

## Razões da escolha de fitoterapia por usuários da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro

*Purpose of choose of phytoterapy among users of Basic Health Care in the city of Rio de Janeiro*

Monique de Lima Fonseca Rodrigues<sup>1</sup>, Marcia Gomide da Silva Mello<sup>2</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: novembro de 2019 – Aceito: novembro de 2021

### RESUMO

O presente estudo, com abordagem descritiva de caráter exploratório, quantitativo e qualitativo, objetivou identificar razões da escolha de fitoterapia na cidade do Rio de Janeiro. A população de estudo foi composta por 50 usuários de uma unidade básica de saúde (UBS), que oferta fitoterapia, na área programática (AP 2.1). Participaram da pesquisa, com abordagem na Teoria de Análise de Redes Sociais, pessoas que declararam fazer uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos. Buscou-se, por meio de um breve roteiro, identificar o perfil sociodemográfico dos usuários, quem foram as pessoas que haviam indicado a fitoterapia e quais eram as razões para seu uso. Como resultado sobre as razões de uso para a fitoterapia evidenciamos neste estudo que 1- Ela está fortemente ligada à rede pessoal do usuário. A indicação na rede pessoal é maior do que na rede formal de saúde, aqui representada pela UBS; 2- Parece haver correlação entre sistema de crenças pessoais, como cientificidade e religiosidade/espiritualidade em certos casos; 3- Identificamos uma percepção da fitoterapia pelo usuário como sendo uma terapêutica menos agressiva em termos de efeitos colaterais e adversos. Para institucionalização da fitoterapia na atenção primária, os resultados sugerem que o acesso à informação e a indicação sobre a prática da fitoterapia é fortemente ligada aos contextos sociais. Portanto, estas evidências sugerem a importância de que sejam inseridos nos serviços de fitoterapia espaços de discussão concernentes ao paradigma das Práticas Integrativas e Complementares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Redes Sociais. Fitoterapia. Atenção Primária à Saúde. Espiritualidade. Terapias complementares.

### ABSTRACT

This descriptive, exploratory, quantitative and qualitative study aimed to identify reasons for the use of phytotherapy, in the city of Rio de Janeiro. The study population consisted of 50 users of a basic health unit (UBS), that offer phytotherapy in the program area (AP 2.1). Participants in this research based on the Theory of Social Network Analysis were people who declared that they made use of medicinal plants and/or herbal medicines. Through questions, we sought to identify the sociodemographic profile of users, who recommended and what were the reasons for using phytotherapy. As a result, on the reasons for using herbal medicine, 1 –It seems to be strongly related to the personal network, more than the health service advice, here represented by the UBS; 2- There seems to be a correlation between the personal beliefs such as religion, science and spirituality in certain cases; 3- We identified a perception of herbal medicine as less aggressive in terms of collateral effects and adverse effects. In order to the institutionalization of phytotherapy in primary care, our results suggest that access to information and indication about the practice of phytotherapy is strongly linked to social contexts. Therefore, this evidence suggest the importance of being inserted into the phytotherapy services spaces of discussion concerning the paradigm of Integrative and Complementary Practices.

**KEYWORD:** Social Networking. Phytotherapy. Health Care. Spirituality. Complementary Therapies.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7994-8125>. E-mail: moniquelfonseca@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8364-4482>

## INTRODUÇÃO

Em muitos países em desenvolvimento, “uma parcela da população faz uso das plantas medicinais para atender às necessidades primárias de cuidados de saúde”<sup>1</sup>. A fitoterapia é utilizada por motivos históricos e culturais, sendo observado “aumento nos países desenvolvidos de busca por terapias alternativas ou complementares, incluindo a fitoterapia, tornando essa uma questão global de saúde”<sup>1</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 82% da população brasileira utilizam fitoterapia<sup>2</sup>. Os medicamentos fitoterápicos são definidos pela legislação sanitária como sendo “obtidos empregando-se exclusivamente 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. A sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos”<sup>3</sup>.

A fitoterapia começou a ser incorporada na saúde pública quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata em Genebra, 1978. Nessa conferência, preconizou-se aos estados-membros a “utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e a incorporação de detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente”<sup>4</sup>. Então, no final da década de 1970, a OMS cria o “Programa de Medicina Tradicional que recomenda aos estados-membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração”<sup>4</sup>. Em 1991, a OMS reiterou a importância da medicina tradicional, e solicitou aos estados-membros que intensificassem o uso de remédios tradicionais, a fim de reduzir os gastos com medicamentos<sup>5</sup>.

Atendendo a essas recomendações, políticas, programas, resoluções, portarias e relatórios foram elaborados no Brasil. Dentre eles, podem-se citar a priorização do estudo de plantas medicinais de investigação clínica (1981) e a implantação do Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (1982), que tinha entre seus objetivos incluir plantas medicinais na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)<sup>6</sup>. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe, entre suas recomendações, a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”<sup>7</sup>. Já em 1987, na Assembleia Mundial da Saúde, “recomendou-se enfaticamente aos Estados o início de programas relativos à identificação, avaliação, preparo, cultivo e conservação de plantas usadas em medicina tradicional”. Atendendo à recomendação, elabora-se a regulamentação da implantação da fitoterapia nos

serviços de saúde nas unidades federadas, por meio da Resolução Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988)<sup>8</sup>.

Em consonância com as iniciativas para a inclusão da fitoterapia no SUS, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1991, reconheceu a atividade de fitoterapia e, em 1992, formalizou essa prática como método terapêutico. Em 1995, a então Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos<sup>7</sup>. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996, recomendou a incorporação, no SUS, da fitoterapia. Com isso, fóruns para a discussão da Proposta à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foram realizados durante o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, em 2001, na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003. Essas ações se concretizaram em 2004 na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). Culminando na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), publicada em 2006, e a própria PNPMF em 2006<sup>7</sup>.

A proposta de inserção da fitoterapia é “ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde”<sup>7</sup>. Para isso, dentre as diretrizes que constam na PNPMF, está o “provimento do acesso às plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS”<sup>7</sup>. O termo acesso é descrito na PNPIC como sendo: “O acesso às plantas medicinais e fitoterapia seria o grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades. Fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços e a produção e consumo real de tais serviços”<sup>5</sup>. No entanto, “o usuário do SUS enfrenta um acesso ao medicamento fitoterápico insatisfatório”<sup>9</sup>. Em uma pesquisa documental, em maio de 2018, expõe-se que “entre 5.570 municípios brasileiros, apenas 126 apresentaram algum serviço de fitoterapia como prática integrativa e complementar”. O acesso deficiente ao fitoterápico evidencia a discrepância entre as estratégias da OMS e a realidade do usuário do SUS<sup>9</sup>. A OMS sugere a “adoção das práticas tradicionais com comprovada eficácia, como ferramenta para manutenção das condições de saúde, cerne da Estratégia Medicina Tradicional”<sup>10</sup>. Nesse sentido, a fitoterapia, “além de resgatar e valorizar a cultura tradicional do uso das plantas medicinais pela população, possibilitando a ampliação do seu acesso, a prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS”<sup>5,7</sup>. Na direção de promover o acesso em concordância com as estratégias da OMS, especificamente a fitoterapia no Rio de Janeiro, foram formulados o memento terapêutico em 2002 e regulamento técnico

para a prática e funcionamento da fitoterapia no âmbito do estado, por meio da Resolução SES nº 1590 de março de 2004<sup>11</sup>.

“Em diversos estudos sobre a transmissão dos saberes populares relacionados à fitoterapia, identificamos que tal transmissão predominantemente possui caráter oral e de familiarização entre os indivíduos”<sup>12</sup>, formando, assim, “uma rede de saberes populares que viabiliza sua transmissão, constituindo fonte para levantamentos etnofarmacológicos e etnobotânicos”<sup>13</sup>. Diversos estudos apontam a importância das redes sociais nos comportamentos das pessoas<sup>14,15</sup>. “As teorias em Análise de Redes Sociais (ARS) explicam como interagem esses conjuntos de entidades sociais ligadas entre si binariamente, por relações que formam elos e/ou cadeias possibilitando transmissão de recursos”<sup>14</sup>. “A rede social representa um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”<sup>16</sup>. Na teoria de ARS recursos vão além da simples aquisição de bens materiais, sendo definido como capital social<sup>17</sup>. Para Bourdieu, o “capital social é visto como um bem social em virtude das conexões dos atores e do acesso aos recursos da rede ou grupo de que eles fazem parte”<sup>18</sup>. Com isso, o “fluxo de informações sobre oportunidades e escolhas é fornecido através das posições desses atores nas redes sociais, de tal forma, que de outra maneira não estariam disponíveis”<sup>19</sup>. “Os comportamentos relacionados à saúde parecem ser transmitidos através das redes sociais; como fumar, se exercitar, fazer uso de álcool ou drogas, também a propensão em realizar exames de saúde, visitar médico, seguir orientações médicas e mesmo buscar certas terapias”<sup>14,15</sup>. Ainda que esse estudo não empregue a teoria de redes sociais, ela dá suporte ao entendimento das razões de escolha dos indivíduos, conforme verificado em estudo prévio com este público de usuários de fitoterapia<sup>19</sup>.

A fitoterapia é “uma prática que emana do povo e é bem aceita por ele”<sup>5</sup>. É abordada na Portaria nº 971, “a fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social”<sup>5</sup>. Ocorre uma vinculação à cultura popular envolvendo uma crença no poder de cura<sup>20</sup>. Um grande desafio para os serviços de fitoterapia consiste na relação de hegemonia paradigmática biomédica. Enquanto as racionalidades médicas complexas e as práticas integrativas trabalham com o conceito de busca do equilíbrio dos pacientes, as intervenções biomédicas objetivam restabelecimento de parâmetros de normalidade, quantitativamente mensuráveis<sup>28</sup>. Assim, já se defendia o diálogo e a mestiçagem teórica e prática presente entre profissionais e pacientes na rede de atendimento do SUS.

Estudos com profissionais de saúde na atenção básica, sobre conhecimento da fitoterapia, apontaram as fontes informais (leitura, contato com outras pessoas, conhecimento geral) como predominantes, para os profissionais suprirem “as necessidades com que se defrontam no cotidiano de trabalho na atenção primária”<sup>20</sup>. Outra pesquisa direcionada a profissionais da saúde básica, em Cascavel e Foz do Iguaçu, encontrou análogo resultado, nele 60% dos profissionais expuseram ter acesso às

informações sobre fitoterapia por meio do conhecimento popular, e 40% por meio de meios de comunicação<sup>12</sup>. A transmissão oral dentro do núcleo familiar e veículos de comunicação (internet, livros) foram cardeais para disponibilidade de informações sobre a fitoterapia<sup>12</sup>.

Ainda, estudo<sup>19</sup> descreveu que o “conhecimento das plantas medicinais por parte de uma comunidade advinha 11% através de vizinhos, 8% de profissionais de saúde, 5% de acordo com crenças ou tradições, e 57% de pais e avós”<sup>22</sup>. Embora haja algumas investigações sobre fontes de conhecimento em fitoterapia, são ínfimos os estudos sobre as razões de escolha para seu uso. Inexistindo trabalhos no tocante a “indicadores da satisfação da população quanto ao uso de fitoterápicos e plantas medicinais<sup>12</sup>.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é caracterizar as razões da escolha da fitoterapia entre os usuários da atenção básica do SUS, a partir de seus relatos, considerando que “as redes pessoais possam ter papel preponderante nesse movimento”<sup>19</sup>, buscando-se, assim, avançar na compreensão da perspectiva do usuário de fitoterapia sobre o acesso à fitoterapia na UBS estudada.

## MÉTODOS

A presente pesquisa teve abordagem descritiva de caráter exploratório, quantitativa e qualitativa. As entrevistas semiestruturadas buscaram identificar quais pessoas haviam transmitido ao usuário seus conhecimentos sobre a fitoterapia, que resultaram nas razões de uso de plantas medicinais e/ ou fitoterápicos. Com a finalidade de traçar um conciso perfil sociodemográfico foram questionadas a idade, sexo e escolaridade entre os usuários de fitoterapia. As perguntas de roteiro foram: 1- O senhor (a) já utilizou fitoterápicos e/ou plantas medicinais? Conte-me, por favor, quem foi a primeira pessoa que lhe falou sobre a fitoterapia. “2- Quais os nomes das pessoas do seu conhecimento que já lhe indicaram o uso de fitoterapia, ou medicamento fitoterápico/ natural”<sup>19</sup>/ ervas (plantas) medicinais? Assim, por meio dos nomes relatados foi possível construir a rede dos usuários e suas indicações para uso de fitoterapia. Os nomes das pessoas ou atores serão os nós da rede e base para a rede analisada segundo a técnica de “gerador de nomes”<sup>23</sup>, a qual “instiga o entrevistado a citar nomes de pessoas relacionadas que o apoiam em situações de seu cotidiano”<sup>17</sup>, como “solicitação de ajuda ou ainda pessoas que são consultadas em momentos de tomadas de decisão”<sup>24</sup>.

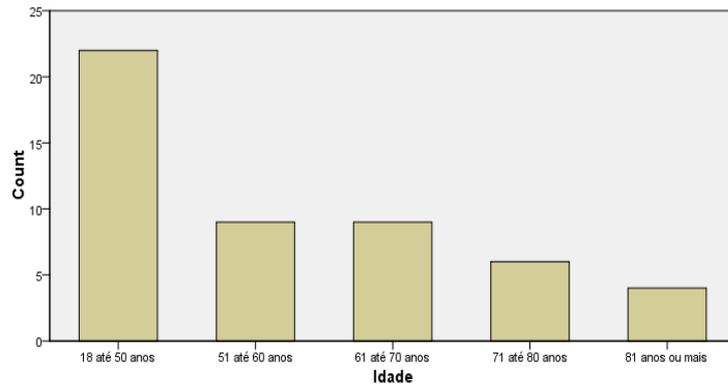
A pesquisa foi realizada em uma “UBS de grande afluxo, referência para a fitoterapia, localizada na área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro, pelo período de três meses”<sup>19</sup>. As entrevistas foram conduzidas na entrada da farmácia, com as falas gravadas e, posteriormente, transcritas. Foram obedecidos os critérios éticos elencados na Resolução nº 466/2012, sendo este estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (SMS/RJ) em Parecer nº 2.095.303, sendo possível, assim, caracterizar o vínculo das pessoas que representam uma referência para o acesso à fitoterapia,

permitindo distinguir as razões de escolha de seu uso. Assim, “para cada um dos informantes foi reconstruída a história de seu percurso”<sup>25</sup>. Foi avaliado o desempenho do instrumento em um estudo piloto, realizado com 10 usuários, na UBS pesquisada. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos. Os dados obtidos foram tabelados e analisados com auxílio do software IBM SPSS *Statistics*<sup>26</sup>, que possibilitou o cálculo das frequências e elaboração das figuras e quadros. Os relatos foram organizados em categorias analíticas em função da proximidade de conteúdo<sup>27</sup> por meio de conexões entre as mesmas, sendo possível identificar a origem das indicações para a fitoterapia. Seguiu-se, assim, a premissa de que “O estudo não verifica o fenômeno em si, mas busca compreender o que os fenômenos representam para as pessoas”<sup>28</sup>. A análise dos quadros nos “permite observar como os atores parecem se organizar para solucionar problemas de rotina e tomar decisões independentemente da organização oficial do sistema em seus cuidados de saúde”<sup>29</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre 167 pessoas abordadas, 50 se declararam usuárias de fitoterápicos e /ou plantas medicinais e aceitaram participar da pesquisa, e foram entrevistadas. Entre os 50 entrevistados, 70% eram do sexo feminino e 30% eram do sexo masculino. Quanto à idade dos entrevistados (Figura 1), 44% têm entre 18 e 50 anos. A escolaridade (Figura 2) dos usuários: Fundamental Completo 10%; Médio Completo 44% e Superior Completo 20%. Esses achados do perfil sociodemográfico dos indivíduos que procuraram por atendimento, quando comparados aos dados referidos no PNAD 2003, 2008 foram semelhantes. As proporções no PNAD 2003 foram de 38,3% para homens e 61,7% para mulheres atendidas<sup>30</sup>. Quanto às faixas etárias descritas para usuários de serviços de atenção básica na região sudeste do Brasil, na faixa de 18 a 39 anos (36,5-42,6%), 40 a 59 (36,0-42%), 60+ (19-24,2%)<sup>31</sup> são compatíveis aos relatados na figura 2. Em relação à escolaridade dos usuários de serviços de atenção básica na região Sudeste do Brasil, nível fundamental (52,1-57,5%), médio (28,7-33,6%) e superior (5,4-8%)<sup>31</sup>. Há diferença na escolaridade (Figura 3), onde os entrevistados apresentaram no geral percentuais maiores de escolaridade níveis médio e superior; e percentual menor que o relatado na literatura para o nível fundamental de escolaridade. Sendo essa diferença possivelmente explicada por se tratar de em uma UBS localizada geograficamente em área com melhores índices de escolaridade e renda.

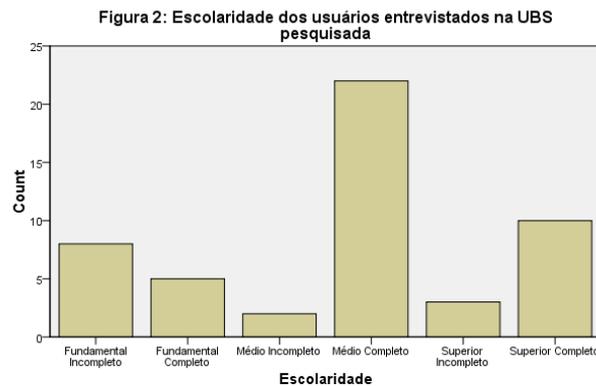
**Figura 1 – Idade dos usuários entrevistados na UBS pesquisada**



Nota: 44% (18 a 50 anos), 18% (51 a 60 anos), 18% (61 a 70 anos), 12% (71 a 80 anos), 8% (81 anos ou mais).

Fonte: elaborada pelas autoras

**Figura 2 – Escolaridade dos usuários entrevistados na UBS pesquisada**



Nota: 16% (FI), 10% (FC), 4% (MI), 44% (MC), 6% (SI) e 20% (SC).

Fonte: elaborada pelas autoras

A Tabela 1 apresenta as frequências das pessoas apontadas pelos entrevistados como tendo indicado o uso de fitoterapia, 36% receberam indicação médica, outros 36% foram aconselhados por um familiar, apenas 1 usuário referenciou um outro profissional de saúde (dentista). A crença religiosa (aqui incluindo orientação recebida por pessoas ligadas à religião praticada) representou 4% das indicações. Os amigos para 10% e a internet foi a fonte de conhecimento para 12% dos usuários de fitoterapia entrevistados na UBS. Nas Tabelas 1,2 e 3 encontram-se detalhadas as relações dos familiares por representarem diferentes atores na rede pessoal, suscitando a figura materna na preponderância da razão de escolha.

**Tabela 1** – Pessoas ou fontes para a indicação à fitoterapia para os entrevistados na UBS pesquisada

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Médico	18	36
Mãe	10	20
Cônjuge ou companheiro (a)	2	4
Familiar	2	4
Outro profissional de saúde	1	2
Crença religiosa	2	4
Avós	4	8
Amigo	5	10
Internet	6	12
Total	50	100

Fonte: elaborada pelas autoras

Quando os mesmos entrevistados foram questionados se receberam indicação de mais alguém além do primeiro relatado, 64% responderam afirmativamente (Tabela 2). Do total de 32 pessoas, 15,6% receberam uma segunda indicação médica, 65,7% foram aconselhados por um familiar. A crença religiosa (grupo social religioso) representou 6,3% das segundas indicações. Os amigos representaram 9,4% e a formação acadêmica foi a razão de escolha para 3,1% dos usuários de fitoterapia entrevistados na UBS pesquisada.

**Tabela 2** - Segunda pessoa ou fonte de indicação à fitoterapia, caso houvesse, na UBS pesquisada

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Médico	5	10
Mãe	8	16
Pai	7	14
Familiar	3	6
Crença religiosa	2	4
Avós	3	6
Amigo	3	6

(Conclusão)

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Formação acadêmica	1	2
Total	32	64
Sem segunda indicação	18	36
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pelas autoras

Os mesmos entrevistados foram questionados se receberam indicação de uma terceira pessoa para o uso de fitoterapia. Então, foram 24% afirmativas a este respeito (Tabela 3). Não houve indicação médica, 91,7% foram aconselhados por um familiar e 8,3% por amigos. Portanto, a rede pessoal é a determinante na terceira razão de escolha para usuários de fitoterapia entrevistados na UBS pesquisada.

**Tabela 3** - Terceira pessoa ou fonte de indicação à fitoterapia, caso houvesse, na UBS pesquisada

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Mãe	4	8
Pai	3	6
Familiar	1	2
Avós	3	6
Amigo	1	2
Total	12	24
Sem terceira indicação	38	76
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pelas autoras

Com isso, evidenciamos que a fitoterapia foi indicada em termos numéricos absolutos na rede pessoal (família e amigos) em 46% das primeiras indicações, 65,7% das segundas indicações e 91,7% das terceiras indicações, o que reforça a dimensão cultural e social da fitoterapia. Além do conhecimento obtido por meio da internet e por questões religiosas em 16% da primeira razão de uso.

“O papel que os atores sociais desempenham na rede é fortemente influenciado pela sua rede pessoal e de acesso à informação sobre a prática de fitoterapia em seus cuidados de saúde”<sup>19</sup>. Portanto, esse acesso se faz heterogeneamente, pois é resultante dos contextos sociais de seus usuários. “A falta

de informação sobre o serviço de fitoterapia como terapêutica e o uso tradicional pela população de usuários das UBS” corrobora os achados descritos na literatura<sup>12,20,28,32</sup>. Como apontado anteriormente é importante mensurar o impacto do saber popular. É profícua a reflexão sobre a incorporação de outros saberes, como o conhecimento popular. “A racionalidade biomédica tem seus pressupostos bastante estreitos, aliás, e o que dela escapa é considerado não científico, não verdadeiro, portanto”<sup>21</sup>. Muitas vezes, o serviço de saúde está configurado de forma a excluir as práticas de saúde erroneamente reputadas como “não científicas”<sup>12</sup>. No entanto, Paim defende modelo de assistência que vá além da cura, garantindo cidadania e defesa da vida<sup>33</sup>. Quando as práticas de saúde da população não são dialogadas com os profissionais na assistência, enseja nos usuários a omissão em relatar suas terapias, pela percepção de que eles não entendem, além da crença em seus efeitos<sup>34,35</sup>. Com isso, simultaneamente ao uso do fármaco alopático, o paciente faz uso de plantas medicinais sem conhecer a toxicidade<sup>35,36</sup>.

Quando analisadas as visões, concepções e experiências extraídas das falas dos entrevistados a respeito de suas vivências com a fitoterapia, podemos organizá-las nas seguintes categorias analíticas nas subseções a seguir: Fitoterapia na Atenção Básica; Cientificidade x Crença na Ausência de Riscos ; Origem do Conhecimento na Rede Pessoal; Crença Religiosa, Espiritual.

### **Fitoterapia na Atenção Básica**

Como já mencionado na introdução apesar de ter regulamentada a prática e funcionamento no âmbito do estado do Rio de Janeiro, na UBS pesquisada não encontramos o serviço de fitoterapia organizado. Esse descompasso entre as metas planejadas e os resultados alcançados também foi relatado em outros estudos<sup>37</sup>.

“Eu retiro o medicamento fitoterápico aqui nessa farmácia, mas quem receitou para mim foi a médica X do centro municipal PCR, localizado no Leblon. Essa médica foi a segunda pessoa que me falou sobre esse remédio, a primeira foi um amigo meu”(participante nº2).

“Eu vim buscar xarope de Guaco aqui no posto, foi a médica X que receitou e eu sei que tem aqui nesse posto, por isso vim buscar. Já usei ele antes” (participante nº6).

“Compro o fitoterápico S. na farmácia, desconheço que tem dele aqui na farmácia. A médica aqui desse posto que me receitou, além dele tomo chá de maracujá e aqui eu busco o clonazepam”(participante nº14).

**Um estudo transversal qualitativo** em 2018 objetivou identificar como a fitoterapia, “tem sido apropriada pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro”<sup>38</sup>. Para isso, foi investigado “o uso e a prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde”<sup>38</sup>. Concluindo-se que “a fitoterapia ainda não foi apropriada pelos profissionais de saúde pesquisados: 66,7% dos médicos e 41,7% dos enfermeiros

afirmaram prescrever fitoterápicos, entretanto, a maioria afirmou não ter tido nenhuma instrução sobre o assunto”<sup>38</sup>. “O cultivo de plantas medicinais foi observado nas visitas domiciliares por 76,9% dos agentes comunitários de saúde e 54% dos enfermeiros. Já o uso pela população foi relatado por 83,3% dos enfermeiros e 80,9% dos médicos”<sup>38</sup>. Coaduna com nossos achados, a fitoterapia ainda permanecer marginal na ESF.

### **Cientificidade x Crença na Ausência de Riscos**

Nas falas dos entrevistados há a percepção de que o que é natural não faz mal. De fato, a fitoterapia tem a vantagem de baixos efeitos tóxicos ou colaterais<sup>39,35</sup>. Em relação a esses achados, “há poucos estudos na literatura sobre representações sociais em práticas integrativas e complementares”<sup>35</sup> nas UBSs na qual a fitoterapia se insere. Esses estudos são importantes para melhor compreensão de racionalidade médica<sup>35</sup>.

“Eu usaria plantas se fossem oferecidas pelo médico... todos os remédios cheios de química me dão alergia, só os de plantas que não...por isso que eu prefiro tomar chás... Foi assim que eu me curei de um problema nos rins que não curava com nenhum remédio que o médico passou e eu peguei aqui no posto... Eu usei cana do brejo, fiz chá e tomo para os rins” (participante nº12).

“Evito ao máximo usar remédios, sou vegetariana. Uso coisas que não agridem o organismo. Por isso tomo sempre que possível os chás ou remédios naturais, da farmácia” (participante nº21).

Circunstâncias em que se torna aceitável recorrer a um recurso terapêutico não convencional seria o ponto de partida para a ativação da escolha em alguns contextos<sup>40</sup>. Por que não? vamos ver o que acontece, mal não faz”<sup>40</sup>. Essa espécie de procura após falha do tratamento convencional, e radicalismo após uma má experiência, poderiam explicar algumas razões de escolha nesse estudo.

### **Origem do Conhecimento de Rede Pessoal**

Identificamos, nas falas, razões de escolha ligadas à infância, à sua família, e a círculos de convivência e espaços geográficos onde o cultivo de plantas era comum. Essa origem do conhecimento tradicional advinda da comunidade na qual o indivíduo se insere foi também relatada por Alves e Silva<sup>22</sup>, porém aqui fica evidenciado o contexto geográfico em que esse se insere e que perdura nos indivíduos em seus relatos e que são elementos de uma visão de mundo.

“Sou filha de índios... via meus pais fazerem os preparos dos remédios... Uso cana-do-brejo, chapéu-de-couro para ficar de boa.. é melhor que remédio de farmácia.” (participante nº4).

“Fui criada na infância no subúrbio de Vaz Lobo, lá ainda tinha muito mato, minha mãe catava as plantas, raízes no mato para tratar... Eu uso ginkgo biloba, cidreira, um monte de coisas... mas não sabia que no SUS também tinha” (participante nº27).

O estudo sobre razões de escolha assinala um elemento legitimador da escolha: usuários com experiência prévia recomendam a rede social (trabalho, família, terapeutas, médicos), sendo necessário que essa pessoa seja de “confiança” e tenha obtido relativo êxito no uso, ou sem prejuízo. Igualmente indivíduos que conduzem trajetórias de pesquisa em diversos meios, como na internet, livros, revistas ou outras mídias. A escolha da terapia é definida como uma ação não apenas congruente com a própria situação biográfica (necessidades de saúde, redes sociais) e “com as concepções sobre o corpo e que recurso terapêutico deve ser valorizado”<sup>40</sup>, mas como um senso comum que é mutuamente compartilhado<sup>40</sup>. A recomendação entre conhecidos é a mais frequente nesse estudo e também foi evidenciada em estudo, indicando a relevância das redes sociais na fitoterapia.

### **Crença Religiosa, Espiritual**

Nas indicações encontram-se pessoas ligadas à religião e ou espiritualidade, também presentes nas percepções elencadas nos resultados, essa categoria foi citada de formas diversas, estando notadamente presente nos resultados e também marcante no campo curandeira, o médium espírita, a vizinha rezadeira, a Umbanda.

“Fui criada na roça, nasci no Maranhão. Eu tomo boldo, hortelã...sabe, minha religião é messiânica, só permite coisas naturais. A senhora conhece o Koren?” Eu respondo que não. “É uma linha de produtos da minha religião, eu uso óleo de arnica e é assim que eu me trato”. (participante nº24).

“Minha nora que é vegetariana e adepta do reiki me ensinou a usar própolis e plantas medicinais” (participante nº39).

“Faço lambedor para os meus netos e xarope de guaco. Na Rua P. S. tem um casal que distribui o chá, as ervas... e eu tenho uma vizinha que tem 80 anos e é rezadeira, ela me ensina muito” (participante nº42).

“Sou espírita de umbanda, uso couve no café da manhã, uso também erva de barabatimão...nunca conversei com o médico sobre isso não... aprendi muito com minha mãe que trabalhava em um posto de saúde e com a minha religião” (participante nº49).

Não se pretende aqui entrar na epistemologia da categoria religiosidade. É sabido que a cultura brasileira é sincrética e que herdou elementos de muitas tradições religiosas, muitas vezes essas são misturadas às práticas religiosas existentes, como o curandeirismo. Santos e Caes descrevem a fitoterapia em um “Centro Espírita”, onde são confeccionados xaropes medicinais para o tratamento de bronquite, resfriado entre outras doenças, pomada trazida da cidade de Goiatuba que também é distribuída gratuitamente junto com os xaropes; tais remédios são distribuídos de forma gratuita para toda a população<sup>41</sup>. O auxílio é independente da religião que é praticada pela pessoa que procura o Centro<sup>41</sup>. De

acordo com Valla, mesmo perante mudanças econômicas e sociais, a população continua com uma visão religiosa muito profunda, visto que, representa a forma pela qual se expressam os caminhos que escolhem para enfrentar as dificuldades em seu cotidiano<sup>42</sup>. A religião popular é um saber e uma linguagem de elaboração e de expressão subjetiva<sup>42</sup>. A saúde se faz na visão do cuidado integral do indivíduo, abarcando também suas crenças, valores, sociedade e cultura<sup>10</sup>. São elementos de uma visão de mundo. Para Loyola, haveria uma atribuição da cura do paciente ao especialista espiritual em detrimento dos médicos quando não há consenso no diagnóstico dos médicos<sup>43</sup>.

Finalmente, a respeito do conteúdo das falas dos usuários sobre as razões de escolha da fitoterapia, cabe pontuar no cenário em que ela se insere. A PNPMF pouco avançou; como fatores associados a esse problema aponta-se o baixo conhecimento dos profissionais sobre fitoterapia, entendimento deturpado sobre eficácia e segurança por parte dos usuários<sup>44</sup>. No entanto, esse estudo alcança uma perspectiva nova sobre as razões de uso para a fitoterapia que precisam ser compreendidas para que a organização dos serviços de fitoterapia seja profícua. Estas seriam algumas das explicações pela procura dos curandeiros<sup>45</sup>. Essa linguagem comum se deve a ambos pertencerem a uma mesma rede social, ainda hoje persiste essa lacuna.

É necessário que o usuário perceba que suas práticas de cuidado são acolhidas pelo serviço. Do contrário, ocorrerá esse desencontro entre o que ocorre na prática (uso da fitoterapia sem o conhecimento do profissional de saúde na assistência primária) e o profissional que, por não se sentir capacitado para orientar sobre essas práticas, muitas vezes se ausenta desse diálogo. O diálogo valorizaria o agir do médico mais como terapeuta que como investigador de patologias<sup>21</sup>. “Se a medicina dominante compreende mal este sistema de representações e de práticas populares em matéria de doença e de cuidados com a saúde”<sup>43</sup>, ainda há a ciência médica como referencial ideológico, e a exclusão dos curandeiros é reforçada pelo discurso não científico<sup>45</sup>.

Assim sendo, sobre as razões de uso para a fitoterapia evidenciamos neste estudo que 1- Ela está fortemente ligada à rede pessoal do usuário. A indicação na rede pessoal é maior do que na rede formal de saúde, aqui representada pela UBS; 2- Parece haver correlação entre sistema de crenças pessoais, como cientificidade e religiosidade/espiritualidade em certos casos, 3 - Identificamos uma percepção da fitoterapia pelo usuário como sendo uma terapêutica menos agressiva em termos de efeitos colaterais e adversos. Ainda que mais estudos sejam necessários, estes resultados iniciais acrescentam informações importantes para a fitoterapia na atenção básica. Os relatos apontam a carência de divulgação sobre a oferta de fitoterapia no SUS<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO

Identificamos uma desproporção em termos de estudos existentes relacionados com as razões de uso, que investiguem a perspectiva dos usuários em comparação com a superior extensão de documentos oficiais brasileiros e de entidades multilaterais, que apresentariam um panorama favorável quanto ao arcabouço jurídico e de políticas públicas para a implantação da fitoterapia em serviços e sistemas públicos de saúde. A fitoterapia na unidade é mais indicada na rede pessoal dos entrevistados. Faz-se necessário aprofundar a investigação sobre a forma com que os contextos sociais representados pelas redes sociais exercem força sobre a promoção, implantação, avaliação de programas de saúde, a partir de políticas públicas de saúde que consigam também incluí-las, mensurá-las e aprimorá-las. Contribuindo, assim, para práticas integrativas na atenção básica e na promoção da saúde de seus usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. A situação mundial dos medicamentos em 2011. Preços, disponibilidade e acessibilidade dos medicamentos. Genebra; 2011.3<sup>th</sup> Ed.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: MS; 2006a. 148p. [Série B. Textos Básicos de Saúde].
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2014; 13 maio.
4. Organização Mundial da Saúde. Alma-Ata 1978 – Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 230 p.7- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Previdência Social (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1986 [citado 2020 fev 3]. 21 p. Disponível em:

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

9. Caccia-Bava MDCG, Bertoni BW, Pereira AMS, Martinez EZ. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciência & Saúde Coletiva*; 2017; 22: 1651-59.
10. Organização Mundial de Saúde. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (No. WHO/EDM/TRM/2002.1). Ginebra: OMS;2002.
11. Rio de Janeiro. Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº 1.590, de 18 de março de 2004. Aprova regulamento técnico para a prática da fitoterapia e funcionamento dos serviços de fitoterapia no âmbito do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 2004; 18 mar
12. Bruning MCR. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2011/Dez). [Citado em 25/05/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-utilizacao-da-fitoterapia-e-de-plantas-medicinais-em-unidades-basicas-de-saude-nos-municipios-de-cascavel-e-foz-do-iguacu-parana-a-visao-dos-profissionais-de-saude/9266>.
13. Rodrigues E, Ela C. A importância dos levantamentos etnofarmacológicos no desenvolvimento de fitomedicamentos. *Revista Racine, São Paulo*. 2002; 70:30-5.
14. Christakis NA, Smith KP. *Social network and health*. 2008.
15. Rossi LP, Lovisi GM, Abelha L, Gomide M. Caminhos Virtuais e Autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da Análise de Redes Sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23:3319-26.
16. Gomide M, et al. Fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças (Matriz FOFA) de uma comunidade ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a atenção Básica à Saúde. *Cad. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2015; 23(3):222-30.
17. Bourdieu P. *O poder simbólico*- 2.ed.- Rio de Janeiro, Bertrand Brasil,1998.322p.
18. Portugal S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina do CES n.271*. Faculdade de economia e centro de estudos sociais da universidade de Coimbra. 2007.
19. Rodrigues MLF. Acesso do usuário ao serviço de fitoterapia no Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro através da análise de redes sociais. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRJ. Rio de Janeiro, p.123.2018.
20. Rosa C. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]; 2008. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/representacoes-e-intencao-de-uso-da-fitoterapia-na-atencao-basica-a-saude/2732>.
21. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2005; 15: 145-76.
22. Alves DL, Silva CR. *Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal*. São Paulo: Atheneu; 2002.
23. Marin A, Hampton KN. Simplifying the Personal Network Name Generator: alternatives to traditional multiple and single name generators. *Field Methods*. 2007; 19(2):163-93.
24. Gomide M, Rodrigues CL. Indicadores de desempenho e redes sociais: existe algo em

- comum?. Cadernos Saúde Coletiva. 2018; 26:107-16.
25. Gomide M, Grosseti M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2010; 20(3): 873-96.
26. IBM. SPSS Statistics 21. Available at: <https://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21608060>; 2019.
27. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*; 2012; 17: 621-6.
28. Marques LAM, et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis*. Rio de Janeiro. 2011 [Acesso em 2019 maio 29]; 21(2): 663-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312011000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000200017&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200017>.
29. Lino CRG, Gomide M. Organização do serviço e análise de redes sociais: estudo de caso na Vigilância em Saúde Ambiental. *Physis* [Internet]. 2015 June [cited 2017 Oct 6]; 25(2): 443-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000200443&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200443&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200007>.
30. Ribeiro MCS, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2006 [acesso em 2019 maio 30]; 11(4):1011-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022) &lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>.
31. Guibu IA, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*; 2017; 51(supl 2).
32. Ribeiro M, Bittencourt G, Manso C. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2012; 17(10): 2675-85.
33. Paim JSA. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, organizador. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI;1999. p. 473-487.
34. Leite SN, Schor N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. *Saúde debate* 2005; 29(69):78-85.
35. Fontenele RP, et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 2019 maio 29]; 18 (8): 2385-94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800023&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023>.
36. Tomazzoni MI. Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.
37. Caccia-bava MDCG, Bertoni BW, Pereira AMS, Martinez, EZ. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciência & Saúde Coletiva*; 2017; 22: 1651-59.
38. Rodrigues ML, Campos CEA, Siqueira BA. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. *Cadernos Ibero-Americanos de*

- Direito Sanitário. 2020; 9(4); 28-50.
39. Cechinel FV, Zanchett CCC. Fitoterapia Avançada: Uma Abordagem Química, Biológica e Nutricional. Artmed Editora; 2020.
40. Bordes M. "Esto de 'alternativo' no tiene nada". La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-convencional desde la perspectiva de sus usuarios em Buenos Aires, Argentina. Physis, Rio de Janeiro. 2015; 25(4):1229-49. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312015000401229&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000401229&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400010>.
41. Santos AC, Caes AL. A utilização de plantas medicinais na cidade de Buriti Alegre: religiosidade e cura por meio dos conhecimentos tradicionais dentro do Espiritismo. In: Anais... Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE), 2016.
42. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2000; 4:37-56.
43. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. In: Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. 1984.
44. Figueredo CA de, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. Physis, Rio de Janeiro. 2014 [acesso em 2019 maio 29]; 24(2): 381-400. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312014000200381&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000200381&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200004>.
45. Camargo JR KR de. (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 1992; 2:203-30.