



Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista - RR

Popular knowledge on the use of medicinal plants in Basic Health Units in Boa Vista - RR

<https://doi.org/10.32712/2446-4775.2025.1722>

Vieira, Aryanne Silva Barros¹



<https://orcid.org/0000-0002-8254-6159>

Silva, Jéssica de Souza¹



<https://orcid.org/0000-0001-7096-4049>

Nascimento, Werly Johnny Santos do²



<https://orcid.org/0000-0002-5006-4702>

Souza, Iara Leão Luna de^{1,2*}



<https://orcid.org/0000-0002-5309-2979>

¹Universidade Estadual de Roraima (UERR), Faculdade de Medicina. Rua 07 de Setembro, Canarinho, CEP 69306-530, Boa Vista, RR, Brasil.

²Centro Universitário Estácio da Amazônia, Faculdade de Farmácia, Rua Jornalista Humberto Silva, 308, União, CEP 69313-792, Boa Vista, RR, Brasil.

*Correspondência: iaraluna@uerr.edu.br.

Resumo

O objetivo deste estudo foi estimar o nível de conhecimento dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Boa Vista (RR) acerca das Práticas Integrativas e Complementares, perante os impactos da implementação da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). O modelo de análise de conteúdo de Bardin foi adotado, que permite ao pesquisador a possibilidade de interpretar e extrair conclusões em todas as direções, tendo em vista a necessidade de vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro. Os resultados permitiram a compreensão dos complexos aspectos do conhecimento e do uso das Práticas Integrativas e Complementares pela população boavistense, estabelecendo-se a etnofarmacologia, riscos da automedicação, política pública em saúde e as limitações na difusão de práticas de saúde como temas centrais. A análise das entrevistas possibilitou a identificação dos reflexos que a cultura e a ancestralidade têm sobre o conhecimento e o uso das Práticas Integrativas e Complementares por uma parcela de usuários do SUS no município de Boa Vista, destacando-se a importância da orientação sobre o uso de plantas medicinais na atenção qualificada a esses usuários de saúde.

Palavras-chave: Plantas medicinais. Programas nacionais de saúde. Atenção primária à saúde.

Abstract

The aim of this study was to estimate the knowledge level of the Primary Health Care users in the city of Boa Vista (RR) about the Integrative and Complementary Practices, in view of the impacts of the implementation of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (NPICP). The content analysis technique created by Bardin was used, which allows the researcher to the possibility of interpreting and drawing out conclusions in different directions, in view of the necessity of concrete links of customs and traditions and the corresponding possibilities for their future. The results allowed the understanding of the complex aspects of knowledge and of use of Integrative and Complementary Practices by the population of Boa Vista, establishing four central themes: the ethnopharmacology; the risks of self-medication; the public health policy; and the limitations in the dissemination of health practices. The analysis of the interviews made it possible to identify the reflections that culture and ancestry have on the knowledge and on the use of Integrative and Complementary Practices for a portion of SUS users in the municipality of Boa Vista, standing out the importance of guidance on the use of medicinal plants in qualified care to these health users.

Keywords: Medicinal plants. National health programs. Primary health care.

Introdução

Desde as antigas civilizações, há indícios do uso de plantas medicinais e tóxicas pela população. Essa prática nasceu com a humanidade, que sempre buscou na natureza recursos que promovessem sobrevivência e melhoria na saúde, utilizando as plantas medicinais como primeira prática curativa, profilática e paliativa de doenças, caracterizando a medicina tradicional/popular^[1]. Como consequência, isso se tornou advento para a quantidade de fármacos desenvolvidos atualmente e, ainda é uma importante fonte de compostos biologicamente ativos^[2].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de medicina popular engloba o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseados em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, tão bem quanto em prevenções, diagnósticos ou tratamentos de doenças físicas e mentais^[3]. Portanto, a medicina popular contribui para a prática clínica, pois torna o tratamento mais acessível à população^[4], além disso, outro há uma maior aceitação por parte da população^[5].

Adicionalmente, com o avanço dos modelos de saúde brasileiros até a chegada do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se compreender que as plantas medicinais e os fitoterápicos têm muito a somar em países em desenvolvimento, por serem importantes instrumentos da assistência farmacêutica, já que 67% das espécies vegetais medicinais do mundo são originadas desses países^[6]. Desde antigamente, várias resoluções da OMS expressam a posição da organização a respeito da necessidade de valorizar o uso desses produtos, sendo observado como base normativa para a manutenção da saúde^[7,8].

Pela percepção da importância de se incentivar o uso de plantas medicinais nos serviços de saúde, foi criado o programa intitulado “Farmácias Vivas”, idealizado pela Universidade Federal do Ceará, que trouxe como principal ideia a promoção de assistência social farmacêutica às comunidades. Visto que, era

perceptível que boa parte da população não tinha acesso aos serviços de saúde, utilizando os recursos da terra como único tratamento terapêutico. Dessa forma, depreende-se que a ideia proposta visa devolver a ciência das plantas medicinais para a comunidade, levando-lhe o ensinamento do seu uso correto^[5,9]. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem a intenção de difundir essa proposta por todo o território nacional, incluindo o município de Boa Vista, por meio da chamada pública nº 1/2021, que visa selecionar projetos de estruturação de Farmácias Vivas, conforme o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)^[10]. Somado a isso, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi outorgada com o intuito de estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação e/ou adequação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e para a medicina antroposófica no SUS^[5,8,11].

Em consonância com o exposto, em 2012, o Ministério de Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica 31, que norteia as ações a serem desempenhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus profissionais, além de fazer um apanhado histórico em torno das políticas nacionais e informar sobre as normas, diretrizes, serviços e produtos atrelados ao uso de plantas medicinais e à fitoterapia na Atenção Básica^[5]. Assim, esse estudo buscou investigar o conhecimento da população sobre a PNPIC no SUS, no que se refere ao uso de plantas medicinais em UBS boavistenses.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e pautada na análise de conteúdo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Roraima (3.741.709 - UERR). Segundo Bardin, na saúde, a pesquisa qualitativa pode ser vista não como o estudo de um fenômeno em si, mas do seu significado individual e coletivo para as pessoas^[12]. Nesse aspecto, tomou-se como referência para o delineamento do estudo, a proposta de autores como Minayo, Bardin e Triviños, visto que estes apresentam conceitos e aplicações, que versam desde o enfoque fenomenológico até o enfoque histórico-estrutural^[12].

O método de análise de conteúdo se caracteriza como uma importante ferramenta, capaz de possibilitar ao pesquisador o conceito de compreender e interpretar os dados de uma pesquisa, aplicando-se, de modo especial, ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada levando à descrição e interpretação destes materiais, assim como as inferências sobre suas condições de produção e recepção. Consoante Minayo, com base em Gadmer, “compreender” consiste na possibilidade de interpretar e extrair conclusões em todas as direções. Esse tipo de metodologia atinge sua materialização na compreensão histórica, visto que são necessárias as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro^[12,5].

Contexto

O município de Boa Vista, cenário da pesquisa, está localizado na porção centro-oriental do estado de Roraima. Possui uma área de 5.687,037 km² e é composta por uma população estimada de cerca de 436.591 habitantes^[13]. Este município possui 34 UBS, que se distribuem em oito macroáreas de saúde (**QUADRO 1**). Além disso, há 56 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)^[14].

QUADRO 1: Organização da Atenção Primária à Saúde no município de Boa Vista, Roraima (2024).

Macroáreas	Unidades Básicas de Saúde
Macroárea 1.0	UBS Aygara Motta Pereira / UBS Hélio Macêdo / UBS Santa Tereza
Macroárea 2.0	UBS Prof. Mariano de Andrade / UBS Dr. Dalmo S. Feitosa / UBS Edna Bezerra Diniz / UBS Jardim Floresta
Macroárea 3.0	UBS Mecejana / UBS 31 de Março / UBS Dr. Silvio L. Botelho / UBS Ione Santiago / UBS São Vicente
Macroárea 4.0	UBS Jorge André G. Vieira / UBS Equatorial / UBS Dr. Dimitri R. Grandez / UBS Dr. Silvio Leite / UBS Tancredo Neves
Macroárea 5.0	UBS Cambará / UBS Olenka M. T. Vieira / UBS Asa Branca / UBS Arminda L. L. Gomes
Macroárea 6.0	UBS Pr. Luciano G. Rabêlo / UBS Cinturão Verde / UBS Buritis / UBS Pricumã / UBS Liberdade / UBS 13 de Setembro
Macroárea 7.0	UBS Sayonara M. D. L. Matos / UBS Santa Luzia / UBS Lupércio L. Ferreira / UBS Senador Hélio Campos
Macroárea 8.0	UBS Délia Tupinambá / UBS Raiar do Sol / UBS São Bento

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, 2024.

Critérios de seleção dos participantes

Para a pesquisa, foram considerados como critérios de inclusão: usuários do sistema de saúde público, brasileiros e residentes em Boa Vista; com idades iguais ou acima de 18 anos; que possuíssem total domínio cognitivo de suas funções e que teriam utilizado pelo menos uma vez os serviços de saúde do SUS. Dentre os critérios de exclusão desses participantes, encontram-se indígenas, uma vez que essa população é direcionada para atendimento na Casa de Apoio à Saúde Indígena localizada no município de Boa Vista, além dos usuários que, ao serem inseridos na pesquisa, desejaram não participar.

No tocante aos critérios de amostragem qualitativo, pode-se analisar uma quantidade de amostra como adequada, quando há saturação de dados. Estabelece-se um número amostral adequado quando existe a redundância de informações, porém, nas pesquisas qualitativas há uma menor preocupação com as generalizações e um maior direcionamento à visão subjetiva e abrangente da pesquisa^[12].

Pesquisa, organização e análise de dados

O estudo foi desenvolvido com usuários das Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, entre 2020 e 2021. Como aborda Bardin, no método de análise de conteúdo, a pesquisa se organizou nas três etapas, pré-análise, exploração do material e tratamento dados, para assim haver a interpretação dos resultados.

A primeira etapa foi destinada a avaliação das entrevistas, sendo estas conduzidas com base em um roteiro de entrevista aberta e semiestruturada com sete perguntas norteadoras (**QUADRO 2**). O tamanho da amostra foi demarcado pela saturação de informações^[12]. Nesse contexto, foram realizadas entrevistas com 15 usuários boavistenses da Atenção Primária à Saúde, incluídos no estudo de acordo com os critérios de inclusão. Nesse caso, a seleção dos participantes da pesquisa ocorreu por conveniência, por estarem presentes nas UBS no momento da coleta dos dados. Todas as entrevistas foram obtidas em comum

acordo com os entrevistados, com a ciência da gravação por parte do sujeito da pesquisa, gravadas e transcritas na íntegra pelos pesquisadores. Nas entrevistas, todos os participantes da pesquisa responderam as mesmas perguntas. Devido ao cenário pandêmico, as entrevistas foram realizadas com o auxílio de um aparelho celular, respeitando o distanciamento social e com o uso de máscaras e álcool em gel^[15]. Além disso, destaca-se que foram selecionadas de formas randômicas e, de acordo com a presença do(a) diretor(a) no momento da coleta de dados, duas unidades básicas das macroáreas 1.0 a 7.0 e uma unidade básica da macroárea 8.0 para a realização das entrevistas.

A segunda etapa foi destinada à leitura sistemática do material empírico coletado, com a conversão das entrevistas, transcritas e organizadas utilizando o software Microsoft Word® em uma representação do conteúdo por meio de unidades de registro e de contexto, onde se identificaram as ideias-chave nos diálogos e, a partir destas, foram elaborados temas centrais das categorias analíticas^[16].

A terceira etapa intitulada tratamento, inferência e interpretação consistiu no tratamento dos resultados para que fosse atribuído sentido a estes. Por meio dessa categorização, as categorias de análise foram correlacionadas com os eixos temáticos do estudo, com base nos princípios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, produtividade, objetividade e fidelidade^[16].

QUADRO 2: Perguntas norteadoras da entrevista (2020).

Número	Pergunta
1	Você já ouviu falar sobre as práticas integrativa e complementares (PICs)? a) Se sim, quais? b) Qual a sua opinião sobre elas?
2	Você usa ou já usou alguma prática integrativa e complementar? a) Se sim, qual(ais)? b) Com que finalidade?
3	Algum integrante da sua família usa ou já usou alguma PIC? a) Se sim, quem? b) Se sim, para que? c) Se não, por quê?
4	Você indica ou indicaria as PICs a algum familiar ou amigo? a) Se sim, a quem? b) Se sim ou não, por quê?
5	Você conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)? Se sim, qual a sua opinião sobre ela?
6	Você acredita nos efeitos terapêuticos das PICs na melhoria das suas condições de saúde das pessoas? Por quê?
7	Na sua opinião seria possível agregar as PICs à medicina moderna, convencional, alopática, oficial brasileira? Por quê?

Fonte: elaborado pelos autores.

Resultados e Discussão

Após a análise de conteúdo, emergiram quatro unidades de contexto e de registro e, com isso, desenvolveu-se os temas centrais das categorias analíticas (**QUADRO 3**): (1) cultura brasileira atrelada ao uso de plantas medicinais como prática integrativa e complementar; (2) efeitos adversos e interações medicamentosas

causadas pelo uso terapêutico de plantas; (3) conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; e (4) desconhecimento das diferentes práticas componentes da PNPIIC. Adicionalmente, os temas centrais das categorias de análise dialogam com os eixos temáticos do estudo (**QUADRO 4**): (1) etnofarmacologia; (2) riscos da automedicação; (3) política pública em saúde; e (4) limitações na difusão de práticas de Saúde.

QUADRO 3: Descrição das categorias de codificação utilizadas nesse estudo (2020).

Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias analíticas
Plantas medicinais	<p><i>“Das plantas medicinais? Sim, eu uso, mas é mais remédio caseiro.” (P8)</i></p> <p><i>“Utilizo sim, chá de vicky, né?... chá de algumas plantas medicinais.” (P5)</i></p> <p><i>“Uso só as plantas medicinais mesmo...” (P4)</i></p> <p><i>“Integrante do que fala sobre plantas medicinais, né?” (P10)</i></p> <p><i>“Algum integrante da sua família utiliza ou já utilizou alguma dessas Práticas? (Entrevistador)</i></p> <p><i>Sim. Todos.” (P2)</i></p>	Cultura brasileira atrelada ao uso de plantas medicinais como prática integrativa e complementar
Terapêutica	<p><i>“A gente usa o boldo, assim, pro dia a dia mesmo, toma chá, porque é mais saudável e assim para evitar ficar tomando muito remédio pro estômago, fígado. A gente toma eles para essas finalidades.” (P11)</i></p> <p><i>“Ah eu acho que seria um... seria melhor do que tá usando remédio né?... todo tempo, tipo paciente que usa remédio direto e tem dor no estômago, né?... E usando as medicinais não, você se sente tranquilo, não tem dor de estômago, não tem nada e o remédio que você usa da farmácia, tem dor de estômago, tem reação, tudo enquanto, o medicinal não, você não tem reação de nada, só fica boa.” (P11)</i></p>	Efeitos adversos e interações medicamentosas causadas pelo uso terapêutico de plantas
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	<p><i>“Você conhece essa Política das Práticas Integrativas e Complementares? (Entrevistador)</i></p> <p><i>Conheço não, é que nem eu te falei, é receita da vovó. Não sabia que tinha essa política não, pra ser... introduzida não” (P7)</i></p>	Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Práticas Integrativas e Complementares	<p><i>“Você já ouviu falar das Práticas Integrativas e Complementares?”</i></p> <p><i>(Entrevistador)</i></p> <p><i>“Sim.” (P1)</i></p> <p><i>“Quais?” (Entrevistador)</i></p> <p><i>“É... As plantas medicinais, hum... Por enquanto, só isso mesmo.”</i></p> <p><i>(P1)</i></p>	Desconhecimento das diferentes práticas componentes da PNPIIC

Fonte: elaborado pelos autores.

QUADRO 4: Descrição das categorias analíticas e dos eixos temáticos utilizados nesse estudo.

Categorias analíticas	Eixos temáticos
Cultura brasileira atrelada ao uso de plantas medicinais como prática integrativa e complementar	Etnofarmacologia
Efeitos adversos e interações medicamentosas causadas pelo uso terapêutico de plantas	Riscos da Automedicação
Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	Política Pública em Saúde
Desconhecimento das diferentes práticas componentes da PNPIIC	Limitações na Difusão de Práticas de Saúde

Fonte: elaborado pelos autores.

Cultura brasileira atrelada ao uso de plantas medicinais como prática integrativa e complementar

Um dos pontos homogêneos evidenciados na pesquisa é a frequente associação que a população usuária dos serviços de saúde emprega entre o uso de plantas medicinais e a PNPIc. Nesse contexto, esse raciocínio pode ser evidenciado pelas falas descritas a seguir:

Trecho 1: “*Quais são as Práticas que você já ouviu falar?*” (Entrevistador).
“*Mais sobre as plantas medicinais que podem ajudar...*” (P5).

Trecho 2: “*Você já ouviu falar das Práticas Integrativas e Complementares?*” (Entrevistador).
“*Sim.*” (P1).
“*Quais?*” (Entrevistador).
“*E... As plantas medicinais, hum... Por enquanto, só isso mesmo.*” (P1).

Trecho 3: “*Você já ouviu falar sobre as práticas interativas e complementares?*” (Entrevistador).
“*Hum... Sim*” (P4).
“*Quais, você já conhecia?*” (Entrevistador).
“*Só as plantas medicinais mesmo.*” (P4).

As informações acerca de plantas medicinais brasileiras são, em sua maioria, provenientes dos conhecimentos tradicionais dos indígenas que já utilizavam ervas e preparações muito antes da chegada dos portugueses. Desde o início da colonização até o império, não existia nenhum modelo de atenção à saúde da população vigente no país e não era o interesse de Portugal criá-lo, tendo em vista seu desinteresse em povoar a colônia^[8]. Por isso, os cuidados em saúde eram restritos aos recursos da terra, como as plantas medicinais, e aos curandeiros, que eram conhecidos na região por habilidades curativas. Logo, observa-se que a história da medicina no Brasil está intrinsecamente atrelada às plantas medicinais. Durante muito tempo, indígenas, mestiços e africanos foram os curandeiros do Brasil^[5,9]. Nesse contexto, destaca-se a população amazônica, que faz uso das plantas medicinais, devido a tradição e ancestralidade indígena da região^[12].

Cerca de 80% da população mundial depende de plantas medicinais ou de preparações à base de vegetais no que se refere a um caráter primário de atendimento. Em vista disso, destaca-se a Etnofarmacologia, estudo das sociedades e suas relações ecológicas, genéticas, evolutivas, simbólicas e culturais com as plantas, para a seleção das espécies vegetais de interesse, considerando os seus conteúdos químicos e toxicológicos^[18]. A partir da utilização desses tipos de estudos, baseados em conhecimento tradicional oral e hereditário acerca das plantas medicinais, pode-se desenvolver estudos farmacológicos, fitoquímicos e agronômicos, reduzindo ônus financeiro e em tempo de pesquisa^[5].

Adicionalmente, em decorrência da importância crescente da medicina tradicional, a exploração dos recursos biológicos aumenta constantemente. O termo ‘recursos biológicos’ se refere aos componentes da biodiversidade utilizados direta, indiretamente ou com potencial para a humanidade. Dessa forma, o Brasil pode ser incluído como um grande obtentor de recursos biológicos, pelo fato de ser o país com maior biodiversidade genética de todo o mundo e, por sua tradição no uso de plantas medicinais, intrinsecamente atrelada ao conhecimento popular, transmitido por gerações^[5]. Ainda, o bioma brasileiro que oferta maior biodiversidade é o da região amazônica, cenário de cada vez mais pesquisas que estudam sua vegetação com o intuito de encontrar matéria-prima ativa vegetal que corrobore o tratamento de diversas doenças^[19].

Logo, tratar acerca do uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas Unidades Básicas de Saúde é bastante significativo. Além disso, com o incentivo do uso de plantas medicinais nos serviços de saúde é possível

oferecer outras opções terapêuticas efetivas, fortalecer o conhecimento tradicional, a participação comunitária e reduzir gastos públicos^[20].

Efeitos adversos e interações medicamentosas causadas pelo uso terapêutico de plantas

Outro fator comum observado nas entrevistas, foi a convicção por parte da população de que não há efeitos adversos ao se utilizar plantas medicinais. Essa confiança é fruto do senso comum e pode causar malefícios àqueles que usam plantas medicinais indiscriminadamente. Verifica-se tal unidade temática nos diálogos:

Trecho 1: “Você acredita nos efeitos terapêuticos das Práticas Integrativas e Complementares na melhoria das condições de saúde das pessoas?” (Entrevistador).

“Sim” (P13).

“Por que?” (Entrevistador).

“Porque eu acredito que os remédios naturais, né... não prejudica tanto como os farmacêuticos, com efeitos colaterais, né?” (P13).

Trecho 2: “Não ouviu falar ainda, não é? Já utilizou alguma Prática dessa Integrativa Complementar, por exemplo, utiliza plantas medicinais, fitoterápicos em casa?” (Entrevistador).

“Eu uso por conta própria.” (P2).

Trecho 3: “Quais são as Práticas que você já ouviu falar?” (Entrevistador).

“Mais sobre as plantas medicinais que podem ajudar...” (P5).

“Qual a sua opinião sobre elas?” (Entrevistador).

“Eu acho que são bem-vindas. Tudo que for para acrescentar na saúde, que não seja tão químico é agregada para pessoas.” (P5).

Nesse aspecto, os conhecimentos tradicionais empíricos acumulados, acrescidos de ensaios clínicos randomizados, têm evidenciado que as plantas medicinais podem provocar efeitos adversos, toxicidade e apresentar contra-indicações, decorrentes de interações medicamentosas. Segundo a OMS, efeitos adversos (EAM) é “Um resultado negativo ou prejudicial para o paciente que parece estar associado ao tratamento, incluindo a ausência de efeito algum.”. Dessa forma, a crença de uma “naturalidade inócuia” das plantas medicinais pelos usuários do sistema, como evidenciada nas entrevistas, é bastante preocupante, pois pode oferecer sérios riscos à saúde de pessoas menos esclarecidas. Como as informações pautadas em evidências científicas dificilmente chegam ao alcance dos principais utilizadores desse tipo de prática, esse dado não é considerado por essa população, ocorrendo o uso inadequado e despreocupado, gerando possíveis riscos agravados pela falta de informações fidedignas sobre os potenciais efeitos tóxicos, até mesmo em associações com medicamentos de uso corrente^[21].

O uso de plantas medicinais é a modalidade de PIC mais utilizada e é uma das que apresenta mais problemas quanto a efeitos adversos e toxicidade^[21]. Dessa forma, o papel da PNPICT é essencial, visto que esta tem por objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional^[11].

Outro fator preocupante é a utilização de plantas medicinais de forma simultânea a medicamentos, o que pode acarretar um fenômeno de interação medicamentosa (IM), que consiste na alteração do efeito de um medicamento quando este se encontra na presença de outra substância. Essas interações medicamentosas podem gerar alterações relevantes nas concentrações plasmáticas dos medicamentos, acarretando mudanças nos perfis de eficácia e/ou segurança dos respectivos fármacos^[21].

Todavia, a utilização desses produtos, na maioria das vezes, é feita com medicamentos sem prescrição de um profissional da saúde certificado, o que caracteriza o processo de automedicação^[21]. A automedicação

é perigosa e prejudicial e, as principais questões que propulsionam esse cenário são o erro na identificação das espécies consumidas ou à forma como são cultivadas, colhidas, armazenadas, conservadas ou preparadas; os meios de comunicação em massa, que têm contribuído negativamente, ao propagar a ideia de superioridade de tratamentos naturais, o que leva o público consumidor a usar incorretamente certos tipos de plantas, que são consideradas medicinais; a descontextualização no consumo dessas plantas, onde se diz que uma planta tem uma finalidade diferente das indicadas pelo uso tradicional; a precariedade da fiscalização e o fácil acesso e venda de produtos sem estudos pré-existentes e sem regulamentação, o que também corrobora o cenário atual^[22].

Outrossim, ainda há carência de estudos científicos que comprovem as propriedades farmacológicas das diversas plantas medicinais existentes no Brasil, com o intuito de informar a dose correta a ser utilizada, o modo adequado de preparo, o tempo máximo em que se pode armazená-lo, as indicações e as possíveis interações medicamentosas que podem existir tanto com medicamentos comerciais, quanto com as plantas medicinais.

Além disso, a falta de profissionais com conhecimento técnico científico adequado para prescreverem, indicarem e alertarem a população para as consequências do uso inadequado das PICs também é um fator importante, visto que poucos profissionais estão preparados para atuar nessa área. Diante disso, grande parte desses profissionais alega que é necessário incluir disciplinas sobre PICs nos cursos de graduação e especialização, a fim de ampliar a discussão da temática desde a formação profissional.

Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Outro fator que foi comum nas entrevistas está relacionado a ausência de conhecimento da população a respeito da PNPIC. Isso pode ser exemplificado pelos diálogos:

Trecho 1: “Você conhece essa Política das Integrativas e Complementares?” (Entrevistador).
“Conheço não, é que nem eu te falei, é receita da vovó. Não sabia que tinha essa política não pra ser... introduzida não.” (P7).

Trecho 2: “Você conhece essa Política que a gente tem aqui no Brasil que é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?” (Entrevistador).
“Não, não conheço.” (P2).

Trecho 3: “E você conhece essa Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS?” (Entrevistador).
“Não, não, é a primeira vez que estou ouvindo falar.” (P3)

Como pode ser observado nos diálogos, a maioria dos usuários do SUS não tem conhecimento da política destinada a regulamentar o uso das práticas integrativas e complementares no sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, a possível causa dessa realidade é a falta de divulgação, que é papel do Departamento de Atenção Básica, órgão responsável pela gestão nacional das PICs, exercendo o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação^[23].

De acordo com o descrito na PNPIC, as ações para implementação das diretrizes dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção à saúde^[11].

Desconhecimento das diferentes práticas componentes da PNPIC

Existem diversas práticas incluídas na PNPIC, dentre elas encontram-se antroposofia aplicada à saúde (medicina antroposófica), arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, medicina tradicional chinesa, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, plantas medicinais e fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia e yoga^[24]. Todavia, há um baixo conhecimento das pessoas sobre as diversidades de PICs existentes e disponíveis, como pode ser observado no relato a seguir:

Trecho 1: “Você já ouviu falar das Práticas Integrativas e Complementares?” (Entrevistador).

“Sim” (P1).

“Quais?” (Entrevistador).

“É... As plantas medicinais, hum... Por enquanto, só isso mesmo” (P1).

Com base nesse trecho, pode-se notar que a única PIC conhecida por grande parte da população é o uso de plantas medicinais e, muitas vezes, os praticantes e utilizadores das outras PICs não sabem que elas estão inclusas na PNPIC. Esse fato pode ter sido desencadeado por fatores como o grande período em que o modelo biomédico permaneceu instalado no Brasil e as poucas informações sobre esses outros tipos de práticas integrativas e complementares.

O modelo biomédico é um dos principais produtos da história da Medicina ocidental, derivado das vertentes positivistas e do método cartesiano, foi concebido no século XX com o advento do Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos (1910). Esse modelo é pautado na explicação unicausal das doenças, visto que se originou no contexto da descoberta da Microbiologia e da Patologia. É caracterizado por ser reducionista, fragmentando o ser humano de modo que este não é mais visto como um ser orgânico e sim como uma máquina (mecanicismo), além disso, o tratamento biomédico é voltado exclusivamente para a cura das doenças, dispensando a abordagem de quaisquer outros aspectos, sobretudo dos componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham o ser humano, distanciando-se da visão holística do paciente^[25].

Contudo, a partir da segunda metade do século XX, a unicausalidade e a racionalidade médica se revelaram insuficientes para explicar os problemas de saúde advindos do processo de industrialização e urbanização, além das doenças crônico-degenerativas. Agora, eram necessários outros modelos explicativos, os multicausais, que tem como principal característica a visão holística do paciente, considerando-o um ser orgânico, trazendo para o método clínico os componentes psicológicos e subjetivos que o acompanham.

As PICs vêm corroborar essa nova proposta multicausal, visto que preenchem lacunas do modelo biomédico. Dessa forma, a incorporação destas favorece a complementaridade de saberes e propicia uma visão holística e centralizada no paciente no processo saúde-doença, como preconizado pelo modelo de saúde hodierno^[26].

Todavia, os anos de modelo biomédico no Brasil marcaram as atitudes e práticas tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários da atenção primária à saúde. Nesse sentido, o uso de plantas medicinais tem sido configurado pelo modelo biomédico, devido a interesses mercantis, que o utilizam de modo reducionista, indo no sentido contrário ao âmago dessa filosofia, os saberes tradicionais. Esse uso deturpado é sustentado pelo contexto político-econômico atual operante na supremacia biomédica, desconsiderando as subjetividades e historicidades do sujeito. Um fator que tem influência nesse contexto é o meio de comunicação, ao difundir a ideia de superioridade de tratamentos naturais, convencendo a

população de que não há EAM e IM, além da descontextualização no consumo dessas plantas, ao qual se diz que uma planta tem uma finalidade diferente das indicadas pelo uso tradicional^[27].

No contexto das diferentes PICs, a yoga pode ser conceituada como a prática corporal e mental, que se originou no oriente e que tem como principal característica o controle do corpo e da mente. Esta prática inclusa na PNPICT atua nos diversos aspectos do indivíduo, como físico, mental, emocional, energético e espiritual. Dentre os principais benefícios, estão a redução do estresse, a regulação dos sistemas nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o que se reflete na qualidade de vida dos praticantes^[27]. As principais limitações são a dificuldade de manter o número de participantes do início ao final dos dois programas, o que promove uma enorme fila de espera de candidatos interessados em entrar nos cursos.

Outra prática que não é tão conhecida é a musicoterapia, conceituada pelo Ministério da Saúde como uma “prática expressiva integrativa conduzida em grupo ou de forma individualizada, que utiliza a música e/ou seus elementos, som, ritmo, melodia e harmonia, num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, entre outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo”. A principal dificuldade da implementação é a falta de conhecimento desta temática e o despreparo ao longo da formação dos profissionais de saúde^[28].

A acupuntura faz parte dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa, sendo caracterizada como uma tecnologia de intervenção em saúde, que estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio dos quais é realizada a inserção de finas agulhas filiformes metálicas, com o intuito de promover, manter ou recuperar a saúde do usuário, bem como prevenir agravos e doenças^[27]. Esta prática beneficia os pacientes, desde a redução de dores até diminuição de processos inflamatórios, dessa forma, sua utilização diminui a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais. Outrossim, também é benéfica em quadros de ansiedade^[29]. Apesar disso, ainda é uma prática pouco conhecida, devido à ausência de divulgação desse tipo de tratamento e ao esclarecimento de como o procedimento ocorre e quais os resultados de forma que o usuário se sinta mais confiante^[30].

Conclusão

O estudo apontou reflexos que a cultura e a ancestralidade têm sobre o conhecimento e uso das PICs por uma parcela de usuários do SUS boavistense. As plantas medicinais e fitoterápicos são as PICs mais conhecidas e utilizadas localmente, devido à tradição e ancestralidade indígena, além do contato tardio com a medicina convencional. Ademais, observa-se que a crença da população de que as plantas medicinais possuem uma “natureza inócuas” é demasiadamente prejudicial às pessoas, visto que essa ideia deturpada pode incitar e encorajar o uso indiscriminado desses produtos naturais, refletindo em um aumento da automedicação. Adicionalmente, a falta de conhecimento da população acerca da PNPICT foi unânime e é desencadeada pela falta de divulgação das diversas PICs existentes.

No que tange ao aspecto metodológico, uma das dificuldades encontradas foi o cenário de pandemia. Para transpor, ao menos parcialmente, essa problemática, foram implantadas algumas ações, como o uso de máscaras de proteção, medidas de distanciamento entre pesquisador e entrevistado, higienização frequente das mãos e do gravador com álcool em gel 70% para, assim, obter os dados necessários ao

desenvolvimento da pesquisa, minimizando riscos aos pesquisadores e participantes. Outrossim, para estudos futuros, faz-se necessário avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das PICs, analisando se há diferença significativa entre a visão destes e da população.

Fontes de financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Programa de Produtividade em Pesquisa do Centro Universitário Estácio da Amazônia.

Conflito de interesse

Não há conflito de interesses.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual de Roraima pelo apoio institucional.

Colaboradores

Concepção do estudo: ASBV; ILLS.

Curadoria dos dados: ASBV; ILLS.

Coleta de dados: ASBV; WJSM; JSS; ILLS.

Análise dos dados: ASBV; WJSM; JSS; ILLS.

Redação do manuscrito original: ASBV; ILLS

Referências

1. Cragg GM, Newman DJ. Produtos naturais: uma fonte contínua de novas pistas para medicamentos. *Biochim Biophys Acta* 2013; 1830(6): 3670-95. Disponível em: [\[https://doi.org/10.1016/j.bbagen.2013.02.008\]](https://doi.org/10.1016/j.bbagen.2013.02.008) [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23428572/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23428572/).
2. Andrade SF, Cardoso LG, Bastos JK. Anti-inflammatory and antinociceptive activities of extract, fractions and populnoic acid from bark wood of *Austropleenckia populnea*. *J Ethnopharmacol*. 2007; 109(3): 464-71. Disponível em: [\[https://doi.org/10.1016/j.jep.2006.08.023\]](https://doi.org/10.1016/j.jep.2006.08.023) [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17055677/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17055677/).
3. World Health Organization (WHO). **National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global survey**. Geneva: World Health Organization; 2005, 156p. Disponível em: [\[https://www.who.int/publications/i/item/9241593237\]](https://www.who.int/publications/i/item/9241593237).
4. Albertasse PD, Thomaz LD, Andrade MA. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. *Rev Bras PI Med*. 2010; 12 (3): 260-250. Disponível em: [\[https://doi.org/10.1590/S1516-05722010000300002\]](https://doi.org/10.1590/S1516-05722010000300002).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, n. 31. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [\[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_e_ab31.pdf\]](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_e_ab31.pdf).

6. Alonso JR. **Tratado de Fitomedicina: Bases clínicas e farmacológicas**. 1^a ed. Buenos Aires: Argentina; 1998.
7. UNESCO. **Culture and Health: Orientation Texts: World Decade for Cultural Development 1988-1997**. Paris: WHO: UNESCO; 1996, 129 p. Disponível em: [\[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000081721\]](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000081721).
8. Mattos G, Camargo A, Sousa CA, Zeni ANB. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciênc Saúde Colet**. 2018; 23(11): 3735-44. Disponível em: [\[https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016\]](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016).
9. Polignano MV. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. História das Políticas de Saúde no Brasil. 2006; 1-25. Disponível em: [\[http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassauderbrasil.pdf\]](http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassauderbrasil.pdf).
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Chamada Pública nº 1/2021**, de 22 de outubro de 2021. Edital de Chamamento Público Nº 5 para Fortalecimento de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Diário Oficial da União. 2021 Out 22; 200(seção 3): 128. Disponível em: [\[https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-chamada-publica-n-1/2021-354191919\]](https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-chamada-publica-n-1/2021-354191919).
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [\[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html\]](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html).
12. Bardin L. **Análise de conteúdo**. 4^a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados 2020**. Rio de janeiro: IBGE; 2021. Disponível em: [\[https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr/boa-vista.html\]](https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr/boa-vista.html).
14. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. **Processo de Trabalho no contexto da Atenção Básica de Boa Vista**. Boa Vista: Secretaria Municipal de Saúde; 2018. Disponível em: [\[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/apresentacao_processo_de_trabalho.pdf\]](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/apresentacao_processo_de_trabalho.pdf).
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, nº 12, 13 jun 2013, p. 59. Seção 2. Disponível em: [\[https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf\]](https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf).
16. Franco MLPB. **Análise de conteúdo**. 3^a ed. Brasília: Líber Livro; 2008.
17. Goés ACC, Silva LSL, Castro NJC. Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Rev Aten Saúde**. 2019; 59(17): 53-61. [\[https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5785\]](https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5785). Disponível em: [\[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5785/pdf\]](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5785/pdf).
18. Brasil. Ministério da Saúde. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [\[https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seccics/daf/pnmpf/publicacoes/a-fitoterapia-no-sus-e-o-programa-de-pesquisas-de-plantas-medicinais-da-central-de-medicamentos\]](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seccics/daf/pnmpf/publicacoes/a-fitoterapia-no-sus-e-o-programa-de-pesquisas-de-plantas-medicinais-da-central-de-medicamentos).
19. Santos DL, Moraes JS, Araújo ZTS, Silva IR. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. **Ciênc Foco**. 2019; 12(1): 86-95. Disponível em: [\[https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cef/article/view/9894/5291\]](https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cef/article/view/9894/5291).
20. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Públ**. 2014; 48(3): 541-53. Disponível em: [\[https://www.scielo.br/j/icsse/a/ts7fmzZVxLtd57pDNcqdpkp/?format=pdf\]](https://www.scielo.br/j/icsse/a/ts7fmzZVxLtd57pDNcqdpkp/?format=pdf).

21. Dias ECM, Trevisan DD, Nagai SC, Ramos NA, Silva EM. Uso de fitoterápicos e potenciais riscos de interações medicamentosas: reflexões para prática segura. **Rev Baiana Saúde Públ.** 2017; 41(2): 297-307. Disponível em: [<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2306>].
22. Vitorino KMC, Benati MAFNO, Rolim ELG. Fitoterapia Racional: riscos da automedicação e terapia alternativa. **Rev Saberes.** 2020; 13(1).
23. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde Debate.** 2017; 41(3): 171-87. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313>].
24. Brasil. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 180 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf].
25. Luvison A, Maeyama MA, Nilson LG. Análise das Práticas Integrativas e Complementares em saúde sob a luz da integralidade. **Braz J Hea Rev.** 2020; 3(2): 2634-50. Disponível em: [<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-111>].
26. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos gestores dos serviços. **Esc Anna Nery.** 2020; 24(2): 1-8. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0081>].
27. Brasil. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem.** Ministério da Saúde. 2013/2021c. Disponível em: [<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>].
28. Fischborn AF, Machado F, Fagundes NC, Pereira NM. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. **Rev Dep Educ Físic Saude Mestrado Promo Saude Univ Santa Cruz Sul.** 2016; 17(4): 358-63. Disponível em: [<https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8149>].
29. Xavier LVN. **A oferta da acupuntura no Sistema Único de Saúde: a experiência do município de Macaé.** Rio de Janeiro. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso [Curso de Especialização em Ciência, Arte e Cultura na Saúde] - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. 37f. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34370?locale-attribute=pt_BR].
30. Fernandes RT. **Receber tratamento de acupuntura no Sistema Único de Saúde: Narrativas sobre as experiências** Dissertação de Mestrado. São Paulo. 2017. [Programa de Pós-graduação em Enfermagem] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, 2017. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25062018-170508/publico/Dissertacao_RaquelTerezam_Corrigida.pdf].

Histórico do artigo | Submissão: 16/04/2024 | Aceite: 03/06/2025

Como citar este artigo: Vieira ASB, Nascimento WJS, Silva JS, Souza ILL. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista - RR. **Rev Fitos.** Rio de Janeiro. 2025; 19(1): e1722. e-ISSN 2446-4775. Disponível em: <<https://doi.org/10.32712/2446-4775.2025.1722>>. Acesso em: dd/mm/aaaa.

Licença CC BY 4.0: Você está livre para copiar e redistribuir o material em qualquer meio; adaptar, transformar e construir sobre este material para qualquer finalidade, mesmo comercialmente, desde que respeitado o seguinte termo: dar crédito apropriado e indicar se alterações foram feitas. Você não pode atribuir termos legais ou medidas tecnológicas que restrinjam outros autores de realizar aquilo que esta licença permite.

