

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JEFFERSON WASHINGTON CORCINO FREIRE

**USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Cuité – PB

2015

Jefferson Washington Corcino Freire

**USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité – PB, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Ms. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

Cuité – PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F866u Freire, Jefferson Washington Corcino.

Uso de plantas medicinais pelos agentes comunitários de saúde. / Jefferson Washington Corcino Freire. – Cuité: CES, 2015.

62 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Alynne Mendonça Saraiva Nagashima.

1. Plantas medicinais. 2. Agentes comunitários de saúde.
3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 633.88

JEFFERSON WASHINGTON CORCINO FREIRE

**USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima – UFCG

Orientadora

Profa. Espec. Waleska de Brito Nunes - UFCG

Examinadora

Ms. Lorena Farias Pimentel

Examinadora

Dedico este trabalho aos meus pais, Matias Corcino Freire (in Memórian) e Maria Salete Freire. A eles que não puderam desfrutar dessa oportunidade, o acesso aos estudos, mas que sempre me orientaram da importância do ensino para a vida. Nos momentos de angústia e aflição, sempre enfatizaram que a maior herança é o conhecimento. Dedico essa vitória a eles e aos meus irmãos que sempre confiaram que eu seria capaz.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que mostrou-se criador, seu fôlego de vida me foi sustento e deu-me coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À minha orientadora Prof. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima, pelo incentivo, afinidade e prontidão no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização deste trabalho. Pelo seu espírito inovador e ativo na tarefa de multiplicar suas informações, pela sua disciplina nos ensinando a importância do trabalho em equipe e pela oportunidade de participação em publicações e eventos.

À minha fiel e paciente amiga, Regina Flávia Praxedes Rodrigues, pelo companheirismo e paciência ao longo deste curso.

À minha companheira de casa, Heloísa Andréia Bezerril Souto, pelo convívio e cumplicidade durante nossa moradia.

À esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a todos os professores por proporcionarem o conhecimento não apenas acadêmico, mas pelas manifestações de caráter e afetividade na educação e no processo de formação profissional. Agradeço pela dedicação, por terem me ensinado e por terem me ajudado a aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais, sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Meus sinceros agradecimentos aos meus amigos, companheiros de trabalho e irmãos na amizade, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza!

Aos participantes da pesquisa que mostraram-se cooperativos e interessados em participar deste trabalho. Todos foram extremamente importantes para mim, e assim, serei eternamente agradecido pela voluntariedade de todos.

Aos participantes da banca examinadora, o meu profundo agradecimento por aceitar participar deste momento único, porém,

esplendoroso que é concluir um Curso de Bacharelado e iniciar uma nova etapa em minha vida. O meu muito obrigado!

A minha colega de orientação Iane Narciza pela ajuda em momento oportuno.

ENFERMEIRO!

Uma pessoa comum?

Creio que não.

Tem sentimentos comuns como frustrações, medo, alegrias, ressentimentos, solidão,
tristeza, e dor...

Mas suas atitudes não são comuns.

Perseverança, prudência, heroísmo, coragem, eficiência, amor, o eleva, o transcende.
Seu carinho acalenta, seu sorriso acalma, seu entusiasmo alegra, seu vigor encoraja, sua
palavra conforta.

Há momentos que são considerados carrascos, maus, cruéis, impiedoso, mas logo se
reconhece... precisa ser feito, é para o seu bem.

Ele cuida, apóia e acolhe.

Chora, sorri e sofre com o sofrimento do outro.

Estuda, pesquisa, busca soluções.

Não se conforma, luta, e sua batalha é árdua.

Perde noites de sono, horas de almoço, momentos de lazer, sem nenhum pesar, pois sabe
que o que vale é a satisfação do dever cumprido, isso sim, é recompensa de todas as suas
perdas.

Conhece a imperfeição humana, apenas o ama... intensamente...sem cobranças.

Não espera, age, estende a mão antes que a peçam, pois sabe que da sua ação depende
a vida!

Reconhece a importância do cuidar, que é o seu maior dom.

Sabe a importância do fruto que colhe.

E quando nada mais pode fazer, segura a mão e, apenas sorri...

SANDRA HELENA DE O. JAUHAR

RESUMO

FREIRE, J. W. C. **Uso de plantas medicinais pelos agentes comunitários de saúde**. Cuité, 2015. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2015.

A utilização das plantas medicinais representa, uma singular prática terapêutica realizada por diferentes grupos. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se como um ator importante na promoção da saúde e na construção e produção de cuidados. Dessa forma, este trabalho objetiva conhecer as plantas medicinais utilizadas e disseminadas pelos ACS na comunidade onde trabalham. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2014 com os ACS que trabalham no município de Cuité. A pesquisa respeitou os preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de ética sob parecer nº 40213014.4.0000.5575. A coleta de dados foi feita com base em um questionário e análise dos dados se deu por meio da produção de gráficos e de respaldo com a literatura pertinente. Assim, a amostra foi 32 profissionais que corresponde a 61,5% dos ACS cadastrados no município. Destes, (24) 75% utilizam plantas medicinais. Os principais motivos que levam ao uso das plantas pela comunidade são: Gripe, problemas gástricos e insônia. As plantas mais utilizadas foram o boldo, erva cidreira e capim santo, e a principal forma de uso foi o chá. Dos participantes da pesquisa, (25) 78,13% referiram indicar o uso de plantas medicinais na comunidade onde trabalham. (31) 99% dos agentes conhecem as plantas utilizadas pela comunidade. No entanto, (20) 62,5% não conhecem os efeitos tóxicos das plantas. Apenas (16) 50% dos ACS referiram discutir com a equipe de trabalho sobre plantas medicinais, embora (26) 81,25% já tenham participado de eventos sobre o tema. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir de forma significativa, ao trazer reflexões consideráveis sobre a importância da equipe de saúde conhecer as práticas de cuidado utilizadas pela comunidade de forma a assegurar o uso racional e seguro dessa terapêutica. A principal contribuição deste trabalho é a promoção da parceria

estabelecida entre o saber técnico e o científico desenvolvido pelo profissionais de saúde e a sabedoria popular presente na comunidade.

Palavras-chave: Plantas Medicinas, Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

FREIRE, J. W. C. **Use of medicinal plants by community health agents.** Cuité, 2015. 62 f. Nursing Academic Unit, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuite – PB.

The use of medicinal plants is sometimes a natural therapeutic practices performed by different groups. The Community Health Agent (CHA) appears as an important player in health promotion and in the construction and production of care. Thus, this study aims to identify the medicinal plants used and disseminated by the Community Health Agents in the community where they work. This is a quantitative research, exploratory, conducted between the months of November and December 2014 with the agents that work in the city of Cuite. The study followed the ethical guidelines and was approved by the Ethics Committee under report number XXXXXX. The data collection was based on a questionnaire and analysis of the data was through by the production of graphics and support to the literature. Thus, the agents sample was 32, which corresponds to 61.5%. Of these, 75% (24) using medicinal plants. The main reasons that lead to the use of plants are: flu, stomach problems and insomnia. The most used plants were the boldo, lemongrass and lemongrass, and the main form of use was the tea. Of the participants, 78.13% (25) suggested the use of medicinal plants in the community where they work. 99% (31) of the agents know the plants used by the community, however, 62.5% (20) do not know the toxic effects of plants. Only 50% (16) of the agents preferred to discuss with the team working on medicinal plants, while 81.25% have already participated in events on the subject. Only 50% (16) of agents preferred to discuss with the team working on medicinal plants, while 81.25% have already participated in events on the subject.

Keywords: Medicines Plants, Community Health Agents, Primary Health Care

LISTA DE QUADROS

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	30
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Circunstâncias em que os ACS usam Plantas Medicinais.....	38
Gráfico 2: Plantas Medicinais Utilizadas pelos ACS.....	39
Gráfico 3: Formas de Uso de Plantas Medicinais.....	41
Gráfico 4: Indicações das Plantas Medicinais.....	42
Gráfico 5: Plantas Medicinais mais Utilizadas na Comunidade.....	44

LISTA DE SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AP** – Atenção Primária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- COSAC** – Coordenação de Saúde da Comunidade
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPEA** – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários e Saúde
- PNPMF** – Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A importância do trabalho.....	17
2. OBJETIVOS.....	19
3. REFERENCIAL LITERÁRIO.....	20
3.1 Atenção primária e um novo modelo de atenção a saúde.....	20
3.2 O Agente Comunitário de Saúde como elo entre a equipe e a comunidade.....	23
3.3 As plantas medicinais na atenção primária.....	266
4.METODOLOGIA.....	31
Abordagem e tipo de pesquisa.....	31
4.2 Local e sujeito da pesquisa.....	31
4.2.1 Critérios de inclusão	31
4.2.2 Critérios de exclusão	32
4.3 Coleta e análise dos dados	32
4.4 Aspectos éticos da pesquisa	32
5. ANÁLISE DOS DADOS	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
7. REFERÊNCIA.....	499
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE I	566
APÊNDICE II	599
ANEXO I.....	62

1 INTRODUÇÃO

A utilização das plantas medicinais representa, uma singular prática terapêutica realizada por diferentes grupos étnicos, em diferentes contextos socioculturais. O uso desse recurso no cuidado e na cura de doenças é tão remoto quanto a espécie humana. É possível perceber que essa prática encontra-se arraigada nas mais variadas regiões brasileiras, desde os municípios interioranos aos grandes centros urbanos, é possível deparar-se com a comercialização de plantas medicinais em mercados e feiras ao ar livre, em grandes centros populares e quintais residenciais. (MACIEL, et al. 2002).

É sabido que as plantas medicinais fazem parte dos mais antigos meios terapêuticos utilizados seja na prevenção, promoção ou tratamento das enfermidades, isto é, o emprego de plantas medicinais no cuidado ou na cura das doenças é um costume historicamente constituído na humanidade. (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2007).

Ainda de acordo com Oliveira e Araujo (2007), por se tratar de um conhecimento cultivado, sobretudo, por meio da tradição oral e devido à precariedade de informações evidenciadas sobre os resultados favoráveis e possíveis danos decorrentes da utilização de plantas medicinais, percebe-se que nem sempre a utilização desses recursos é valorizada, por parte dos profissionais de saúde.

Porém, o uso de plantas medicinais é constituído como um dos principais recursos terapêuticos utilizado por grande parte da população brasileira e por mais de 2/3 da população mundial. A esse fato atribui-se como importante motivo para o uso o custo elevado de medicamentos e a baixa condição socioeconômica da população. Assim, o uso das plantas no cuidado a saúde vem sendo perpetuado durante séculos por grande parte da população mundial. Esta prática é influenciada pela crença das populações em seus mais variados grupos, assim como, o aspecto cultural das comunidades que encontra-se arraigado nos mais diversos meios de civilização (ARGENTA, et al. 2011)

Nos últimos anos o uso de plantas medicinais vem sendo motivo de discussões e reflexões, principalmente no âmbito da Atenção Primária (AP) que se constitui como porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, no que

se refere à qualidade e a grande importância de analisarem esses produtos (BRANDÃO; MOREIRA; ACÚRCIO, 2001).

Através do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), o governo federal procura incentivar ações para que se concretize o uso racional desse método, através da promoção de campanhas educativas e de esclarecimento sobre as formas de uso, riscos, benefícios, indicação, posologia e formas de preparo. Todas essas ações podem ser desenvolvidas na AP o que a torna fonte primordial de disseminação desse recurso terapêutico. (BRASIL, 2009).

Assim, o PNPMF contribui para a melhoria do acesso e uso das plantas medicinais, através da formação e capacitação dos profissionais envolvidos na AP, tornando o uso desse recurso mais seguro e racional potencializando os conhecimentos e desmistificando alguns conceitos.

Portanto, é de extrema importância que os profissionais de saúde da AP, que representam atores importantes na utilização desses recursos terapêuticos, participem desta temática, com vistas a estabelecer uma abordagem interdisciplinar, integrando a ciência popular ao conhecimento científico, colaborando para a promoção da saúde e assegurando o acesso aos serviços terapêuticos, contribuindo com a prevenção de agravos e incentivando a liberdade do sujeito no uso desses recursos. (SILVELLO, 2010).

A Atenção Primária tem como característica um quadro de ações à saúde, no domínio individual e na coletividade, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, assim como diagnóstico, tratamento, reabilitação, diminuição dos danos e o mantimento da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral a população. Com isso o ACS, como membro desta equipe, tem a função de acompanhar as famílias por meio de visitas, estar em contato permanente com as famílias, integrar a ESF com a população. (BRASIL, 2012).

Por ser considerado o profissional que atua como elo entre a comunidade e o serviço, o ACS tem um papel importante no resgate desses recursos naturais, de forma a informar, orientar, desmistificar e incentivar o uso de plantas medicinais, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população promovendo a saúde e o bem estar social.

1.1 Relevância e Justificativa

Esse trabalho tem sua relevância pautada na possibilidade de provocar discussões sobre a parceria entre o conhecimento popular e o científico, e trazer reflexões importantes sobre a utilização e informações que os profissionais da AP, em especial o ACS, tem acerca das plantas medicinais, com o intuito de contribuir para o uso racional e seguro dessa terapêutica.

Para a enfermagem, o tema se faz de grande importância, ao possibilitar que o enfermeiro, como profissional integrante da equipe multidisciplinar, possa discutir sobre o uso de plantas medicinais com a equipe de saúde, como também na comunidade, levando em consideração o aspecto cultural da população em relação ao uso de plantas medicinais, e o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária, no sentido de conhecer as plantas utilizadas como também orientar, em alguns casos, sobre benefícios, toxicidade ou dúvidas acerca do uso desses recursos.

Além disso, espera-se que este estudo possa acarretar uma estimada contribuição no que se refere ao reconhecimento, divulgação e emprego desta terapêutica secular, restituindo à população uma forma de tratamento arraigada culturalmente ao meio social, já que é na AP que se pode observar mais de perto as práticas de cuidado culturalmente estabelecidas na comunidade, sendo um local de fácil acesso às informações sobre o uso de plantas medicinais (BASTOS; LOPES, 2010).

Percebeu-se que ainda há a necessidade de estudos aprofundados acerca da temática, uma vez que a PNPMF incentiva essa discussão entre os atores da Atenção Primária. No entanto, para que se possa aprimorar conhecimentos, estabelecer uma participação ativa desses profissionais junto à comunidade, faz-se necessário que os mesmos conheçam as plantas medicinais utilizadas na respectiva área de atuação.

O interesse em desenvolver foi despertado durante a disciplina Terapias Complementares, contida na matriz curricular no Curso de Bacharelado em Enfermagem, na qual foi abordado sobre as práticas integrativas de cuidado. Além disso, por crer no poder terapêutico das plantas, procurei conhecer como se dava o conhecimento sobre esse recurso no âmbito da AP. Acreditando que o ACS é um profissional que detém maior vínculo com a comunidade, surgiram

os seguintes questionamentos: Quais as plantas utilizadas pelos Agentes Comunitários de saúde? Quais as formas de uso dessas plantas? O ACS faz indicação de plantas medicinais na comunidade em que trabalha?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

- Conhecer quais as plantas medicinais utilizadas e disseminadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade onde trabalham.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer quais as formas de uso das plantas medicinais desenvolvidas pelos ACS;

- Averiguar quais os motivos que levam os ACS a utilizarem tais plantas medicinais;

- Investigar se os ACS indicam e/ou incentivam o uso de plantas medicinais na comunidade onde trabalham.

3 REFERENCIAL LITERÁRIO

3.1 A Atenção Primária e um novo modelo de atenção à saúde

A Atenção Primária, como forma de promoção e proteção à saúde, é um meio estratégico para reorganizar o sistema de saúde. Sua forma e divulgação deu-se na Conferência Mundial sobre Atenção Primária em saúde, em 1978, na cidade de Alma Ata (RIBEIRO, 2007).

Este evento foi promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A partir de então, tem-se evidenciado um esforço contínuo para a melhoria da qualidade da Atenção primária assim como novas estratégias para garantir essa melhoria (Ribeiro, 2007).

Foi na Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que teve início o processo de mudança no modelo assistencial, que até então caracterizava-se como hospitalocêntrico, com enfoque apenas na cura da doença, deixando as medidas de prevenção e promoção a saúde em segundo plano.

Nesta mesma conferência foi consentido o conceito da saúde como um direito do cidadão e foi exposto os alicerces do Sistema Único de Saúde, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais (PAIM et al, 2011).

Essas mudanças administrativas estabeleceram os embasamentos para a edificação do SUS. Posteriormente, na assembleia nacional constituinte (1987-88), o movimento da Reforma Sanitária e seus coligados garantiram a aprovação da reforma, apesar de uma oposição caracteristicamente forte de uma esfera privada poderosa e bem articulada (PAIM et al, 2011).

A Constituição de 1988 foi anunciada numa época em que a economia passava por um processo de desestabilização, onde nesse período os movimentos sociais diminuía, a ideologia neoliberal se estendia e a classe trabalhadora perdia o poder de compra. Simultaneamente a Reforma Sanitária, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no serviço de saúde (PAIM et al, 2011).

A mudança no modelo assistencial, com base comunitária, iniciou em 1991, com a criação do programa agentes comunitários de saúde (PACS). Ainda na década de 90, foram criadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), ligado a coordenação de saúde da comunidade (COSAC), esta pertencente ao departamento de operações da fundação nacional de saúde (CRUZ, 2008).

Nesse sentido, a AP começa, então, a ser enxergada como porta de entrada para o serviço de saúde, passando a ser entendida como o primeiro nível de cuidado, o que caracterizou uma mudança significativa na assistência à saúde (RESENDE et al, 2009).

Assim, o PSF vem tornando-se a principal tática para a reorganização da assistência à saúde, e vem proporcionando, às comunidades assistidas pelo modelo de saúde vigente, um atendimento com características preventivas, acolhedoras, integralizadoras e pautadas no atendimento multidisciplinar (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

O PSF, tem sua divulgação inicial em 1994 e é definido como uma forma de assistência à saúde que tem em vista o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde da pessoa, família e da comunidade, empregando o trabalho em equipes de saúde, responsável pelo atendimento a nível local e na comunidade, a nível de atenção primária (AGUIAR, 2011).

O principal objetivo do PSF é atender a população residente nas áreas de risco social indicada pelo mapa de fome criado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), fundamentado pelas características geográficas e como a população é distribuída em seus municípios e o apoio financeiro firmado pelos convênios. A partir de 1996 o PSF, passa a ser considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial em que encontrava-se (AGUIAR, 2011).

Essa estratégia hoje é responsável por uma cobertura populacional de 53,1% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 101,3 milhões de pessoas com um total de equipes de saúde da família de 32.079 e um total de municípios assistidos de 5.284. A população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no nordeste corresponde, até o ano de 2011, de 68,97 o que equivale a 34,7% da população nordestina, o que caracteriza um estágio de expansão (BRASIL, 2011).

Na Paraíba, os dados indicam uma cobertura de quase 90% da população e mais de 630 mil pessoas cadastradas nas 180 unidades de saúde da família. Esses dados passaram a ser registrados a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB (BRASIL, 2011; JOÃO PESSOA, 2010).

A equipe de saúde da família pode dispor do seu horário para outras atividades vinculadas a ESF. Durante a jornada semanal de trabalho (40 Horas) os profissionais podem ter dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe podendo, de acordo com a decisão e autorização prévia do gestor, ser dedicada, até, oito (08) horas da carga horária para prestar serviços na rede de urgência e emergência do município, ou atividades de apoio matricial (NASF), qualificação e/ou educação continuada, como especialização em saúde da família, residência ou medicina da família e da comunidade (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), às equipes de saúde da família são, fundamentalmente, compostas por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal e odontólogo. A esta equipe fica a incumbência de cobertura e de cuidados em média de 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais, com exceção do médico que pode ser contratado por, no máximo, duas equipes de saúde, com cargas horárias de vinte ou trinta horas. A equipe deverá desenvolver ações de proteção e promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Para enfrentar o desafio de mudança no modelo assistencial, é imprescindível uma tomada de decisão e uma mudança de atitude em relação a AP no Brasil. Sabe-se que os desafios são enormes e mudanças geram conflitos porém, são de extrema importância para que se obtenham o resultado a que se pretendem alcançar como uma cobertura maior no território brasileiro.

Sendo assim, no decorrer desses anos muitas mudanças foram vistas no tocante a AP, porém o que se observa é a troca de responsabilidades por parte dos gestores. Após o processo de municipalização que delegou a execução da APS aos municípios, a operacionalização dos estados ficou mais distante. Atualmente, as três esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde,

Estados e Municípios) discute a participação de cada um na execução da APS (EVANGELISTA, 2008).

3.2 O Agente Comunitário de Saúde como elo entre a equipe e a comunidade

A ESF foi influenciada por vários modelos de saúde de outros países. Porém, seu início tem origem com a criação do PACS, criado pela secretaria estadual de saúde do Ceará, e implantado na cidade de Quixadá, em 1987. De acordo com Kluthcovsky e Takaianagui (2006), este padrão impetrou resultados positivos, que serviu como base para a criação do ESF, e em seguida, expandido a todo o país, em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002, criou a profissão de Agente Comunitário, onde o Art. 3º cita que para ser um Agente Comunitário de Saúde o indivíduo deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão como: residir na área em que pretende atuar; curso de qualificação básico para a formação de Agente Comunitário de Saúde completo; haver concluído o ensino fundamental (KAULING et al, 2013).

Ao passo que o Art. 3º da lei 11.350/06 cita que o ACS tem em suas atribuição atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, frente a ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em consonância com as diretrizes do SUS e sob supervisão dos gestores das três esferas (BRASIL, 2006).

Os profissionais ACS são parte imprescindível para o aperfeiçoamento e consolidação da ESF, uma vez que as principais atividades desse programa são realizadas por meio deste profissional (KAULING et al, 2013).

Galavote e colaboradores (2011), defendem que a inclusão do ACS no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) está ajustada na relação de vínculo e no elo criado com o serviço e a comunidade, o que o volve como um forte intercessor dos conflitos da comunidade, por atender as diversas ações de saúde.

A escolha dos ACS é um processo seletivo de provas e títulos respaldado no art. 8 da lei 11.350/06, feito dentro da própria comunidade para

operarem junto à população. Estes profissionais se individualizam como um recurso humano essencial e estratégico para a prática de ações de promoção da saúde, agilizando o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade. O ACS precisa trabalhar com descrição de famílias em uma certa área geográfica determinada, sendo responsável pelo acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

Os ACS, tem, em sua função, grande relevância para a consolidação e aprimoramento da estratégia saúde da família. As ações de desenvolvimento das equipes se dá através do trabalho comunitário dos ACS que são escolhidos dentro da comunidade em que irão atuar para, assim, melhor desenvolver as ações propostas pela filosofia do programa.

Como afirma Marzari; Junges e Selli (2011), o ACS é considerado o elo que une a equipe de saúde da família e a comunidade, contudo para que esse vínculo possa ser possível é necessário um bom desempenho e amplitude no seu trabalho. O ACS apresenta-se como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde possibilitando o desenvolvimento da função.

A realidade de trabalho dos ACS é dura e requer um comportamento dinâmico e seguro no atendimento às famílias da comunidade que assiste. Sossai e colaboradores (2010), defendem que para proporcionar uma assistência à saúde qualificada é fundamental apossar-se de conhecimentos peculiares e ter um relacionamento apropriado entre a equipe de saúde e a família, necessitando considerar suas inseguranças e opiniões.

Dessa maneira, é crucial apreciar, na assistência à comunidade, a influência da cultura sobre a saúde de cada pessoa inserida em sua família, reverenciando suas crenças e práticas de saúde, seus valores e papéis familiares, sua forma de comunicação e enfrentamento familiar (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

O perfil do ACS pode variar de acordo com a realidade em que se insere, porém, em sua totalidade levando em consideração a política do SUS, o agente precisa ter como característica universal conscientização, mobilização e organização social da comunidade, confirmando assim seu papel social. O perfil profissional do ACS tende para competências voltadas para a comunidade e para a equipe profissional (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Dessa forma, o perfil do ACS é bastante abrangente pela necessidade de reconhecer-se parte integrante da equipe multiprofissional, os agentes tentam alcançar o conhecimento técnico para tentar nivelar-se aos demais profissionais da equipe de saúde, porém, seu conhecimento cultural lhes permitem a legitimidade de sua função dentro da comunidade (MARZARI; JUNGUES; SELLI, 2011).

Santos e Fracolli (2010), afirmam que o perfil do ACS se sustenta em cinco pontos fundamentais como integrar a equipe à população, planejar e avaliar as ações, promover a saúde, prevenir e monitorar os fatores de risco, bem como prevenir e monitorar os grupos suscetíveis.

Com isso, espera-se que o trabalho destes profissionais (ACS), possibilite a realização de ações que gerem o fortalecimento da comunidade e aumente a capacidade da mesma para que possa enfrentar, de forma clara, consciente e responsável, seus problemas de saúde.

Assim, podemos pensar que o trabalho cotidiano do ACS requer atualização permanente. Por isso, é fundamental a oferta de cursos de formação continuada, que devem ser ofertados pelas secretarias de saúde. Todavia, essa formação e educação permanente não podem dar-se de forma isolada e fora do contexto social do ACS (SOUSA; HAMANN, 2009).

Sossai e colaboradores (2010), afirmam que a formação dos agentes comunitários de saúde é fundamentada em aptidões práticas, éticas e humanísticas que conglomeram vários tipos de saberes, como a interação com as pessoas e seu meio social, respeitar os valores, as culturas e individualidades em sua prática profissional, propor alternativas nas mais diversas situações de modo ativo.

Ainda de acordo com os autores supracitados o ACS deve ter como características discutir junto à equipe de saúde na solução ou encaminhamento de problemas levantados, ponderar sempre a atribuição e a oportunidade na decisão junto aos procedimentos realizados, ter espírito de equipe, com a finalidade de defender o arranjo e eficácia das práticas de saúde, e ser crítico quando tratar dos seus direitos e deveres como profissional (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

Com relação ao trabalho do ACS, vários aspectos podem ser observados como ofertar apoio à comunidade diretamente nos domicílios,

observando questões fora do contexto da saúde, entre outras questões que podem ser acompanhadas pela unidade de saúde. Fornecer orientação, assim como conduzir e acompanhar os processos relevantes à população da comunidade que assiste (KAULING et al, 2013).

Assim, para que a implementação do sistema único de saúde (SUS) ocorra de forma consistente e situado diante dos usuários, o ACS, configura-se como maestro em sua área de atuação, promovendo a conexão dos serviços de saúde na Atenção Primária à saúde e as pessoas da comunidade. (KAULING et al, 2013).

3.3 As plantas medicinais na Atenção Primária

O uso de plantas medicinais na terapêutica, assim como na prevenção de moléstias, remonta desde os tempos antigos, porém, é ainda muito utilizado no habitual das comunidades. Mesmo com os avanços acerca do conhecimento das plantas medicinais, podem ser observados alguns obstáculos quanto ao seu uso adequado, o que se observa, principalmente, nas comunidades mais carentes (MENDONÇA et al, 2013).

As plantas medicinais contêm substâncias bio-ativas com propriedades terapêuticas, profiláticas ou paliativas. Várias destas plantas são venenosas ou pelo menos ligeiramente tóxicas, devendo ser usadas em doses muito pequenas para terem o efeito desejado (Associação Holística de Participação Comunitária Ecológica, 2007).

Há um amplo número de espécies em todo o planeta, utilizadas desde tempos pré-históricos na medicina popular de vários povos. As plantas medicinais são empregadas pela medicina atual (fitoterapia) e suas propriedades são analisadas nos laboratórios farmacêuticos, com o intuito de isolar as substâncias que lhes atribuem propriedades medicinais (princípio ativo) e assim, produzir novos fármacos (Associação Holística de Participação Comunitária Ecológica, 2007).

Mesmo com os avanços acerca do conhecimento das plantas medicinais, podem ser observados alguns obstáculos quanto ao seu uso adequado, o que se observa, principalmente, nas comunidades mais carentes (MENDONÇA et al, 2013).

É com a chegada da estratégia de saúde da família (ESF) como eixo norteador do modelo de saúde atual, que surge para os profissionais a necessidade de trazer à tona o saber popular relativo às plantas medicinais, assim como sua forma de utilização e seus efeitos atuais (SPAGNUOLO e BALDO, 2009).

Spagnuolo e Baldo (2009), defendem que, no que concerne ao uso das práticas alternativas, conhecer o modo e as sugestões dessas práticas de cura como o uso de plantas medicinais nas comunidades possibilita aos profissionais de saúde, em particular a enfermagem, o ingresso de programas de educação para a saúde culturalmente estabelecidos e voltados principalmente para garantir essa prática.

Macedo e Dantas (2009), afirmam que após a declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS vem mostrando o seu posicionamento com relação a importância da utilização de plantas medicinais nos estabelecimentos de saúde, uma vez que grande parte da população mundial (cerca de 80%) faz uso desse método no propósito de resolver os problemas de saúde.

Suassuna (2011), aponta que a grande benesse no uso de plantas medicinais na Atenção Primária é que ela preencherá os métodos preventivos e curativos a serem desenvolvidos na comunidade, uma vez que a política de saúde que respalda a PSF ressalta atenuar as hospitalizações, o qual é obtido pela Atenção Primária a comunidade, ofertando a assistência e a recuperação da população.

Para isso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, trouxe, entre suas sugestões, o ingresso de práticas alternativas de proteção à saúde no campo dos serviços de saúde, permitindo ao usufrutuário o acesso democrático de eleger o tratamento preferido. Em conformidade com as ações para a inclusão de plantas medicinais no SUS, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1991, perfilhou o uso dessa terapêutica, uma vez que desenvolvida sob a gerência de um médico. No ano de 1992, o MS regulamentou esse exercício como prática terapêutica, o que estabeleceu supervisão do estado e expôs a necessidade de regulamentação para o desenvolvimento de recursos humanos. (BRASIL, 2006).

Em 1996, a décima Conferência Nacional de Saúde sugeriu a inclusão, no SUS, das práticas de saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia,

apreciando as terapias alternativas e práticas populares. Os fóruns para a discussão da proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, em 2001, e o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, a primeira Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, apresentaram informações para a normatização das atuações governamentais no campo da saúde para plantas medicinais e fitoterápicos. (BRASIL, 2006).

O governo federal estabeleceu o grupo de trabalho para criação do PNPMF que, em consonância com a política nacional, constitui ações pelos múltiplos parceiros, em torno de objetivos comuns que garantam o uso seguro e coerente de plantas medicinais e fitoterápicos, ampliando métodos e inovações, para a garantia do uso sustentável da biodiversidade brasileira (BRASIL, 2009).

Por sua vez, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, indica a inclusão das plantas medicinais e fitoterapia, entre outras práticas, como alternativas terapêuticas no serviço público de saúde (BRASIL, 2006).

Figueiredo (2008), afirma que o saber popular vem tendo destaque na percepção científica dos profissionais de saúde. A autora atribui tal interesse ao fato de o saber acadêmico, com princípio intelectual, não conseguir por si só, promover saúde entre os povos.

Nesse sentido, Figueiredo (2008), defende que, enquanto atividade social, a enfermagem deve equipar-se de subsídios discursivos e de práticas que possam avaliar a participação ativa e indagatória da população em busca de alternativas terapêuticas capazes de operar em prol de seus interesses próprios e seu anseio pela saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), aquele que optar pela prescrição de fitoterápicos deve buscar pelo equilíbrio natural da saúde da pessoa tratada, ou de sua família, tendo como objetivo entender a população, suas formas de vida, seus conceitos e seu modo de adoecimento de forma mais compreensiva, atentando para além da doença em si.

Quanto a avaliação clínica e evolução dos pacientes, independentemente de como é provida a planta medicinal ou fitoterápico, cabe

os mesmos procedimentos de outras formas de clinicar, aconselha-se a preparação de protocolos clínicos para o tratamento de doenças diagnosticadas, subsidiados por conceitos científicos, seguindo o contexto das linhas de cuidado (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva faz-se necessário a compreensão de que os usuários do serviço de saúde não se apresentam como folhas em branco, onde o profissional pode transmitir o que concluiu sobre o paciente e emitir suas prescrições, uma vez que, ao procurarem o serviço para serem atendidos, trazem consigo suas próprias percepções a respeito de seus problemas e uma teia de credices sobre métodos alternativos de cura (SIQUEIRA et al, 2006).

Assim, o indivíduo se configura como sujeito do cuidar. Contudo, representa adversidade, sua posição como participante nesse cenário, é fundamental no processo de cuidar da enfermagem, caracterizando sua importância na escolha do tratamento a que deve se submeter (FIGUEIREDO, 2008).

Figueiredo (2008), defende que para a enfermagem apoiar sua prática embasada no cuidado através das plantas, uma forma alternativa seria educação em saúde fazendo do seu ambiente de cuidado uma espécie de laboratório, e, assim criar uma relação de cumplicidade com a clientela, comprometendo-se com o cuidado.

Baldke e colaboradores (2011), sugerem que o cuidado conseguido através de plantas medicinais é adequado à saúde das pessoas, uma vez que o usuário possa conhecer antecipadamente o seu objetivo, os riscos e seus benefícios. Além disso, o profissional que presta assistência a essas pessoas deve apreciar esse exercício de cuidado popular, desenvolvendo um cuidado particular, situado em suas crenças, valores e modo de vida.

Dessa forma, acredita-se na precisão de um maior conhecimento desse conteúdo pelos profissionais de enfermagem, sendo esta uma forma de conhecimento popular que pode ser empregada como um utensílio de aproximação, dando autonomia e valorizando a cultura da comunidade assistida pelos profissionais enfermeiros (BALDKE et al, 2011).

Ainda com relação ao uso de plantas medicinais na Atenção Primária, uma vantagem desta prática é um maior incorporamento da comunidade e dos profissionais de saúde no tocante a essa forma de cuidado, proporcionando

maior envolvimento do usuário na terapêutica, instigando sua autonomia e corresponsabilização (BATISTA e VALENÇA, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem e tipo de pesquisa

Segundo Marconi e Lakatos (2008), a pesquisa pode ser refletida como um processo protocolar que incentiva a prática do pensamento crítico com manejo de cunho científico e configura-se como a porta para se conhecer a realidade e suas variações.

Esta pesquisa está enquadrada como uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório. De acordo com Dalfovo, Lana e Silveira (2008), os estudos de campo quantitativos são conduzidos por uma amostra de pesquisa onde o pesquisador parte de modelos conceituais de referência tão bem organizados quanto possível, a partir dos quais estabelece suposições sobre os elementos e condições que pretende pesquisar.

4.2 Local e sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Cuité – PB, Brasil, que fica localizada na microrregião do curimataú paraibano distante 223 KM da capital João Pessoa. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), sua população está estimada em 20.299 habitantes. O município possui ainda uma área territorial de 741. 840 Km. O município fica a uma distância da capital João Pessoa de 212 Km. A fonte de renda da cidade se baseia em agricultura, pecuária, extração vegetal, silvicultura e o comércio. A cidade de Cuité dispõe de nove (9) equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo cinco localizadas na zona urbana e quatro na zona rural e com um total de cinquenta e dois (52) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos da seguinte forma: trinta e dois (32) zona urbana e vinte(20) zona rural.

A Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde para participar desta pesquisa foi de forma aleatória e voluntária, porém foram observados se todos estão ativos em suas respectivas áreas de atuação e seguido os critérios de inclusão.

4.2.1 Critérios de inclusão

Ter mais de 18 anos;

Estar trabalhando como ACS há pelo menos seis meses;

Estar ativo na unidade de saúde em que atua.

4.2.2 Critérios de exclusão

Estar temporariamente afastado da unidade;

Estar a menos de 6 meses trabalhando como ACS

4.3 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados foi feita com base em um questionário contendo questões relativas as informações sobre plantas medicinais conhecidas, utilizadas e indicadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Os dados foram coletados no período de 04 à 18 de dezembro de 2014.

O primeiro contato com os ACS se deu através de abordagem pessoal. Ao chegar nas unidades apresentei-me como pesquisador, descrevendo como seria feita a coleta, assim expus os parâmetros da pesquisa e todos aceitaram espontaneamente. Os dados foram coletados a partir da exposição do questionário, foi feita leitura anterior das alternativas, e em seguida distribuído para que os ACS respondessem individualmente. O encontro com os profissionais foi realizado nas unidades onde trabalhavam, nas residências e em outros lugares por eles agendados.

A análise do material coletado foi realizada através de tabulação dos dados e discutidos através de literatura relacionada a temática em questão.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Ao tratar-se de uma pesquisa desenvolvida com Agentes Comunitários de Saúde e, assim, envolver seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do centro de formação de professores da Universidade Federal de Campina Grande para análise. Sendo assim, a coleta de dados foi principiada após sua aprovação, sob n. CAAE:40213014.4.0000.5575, de acordo com as exigências impostas pela resolução 466/12 que orienta a prática de pesquisa com seres humanos.

Aos participantes, foram repassadas as informações pertinentes a pesquisa e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com suas devidas assinaturas onde os participantes concedem, voluntariamente, a participação na pesquisa podendo, a qualquer momento do

processo de coleta de dados, retirar-se do mesmo sem sofrer o risco de qualquer possível penalização ou dano pessoal.

Aos participantes da pesquisa sobre USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, foi garantido o anonimato, garantindo assim sua privacidade nas informações colhidas.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo visa a apresentação e análise dos dados obtidos dos agentes comunitários de saúde do município de Cuité – PB, referente as questões sobre plantas medicinais. No início, foi realizada uma caracterização dos envolvidos na pesquisa e logo em seguida os dados referentes ao uso de plantas medicinais. As respostas foram dispostas através de gráficos e debatidos sob o olhar da literatura pertinente.

5.1 Caracterização do dos Sujeitos

Foram entrevistados 32 Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité – PB que corresponde a 61,5% (32) de um total de 52 profissionais e estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 1: Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

SUJEITOS	SEXO		IDADE			NÍVEL EDUCACIONAL			TEMPO DE TRABALHO	
	M	F	18-25	26-35	36 OU+	F	EM	S	2 a 5 anos	+ de 5 anos
ACS	1	31	2	8	22		29	3	5	25
%	3,2	96,8	6,25	25	68,75		90,6	9,4	15,6	78,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Como mostra a tabela acima, 96,8% (31) são ACS do sexo feminino enquanto que 3,2% (1) é do sexo masculino. De acordo com Saliba et al (2011), há uma predominância da mulher como batalhante em serviços de saúde e como usuária mais frequente da rede pública, o que se reverte em uma situação cômoda quando tem o papel de principal cuidadora da família, pois passa a estar oportunamente organizada e conscientizada.

De acordo com a história, a área de trabalho no campo da saúde é um lugar de agrupamento de afazeres genuinamente feminino. O âmbito da saúde tem se assinalado pela forte vivência da divisão sexual do trabalho onde, predominantemente, as mulheres operam nas funções voltadas fundamentalmente ao cuidar (PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008).

As idades dos participantes da pesquisa variam entre 25 e 60 anos. Observando-se então que os mesmos, encontraram-se dentro da faixa etária indicada pelo Ministério da Saúde, que é acima de 18 anos. Com isso a predominância da pesquisa situa-se da seguinte forma: acima de 36 anos (65 %), seguidos de 26 a 35 anos (21 %), 18 a 25 anos (3.1 %).

Acredita-se que os ACS que tem mais idade, são mais propícios a distinguir melhor a comunidade, tem mais conexões e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, acrescidos de experimentos próprios ou alheios, assim, podem ser mais conservados a novos conceitos pertinentes à promoção da saúde na comunidade em que atua. Por outra ótica, os ACS mais jovens não conhecem a fundo à comunidade, com um menor envolvimento, contudo, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais acessíveis às alterações e às inovações (FERRAZ; AERTS, 2005).

O nível de formação dos ACS que participaram da pesquisa foi bastante satisfatório, dos 32 participantes da pesquisa 90,6 % (29) relataram que tem o ensino médio, e 9,4% (3), nível superior. Portanto todos os ACS participantes da pesquisa enquadram-se dentro do nível de formação exigido pelo Ministério da Saúde que congrega que o ACS deve ter, ao menos, o ensino fundamental.

Para ser um ACS, de acordo com a Lei 11.350/06, que substituiu a Lei 10.507/02, é imprescindível a observância de três requisitos: residir na área da comunidade em que atua; ter concluído, com mérito, curso de formação inicial e continuada e haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006).

Com o intuito de proferir estratégias para a ascensão da escolaridade, profissionalização e educação permanente do ACS foi instituído o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde. O mesmo é conseguido em três etapas formativas totalizando 1200 horas-aula. Sendo a primeira proposta a todos os ACS implantados no SUS, independentemente do nível de formação escolar; a segunda etapa dedica-se para os que completaram ou estão percorrendo o Ensino Fundamental; a terceira etapa destina-se ao ACS que concluiu ou está obtendo, simultaneamente o Ensino Médio. (HERCULANO et al, 2011).

Quanto ao tempo de trabalho, destaca-se que 78,1 % (25) dos ACS tem mais de 5 anos na atividade, enquanto que 15,6 % (5) tem entre 2 e 5 anos como ACS. Segundo Barros et al (2010), a década de 1990 foi caracterizada por um comportamento contraditório: no mesmo momento ocorreu a inclusão dos agentes comunitários sem escolaridade, como o PACS, e o implante de programas nacionais de formação com cobrança de escolaridade para os profissionais de enfermagem em geral.

O reconhecimento da influência positiva do agente comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica induziu o Ministério da Saúde - MS a congregar essa atividade aos serviços de saúde. Assim, foi oficialmente designada a atividade de ACS em um programa exclusivo, em 1991. Os ACS não compunham uma categoria deliberada, não tinham escolaridade definida e não participavam da equipe de saúde, embora estivesse sob a supervisão do enfermeiro. O desígnio desses profissionais era a de serem educadores constantes e elos entre o ambiente de saúde e a comunidade. (BARROS et al, 2010).

Com relação ao trabalho do ACS e sua relevância frente à comunidade, Marzari, Junges e Selli, (2011), afirmam que, para o atendimento das demandas da comunidade, a integração do agente com a equipe profissional é parte fundamental, pois é da harmonia dos sujeitos enredados nas atividades que depende a resolutividade das ações que apreciam as necessidades da comunidade.

Ainda sobre o trabalho do ACS na comunidade, Fernandes (1992), afirma que o trabalho de observação, verificação e colheita de casos importantes, e a preparação de pareceres de atuação, são extremamente facilitados pelos agentes, isso se dá devido as informações que possuem da comunidade e da área de atuação, além do favorecimento da relação do serviço de saúde com outros órgãos e a comunidade em sua totalidade.

De acordo com Marzari; Junges e Selli, (2011), o ACS não pode pretender desempenhar o papel dos outros profissionais de saúde. Como pessoas do povo, identificam-se às particularidades e aos aspirações do povo, preenchendo os vazios da equipe por distinguirem as necessidades de sua comunidade. É imprescindível conscientização do ACS para o valor do seu conhecimento seletivo alcançado pela pertença à sua comunidade.

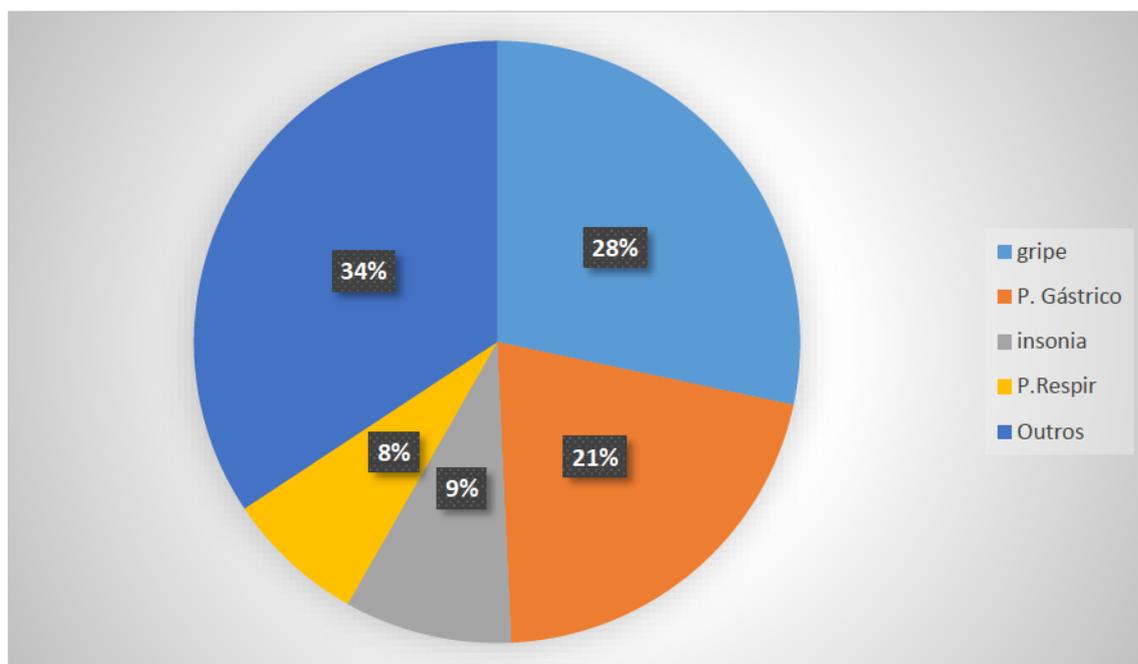
No arranjo da força de trabalho na AP, um diferencial marcante no plano assistencial, mora na inserção do agente comunitário de saúde na equipe do ESF. Contudo, na região Nordeste, o início e a grande expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tornaram a presença deste profissional bastante freqüente. (TOMASI, et al. 2008).

É importante que o ACS conheça as plantas medicinais utilizadas em sua comunidade de atuação, para que possa com conhecimento de causa, orientar a população com relação ao uso correto das plantas, a forma mais indicada, os riscos de toxicidade, doses excessivas, os tipos de plantas mais indicadas para cada enfermidade.

Assim, é de fundamental importância o conhecimento dos ACS sobre plantas medicinais na comunidade em que atua, uma vez que o uso indiscriminado pode acarretar sérios problemas de saúde, pois faz sabido que plantas medicinais têm seus efeitos tóxicos causando desconforto as pessoas.

Com base nesse contexto, dos 32 ACS que responderam ao questionário, destes, 75% (24) responderam que utilizam plantas medicinais em seu dia a dia e 25% (8) responderam que não. Nesse sentido, os que utilizam responderam quais os principais motivos que levam ao uso das plantas, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 1: Circunstâncias em que os ACS usam as plantas medicinais.



Fonte: Dados da pesquisa, dezembro, 2014. Cuité – PB.

A gripe foi o principal motivo citado pelos ACS, para o uso de plantas medicinais com (19) 28%, seguido de Problemas Gástricos (14) 21%, Insônia (6) 9%, Problemas Respiratórios (5) 7%. De acordo com Brito, Dantas e Dantas, (2009), em estudo realizado no município de Lagoa Seca – PB com um grupo de mulheres do sindicato rural, para analisar a indicação terapêutica das plantas, o principal motivo da utilização de plantas medicinais também foi a gripe, levando a constatar que por ser uma enfermidade de fácil contágio e que se tratada de forma precoce não evolui para um estado mais grave, a primeira terapêutica de escolha pode ser a base de plantas medicinais.

Ainda corroborando o gráfico acima, Mosca e Loiola, (2009), em estudo realizado na cidade de Natal– RN, descobriu-se que a gripe é problema de saúde no qual se mais utiliza as plantas medicinais como forma de cuidado. Santos et al, (2011), afirmam que em comunidade do semi-árido da Paraíba, as afecções do trato respiratório estão entre os mais frequentes na população pesquisada, o que também condiz com esse estudo que aponta a gripe, o resfriado como maior motivo da utilização de plantas.

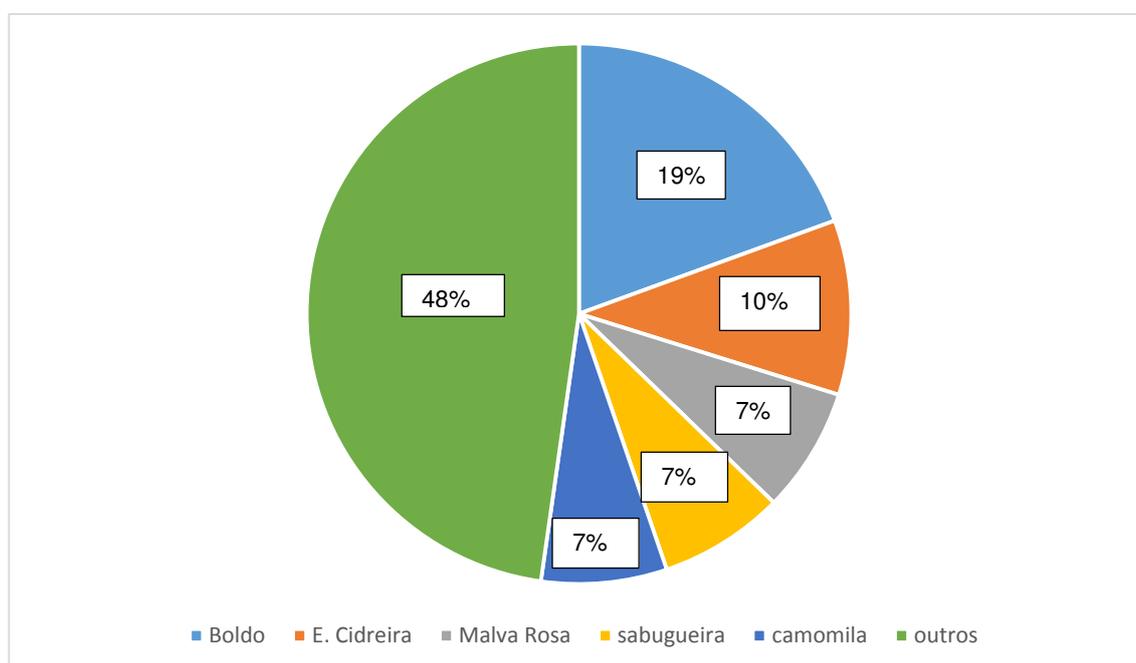
No entanto, em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, o principal motivo do uso de plantas medicinais foram problemas gastrointestinais, estes problemas apresentados nessa região do Brasil ocorre devido ao alto consumo

de carne vermelha. Nesse estudo, os problemas gástricos ficou em segundo lugar com (14) 21% (ARGENTA et al, 2011).

Em relação a insônia, motivo que leva 9% dos ACS a utilizarem plantas medicinais, em outros estudos realizados na paraíba, ela aparece em segundo lugar como indicação para o uso desse recurso (BRITO; DANTAS; DANTAS, 2011).

Com relação as plantas medicinais mais utilizadas pelos ACS, destacaram-se as seguintes:

Gráfico 2: Plantas Medicinais utilizadas pelos ACS.



Fonte: Dados da pesquisa, dezembro, 2014. Cuité – PB.

A planta mais utilizada por esses profissionais foi, Boldo (*Plectranthus barbatus Andrews*) (13) 19%, em seguida a Erva Cidreira (*Melissa officinalis L*) (7) 10%, em terceiro lugar a Camomila (*Matricaria recutita*) com (5) 7%, Malva Rosa (*Malva sylvestris*) (5) 7%. Dentre outras plantas citadas tiveram: None (*Morinda citrifolia*), Couve (*Brassica sylvestris*), Batatinha (*Solanum Tuberosum*), Eucalipto (*Eucalyptus grandis*) Papaconha, Mastruz (*Chenopodium ambrosioides*), Erva doce (*Pimpinella anisum L*), Canela (*Cinnamomum zeylanicum*), Anis Estrelado (*Illicium verum*), Hortelã (*Mentha spicata*), Óleo de Coco (*Cocos nucifera Linnaeus*), Arruda (*Ruta graveolens*),

Endro (*Anethum graveolens*), Alecrim (*Rosmarinus officinalis*), Semente de Sucupira (*Pterodon pubescens Benth*), Romã (*Punica granatum*), Chá Verde (*Camellia sinensis*), Quebra Pedra (*Phyllanthus niruri*), Flor de Catingueira (*Caesalpinia pyramidalis Tul*), Casca de Aroeira (*Schinus molle L.*), Cebolinha (*Allium schoenoprasum*).

Dentre as outras plantas citadas na pesquisa, algumas são utilizadas para problemas como a gripe e resfriado que são: Erva-Doce, Sabugueiro, Alecrim, Arruda. Essas plantas auxiliam no combate a problemas respiratórios dentre suas funções (PILLA; AMOROZO; FURLAN, 2006).

Em estudo realizado no município de Queimadas, no Semi-Árido da Paraíba, observou-se, segundo Santos, et al, (2011), que o Boldo é citado inúmeras vezes, porém, não caracteriza a planta mais utilizada pelos entrevistados, o que nesse estudo como mostra o gráfico acima, o Boldo aparece em primeiro lugar como a planta medicinal mais utilizada.

Embora a gripe tenha sido a principal circunstância para o uso das plantas, o boldo foi a planta mais utilizada segundo esses profissionais, o que caracteriza uma contradição quanto a correspondência da planta com o problema citado, uma vez que, de acordo com Suzuki (2013), o boldo é utilizado para problemas gástricos e hepático e apresenta índice teratogênico e abortivo.

Frente a esses dados, pode-se insinuar que o uso de plantas no cuidado à saúde nem sempre está condicionado à lógica de propriedades de cada erva. Ou seja, o indivíduo ao se sentir doente pode procurar qualquer tipo de erva, mesmo que esta não seja a mais indicada para sua enfermidade.

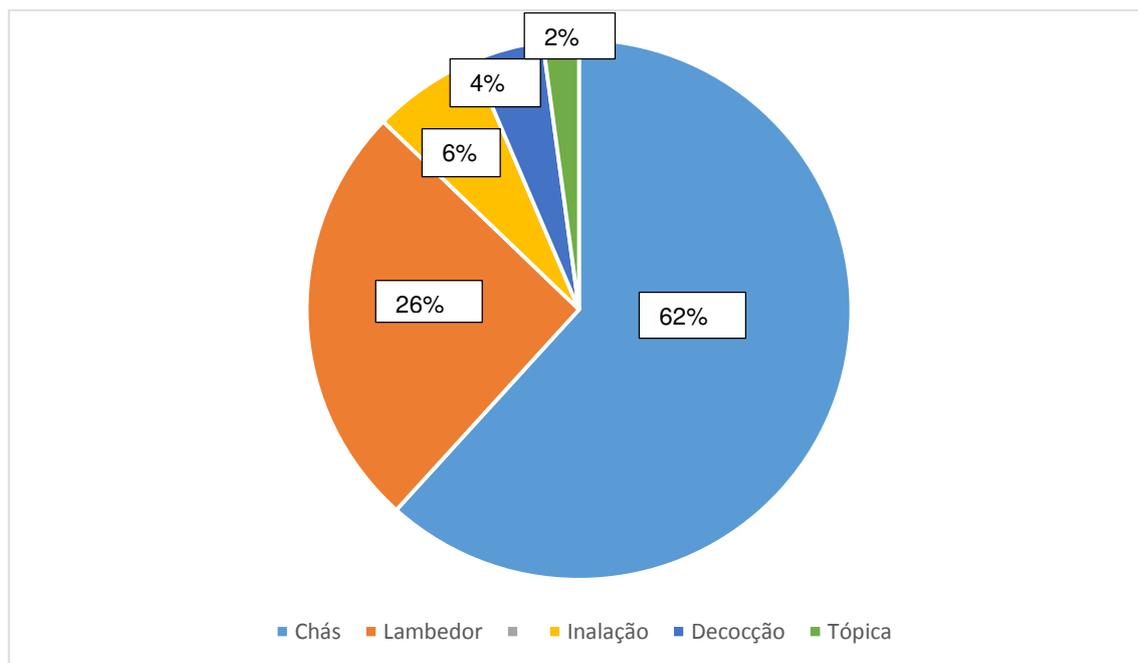
De acordo com Pontes et al (2013), em estudo realizado com um grupo de gestantes no município de Cuité–PB, o Boldo foi a planta mais citada entre as participantes, corroborando com o gráfico acima.

De acordo com Oliveira e Araújo (2007), a erva cidreira possui ações confirmadas como calmante e antiespasmódica, proporcionando também atividade analgésica. Em estudo realizado com um grupo de idosos no município de Fortaleza –CE, a erva-cidreira foi a segunda planta mais citada assim como nesse estudo onde a erva cidreira também aparece como a segunda mais citada.

Segundo Santos et al (2009), a erva-cidreira tem ação digestiva, confirmando assim a utilização para problemas gástricos que nesse estudo aparece como o segundo motivo pelo qual os ACS utilizam plantas medicinais.

A forma de uso das plantas medicinais também foi muito variada entre os sujeitos do estudo, dessa forma foi criado o gráfico abaixo.

Gráfico 3: Formas de Uso de Plantas Medicinais.



Fonte: Dados da pesquisa, dezembro, 2014. Cuité – PB.

No gráfico acima observou-se que, em sua maioria, as formas de uso de plantas medicinais foi o chá (29) 62%, seguido do lambedor com (12) 26%.

De acordo com Lucena et al (2013), em estudo realizado em uma cidade do Curimataú paraibano, foi visualizado que a principal forma de uso de plantas medicinais é o chá, corroborando com os resultados encontrados.

Outra pesquisa, realizada na região Nordeste, também mostra resultados parecidos com o obtido nesse estudo, onde o chá foi tido como a forma mais utilizada para o aproveitamento de ervas medicinais e o lambedor ficou em 3 lugar na pesquisa (BATISTA; OLIVEIRA, 2014).

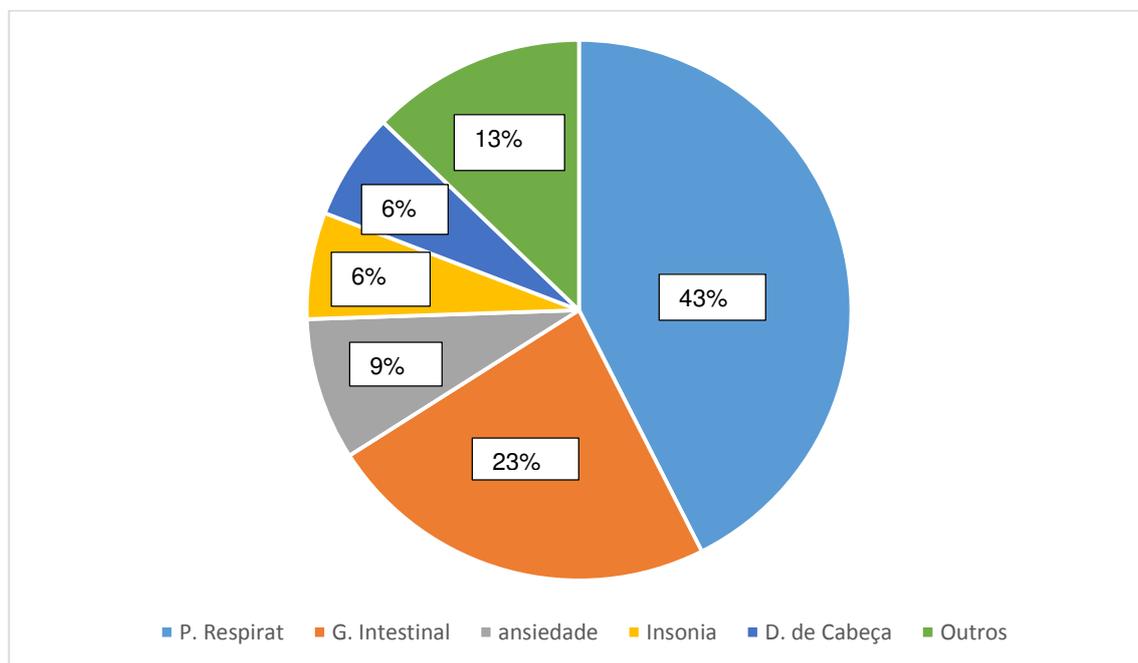
O Ministério da Saúde (2012) define chá como sendo uma forma líquida obtida pela extração a quente com água, preparadas para uso imediato a partir

de plantas frescas ou secas. Dependendo da parte da planta utilizada e dos seus constituintes ativos, são preparados por infusão ou por decocção.

O lambedor é caracterizado como uma solução de açúcar com elevada concentração, próxima à saturação. O alto conteúdo em açúcar fornece uma moderada/elevada viscosidade e densidade ao produto. Quando se destinar ao uso em pacientes diabéticos, pode-se substituir a sacarose por solução de sorbitol a 70% ou pela utilização de sacarina como adoçante de uma solução aquosa de viscosidade comparável à do xarope simples, alcançada com o uso de espessantes como a carboximetilcelulose sódica (BRASIL, 2012).

Também foi questionado se os ACS indicavam o uso de plantas medicinais na comunidade em que trabalham. Do total de 32 ACS entrevistados, (25) 78,13% afirmaram a indicação. As recomendações dos profissionais, para a utilização desse recurso terapêutico, foram as demonstradas no gráfico a seguir:

Gráfico 4: Indicações das Plantas Mediciniais.



Fonte: Dados da pesquisa, dezembro, 2014. Cuité – PB.

Segundo Batista e Oliveira (2014), a indicação mais observada de plantas medicinais foi para problemas respiratórios, o que condiz com o gráfico acima. Seguido de problemas digestórios.

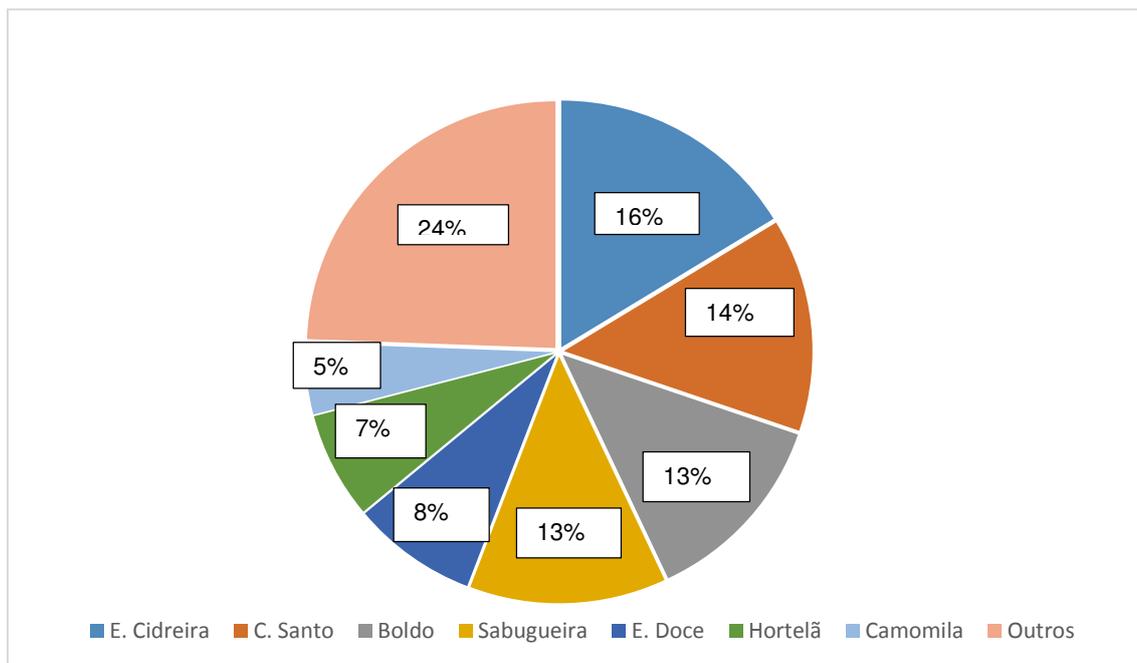
De acordo com pesquisa realizada por Santos et al (2011), as doenças do aparelho respiratório tiveram um elevado índice de indicações para o tratamento com plantas, isso se dá ao fato de a população está exposta aos fatores desencadeantes dessas infecções como exposição prolongada ao sol, vento, poeira por tratarem de ser trabalhadores rurais.

Observou-se que tanto o uso das plantas pelo ACS, como também a indicação para a comunidade estão em consonância com afecções do aparelho respiratório. Mesmo que no gráfico acima não tenha revelado o termo gripe, acredita-se que esta faz parte das afecções que afetam o aparelho respiratório.

Também foi questionado se os ACS discutem em equipe sobre o uso de plantas medicinais na Atenção Primária, onde obteve-se os seguintes resultados: Do total de 32 ACS, (16) 50% ACS apontaram que discutem junto com a equipe de trabalho sobre plantas medicinais, e (16) 50% não. Além disso, (31) 99% dos profissionais que responderam o questionário, acreditam ter conhecimento das plantas medicinais mais utilizadas na comunidade ao qual estão inseridos.

Com base nas informações sobre o conhecimento dos ACS sobre as ervas medicinais mais utilizadas na comunidade, foi criado o seguinte gráfico.

Gráfico 5: Plantas medicinais mais utilizadas na comunidade.



Fonte: Dados da pesquisa, dezembro, 2014. Cuité – PB.

Em estudo realizado no município de Gurinhém – PB, com um grupo de moradores, Soares, et al. (2009), afirmam que a planta medicinal mais utilizada foi o capim santo, corroborando com os resultados apresentados no gráfico acima, o capim santo ficou em segundo lugar, no qual teve a erva cidreira em primeiro lugar e foi citada por (14) 16% dos sujeitos pesquisados. A erva Cidreira, com propriedade digestiva e ação antigripal, o que configura o uso para problemas respiratórios.

Quando questionados sobre a participação de eventos relacionados a essa temática, (26) 81,25% responderam afirmativamente. Esse dado revela que discussões sobre práticas integrativas deve estar presente, para que se possa estabelecer informações mais seguras sobre esses recursos e discutir junto à comunidade seus benefícios e contra indicações.

O Ministério da Saúde preconiza em sua política de saúde a utilização de plantas medicinais através da práticas integrativa e complementares como forma de orientar o uso racional dessa prática, atribuindo conhecimento científico a equipe de saúde em que o ACS está inserido. (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), como fonte norteadora do conhecimento de plantas medicinais, vem de forma prática, orientar as ações desenvolvidas neste estudo, dando embasamento de

cunho científico, técnico e prático sobre o uso racional dessa cultura milenar presente nos dias atuais.

Além disso, a PNPMF propõe que no âmbito da Atenção Primária deve ocorrer discussões acerca do uso desses recursos naturais, pois configura-se como porta de entrada desta terapêutica uma vez que está mais próxima da comunidade. Porém, neste estudo observou-se que somente 50% referiu diálogo com a equipe de saúde sobre a temática em questão, apontando que é necessário maior envolvimento na efetividade da política.

Com base nisso, Carvalho e Botelho (2008), afirmam que é de fundamental importância e faz-se necessário uma capacitação incluindo os ACS em seu espectro da realidade local, na qual a sociedade segue uma tradição do uso de plantas medicinais, no intento de potencializar os seus conhecimentos acerca de plantas medicinais.

Diante desse contexto e com base nos relatos da pesquisa, torna-se interessante a precisão da capacitação desses profissionais, com o intuito de garantir uma assistência qualificada no campo das práticas integrativas nos vários cenários do sistema de saúde. (PARANAGUÁ, et al. 2008).

Além de conhecer as plantas medicinais na comunidade é importante que os ACS tenham conhecimento dos efeitos tóxicos. Ao responderem o questionário, foi identificado que (20) 62,5% não conhecem sobre a toxicidade das ervas medicinais.

Mengue, Mentz e Schenkel (2001) referem que a maioria das plantas contem substancias capazes de praticar efeito tóxico sobre organismos vivos. Essas substancias seriam desenvolvidas com o papel de proteger a espécie de seus predadores. No entanto ainda há grande desconhecimento por parte da população, sobre a função de algumas plantas quanto ao seu potencial toxico.

Assim, a utilização de certas plantas, avaliadas medicinais, pode expor o usuário a grandes riscos de saúde no período em que passa a manusear e consumir, erroneamente, algumas qualidades potencialmente venenosas. Contudo, o consumo de plantas medicinais consideradas tóxicas, sem uma orientação apropriada, conforma-se como um problema de saúde pública. (SILVA; ALMEIDA e ROCHA, 2009).

De acordo com Balbino e Dias, (2010), há um problema em identificar efeitos adversos em plantas medicinais, tanto pelo usufrutuário como por

profissionais de saúde, porque não se faz uma correspondência direta de seu uso ao sintoma evidenciado, muitas plantas tem efeito abortivo, algumas causam envenenamento entre outros efeitos indesejados.

Mesmo quando essas soluções alternativas são manuseadas de acordo com o que prega o conhecimento oral ou aprimorados em programas governamentais de incentivo a utilização de recursos naturais, a população pode sofrer exposição a muitos agentes tóxicos de várias espécies, se não houver o uso racional desses recursos (SILVA; ALMEIDA e ROCHA, 2009).

Quanto a crença de que plantas medicinais possa curar alguma enfermidade (32) 100%, responderam acreditarem na cura de enfermidades através de plantas medicinais.

Com isso, diante dessa pesquisa evidenciou-se que a utilização das plantas medicinais no domínio da ESF é relevante uma vez que é evidenciada a sua eficácia na promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de conformar um formato de ampliação das práticas do cuidar e proporcionar ao usuário a possibilidade de escolher o tratamento que apreciar melhor para promoção da sua saúde (PARANAGUÁ, et al. 2008).

Assim, o conhecimento popular, estimado no sentido de abertura do pluralismo de divergências entre grupos de pessoas e manifestações populares, como trabalhadores urbanos e rurais, em suas diversas camadas, como os pequenos proprietários camponeses, possibilita a construção do saber ao longo dos tempos, valorizando o conhecimento popular culturalmente estabelecido (MACIEL, 2011).

Nesse sentido, educação e cultura surgem como importantes meios de mudança social, passando a ser refletidas, indicadas e exercitadas a partir das condições das categorias menores e da visão de mundo das camadas populares (MACIEL, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das plantas medicinais possibilitam uma terapêutica complementar no cuidado à saúde da população. No entanto, seu uso deve ser de forma racional, e para isso, profissionais de saúde e a comunidade devem ter conhecimento e informações suficientes para que seu uso seja feito de forma segura e efetiva.

Nesta pesquisa foi observado que a grande maioria dos ACS entrevistados foi composta por mulheres, na qual grande parte tinha acima de 35 anos e cursado o ensino médio, com um tempo de trabalho acima de 5 anos dentro da Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa mostrou que dos 32 ACS entrevistados, 75% (24) apontam que utilizam plantas medicinais em seu dia a dia o que representa uma boa margem de uso desses recursos por parte desses profissionais. Além disso foi identificada uma variedade de plantas utilizadas pelos ACS, tendo o boldo como a planta mais utilizada entre eles.

A gripe e os problemas respiratórios foram motivos pelos quais se utilizam as ervas medicinais, revelando uma contradição entre a planta mais utilizada e o motivo pelo qual se utiliza. Esse fato traz uma nova possibilidade de discussão para outras pesquisas futuras, pois pode sugerir que mesmo conhecendo as propriedades das plantas, o uso destas durante uma enfermidade não segue uma conotação lógica entre sintomas e propriedades terapêuticas.

Embora conheçam as plantas medicinais utilizadas na comunidade, a grande maioria dos ACS referiram não conhecer os efeitos tóxicos das mesmas, e apesar de a grande maioria desses profissionais já terem participado de eventos sobre a temática. Dos 32 ACS entrevistados apenas metade relataram que discutem sobre plantas medicinais com a equipe de trabalho.

Esta pesquisa me possibilitou ver que, apesar da indicação pelo Ministério da Saúde para a utilização de plantas medicinais, o tema é pouco discutido, embora os ACS conheçam, utilizem e indiquem o uso desta terapêutica na Atenção Primária. Também ficou evidente que pouco conhecem os efeitos adversos deste recurso.

Os achados da literatura sobre o tema demonstraram que muitos dados científicos publicados estão baseados em estudos preliminares e nem sempre as utilizações farmacológicas descritas estão relacionadas com o uso popular de plantas medicinais.

Espera-se que este trabalho contribua pra o engrandecimento da comunidade acadêmica acerca da temática em questão, potencializando seus saberes e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que os agentes comunitários de saúde se configuram como principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo assim a troca de saberes em busca da integralidade do cuidado.

Acredito que, com um maior desempenho de equipe da AP, no sentido de divulgar essa prática, levando os profissionais, em especial os ACS, aprofundarem seus conhecimentos, e assim, interferirem de forma positiva junto à comunidade em que atuam no tocante às orientações corretas sobre o uso de plantas medicinais.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. SUS: **Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. p 115 - 128. 1 ed. São Paulo. Martinari, 2011.

ARAÚJO, C. R. F. de; et al. Plantas medicinais utilizadas no tratamento de gripe e tosse em crianças. p 1-4. XVIII encontro nacional dos grupos. Recife – PE. 2013.

Associação Holística de Participação Comunitária Ecológica. **Plantas Mediciniais**. p 1-22. Osasco – SP, 2007.

ARGENTA, S. C. et al. Plantas medicinais: Cultura popular versus ciência. Vivências: **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. Vol.7, N.12: p.51-60, Maio/2011.

BADKE, M. R. et al. **Plantas Mediciniais: O saber sustentado na prática do cotidiano popular**. Esc Anna Nery. 2011 jan-mar; 15 (1):132-139.

BALBINO, E. E; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. p. 992 – 1000. Dez. 2010.

BARROS, D. F. de; et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 78-84.

BARBOSA, A. da S; et al. **Plantas medicinais: Aspectos do uso de fitoterápicos na melhoria da qualidade de vida humana**. UFPB. PRG. Encontro de iniciação à docência. P 1-6. 2007.

BASTOS, R. A. A; LOPES, A. M. C. A Fitoterapia na rede básica de saúde: o olhar da enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 14 Número 2. p. 21-28. 2010.

BATISTA, A. A. de M; OLIVEIRA, C. R. M. **Plantas utilizadas como medicinais em uma comunidade do semiárido baiano: saberes tradicionais e a conservação ambiental**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.10, n.18;p. 2014.

BATISTA, L. M; VALENÇA, A. M. G. **A Fitoterapia no âmbito da atenção básica no SUS: realidades e perspectivas**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 12(2):2 93-96, abr./jun., 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de atenção básica**. Acesso em: 29 jun. 14. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família**. Acesso em 10 jun. 14. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Práticas integrativas e complementares: Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica.** Brasília, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Planta Mediciniais e Fitoterápicos.** p 9. Brasília, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei N 11.350 de 5 de outubro de 2006. Acesso em: 10 mar. 15. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** P 19-49. Brasília – DF. 2012.

BRANDÃO, M. G. L; MOREIRA, R. A; ACÚRCIO, F de A. Interesse dos estudantes de farmácia e biologia por plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia, V. 11, n. 2, p. 71-76, 2001.**

BRITO, V. F. da S; DANTAS, I. C; DANTAS, G. D. dos S. Plantas medicinais utilizadas pela comissão de mulheres na zona rural no município de lagoa seca –PB. BioFar – **Revista de Biologia e Farmácia.** ISSN 1983-4209 - Volume 03 – Número 01 – 2009.

CARVALHO, A. G; BOTELHO, M. S. **O uso das plantas medicinais no cotidiano dos agentes comunitários de saúde: Avaliando o impacto do projeto de extensão bioverde.** Biguaçu – SC. 2008.

CRUZ, A. Consensus. **Atenção primária à saúde no brasil: Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros.** N 35. 2008.

DALFOVO, M. S; LANA, R. A; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008.**

EVANGELISTA, M. J. Consensus: **Atenção primária à saúde no brasil: Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros.** N 35. 2008.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cad. Saúde Pública vol.8 no.2.** Rio de Janeiro, 1992.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.2** Rio de Janeiro Apr./June 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinado a cuidar em saúde pública.** 2. Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis. 2008.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no

município de vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):231-240, 2011.

GIOVANELL, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009. P: 791.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. p 71-108. 4 ed. Porto Alegre. Artmed, 2003.

HERCULANO, T. B; et al. **A identidade do agente comunitário de saúde: um elo ou um profissional de fato?** XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. p 1-5. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

JOÃO PESSOA, 2010. **Cobertura do PSF em João Pessoa está entre as melhores do nordeste, 07/07/ 2010**. Disponível em <http://www.giropb.com/?p=noticia_internacional&id=2487> Acesso em 16, junho, 2014.

KAULING, G. P. et al. **Utilização de medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos agentes comunitários de saúde às famílias**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(1):44-55.

KLUTHCOVSKY, A. C. G.C; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Med Fam e Com** Rio de Janeiro, v.2, nº 5, 2006. P:024.

LUCENA. L. da S. et al. Estudo comparativo sobre o uso de plantas medicinais em duas cidades paraibanas pertencentes às mesorregiões do sertão e do curimataú ocidental. **BioFar – Revista de Biologia e Farmácia**. ISSN 1983-4209 – Volume 09 – Número 04 – 2013.

MACEDO, M. M. C; DANTAS, D. C. de A. **Plantas medicinais: Uma experiência que deu certo**. CENEP. Nova Palmeira – PB, 2009.

MACIEL, M. A. M. et al. **Plantas medicinais: A necessidade de estudos multidisciplinares**. Quim. Nova, Vol. 25, No. 3, 429-438, 2002.

MACIEL, K. de F. **O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular**. P 326- 344. Viçosa – MG, 2011.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. – São Paulo : Atlas, 2008.

MARTINS, R. da C. **Plantas medicinais da Caatinga: uso e conhecimento popular em área urbana do município de Juazeiro-BA**. Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Departamento de Ciências Humanas - dch iii. curso de

especialização em educação. Contextualizada para convivência com o semiárido brasileiro. Juazeiro- Bahia, 2012.

MARTINS, A. da R; PEREIRA, D. B; CEOLIN, T. **Relato de experiência – o uso de plantas medicinais no cotidiano de trabalho das agentes comunitárias de saúde.** P 1-3. RS. 2008.

MARZARI, C. K; JUNGES, J.R; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):873-880, 2011.

MENDONÇA, R. A. S. P, et al. **Educação em saúde: a utilização segura das plantas medicinais.** An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:565.

MENGUE, S. S; MENTZ, L. A; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia.** p 1-15, RS. 2001.

MORAIS, V. de M. **etnobotânica nos quintais da comunidade de abderramant em caraúbas – RN.** MOSSORÓ – RN 2011.

MOSCA, V. P; LOIOLA, M. I. B. uso popular de plantas medicinais no rio grande do norte, nordeste do brasil. **Revista Caatinga, vol. 22, núm. 4,** 2009, pp. 225-234, Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Brasil.

NÓBREGA, J. D. C; AGRA, H. da S; ALBUQUERQUE, H. N. de. Uso e aceitação das plantas medicinais e fitoterápicos nos psf's do município de Pedra Lavrada-PB. **Revista Brasileira de Informações Científicas. v.2, n.3,** p.66-78. 2011. ISSN 2179-4413.

OLIVEIRA, C. J de; ARAUJO, T. L de. **Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 93 - 105, 2007 Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>>. Acesso em:

PAIM, J; et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.**

PONTES, S. M; et al. **Utilização de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação na cidade de Cuité-PB.** Com. Ciências Saúde. 2012; 23(4):305-311.

PARANAGUÁ, T. T. de B. et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):75-0.

PASTORE, E; ROSA, L. D; HOMEM, I. D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder.** p 1-7. Florianópolis – SC, 2008.

PILLA, M. A. C; AMOROZO, M. C. de M; FURLAN, A. **Obtenção e uso das plantas medicinais no distrito de Martim Francisco, Município de Mogi-Mirim, SP, Brasil.** p 789-802. 2006.

RIBEIRO, F. A. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: Uma Perspectiva histórica.** São Paulo, 2007.

RESENDE, M. de. et al. A equipe multiprofissional da 'saúde da família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009. P: 1408.

SALIBA, N. A; et al. **Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 318-26.

SANTOS, L. P. G. S dos; FRACOLLI, L. A. O Agente comunitário de saúde: Possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2010.

SANTOS, S. L. D. X; et al. Plantas utilizadas como medicinais em uma comunidade rural do semi-árido da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Farm.** **93 (1):** 68-79, 2012.

SENA, L. A. de. et al. **Intersectorialidade e ESF: Limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família.** bras ci Saúde 16(3):337-342, 2012 P. 339.

SILVELLO, C. L. C. **O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS: Uma revisão bibliográfica.** Porto Alegre, 2010.

SILVA, L. de A; RAU, C. **Potencial abortivo e teratogênico de plantas medicinais.** Pontifícia universidade católica de goiás - PUC-Goiás.

SILVA, R. P. da; ALMEIDA, A. K. P. de; ROCHA, F. A. G. da. **Os riscos em potencial do uso indiscriminado de plantas medicinais.** P 1-7, RN. 2009.

SIQUEIRA, K. M. et al. **Crenças populares referentes à saúde: Apropriação de saberes sócio-culturais.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 68-73.

SOARES, M. A. A; et al. Levantamento etnobotânico das plantas medicinais pela população do município de Gurinhém – Paraíba. **Revista Homem, Espaço e Tempo.** 2009 ISSN 1982-3800.

SOUZA, M. F de; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

SOSSAI, L.C.F; PINTO, I. C; MELLO, D. F. de. **O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS.** Cienc Cuid Saude 2010 Abr/Jun; 9(2):228-237.

SPAGNUOLO, R. S; BALDO, R. C. S. Plantas medicinais e seu uso caseiro: o conhecimento popular. UNOPAR Cient., **Ciênc. Biol. Saúde**. 2009;11(1):31-4.

SUASSUNA, J. M. **O uso de plantas medicinais pela população na unidade básica de saúde da família**. Campina Grande – PB, 2011.

SUZUKI, L. K. **Práticas populares utilizadas por gestantes de alto risco: existe suporte na literatura sobre essas práticas?** P 52-54. São Carlos. 2013.

TOMASI, E; et al. **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008.

VASCONCELOS, D. A; ALCOFORADO, G. G; LIMA, M. M. de O. **plantas medicinais de uso caseiro: conhecimento popular na região do centro do município de floriano/PI**.

APÊNDICES

APÊNDICE I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM- UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO: “Uso de plantas medicinais pelos Agentes Comunitários de
Saúde do município de Cuité PB”**

Nós, Alynne Mendonça Saraiva Nagashima e Jefferson Washington Corcino Freire, responsáveis pela pesquisa “O uso de Plantas Medicinais na Atenção Básica: uma abordagem nos Agentes Comunitários de Saúde”, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende identificar as plantas medicinais utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e suas formas de uso. Acreditamos que ela seja importante porque acarretará uma estimada contribuição no que se refere ao reconhecimento, divulgação e emprego desta terapêutica secular, restituindo à população uma forma de tratamento arraigada culturalmente no meio social, tornado sabido que o local em que mais se utiliza plantas medicinais é na Atenção Primária, podendo esta se estabelecer em um local de emprego de plantas medicinais (BASTOS; LOPES, 2010). Sua realização constará de participação voluntária dos Agentes Comunitários de Saúde.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: você não se sentir à vontade para responder o questionário, querer desistir de fazer parte da pesquisa, não permitir que seu questionário seja analisado e os resultados serem expostos no estudo. No entanto, em qualquer desses desconfortos, você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento sem

nenhum prejuízo, além disso, sua identidade será mantida em sigilo. Os benefícios que esperamos como estudo são conhecer as informações que vocês (agentes comunitários de saúde) tem sobre as plantas medicinais.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelos pesquisadores desse estudo.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão de forma voluntária.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação garantindo assim, a confidencialidade de sua participação.

Autorização:

Eu -----, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de

confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

Alyne Mendonça Saraiva, (...)

Jefferson Washington Corcino Freire; R Vereador Severino Guedes de Moura;
Tel: (84) 87051239; E-Mail: pepo-freire@hotmail.com.

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa.

Endereço, Telefone, endereço eletrônico

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFPG
 CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
 UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM- UAENFE
 CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título do Estudo: “USO DE PLANTAS MEDICINAIS PELOS AGENTES
 COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ PB”

PESQUISA: “O uso de plantas medicinais na Atenção Primária: Sob a ótica dos
 Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité PB”.

PEQUISADORA RESPONSÁVEL: Alynne Mendonça Saraiva

PESQUISADOR AUTOR: Jefferson Washington Corcino Freire

Iniciais do nome: ----- Idade:

Sexo: M () F ()

Há quanto tempo trabalha como acs? -----

Formação: () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior

1) Você utiliza plantas medicinais no seu dia a dia?

() sim () não.

2) Qual o motivo que faz você utilizar plantas medicinais?

() gripe () problemas respiratórios () problemas gástricos (náusea,
 enjôo, dor de barriga, etc) () problemas de pele () problemas genitais

() dor de cabeça () outras enfermidades

Quais? _____

3) Quais as plantas que você mais utiliza?

4) Como é a forma de uso dessas plantas medicinais?

() Chás () Lambedores () Inalação () Decocção () Infusão

() tópica

5) Você indica o uso de plantas medicinais na comunidade que você trabalha?

() Sim () Não

6) Para quais ocasiões, você mais indica?

7) No trabalho em equipe, na Estratégia Saúde da Família, você juntamente com os outros profissionais, discutem sobre o uso de plantas medicinais na comunidade?

() Sim () Não

8) Você conhece as plantas medicinais mais utilizadas na comunidade que você trabalha?

() Sim () Não

9) Quais são? _____

10) Você conhece os efeitos tóxicos das plantas que você utiliza?

() Sim () não

11) Você já foi para algum evento, ou já participou de alguma capacitação que falasse sobre o uso de plantas medicinais?

() Sim () Não

12) Você acredita que o uso de plantas medicinais possa curar alguma enfermidade?

() Sim () Não.

ANEXO I



TERMO INSTITUCIONAL

Cuité, _____ de _____ de 2014

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada “**uso de plantas medicinais pelos Agentes Comunitários de Saúde do município de Cuité PB**” desenvolvida pelo pesquisador **Jefferson Washington Corcino Freire**, sob orientação do professor **Alynne Mendonça Saraiva Nagashima** neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.

Secretário Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Cuité - PB

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: sob ótica dos Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisador: Alynne Mendonça Saraiva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40213014.4.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 941.590

Data da Relatoria: 28/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo com objetivo de conhecer as plantas medicinais utilizadas pelo Agente Comunitário de Saúde, as formas de uso e as prováveis indicações.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: sob ótica dos Agentes Comunitários de Saúde tem por objetivo principal conhecer as plantas medicinais utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e suas formas de uso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: sob ótica dos Agentes Comunitários de Saúde é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 941.590

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Alynne Mendonça Saraiva redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: sob ótica dos Agentes Comunitários de Saúde, número 40213014.4.0000.5575 e sob responsabilidade de Alynne Mendonça Saraiva .

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 29 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br