

Plantas Medicinais na Atenção Primária: desafios e perspectivas sob o olhar de trabalhadores da saúde

Medicinal Plants in Primary Health Care: knowledge, attitudes and practices among rural healthcare workers in Brazil

Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock, Amanda Firme Carletto, Gabriella Barreto Soares, Fábio Hebert da Silva

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento, as atitudes e a atuação dos profissionais em relação ao uso de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa que utilizou a cartografia como aporte metodológico e realizou 15 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de uma equipe rural da Estratégia Saúde da Família de Patrimônio da Penha, Espírito Santo. Um roteiro foi utilizado para analisar o perfil de conhecimento e a aceitabilidade dos trabalhadores quanto ao uso de plantas medicinais, considerando os preceitos das Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. A partir dos temas polarizados nas falas, foram definidas categorias analíticas para conduzir as reflexões. **Resultados:** Os desafios relacionados à gestão do trabalho ainda dificultam a incorporação das plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde. Os trabalhadores apresentaram uma concepção ampliada de saúde e demonstraram aceitabilidade em relação ao uso dessas práticas. Entretanto, vivenciam processos de trabalho fragmentados e centrados na doença, o que contribui para que as plantas medicinais sejam percebidas como práticas paralelas aos protocolos instituídos. As rodas de conversa foram apontadas como estratégia para ampliar a articulação comunitária, o exercício da escuta, a habilidade comunicativa e a troca de conhecimentos. **Conclusão:** Embora exista reconhecimento e aceitação do uso de plantas medicinais pelos trabalhadores da saúde, persistem desafios relacionados à formação profissional, à gestão do trabalho e à institucionalização dessas práticas no SUS. O fortalecimento de espaços coletivos de diálogo e educação permanente pode contribuir para ampliar sua integração ao cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais. Prática Integral de Cuidados de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate health professionals' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of medicinal plants in Primary Health Care (PHC). **Methods:** This exploratory qualitative study employed cartography as a methodological framework and involved 15 semi-structured interviews with health workers from a rural Family Health Strategy team in Patrimônio da Penha, Espírito Santo, Brazil. An interview guide was used to assess participants' knowledge and acceptance of medicinal plant use, considering the principles established by the National Policy on Integrative and Complementary Practices and the National Policy on Medicinal Plants and Herbal Medicines. Analytical categories were developed from the themes that emerged from participants' narratives. **Results:** Challenges related to work organization and management continue to hinder the integration of medicinal plants into Primary Health Care. Participants demonstrated a broad understanding of health and expressed positive attitudes toward the use of medicinal plants. However, they reported experiencing fragmented and disease-centered work processes, which contribute to these practices being perceived as parallel to established clinical protocols. Dialogue circles emerged as a valuable strategy for strengthening community engagement, fostering active listening, enhancing communication skills, and promoting knowledge exchange. **Conclusion:** Although health workers recognize and accept the use of medicinal plants, important challenges remain regarding professional training, work organization, and the institutionalization of these practices within the Brazilian Unified Health System (SUS). Strengthening collective spaces for dialogue and continuing professional education may contribute to a broader and more effective integration of medicinal plants into health care practices.

KEYWORDS: Medicinal Plants. Comprehensive Health Care. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o uso de plantas medicinais articula saberes populares e práticas de cuidado nos territórios, além de configurar-se como estratégia para diversificar abordagens terapêuticas, potencializar ações de promoção da saúde e estreitar os vínculos entre os serviços de saúde e as comunidades^{1,2}. Entretanto, seu reconhecimento e sua valorização dependem do investimento da gestão, da capacitação e do engajamento dos trabalhadores da saúde e do diálogo contínuo com a comunidade³, ressaltando a importância de compreender como essas práticas são percebidas e vivenciadas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Amparada pelas políticas nacionais de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁴ e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)⁵, a inserção do uso de plantas medicinais nos serviços de saúde requer mais do que diretrizes normativas. Para que essa iniciativa se atualize no cotidiano das equipes, é fundamental estimular a troca de saberes e criar condições institucionais que assegurem o engajamento da comunidade, favorecendo sua consolidação como prática legítima, sustentável e enraizada nos territórios. Esse movimento corresponde à atualização de saberes tradicionais milenares que conectam diferentes concepções de saúde e múltiplas formas de cuidado, demandando a integração entre a dimensão simbólica e a atuação prática, e reafirmando a saúde como processo social, coletivo e de interesse público.

Pesquisas realizadas com profissionais de saúde apontam que existem muitos desafios no processo de institucionalização do uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços, dentre eles: “falta de conhecimento”, receio dos efeitos adversos, necessidade de formação e educação permanente adequados para a aplicação e a indicação das plantas e a falta de apoio institucional e financeiro⁶⁻⁹. Quanto ao uso plantas medicinais na APS, destaca-se que esse nível de atenção tem potencial para garantir acesso de forma articulada com os saberes populares, mas depende de investimento na formação dos profissionais para que o uso seja seguro e eficaz. Além disso, grande parte dos trabalhadores da APS desconhece o cultivo, a dosagem e os efeitos adversos¹⁰.

Vários dos desafios supracitados são decorrentes da não garantia de aporte financeiro federal para os municípios ofertarem as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e o uso de plantas medicinais. A PNPIC cumpre o objetivo de questionar a hegemonia biomédica, tecnicista e hospitalar, mas se limita a uma normativa. De forma semelhante, a PNPMF reconhece e regulamenta o uso de plantas medicinais no SUS, mas sua efetivação depende de investimentos concretos para a permanente atualização e aperfeiçoamento dos trabalhadores, para a garantia do acesso seguro às plantas e fitoterápicos e para o apoio institucional e financeiro aos municípios. Assim, torna-se cada vez mais urgente que ações governamentais

sejam implementadas para que essas políticas transformem efetivamente o modelo de cuidado, democratizem o direito à saúde integral e fortaleçam os saberes tradicionais nos territórios¹¹⁻¹³.

Em sentido contrário, o cenário de desfinanciamento do SUS foi agravado com a Emenda Constitucional 95 e com a criação do programa de financiamento da APS chamado Previne Brasil (Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019). Além disso, houve a instituição da terceira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Carteira de Serviços que direcionam para cuidado individualizante, indiferente aos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Ao minimizar a perspectiva do território, a multidisciplinaridade e o trabalho comunitário, fragmentam-se os modos de produzir cuidado que favorecem a medicalização da vida^{14,15}.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é identificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos trabalhadores em relação ao uso de plantas medicinais na APS do distrito de Patrimônio da Penha, no município de Divino de São Lourenço-ES. A pesquisa permite problematizar a temática, investigar a percepção e a prática dos profissionais em relação às políticas nacionais de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) do SUS em nível local, e contribuir para o desenvolvimento comunitário dessas práticas, fortalecendo o cuidado integral e valorizando a experiência dos profissionais e a interação entre ensino, serviço e comunidade.

Ressalta-se que as plantas medicinais apresentam potencial não apenas como instrumentos de cuidado integral, mas também como dispositivos para a criação de redes, as quais podem fortalecer vínculos comunitários, ampliar a participação social e fomentar a autonomia dos indivíduos em seus processos de cuidado. A análise das percepções dos saberes e desafios dos trabalhadores permite subsidiar estratégias de formação e capacitação, como também identificar alternativas que ampliem a interlocução com a comunidade, promovendo espaços de troca de experiências que valorizem práticas locais e consolidem a oferta de cuidado que corresponda às necessidades e singularidades da população. Nesse sentido, esta pesquisa contribui com reflexões sobre a articulação entre políticas públicas, práticas profissionais e saberes comunitários, demonstrando como esta solda pode transformar o cuidado em saúde em um processo mais coletivo e participativo.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa adotou a abordagem socioanalítica no campo da Análise Institucional em Saúde Coletiva¹⁶, perspectiva metodológica que busca interrogar os sentidos cristalizados nas instituições e colocar em evidência suas contradições de modo a favorecer a emergência de novos sentidos e práticas. Para isso, fundamentou-se em processos coletivos de análise¹⁷ que promovem a problematização das experiências e possibilitam o deslocamento dos lugares

instituídos. Para operacionalizar essa abordagem, recorreu-se à cartografia como instrumento metodológico, uma vez que esta permite acompanhar e registrar pistas que orientam o percurso investigativo, além de analisar os efeitos da pesquisa sobre o objeto, o pesquisador e os resultados ^{18,19}.

Na prática, a cartografia foi utilizada para mapear os saberes, práticas e percepções dos profissionais sobre o uso de plantas medicinais na APS, considerando tanto aspectos institucionais quanto cotidianos. O estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa com amostragem de resposta voluntária, envolvendo todos os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) do território pesquisado. Foram incluídos profissionais ativos na ESF durante o período de coleta de dados que consentiram voluntariamente participar da pesquisa, enquanto foram excluídos aqueles que não atuavam nesse período ou apresentavam impedimentos, como licença médica ou afastamento prolongado. Vale destacar que, dentre os profissionais convidados, apenas um(a) trabalhador(a) optou por não participar da investigação.

O instrumento central utilizado para reunir as narrativas foi uma entrevista semiestruturada, construída a partir de eixos temáticos que contemplavam práticas, barreiras institucionais e percepções profissionais. A cartografia atuou como um dispositivo de análise social coletiva, permitindo que os dados fossem integrados a observações de campo, registros de interações e reflexões da pesquisadora, que também atuava como integrante da eSF, participando ativamente das atividades cotidianas. Essa condição proporcionou uma imersão profunda no contexto, favorecendo a compreensão das práticas, das relações institucionais e dos sentidos produzidos pelos trabalhadores.

O uso da abordagem cartográfica na análise envolveu a identificação de padrões, contradições e sentidos emergentes nos discursos dos participantes, articulando respostas individuais com o contexto institucional. Dessa forma, a interpretação dos dados não se restringiu à codificação temática; considerou a dinâmica social e as relações presentes na ESF. Essa estratégia metodológica garantiu que a análise fosse coletiva, reflexiva e sensível ao contexto, possibilitando que a pesquisa abrisse questões relevantes para a compreensão das práticas e da cultura institucional, alinhando-se à perspectiva da análise institucional.

Quanto ao território, a pesquisa foi realizada em um distrito de um município rural com menos de cinco mil habitantes. Como a frequente troca de profissionais na equipe de Saúde da Família foi relatada pelos participantes durante as entrevistas, optou-se por não anonimizar o município. Cabe mencionar que o distrito de Patrimônio da Penha está localizado na zona de amortecimento do Parque Nacional do Caparaó (PARNA Caparaó)²⁰, elemento basilar na construção discursiva da “identidade cultural” do território ²¹.

A região atrai turistas e visitantes por ser rica em biodiversidade e recursos hídricos²². Entretanto, a vegetação nativa foi intensamente alterada pelo desmatamento ^{23,24}, há 68% de

esgotamento inadequado e o município está entre os três piores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Espírito Santo. Uma característica peculiar da vila é a presença de pessoas, que na década de 90, elegeram a localidade para firmar moradia permanente. Com isso, foram inseridos novos costumes que integram uma comunidade alternativa.

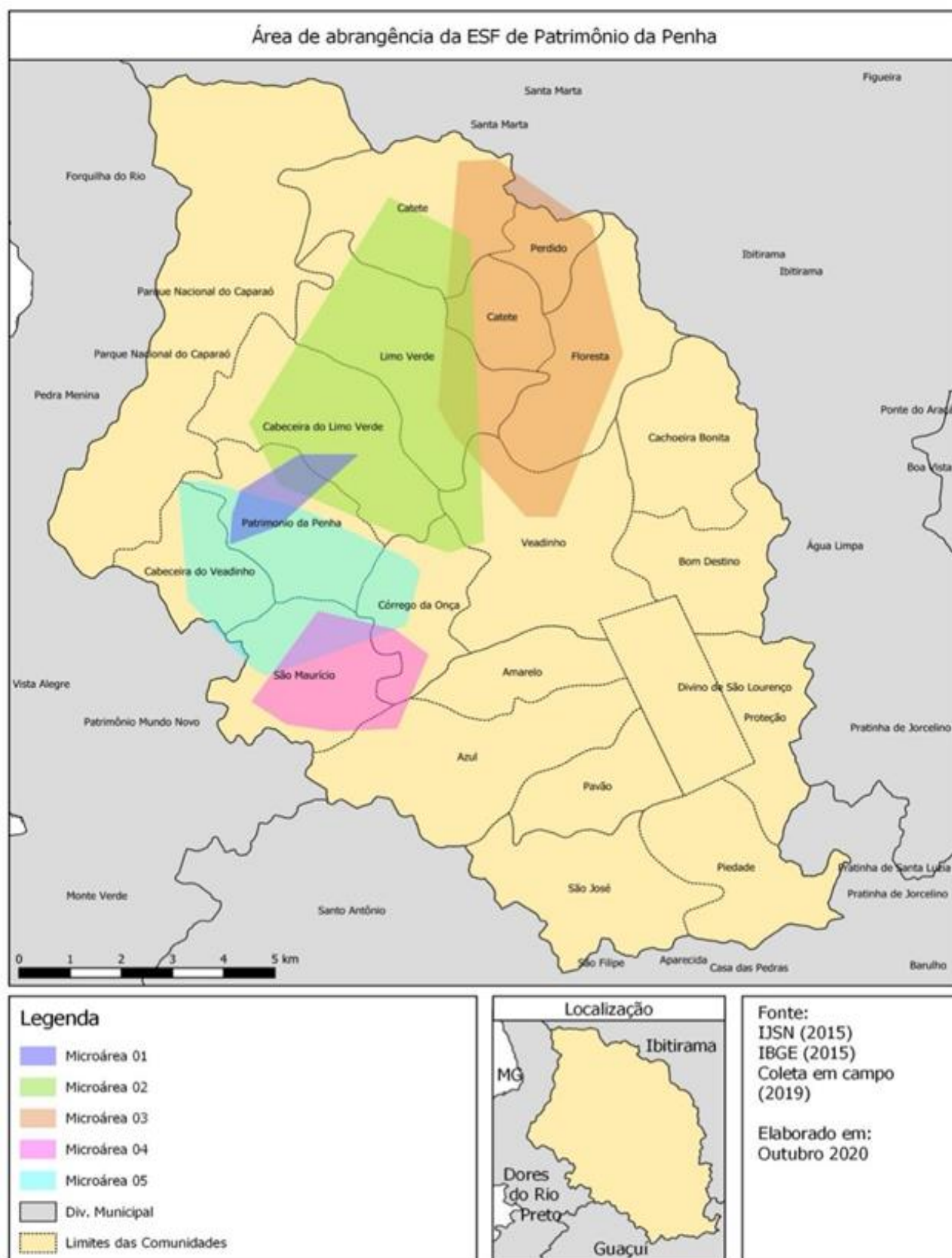
Destaca-se a existência de diversos terapeutas que desenvolvem práticas como: homeopatia, medicina tradicional chinesa, ayurveda, yoga, reiki, massoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação e o uso de plantas medicinais. Além disso, o aspecto religioso do uso de plantas medicinais está presente na comunidade por meio da igreja do Santo Daime. A doutrina comunga o uso da Ayahuasca, uma infusão vegetal psicoativa que mistura o cipó *Banisteriopsis caapi* (Jagube) e as folhas do arbusto *Psychotria viridis* (Chacrona).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalha a eSF de Patrimônio da Penha localiza-se na rua principal do distrito de Patrimônio da Penha, a 13 quilômetros de estrada de chão batido, do município Divino de São Lourenço, e a área de abrangência percorre as localidades: Baixada do Limo Verde, Jacutinga 1, Jacutinga 2, Córrego do Carvalho, Cachoeira do Granito, Ponte do Peroba, Patrimônio da Penha, Córrego do Veadinho, Córrego do Barracão, Córrego Santo Expedito, Cachoeira Alta, Córrego do Uru, Córrego da Onça, Córrego Forquilha, Córrego do Anízio, Portal do Céu, Córrego da Floresta, São Maurício, Serra Azul, Córrego Azul, Córrego da Onça e Córrego São Maurício.

Para uma melhor organização do processo de trabalho, realizou-se um novo processo de territorialização na comunidade, as localidades foram agrupadas de acordo com a atuação de cada ACS e a localização geográfica, resultando em cinco microáreas, como demonstrado nas Figuras 1 e 2 (nas próximas 6 e 7).

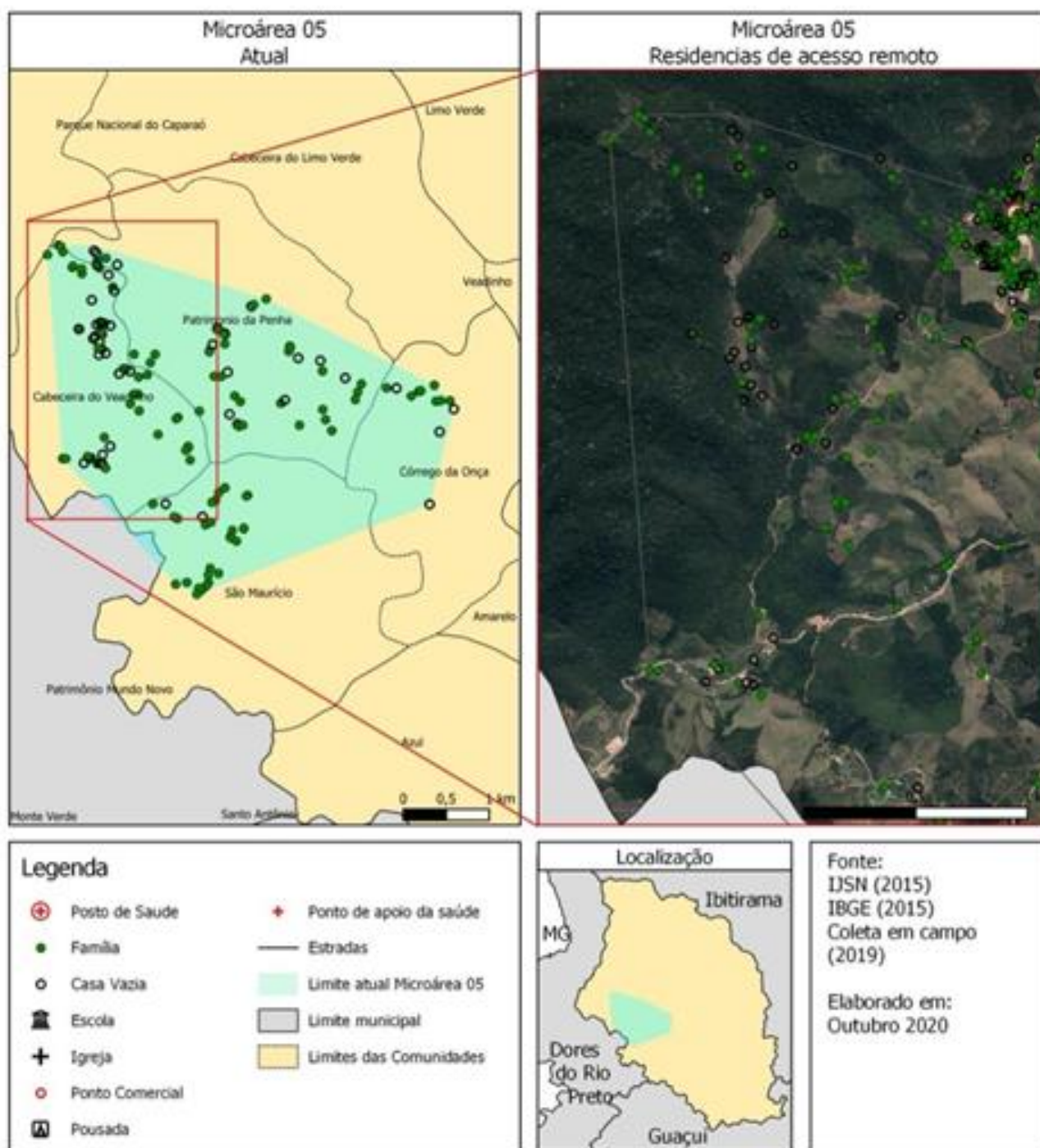
Com as mudanças, o território adstrito coberto pela ESF passou a contemplar a vila de Patrimônio da Penha e mais quatro microáreas (Limo Verde, Córrego Floresta, São Maurício, Córrego Azul/Portal do Céu) com aproximadamente 1.772 usuários cadastrados. A área é predominantemente rural, com grande extensão territorial, encontra-se geograficamente distante da capital do estado e enfrenta desafios para a organização e a continuidade do processo de trabalho em saúde.

Figura 1 – Mapeamento representativo da área de abrangência da ESF referente ao Patrimônio da Penha em 2019



Fonte: IJSN (2015); IBGE (2015), Coleta em campo (2019)

Figura 2 – Mapeamento representativo da microárea 05 que apresenta residências de acesso remoto em Patrimônio da Penha em 2019



Fonte: IJSN (2015); IBGE (2015), Coleta em campo (2019)

Com intuito de compor um repertório de diálogos com o território e compreender os sentidos e significados do uso das plantas medicinais e fitoterápicos na APS, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da eSF de Patrimônio da Penha, distrito do município de Divino de São Lourenço-ES, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019. Com o objetivo de analisar o perfil de conhecimento e aceitabilidade dos trabalhadores em relação ao uso de plantas medicinais, quais recursos e formas alternativas de tratamento

incorporam em suas práticas, além de compreender qual noção possuem sobre a PNPIC e a PNPMF, a entrevista iniciou com a abordagem do conceito de saúde e desenvolveu reflexões sobre os aspectos do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos na APS.

Cada narrativa foi tratada como uma unidade de análise, preservando o depoimento de cada participante. De início, as falas foram codificadas de forma aberta, o que permitiu identificar palavras-chave, ideias ou práticas recorrentes relacionadas ao uso de plantas medicinais. Em seguida, as falas foram organizadas em categorias analíticas de acordo com as temáticas emergentes das narrativas dos trabalhadores. A partir dessas categorias, foram construídos dispositivos de análise das práticas, possibilitando a identificação de padrões, relações e lacunas no uso de plantas medicinais na ESF, bem como refletir sobre potencialidades e fragilidades na incorporação dessas práticas na atenção primária à saúde.

O material produzido nas entrevistas foi gravado em áudio digital após concordância por meio de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), totalizando quase 14 horas de relatos. Na sequência, o material foi transcrito na íntegra e foi realizada a verificação da acurácia das transcrições por pesquisador responsável para posterior análise qualitativa. Os trabalhadores foram identificados de T1 a T15 e caracterizados com o panorama que segue abaixo: listas com marcadores podem ser incluídas e devem ficar assim:

Tabela 1 – Características gerais dos trabalhadores entrevistados na equipe de Saúde da Família de Patrimônio da Penha em 2019

(Continua)

Identificação	Sexo	Idade	Categoria profissional	Tempo de atuação na APS	Tipo de seleção para contratualização	Tempo de entrevista
T1	F	29	Fonoaudióloga	5 anos	Processo seletivo	1h 22min
T2	F	33	ACS	14 anos	Processo seletivo	1h 07min
T3	M	35	Coordenador da APS	2 anos	Cargo comissionado	52min
T4	F	35	ACS	14 anos	Processo seletivo	1h 13min
T5	M	33	Assistente Social	5,5 anos	Processo seletivo	53 min
T6	M	21	ACS	2 meses	Processo seletivo	27 min
T7	F	31	Auxiliar de Saúde Bucal	2 anos	Processo seletivo	54min
T8	F	30	Psicóloga	1 ano	Processo seletivo	56 min

(Conclusão)

Identificação	Sexo	Idade	Categoria profissional	Tempo de atuação na APS	Tipo de seleção para contratualização	Tempo de entrevista
T9	M	26	Enfermeiro	1 ano	Processo seletivo	32 min
T10	F	33	Enfermeira	9 anos	Processo seletivo	1h 18 min
T11	M	41	ACS	14 anos	Processo seletivo	42min
T12	F	33	Recepcionista	13 anos	Concurso Público	53 min
T13	M	25	Médico	6 meses	Processo Seletivo	34min
T14	M	42	Técnico em Enfermagem	13 anos	Processo Seletivo	28 min
T15	F	50	Auxiliar de Serviços Gerais	8 anos	Concurso Público	29min

Fonte: elaborada pelos autores

Após a leitura das transcrições, foram definidos os seguintes eixos temáticos analíticos com base nos principais temas polarizados nas falas dos participantes: A dinâmica do trabalho em saúde no território rural; Delinear um conceito de Saúde: processo contínuo e inacabado; A dimensão do vínculo nas práticas de cuidado; Desafios no caminho da institucionalização do uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária; e Clínica Ampliada e Educação Popular: caminhos para fortalecer perspectivas coletivas de cuidado. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 4.454.173; CAAE n.º 18046118.9.0000.5542).

RESULTADOS

A dinâmica do trabalho em saúde no território rural

Neste estudo, a ruralidade foi compreendida como a expressão de um modo de vida singular, marcado por dinâmicas sociais próprias que implicam outras temporalidades, outras relações com o espaço e práticas de cuidado que se diferenciam daquelas vivenciadas no espaço urbano. No município de Divino de São Lourenço, a maior parte da população (61,5%) encontra-se em áreas rurais.

Nesse contexto, ganha relevo o histórico de difícil acesso aos serviços de saúde antes da implantação da ESF na vila de Patrimônio da Penha, como evidencia a fala da trabalhadora a seguir:

“Quando eu fiz pós-graduação em Atenção Primária à Saúde, muito se falava que a gente tinha que se adaptar à cultura da comunidade. Na Penha, sempre foi muito cultural o uso de plantas medicinais. É que nós estamos falando de uma comunidade que tinha muita dificuldade de acesso aos serviços de saúde também, né? Uma comunidade que era muito mais isolada”. (T10)

A dificuldade de acesso citada pela trabalhadora pode ser atribuída às condições precárias das estradas na região. Os dados de cadastro domiciliar e territorial mostram que predomina o chão batido como tipo de acesso ao domicílio, o que impacta de forma significativa a mobilidade da população e a atuação dos serviços de saúde. Isso se reflete especialmente no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que percorrem todo o território realizando visitas domiciliares, e no deslocamento dos usuários até a ESF. Essa realidade justifica a organização de deslocamentos semanais do médico e do técnico de enfermagem para consultas em pontos de apoio distribuídos em cada microárea.

Como resultado do processo de territorialização, observou-se tanto a presença de diversas potencialidades do território quanto os desafios a serem enfrentados para a melhoria da qualidade dos serviços e, consequentemente, da vida da população. O processo de mapeamento evidenciou que a dificuldade em garantir 100% de cobertura das visitas domiciliares decorre da grande extensão territorial percorrida pelos ACS, marcada pelas estradas de chão batido, vulneráveis às condições de precipitação e submetidas a manutenções pouco frequentes.

Além disso, muitos domicílios encontram-se em áreas de difícil acesso, seja em regiões de floresta densa, seja em locais de grande altitude, como ilustrado na Figura 2. Nesse cenário, o trabalho dos ACS ganha centralidade, pois, ao realizarem visitas domiciliares, eles frequentemente identificam o uso de quintais produtivos e preparações caseiras, evidenciando também a integração entre saberes populares e práticas de cuidado, como demonstra a fala a seguir:

“Muitas vezes a gente chega numa casa e a pessoa já se tratou com chá de boldo, erva-cidreira, folha de algodão ou outra planta. Eles mostram o quintal e contam como aprenderam com os mais velhos. Isso faz parte do cuidado deles, e a gente precisa respeitar.” (T11)

Essas características do território influenciam diretamente na abordagem da equipe, que precisa adequar protocolos e fluxogramas a fim de garantir um cuidado integral à comunidade. Diante disso, o desafio de afirmar a integralidade se torna maior, uma vez que é necessário articular a composição das bases territoriais ao planejamento cotidiano e agregar critérios referentes ao meio ambiente, à cultura, à convivência social, à historicidade, aos saberes e às práticas populares, para assim configurar um território sanitário comum.

Delinear um conceito de saúde: processo contínuo e inacabado

Ao questionar os trabalhadores sobre o conceito de saúde, identificou-se um consenso a

respeito da noção ampliada, de modo geral, em articulação com o contexto social, o cenário cultural e a conjuntura política.

“Saúde é estar bem de forma integral. É muito difícil estar totalmente 100%, né? Sempre tem alguma coisa que pode melhorar. Então acaba se tornando um movimento constante. Saúde está relacionada até com o ambiente que você vive, com a água que você bebe. E tem coisas que você tem o controle, outras você não tem, porque depende de vontade política.” (T2)

“Inclui saúde física e biopsicossocial. É um conjunto. Uma pessoa saudável está física e emocionalmente bem. Ser saudável depende de onde a pessoa vive e quais as questões que ela tem. É todo um contexto social.” (T9)

“Muita gente acha que saúde é marcar consulta para os outros aqui no posto. Mas as consultas a gente marca para pessoas que já estão doentes. A saúde em si é também o acompanhamento e a orientação para que as pessoas se sintam bem se mantenham saudáveis.” (T6)

Essas falas evidenciam que saúde, para os trabalhadores, não é apenas ausência de doença, mas um processo socialmente situado e culturalmente mediado. E ainda que o termo “plantas medicinais” não seja diretamente enunciado, percebe-se abertura para práticas que envolvem o território, a cultura e o cuidado ampliado, em que as plantas se inserem como um elo entre saúde, ambiente e modos de vida. Assim, articular saúde a um processo contínuo significa também reconhecer os recursos naturais e culturais que sustentam essa visão ampliada.

A incorporação do uso de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe, portanto, uma efetiva ampliação da concepção de saúde e do próprio sistema, pois essas práticas vão além do cuidado médico-assistencial, do cuidado individual e dos processos de saúde e doença. As falas indicam que o uso de plantas medicinais envolve saberes e fazeres próprios, o que pode favorecer a construção de novas estratégias de promoção e recuperação da saúde no SUS. As práticas de cultivo evidenciam como o cuidado ultrapassa o corpo e se projeta na relação com a terra, expressando outras temporalidades:

“Sempre quando eu posso, e às vezes até para descansar a mente, eu vou para a terra. Vou para a horta, vou para a roça. Planto as coisas porque eu gosto. O plantar se torna uma terapia. E você não vai deixar o quintal virar mato, né... Você plantou, você é obrigada a cuidar. Você limpou, você é obrigado a colher. Na horta, tem um amendoim maduro, eu sou obrigada a arrancá-lo porque senão ele vai brotar. No arrancar, o mato sai junto e a terra fica limpa. Com a terra limpa, você fica com dó, vai lá e semeia uma sementinha de alface. A semente nasce, você fica com dó de não jogar água. Com a água, ela cresce e aí o que acontece é tanto terapia para sua mente como para a terra. E você ficou lá em um lugar diferente, sem ninguém te encher o saco, sozinha, e a terra ficou limpa. Se você for olhar assim, pode observar uma coisa que ajuda a outra.” (T15)

“É um tratamento lento, não é igual ao medicamento de farmácia. Você não pode parar de usar. O resultado também não é de uma hora para outra. Não adianta você ir lá e achar que vai amanhecer bom que não vai. É um outro jeito de tratar, é mais lento que o remédio de farmácia com toda certeza, tem que ter paciência, mas surte efeito. Para mim surtiu.” (T7)

“Eu acho que saúde é também poder escolher como cuidar de si. Se a pessoa prefere

tomar um chá de erva-doce ou fazer um xarope de guaco, isso é saúde. Não é só ter remédio na farmácia, é ter o direito de usar o que é da cultura da gente.” (T2)

Alguns discursos demonstram que as trabalhadoras vivem na comunidade, sendo essa condição importante na produção de vínculos e cuidado das famílias com quem convivem e partilham os momentos da vida. É importante ressaltar também que, pelas questões trazidas, o uso das plantas medicinais explicita a todo momento outras formas de cuidado. Trata-se da visibilidade de uma memória viva, da ancestralidade se expressando como presente; e ao afirmar a dimensão pública do SUS, é um modo de se incluir como “problema” o próprio meio de ser comunidade. Nessa direção, as falas evidenciam que saúde não se restringe ao corpo biológico, mas se amplia nas relações de pertencimento ao território e nas práticas cotidianas, entre elas, o cultivo e o uso das plantas, que reafirmam o caráter comunitário do cuidado.

A ESF é o principal dispositivo de reorganização da APS, sua atuação territorial propõe enfoque na família a partir de seu ambiente físico, social e cultural. Para tanto, os trabalhadores devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos diversificados²⁵. Entre eles, destaca-se a aptidão de incorporar técnicas relacionais que são capazes de afirmar uma Clínica Ampliada e Compartilhada²⁶, na qual a perspectiva do cuidado se dá por meio da capacidade de escuta do outro e de si, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, com a expressão de problemas sociais subjetivos, com a família e com a comunidade. Nesse sentido, a competência cultural é importante, pois reconhece necessidades especiais que podem não estar em evidência devido a características étnicas e raciais, dentre outras, e admite que as orientações e as ações educativas devem estar em consonância com o universo sociocultural dos usuários ^{27, 28}.

“[...]a comunidade daqui tem uma estrutura diferente, umas culturas diferentes, que não bate com os acompanhamentos da Estratégia, então se você começar a bater de frente, aí que estraga tudo mesmo.” (T4)

A fala da profissional T4 demonstra que, para garantir a integralidade, as singularidades precisam ser vistas e que deve haver uma articulação capaz de lidar com as assimetrias culturais da comunidade. Todo esse processo se dá pela construção e pelo fortalecimento de vínculos. Ao ampliar a concepção do binômio saúde-doença e incorporar aspectos biológicos, psíquicos, físicos, sociais, culturais e filosóficos, caminha-se para a garantia da integralidade. Isso ocorre uma vez que o atual modelo hegemônico se empenha em diminuir a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, compartimentalizando a rede de cuidado em um escopo de protocolos e procedimentos e impondo a dinâmica de tempo do imediatismo, tal como expresso no seguinte discurso:

“O serviço público é muito cansativo [...] um profissional tem um cargo que gastaria duas ou três pessoas para fazer e aquela pessoa faz sozinha. Então, não é que os profissionais são ruins só que é todo mundo muito sobrecarregado. Não tem muito espaço em agenda para a gente fazer outras coisas. Acaba pesando...e não sobra tempo e espaço para fazer outras coisas.” (T2)

A necessidade de tempo na agenda de trabalho para desenvolver as PICS é um consenso entre os profissionais. As falas apontam para lógica do imediatismo, que orienta o culto, a competência e ao rendimento e afasta a equipe de uma atuação territorial ampla. Com isso, os processos de cuidado que estão no campo relacional ficam invisibilizados e a atuação da equipe muitas vezes se limita aos protocolos, como pode-se averiguar nas argumentações dos trabalhadores:

“Usar medicamento se tornou cultural. A mídia é muito forte em relação a isso. Atualmente existem equipamentos que fazem imagens de todo seu corpo. Então as pessoas enraizaram que tudo que é tecnologia vai resolver o problema de forma mais rápida. Para usar um extrato da planta ou até mesmo o chá vai demorar mais para reagir no organismo. Vai demorar mais para fazer efeito. Então para usar planta medicinal você tem que mudar hábitos de vida. Vai precisar lidar com aquela condição de saúde por um tempo e com outra ideia sobre o que é se curar.” (T11)

“Acredito que a cultura do uso das plantas medicinais enfraqueceu porque a vida contemporânea trouxe caminhos mais fáceis. Quando não tinha isso, quando não tinha acesso fácil a medicamentos, não tinha procedimento, não tinha exame as pessoas viviam de outra forma e usavam as alternativas que possuíam para se cuidar.” (T9)

“Isso é algo cultural mesmo. E logicamente tem todo um interesse maior em priorizar medicação, a indústria farmacêutica tá aí né. Isso move as intenções dos governos. Ilusão não associar as corporações às prioridades de governo. E isso também influencia a gestão da saúde.” (T14)

“No tempo da minha mãe era só o chá e tal, beleza. Não adianta eu falar que eu fui criada na mesma criação dela porque eu não fui, não adianta. Os estilos de vida da população mudaram, as pessoas hoje não querem ter trabalho com nada. Brigou com o marido bebe um clonazepam e vai dormir. Tá desempregado, toma um clonazepam e vai dormir.” (T4)

As falas demonstram que a contemporaneidade trouxe a cultura da praticidade, na qual as relações de cuidado se estabelecem de modo rápido e muitas vezes superficial. Em contraste, o uso de plantas medicinais requer tempo e dedicação, envolvendo processos de cultivo, manejo, preparo e o período de atuação no organismo. Torna-se fundamental a criação de estratégias que tensionam o “modus operandi” vigente e possibilitem momentos de troca com a comunidade. Uma vez que não há tempo hábil, por exemplo, para abrir a escuta, cabe a pergunta: como fomentar o intercâmbio de saberes por meio do diálogo com a comunidade?

Ao se tratar de uma pesquisa imersa no SUS, é fundamental destacar que se está discutindo políticas que se sustentam na construção democrática da saúde. Sendo assim, torna-se imprescindível fomentar o diálogo transdisciplinar e criar espaços coletivos que valorizem a troca de saberes com a comunidade — ainda que persistam inúmeros problemas estruturais que impactam diretamente o cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

Ao atuar em âmbitos coletivos e contextos comunitários, os trabalhadores são desafiados a articular ações que considerem diferentes concepções de tempo, afetos, modos de vida, cuidados e práticas. Esse movimento exige o reconhecimento da complexidade dos territórios e implica a constante redefinição do objeto de trabalho, assim como a reorganização da atenção

e da gestão. O cuidado em saúde, nesse cenário, se concretiza por meio da interlocução ativa com a comunidade e da valorização de seus saberes. A adoção do diálogo como prática cotidiana amplia horizontes e fortalece vínculos. A integração entre práticas institucionais e experiências locais — como o uso de plantas medicinais — evidencia que o cuidado não deve se restringir a protocolos rígidos, mas precisa ser construído coletivamente, de maneira situada e aberta à diversidade cultural.

Dessa forma, compreender a saúde como processo contínuo e inacabado implica assumir a necessidade de superar os limites do modelo biomédico hegemônico e incorporar práticas que dialoguem com os territórios, suas culturas e temporalidades próprias. As falas analisadas demonstram que o uso de plantas medicinais, ao articular saberes tradicionais, vínculos comunitários e práticas de promoção da saúde, representa não apenas um recurso terapêutico, mas também uma estratégia política de ampliação da clínica e de afirmação do caráter democrático do SUS. Entretanto, os desafios persistem: a lógica do imediatismo, a sobrecarga de trabalho e a hegemonia da indústria farmacêutica que dificultam a consolidação dessas práticas. Nesse contexto, a incorporação das plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde deve ser entendida como parte de um projeto construção coletiva do cuidado, capaz de articular saberes e práticas diversas em prol da saúde como direito e como experiência social.

A dimensão do vínculo nas práticas de cuidado

O vínculo aparece de modo significativo na fala de todos os profissionais e assume três aspectos: o vínculo entre os profissionais da equipe, o vínculo entre os profissionais e a comunidade e a fragilidade do vínculo dos profissionais em relação ao emprego e às condições de trabalho.

A maioria dos profissionais tem vínculos trabalhistas instáveis. As equipes se diluem a cada nova contratação, o que configura atuação de “equipes voláteis” no território, dificultando o estabelecimento de vínculos entre os próprios profissionais e com a comunidade. Os trabalhadores pontuam a rotatividade de profissionais como grande empecilho para o estabelecimento de vínculos e para a garantia da continuidade do cuidado, como observado nas falas dos trabalhadores T1, T10 e T5.

“Acho que primeiramente o caminho é diminuir essa troca de profissionais. Acontece muita troca de profissional. Então isso quebra o trabalho. Toda vez que muda o profissional, sai um e entra outro isso faz com que o vínculo seja quebrado. Até você construir esse vínculo com a comunidade novamente é muito difícil já que a população tem que confiar em você. Tem que saber, que você está ali para fazer um bom trabalho. Ajudar em todos os aspectos de saúde. Então tem que ter uma confiança na equipe da ESF. Se não tiver confiança, fica tudo mais complicado. Não vai ter a liberdade de conversar, de chegar e contar o que está acontecendo.” (T1)

“Olha, na minha opinião não acontece essa fixação dos profissionais nas ESF por

questão política né. [...] É política, infelizmente né! Principalmente em cidades pequenas. Principalmente em lugares como o que a gente trabalha. Aqui todo mundo conhece todo mundo, e se fulano não vota no ciclano. Fulano não vai ficar. Então tem essas coisas. E tem os processos seletivos, que geralmente são feitos de dois em dois anos. Eu acho que seria viável, um concurso público mesmo. Porque a Estratégia é um programa. Um programa muito valioso! Então eu acho que não poderia ter fim. Vejo necessidade de fixar os profissionais por meio de um concurso público. Assim ampliaria os vínculos também.”(T10)

“E as vezes, quando começa a se criar vínculo, você tem que sair. Aí começa um novo trabalho, desfaz aquele vínculo todo. Cada profissional tem um jeito de trabalhar. E a gente tem que respeitar. Acho que seria mais viável um concurso público, ou até mesmo prolongar os prazos das contratações temporárias. E lógico, uma coisa muito importante é o perfil desse profissional.”(T5)

Alguns profissionais também apontam a importância do perfil compatível à atuação na APS para afirmar que os atributos; atenção no primeiro contato, longitudinalidade (aporte regular de cuidados pela equipe), integralidade e a coordenação do cuidado sejam de fato alcançados.

“Você já viu aquela musiquinha que canta assim: [quanto mais o tempo passa mais eu gosto de você]. Nesse trabalho você se apegas as pessoas. E quanto mais você se apegas mais você sofre. Você conhece as casas, as ruas, às pessoas, as famílias. Porque as pessoas acabam esquecendo a sua função e passam a ter você como algo importante. E você se envolve com as questões daquela família. Tem vinte dias que você foi lá e ela já está contando nos dedos para você fazer outra visita. Claro não são todos né! Mas para alguns você passa a ser a única pessoa que tem para conversar. Para contar o que acontece, pra desabafar, falar o que está sentindo, o que levou a sentir aquilo...” (T4)

Para garantir que a equipe desempenhe ampla atuação territorial, é preciso ter em mente a constante necessidade de reconfiguração de fronteiras para construção de um território sanitário comum. Nesse contexto, o papel do ACS é fundamental para produzir vínculos, já que atuam lado a lado com a comunidade, conhecem suas especificidades e realizam mediação com a equipe.

Desafios no caminho da institucionalização do uso de Plantas Medicinais na Atenção Primária à Saúde

O território é rico em práticas de cuidado singulares, mas, infelizmente, nesse aspecto, ainda apresenta tímida articulação com o serviço de saúde. Os trabalhadores, de modo geral, estão de acordo com as PICS e que o uso das Plantas Medicinais seja incorporado no SUS, entretanto, o que é operacionalizado está bem distante dessa concepção ampla. Os profissionais encaram estas como paralelas aos protocolos instituídos (pela concepção biomédica) e as medidas ainda são sustentadas pelo caráter curativo de intervenção, conforme segue:

“Se não houver Educação em Saúde com os profissionais, também em nível médio não vamos ter muitos avanços. Primeiro a gente tem que conscientizar até mesmo os profissionais que estão ainda enraizados em medicação e exames.” (T3)

“Não concordo em hipótese nenhuma da gente sair do perfil da unidade, e sair do perfil que o governo federal e estadual manda para a gente, por causa de cultura de cada

um. ” (T4)

“Sim, com certeza estou de acordo que essas práticas sejam ofertadas no SUS porque a gente tem que pensar, mais uma vez, que o usuário é o objetivo final da gente. Trazer saúde a esse usuário seja como for, de uma forma que seja estudada, que tenha uma comprovação científica e que vai trazer benefício para esse usuário.” (T8)

“Estou de acordo que as práticas sejam incluídas. Mas claro, não tirando o tratamento tradicional. Eu acredito muito que o complemento dessas terapias ajuda muito.” (T13)

“Então, me diz por que a médica não quis participar? Porque ela não concorda com as terapias complementares. O treinamento acadêmico dela foi direcionado para que? Para o remédio. Para a medicina tradicional. Então não é eu nem você que vai fazer a cabeça dela mudar. O que vai fazer a cabeça dela mudar é conhecimento científico e o que se aprende na faculdade.” (T10)

Essa pesquisa expõe uma incoerência importante quanto ao conhecimento sobre a temática porque a maioria dos profissionais não conhece o termo Prática Integrativa e Complementar (PIC) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), apesar da aceitação geral de implementação de práticas alternativas na APS. Apenas uma profissional entrevistada soube apontar de forma adequada a diferença entre plantas medicinais e fitoterápicos e nota-se uma significativa confusão sobre o significado entre os termos Plantas Medicinais, Fitoterapia e Homeopatia.

“É claro que ninguém vai sair receitando chá para ninguém, cada profissional no seu galho, quem tem que receitar é o homeopata lá que fez o curso pra isso, mas a gente pode estar orientando as pessoas a procurarem as pessoas certas. Quando oriento, falo para procurar um profissional!” (T4)

“Sobre a questão da fitoterapia tem uma proposta do Ministério da Saúde que dá até um custeio para fazer um trabalho. E a gente tem aqui várias pessoas que trabalham com a homeopatia na região. Então, acho que a questão da fitoterapia pode avançar, agora a questão das plantas eu não aprofundi tanto.” (T3)

“Acredito que os remédios fitoterápicos, homeopatas, já vem de muito tempo e é uma cultura que muitas famílias têm...aquele chazinho da tia né. Aquele remedinho que fica ali de um dia para o outro para o fígado, tem gente que realmente não acredita que funciona, mas tem gente que usa até hoje.” (T13)

As falas apontam que a falta de conhecimento é um efeito da formação e da ausência de educação permanente. Os profissionais validam o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS e entendem que têm o papel de recomendar, orientar e prescrever na medida que tenham conhecimento para realizar tais práticas. Ao mesmo tempo destacam que não tiveram contato algum com as recomendações sobre o uso plantas medicinais e com as PICs durante a formação.

Logicamente, só é possível instituir plantas medicinais como dispositivos de produção de cuidado e rede se essas questões forem colocadas em agenda, dando visibilidade à problemática nos processos de formação dos trabalhadores do SUS. Formação essa que deve adotar o dialogismo como estratégia, em oposição aos "especialismos". Assim, é crucial reconhecê-la como uma construção coletiva e uma aposta ético-política, visando uma aprendizagem criativa e contrária aos processos que buscam enquadrar os sujeitos em formas

de ação rigorosas³³.

Clínica Ampliada e Educação Popular: caminhos para fortalecer perspectivas coletivas de cuidado

A ampliação da clínica reside em identificar potência na fragilidade³⁴. Logo, para avançar na institucionalização de práticas de cuidado inovadoras no SUS, é preciso encarar os desafios como potenciais ferramentas de articulação para inclusão de diferentes enfoques no processo de trabalho. O intuito é que diversos atores possam se constituir enquanto sujeitos de seus processos terapêuticos e seja possível lançar mão das ferramentas que julguem mais adequadas.

Nesse aspecto, os profissionais reclamam da atuação fragmentada e apontam a necessidade de ampliar o diálogo na equipe e com a comunidade. Além disso, citam a importância da garantia de reuniões de equipe periódicas e da Educação em Saúde que estimule o trabalho coletivo e o compartilhamento de saberes.

“Tem que haver sem sombra de dúvidas muita discussão de casos, muita educação em saúde. Hoje nós vamos separar esse tempo para nos reunir. Porque nós precisamos discutir, entender os casos e as necessidades da comunidade [...]E se a gente não discute, não compartilha, isso não avança. Vai ser sempre um paciente da dentista, o paciente do dr. fulano de tal, paciente da fonoaudióloga. Sempre atuando separado. E ele não é o paciente da unidade.” (T5)

“O que poderia melhorar é troca de informações e conhecimentos por meio de estudos de caso e das reuniões de equipe. Na minha opinião é o que está faltando muito, o diálogo. E isso tem que partir da gente, estamos esperando isso vir de cima pra baixo. Mas infelizmente isso não tem acontecido.” (T8)

Surgem das narrativas pistas que apontam direções para construção de dispositivos que fortaleçam perspectivas coletivas de cuidado, como é o caso das plantas medicinais, tal como expresso no seguinte discurso:

“Pode ser que as plantas medicinais tragam para equipe a questão do compartilhar né. Talvez, seja um caminho para que a gente possa discutir mais[...] vamos ter que dialogar, discutir casos! Esse caso é possível que a gente comece a usar uma planta medicinal? É fundamental que a equipe converse. O desafio grande é compartilhar saber com o outro. Vai ser preciso discutir mais casos, aproximar mais a equipe, então de repente essas práticas podem trazer uma aproximação. Isso ainda infelizmente é muito distante de nossa realidade” (T10)

O diálogo aparece repetidamente na fala dos profissionais que manifestam desejo de mudança em relação ao compartilhar de experiências entre si e com a comunidade. Nesse caminho, a Educação Popular para Saúde apresenta-se como uma alternativa para a construção coletiva de sentidos e práticas no SUS.

Esta Educação que se atribui a um processo histórico e ao conjunto de princípios éticos, políticos e epistemológicos que afirmam a participação popular na construção e na transformação da realidade, e o diálogo é um dos princípios que orientam a Política Nacional de

Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS)³⁵. Ao pensar na dimensão política da saúde, é necessário criar e proteger os espaços participativos para a construção compartilhada do conhecimento e formas integrativas de se pensar/fazer saúde. A roda de conversa aparece como sugestão para ampliar a habilidade comunicativa e o exercício de escuta, criando condições para troca de saberes.

“Eu acho que o que poderia ajudar são as rodas de conversa. A gente poderia fazer isso! Antigamente existia uma roda de educação permanente. A gente fazia uma vez no mês. Trabalhava-se um tema dentro da unidade que a gente achava que deveria falar. Eu acho que seria interessante uma roda de educação permanente, para a troca de conhecimentos entre os profissionais e quem sabe aumentar a interação com a comunidade.” (T14)

“Simplesmente tirar um tempo para ouvir o que a comunidade tem a dizer. Talvez as rodas de conversa poderiam ser espaços interessantes para fazer esse troca acontecer, mas para isso tem que ter certa regularidade né?! Temos que ter tempo para isso.” (T2)

“As rodas de conversa são espaços para essa interação. Para a gente ouvir a comunidade. Mas tem que ter muita atenção, por que não poderia ser mais do mesmo, sabe?! No sentido de a gente já levar as coisas prontas e apresentar nossa visão sobre aquilo. É justamente o contrário, agregar conhecimento na nossa prática e conhecer o que comunidade traz [...]” (T9)

Ao sentar-se em roda, são criadas condições de escuta e acolhimento para as mais diversas práticas de cuidado e as experiências que envolvem os saberes populares. Ao afirmar espaços de encontro entre pessoas e instituições, fortalece-se o intercâmbio de saberes e intrinsecamente e são concebidas vias de acesso para reflexão do fazer/pensar saúde no cotidiano dos serviços.

Tendo em vista que só é possível contrapor a fragmentação se forem priorizados os processos formativos que visem a construção democrática das perspectivas de saúde, vale pensar que o diálogo parte do reconhecimento das diferenças de cada participante e os conflitos fazem parte do processo para construção compartilhada do conhecimento. O propósito é garantir um ambiente seguro onde seja possível fortalecer práticas emancipatórias e a constituição coletiva e partilhada do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano de trabalho-pesquisa revelou inúmeros desafios no campo da gestão do trabalho que dificultam o uso de plantas medicinais na APS. Conforme demonstrado, para que haja implementação e avanço desses serviços, cabe à gestão dos três entes federados induzir financeiramente a oferta de PICs e do uso de plantas medicinais no SUS. Nesse sentido, esta investigação apresentou dispositivos para análise das práticas e dos processos de formação em saúde.

Conclui-se que há aceitabilidade da terapêutica e reconhecimento dos profissionais quanto à utilização comunitária das plantas medicinais, mas a falta de informação e formação técnico-política são entraves persistentes. Essa realidade traz à tona algumas reflexões: como superar a fragmentação das práticas e vivenciar outros tempos e cuidados dentro do SUS? Quais são os caminhos para fazer circular saberes, fazeres, afetos e experiências? E afinal, que formação requer o trabalho em saúde?

Conforme discutido, a prática clínica segue como eixo central da formação em saúde no Brasil ³⁶⁻³⁸. Essa perspectiva exclui a dimensão subjetiva de que toda prática de saúde supõe e por si só não dá conta dos anseios e das necessidades dos indivíduos e comunidades. Fonseca (2016) aponta que “é preciso ir além do agir sobre o corpo biológico, orgânico e mecânico para compreender que o cuidado deve operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário”³⁹. Ao minimizar o potencial das relações, objetifica-se o cuidado. Por outro lado, quando a construção de vínculos é valorizada, aproxima-se da promoção da saúde.

Com vistas a estender os horizontes das práticas de saúde, os processos formativos devem afirmar a integralidade como princípio ético-político. Essa pesquisa convoca os atores da APS a fortalecer perspectivas coletivas de cuidado e “desmanchar territórios de saber-poder” para ampliar a clínica e garantir diversas possibilidades para sua intervenção social. Assim, deve-se operar por meio de ações que permitam a circulação e articulação de saberes que favoreçam a autonomia, a participação do usuário e a construção compartilhada do conhecimento. Investir no cuidado humanizado, integrado ao território e com respeito às práticas milenares deve ser um compromisso da gestão e dos trabalhadores da APS, recuperando o foco de assistir às pessoas e às suas famílias, considerando as singularidades, inclusive, comunitárias e ancestrais.

REFERÊNCIAS

1. Cock NROS, Carletto AF, Soares GB, Silva FH. Plantas medicinais e cuidado em saúde na comunidade: roda de conversa como instrumento de gestão compartilhada. *Rev Ed Popul* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 ago. 19];23(1):351-66. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/71528>
2. Silva RMKA, Santos BS, Silva MM, Rondon MFH, Holanda EF. Implantação de uma horta com plantas medicinais em uma estratégia de saúde da família. *Saud Colet* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 ago. 19];14(91):13359-68. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3169>
3. Rodrigues ML. Os novos e velhos desafios para os saberes sobre as plantas medicinais e fitoterapia na Estratégia Saúde da Família após a pandemia de Covid-19. *Horiz antropol* [Internet]. 2024May;30(69):e690409. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9983e690409>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso

- em 2025 ago. 19]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2025 ago. 19]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf
 6. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saude Debate* [Internet]. 2019 out. [acesso em 2025 ago. 19];43(123):1205-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
 7. Figueredo CA. A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa-PB [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013 [acesso em 2023 fev. 19]. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/22870/ve_Climerio_Figueredo_ENSP_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Nascimento Júnior BJ, Tínel LO, Silva ES, Rodrigues LA, Freitas TON, Nunes XP *et al.* Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. *Rev Bras Plantas Med* [Internet]. 2016 mar. [acesso em 2025 ago. 19];18(1):57-66. Disponível em:
https://doi.org/10.1590/1983-084X/15_031
 9. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 jan. [acesso em 2025 ago. 19];16(1):311-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>
 10. Thiago SDCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 abr. [acesso em 2025 ago. 19];45(2):249-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>
 11. Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev Bras Farmacogn* [Internet]. 2008 jun. [acesso em 2025 ago. 19];18(2):308-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-695X2008000200027>
 12. Patrício KP, Minato ACDS, Brolio AF, Lopes MA, Barros GRD, Moraes V *et al.* O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 fev. [acesso em 2025 ago. 19];27(2):677-86. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46312020>
 13. Silva CMD, Meneghim MDC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 ago. [acesso em 2025 ago. 19];15(5):2539-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>
 14. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 ago. 19];25(4):1475-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
 15. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 ago. 19];36(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
 16. L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional & saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013.

17. Guimarães CF, Silva RAN. Devires e intensidades do coletivo na Saúde Coletiva. *Physis* [Internet]. 2016 jul. [acesso em 2025 ago. 19];26(3):939-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300012>
18. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
19. Rodrigues HBC. René Lourau na UERJ - análise institucional e práticas de pesquisa - apresentação. *Mnemosine* [Internet]. 2007 dez. [acesso em 2024 jan. 26];3(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41317>
20. Massini VS, Bedim BP, Fonseca-Filho RE. O turismo em Patrimônio da Penha (ES) e suas interfaces com o Parque Nacional do Caparaó. *RBEcotur* [Internet]. 2014 nov. [acesso em 2024 jan. 25];7(4). Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/ecoturismo/article/view/6354>
21. Gobbo SDA, Garcia RF, Amaral AAD, Eugenio FC, Alvarez CRDS, Laporti Luppi AS. Uso da terra no entorno do PARNA-Caparaó: preocupação com incêndios florestais. *Floresta Ambient* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 jan. 25];23(3):350-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8087.110114>
22. Carvalho LJ, Cerqueira FC, Moreira LL, Gardiman Junior BS. Caracterização morfológica da microbacia hidrográfica do Ribeirão Santa Marta, Ibitirama-ES. *Ifes Cienc* [Internet]. 2023 [acesso em 2024 jan. 25];9(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.36524/ric.v9i1.1844/ric.v9i1>.
23. Zornosa-Torres C, Augusto-Alves G, Lyra ML, Silva Júnior JCD, Garcia PCA, Leite F *et al.* Anurans of the Caparaó National Park and surroundings, southeast Brazil. *Biota Neotrop* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jan. 25];20(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1676-0611-BN-2019-0882>
24. Branco AFVC, Lima PVPSL, Medeiros Filho ESD, Costa BMG, Pereira TP. Avaliação da perda da biodiversidade na Mata Atlântica. *Cienc Florest* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 25];31(4):1885-909. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1980509853310>
25. Oliveira VFD. A Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo: mecanismos e determinantes de difusão da política pública. *Rev Sociol Polit* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 ago. 19];31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98732331e009>
26. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização - PNH* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 nov. 7]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizazus_2004.pdf
28. Acioli S. Radicalizar as práticas de Educação Popular e Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 ago. 19];25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200536>
29. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da saúde coletiva. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 ago. 19];25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>
30. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, organizadores. *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Hucitec; FAPESP; 2014.
31. Merhy EE. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2021.
32. Danilevich VM. Semeaduras: uma cartografia na atenção primária em saúde. *Psicol Soc*

[Internet]. 2020 [acesso em 2025 ago. 19];32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32218672>

33. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2021.
34. Roza MMR, Barros MEB, Guedes CR, Santos Filho SB. A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso em 2025 ago. 19];18(Supl. 1):1041-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0199>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de educação popular em saúde no SUS (PNEPS-SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 ago. 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_popular_saude.pdf
36. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, Teixeira RAG, Oliveira ESF. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 fev. [acesso em 2025 ago. 19];26(2):399-408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>
37. Cock NROS, Vicente CR, Silva FH. Horta terapêutica e saúde bucal: desafios na utilização de plantas medicinais na promoção da saúde. Physis [Internet]. 2020 [acesso em 2025 ago. 19];30(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300419>
38. Leme PAT, Bastos RA, Turato ER, Meneghim MDC. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. Physis [Internet]. 2019 [acesso em 2025 ago. 19];29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290111>
39. Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME, et al. A clínica do corpo sem boca. Saude Soc [Internet]. 2016 dez. [acesso em 2023 jan. 26];25(4):1039-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000401039&lng=pt&tlng=pt

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	https://orcid.org/0000-0002-5525-1603	http://lattes.cnpq.br/4657766351536727
Amanda Firme Carletto	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)	https://orcid.org/0000-0002-4984-5018	http://lattes.cnpq.br/1052231396540065
Gabriella Barreto Soares	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	https://orcid.org/0000-0003-1382-9339	http://lattes.cnpq.br/8931962961946308
Fábio Hebert da Silva	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	https://orcid.org/0000-0002-2809-6409	http://lattes.cnpq.br/5489597879828913
Autor correspondente	Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock  nayararudeck@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 26 de fevereiro de 2024		Aprovação: 7 de maio de 2026
		Publicação: 29 de julho de 2026
Como citar (Vancouver)	Cock NROS, Carletto AF, Soares GB, Silva FH. Plantas Medicinais na Atenção Primária: desafios e perspectivas sob o olhar de trabalhadores da saúde. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292647573. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.47573. Também publicado em inglês com o título: "Medicinal Plants in Primary Health Care: knowledge, attitudes and practices among rural healthcare workers in Brazil"	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: NROSC, AFC. Análise ou interpretação dos dados: NROSC. Elaboração do rascunho: NROSC, AFC, GBS. Revisão crítica do conteúdo: NROSC, AFC, GBS, FHS. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho	

Início