sua obra “Sociologia Crítica”. A antropóloga explana que a política deve ser entendida como um acesso a recursos públicos, mas que esse público não significa toda a população e sim uma minoria (KUSCHNIR, 2007).

A antropologia resgata que o oprimido também tem poder e que este reside nas pequenas ações, podendo ou não influenciar no cotidiano do processo de trabalho (DUARTE, 1988). Ao pensar dessa maneira, no que se refere aos profissionais inseridos na área da saúde, fazer saúde está associado a fazer política, pois a realização de ações, como o ato de protestar, de participar do controle social, de omitir opinião, de verbalizar manifestações por meio da escrita ou explanar que algo deve ser respondido pela gestão, também são ações que remetem fazer a política.

A enfermagem é uma profissão que está em contato constante com a comunidade, principalmente na atenção primária. É o profissional que possui preparo e formação para o cuidado, bem como conhecimento para a gestão desses,

além disso, está preparada para atuar em diferentes cenários, de concretizar e pensar as ações de saúde (PERSEGONA et al., 2009).

É fundamental que o enfermeiro além de fazer a saúde, que ele comece a fazer a política, realizando ações mais coerentes com a realidade e que venham de encontro aos interesses do usuário, pois isso possibilitará ampliar conhecimentos e trazer inovações nas formulações das políticas públicas (PERSEGONA et al., 2009).

Destaca-se que é importante influenciar a participação do enfermeiro no fazer a política, porém existe uma dominação ideológica que ocorre no plano individual, ou seja, os profissionais; e isso é detectado na análise das instituições que prescrevem os papéis sociais, as funções de cada pessoa e acabam determinando as relações sociais de cada indivíduo (GUARESCHI, 2011).

Por mais que o enfermeiro tenha uma cultura, todavia na sua academia e no seu processo de trabalho, este profissional vai incorporando e aceitando o que a sociedade vai influenciando na identidade deste, dificultando o olhar para diferentes formas de sistema de cuidado.

Embora o sistema biomédico seja predominante, considerado o sistema oficial de saúde no SUS, é importante ressaltar que a população recorre a vários outros sistemas de cuidado, como por exemplo, a medicina popular. É preciso refletir o sistema de atenção à saúde, envolvendo aspectos culturais, pois isso facilita a compreensão desses múltiplos comportamentos da sociedade (LANGDON; WIIK, 2010).

Nessa perspectiva de pensar em diferentes sistemas de cuidado, não se pode dizer que um indivíduo tem mais poder que o outro. Cada usuário reflete sobre determinado assunto de maneira singular, portanto essa forma de enxergar as relações é aplicada nos diferentes sistemas de cuidado, as quais estão em constante construção. Não se pode afirmar que essa forma ou aquela é que vai dar certo com os usuários, lembrando que a sociedade está em constante modificação e o mesmo se aplica a saúde.

Diante deste olhar, o referencial de Kleinman auxiliará no embasamento dessa pesquisa, pois este autor defende que o sistema de saúde seria composto pelo menos por três subsistemas interrelacionados: o informal (**popular sector** – família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e autoajuda), o popular (**folk sector** – agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos).

O cuidado de saúde ocorre de maneira simultânea entre estes setores, sendo que cada representante de cada subsistema possuem diferentes maneiras de explicar a etiologia, os sintomas, a fisiopatologia e o tratamento dessas, ressaltando que cada um, de modos diferentes, possui crenças e expectativas distintas (KLEINMAN, 1980; LANGDON; WIIK, 2010).

Na sociedade contemporânea, existem vários sistemas de cuidado de saúde, todavia nem sempre os profissionais de saúde olham para o usuário na perspectiva de compreender como ele aciona. Na maioria das vezes o distanciamento entre usuário e profissional é tão presente que as ações de saúde são independentes. O profissional acaba impondo o conhecimento científico e, consequentemente, o usuário não expõe os cuidados informais que utiliza influenciado pela família, rede de amigos, comunidade ou até mesmo sistema popular.

Buscando compreender a dificuldade da implementação da PNPMF, percebe-se que a falta de comunicação associadas às atividades de saúde, distanciam o sistema médico e não médico, evidenciando os problemas de comunicação que decorrem do encontro entre os modelos culturais e o modelo profissional durante o processo de saúde de cuidado.

Essa dificuldade de diálogo entre diferentes saberes do profissional e do usuário, tendo como consequência a precarização do cuidado, limitando a criação do vínculo, característica da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a), portanto são fundamentais que os profissionais de saúde repensem alguns conceitos, ampliando sua visão de olhar a saúde, considerando os sistemas informais que a população aciona. Com o intuito de sintetizar essa discussão, foi elaborada a Figura 1, mostrando-a por meio de um esquema do referencial teórico relacionada à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

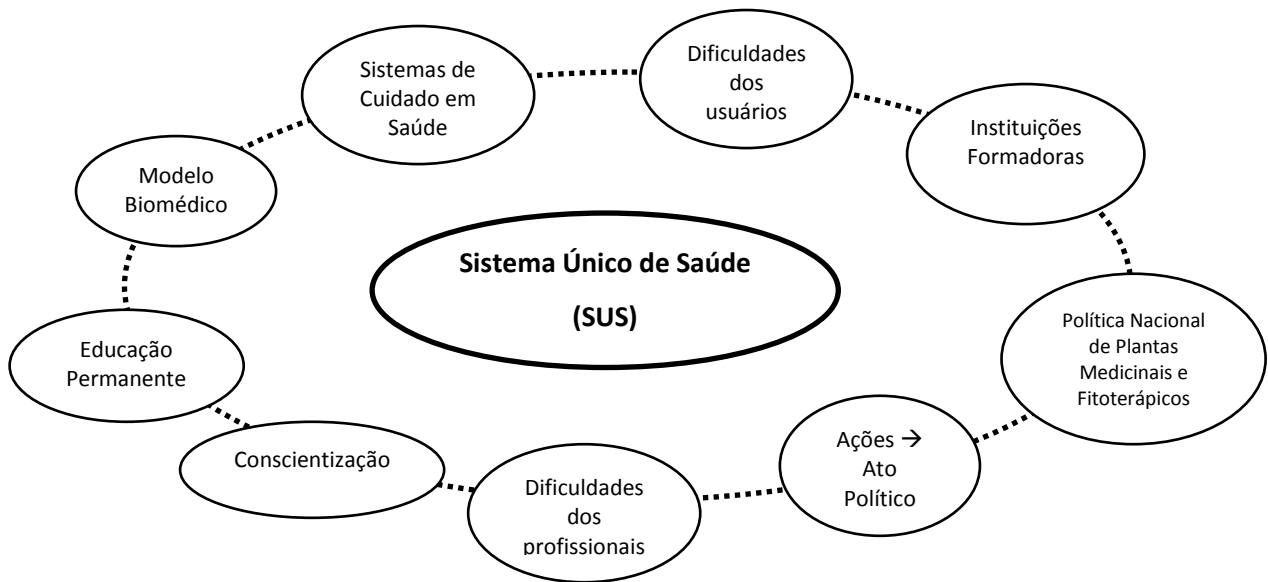


Figura 1 – Esquema do Referencial Teórico relacionado à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Pelo esquema proposto, se buscou levantar os inúmeros “nós críticos” que existem e estão em constante processo de construção, referente à implementação da PNPMF nos municípios que a pesquisa foi realizada. Percebe-se que os profissionais precisam compreender que existem vários sistemas de cuidado em saúde e diversos saberes, a qual o modelo biomédico é apenas um deles. Não se pode comparar dois saberes, dizendo que um é melhor que o outro, não existe critério de comparação, pois se a experiência é algo singular, não se pode dizer que há mais saber e saber menos, o que se pode relatar é que existem saberes diferentes (GUARESCHI, 2011) e é isso que os profissionais de saúde, estudantes da área precisam compreender em relação as plantas medicinais.

O aporte da antropologia e da sociologia oferece opções de se refletir sobre políticas de saúde menos individualistas e mais voltadas às necessidades da população, procurando atender aos interesses de todos.

5. Metodologia

5.1 Caracterizações do estudo

Esse estudo tem abordagem qualitativa do tipo descritiva. Os métodos qualitativos têm muito a apresentar aos que estudam a atenção e os serviços de saúde. A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados de como os indivíduos observam suas experiências do mundo social e à maneira como esses seres compreendem este mundo. Destarte, em vez de simplesmente aceitar os conceitos e explicações da vida diária, este tipo de pesquisa faz perguntas fundamentais e investigadoras a respeito da natureza dos fenômenos sociais (MINAYO, 2011).

5.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em 21 municípios que pertencem a 3º Coordenadoria Regional de Saúde de Pelotas do Rio Grande do Sul. No estado do Rio Grande do Sul (RS) existem 19 coordenadorias regionais de saúde, sendo que a 3º CRS monitora os indicadores de saúde dos municípios de Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pelotas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

A escolha por esses municípios ocorreu pelo fato da pesquisadora estar vinculada a outro projeto desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem (Fen) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na qual foi bolsista de graduação de

iniciação científica, em que pesquisou o conhecimento dos agricultores familiares em relação ao uso de plantas medicinais (HECK, 2012).

5.3 Participantes do estudo

Os participantes foram enfermeiros coordenadores da atenção primária, ou seus indicados, perfazendo um total de 22 participantes nesses respectivos municípios, sendo que uma profissional se negou a participar da pesquisa, totalizando 21 enfermeiros. Estes profissionais da saúde foram identificados pela letra E, seguidos por números arábicos, conforme os questionários foram devolvidos (exemplo: E.1., E.2.....E.21).

Foram selecionados os enfermeiros coordenadores, pois se acredita que por ocuparem cargos de chefia/gestão, conheçam as diretrizes da PNAB de 2012, como também o que preconiza a ESF e as políticas de saúde, além disso, são esses profissionais que geralmente levam as informações aos demais colegas dos respectivos municípios sobre políticas públicas inseridas no SUS.

5.4 Critérios de seleção dos participantes

Trabalhar na atenção primária há pelo menos 06 meses;

Concordar com a participação no estudo;

Concordar com a apresentação e divulgação dos resultados nos meios acadêmicos e científicos.

5.5 Princípios éticos

Nesse estudo foi respeitado o Capítulo III, da Resolução COFEN 311/2007, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, bem como a Resolução nº 196/96³ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa

² Resolução nº 196/96. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

envolvendo seres humanos. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O estudo envolveu exclusivamente a realização de questionários autoadministrados, não está incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Os dados obtidos serão armazenados durante cinco anos no computador da pesquisadora. Serão usados como banco de dados para a elaboração de resumos e artigos. Após este período, os registros com versões em papéis serão incinerados e os arquivos virtuais serão excluídos do computador.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, entrou-se em contato com a 3ª CRS, a qual foi solicitada a carta de autorização para a realização do estudo (APÊNDICE B). Posterior a isso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (APÊNDICE C).

Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, parecer consubstanciado 284.352 (CAAE15618513.5.0000.5316) e autorizado pela enfermeira coordenadora da atenção primária da 3ª CRS, se agendou uma reunião com a enfermeira da 3ª CRS para levantamento da profissão dos coordenadores municipais da atenção primária, como também para obter o número de celular, telefone do local de trabalho e endereço eletrônico (*e-mail*).

Caso o coordenador da atenção primária do município de interesse não fosse enfermeiro, o coordenador ou o secretário de saúde indicaria um enfermeiro da atenção primária para participar da pesquisa. Após obter o contato dos coordenadores dos municípios, realizaram-se ligações telefônicas para os locais de trabalho desses enfermeiros com a finalidade de sensibilizá-los sobre o estudo e foi enviado por *e-mail* um convite explicando os objetivos do estudo.

Os dados foram obtidos a partir de um questionário autoadministrado, no qual segundo Polit e Hungler (2004) se combina perguntas fechadas e abertas, em que a ausência do entrevistador garante que não ocorra tendenciosidade nas repostas.

Na sequência foram enviados, por meio da coordenadoria, os questionários autoadministrados (APÊNDICE D) e o TCLE (APÊNDICE A) para os respectivos locais de trabalho desses enfermeiros.

Os participantes tiveram um prazo de 30 dias para devolverem os documentos respondidos à 3ª CRS. Caso o enfermeiro não devolvesse o questionário autoadministrado nesse prazo, se realizaria seis ligações alternadas durante duas semanas e se aguardaria mais duas semanas para a devolução dos questionários. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2013.

5.7 Análise dos dados

Com a finalidade de analisar os dados, utilizou a Proposta Operativa de Minayo (2010), procurando além de realizar a análise, também compreender como se constrói os núcleos de sentido, as discussões em relação às diferentes facetas do objeto de estudo.

Essa análise é caracterizada por dois momentos. O primeiro momento são incluídas as determinações fundamentais do estudo, a qual ocorre na fase exploratória da investigação. Já o segundo momento, é designado como interpretativo, pois é um processo em espiral que inicia com uma pergunta e termina com uma resposta ou o produto, que por sua vez dá origem a novas interpretações (MINAYO, 2011).

Esta fase é composta por duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados. Nesta última ocorre a leitura horizontal e exaustiva dos textos, como também a leitura transversal, a análise final e por fim a construção do relatório com a apresentação dos resultados (MINAYO, 2010).

1) Ordenação dos dados:

Nesta primeira etapa ocorreu a digitação das respostas dos questionários, separando as respostas por perguntas, ou seja, na primeira pergunta foram digitadas todas as respostas dos participantes e assim sucessivamente. Em todas as respostas, os enfermeiros foram identificados conforme consta na metodologia do estudo. Durante as digitações, realizou-se uma leitura preliminar do material.

2) Classificação dos dados:

Realizou-se a leitura exaustiva e horizontal dos discursos. Para isso, foi preciso um olhar minucioso de cada questionário, em que os discursos foram agrupados em núcleos de sentido, possibilitando a próxima etapa da análise.

3) Análise final dos dados:

As etapas de ordenação e classificação foram um ponto de partida e de chegada para a compreensão e interpretação dos discursos. Nesta fase, o objeto de estudo passou em um constante movimento, visando responder o objetivo proposto.

A seguir descrevem-se os passos que foram seguidos para a análise dos dados:

- 1º Digitação dos dados e organização do material;
- 2º Caracterização dos participantes;
- 3º Leitura detalhada das respostas dos questionários digitados;
- 4º Formulação de categorias temáticas, visando responder o objetivo do estudo;
- 5º Análise dos discursos, buscando refletir sobre o conhecimento que os enfermeiros coordenadores da atenção primária têm sobre PNPMF;
- 6º Agrupamento dos discursos semelhantes e dos que se diferenciaram bastante;
- 7º Elaboração do relatório final, contendo de maneira detalhada como ocorreu a coleta de dados e o processo para ordenação dos dados e análise.

5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados foram divulgados por meio da elaboração de artigos científicos que serão apresentados juntamente com a dissertação na conclusão do Mestrado e também por meio de materiais didáticos, como folders que serão encaminhados para os respectivos locais de trabalho dos enfermeiros que participaram do estudo.

5.9 Cronograma

	2012		2013	
Atividade	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema	X	X		
Encontros com orientador	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	
Revisão de Literatura	X	X	X	X
Qualificação do projeto			X	
Submissão ao Comitê de Ética			X	
Aprovação do Comitê de Ética			X	
Coleta de dados			X	X
Análise dos dados			X	X
Apresentação da dissertação/artigo				X

Figura 2 –Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa

6. Orçamento

Material	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Papel A4 (pacote de 500 folhas)	05	15,00	75,00
Caneta	20	2,00	40,00
Lápis	10	1,00	10,00
Borracha	04	1,00	4,00
Cartucho p/ impressora	04	50,00	200,00
Encadernação	10	5,00	50,00
Pincel atômico	12	2,00	24,00
Tesoura escolar	02	2,00	4,00
Notebook	01	1.600,00	1.600,00
Despesas com transporte	10		300,00
Submissão de artigos	02	300,00	600,00
Recursos Humanos			
Material	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Revisão de português	01	200,00	200,00
Tradutor de inglês	01	200,00	400,00
Tradutor de espanhol	01	150,00	150,00
Total de Despesas			3.657,00

Figura 3 - Recursos financeiros do projeto

Obs.: Todas as despesas foram custeadas pela autora do estudo.

Referências

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.1, p.3-53, 1996.

ALVIM, N. A. T; FERREIRA, M.A; CABRAL, I.E; ALMEIDA FILHO, A.J.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. **Revista Latino Americana de Enfermagem**(Ribeirão Preto, SP), v.14, n.3, p.1-9, 2006.

ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. Saberes e práticas de enfermeiras sobre plantas medicinais: um exercício de análise com categorias bakhtinianas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.17, n. 1, p. 70-78, 2004.

BADKE, M.R.; RESSEL, L.B.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 132-139, 2011.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 312-316, 2007.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v.16, n.2, p.307-314, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre:** pesquisa envolvendo seres humanos. 10 out. 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC**. Resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.813. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/decreto5813_22_06_06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano X, edição especial. Brasília –DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **RENISUS-Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. Agência Nacional da Vigilância Sanitária. **Notificação de drogas vegetais**. Resolução – RDC Nº 10 de 09 de março de 2010a. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consolidado de normas da Coordenação de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados (COFID) (Versão III)**. Resolução - RDC Nº 14 de 31 de março de 2010b. Disponível em: <<http://cezarjunior.wordpress.com/2010/06/10/consolidado-de-normas-da-cofid-coordenacao-de-fitoterapicos-dinammizados-e-notificados/>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares: Plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul**. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. RS

CEOLIN, T.; HECK, R.M.; BARBIERI, R.L.; SOUZA, A.D.Z.; RODRIGUES, W. F.; VANINI, M. Plantas medicinais utilizadas como calmantes por agricultores ecológicos da região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v.3, n.4, p. 253-60, 2009.

CONILL, E.M.; PIRES, D.; SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C.; BOING, A.F.; FERTONANI, H.P. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p. 1501-1510, 2008.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). **Resolução 197/1997**. Dispõe sobre as terapias alternativas. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041§ionID=34>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). **Resolução COFEN 311/2007**. Dispõe sobre o Código de Ética de Profissionais de enfermagem. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Jorge Zahar: Editor CNPq, 1988. 290p.

DUTRA, M. G. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública**: Um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás. 2009. 112f. Tese (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente)-Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais verdades e mentiras** - O que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007.133p.

EMBRAPA. Embrapa Clima Temperado. **Uma reunião para trocar experiências com Plantas Bioativas**. Disponível em:<http://www.cpact.embrapa.br/imprensa/noticias/2012/14112012_1.php>. Acesso em: 27 nov.2012.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.40, p.533-9, 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES Jr.; H. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; InMerhy, E.E. et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

GADAMER, H.G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GUARESCHI, P.A. **Sociologia Crítica** – Alternativas de mudança. 63 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

HECK, R.M. **Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região sul do RS**. Projeto de Pesquisa aprovado junto CNPq 571 199/2008-9. UFPEL, 2007.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents;1980.

KUSCHNIR, K. Antropologia e política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.22, n.4, p. 164-167, 2007.

LANDIM, F.L.P.; VARELA, Z.M.V.; FARIAS, F. L. R. Duas faces do cuidado gerencial de enfermagem: do poder burocrático às práticas informais. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.25, n.1, p. 31-7, 2006.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p. 174-181, 2010.

LONDRINA. Prefeitura do Município. **Autarquia Municipal de Saúde – 1. Ed** - Londrina, PR: [s.n], 2006.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Revista de Saúde Coletiva**, v.15, p.145-176, 2005.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2. p.335-342, 2007.

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas**: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4.ed. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In.: PINHEIRO, Rosani; MATTOS, Ruben Araújo. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p 41-63.

MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.97-102, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.108 p.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1793-1800, 2011.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.

OLIVEIRA, M. J. R.; SIMÕES, M. J. S.; SASSI, C. R. R. Fitoterapia no sistema de saúde pública (SUS) no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas medicinais, Botucatu**, v.8, n.2, p.39-41, 2006.

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Utilização da teoria do cuidado cultural na pós-graduação em enfermagem: a realidade brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 14, n.2, p. 245-52 abr/jun, 2006.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; LINO, M.H. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. **Interface (Botucatu)**, v.12, n.27, p.893-905, 2008.

PALMEIRA, G. Feitos do Ministério da Saúde, muitos deles, ação conjunta de estados e municípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **(Re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 19-22..

PERSEGONA, K.R.; ROCHA, D.L.B.; LENARDT, M.R.; ZAGONEL, I.P.S. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 645-50, 2009.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre : Artmed; 2004.

REZENDE, H.A.; COCCO, M.I.M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.36, n.3, p.282-8, 2002.

SARAIVA A.M.; FILHA, M.O.F.; DIAS, M.D. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.10, n.4, p.1004-14, 2008.

SILVA, F. B.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. **Políticas Sociais no Brasil**: participação social, conselhos e parcerias. In: "Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo". Brasília: Ipea, 2005. Capítulo 8.- Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias

SILVA, M. A. B. et al. Levantamento etnobotânico de plantas utilizadas como anti-hiperlipidêmicas e anorexígenas pela população de Nova Xavantina-MT, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 20, n. 4, p.549-562, 2010.

SILVA, C. G. R.; SILVA, J. L. L.; ANDRADE, M. Fitoterapia como terapêutica alternativa e promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.2, p.15-17, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em 13 Jan 2009.

SOUZA, A.D.Z.; HECK, R.M.; CEOLIN, T.; BORGES, A.M.; CEOLIN, S.; LOPES, A.C.P. O cuidado com as plantas medicinais relacionadas às infecções do trato urinário – um desafio à enfermagem. **Revista pesquisa cuidado fundamental online**, v.4, n.2, p.2367-76, 2012.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de saúde pública**, v. 45, n.2, p. 249-57, 2011.

VANINI, M. **Uso de plantas medicinais em um território quilombola do município de Mostardas – Rio Grande do Sul**. 2010. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

VARELA, D.S.S.; AZEVEDO, D.M. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, abr/jun v.5, n.2, p. 3588-00, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa:Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Orientadora: Prof.Dr^a Rita Heck (53)39211523 E-mail:rmheckpillon@yahoo.com.br

Orientanda: Enf^aAndrieli Souza Tel: (53)84053218 E-mail: andriele_zdanski@hotmail.com

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa sobre Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, respondendo ao questionário autoadministrado que será enviado pela 3º Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (RS).

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Apêndice B – Autorização para Realização da Pesquisa

Pesquisa: “Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Orientadora: Prof.Dr^a Rita Heck (53)39211523 E-mail:rmheckpillon@yahoo.com.br

Orientanda: Enf.Andrieli Souza Tel: (53)84053218 E-mail: andriele_zdanski@hotmail.com

Pelotas, 05 de abril de 2013.

Ilma. Sra. Enfermeira Hilda Maria Heinen

Cord. Estratégia de Saúde da Família da 3^a Coordenadoria Regional de Saúde

Prezada Coordenadora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, eu, Andrieli Daiane Zdanski de Souza, mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem – UFPel e tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Rita Maria Heck, venho por meio deste solicitar sua autorização para desenvolver a pesquisa de Mestrado em Enfermagem intitulada “Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Os participantes do estudo serão os Enfermeiros Coordenadores da Atenção Primária de 22 Municípios que tem como referência a 3^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS). Em caso deste Coordenador não ser um Enfermeiro, este será indicado pelo Coordenador do Município.

Terei compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos na pesquisa, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de Pesquisar envolvendo seres humanos.

Diante disto, solicito sua autorização para realizar a pesquisa prosseguindo com o desenvolvimento dos trabalhos.

De Acordo:

Data, Nome e Carimbo

APÊNDICE C – Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 10 de abril de 2013

Ilustríssima Senhora (o) Coordenadora do Comitê de Ética

A fim de solicitar apreciação por este Comitê de Ética em Pesquisa, enviamos o Projeto de Pesquisa intitulado Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, de autoria de Andrieli Daiane Zdanski de Souza sob orientação da Prof^a Dr^a Rita Maria Heck.

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Informamos que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para produção científica que resultará em uma dissertação, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os participantes do estudo serão os Enfermeiros Coordenadores da Atenção Primária de 22 municípios que tem como referência a 3^a Coordenadoria Regional de Saúde. Em caso deste coordenador não ser um enfermeiro, este será indicado pelo coordenador do município.

Os (as) participantes só participarão da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196/96 sobre a Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.
Atenciosamente

.....
Andrieli Daiane Zdanski de Souza
Mestranda PPGEnf UFPel

.....
Rita Maria Heck
Orientadora

APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados

	Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Pós- Graduação/Mestrado	
Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Orientadora: Prof.Dr^a Rita Heck (53)39211523 E-mail:rmheckpillon@yahoo.com.br Mestranda: Enf.Andrieli Souza Tel: (53)84053218 E-mail: andriele_zdanski@hotmail.com		
Questionário autoadministrado para os participantes da pesquisa		
Dados de identificação		Número do questionário: ____
Nome:		
Idade:		
Sexo: feminino () masculino ()		
Local de Formação:		
Ano de formação na graduação:		
Possui especialização: _____ Qual/Ano: _____		
1. Como lhe são proporcionadas atualizações das políticas de saúde relacionadas à atenção básica no SUS? Explique.		
2. Você conhece alguma política utilizada no SUS sobre plantas medicinais e fitoterápicos? Explique.		
3. No seu processo de trabalho, você considera-se capacitado para prestar cuidado diante de um usuário que faz uso de plantas medicinais? Explique.		
4. Você recebeu alguma orientação sobre a política de plantas medicinais e fitoterápicos no seu município? Explique.		
5. Você conhece plantas medicinais? Como aprendeu sobre esse assunto?		
6. No seu processo de trabalho ao ter dúvidas sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, quais as fontes de informações acionadas. (Responda de acordo com a prioridade de busca na prática).		
☐ Jornais ☐ Revistas ☐ Livros Técnicos ☐ Televisão		

☐ Internet ☐ Conhecedor popular de plantas medicinais
7. Qual seu conhecimento da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos? Explique.
8. Quais as formas de atualização que você considera adequadas para conhecer a política de plantas medicinais e fitoterápico. (Escolha apenas uma alternativa de acordo com a necessidade da atenção básica do seu município).
☐ Cursos de Curta duração (40horas) ☐ Cursos de Longa duração (120 horas) ☐ Especialização de no mínimo 360 horas ☐ Palestras ☐ Oficinas práticas envolvendo os profissionais do seu município
9. O que você considera necessário para implementar a políticas de plantas medicinais e fitoterápicos?
10. No seu cotidiano de vida familiar, você utiliza no cuidado em saúde plantas medicinal? Quais e para qual uso?
11. No seu processo de trabalho, você indica o uso de plantas medicinais? Quais?

ANEXOS

ANEXO A - PLATAFORMA BRASIL
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Título da Pesquisa: Enfermeiros da atenção primária e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Pesquisador: Rita Maria Heck

Versão: 2

CAAE:15618513.5.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 284.352

Data da Relatoria:17/06/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 26 de Maio de 2013

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

8. Relatório do trabalho de campo:

O presente relatório foi elaborado como parte da dissertação do Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PPGEN-UFPeI), da Faculdade de Enfermagem (Fen) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), visando descrever as atividades desenvolvidas durante o processo de coleta de dados.

No Brasil, a política de descentralização que vem sendo desencadeada a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) tem primado pela motivação dos municípios em implementar as ações de saúde de acordo com as necessidades locais. O estado monitora e auxilia na concretização das ações, em consonância com as políticas nacionais de saúde.

Nesse sentido, esse tema de pesquisa direcionou a investigar a realidade dos municípios em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), sendo que se elegeu como participantes deste estudo os enfermeiros coordenações da atenção primária.

A escolha por esses municípios ocorreu pelo fato da pesquisadora estar vinculada a outro projeto desenvolvido pela FEn da UFPeI, na qual foi bolsista de iniciação científica, em que foi pesquisado o conhecimento dos agricultores familiares em relação ao uso de plantas medicinais (HECK, 2012).

Quem monitora os municípios da região Sul do RS é a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), logo para esse estudo ser realizado, foi necessário a autorização do profissional que coordena a atenção primária da 3ª CRS/RS.

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em uma relação constante de cooperação técnica, financeira e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, na premissa de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Diante do exposto, a descentralização político-administrativa do SUS, no RS tem sido operacionalizada por meio de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) existentes desde 1999. A saúde foi regionalizada em sete macrorregiões: Centro Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales (BRASIL, 2002).

A macrorregião Sul é composta, administrativamente, pelas 3ª e 7ª CRS, tendo como principal polo assistencial, a cidade de Pelotas. Pela distância dos municípios e pela sede da 7ª CRS/RS ser em Bagé, optou-se em não incluir os dois municípios da 7ª CRS/RS, trabalhando com os municípios da 3ª CRS/RS, pela facilidade de comunicação com a coordenadoria. Assim, com o intuito de demonstrar os municípios que a 3ª CRS/RS monitora, na Figura 4 é apresentada um mapa com as respectivas cidades.

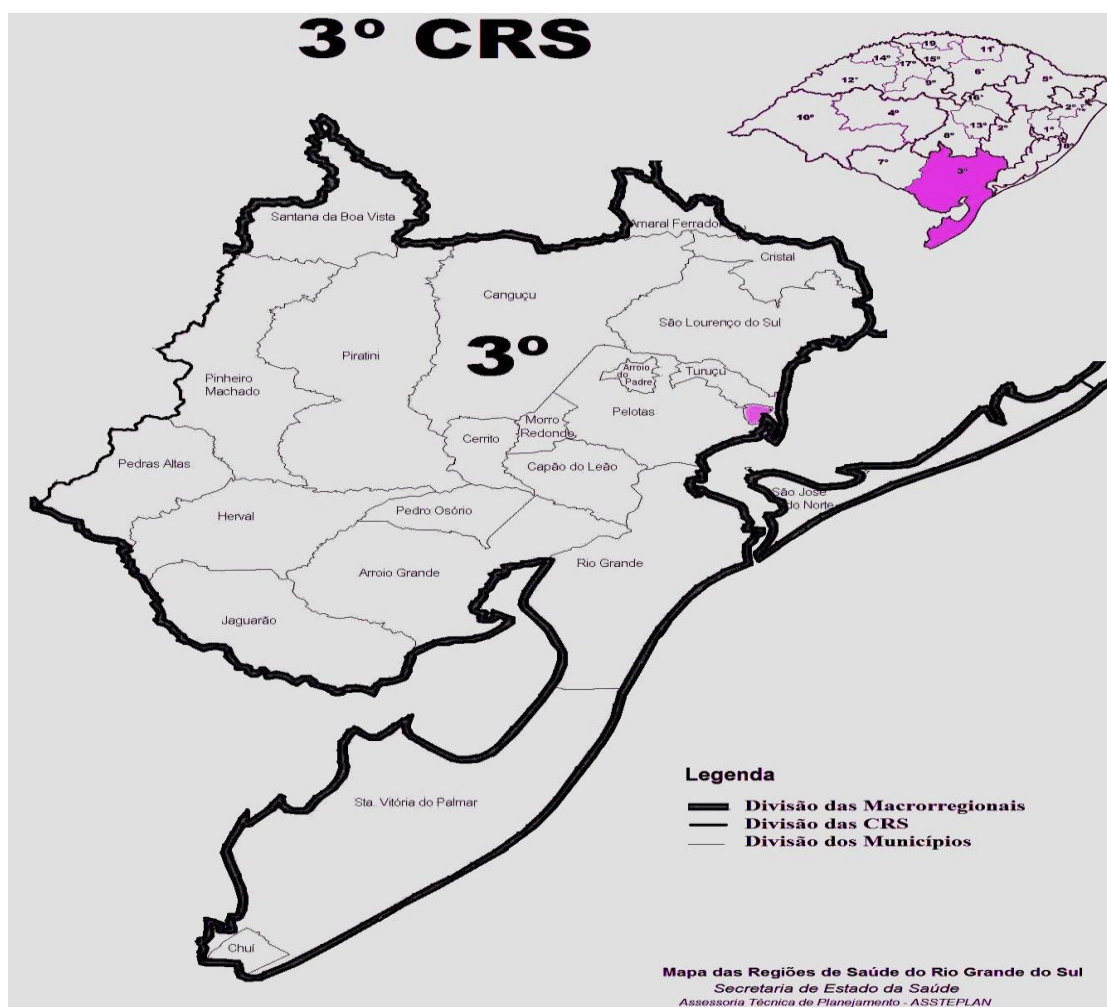


Figura 4 – Mapa dos Municípios que a 3ª CRS monitora.

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013.

Por meio da Figura 4, visualizam-se no mapa principal, os 22 municípios que a 3ª CRS/RS monitora, como também pelo pequeno mapa no canto superior direito, se pode observar as 19 CRS presentes no RS, dando destaque para a 3ª CRS.

Portanto, para trabalhar com os 22 municípios, foi realizado contato com a enfermeira responsável pela coordenação da atenção primária, na premissa de explicar o projeto, bem como saber se esta possuía interesse em autorizar a realização.

A coordenadora foi receptiva com a proposta e autorizou a realização deste trabalho assinando um termo de autorização. Durante a elaboração do projeto, foram marcados dois encontros com a enfermeira coordenadora da atenção primária da 3ª CRS para buscar possíveis maneiras de operacionalizar este estudo.

Em um primeiro momento, a enfermeira coordenadora passou os contatos telefônicos e endereço eletrônico (*e-mail*) de cada profissional responsável pela coordenação dos 22 municípios.

Nessa reunião, a pesquisadora evidenciou que dos 22 municípios, 11 eram enfermeiros coordenadores. Em 02 municípios o coordenador é assistente social e odontólogo, já nos outros 09 municípios a pesquisadora precisou entrar em contato com o secretário de saúde, pois no município não existia um enfermeiro coordenador, logo o secretário de saúde indicou um enfermeiro da atenção primária. A seguir no Quadro 1 são explicadas essas informações sobre cada município.

Quadro 1– Levantamento dos Coordenadores da Atenção Primária pertencentes a 3ª CRS/RS.

Município	Coordenador da Atenção Primária	Indicação
Amaral Ferrador	Não	Secretária de Saúde que indicou a enfermeira
Arroio do Padre	Sim	É coordenador da atenção primária
Canguçu	Não	A coordenadora da atenção primária é assistente social, logo indicou uma enfermeira da atenção primária
Capão do Leão	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
Cerrito	Sim	É coordenador da atenção primária
Chuí	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
Cristal	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
Herval	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
Jaguarão	Sim	É coordenador da atenção primária
Morro Redondo	Sim	É coordenador da atenção primária
Pedras Altas	Sim	É coordenador da atenção primária
Pedro Osório	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária

Pelotas	Sim	É coordenador da atenção primária
Pinheiro Machado	Sim	É coordenador da atenção primária
Piratini	Não	O secretário de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
Rio Grande	Sim	É coordenador da atenção primária
Santa Vitória do Palmar	Sim	É coordenador da atenção primária
Santana da Boa Vista	Não	A secretária de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
São José do Norte	Não	O secretário de saúde que indicou uma enfermeira da atenção primária
São Lourenço do Sul	Sim	É coordenador da atenção primária
Turuçu	Sim	É coordenador da atenção primária

Fonte: Projeto Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2013.

Pensou-se em enfermeiros coordenadores, pois cabe à coordenação municipal de a atenção primária buscar a qualificação dos serviços de saúde, embasados nos princípios do SUS, refletindo em maior autonomia e qualidade de vida da população (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, segundo a Portaria 2.488 da PNAB (2012), o enfermeiro tem como atribuições: realizar assistência à família dos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo seguindo protocolos; no entanto, para conseguir desempenhar essas atividades, demandam deste profissional certas habilidades como o planejamento, o gerenciamento, a coordenação (BRASIL, 2008). Diante destas responsabilidades, percebe-se que o enfermeiro coordenador tem a possibilidade de promover mudanças no perfil de saúde da população da área de abrangência que atua.

Para promover essas mudanças e buscar qualificar a atenção primária, uma possível estratégia é que o enfermeiro coordenador conheça as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como também o que preconiza a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e as políticas públicas de saúde. Geralmente, são esses profissionais que levam as informações aos demais colegas dos respectivos municípios sobre políticas públicas inseridas no SUS.

Após a obtenção dos contatos dos coordenadores dos 22 municípios e da possibilidade de realizar essa pesquisa por meio de questionários autoadministrados, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 10 abril de 2013 e no dia 26 de maio o mesmo recebeu parecer 284.352 de aprovado.

Os questionários autoadministrados podem ser distribuídos de várias maneiras, como pelos correios, um grupo reservado de participantes, por endereço eletrônico, pode ser distribuído em um determinado evento (POLIT; HUNGLER, 2004; MANUAL TÉCNICO, 2013).

Os questionários quando comparados com as entrevistas, possuem um custo muito menor e requerem menos tempo e energia para serem administrados. Além disso, oferecem a possibilidade de anonimato total, que pode ser essencial na obtenção de informações (POLIT; HUNGLER, 2004).

Nessa perspectiva, primeiramente foram realizadas ligações telefônicas para os respectivos participantes, em que foi explicado brevemente sobre a pesquisa, como também que os questionários autoadministrados foram encaminhados pela 3ª CRS/RS.

Nessa ligação foi ressaltado sobre o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), encaminhado em duas cópias, a qual uma ficaria com o participante e a outra precisaria retornar para a pesquisadora. Nesse momento, foi explanado sobre a importância de ser devolvido o TCLE, visto tratar-se de pesquisa que envolve seres humanos e que existe a Resolução 196/96 que discorre sobre o assunto.

Também foi perguntado para os participantes se o prazo de 30 dias estava acessível para os questionários serem devolvidos, não havendo discordância de nenhum participante sobre o prazo estipulado. Após cada ligação telefônica, foi enviado um *e-mail* para os enfermeiros, reforçando a intenção do projeto, como também, disponibilizado o número do celular e *e-mail* da pesquisadora e da orientadora, caso os participantes tivessem alguma dúvida.

Em alguns municípios ocorreram dificuldades para encontrar os profissionais; isso aconteceu, principalmente, nas cidades que foi preciso primeiro entrar em contato com o secretário de saúde. Nesses locais, foi necessário realizar até oito ligações em dias diferentes durante três semanas para conseguir conversar com o respectivo secretário de saúde. Posterior a este contato com o secretário de saúde, no mesmo dia foi possível conversar com o enfermeiro da atenção primária indicado.

Durante a realização das ligações telefônicas, alguns enfermeiros incentivaram a pesquisa, explanando sobre sua experiência no município em relação às plantas medicinais e também fornecendo ideias, como: após ser colocado o

questionário autoadministrado na 3ª CRS/RS, que fosse avisado aos enfermeiros por meio de ligação telefônica, para de essa maneira estes exigissem os documentos trazidos pelos motoristas dos municípios.

Após entrar em contato com 14 participantes, a pesquisadora foi a 3ª CRS/RS e junto com a coordenadora da atenção primária, foram enviados os questionários. Três dias úteis após, realizou-se ligações telefônicas para comunicar aos enfermeiros que os questionários foram enviados e a maioria dos participantes já estava com os questionários em mãos.

Durante esse encontro com a enfermeira coordenadora da atenção primária, esta avisou que no dia 07 de junho iria ocorrer uma capacitação para os enfermeiros coordenadores e que alguns municípios que estavam faltando enviar os questionários, os enfermeiros estariam presentes. A coordenadora da atenção primária fez o convite para a pesquisadora participar do encontro e distribuir os questionários que estavam faltando entregar.

Nesse dia de capacitações, a pesquisadora participou no turno da manhã e tarde, a qual esteve presente ao lado da coordenadora da atenção primária para dessa maneira os enfermeiros procurarem a coordenadora, visto que estes não a conheciam. Essas informações a esses coordenadores foram explicadas pela pesquisadora, por telefone.

Durante esse evento, a pesquisadora recebeu ligações de alguns enfermeiros que estavam devolvendo os questionários, indagando-a sobre qual o nome colocar no envelope para devolver o documento a 3ª CRS/RS. Nesse momento foi percebida uma falha na pesquisa, pois os questionários foram identificados com o nome da pesquisadora, logo quando chegavam na 3ª CRS/RS, não existia nenhuma profissional com essa identificação.

Diante do ocorrido, ainda na capacitação, a pesquisadora comunicou as quatro enfermeiras que entregaram o questionário a devolverem estes no nome da enfermeira coordenadora da atenção primária da 3ª CRS/RS.

No dia seguinte, entrou-se em contato com a profissional responsável pelo setor de protocolos da 3ª CRS/RS e foi solicitado a mesma que não retornasse aos municípios os questionários de pesquisa que estivessem com o nome da pesquisadora, orientando-a a colocar estes questionários na sala da enfermeira coordenadora da atenção primária.

Em um município foi entregue pessoalmente o questionário. E outro, a secretária de saúde de outra cidade estava em um respectivo dia na casa dos conselhos do município de Pelotas e diante disso, a coordenadora da atenção primária entregou pessoalmente o questionário à secretária de saúde, conforme sugestão da enfermeira participante da pesquisa desta cidade.

E, teve um município que a enfermeira coordenadora negou-se a participar da pesquisa, alegando estar muito ocupada com a campanha de vacinação, não dispondo de tempo para responder o questionário.

Os 30 dias combinados para a devolução dos questionários acabaram e estavam faltando três questionários serem devolvidos. Diante do exposto, foram realizadas mais 06 ligações em dias alternados durante 02 semanas e posterior a isso aguardou-se mais duas semanas para receber os documentos.

Transcorrido esse período, todos os questionários que faltavam foram devolvidos respondidos a 3ª CRS/RS. Por conseguinte, dos 22 municípios, apenas uma enfermeira negou-se a participar, em que o período de coleta transcorreu de junho a agosto de 2013.

Após ter acesso aos 21 questionários preenchidos, as respostas foram exploradas, visando responder ao objetivo desta pesquisa. A seguir é apresentado o Quadro 2 que caracteriza os participantes desse estudo.

Quadro 2 – Apresentação dos participantes do estudo “Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”

Participante	Idade	Sexo	Local de Formação e Período	Especialização
E.1	34 anos	Masculino	UFPeI (2011)	Não
E.2	34 anos	Feminino	UFPeI (2003)	Sim – Enfermagem do Trabalho e Estratégia da Saúde da Família
E.3	49 anos	Feminino	UNISC (2001)	Não
E.4	29 anos	Feminino	Ananguera (2010)	Sim– Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho
E.5	36 anos	Feminino	UFMS (2002)	Sim – Humanização de gestão e atenção SUS (2008)
E.6	30 anos	Feminino	Furg (2006)	Sim– Auditoria em Saúde e Saúde Pública
E.7	28 anos	Feminino	Furg (2006)	Sim– ESF e Urgência, emergência e trauma
E.8	30 anos	Feminino	UFPEL (2005)	Sim– Administração em serviços de saúde; Saúde da Família; Gestão em saúde
E.9	34anos	Feminino	IPA (2010)	Não
E.10	34anos	Feminino	UFPeI (2000)	Sim– Saúde Pública
E.11	49 anos	Feminino	UFPeI (1988)	Sim – Projetos Assistenciais

E.12	39 anos	Feminino	UFPeI (1998)	Sim – Saúde Pública e saúde da Família
E. 13	46 anos	Feminino	UFPeI (2000)	Sim – Saúde da Família
E. 14	27 anos	Feminino	Ahanguera (2010)	Sim – UTI
E.15	37 anos	Feminino	FURG (1999)	Sim – Em SF e Mestrado em Educação Ambiental
E.16	40 anos	Feminino	UFRGS	Sim – Residência especializada em Dermatologia; Especialização em PSF e em ESF
E.17	31 anos	Feminino	Adamantina- SP (2003)	Sim, saúde coletiva e saúde da família
E.18	24 anos	Feminino	Ahanguera (2011)	Não
E.19	30 anos	Feminino	Ahanguera (2011)	Não
E.20	47 anos	Feminino	UFPeI (1996)	Não
E. 21	48 anos	Feminino	UFPeI (1994)	Sim – em ESF

Fonte: Projeto Enfermeiros da atenção primária e Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2013.

Dos 21 participantes da pesquisa, um é do sexo masculino. A faixa etária oscilou entre 24 a 49 anos de idade e o tempo em que concluíam a graduação em enfermagem variou de 02 a 25 anos. Destes, 14 participantes tiveram sua formação em universidades federais.

Em relação a terem cursado uma pós-graduação, 15 possuem especialização, destes 12 especializações em Saúde da Família ou Saúde Pública e uma possui mestrado. Quando investigamos cursos referentes a plantas medicinais, o número foi bastante reduzido; somente 04 enfermeiros relataram ter cursando algo sobre o assunto.

Aprofundando a presente pesquisa, quando se indagou aos enfermeiros sobre o seu conhecimento em relação à PNPMF, 17 informaram que desconhecem o assunto e quatro afirmaram que tinham informações sobre a respectiva política.

Procurando compreender o entendimento dos enfermeiros coordenadores sobre a temática, foi perguntado a esses profissionais se utilizam plantas medicinais no cuidado em saúde? Em caso de utilizarem, indicam as plantas no seu processo de trabalho e no seu cotidiano familiar?

Nas respostas, 11 enfermeiros explanaram que indicam plantas medicinais no seu processo de trabalho e no cotidiano de vida familiar; uma enfermeira relatou que indica apenas no seu processo de trabalho. Destes, cinco relataram que indicam e utilizam plantas medicinais apenas no cotidiano familiar e os outros quatro não indicam plantas medicinais.

Quando questionados em relação às fontes de informações que realizam buscas ao terem dúvidas sobre o respectivo assunto, 15 referiram à internet e 6 citaram recorrer a livros técnicos.

Em virtude de não ser o objetivo deste estudo a identificação botânica das plantas, foram registrados apenas os nomes populares. Salienta-se que ao utilizar uma planta medicinal, é necessário saber identificá-la, preferencialmente pelo nome científico da planta que compreende o gênero e a espécie, pois para uma mesma planta podem ser atribuídos diversos nomes populares em diferentes locais do mundo (SOUZA et al., 2012).

Foram citadas 40 plantas medicinais pelo nome popular, em que são utilizadas para diversas finalidades, conforme consta no Quadro 3.

Quadro 3 – Plantas utilizadas pelos enfermeiros da Pesquisa “Enfermeiros da atenção primária Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”

Planta medicinal	Indicação
alcachofra	má-digestão
alecrim	relaxante muscular
alho	anti-inflamatório (uso diário), antigripal
anis-estrelado	resfriado
babosa	cicatrizante/hidrante; polpa para queimaduras; hemorroidas; infecção
banana nanica	tosse
batata-inglesa	sumo para gastrite
boldo	indisposição/má digestão; fígado
caatinga de mulata	pedra na vesícula
camomila	ansiedade, relaxante muscular, calmante, digestão
cancorosa	má-digestão
canela	cólica menstrual, diarreia
capim-cidrão	calmante
carqueja	digestão, dor de estômago, dor de garganta
erva-cidreira	tranquilizante, calmante
erva-doce	gazes
espinheira-santa	gastrite, furúnculos
estévia	diabetes
funcho	gazes, cólicas em bebês
goiaba	problemas digestivos, diarreia
guaco	tosse, catarro, resfriados
guanxuma	paradiarreia
hortelã	digestão
jambolão	para diabetes
limão	gripe
losna	para dor de estômago
maça	para hidratação, na amigdalite
malva	uso externo, processos inflamatórios; banho de assento para aliviar os sintomas da vaginose, como medida de conforto. realizam-se gargarejos para lavar a garganta. em processos infecciosos da garganta
maracujá	calmante

marcela	má-digestão; gripe
melissa	insônia, calmante
orelha de coelho	tosse
palma	uso externo, lavar e realizar compressas
pata de vaca	para diabetes, infecção de urina
picão-branco	para infecção urinária
pitanga	diarreia
poejo	gripe
quebra-pedra	infecção urinária, cálculo renal, cistite
romã	a casca para diarreia
tansagem	banho de assento para aliviar os sintomas da vaginose, como medida de conforto. infecção de garganta

Fonte: Projeto Enfermeiros da atenção primária e Política de plantas medicinais e fitoterápicos, 2013.

Diante desse quadro, pode-se observar o cuidado que é preciso ter ao indicar ou utilizar uma planta pelo nome popular, pois os nomes populares variam muito de região para região. Exemplo disso é a planta quebra-pedra. Em uma pesquisa realizada em 04 municípios da região Sul do RS, Pelotas, Morro Redondo, Canguçu e Arroio do Padre, os participantes citaram esta planta, porém na identificação botânica, dois nomes científicos-*Phyllanthus* sp. *Sommerfeltia spinulosa*– apareceram com o mesmo nome popular (CEOLIN, 2009). Logo, se ressalta o cuidado ao indicar ou utilizar uma planta pelo nome popular, visto a diversidade da flora brasileira.

Cabe lembrar que a inserção do uso das plantas medicinais no SUS ocorreu a partir da aprovação da PNPMF. A partir desta política surgiram outras publicações, como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2010, a qual descreve uma lista com notificação de 66 drogas vegetais (BRASIL, 2010).

A RDC 10/10 objetiva inserir com segurança, eficácia e qualidade, as plantas medicinais, fitoterápicos e serviços correspondentes a estes, no SUS. As plantas relacionadas são produtos de venda isentos de prescrição médica, destinados ao consumidor final. A efetividade destas plantas encontra-se amparada no uso tradicional e na revisão de dados disponíveis em literatura relacionada ao tema (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a partir das informações dos participantes, analisando os nomes populares das plantas utilizadas, foi constatado que 24 plantas – alcachofra, alecrim, alho, anis-estrelado, babosa, boldo, camomila, canela, carqueja, erva-cidreira, espinheira-santa, picão, goiaba, guaco, hortelã, malva, maracujá, marcela,

melissa, pitanga, poejo, quebra-pedra, romã e tansagem encontram-se na RDC nº 10 de 2010, podendo-se interpretar que muitos desses profissionais utilizam a RDC nº 10/2010 na sua prática profissional.

Destaca-se que a planta medicinal, apesar de causar menos efeitos colaterais, quando comparada à medicação alopática, também pode causar interações com outras substâncias e muitas devem ser utilizadas com cautela, diante de determinadas patologias. Por isso, a importância dos profissionais conhecerem as plantas que estão indicando aos usuários, pois na UBS existem muitos usuários com patologias crônicas, podendo dessa maneira, a planta interagir com a medicação, potencializando ou reduzindo o efeito da droga alopática.

Por conseguinte, o uso de questionários autoadministrados forneceu informações e uma reflexão sobre o conhecimento destes profissionais referente à PNPMF, como também contribuíram para a compreensão das dificuldades que estão ocorrendo nos municípios do Sul do RS para a implementação desta política.

Os dados foram analisados seguindo a proposta operativa de Minayo (2010). Primeiramente, ocorreu a digitação das respostas dos questionários, separando-as por perguntas. Durante as digitações, realizou-se uma leitura preliminar do material.

Posterior a isso, ocorreu a caracterização dos participantes e a classificação dos dados, realizando a leitura exaustiva e horizontal dos registros. Na etapa seguinte, iniciou a análise final dos dados em que se formularam as categorias temáticas se buscando refletir sobre o objetivo do estudo. Por fim, foi feito o agrupamento das respostas em comum e dos que se diferenciaram.

Partindo do levantamento das respostas e informações que estes profissionais responderam, apresenta-se o Artigo 1 como a compilação dos principais resultados.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 91/2008**. Dispõe sobre a adequação da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 às especificidades do estado da Bahia e define estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre:** pesquisa envolvendo seres humanos. 10 out. 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.813. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/decreto5813_22_06_06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Notificação de drogas vegetais. **Resolução –RDC Nº 10 de 09 de março de 2010**. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul**. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. RS.

HECK, R.M. Projeto de Pesquisa- **Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do RS**. Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação. Departamento de pesquisa, 2012.

MANUAL TÉCNICOS II: Métodos e Técnicas. **A Recolha de Dados:** Inquéritos Sociais, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Mapa dos Municípios que a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde monitora.** Disponível em:< http://www.saude.rs.gov.br/lista/160/3%C2%AA_CRS_%28Pelotas%29>. Acesso em: 09 jun. 2013.

SOUZA, A.D.Z.; HECK, R.M.; CEOLIN, T.; BORGES, A.M; CEOLIN, S.; LOPES, A.C.P. O cuidado com as plantas medicinais relacionadas às infecções do trato urinário – um desafio à enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.4, n.2, p.2367-76, 2012.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 5 ed. Porto Alegre : Artmed; 2004.

**O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política de Plantas
Medicinais e Fitoterápicos⁴**

**The nurses' work process of Primary Health Care and the Politics of Medicinal Plants
and Phytoterapies**

Andrieli Daiane Zdanski de Souza⁵, Rita Maria Heck⁶

RESUMO

O estudo objetivou conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. O referencial foi baseado em Guareschi e Kleinman. A abordagem foi qualitativa, descritiva. Participaram enfermeiros de 21 municípios da região Sul do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por questionário autoadministrado, no período de junho a agosto de 2013. A análise seguiu a proposta operativa de Minayo, emergindo dois temas: processo de trabalho dos enfermeiros e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; viabilização desta na atenção primária. Observou-se o desconhecimento da política, mas indicam plantas medicinais no processo de trabalho. A política é viável, quando o enfermeiro faz grupos, coloca em prática o diálogo interdisciplinar, contempla a questão dos aspectos culturais do usuário. A internet predomina como ferramenta de comunicação dos enfermeiros, o que se opõe ao preconizado na educação permanente.

Descritores: Plantas medicinais. Formulação de Políticas. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to know the nurses' work process primary health care in relation to the National Politics of Medicinal Plants and Phytoterapies. The referential was based in Guareschi and Kleinman. The approach was qualitative, descriptive. Nurses from 21 towns

⁴ Artigo apresentado a Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Será submetido à Revista Texto e Contexto. ⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. andriele_zdanski@hotmail.com ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. heck@ufpel.edu.br

of Southern of Rio Grande do Sul participated. Data collection was a self-administrated questionnaire, in the period of June to August of 2013. The analysis followed the Minayo's operative proposal, emerging two themes: nurses' work process and the National Politics of Medicinal Plants and Phytotherapies; viability of this in the primary health care. It was observed the ignorance of the politic, but they indicate medicinal plants in the work process. The politic is practicable, when the nurse makes groups, puts in practice the interdisciplinary dialogue, contemplates the users' cultural aspects. Internet keeps itself highlighted as a tool of communication between nurses, what opposes the recommended in continuing education.

Key Words: Plants, medicinal. Policy making. Nursing. Primary health care.

INTRODUÇÃO

Na produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores de enfermagem se deparam constantemente com normatizações, regras e políticas que implicam em mudanças no processo de trabalho, na perspectiva de superação do modelo de saúde exclusivamente com ênfase na doença⁽¹⁾, na nossa compreensão, o modelo biomédico. A superação deste modelo requer vontade do profissional em desenvolver a crítica, para aplicar mudanças no seu processo de trabalho.⁽²⁾

A superação deste modelo tem enfatizado a necessidade de valorizar as perspectivas locais, municipais como potencialidades de cuidado em saúde. Nesta construção, a enfermagem passa a fazer parte do cenário como uma prática social, que se constitui histórica e socialmente, por meio da organização do trabalho e da organização social de modo mais amplo, no que se refere a diferentes modelos de cuidado.^(1,3) Nesta perspectiva, não é fruto da somatória dos fazeres individuais de seus membros ou da decisão de seus órgãos de classe. É fruto das transformações do trabalho contemporâneo na sociedade atual, inserida no modo de produção capitalista com suas contradições.

A concepção de saúde e de cuidado, contemporânea na sociedade, tem uma orientação explícita de valorização dos saberes vinculados com o território, o que é possível a partir da perspectiva sugerida por Kleinman⁽⁴⁾ da resignificação do próprio sistema de cuidado em saúde, fundamentado em práticas ligados ao cotidiano do usuário. Em diversos estudos^(5,6,7), observa-se que o usuário utiliza as plantas medicinais no cuidado em saúde, como parte do seu sistema de cuidado popular, mas também recorre ao sistema profissional representado nas ações do SUS. No sistema brasileiro, as plantas medicinais, regulamentadas por lei, fazem parte das práticas terapêuticas complementares ao sistema oficial.

As práticas complementares segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são cuidados acionados em 80% de forma paralela com o sistema nacional de saúde nos países, no entanto, poucos países estão conseguindo desenvolver uma política que as legitime.⁽⁸⁻⁹⁾ Neste sentido o Brasil, em 2006, aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), na premissa de realizar ações voltadas à garantia de acesso seguro e uso racional de plantas e fitoterápicos, visando sua descentralização e operacionalização conforme a realidade de cada região.⁽¹⁰⁾

Os objetivos da PNPMF vêm ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estando estas articuladas, valorizando o saber popular e potencializando centrar as ações no sujeito, considerando sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.⁽¹⁰⁻¹¹⁾ O conjunto desses aspectos é que se difere entre as práticas complementares com o modelo de saúde vigente.

Neste contexto, os estudos que investigam os conhecimentos sobre a implantação desta política tornam-se relevantes à medida que contextualizam os saberes dos profissionais sobre esse assunto e instigam discussões sobre sua aplicação. Revisando a literatura observa-se que há poucos estudos ^(12,13) que abordam a enfermagem e o contexto da Política de Plantas Medicinais.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivos: conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária em relação à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e identificar as possibilidades de viabilização desta política.

MÉTODOS

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo. Foi realizado em 21 municípios: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu; os quais são monitorados pela 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS) de Pelotas.

Para selecionar os enfermeiros, a ordem de interesse foi à seguinte: primeiro se elegeu o coordenador da atenção primária do município, e no caso deste não ser enfermeiro, o coordenador indicou um enfermeiro da atenção primária. Nos municípios em que não existia um coordenador responsável pela atenção primária, o secretário de saúde indicou um enfermeiro para responder o questionário.

Os dados foram obtidos a partir de um questionário autoadministrado. Foram convidados para participar da pesquisa 22 enfermeiros coordenadores da atenção primária, ou seus indicados, sendo que um enfermeiro não aceitou participar da pesquisa, totalizando 21 enfermeiros. Estes profissionais de saúde foram identificados pela letra E, seguidos por números arábicos (exemplo: E.1. E.2 [...] E.21).

O contato com os coordenadores dos municípios foi informado pela 3ª CRS/RS. Após, realizaram-se ligações telefônicas, pela pesquisadora, para os locais de trabalho desses profissionais, com a finalidade de sensibilizá-los sobre o estudo, além do envio por *e-mail* de um convite explicando o objetivo do mesmo.

Na sequência foram enviados pelo malote da 3ª CRS/RS os questionários autoadministrados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os respectivos locais de trabalho desses enfermeiros. Os participantes tiveram um prazo de 30 dias para devolverem os documentos à 3ª CRS/RS. Transcorrido esse período, realizou-se mais seis ligações em dias alternados durante duas semanas, aguardando-se mais duas semanas para recebimento dos documentos.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2013. As perguntas do questionário versavam sobre o processo de trabalho dos participantes em relação à PNPMF, ainda, se recebem capacitações sobre o assunto nos municípios. Além disso, foram questionados sobre a viabilização desta política em sua prática profissional.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com o parecer consubstanciado 284.352 (CAAE 15618513.5.0000.5316) e autorizado pela enfermeira coordenadora da atenção básica da 3ª CRS/RS. Foram observados os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução do COFEN 311/2007, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

As informações foram analisadas seguindo a proposta operativa de Minayo.⁽¹⁴⁾ Primeiramente, ocorreu a digitação das respostas dos questionários, separando-as por perguntas. Durante as digitações, realizou-se uma leitura preliminar do material.

Posterior a isso, ocorreu à caracterização dos participantes e a classificação dos dados, realizando a leitura exaustiva e horizontal dos registros. Na etapa seguinte, iniciou a análise final dos dados em que se formularam as categorias temáticas se buscando refletir sobre os objetivos do estudo. Por fim, se fez o agrupamento dos registros em comum e dos que se diferenciaram. Deste processo, emergiram duas categorias: o processo de trabalho dos

enfermeiros sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e viabilização desta política no processo de trabalho do enfermeiro da atenção primária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de trabalho dos enfermeiros e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Os enfermeiros pesquisados atuam em 21 municípios e apresentam peculiaridades em relação ao processo de implantação do SUS. São municípios de pequeno e médio porte, todos na gestão de atenção primária, com exceção de dois de adesão a gestão plena do sistema municipal. Estes municípios apresentam várias precariedades em relação à gestão e à atenção a saúde, sendo que em nove não há uma coordenação da atenção primária. No entanto, estão buscando melhorar indicadores de mortalidade infantil, mortalidade materna, oferta de quantidade e qualidade de serviços, de acordo com as expectativas do usuário.

Observou-se no estudo, que os enfermeiros têm ocupado cargos de gestão em 11 municípios, predominando o sexo feminino; somente um participante do estudo foi do sexo masculino. A faixa etária dos enfermeiros oscilou entre 24 a 49 anos de idade e o tempo que concluíam a graduação em enfermagem variou de 02 a 25 anos, sendo que 12 investiram em cursos de aperfeiçoamento em nível de especialização na atenção primária.

APNPMF para o enfermeiro pode ter duas perspectivas, a primeira de compreensão da política na direção de organização do serviço no sentido de manter a ordem do processo de trabalho, seguindo o modelo taylorista⁵. A segunda com o intuito de incorporar as ações de cuidado já realizadas pelos usuários, buscando legitimá-las no sistema oficial, na intenção de valorização do saber local, como potencialidade de engajamento social e comprometimento com a realidade do território. Como parte do processo de trabalho e dentro deste referencial observou-se entre os enfermeiros investigados que as respostas variam bastante, predominando o desconhecimento da política e a compreensão desta como normatização do trabalho no SUS.

Sei que existe, mas não conheço (E.1).

⁴ A principal característica do modelo taylorista é a organização e divisão de tarefas dentro de uma empresa, buscando obter o máximo de rendimento e eficiência, com o mínimo de tempo e atividade. E esse controle sobre o trabalhador, ocorre por meio da ideia de gerência científica.⁽¹⁵⁾

Trabalho há 12 anos em saúde pública e nunca tive conhecimento de nenhuma política no SUS que utilizasse plantas medicinais (E.3).

Não, não conheço nenhuma política sobre plantas no SUS (E.12).

Não, desconheço política que trabalhe com plantas. Costumo indicar plantas no meu processo de trabalho (E.17).

Até o momento desconheço alguma política de plantas. Indico plantas medicinais no meu processo de trabalho (E.19).

Neste contexto, compreende-se que a política como normativa, se desconhece, mas que há profissionais que admitem o uso de plantas medicinais, sendo referidas para ação no processo de cuidado familiar e no trabalho. Corroborando com essa compreensão, uma pesquisa realizada no município de Florianópolis (SC), buscando conhecer a percepção de médicos e enfermeiros atuantes nas unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) sobre terapias complementares, evidenciou que dentre os participantes 88,7% desconheciam as diretrizes nacionais e políticas públicas da área, embora 81,4% concordassem com sua inclusão destas no sistema público de saúde.⁽¹²⁾

A necessidade de superação em relação ao modelo de saúde vigente e a valorização de práticas complementares de saúde impõem no processo de trabalho do enfermeiro, a superação da leitura doença/tratamento, numa linearidade presente na perspectiva biomédica. Há de se diferenciar que a política necessita de uma sincronia entre o normativo e o interesse de cuidado ao usuário, superando esta leitura simplista de uma perspectiva normativa da política.

A política na perspectiva de construção, da concretude do modelo hegemônico nem sempre é explícita, percebe-se que está escondida, vedada, oculta, porque não se quer mudar as coisas e também não se quer que as pessoas fiquem conhecendo toda a verdade.⁽²⁾ Entre os participantes desta pesquisa houve relatos da falta de acesso à política e de desconhecimento, no entanto questiona-se, como a política está chegando a esses enfermeiros? Quem está no poder, quer que esta política seja conhecida?

Nenhuma – Nunca tive acesso a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (E.5).

Outra observação na resposta dos enfermeiros é o não acesso a informação. O processo de trabalho, dentro do SUS, fica inviabilizado e deixa de ter sentido para este profissional que se acomoda a situação da rotina do trabalho e não busca atualizações do próprio sistema em

transformação. Este profissional passa a ser um agente passivo sem expressão na realidade de saúde.

Mesmo predominando a falta de conhecimento referente à PNPMF, duas respostas destacaram-se, pois as particularidades destas participantes trazem outras perspectivas de processo de trabalho do enfermeiro e sua interface enquanto atores de construção da política no cotidiano dos municípios, assinalando a importante perspectiva de conexão com o território e o usuário.

Sim, trabalho no grupo intersetorial que coordena o programa municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, estando familiarizada com as principais legislações do Ministério da Saúde a respeito dessa área (E.9).

Na resposta da participante, a primeira instância, percebe-se a política como uma normatização em seu processo de trabalho, derivando numa interpretação de uma massificação do processo de cuidado, tendo como contraste a política como uma ação burocrática. No entanto, percebe-se que o enfermeiro E.9 tem ao mesmo tempo um envolvimento, que faz parte do seu processo de trabalho de participação em um grupo intersetorial de plantas medicinais. Esta ação o tenciona objetivamente para a discussão da política no município, sendo um ator ativo da configuração desta no contexto.

Já num outra perspectiva, podemos acompanhar a resposta da participante E15:

A política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos tem como objetivo complementar o tratamento dos usuários de forma natural, que com uso adequado potencializa o efeito da planta para o organismo e aproxima o “homem” do ambiente e sua relação com o mesmo. Além disso, o uso das plantas possibilita o usuário a conhecer o seu organismo e com as plantas de que forma poderá melhorar o seu cuidado e qualidade de vida (E.15).

O processo de trabalho do enfermeiro E.15, em relação a política tem o olhar voltado para a integralidade do cuidado do usuário, abordando aspectos psicológicos, sociais, envolvendo o ambiente em que o usuário convive. A política deixa de ser uma normatização e passa a ser um mecanismo com vistas à qualidade de vida do usuário e parte de suas estratégias para a promoção da saúde.⁽¹⁶⁾

A forte sobreposição do modelo biomédico que contrasta o sistema de cuidado profissional, na sociedade capitalista contemporânea brasileira, contamina o processo de trabalho dos profissionais de saúde do SUS, entre estes do enfermeiro que interpreta a política

como sinônimo de normatização. Ao mesmo tempo percebem que há outras formas de cuidado que associam com o antigo, sendo que compreendem as crenças como sinônimo de não científico, destituindo este saber enquanto um poder, um valor social de expressão do usuário, um aliado para a construção de um novo processo de cuidado como apresentado na resposta que segue:

Aqui no município em que trabalho não é hábito dos profissionais utilizarem esta política. No entanto, a comunidade cultiva antigas crenças e utiliza muito essa alternativa no processo do cuidado (E.7).

Os resquícios da formação positivista embutidos no processo de formação do enfermeiro lhe deixaram um legado de preconceitos para os quais nem todos estão atentos. O novo modelo de cuidado tem uma perspectiva de valorizar o território, as singularidades de cuidado, em que um sistema para sobreviver tem que se legitimar, tem que se garantir, se explicar, articulado com os interesses do usuário.⁽²⁾

O enfermeiro para constituir este novo processo de trabalho tem no usuário um aliado para sustentar a sua prática, trazendo para o cotidiano os valores e os diferentes sistemas de cuidado que norteiam a sua trajetória. Levando em consideração que a cultura é heterogênea, pois as pessoas pensam e agem em relação ao cuidado de maneiras diferentes.⁽¹⁷⁾ Desta forma, o agir profissional deve ser realizado com muito cuidado e respeito, pois as crenças e valores da população devem ser considerados como fontes de aprendizado mútuo, na vivência e integração dos sistemas de cuidado em saúde.⁽¹⁸⁾

Essa mudança de compreensão do seu processo de trabalho leva o profissional de saúde a compreender que existem vários sistemas de cuidado em saúde que se sobrepõem ⁽⁴⁾, nos quais o sistema oficial de saúde é apenas um deles. Como apresentado nas respostas que seguem:

Como já trabalhei com assentados, acampados e indígenas, o uso de plantas era cultural. Então isso era aceito por aquela população (E.17).

Sim, algo sobre plantas, eu aprendi com a Pastoral da Saúde e com pessoas do Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (CAPA) (E.11).

Conheci, aprendi sobre plantas com meus familiares, descendentes de alemães que utilizam até hoje, principalmente chás (E.14).

Ressalta-se que todos, inclusive os profissionais da área da saúde, possuem uma cultura, uma ação, um conjunto de valores que direcionam o seu fazer e só poderão mudar as

perspectivas se olharem criticamente para seu processo de trabalho. A perspectiva de construção de um novo modelo de cuidado no SUS passa por estes desafios, em que a política não seja percebida como algo externo ou apenas normativo do processo de trabalho.

Viabilização da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no processo de trabalho do enfermeiro da atenção primária

Para introduzir este subtema, entende-se que é importante contextualizar na história da reforma sanitária, o tema das plantas medicinais, enquanto ponto importante de reivindicação da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, lembrando que esta contou com expressiva representação da sociedade civil.⁽¹⁹⁾ Embora tenha sido lembrada nas demais conferências, o tema das plantas teve outro desdobramento, até chegar a ser cunhada a política no sistema oficial.

“Um resgate histórico mostrou que várias políticas vinham sendo construídas nos estados, pela ação individual de gestores ou de associações e entidades de usuários, conforme o desenvolvimento de práticas alternativas, gerando publicações específicas”.^(9; pág 159)

Somente em junho de 2006, pelo decreto nº 5.813, a política passou a existir, sendo uma política ampla que abrange toda a cadeia produtiva e envolve a participação de vários Ministérios(Integração Nacional, Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Desenvolvimento Agrário, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Cultura) sob a coordenação do Ministério da Saúde.⁽¹⁰⁾

Nessa perspectiva, as ferramentas para viabilizar a PNPMF no processo de trabalho dos enfermeiros requerem mobilização em pelo menos duas frentes de ação, que são apontadas pelos entrevistados: os enfermeiros que esperam formação, capacitação seguindo a normativa que direciona o modelo hegemônico; e os que tomam iniciativas de forma criativa, com estímulos diversos na perspectiva de resignificarem o seu processo de trabalho, incluindo nestas reuniões, discussões em grupo e que tem possibilidades reais de aproximar no processo de trabalho uma nova perspectiva de cuidado que contemple o território, as expectativas do usuário, tendo em vista a integralidade no seu processo de vida.

Geralmente, o profissional enfermeiro que de forma fragmentada desenvolve o processo de trabalho seguindo normas, possui dificuldade em realizar uma autocrítica do seu processo de trabalho inserido no SUS. Existe uma dominação ideológica que ocorre no plano individual, em que as instituições que prescrevem os papéis sociais, as funções de cada pessoa

e acabam determinando as relações sociais de cada indivíduo.⁽²⁾ Esta maneira de pensar e agir o processo de trabalho em normatizações é visualizado nas seguintes respostas:

Eu gosto do assunto, tenho sonho de trabalhar mais com isso (plantas medicinais), mas a rotina do trabalho me atropela e acabo deixando este projeto de lado(E.6).

Não me sinto a vontade para responder esta questão, ela deveria ser respondida pelo gestor da atenção primária (E.12).

Talvez essas respostas decorram em parte da formação acadêmica realizada nas universidades. O interessante é observar que 14 dos enfermeiros investigados, fizeram sua formação em universidades federais, que nos leva a questionar o ensino e a reflexão crítica da formação profissional. Qual ideologia de processo de trabalho é preconizada? Qual a perspectiva de ação prática é desenvolvida? Nesse contexto, o profissional consegue visualizar diferentes perspectivas de cuidado em saúde? Sentir motivação, a partir da realidade do seu território, para realizar iniciativas de mudança em relação ao normativo estabelecido?

Pela resposta destas participantes E.6 e E.12, percebe-se que o processo de trabalho com essa visão engessa, paralisa o profissional que fica estagnado no modelo de cuidado.⁽¹⁾ A mudança para outra perspectiva de trabalho profissional não está nele, está na gestão, nas normas, nas políticas como regras impostas.

Divergindo deste olhar voltado para a normatização do processo de trabalho do enfermeiro, a antropologia resgata que o oprimido também tem poder e que este reside nas pequenas ações, podendo ou não influenciar no cotidiano do processo de trabalho.⁽²⁰⁾

Ao pensar dessa maneira, pela resposta da participante E.11, pode-se observar que fazer política está associada a realização de pequenas ações, como o ato de protestar, de participar do controle social, de omitir opinião, de verbalizar manifestações por meio da escrita.

Além disso, participo do Conselho Municipal de Saúde, representando os trabalhadores de saúde (E.11).

Estas ações pontuais se diferenciam daquele enfermeiro que segue regras e normas, pois a partir do momento que o profissional participa do conselho municipal, se vincula as discussões do território e do usuário, se vincula ao controle social, está receptivo a críticas em relação ao que funciona e o que não funciona no SUS, incluindo seu próprio processo de trabalho. Estas pequenas ações são uma maneira de modificar a realidade em que se encontra. A postura mais crítica faz o enfermeiro enxergar a importância de trabalhar com as políticas

de saúde articuladas umas com as outras e um dinamismo de relação ao encontro com o usuário, como emergem nas seguintes respostas:

Para tentar implementar esta política de plantas medicinais, é preciso vontade política; Qualificação dos profissionais; Garantia de infraestrutura na rede básica; Educação continuada da população (E.8).

É preciso a criação e implantação de protocolos no município, onde o trabalho seja realizado por uma equipe multidisciplinar (E.21).

Apesar dos avanços, observa-se que o enfermeiro permanece com a formação centrada no modelo biomédico e sugere a continuidade do domínio deste modelo para com a população, a partir do processo educativo de moldar a mentalidade dos usuários, de prescrever as funções do usuário no sistema.

Para tentar mudar esta realidade, uma possível ferramenta é o desenvolvimento do diálogo, que favorece a troca de experiências, ouvindo o usuário empoderado no seu saber, na premissa de ampliar as relações e sair desta lógica da doença. Diante disso, emerge uma política a partir do cotidiano, que traz aspectos da realidade do território e que no processo de trabalho vai fazer sentido para o profissional, exemplo dessa mudança é apresentado pela resposta da participante (E.15).

A Secretaria Municipal de Saúde desde 2012 iniciou com o grupo de estudo de plantas medicinais e foram realizados vários encontros de formação. No grupo o qual faço parte, elaborou uma proposta de projeto de lei para implantar a Política Municipal das Práticas Integrativas e Complementares, que está para votação na câmara de vereadores (E.15).

Observa-se que o enfermeiro E.15 incorporou no seu processo de trabalho uma dinâmica diferente, distante da forma de pensar dos demais enfermeiros. Resignifica o seu processo de trabalho realizando grupos de estudo, rodas de conversas, trocas de experiências com outros profissionais, articulação com políticos, para aos poucos ir modificando essa forma de cuidado centrado em normas.

De certa forma constata-se que os desafios da PNPMF se assemelham com os desafios do modelo de cuidado que rege o SUS. Uma das perspectivas possíveis de realizar a mudança é priorizar a educação permanente, a qual é uma das diretrizes da PNPMF e de forma mais estrutural, a formação de recursos humanos que irão atuar no SUS. Mas como colocar isso em prática se a principal ferramenta de atualização citada pelos profissionais está acessível por uma tecnologia virtual, a internet? Acompanhamos as respostas:

Geralmente as portarias são enviadas através de e-mail pela ...Coordenadoria Regional de Saúde (E.5).

Principalmente através da minha busca na internet, através da lista de e-mail da internet (E.6).

Através de capacitações e portarias via e-mail (E.10).

Através de portarias enviadas por e-mail da coordenadora da ...Coordenadoria Regional de Saúde (E.12).

Recebo normas e portarias por e-mail (E.14).

A internet é um processo ágil, em que as informações são de fácil acesso, porém não existe um discernimento da qualidade das informações veiculadas. Nesse sentido, entende-se que as atualizações podem ser imparciais, sem crítica. O profissional facilmente reproduz essa informação, como parte do processo de trabalho normativo. Diante disto, *e-mail* e folhetos informativos são limitados enquanto instrumento de educação permanente. Além disso, se questiona quais as fontes de informações que estes profissionais recorrem? Em que medida está relacionada com o seu território de atuação?

Na perspectiva da política, a educação permanente é realizada a partir dos problemas dos profissionais no seu processo de trabalho e explana que essa aprendizagem deve ser pautada pela necessidade de saúde da população, promovendo modificações na organização do trabalho, como também, articulando a gestão social com as políticas públicas de saúde.⁽²¹⁾

O processo de trabalho do enfermeiro necessita de uma autocrítica enquanto produção do cuidado no SUS, iniciando por uma superação da normatização da informação e comunicação, revitalizando o processo com ferramentas importantes que passam por ouvir, escutar, falar.⁽²²⁾ O saber sobre as plantas medicinais tem espaço na medida em que há interlocução com o usuário e a ampliação do sistema de cuidado profissional em direção ao sistema de cuidado popular.

Este achado remete para a necessidade de refletir e ampliar as discussões sobre a construção de políticas públicas que possam ser, efetivamente, inseridas na prática, sabendo-se das dificuldades que a saúde enfrenta no país. Vislumbram-se as políticas públicas como instrumentos capazes de respaldar e proporcionar maior robustez e consistência a atuação dos profissionais, para que estes possam atender as demandas de saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se verificar nesse estudo, diante do objetivo proposto, que os enfermeiros têm pouco conhecimento no seu processo de trabalho sobre a PNPMF, aspecto que precisa ser

melhor analisado e compreendido por todos os atores sociais, ou seja, tanto pelos profissionais da saúde, quanto por gestores, educadores e usuários da rede de atenção.

É fundamental que os profissionais reconheçam a cultura e as diferentes visões de cuidado em saúde, promovendo a cidadania e a autonomia dos usuários, na perspectiva de implementar políticas de saúde voltadas a atender aos interesses de todos. Por conseguinte, por meio desse estudo se buscou uma reflexão sobre a PNPMF, trazendo as dificuldades, mas também experiências positivas de municípios que estão tentando implementá-la, elencando possíveis sugestões para melhorar esse processo.

Como limites do estudo, apontamos a necessidade de mais pesquisas que investiguem o processo de trabalho do enfermeiro diante desta política, como também é preciso estudos buscando outros olhares, como a perspectiva dos usuários e dos gestores diante dessa temática.

Conseguir colocar em prática essa política articulada com outras, significa fortalecer o princípio da integralidade, ampliando as ofertas de cuidado dos recursos terapêuticos, valorizando o saber popular, porém para isso ser possível é fundamental a capacitação de profissionais, na premissa de compreenderem que a saúde vai muito além do modelo hegemônico.

REFERÊNCIAS

1. Bôas LMFMV, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Cienc saude colet. 2008;13(4):1355-1360.
2. Guareschi PA. Sociologia Crítica – Alternativas de mudança. 63 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011. 156 p.
3. Sá ET, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. Rev gauch enferm.2009; 30(3): 461-467.
4. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents;1980. 427p.
5. Delpino G.A simbologia do uso de plantas medicinais no cuidado àsaúde por agricultores familiares descendentes de pomeranos – Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2011. 100 p.

6. Palma JS. Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais. Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2011. 120 p.
7. Vanini M. Uso de plantas medicinais em um território quilombola do município de Mostardas – Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2009. 106 p.
8. Organización mundial de La salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra; 2002. 78 p.
9. Ministério da Saúde (BR). 1º Relatório Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em saúde – PNPIC. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. 196 p. Relatório final.
10. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 5.813. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em: 15 jun. 2013]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/decreto5813_22_06_06.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em: 10 fev. 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
12. Thiago CS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev Saúde Pública. 2011;45(2):249-257.
13. Varela DSS, Azevedo DM. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Ver Pesqui cuid fundam. (Online). 2013 abr/jun; 5(2):3588-00.
14. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th.ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
15. Braverman H. Trabalho e Capital Monopolista. A degradação do trabalho no século XX. 3ª edição. Rio de Janeiro, 1987.
16. Acioli SA. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev bras enferm. 2008;61(1):117-21.
17. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto & contexto enferm. 2007;16(2):307-314.
18. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev latino-am enfermagem. 2010;18(3):174-181.
19. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

20. Duarte LFD. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Jorge Zahar: Editor CNPq, 1988. 290p.
21. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em: 28 jun. 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>
22. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo. 2.ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo : Ed. UNESP, 2000.