

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Ana Cimbleiris-Alkmim

**FITOTERAPIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO E NO CUIDADO
FARMACÊUTICO: situações-limite e educação como inédito-viável**

Belo Horizonte
2024

Ana Cimblaris-Alkmim

**FITOTERAPIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO E NO CUIDADO
FARMACÊUTICO: situações-limite e educação como inédito-viável**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Coorientadora: Prof.^a Dra. Simone de Araújo Medina Mendonça

Belo Horizonte
2024

C576f Cimblaris-Alkmim, Ana.
Fitoterapia no Brasil contemporâneo e no cuidado farmacêutico [recurso eletrônico] : situações-limite e educação como inédito-viável / Ana Cimblaris-Alkmim. – 2024.
1 recurso eletrônico (393 f. : il.) : pdf

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.
Coorientadora: Simone de Araújo Medina Mendonça.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Pesquisa qualitativa – Teses. 3. Farmácia – Estudo e ensino – Teses. 4. Saúde ambiental – Teses. 5. Fitoterapia. 6. Medicina tradicional. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Mendonça, Simone de Araújo Medina. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FOLHA DE APROVAÇÃO

FITOTERAPIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO E NO CUIDADO FARMACÊUTICO: situações-limite e educação como inédito-viável

ANA CIMBLERIS ALKMIM

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Doutora em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 09 de dezembro de 2024, pela banca constituída pelos membros:

Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (UFMG-FAFAR)
Simone de Araujo Medina Mendonça - Coorientadora (UFMG-FAFAR)
Leôncio José Gomes Soares (UFMG)
Yone de Almeida Nascimento (FAFAR-UFMG)
Manuel Jesús Machuca González (Universidad Loyola Andalucía)
Gustavo Antonio Raimondi (UFU)



Documento assinado eletronicamente por Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior, em 09/12/2024, às 20:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Leoncio Jose Gomes Soares, Professor do Magistério Superior, em 10/12/2024, às 07:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Gustavo Antonio Raimondi, Usuário Externo, em 10/12/2024, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Manuel Jesús Machuca González, Usuário Externo**, em 11/12/2024, às 08:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yone de Almeida Nascimento, Professora do Magistério Superior**, em 15/12/2024, às 23:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Professora do Magistério Superior**, em 16/12/2024, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3803099 e o código CRC 5C89348F.

À natureza, da qual humildemente sou parte.

AGRADECIMENTOS

AOS MESTRES DE SABERES TRADICIONAIS E POPULARES que tanto me ensinam e me ajudam a sair da minha zona de conforto etnocêntrica. À Dona Conceição e Fernando que, mesmo convivendo com diversos problemas crônicos de saúde, tanto me ensinaram sobre saúde integral, *in memoriam*. À Isael e Sueli (Maxakali), Cacique Babau (Tupinambá), Joelson e Solange (Assentamento Terra Vista / Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), Tatinha (Ervanário São Francisco de Assis) e Rosenir (Xakriabá).

AOS EDUCANDOS com quem tenho aprendido e ensinado nas últimas duas décadas, no Sistema Único de Saúde, em universidades, em conselhos profissionais de saúde, em organizações não governamentais, em museus, em assentamentos, em aldeias indígenas, em jardins comunitários, nos diversos territórios por onde tive a honra de caminhar. Vocês me permitiram acessar conhecimentos que sozinha eu nunca apreenderia. Educação é sinergia.

À MINHA FAMÍLIA. À minha Mãe, Claudia, de quem herdei a força para lutar. À minha irmã, Maíra, amor incondicional. Ao Bruno, meu filho, que me leva a acreditar em mim mesma. Vó Teca e Vô Borisas, *in memoriam*, eternas grandes referências. Gerry, meu estimado cunhado. Guilherme, meu Amor, que me acompanha na caminhada da vida, e esteve junto comigo em todos os dias do desenvolvimento desta pesquisa: os melhores e os piores.

À MINHA FAMÍLIA ESPIRITUAL da Flor de Jagube, sobretudo, aos meus padrinhos Davidson e Marcos Moysés, *in memoriam*. Aos queridos Djanete, Otto, Carol, Bruno, Jorge, Juscelino, Mariana, Josiane, Joelma, Monicca, Maria, Marcos e Daniela.

AOS MEUS AMIGOS Lucas, Dum, Gabriel, Ana Maria, Cibele, Elaine, Bianca, Fabiana Barros, Felipe Moreira, Luisa, Klaus, Cristiano, Koji, Juliana, Bruno, Sidney, Juliano, Cacá, Patrícia, Carol, Fabiana Abrantes e Ariane. Aos amigos que foram embora cedo: Fabrício, Claudinho, Vidgal, Júlio, vocês seguem comigo em meu coração. Ao querido Felipe Lima, inestimável presença em minha trajetória como doutoranda. Teria sido muito chato sem vocês!

ÀS ORIENTADORAS, exemplos acadêmicos e para a vida. À Professora Djenane Ramalho-de-Oliveira, que desde o mestrado vem me mostrando que é possível produzir ciência crítica com entusiasmo. À Professora Simone de Araújo Medina Mendonça, modelo de práxis profissional crítica e justa, que me inspirou a me dedicar ao estudo e à prática das teorias de Paulo Freire.

AOS PROFESSORES COLABORADORES. À Professora Yone de Almeida Nascimento, um sol no universo do Cuidado Farmacêutico. Ao Professor Nelson Filice de Barros e ao Professor Fabiano Bossle, pelas importantes problematizações metodológicas, sociológicas e epistemológicas. Aos Professores Gustavo Antonio Raimondi, Manuel Jesús Machuca González, Leôncio José Gomes Soares e Kirla Barbosa Detoni, por aceitarem prontamente e generosamente o convite para compor a banca examinadora desta tese. Fico extasiada por ter a oportunidade de conversar

sobre a minha pesquisa com pessoas que tanto admiro. Aos meus extraordinários mestres Gil Sevalho e Edson Perini, eternas influências na minha prática enquanto farmacêutica e enquanto ser humano.

À COMUNIDADE ACADÊMICA. Agradeço à toda a comunidade do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica e da Faculdade de Farmácia que se fez presente nesta pesquisa. Vocês nem imaginam o tanto que cada um de vocês influenciou na construção desta tese! Beth, Marcela, Jéssica, Lorayne, Pollyanne, Victor, Marianna, Bárbara F., Bárbara G., Maria Ângela, Carina, Laura, Wallisson, Isabela, Agnes, Cristiane R. e Cristiane M. Principalmente, agradeço à Ursula, que com sua suavidade, dedicação e companheirismo foi minha grande parceira ao longo dessa jornada no doutorado. Obrigada por tornarem minha caminhada mais produtiva e mais leve!

ÀS INSTITUIÇÕES E PROGRAMAS QUE ME FORMARAM. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes) pela bolsa de doutorado. Ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). À equipe do Programa de Formação Intercultural de Educadores Indígenas da UFMG e do Programa de Implantação de Escolas Indígenas de Minas Gerais, em especial à querida colega Paula Morais, *in memoriam*. À equipe do Programa Transversal de Saberes Tradicionais da UFMG, em especial, a César Guimarães. Aos amigos do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais e do Instituto Kairós.

AOS PARCEIROS Daniel Nunes e Letícia Mendes, queridos defensores da fitoterapia. Ao Wellington Dias, estimado guardião do Jardim Mandala. Precisamos de mais pessoas como vocês na luta!

AOS ARTISTAS que facilitam minha jornada no mundo, em especial, David Bowie.

Mudar é difícil, mas é possível.

Paulo Freire (2016, posição 764)

RESUMO

A fitoterapia é uma prática de amplo e crescente uso pelas mais diversas populações ao redor do mundo. Sua inclusão nos sistemas oficiais de saúde vem sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde desde a década de 1970. Porém, considerando o potencial nacional, a expressividade dessa prática no sistema de saúde brasileiro ainda é tímida. Os profissionais de saúde não se sentem aptos para atuar nesse segmento. O Cuidado Farmacêutico é uma prática profissional que visa atender à necessidade social pelo uso otimizado de medicamentos, propondo um arcabouço teórico-metodológico promissor para avanços nesse campo. Esta pesquisa objetivou compreender criticamente desafios e potencialidades da fitoterapia no contexto amplo do Brasil contemporâneo e no contexto específico da prática profissional e da educação para o Cuidado Farmacêutico, promovendo conscientização e instrumentalização de estudantes de farmácia e farmacêuticos. Tratou-se de pesquisa qualitativa, cunhada na epistemologia subjetivista e no paradigma crítico. Adotou-se uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta na “Pedagogia do Oprimido” por Paulo Freire com a Autoetnografia. A pesquisa foi realizada no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e julho de 2024 por meio de imersão na comunidade pesquisada, entrevistas colaborativas e escrita autoetnográfica. Promovendo recursividade entre reflexão e concretização, foram realizadas 62 ações educativas ao longo do seu desenvolvimento. Foram elaboradas 12 vinhetas autoetnográficas, realizou-se 13 entrevistas com farmacêuticos e estudantes de farmácia, 84 atividades reflexivas foram escritas por estudantes. Dados obtidos pelos diferentes métodos foram analisados dialogicamente, adotando-se análise temática e também análise autoetnográfica. Os resultados denunciaram duas situações-limite. A primeira diz respeito à situação da fitoterapia no Brasil contemporâneo, reflexo colonizatório que pode ser superado por meio da valorização da Medicina Tradicional Brasileira e da inclusão de saberes produzidos em diferentes lógicas no ensino, na pesquisa e nos serviços de saúde. A segunda situação-limite apontada referiu-se à situação da fitoterapia no Cuidado Farmacêutico. Problematização crítica desenvolvida sobre o

Cuidado Farmacêutico apontou que se deve buscar equalizar a filosofia da prática profissional e sua operacionalização no contexto biomédico e neoliberal, a fim de promover conscientização e ação para redução da opressão muitas vezes inerente ao sistema formal de saúde. Foi destacada a premência da utilização do arcabouço teórico-metodológico do Cuidado Farmacêutico para atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de fitoterápicos, viabilizando a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao seu uso, responsabilidade de todo farmacêutico que realize o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa, prática centrada no paciente. Assim, promove-se maior resolutividade nos cuidados, autonomia e valorização do profissional. A fitoterapia precisa ser incluída apropriadamente no ensino de graduação e pós-graduação, na prática profissional e nas pesquisas sobre o Cuidado Farmacêutico. A denúncia destas situações-limite anunciou o inédito-viável, que começou a ser materializado por meio da educação da comunidade envolvida ao longo da pesquisa. Esperança-se que seus desdobramentos levem à construção de outros e necessários inéditos-viáveis, engendrando um projeto de ciência e saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

Palavras-chave: fitoterapia; cuidado farmacêutico; pesquisa qualitativa; Medicina Tradicional das Américas; educação em farmácia; autoetnografia; saúde integral.

ABSTRACT

Phytotherapy is a practice that is widely and increasingly used by the most diverse populations around the world. Its inclusion in official health systems has been recommended by the World Health Organization since the 1970s. However, considering the national potential, the expressiveness of this practice in the Brazilian healthcare system is still timid. Healthcare professionals do not feel qualified to deal with it. Pharmaceutical Care is a professional practice that aims to meet the social need for the optimized use of medicines, presenting a promising theoretical-methodological framework for advances in this field. This research aimed to critically understand the challenges and potential of phytotherapy in the broad context of contemporary Brazil and in the specific context of Pharmaceutical Care practice and education, promoting awareness and instrumentalization of pharmacy students and pharmacists. It was a qualitative research, coined in a subjectivist epistemology and in a critical paradigm. A combination of the Investigation of Generating Themes proposed in the "Pedagogy of the Oppressed" by Paulo Freire and Autoethnography was adopted. The research was conducted at the Center for Studies in Pharmaceutical Care at the Federal University of Minas Gerais. Data collection took place between December 2020 and July 2024 through immersion in the research community, collaborative interviews, and autoethnographic writing. Promoting recursion between reflection and implementation, 62 educational actions were carried out throughout its development. 12 autoethnographic vignettes were prepared, 13 interviews were conducted with pharmacists and pharmacy students, and 84 reflective activities were written by students. Data obtained through different methods were analyzed dialogically, adopting thematic analysis and also autoethnographic analysis. The results revealed two limit-situations. The first concerns the state of phytotherapy in contemporary Brazil, a reflection of colonization that can be overcome by valuing Traditional Brazilian Medicine and including knowledge produced in different logics in teaching, research, and healthcare services. The second highlighted limit-situation referred to the state of phytotherapy in Pharmaceutical Care. A critical full-blown problematization about Pharmaceutical Care indicated that one should seek to equalize the philosophy of professional practice and its operationalization in the biomedical and neoliberal context, in order to promote awareness and action to reduce the oppression often inherent in the formal healthcare system. It is urgent that the

theoretical-methodological framework of Pharmaceutical Care is applied to meet the social need for an indicated, effective, safe and convenient use of phytotherapy, enabling the prevention, recognition and resolution of problems related to their use, which is the responsibility of every pharmacist who performs Medication Therapy Management, a practice centered on the patient. Thus, greater resolution in care, autonomy and appreciation of the professional are promoted. Phytotherapy needs to be appropriately included in undergraduate and graduate education, in professional practice and in research on Pharmaceutical Care. The denunciation of these limit-situations announced the untested feasibility, which began to be materialized through the education of the community involved throughout the research process. It is hoped that its developments will lead to the construction of other and necessary untested feasibilities, engendering a broad, ecological and socially fairer science and health project.

Keywords: phytotherapy; pharmaceutical care; qualitative research; Traditional Medicine of the Americas; education, pharmacy; autoethnography; holistic health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagens selecionadas da performance “Ensinando que se aprende: os primeiros passos na jornada profissional de uma farmacêutica fitoterapeuta”, no II Congresso Brasileiro de Autoetnografia	47
Figura 2 – Apresentação da performance “Ana, você não entende nada de pesquisa!”, no I Congresso Brasileiro de Autoetnografia	51
Figura 3 – Apresentação da performance “Silenced voices: an autoethnography of a ‘biased’ graduate student” no 17th International Congress of Qualitative Inquiry	76
Figura 4 – Estrutura metodológica da pesquisa	82
Figura 5 – Algumas ações educativas realizadas na Faculdade de Farmácia da UFMG	108
Figura 6 – Arte da divulgação da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica ..	111
Figura 7 – Atividades da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica na Faculdade de Farmácia	112
Figura 8 – Atividades da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica no Jardim Mandala	113
Figura 9 – Algumas ações educativas realizadas além dos muros da Faculdade de Farmácia da UFMG	117
Figura 10 – Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas	121
Figura 11- Etapas da pesquisa e métodos para coleta de dados	130
Figura 12 - Capas dos informes técnicos da campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG	331
Figura 13 – Conteúdo do Informe Técnico volume 3 da Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico	332
Figura 14 – Plenária Técnica sobre a Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG	333
Figura 15 – Videocast/Podcast da Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG (episódio no 159)	333
Figura 16 – Divulgação da mesa-redonda Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico, realizada no CRF-MG	334
Figura 17 – Memes problematizadores elaborados para as ações educativas	336
Figura 18 – Ilustração do capítulo de livro Autoethnography in Pharmacy Education and Practice	350
Figura 19 – Site Autoetnografia Brasil	351

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre ações educativas realizadas na Faculdade de Farmácia da UFMG	104
Quadro 2 – Informações sobre ações educativas realizadas além dos muros da Faculdade de Farmácia da UFMG	118
Quadro 3 – Métodos para a coleta de dados e observações sobre seu emprego ..	157
Quadro 4 – Etapas da investigação, métodos para a coleta de dados, atividades e suas descrições, adaptações e sugestões propostas	159
Quadro 5 – Exemplos de PRM que ocorrem devido à negligência do cuidado com a fitofarmacoterapia na perspectiva dos participantes deste estudo	223
Quadro 6 – Objetivos de aprendizagem e dados que os subsidiam	262
Quadro 7 – Programação dos encontros da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica: atividades, estudos e entregas	265
Quadro 8 – Carta Pedagógica 1	269
Quadro 9 – Carta Pedagógica 2: resposta	272
Quadro 10 – Modelo de documentação do CF anteriormente adotada pelo CEAF – Dados sociodemográficos e informações gerais	287
Quadro 11 – Modelo de documentação do CF atualmente adotado pelo CEAF – Dados sociodemográficos e informações gerais	288
Quadro 12 – Modelo de documentação do CF anteriormente adotada pelo CEAF – Plano de cuidado	289
Quadro 13 – Modelo de documentação do CF atualmente adotado pelo CEAF – Plano de cuidado	290
Quadro 14 – Situações e regras de nomenclatura adotadas na botânica exemplificadas.....	313
Quadro 15 – Exemplos de registro do uso de fitoterápicos conforme sua procedência	315
Quadro 16 – Medidas caseiras usadas na fitoterapia e sua correspondência aproximada em peso	317
Quadro 17 – Exemplo de prescrição de chá medicinal e fitoterápicos manipulados de uso interno e externo.....	320
Quadro 18 – Causas e exemplos de PRM relacionados à fitoterapia	323
Quadro 19 – Fontes para consulta sobre fitoterapia na internet.....	327

Quadro 20 – Documentação do primeiro atendimento de paciente com dismenorria	337
Quadro 21 – Documentação do segundo atendimento de paciente com dismenorria	339
Quadro 22 – Documentação do primeiro atendimento de paciente com ansiedade	341
Quadro 23 – Documentação do segundo atendimento de paciente com ansiedade	343
Quadro 24 - Informações sobre os casos clínicos complexos elaborados	345
Quadro 25 – Detalhamento de informações sobre espécies medicinais pesquisadas	349

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEAF	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEPLAMT	Centro Especializado em Plantas Aromáticas, Medicinais e Tóxicas da Universidade Federal de Minas Gerais
CF	Cuidado Farmacêutico
CFF	Conselho Federal de Farmácia
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPQBA	Coleção de Plantas Medicinais e Aromáticas do Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas
CRF-MG	Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
ESCOP	<i>European Scientific Cooperative on Phytotherapy</i>
Finep	Financiadora de Estudos e Pesquisas do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
Funai	Fundação Nacional do Índio
Fundep	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GBIF	<i>Global Biodiversity Information Facility</i>
GEAF	Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica
GEPICS	Grupo de Estudo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
GTM	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
IEF	Instituto Estadual de Florestas

INAP	Instituto de Arte e Projeto
IPNI	<i>International Plants Names Index</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MG	Minas Gerais
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PRM	Problema Relacionado ao Uso de Medicamentos
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBFC	Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USDA	<i>United States Department of Agriculture</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Fitoterapia e Cuidado Farmacêutico	22
1.2 Motivações para o estudo	44
2 OBJETIVOS	81
2.1 Objetivo geral	81
2.2 Objetivos específicos	81
3 METODOLOGIA	82
3.1 Embasamento ontoepistemológico e teórico	83
3.2 Premissas da Investigação de Temas Geradores	91
3.3 Premissas da Autoetnografia	95
3.4 A combinação da Investigação de Temas Geradores com a Autoetnografia	97
3.5 Desenvolvimento da pesquisa	101
3.5.1 Coleta de dados	101
3.5.1.1 Imersão na comunidade pesquisada	102
3.5.1.2 Escrita autoetnográfica	121
3.5.1.3 Entrevistas colaborativas	124
3.5.2 Análise de dados	126
3.5.3 Etapas da pesquisa	129
3.5.3.1 Pré-investigação: pesquisas nas bases locais e na literatura científica.	130
3.5.3.2 1ª etapa da investigação: mirada crítica da área	131
3.5.3.3 2ª etapa da investigação: escolha dos temas e representação das codificações	134
3.5.3.4 3ª etapa da investigação: discussão com a comunidade	137
3.5.3.5 4ª etapa da investigação: elaboração e apresentação do programa educativo	137
3.5.3.6 Ação	139
3.6 Rigor e aspectos éticos	140
3.7 Financiamento	143
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	144
4.1 Artigos elaborados	144
4.1.1 Artigo 1 – Pedagogia do Oprimido e Autoetnografia: uma combinação metodológica para a elaboração e realização de programas educativos críticos no campo da saúde	145

4.1.1.1	Embasamento ontoepistemológico e teórico.....	145
4.1.1.2	Premissas da Investigação de Temas Geradores.....	151
4.1.1.3	Premissas da Autoetnografia.....	152
4.1.1.4	A combinação da Investigação de Temas Geradores com a Autoetnografia.....	154
4.1.1.4.1	<i>Métodos empregados para a coleta de dados</i>	156
4.1.1.4.2	<i>Métodos empregados para a análise de dados</i>	157
4.1.1.4.3	<i>Etapas da Investigação de Temas Geradores combinada à Autoetnografia</i>	158
4.1.1.4.4	<i>Limitações da metodologia proposta</i>	161
4.1.1.4.5	<i>Rigor e aspectos éticos</i>	162
4.1.1.5	Considerações finais.....	164
4.1.1.6	Agradecimentos.....	164
4.1.1.7	Referências.....	164
4.1.2	Artigo 2 – Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire	165
4.1.2.1	Introdução.....	165
4.1.2.2	Metodologia.....	168
4.1.2.3	Resultados e discussão.....	170
4.1.2.3.1	<i>A conquista</i>	171
4.1.2.3.2	<i>Dividir para manter a opressão</i>	176
4.1.2.3.3	<i>A manipulação</i>	180
4.1.2.3.4	<i>A invasão cultural</i>	185
4.1.2.3.5	<i>Limitações</i>	193
4.1.2.4	Considerações finais.....	193
4.1.2.5	Agradecimentos.....	195
4.1.2.6	Referências.....	195
4.1.3	Artigo 3 – Filosofia do Cuidado Farmacêutico e sua operacionalização na realidade neoliberal: reflexões críticas a partir do pensamento de Paulo Freire	196
4.1.3.1	Introdução.....	196
4.1.3.2	Metodologia.....	197
4.1.3.3	Resultados e discussão.....	198
4.1.3.3.1	<i>Cumprimento da missão social profissional ou “neutralidade”</i>	199
4.1.3.3.2	<i>Prática holística e centrada no paciente no âmbito da saúde baseada em evidência</i>	201

4.1.3.3.3 <i>Dialogicidade na saúde institucional</i>	204
4.1.3.3.4 <i>Avanços tecnológicos e seus prejuízos à saúde no contexto neoliberal</i> ..	207
4.1.3.4 Considerações finais	212
4.1.3.5 Financiamento	212
4.1.3.6 Referências	212
4.1.4 Artigo 4 – O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico- metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades .	213
4.1.4.1 Introdução	214
4.1.4.2 Métodos.....	217
4.1.4.3 Resultados e discussão.....	220
4.1.4.3.1 <i>Necessidade social e responsabilidade profissional: “É sua responsabilidade, não dá para ignorar!”</i>	220
4.1.4.3.2 <i>Prática profissional generalista: “A gente tem que saber pelo menos o básico.”</i>	224
4.1.4.3.3 <i>Repertório terapêutico e autonomia profissional: “Isso traz autonomia para eu cuidar do paciente.”</i>	226
4.1.4.3.4 <i>Experiência subjetiva na fitoterapia: “Já faz parte da vida dela.”</i>	228
4.1.4.3.5 <i>Relação terapêutica de confiança e decisão compartilhada: “A gente tem que caminhar junto com o paciente.”</i>	232
4.1.4.3.6 <i>Adaptações do raciocínio clínico na fitoterapia: “Se você acha que é uma planta que não vai ter problema, você deixa pra lá.”</i>	239
4.1.4.3.7 <i>Limitações</i>	241
4.1.4.4 Conclusões.....	241
4.1.4.5 Financiamento	242
4.1.4.6 Agradecimento	242
4.1.4.7 Referências	242
4.1.5 Artigo 5 – “Eu não tenho o preparo”: formação de farmacêuticos para o cuidado na fitoterapia	243
4.1.5.1 Introdução	244
4.1.5.2 Metodologia.....	245
4.1.5.3 Resultados e discussão.....	248
4.1.5.4 Considerações finais	254
4.1.5.5 Agradecimentos	255
4.1.5.6 Referências	255
4.1.6 Artigo 6 – Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes	256
4.1.6.1 Introdução	257

4.1.6.2 Método	258
4.1.6.3 Resultados	261
4.1.6.3.1 <i>Elaboração do programa educativo</i>	261
4.1.6.3.2 <i>Implementação da Ação Educativa</i>	267
4.1.6.3.3 <i>Avaliação da ação educativa</i>	275
4.1.6.4 Conclusão	277
4.1.6.5 Agradecimentos	278
4.1.6.6 Referências	279
4.1.7 Outros artigos	280
4.1.7.1 A experiência subjetiva de pacientes com o uso medicinal da Cannabis sativa L.: uma revisão integrativa	281
4.1.7.2 Fitoterapia e câncer: perspectivas dos pacientes sobre o uso de plantas medicinais durante o tratamento antineoplásico	282
4.1.7.3 Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensino-aprendizagem terapêutica e decolonial	283
4.2 Materiais didáticos elaborados	284
4.2.1 Revisão da documentação-modelo utilizada pelo CEAF no ensino, na pesquisa e na prática do GTM	285
4.2.1.2 Documentação da fitofarmacoterapia.....	285
4.2.1.2 Padronização do registro sobre o uso de fitoterápicos.....	291
4.2.2 Capítulo de livro: Fitoterapia no Cuidado Farmacêutico	293
4.2.2.1 O que é a fitoterapia?	293
4.2.2.2 Fitoterapia no Brasil.....	294
4.2.2.3 O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico-metodológico para avaliação da fitofarmacoterapia.....	300
4.2.2.4 A experiência subjetiva com o uso de fitoterápicos.....	304
4.2.2.5 O processo de cuidado e a fitoterapia	305
4.2.2.5.1 <i>Registro do uso de fitoterápicos e nomenclatura botânica</i>	308
4.2.2.5.2 <i>Observações sobre a indicação de fitoterápicos</i>	317
4.2.2.5.3 <i>Observações sobre a efetividade e segurança no uso de fitoterápicos</i>	321
4.2.2.5.4 <i>Observações sobre conveniência no uso de fitoterápicos</i>	322
4.2.2.5.5 <i>Exemplos de PRM no uso de fitoterápicos</i>	322
4.2.2.5.6 <i>Busca de informações sobre a fitoterapia</i>	325
4.2.2.6 Glossário	328
4.2.2.7 Referências	330
4.2.3 Campanha: Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico	331

4.2.4 Memes problematizadores	335
4.2.5 Casos clínicos didáticos	337
4.2.5.1 Caso clínico simples: manejo de dismenorreia	337
4.2.5.2 Caso clínico simples: manejo de ansiedade.....	341
4.2.5.3 Casos clínicos complexos	345
4.2.6 Roteiros para atividades educativas	346
4.2.6.1 Prática de colheita, processamento e embalagem de plantas medicinais... 346	
4.2.6.2 Seminários em Fitoterapia.....	347
4.2.7 Materiais voltados à Autoetnografia	350
4.2.7.1 Capítulo de livro: Autoethnography in Pharmacy Education and Practice... 350	
4.2.7.2 Site Autoetnografia Brasil.....	351
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	352
REFERÊNCIAS	358
APÊNDICES	378
ANEXOS	383

1 INTRODUÇÃO

Os [seres humanos]¹ alcançam a razão dos obstáculos na medida em que sua ação é impedida. É atuando ou não podendo atuar que se lhes aclaram os obstáculos à ação, a qual não se dicotomiza da reflexão (Freire, 2020, p. 21-22).

1.1 Fitoterapia e Cuidado Farmacêutico

As plantas medicinais são as espécies vegetais utilizadas com propósitos terapêuticos (Brasil, 2009). Algumas plantas medicinais são obtidas por cultivo, enquanto outras são coletadas onde crescem naturalmente, sem envolver ação humana de plantio. “Fito” é um sufixo ou prefixo grego que indica uma relação com os vegetais. Fitoterapia, de modo mais amplo, se refere ao tratamento pelas plantas (Fito, 1997; Fitoterapia, 1997).

Nesse campo, os conceitos das entidades regulatórias em saúde são um pouco diferentes em cada país. Os documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) não costumam se referir diretamente à fitoterapia, sendo ela apontada como um componente de práticas mais abrangentes, como Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa. Medicina Tradicional é definida como

a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais (World Health Organization, 2005, p. xii, tradução livre).

Já o termo Medicina Complementar e Alternativa é utilizado em alguns países para se referir a “um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas no sistema de cuidados de saúde dominante” (World Health Organization, 2005, p. xii, tradução livre). A Medicina Complementar e Alternativa por vezes é também referida como “Não Convencional”. Em outros países, o termo “Não Convencional” é usado indistintamente com “Medicina Tradicional” (World Health Organization, 2005).

¹ Paulo Freire, em suas obras mais antigas, adotava o termo “homem” como sinônimo de ser humano. Em suas obras mais recentes, porém, o autor acolheu a crítica que lhe foi feita sobre tratar-se de linguagem excludente em relação às mulheres (Freire, 2005b). Por isso, nesta tese tal emprego do termo será corrigido nas citações diretas, mantendo as alterações destacadas entre chaves.

A fitoterapia também aparece por vezes como um componente da Medicina Convencional, de base biomédica, quando é empregada na lógica científica da saúde baseada em evidência.

A OMS trata mais detidamente dos insumos fitoterápicos, mas não faz uma conceituação da fitoterapia em si. Por isso, neste estudo será adotado o conceito de fitoterapia definido pelo Ministério da Saúde brasileiro, país no qual a presente pesquisa foi realizada e que possui um arcabouço conceitual amplo para regulamentação da fitoterapia. Essa entidade conceitua que a fitoterapia “é um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado”. Já o fitoterápico é o “produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa” (Brasil, 2009, p.93).

A ação farmacológica de fitoterápicos em muito se assemelha à ação de medicamentos convencionais. Entretanto, as plantas medicinais possuem uma característica química que é muito relevante para compreender seus efeitos no organismo: a presença do fitocomplexo. Esse é o conjunto de todas as substâncias, originadas do metabolismo primário ou secundário da planta medicinal, responsáveis, em conjunto, pelos efeitos biológicos de uma planta medicinal ou de seus derivados (Brasil, 2014b). Assim, quando se usa fitoterápicos, não se trata do emprego de apenas uma, mas sim de diversas substâncias, que atuam de modo sinérgico no organismo. Algumas substâncias potencializam o efeito de outras, modulam sua absorção, ou até mesmo atenuam a ocorrência de seus efeitos adversos. Um fato muito interessante é que o extrato completo da planta usualmente tem melhor efeito medicinal do que o efeito de apenas um princípio ativo isolado. Por exemplo, o extrato integral das folhas de *Passiflora* sp. (maracujá) é mais eficaz como ansiolítico do que seus alcaloides ou flavonoides empregados separadamente (Otify *et al.*, 2015).

Trabalhando simultaneamente em diversos alvos moleculares, a presença do fitocomplexo também explica a menor incidência de efeitos adversos em tratamentos com plantas. Afinal, pode-se evitar a ingestão de cada princípio ativo em doses elevadas, sendo mais difícil que uma única substância, em pequena quantidade no

fitoterápico, atinja concentração suficiente para provocar seus efeitos adversos específicos no organismo.

Este fato também explica a questão do amplo espectro de ação que ocorre em alguns fitoterápicos. Como o fitocomplexo contém diversos constituintes, dentre eles encontram-se diversas substâncias diferentes, sendo cada grupo de constituintes responsáveis por alguns dos efeitos.

O uso da fitoterapia abre o leque de opções terapêuticas disponíveis, cobrindo indicações relevantes nos sistemas respiratório, nervoso, digestivo, genitourinário, cardiovascular, tegumentar, locomotor e imunológico. Esta não é uma lista exaustiva, mas reforça a ampla aplicabilidade desta estratégia terapêutica (Schulz *et al.*, 2004).

Essa ampliação das possibilidades terapêuticas, juntamente com os baixos índices de efeitos colaterais, a possibilidade de menor custo de produção ou aquisição em relação aos medicamentos convencionais e o reconhecimento da medicina ocidental foram algumas das questões que motivaram a criação do Programa de Medicina Tradicional da OMS, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em Genebra, no ano de 1978 (World Health Organization, 1978). Este apresentava políticas para o uso integrado da Medicina Tradicional e Complementar e incentivava o desenvolvimento de estudos científicos a respeito. Desde então, a OMS vem recomendando sistematicamente a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde e documentando seus avanços, reafirmando a amplitude do uso de plantas medicinais que já é feito pelas mais diversas populações ao redor do mundo e o interesse crescente no tema (Chen *et al.*, 2016; Cipolle; Strand; Morley, 2012; World Health Organization, 2002a, 2002b, 2004, 2011, 2013, 2019).

Desde o final do século XX, os avanços nesse campo são notáveis. Aqui, será destacado o contexto do Brasil. Um país socio e biodiverso como o Brasil possui especial interesse em promover a utilização plena e adequada da fitoterapia (Brasil, 2009; Villas-Bôas, 2021). O Brasil é detentor da maior diversidade biológica do mundo, incluindo inúmeras plantas medicinais, tendo potencial para estabelecimento de “um modelo de desenvolvimento próprio e autônomo na área de plantas medicinais” (Brasil, 2016b, p. 101). No entanto, atualmente, apenas uma pequena porcentagem destas espécies tem suas possibilidades de aplicação farmacológica conhecidas.

O Ministério da Saúde brasileiro, a partir do estímulo global, deu diversos passos para o desenvolvimento da área de plantas medicinais e fitoterápicos (Brasil, 2012a). Um dos primeiros marcos legais brasileiros referentes a este setor foi em 1988, quando foi publicada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação a Resolução Ciplan nº 08/1988, que regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e criou procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas (Brasil, 1988).

Em 2004, foi publicada pela Resolução nº 338/04 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que contemplou a definição de ações intersetoriais visando à utilização das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde (Brasil, 2004).

A implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS é estimulada institucionalmente desde 2006 a partir de publicação de política nacional específica (Brasil, 2006a). Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde é enfatizado o imenso potencial brasileiro para melhor utilização dos fitoterápicos. Dentre as práticas elencadas neste documento – que incluem fitoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, crenoterapia e Medicina Antroposófica – pode-se ressaltar que a fitoterapia encontra um cenário privilegiado de aceitação pelos profissionais de saúde de formação convencional. Contrariamente ao dizer popular, fitoterapia é uma prática alopática, e não homeopática. Isto favorece sua inserção na mesma racionalidade terapêutica para a qual os profissionais já estão capacitados, sendo possível apenas a substituição do insumo terapêutico ao final de uma consulta (Cimbliris; Sacramento, 2014).

Em seguida, foi publicada por meio do Decreto nº 5.813/06 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, um importante divisor de águas no setor, com o objetivo de “garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2006b). Pode-se observar que, passadas quase duas décadas dessa publicação, seu objetivo ainda parece estar distante de ser plenamente conquistado. Para operacionalizar esta

política, em 2008 foi publicado por meio da Portaria Interministerial nº 2.960 o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem há anos regulamentando a prática da fitoterapia em diversos aspectos, destacando-se na legislação vigente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26/2014 (Brasil, 2014b), que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, e a Instrução Normativa nº 02/2014 (Brasil, 2014c), que publica a lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado e a lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado. Essa agência elaborou também diversos compêndios voltados especificamente para a prática da fitoterapia no território nacional, nomeadamente o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, cuja primeira versão foi publicada em 2011 (Brasil, 2011), sendo um suplemento publicado em 2018 (Brasil, 2018a) e a segunda edição publicada em 2021 (Brasil, 2021); e o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2016b).

As diretrizes e ações estabelecidas para as plantas medicinais e para a fitoterapia fortalecem ainda diversas políticas públicas nacionais, sendo uma ação transversal imprescindível para a melhoria da atenção à saúde, para a conservação do meio ambiente, e para o desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2009; Villas-Bôas, 2021).

Neste cenário, é importante compreender como as normativas publicadas pelos conselhos profissionais de diversas categorias na área da saúde têm interferido sobre a prática profissional na área da fitoterapia. Médicos e médicos veterinários, prescritores por excelência, atuam como prescritores de fitoterápicos desde que estas profissões existem. Outras profissões tiveram sua atuação bastante modificada ao longo do tempo. Desde 2008, os conselhos profissionais da área da saúde têm publicado novas resoluções a respeito da prescrição de fitoterápicos frequentemente, como é o caso dos conselhos federais de farmácia (Conselho Federal de Farmácia, 2008, 2011, 2013), nutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2007, 2013, 2021), fisioterapia (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2000, 2010) e odontologia (Conselho Federal de Odontologia, 2008a, 2008b, 2012). Os enfermeiros, em algumas condições específicas, também podem atuar como prescritores de fitoterápicos (Brasil, 1986, 2006c; Conselho Federal de Enfermagem, 1997).

Vale ainda lembrar que psicólogos e terapeutas ocupacionais podem prescrever fitoterápicos quando registrados como acupunturistas, prática terapêutica que tem a fitoterapia dentre os recursos que utiliza (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2001; Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura, 2007).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aprovada pela portaria nº 397/2002, uniformiza a nomeação e reconhecimento dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro (Brasil, 2002). Um dos títulos disponíveis é o de “técnicos e profissionais em PIC”, que são os profissionais que

aplicam procedimentos de PIC e conduzem clientes, pacientes e praticantes nos processos terapêuticos. Avaliam as disfunções fisiológicas e condições físicas de seus pacientes/ clientes/ alunos ou praticantes. Recomendam o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de diminuir dores e reconduzir ao equilíbrio energético. Conduzem exercícios corporais trabalhando os músculos do corpo, a respiração, postura, equilíbrio, coordenação motora, movimentos naturais e análise bioenergética, bem como, aprendizagem de técnicas meditativas, de modo a proporcionar saúde e bem-estar (Brasil, 2024a, grifos próprios).

Assim, profissionais que se enquadram nessa categoria, tais como acupunturistas, técnicos em quiropraxia, massoterapeutas e terapeutas holísticos, também podem recomendar a seus pacientes o uso de fitoterápicos (Brasil, 2024a).

Destaca-se que a atuação profissional em fitoterapia não se restringe à prescrição. Os diversos profissionais de saúde de nível médio e técnico (como agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e técnicos de farmácia) podem atuar de outras formas, destacando-se aqui as ações de educação em saúde, com práticas ocupacionais de cultivo e outras (Brasil, 2012a; Cimbleiris, 2019; Ferezin; Aliberti; Castilho, 2013).

Centenas de plantas que são usadas medicinalmente já passaram por validação nas ferramentas da medicina baseada em evidência, comprovando seus benefícios e sua segurança. Outras tantas ainda estão passando por tais mecanismos de validação e contam principalmente com a base empírica, da tradição de seu uso, que reforça a possibilidade de que sejam eficazes, mas ainda não permite que profissionais de saúde atuem com a segurança devida. O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2009) preconiza a importância de “salvaguardar, preservar e apoiar os conhecimentos, práticas, saberes e fazeres tradicionais e populares em plantas medicinais, remédios caseiros e demais produtos para a saúde que se

estruturam em princípios ancestrais e imateriais”. Este programa reforça que “a validação e garantias de segurança, eficácia e qualidade destes produtos são referendadas pela tradição”. Destaca-se que seria muito difícil que um recurso terapêutico fosse repassado por centenas ou milhares de anos para as gerações seguintes se não tivesse bom custo-benefício.

No Brasil, a tradicionalidade de uso é legalmente aceita para comprovação de segurança e efetividade de fitoterápicos pela Anvisa desde 2004. Ou seja, além do modo convencional de validação de fitoterápicos por meio de ensaios clínicos e toxicológicos, pode-se também realizar o registro embasado em levantamentos etnofarmacológicos (Soares *et al.*, 2020), fato que reforça a confiabilidade dos conhecimentos cunhados na tradição.

A ausência de educação e cultura formais não é sinônimo de ausência de conhecimento; de fato, somos todos ignorantes quanto a culturas ou tecnologias que não conhecemos. Tal como o gerado nas universidades, o conhecimento tradicional é científico porque suas consequências são refutáveis; nisso difere da simples tradição, crença ou religião, embora em sistemas de medicina essas dimensões tendem a se misturar (afinal, quando uma operação de safena ou transplante, seja de que nível tecnológico for, dá certo a maioria de nós ainda exclama “Graças a Deus!” talvez antes de agradecer a equipe médica) (Elisabetsky; Souza, 2004, p. 109).

De fato, estudos de espécies medicinais baseados na etnofarmacologia constituem um valioso atalho para a pesquisa e desenvolvimento de fármacos, uma vez que o uso tradicional das plantas pode ser encarado como uma pré-triagem quanto à sua utilidade terapêutica em humanos. Fármacos desenvolvidos de outro modo a partir de produtos naturais muitas vezes se deparam com problemas de biodisponibilidade ou toxicidade inesperada, levando a consideráveis gastos financeiros (Elisabetsky; Souza, 2004).

Por outro lado, cabe salientar que embora a tradicionalidade de uso seja extremamente relevante, é necessário considerar que existem mudanças na saúde da população que dificultam a transposição imediata do uso ancestral ao uso atual de fitoterápicos. A utilização de medicamentos modernos ganhou profusa presença na sociedade, influenciando no organismo das pessoas e trazendo a possibilidade de interações. Estes fatores acarretam possibilidades de alteração na efetividade e segurança dos fitoterápicos.

Ademais, o uso dos medicamentos convencionais é crescente no contexto do envelhecimento populacional, que eleva a prevalência de doenças crônicas e altera o perfil de aplicabilidade dos fitoterápicos, que muitas vezes é desconhecido nesse novo cenário. Também é preciso considerar o surgimento de novas doenças infecciosas. Muitas vezes, um fitoterápico tradicionalmente utilizado como antimicrobiano não será efetivo contra novos microrganismos, por exemplo.

Ainda, para algumas indicações, existem atualmente opções de medicamentos convencionais que são mais efetivos, seguros ou convenientes, deixando obsoletas opções que eram as melhores em tempos antigos. Porém, apesar destas mudanças circunstanciais, o potencial da fitoterapia continua sendo inegável.

Em todo o mundo, a prática antiga da fitoterapia vem se traduzindo em práticas contemporâneas, porém, frequentemente sem que seja apreendido seu “parentesco” com o que se fazia no passado, como se fossem “conhecimentos desligados” (Freire, 2005b, p. 19). Em sociedades em transição, são reveladas fortes contradições no choque entre valores emergentes – em busca de plenificação – e valores do ontem – em busca de preservação (Freire, 2005a). Isso caracteriza a fase de trânsito, propícia a opções conscientes, de “conhecimento transformado em ação”, desde que se capte criticamente os desafios em questão (Freire, 2005a).

Alicerçando-se na tradicionalidade de uso, já existem alguns fitoterápicos produzidos industrial ou magistralmente a partir de plantas nativas, que podem ser encontrados em estabelecimentos comerciais e eventualmente também no SUS. Porém, ainda é rasa a sistematização sobre como os diferentes povos tradicionais brasileiros pensam a saúde e desenvolvem seus processos de diagnóstico e cuidado – que vão muito além de considerar apenas quais são os produtos utilizados com finalidade diagnóstica, preventiva e terapêutica. Trocando em miúdos, ainda não há um caminho claro para operacionalizar a oferta da Medicina Tradicional Brasileira em sua integralidade no sistema de saúde oficial, não existindo acesso a consultas nessa linha. Curiosamente, no SUS brasileiro há um modelo instituído para a oferta de consultas nas linhas da Medicina Tradicional da China e da Índia (Ayurvédica), também vastamente baseadas no uso das plantas medicinais (Brasil, 2006a, 2017a). Os referidos países dão exemplos de como práticas de saúde tradicionais, além de

trazerem impactos individuais e locais, podem ser ativos relevantes no cenário global. Porém, no Brasil, o investimento neste setor é pequeno.

Apesar de todos os fatores regulatórios, ambientais e culturais apontando a favor da fitoterapia no Brasil, a população de modo geral, e até mesmo os profissionais de saúde, continuam não tendo uma compreensão plena do papel deste recurso terapêutico, fazendo uso da fitoterapia quando não deveriam fazer, e igualmente deixando de fazer o uso da fitoterapia quando deveriam fazer. A opção muitas vezes não passa pelos critérios estabelecidos para o uso adequado de medicamentos e a consideração cuidadosa da indicação, efetividade, segurança e conveniência para o seu emprego.

A população de modo geral carrega a crença errônea de que os produtos naturais não podem fazer mal, desconhecendo o fato de que as plantas possuem contraindicações, podem levar a interações medicamentosas ou a efeitos indesejados. Por isso, quando surgem problemas de segurança, as pessoas dificilmente estabelecem correlação entre esses e o uso das plantas medicinais.

As promessas de curas milagrosas por meio do uso de produtos naturais são corriqueiras nos mais diversos veículos de comunicação. O apelo comercial e os modismos também acabam agravando essa problemática. Assim, é muito importante para a saúde pública que a equipe de saúde interfira positivamente no uso de plantas medicinais que já é adotado pela população como automedicação, independentemente da sua atuação direta na prescrição (Cimbliris, 2016).

O uso de produtos não sujeitos à prescrição e a prática extensiva de automedicação pelos pacientes é cada vez maior, e esse fato precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde (Cipolle; Strand; Morley, 2012), estendendo-se de modo particular em relação ao uso de fitoterápicos, que é uma prática terapêutica de domínio popular e que é amplamente empregada de modo autônomo.

A prevalência do uso dos fitoterápicos pode variar bastante entre diferentes países, estados, cidades ou até mesmo bairros. No contexto nacional brasileiro, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais (Brasil, 2012a), com ou sem orientação profissional.

Sendo assim, diversos estudos apontam para a necessidade de aprimoramento na formação e na prática da fitoterapia por profissionais de saúde, que não se sentem aptos para analisar o uso ou prescrever fitoterápicos (Barreto, 2015; Bruning; Mosegui; Vianna, 2012; Caboclo *et al.*, 2022; Fontenele *et al.*, 2013; Gadelha *et al.*, 2015; Gontijo; Nunes, 2017; Maia *et al.*, 2016; Nascimento Júnior *et al.*, 2016; Pedroso; Andrade; Pires, 2021; Varela; Azevedo, 2013; Vidal *et al.*, 2019). O cuidado em fitoterapia frequentemente não integra o corpo de responsabilidades assumido pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana (Harnett; Lam Ung, 2023; Varela; Azevedo, 2013).

Os conteúdos relativos à fitoterapia não estão adequadamente inseridos nos currículos dos diversos profissionais de saúde (Barreto, 2015; Barreto; Vieira, 2015). Esta falta de formação adequada dos profissionais de saúde para a temática é ainda um resultado histórico da propaganda feita pela indústria farmacêutica desde a década de 1950, que afirmava que as práticas caseiras de saúde eram atrasadas e duvidosas. Até hoje, muitos profissionais de saúde – e também não-profissionais – carregam a crença de que o uso das plantas medicinais é uma prática “menos científica” do que o uso dos medicamentos convencionais. Em contrapartida a este fato, é digna de nota a observação de que 75% dos medicamentos aprovados para comercialização entre 1981 e 2010 possuem sua origem em produtos naturais (Newman; Cragg, 2020).

O interesse na fitoterapia – seja por parte da população de modo geral ou por parte dos profissionais de saúde – é amplamente influenciado por fatores antropológicos, sociológicos e históricos. Tais aspectos acabam delineando limites para as possibilidades de expansão desta área, tão importante para o desenvolvimento nacional. Experiências subjetivas, assim como discursos científicos, fazem-se presentes tanto nas falas de não-profissionais como naquelas de profissionais da saúde. Há necessidade de investigar mais profundamente tais perspectivas, a fim de viabilizar a concretização de ações úteis para transformação positiva dessa realidade.

Em se tratando da transformação dessa realidade, o profissional farmacêutico pode estar na linha de frente, especialmente no contexto da nova prática profissional que vem empreendendo há pelo menos quatro décadas: o Cuidado Farmacêutico (CF)

(Cipolle, 1986; Hepler, 1985, 1987, 1988; Hepler; Strand, 1990; Ramalho-de-Oliveira, 2011; Ramalho-De-Oliveira; Machuca, 2011; Strand; Cipolle; Morley, 1988).

O conceito de CF é delimitado de modo distinto em diferentes documentos, sendo utilizado tanto para designar vários serviços clínicos, como para referir-se a um único serviço, o acompanhamento farmacoterapêutico (Conselho Federal de Farmácia, 2016). Por isso, é importante delimitar o sentido que se dá ao termo na presente tese. Aqui, o termo CF será utilizado com um sentido bem específico, referindo-se ao um novo modelo de prática profissional, que – como qualquer outra prática profissional do campo da saúde – inclui três componentes: uma filosofia, um processo de cuidado e um sistema de gestão (Ramalho-de-Oliveira, 2011). Tais componentes do CF serão mais detidamente apresentados em momento posterior, após uma breve incursão em questões conceituais.

O referencial aqui adotado será o estabelecido por Cipolle, Strand e Morley (2012), traduzido do inglês *Pharmaceutical Care*, no qual o CF se refere a uma prática profissional que visa atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos. Trata-se de uma prática clínica generalista e centrada no paciente, na qual o farmacêutico estabelece vínculo terapêutico com seus pacientes e assume responsabilidade pelas suas necessidades farmacoterapêuticas (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

O conceito brasileiro de *Pharmaceutical Care* foi apresentado em 2002 no documento intitulado Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, publicado em 2002 pela Organização Pan–Americana da Saúde (OPAS), após discussões que envolveram vários grupos de profissionais com experiência na área (Organização Pan-Americana da Saúde, 2002). No referido documento, *Pharmaceutical Care* foi traduzido como Atenção Farmacêutica, como consequência do estabelecimento do termo *Atención Farmacêutica* em espanhol. Porém, o significado do termo em português não é o mesmo. De fato, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias de Portugal empregam a terminologia CF (Zubioli, 2011).

Ao investigar os termos em latim utilizados para representar a expressão inglesa *Pharmaceutical Care*, verifica-se que as palavras atenção e cuidado têm significados diferentes.

Atenção – do latim *attentione* – tem o sentido de concentração e reflexão da mente em alguma coisa; daí que o verbo atender – do latim *attendere* –, quando usado como verbo transitivo direto, tem o significado de prestar serviços, aviar, entre outros, originando o substantivo atendente – do latim *attendente* –, pessoa que, nos hospitais e consultórios, desempenha a função de auxiliar de enfermagem. Cuidar – do latim *cogitare* –, quando empregado como verbo transitivo indireto, exprime o sentido de ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação, gerando o substantivo cuidador – de cuidar + dor – com o significado lexical de aquele que cuida. Além disso, o termo cuidado – do latim *cogitatu* – traz similaridade com outras profissões da saúde (cuidados de enfermagem, cuidado fisioterápico, cuidado nutricional, entre outros) (Conselho Federal de Farmácia, 2016, p. 36-37).

Retomando a Proposta de Consenso da OPAS (2002), nesse documento histórico e que representou um grande avanço no campo da farmácia clínica no Brasil, a Atenção Farmacêutica foi definida como

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, p. 16-17).

O conceito acima também cita o termo Assistência Farmacêutica, fazendo-se relevante também delimitá-lo. Este é outro termo correlacionado com Atenção Farmacêutica ou CF e que por vezes gera ruídos nos entendimentos sobre as práticas farmacêuticas.

No âmbito da saúde pública, o termo 'atenção' é considerado abrangente, incluindo a assistência individual sem, contudo, esgotar-se nela, e o termo 'assistência' refere-se ao conjunto de procedimentos dirigidos de forma individual aos usuários dos serviços de saúde. Na área farmacêutica, estes termos assumem significados opostos, uma vez que a assistência farmacêutica é o termo considerado mais amplo, no qual está contido o termo atenção, que corresponde a atividades do profissional farmacêutico dirigidas ao usuário de medicamentos em caráter individual (Funchal-Witzel, 2009, p. 45).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, descreve que

a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo (*sic*), tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na

perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

Ainda, essa mesma política nacional descrevia que as ações de Assistência Farmacêutica envolviam também aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, e citava *ipsis literis* a definição de Atenção Farmacêutica apresentada na Proposta de Consenso da OPAS (2002).

A Lei nº 13021/14 atualizou a definição de Assistência Farmacêutica como

o conjunto de ações e de serviços que visa a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (Brasil, 2014a).

Essa lei, no entanto, não faz referência nem ao termo Atenção Farmacêutica e nem ao termo CF.

A falta de harmonização dos termos referentes ao campo assistencial farmacêutico é identificada tanto na regulação sanitária e profissional, como em diversas publicações de instituições oficiais. Harmonizar termos, conceitos e processos de trabalho relacionados à atuação clínica do farmacêutico é um esforço das entidades envolvidas com essa questão (Conselho Federal de Farmácia, 2016). Estes aspectos referentes à terminologia não podem ser negligenciados, pois comprometem a qualidade da comunicação em saúde entre profissionais farmacêuticos, não farmacêuticos, e até mesmo com a sociedade de modo mais amplo (Funchal-Witzel, 2009).

Uma entidade relevante nesse cenário desafiador para a harmonização conceitual no campo da farmácia clínica é a Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC), que reúne professores, pesquisadores, profissionais e estudantes de graduação e de pós-graduação em Farmácia, comprometidos em discutir e realizar ações que contribuam para o aprimoramento da prática profissional. Em 2019, a SBFC lançou um posicionamento que afirma que não se deve utilizar o termo Atenção Farmacêutica, mas sim o termo CF (Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 2019). Neste documento, a SBFC afirma adotar os conceitos apresentados no documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”, publicado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) (Conselho Federal de Farmácia, 2016). Tal documento foi resultante

da contribuição de vários especialistas em Farmácia Clínica, e tem sido uma referência para a pesquisas, para o ensino e para a prática profissional (Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 2019).

Neste documento, CF está definido como um

modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (Conselho Federal de Farmácia, 2016, p. 55).

Essa definição não contradiz o conceito de Cipolle, Strand e Morley (2012) adotado na presente tese. Porém, ele é mais amplo. Uma análise que pode ser feita sobre estas escolhas conceituais adotadas pelo CFF – e sua referenciação pela SBFC – é que se trata de uma estratégia para não deixar de fora a ampla diversidade de serviços clínicos providos por farmacêuticos que de fato ocorrem na ponta atualmente no Brasil. Afinal, adotando-se um conceito mais delimitado, as atividades desempenhadas por muitas instituições e por muitos profissionais não estariam cobertas.

Porém, a dilatada envergadura do termo que tais entidades adotam acaba por fortalecer uma falta de padronização da prática profissional farmacêutica, acarretando algumas consequências negativas. Primeiramente, isso dificulta a formação direcionada para uma prática profissional completa e clara, com todos os seus componentes, o entendimento do profissional sobre qual é verdadeiramente sua missão na sociedade e a compreensão dos pacientes sobre quais necessidades o profissional farmacêutico atende. Vivendo experiências discrepantes em relação aos serviços farmacêuticos que recebe (conciliação, dispensação, educação em saúde, gestão da condição de saúde, dentre outras), o paciente não sabe o que esperar do profissional farmacêutico, e isso acaba por dificultar também a valorização do profissional.

Por tudo isso, a partir daqui, nessa tese a expressão CF dirá respeito nomeadamente ao conceito de Cipolle, Strand e Morley (2012). Esta opção concorda com a posição do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o grupo de pesquisa no qual esta tese foi elaborada. O CEAF

é um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços associado ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG e tem como objetivo proporcionar toda a estrutura humana, técnica, científica e de *know-how* para formar profissionais, investigar, implantar, desenvolver e avançar a prática do CF e os serviços de GTM (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, 2024). É interessante observar, entretanto, que o nome do grupo de pesquisa inclui o termo Atenção Farmacêutica, que era o mais adotado no Brasil no ano em que o grupo foi criado, em meados da década de 2010.

O CF surgiu como resposta ao amplo uso de medicamentos no contexto do envelhecimento populacional, da alta prevalência de doenças crônicas e do surgimento de novas doenças infecciosas. Prescrições incorretas, dificuldades de compreensão e adesão, assim como a aquisição em contextos formais e informais diversificados são alguns dos fatores que levam a Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos (PRMs). Os PRM são quaisquer eventos indesejáveis experimentados por um paciente que envolvem ou suspeita-se envolverem a terapia medicamentosa, e estes geram custos humanos e financeiros elevados. Tais problemas interferem no alcance dos objetivos terapêuticos desejados e requerem a contribuição de um profissional para resolvê-los (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Um estudo farmacoeconômico demonstrou que para cada real gasto com medicamentos pelo Ministério da Saúde no Brasil, cinco reais são gastos para resolver problemas devido ao seu uso não otimizado. A morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos é assim responsável por até 23% do orçamento público anual total destinado à saúde no Brasil. O autor destaca ainda que mais da metade destes problemas seriam evitáveis, corroborando com a necessidade social por um uso otimizado de medicamentos (Freitas, 2017).

A seguir, serão brevemente apresentados os três componentes do CF. Primeiramente, tratar-se-á da filosofia, que é o conjunto de valores que orienta o comportamento de um profissional para ser eticamente apropriado, clinicamente preciso e legal. Este componente define as regras, funções, relacionamentos e responsabilidades do praticante. A filosofia do CF afirma que as responsabilidades do profissional farmacêutico serão realizadas de maneira centrada no paciente, usando

o paradigma de cuidado definido pelas profissões de medicina e enfermagem. Esse paradigma exige que o profissional avalie de forma abrangente as necessidades relacionadas a medicamentos do paciente, que desenvolva um plano de cuidado que possa atender a essas necessidades e que faça o acompanhamento para determinar se os resultados desejados foram alcançados e nenhum dano foi causado (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Por ser uma abordagem focada no paciente e não no produto farmacêutico a ser utilizado, o CF destaca a importância de se considerar a experiência subjetiva do paciente ao utilizar medicamentos, definida como

uma experiência de ambivalência e vulnerabilidade, na qual o paciente está ativamente envolvido em um processo ou negociação, que é pragmático em relação às formas como ele vive e experiencia a vida, contextualizada e matizada dentro da construção social de sua realidade individual (Hillman *et al.*, 2021, p. 10, tradução livre).

Tal experiência deve guiar o farmacêutico no diagnóstico de PRM e em sua resolução. Afinal, quanto maior a individualização das intervenções terapêuticas, maior será sua chance de obter sucesso (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Assim, ao invés de desenvolver uma prática paternalista, o farmacêutico que adota a filosofia do CF percebe o paciente como um indivíduo com conhecimentos, experiências e princípios. Neste sentido, reconhece-se que o paciente precisa estar sempre envolvido nas decisões relacionadas ao seu processo de saúde, e suas preferências devem ser consideradas. Afinal, ele fará as decisões finais sobre como usar ou não usar os medicamentos em sua rotina. Não adianta que o profissional determine sozinho as melhores intervenções terapêuticas se o paciente não estiver de acordo.

A experiência subjetiva do paciente com o uso de medicamentos representa a soma total do impacto dos eventos que ocorreram na sua vida e que formaram as suas impressões, crenças, preocupações, compreensão e preferências sobre o uso de medicamentos de uma forma geral, mas também para o tratamento de problemas de saúde específicos. O paciente usualmente traz uma experiência subjetiva diferenciada em relação aos produtos naturais, já inseridos em sua cultura cotidiana, e isso precisa ser levado em conta. Indivíduos que usam fitoterápicos frequentemente têm uma percepção menos positiva da segurança de outras terapias prescritas, e uma atitude

mais favorável em relação ao impacto dos produtos naturais na sua saúde. “A palavra ‘natural’ é frequentemente usada para denotar ‘seguro’ – uma interpretação muito enganosa e possivelmente perigosa” (Cipolle; Strand; Morley, 2012, p. 6-7).

Crenças e percepções influenciam as atitudes do paciente, gerando impacto direto sobre como ele usa – ou não usa – os medicamentos. A simpatia de muitos pacientes pela fitoterapia, especialmente os idosos, está enraizada na percepção subjetiva de que os produtos naturais são mais “gentis” (*gentler*) e seguros do que medicamentos convencionais. Um estudo consagrado desenvolvido por um instituto que desenvolve pesquisas demográficas na Alemanha pesquisou 2.172 pessoas entre 16 e 90 anos de idade sobre esta temática. Quando perguntados sobre a segurança do uso de fitoterápicos, 82% dos pesquisados classificaram o risco em tratamentos com fitoterápicos como “baixo”, enquanto 84% classificaram tal risco com medicamentos convencionais como “alto a moderado”. Esta opinião foi semelhante entre usuários e oponentes do uso de fitoterápicos (Schulz *et al.*, 2004).

Sabendo que a confiança em um medicamento é a melhor fundação para o sucesso de seu uso, é muito importante levar esta experiência em consideração. As informações básicas sobre um medicamento convencional envolvem principalmente sua estrutura molecular, que é de pouco interesse para a maioria dos pacientes. Mas quando se trata dos fitoterápicos, o paciente pode ver uma foto da planta medicinal e conhecer sua história, fornecendo um excelente contexto para sua compreensão e adesão (Schulz *et al.*, 2004).

Partindo da experiência subjetiva com o uso dos fitoterápicos, é comum que a visão das pessoas sobre a fitoterapia seja polarizada. Muitos são exageradamente “contra” ou exageradamente “a favor” dessa prática, especialmente dentre os profissionais de saúde. Estas visões extremadas acabam por impedir uma visão racional e informada. Fintelmann e Weiss (2010) dividem os fitoterápicos em quatro categorias terapêuticas. Na primeira categoria, eles são a opção terapêutica de primeira escolha e não existem medicamentos convencionais como alternativa; na segunda categoria, os fitoterápicos são intercambiáveis com medicamentos convencionais; na terceira, eles podem ser utilizados como complementares à terapia com medicamentos convencionais (coadjuvantes) e; na quarta categoria temos as indicações para as quais o uso da fitoterapia não é adequado ou caracteriza erro, por evitar ou retardar uma terapia com

medicamentos convencionais. A partir da compreensão destas categorias, fica claro que fitoterápicos, assim como outros recursos terapêuticos, podem ser extremamente úteis em algumas condições clínicas, porém, totalmente dispensáveis, ou até mesmo prejudiciais, em outras.

Para discutir a tomada decisões clínicas adequadas sobre o uso dos fitoterápicos, será tratado a seguir o segundo componente da prática: o processo de cuidado, que é um conjunto padrão de atividades realizadas por todos os praticantes clínicos no cuidado de pacientes individuais. Tal conjunto engloba as atividades sistemáticas que ocorrem quando um profissional presta o serviço de CF a um paciente, envolvendo a avaliação das necessidades farmacoterapêuticas, a elaboração de plano de cuidado e a avaliação dos resultados. O processo de cuidado proposto pelo CF é cíclico, pois as necessidades farmacoterapêuticas são dinâmicas e, portanto, faz-se necessária nova avaliação periódica (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Na avaliação de necessidades farmacoterapêuticas, o profissional aplica um raciocínio clínico padronizado para a tomada de decisão sobre toda a farmacoterapia de um paciente, incluindo produtos prescritos, de venda livre, suplementos ou fitoterápicos, seguindo uma sequência para identificação e resolução de PRM.

Este raciocínio clínico se inicia pela avaliação de questões relacionadas à indicação, ou seja, se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são necessários para os seus problemas de saúde e se ele precisa de medicamentos adicional para alguma condição clínica que apresenta. Em seguida, avalia-se questões relacionadas à efetividade, ou seja, se os medicamentos são (ou serão) efetivos para a condição tratada e se as doses são (ou serão) suficientes para atingir os objetivos terapêuticos pretendidos. Passa-se então à avaliação de questões de segurança, ou seja, se existem reações adversas ou o risco dessas (ou existirão) e se as doses são (ou serão) altas para o paciente. Em seguida, serão avaliadas questões relacionadas a conveniência ou adesão, ou seja, se o paciente está disposto e pode usar os medicamentos como recomendado (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

O raciocínio clínico do CF permite fazer o julgamento sobre o emprego adequado da fitoterapia de modo sistemático e individualizado. Para tal, a indicação, a dosagem, o

tempo de uso, a efetividade, o potencial de risco e observações sobre a conveniência no uso de fitoterápicos devem ser integralmente avaliados em todos os pacientes que os utilizam com finalidade de prevenção ou tratamento em saúde, conjuntamente com o restante da farmacoterapia em uso.

Não considerar essas questões pode ser problemático, especialmente em pacientes que necessitam de diversos medicamentos para tratar diversas comorbidades. Os produtos naturais podem interagir de diversas formas entre si e com outros produtos em uso, alterando os seus efeitos. Como discutido anteriormente, por mais que se tenha uma ancestralidade de uso corroborando com a efetividade e segurança dos fitoterápicos em algumas situações, o cenário de uso e o próprio perfil do usuário atual destes produtos apresentam características distintas do que se tinha em tempos anteriores.

O profissional farmacêutico é também responsável por elaborar e fornecer aos médicos e outros profissionais que prestam cuidados ao paciente um registro farmacoterapêutico completo dos pacientes. Esse registro deve incluir os fitoterápicos em uso, sejam os mesmos prescritos ou não, bem como por que e como o paciente está tomando cada um deles. Esta informação é de grande valor para subsidiar a tomada de decisões mais acertadas por parte dos diversos profissionais (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Nesse sentido, é imprescindível que o farmacêutico procure sempre saber quais opções de tratamento o paciente está adotando para além daquelas que lhe foram formalmente prescritas. Como produtos fitoterápicos são usados rotineiramente, muitos pacientes não os consideram como tratamentos, e precisarão ser solicitados diretamente para enumerá-los (Cipolle; Strand; Morley, 2012)

Por fim, será brevemente tratado o terceiro componente da prática, que é o sistema de gestão. Este inclui todos os recursos necessários para levar o serviço ao paciente, como o espaço físico, o sistema de agendamento, a documentação, o relatório, a avaliação, o pagamento do serviço e demais elementos dessa natureza (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011). O modelo de remuneração para serviços de CF descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012) leva em consideração o número de medicamentos em uso pelo paciente (sejam eles prescritos, não prescritos,

convencionais ou naturais), as condições médicas e PRM resolvidos. A partir dessa lógica, o farmacêutico deve ser retribuído por realizar também a avaliação e manejo do uso dos fitoterápicos.

Os serviços clínicos que aplicam na íntegra esse arcabouço teórico-metodológico do CF são atualmente conhecidos como serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) (Ramalho-de-Oliveira, 2011).

O desenvolvimento de um processo de trabalho padronizado no CF assegura uma revisão completa e precisa das necessidades farmacoterapêuticas de pacientes e estabelece o compromisso – e a possibilidade de valorização – do profissional farmacêutico na sociedade (Sorensen *et al.*, 2020), sendo um arcabouço que deve necessariamente ser estendido aos fitoterápicos.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia, instituídas pela Resolução nº 06 de 2017 do Ministério da Educação, direcionam para o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em saúde, visando a formação de farmacêuticos que promovam cuidado direto ao paciente e comunidades, de forma multidisciplinar e em prol da saúde pública. Dentre tais habilidades e competências, uma delas é a capacidade de identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade no que tange à orientação, prescrição e monitoramento em plantas medicinais fitoterápicos, assim como o planejamento, execução e acompanhamento de ações para atender às demandas percebidas (Brasil, 2017b). Assumir a responsabilidade pela fitofarmacoterapia é natural no processo de consolidação do novo profissional farmacêutico.

Cipolle, Strand e Morley (2012) apresentam na terceira edição de sua obra clássica um estudo com um grupo de 22.694 pacientes que recebiam serviços de CF. O grupo estava tomando 78.782 medicamentos sem prescrição médica (média = 3,5 medicamentos de venda livre por paciente). O estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos, onde os fitoterápicos são também considerados suplementos. Foi documentado o uso de 1.977 suplementos por 502 pacientes diferentes. Nos pacientes que usavam suplementos regularmente, isso representou uma média de 4 suplementos por paciente. Dentre os 10 suplementos mais usados referidos nesse estudo, a metade eram fitoterápicos: gengibre (*Zingiber officinale*), linhaça (*Linum*

usitatissimum), equinácea (*Echinacea* sp.), pimenta-caiena (*Capsicum annuum*) e canela (*Cinnamomum* sp.). Os outros citados foram zinco, coenzima Q10, *Lactobacillus acidophilus*, lisina e crômio (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Esse estudo demonstra a significativa expressividade do uso de fitoterápicos pela população pesquisada. Porém, não é possível inferir que plantas medicinais utilizadas na forma de preparados caseiros, como por exemplo chás, também tenham sido consideradas e registradas neste estudo.

Ainda não há disponibilidade desse tipo de estudo no Brasil, e não é costumeiro que o uso de fitoterápicos seja sistematicamente documentado nos serviços de saúde. É muito provável que estes números sejam ainda mais elevados no contexto socioambiental brasileiro, acarretando diversos PRM, que poderiam ser minimizados a partir da ampla oferta de serviços de GTM.

A fitoterapia aproxima os profissionais de saúde de seus pacientes e, de modo coletivo, é uma forma efetiva para ampliar vínculos nas comunidades onde o profissional atua (Brasil, 2012a). Na relação com outros profissionais de saúde, o trabalho do farmacêutico com a fitoterapia tende a fortalecer a sua rede de relações e sua importância na equipe interprofissional.

O farmacêutico é no presente momento histórico o profissional mais instrumentalizado para responder à demanda social pelo uso otimizado de fitoterápicos. O seu currículo agrega disciplinas obrigatórias de botânica e farmacognosia, que lhe provêm conhecimentos básicos para avaliar minimamente aspectos da cadeia produtiva de plantas medicinais e da utilização de produtos fitoterápicos. Apesar de que a formação dos farmacêuticos ainda é insuficiente no campo da fitoterapia, os demais profissionais de saúde estão ainda mais despreparados para atender a esta demanda, por não possuírem em seus currículos nenhuma disciplina obrigatória sobre plantas medicinais (Barreto, 2015).

Tendo em vista as características do CF, é fácil perceber que esta prática propicia um espaço de grande potência para promoção da qualidade do uso de fitoterápicos e minimização da morbimortalidade relacionada ao seu uso, sendo uma abordagem muito mais profunda do que aquela desenvolvida por profissionais de saúde em atividades clínicas pontuais – como dispensação e conciliação medicamentosa – ou

atividades de educação em saúde, que costumam ser as mais frequentemente disponíveis em relação ao uso de fitoterápicos. Porém, até o momento existe na literatura científica um único estudo de revisão que cruza as temáticas fitoterapia e CF (Soares *et al.*, 2020)². Neste estudo, foi adotada a tradução do *Pharmaceutical Care* como Atenção Farmacêutica.

Esta revisão incluiu as bases MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e a biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), foi feita uma busca pelas palavras-chave: plantas medicinais; fitoterapia; atenção farmacêutica; processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia; saúde baseada em evidências; e os respectivos termos em inglês: *herbal medicines; phytotherapy; pharmaceutical care; pharmacotherapy workup; evidence-based health*. Foram também consultados decretos, leis, normatizações, portarias e outras legislações. O Google Acadêmico foi utilizado para ampliação e recuperação de estudos e artigos nacionais sobre a temática. Os critérios de inclusão dos artigos nesta revisão foram: artigos publicados em português ou inglês, com resumos ou artigos disponíveis nas bases de dados consultadas, no período de 2000 a 2020.

A partir dos descritores empregados, foram encontrados apenas três artigos. Porém, eles não correspondiam ao arcabouço teórico-metodológico da prática definida por Cipolle, Strand e Morley, que é o mesmo adotado na presente tese. Na profissão farmacêutica, devido às dificuldades de harmonização da tradução e definições do termo *Pharmaceutical Care* anteriormente abordadas, os termos Atenção Farmacêutica ou CF eram muitas vezes empregados para designar diferentes serviços de cuidados e orientações dos farmacêuticos aos pacientes. Por fim, essa pesquisa concluiu que são necessários estudos que caracterizem, avaliem e demonstrem os impactos da aplicação do CF no campo da fitoterapia.

A inclusão da Fitoterapia na prática do CF permite que o Farmacêutico passe a reconhecer diversos PRM que de outro modo seriam ignorados, contribuindo ainda

² Fui coautora deste trabalho, publicado pouco após meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

mais para a redução de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, trazendo impactos positivos para a saúde individual e coletiva. Esta é uma questão de relevância global, e com destaque significativo no contexto nacional.

1.2 Motivações para o estudo

Sou mineira nascida e crescida em Belo Horizonte. Vivi uma infância saudável. Mesmo morando em apartamento, sempre tive à disposição um quintal, onde eu podia brincar de comidinha. Hortelã, trevo, cascas de goiabeira, flores, todos eram ingredientes disponíveis para minha alta gastronomia imaginária. Para os pequenos probleminhas do dia a dia, minha mãe me tratava com homeopatia, chás de limão com alho para gripe, compressas de arnica (que ela colhia pessoalmente nas serras) para aliviar as dores. A opção da minha mãe por não buscar a medicina convencional era enraizada em experiências iatrogênicas impactantes, tanto as suas próprias como de pessoas queridas.

A temática de saúde não me despertava interesse. Saúde só chama atenção quando está faltando. E eu simplesmente não precisava prestar atenção nesse assunto. Saúde era uma condição natural da vida, da qual eu desfrutava sem saber enquanto comia amoras sob a densa copa da amoreira no sítio da minha tia-avó.

Na minha adolescência, começou meu interesse por práticas autogeridas e sustentáveis. O conceito do faça-você-mesmo inspirava minhas atitudes, e me motivava à busca de conhecimentos sobre como cortar meu cabelo, como costurar minhas roupas, como cozinhar meus alimentos, como criar os meus fanzines e músicas, enfim, como buscar as informações para tomar as minhas decisões, para conduzir minha própria vida, conforme meus ideais anticonsumistas e ambientalistas.

Aí veio um acontecimento não planejado. Com 16 anos, engravidei. A partir desse momento, fui procurar um obstetra para me acompanhar no pré-natal e fazer meu parto. Infelizmente, os três primeiros profissionais com quem tive consultas já queriam agendar a cesárea. Se tratava da cultura médica de duas décadas e meia atrás, um momento no qual o avanço dos procedimentos tecnológicos e sua aplicação compulsória pareciam ser o caminho da humanidade, em diversos setores, incluindo

o setor da saúde. O quarto médico consultado enfim mencionou o parto natural. Ele me explicou que meu corpo já estava pronto para essa gravidez e eu era uma jovem saudável e, portanto, não seria necessário já considerar o parto cesáreo.

No período da gravidez, o médico me recomendou o uso de diversas vitaminas e medicamentos. Ele falava que as recomendações estavam embasadas nos resultados dos meus exames. Mas eu não conseguia compreender meus próprios exames e tampouco as suas prescrições. E vinha a minha aflição: aquela seria mesmo a melhor opção para a minha saúde, e para a saúde do meu filho? Eu não tinha argumentos para questionar as condutas médicas, e nem espaço para dialogar. Eu não conseguia ler as bulas dos medicamentos, mas insistia em desenrolar em vão aqueles extensos pergaminhos misteriosos. Por mais que tentasse esboçar alguma reação durante o atendimento médico, ao final das consultas acabava encurralada para simplesmente aceitar tudo o que me era recomendado. A sensação era de que eu não tinha direito à opinião sobre minha própria saúde. Eu era uma espectadora, muda, me atendo a observar temerosa o que acontecia. Hoje percebo que eu precisava do serviço de GTM, que poderia ter tornado minha experiência muito mais tranquila. Mas eu não tinha nem ideia de que um serviço como estes poderia existir.

Esta gravidez foi coroada aos meus 17 anos com um parto cesáreo agilizado por oxitocina e brutalidade obstétrica. A falta de uma atitude de cuidado por parte da equipe hospitalar foi frustrante e amedrontadora, me tomando parte do prazer da experiência de parir meu filho, que poderia ter sido delineada de outro modo. Por mais que eu queira, nunca me esquecerei da violência vivida.

À época, eu estava finalizando o ensino médio e escolhendo o curso universitário para o qual prestaria vestibular. Assisti a uma palestra do Professor Edson Perini, da Faculdade de Farmácia da UFMG, sobre a faceta social da profissão farmacêutica. Que interessante! Eu não sabia que o farmacêutico também lutava pela justiça social! Somando o encantamento contagiante do professor com minha desconfiança em relação às recomendações e procedimentos de “saúde” que vivenciei, resolvi cursar Farmácia. Meu objetivo nesse momento era principalmente aprender a ler meus próprios exames, compreender as bulas dos medicamentos e saber como estas poções mágicas agiam em meu corpo. Eu também já começava a imaginar qual seria a melhor forma de colaborar na sociedade com estes conhecimentos.

No curso de Farmácia conheci profundamente os benefícios possíveis do uso de medicamentos convencionais no organismo humano, assim como as suas possíveis consequências negativas. Eu não sou nem nunca fui contra o uso de medicamentos. Existem situações em que eles claramente representam a melhor opção para a promoção ou recuperação da saúde. No entanto, sou veementemente contra o uso compulsório deles. Com os professores do Departamento de Farmácia Social, especialmente Edson Perini, Gil Sevalho e Djenane Ramalho-de-Oliveira, conheci o conceito de medicalização da sociedade. Meu olhar crítico sobre o uso de medicamentos e a biomedicina, antes baseado em medos e radicalismos, começou a amadurecer.

Apropriando-me dos conhecimentos que tanto almejava, eu procurava uma forma de ser uma profissional de saúde no verdadeiro sentido da palavra. Eu queria ajudar pessoas como eu, que tinham dúvidas e aflições em relação ao uso de medicamentos e procedimentos médicos, que queriam ter mais qualidade de vida. Nesta busca, me deparei com a fitoterapia, e passei a estudá-la autonomamente, uma vez que os conteúdos programáticos curriculares não respondiam minhas questões. Fui tomando as rédeas da minha própria saúde. Inicialmente, o caminho da qualidade de vida era em minha frente uma estrada de terra, escura e esburacada, a ser percorrida por conta própria. O caminho da biomedicina era uma estrada mais utilizada, já pavimentada e iluminada. A maior parte dos meus professores e colegas seguia por ali. Mas eu escolhi a estrada de terra. Lancei-me em uma jornada sem retorno, de autoconhecimento e controle da minha própria vida. Conhecimento é poder. Persistindo nessa estrada, aprendi com alegria a cuidar não apenas da minha saúde, mas também da saúde do meu filho. Aos poucos, esse movimento foi transbordando para outros familiares, amigos, e para a minha comunidade. Comecei a me envolver mais no quintal da minha mãe, e por fim criamos também um espaço coletivo de cultivo de plantas medicinais e alimentícias no prédio onde morávamos, de onde colhíamos baldes de açafrão, tomatinhos, mostarda, manjeriço! Fiquei impressionada com o que se pode produzir em pequenos espaços, tendo boa vontade.

Progressivamente, entendi como manejar os pequenos desconfortos do cotidiano com as plantas medicinais: gastrite, cólicas, gripes, dores de cabeça, ansiedade. Ganhei tempo e energia para estudar e para desenvolver minhas inúmeras atividades como

mãe. Essa experiência pessoal retroalimentou minha motivação para a prática profissional e para o estudo continuado. Meu desejo era compartilhar com o mundo os benefícios e prazeres do uso das plantas medicinais, lindas, saborosas, cheirosas! Desde o final da graduação comecei a atuar como bolsista de extensão no Laboratório de Farmacognosia e comecei a oferecer cursos, oficinas e palestras sobre temática, tanto para profissionais de saúde como para interessados de modo geral.

Nessa seção de introdução, compartilharei algumas histórias sobre as minhas experiências, que foram criadas empregando a autoetnografia, metodologia que será apresentada na seção de metodologia desta tese. Elas serão destacadas do texto empregando fonte distinta. No caso da história compartilhada abaixo, existe uma versão disponível em vídeo³ (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2022a), e alguns *prints* podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1 – Imagens selecionadas da performance “Ensinando que se aprende: os primeiros passos na jornada profissional de uma farmacêutica fitoterapeuta”, no II Congresso Brasileiro de Autoetnografia



Fonte: elaboração própria (2022).

³ Link para assistir ao vídeo: <https://youtu.be/9IRS9lozw7c>.

Ensinando que se aprende: os primeiros passos na jornada profissional de uma farmacêutica fitoterapeuta

O ano é 2004. Integralizo a graduação em Farmácia. Os farmacêuticos graduados da instituição escolhem se querem se habilitar em indústria, alimentos ou análises clínicas. Nesse tempo, ninguém quer finalizar sua formação como “apenas farmacêutico”. Cursar uma habilitação é uma prática compulsória.

Estou sentada em meu banco no laboratório, procurando ovos de helmintos na lâmina. O ambiente é branco, o cheiro é asséptico, colegas e professores todos paramentados com os devidos equipamentos de proteção individual. Eu reconheço a beleza deste ofício técnico, vejo o brilho nos olhos de alguns colegas. Mas certamente esta rotina de trabalho não é meu sonho.

Durante a graduação, identifiquei que minha paixão está nas plantas medicinais, que vivificam meu espírito investigativo e de colaboração social. Por isso, enquanto curso a habilitação em análises clínicas, paralelamente consigo uma vaga como extensionista no Laboratório de Farmacognosia. Neste laboratório, se trabalha com plantas medicinais secas, derivados vegetais diversos, produtos fitoterápicos manipulados ou industrializados. São produtos coloridos, aromáticos, cheios de mistérios que eu quero desvendar! Que orgulho por estar aqui!

Após alguns meses de atividades, recebo de minha orientadora o convite:

- Ana, estou montando a programação do nosso encontro de plantas medicinais deste ano. Quero colocar na programação um curso de manipulação de fitoterápicos com você. Ah, já te aviso que o evento é aberto para qualquer interessado!

Meu coração acelera, aquela tarefa se alinha à missão que já comecei a delinear para minha vida, e mesmo com o alto nível de despreparo para realizar a atividade, respondo imediatamente, a voz afetada pela emoção:

- Que ótimo, obrigada pela oportunidade! Pode contar comigo!

No dia do curso, chego cedo no local do evento, e preparo meus equipamentos, vidrarias e matérias-primas do melhor modo que posso. Olho para a lista de inscritos: 15 pessoas. À medida que cumprimento e acolho quem chega, suo irremediavelmente em antecipação. Chegam mulheres e mais mulheres, até que olho novamente a lista e constato se tratar de um grupo com 14 mulheres e 1 homem – sendo este o marido de uma das inscritas. O grupo é heterogêneo, pessoas de diversas idades e bagagens. Encanto-me com o nível de interesse e engajamento da turma!

Mais tarde, eu iria entender três coisas. Número 1: turmas de fitoterapia são sempre predominantemente ou completamente formadas por mulheres. Número 2: todas as turmas de cursos de fitoterapia são engajadas, se tratando de um assunto do cotidiano e fascínio do povo brasileiro. Número 3: O desafio ao qual eu estava me propondo era muito maior do que eu dimensionava.

Enquanto produzíamos as formas farmacêuticas de extrato aquoso, tintura e pomada, em meio à minha apresentação dos conteúdos, extremamente técnica, as questões pipocavam:

- Tomo essa sálvia como digestivo! É comprovado que funciona?
- Posso tomar chá de capim-limão todos os dias?
- Não tenho a planta seca como você está ensinando. Posso trocar pela planta fresca, que tenho no quintal?
- Como vou medir em casa 1 g de planta para fazer o chá? Não tenho balança!

São algumas das questões postuladas pela turma, que revelam vívidas lacunas na minha formação técnica em fitoterapia e me colocam em desconforto. Como eu posso estar aqui na frente de uma turma e não conseguir responder quase nada? Eu sou farmacêutica! Penso: será que outros colegas farmacêuticos conseguiriam resolver tais dúvidas?

Com muita humildade – e um quê de constrangimento – explico para a turma que eu sou iniciante no assunto. Penso enquanto falo, constatando não apenas para aquelas pessoas, mas especialmente para mim mesma, que apesar de ser farmacêutica não aprendi muito sobre o uso aplicado das plantas na universidade. Aprendi mais sobre botânica, química de produtos naturais e controle de qualidade. Conforto-me com meu próprio discurso. Mas não me acomodo nele!

Neste momento, vislumbro de relance: meu caminho na fitoterapia está apenas começando. O curso de farmácia foi só um tímido pontapé inicial na vida profissional que eu almejo.

O próximo projeto no qual me envolvo como extensionista do Laboratório de Farmacognosia é igualmente desafiador: ser a responsável por guiar as pessoas em uma visita educativa em horto medicinal, na Exposição Interativa Tatos e Aromas.

Vim ao horto de plantas medicinais para conhecer o espaço, porque amanhã começa a exposição. Que local incrível! Quanta beleza! Quanta cor! Quanta vida! O ambiente faz-me sentir revigorada e muito animada pela missão que estou aqui para cumprir.

Mas o que eu sei sobre essas espécies medicinais? Lembro-me da disciplina de Botânica Aplicada à Farmácia, cursada no terceiro período da graduação. Nesta disciplina, vimos plantas secas no laboratório, lâminas com cortes de partes de plantas, morfologia e taxonomia vegetal. Vimos alguma coisa sobre metabolismo vegetal também, e aprendemos a fazer exsiccatas. Mas ter passado com conceito A nessa disciplina não me ajuda muito no contexto no qual eu agora me encontro.

Este flash das lembranças dos tempos de graduação se dissipa prontamente com a chegada da minha orientadora. Ela me chama, apressada e impaciente como sempre, e me oferece um *quick tour* no espaço, mostrando rapidamente as plantas do horto e mencionando algumas de suas propriedades. Eu anoto em meu caderno, usando toda a minha capacidade para registrar eficientemente cada palavra que saia da sua boca. Ela não era o tipo de professora que repetiria as explicações uma segunda vez.

No trajeto de ônibus de volta para casa, releio minhas anotações compulsivamente. Faço minhas atividades noturnas sem presença, porque de certo modo estou mais presente na atividade de amanhã do que no que estou fazendo. É difícil dormir, com tanta

“pensão”. Estou dominada por sentimentos paradoxais de ânimo e receio pelo desafio que me aguarda.

No dia seguinte, chego bem cedinho no horto, e percorro os canteiros em atitude de revisão dos conteúdos. Nesta época, bem no início do novo milênio, os telefones celulares ainda não possibilitam a pesquisa na internet, então o único recurso de consulta é o meu caderninho.

Começa o evento, e os primeiros visitantes chegam! Segura, coração! Com um frio na barriga e um amplo sorriso no rosto, recebo o primeiro casal. Apresento dedicadamente cada espécie, repetindo praticamente como um papagaio as informações que adsorvi no dia anterior.

As pessoas, sempre muito interessadas, compartilham comigo também os seus conhecimentos, e eu anoto tudo para pesquisar depois. As perguntas dos visitantes novamente extrapolam – e muito – o escopo das informações que eu tenho para oferecer:

- Essa planta pega de galho?
- Minha mãe usa a carqueja para diabetes, também é bom, não é?
- Quem tem pressão alta pode tomar?
- Eu tinha esta planta, mas ela morreu. Será que eu precisava ter molhado todos os dias?

Eu anoto as dúvidas, explicando que não sei as respostas. Desta vez, estou mais tranquila e menos constrangida por minhas ignorâncias. Já compreendi que isso faz parte do processo.

Após o primeiro final de semana de visitação, na segunda-feira pego cedo o ônibus, indo para a biblioteca da faculdade. Algum tempo depois, estou aqui com meu caderninho em mãos e a mesa cheia de livros. Dedicadamente, procuro por dados científicos que confirmem ou refutem as informações que os visitantes generosamente me ensinaram. Busco incansavelmente por respostas para cada dúvida. Minha meta é nas visitas seguintes responder mais um bocadinho das questões que surgirem.

Em um piscar de olhos, chega o próximo final de semana. Estou novamente no horto, conforme a programação da exposição. Sorriso igualmente amplo ao do final de semana passado, porém um pouco menos de frio na barriga.

Meu sentimento de satisfação não cabe em mim quando repasso para um visitante uma informação ou orientação útil que descobri em meus estudos da semana. Identificação de uma planta, suas indicações terapêuticas, formas de uso ou cultivo, cuidados de utilização. Sinto-me realizada, comemoro comigo mesma!

Quando percebo, o projeto dessa exposição já chegou ao fim. Durante todo o semestre em que atuo como bolsista de extensão, sinto-me envolvida e disposta, com o senso de propósito aflorado. O tempo voa quando a gente se diverte!

Não paro por ali. Sigo fazendo perguntas todos os dias. Minha práxis no processo de ensino-aprendizagem em plantas medicinais segue em sua eterna incompletude. Esta incompletude contém em si momentos efêmeros de completude, deflagrados quando

alguém conquista mais qualidade de vida por meio de uma planta. Esses momentos são para mim preciosidade. Os anos passam, mas esse encantamento perdura.

Essas primeiras experiências que vivi no ensino sobre as plantas medicinais foram um fractal do que seria meu projeto de vida: aprender e ensinar sobre as plantas, atendendo a uma necessidade social pulsante, viva, dinâmica.

Em minha busca por conhecimentos, abracei a chance que surgiu após esse estágio: participar de um projeto de pesquisa sobre plantas medicinais. Oportunamente, apresento também uma história autoetnográfica para descrever tal experiência. Uma primeira versão desta história foi apresentada em formato de vídeo no I Congresso Brasileiro de Autoetnografia (Cimbleiris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2021a). Alguns *prints* do vídeo podem ser visualizados na Figura 2.

Figura 2 – Apresentação da performance “Ana, você não entende nada de pesquisa!”, no I Congresso Brasileiro de Autoetnografia



Fonte: elaboração própria (2021).

“Ana, você não entende nada de pesquisa!”: experiências de uma estudante em pesquisa sobre tradições de raizeiras e raizeiros

Meu telefone tocou, o número era desconhecido. Ao atender, sou positivamente surpreendida: era Adriana, uma pesquisadora que eu havia conhecido em um evento no mês anterior. Ela precisava de voluntários para colaborar em seu projeto, sobre plantas medicinais nativas. Que tema interessante! Que oportunidade! Meu coração vibra de alegria!

Logo nos primeiros meses, Adriana me convida para acompanhar a pesquisa no município de Dom Joaquim, onde vamos entrevistar raizeiras e raizeiros, a fim de verificar se elas e eles conhecem e utilizam espécies que os naturalistas descreveram há séculos. Animadamente, preparo na véspera a minha mochila de viagem.

No dia seguinte, pegamos a estrada bem cedo. Enquanto dirige, ela me repassa as orientações:

- Ana, nestas primeiras visitas, você vai apenas observar, porque você ainda não entende nada de pesquisa! Eu vou conduzir toda a conversa.

Nunca irei me esquecer da primeira raizeira que visitamos, Dona Maria. Assim que saí do carro, já na beirada do quintal, a avistei. Uma senhora cuja cor da pele evocava brasilidade. Cabelos curtos arrumados para trás com grampos, um vestido de estampa floral e chinelos. Ao ver o carro, ela já veio ao nosso encontro. Sua casa era uma

construção simples e minúscula, pintada de azul, com uma grande horta. Nada de jardim arrumadinho. Um pouco de tudo. Begônias plantadas em uma panela velha, restos de material de obra, e ainda um galinheiro improvisado com tapumes e pedaços de cerca de arame. Um típico quintal da roça, que revelava as durezas e os prazeres da vida rural.

- *Vamo entrar pra dentro* que eu tô passando um café! – Convida Dona Maria, acolhendo aquelas duas estranhas em sua cozinha.

Em frente a um fogão à lenha, foi-nos servido café e biscoito de polvilho caseiro. O aroma do café soma-se ao aroma da lenha queimando, e cria aquela sensação única do interior mineiro. Adriana procede às perguntas da entrevista.

- Dona Maria, você conhece a abútua?

- Sim, minha filha! Me lembro dos tempos em que meu pai...

- Tá, tá! – veio a interrupção brusca. - E a carqueja, você conhece?

Arregalei meus olhos, quase sem conseguir disfarçar meu susto. Para que apressar Dona Maria, sábia herdeira da tradição de uso das plantas, desse modo tão desrespeitoso? Não era errado constrangê-la quando estava prestes a revelar histórias de seu pai? Mas eu não podia interferir. Estava ali apenas para observar. Tentei engolir a minha vergonha com um gole de café. Olhei para aquela senhora vulnerável, compartilhando a história de sua família com duas pessoas que nunca vira antes. Pensei por um momento: será que eu ou Adriana teríamos recebido um desconhecido em nossa casa com tanta prontidão e abertura? Acredito que não.

- Tá, tá! E a carqueja, você conhece?

Esse momento ficou gravado em minha mente. Toda a entrevista seguiu neste tom, atropelando sistematicamente as histórias que D. Maria quis contar, agilizando assim o preenchimento do formulário.

No dia seguinte, seguimos por longas estradas de terra, procurando pela D. Firmina, outra raizeira indicada na região rural. Adriana freou subitamente o carro, levantando a poeira vermelha. Vi a casinha amarela do lado direito da pista, erma, no meio do nada. Mesmo com o som do motor do carro ligado, eu ouvia o som da TV em volume alto. Janelinhas abertas, de madeira clara, permitiam entrever a televisão ligada dentro da casa. Uma senhora idosa com um pano vermelho amarrado na cabeça se destacou no meio das roseiras de flores brancas, que floriam profusamente.

Ela deve ouvir a TV enquanto cuida do quintal, pensei comigo mesma.

Com o motor do carro ainda ligado, Adriana gritou pela minha janela:

- Onde encontramos a Dona Firmina?

“Bom dia”, “com licença”, era o que eu pensava.

- É lá pra frente, ó! – disse a senhora, falando mais alto para que pudéssemos ouvir, pois ela estava no quintal e nós ainda dentro do carro, na estrada, o motor barulhento, a TV em volume alto.

O carro arrancou já acelerado antes mesmo que eu tivesse tempo de agradecer pela informação.

- Muito obrigada! - Agradei aos gritos, o carro já em movimento. Eu pensava: como era possível uma pessoa ser pós-doutora sem ter educação?

Poucos quilômetros depois, vimos um senhor idoso de braços fortes, caminhando com uma enxada no ombro. Adriana pergunta novamente sobre o paradeiro de D. Firmina. Ele se aproxima do carro e responde:

- Vocês acabaram de passar por lá!

- Uma casinha amarela, com as rosas brancas na cerca? – ela confirma, a confusão mental estampada em seu rosto.

- Sim, lá mesmo!

Demoramos alguns segundos para compreender o que havia acontecido. D. Firmina era a senhora que nos respondeu e indicou que a casa era “lá pra frente”. Não falei o que pensei, mas para mim era claro: a fama da pesquisadora a precedeu. Outros informantes da pesquisa no município provavelmente a avisaram sobre como foi a visita das pesquisadoras, e ela resolveu não nos atender, fingindo não ser ela mesma para se livrar de nós.

Com a falta de sensibilidade usual, Adriana quer voltar na casa da D. Firmina. A casinha amarela agora está com portas e janelas fechadas. Nenhum som da televisão. Adriana começa a chamar no portão. Eu quero sumir de vergonha. Imagino-a quietinha lá dentro, rezando um terço para irmos embora.

Inicialmente, esta pesquisa era um sonho. Mas a condução dos trabalhos de campo transforma meu sonho em pesadelo.

Sigo acompanhando as entrevistas em diversos municípios de Minas Gerais: São Domingos do Prata, Alvinópolis, Passabém, Rio Manso. A forma de condução da pesquisa era um reflexo da prática científica na qual eu estava inserida. Os informantes da pesquisa eram objetos. Eram considerados inferiores. Para descobertas em fitoterapia, na etnobotânica os informantes são a base do conhecimento científico. As pesquisas se iniciam a partir do saber tradicional. Mas por que a prática científica não podia refletir o valor imensurável destes conhecedores? Oferecer-lhes reconhecimento?

Após alguns meses de experiência, chega o momento em que eu sou liberada para fazer a entrevista sozinha.

A cada cidade, sinto o frio na barriga como se fosse a primeira vez, sempre com a certeza de uma aventura pela frente. Busco raizeiras e raizeiros indicados, desbravando a rede local, as feiras, as igrejas. Santa Rosa da Serra, Bambuí, Jeceaba, Dolores de Campos, Itamarandiba. Agora com cordialidade e humildade, a experiência de pesquisa é outra. Às vezes, fico horas ouvindo as experiências de cada entrevistado, absorta. Conduzo a entrevista com respiro para permitir a existência de formas de comunicação diferentes. Percebo que cada qual existe plenamente e legitimamente a seu modo.

Conheço pessoas incríveis! Cada história de vida! Descendentes de povos originários indígenas e imigrantes – voluntários ou forçados – de diversos países e culturas, que trazem na oralidade suas práticas de sobrevivência e saúde por meio das plantas.

Voltando da viagem a Virginópolis, olho pelo vidro manchado da janela do ônibus intermunicipal os mares de morros, que me remetem à imensidão da vida. Os rostos dos informantes da pesquisa passam um a um em minha cabeça. Estas pessoas - que gentilmente paravam suas vidas por algumas horas para conversar conosco, oferecendo cafés e quitutes, indo ao mato para mostrar e explicar pacientemente sobre as plantas de sua tradição - teriam acesso aos resultados da pesquisa? Daríamos retorno a suas comunidades?

Após alguns meses aplicando a entrevista, tomo coragem e pergunto a Adriana:

- Doutora Adriana, por que não temos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nessa pesquisa?

- Não precisa disso não! Ana, você não entende nada de pesquisa!

Mediante solicitação de Adriana, inicio o processo de categorização dos dados. Os formulários da entrevista postulam algumas perguntas abertas, mas a minha tarefa é encaixar as respostas em categorias fechadas, pré-definidas. Algumas respostas teimam em não se encaixar e eu sugiro novas categorias. Ao revisar meu trabalho, passando rapidamente as folhas, ela aponta:

- Essa resposta aqui, você pode jogar nessa categoria! – Ela fala, irritada, enquanto aponta para o papel.

A que eu timidamente respondo:

- Veja bem, Doutora Adriana, realmente não é isso que a informante falou. – Tento em vão advogar pelos significados que os entrevistados trouxeram.

- Ana, você não entende nada de pesquisa!

Dessa forma de fazer pesquisa, eu não queria entender mesmo.

Como eu não queria entender dessa forma de fazer pesquisa, acabei me retirando deste projeto. Meu nome foi apagado de toda e qualquer produção relacionada, deixando um buraco em meu currículo. Sem nenhuma documentação comprobatória das minhas colaborações, para fins legais é como se eu tivesse ficado um ano à toa. Paradoxalmente, os conhecimentos que ganhei com esta pesquisa foram importantíssimos para formar minha visão de ciência e para eu poder vislumbrar o tipo de cientista que eu gostaria de ser.

Instigada a aprender mais sobre pesquisa, resolvi me aventurar no processo seletivo para o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas na UFMG, e passei. Para me orientar, procurei pelos professores que me inspiraram na graduação: Edson Perini e Djenane Ramalho de Oliveira. E eles toparam!

Concederam-me a preciosa liberdade de definir o que eu gostaria de pesquisar, o que nem sempre ocorre em programas de pós-graduação.

Nessa época, alguns colegas da graduação vinham se envolvendo em um trabalho junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Eles organizavam, em parceria com esse movimento social, estágios de vivência para estudantes universitários trocarem aprendizados com as comunidades de acampamentos e assentamentos. Eles me falavam sobre uma área do MST, em particular, que demonstrava muito interesse na temática das plantas medicinais, e me convidavam para ir lá. Apesar de ter muito interesse em me aproximar, eu ainda não tivera disponibilidade de tempo para tal. Aproveitando a oportunidade de unir o útil ao agradável, propus desenvolver minha pesquisa nesse acampamento do MST, o *Ho Chi Minh*, no município de Nova União, em Minas Gerais.

Falei com Djenane que eu queria colocar meu conhecimento à disposição da comunidade, procurando saber o que eles precisavam em relação às plantas medicinais e colaborando na prática para transformação de sua realidade. Expliquei-lhe timidamente minhas ideias, insegura, pois eu imaginava que esse tipo de processo não seria uma estratégia de pesquisa, mas sim de extensão. Foi aí que Djenane me explicou que esse tipo de pesquisa existia sim. Ela me explicou brevemente sobre o referencial teórico-metodológico da Pesquisa-Ação, tirou de sua estante um livro de Michel Thiollent (2003) e colocou em minhas mãos. Devorei esse livro em poucos dias, entusiasmadamente: era exatamente o que eu queria fazer! Eu ainda conhecia muito pouco de métodos qualitativos de pesquisa, e me encantei pela ciência crítica na qual o pesquisador podia – e devia – interferir na realidade pesquisada.

Nessa pesquisa de mestrado, aprendi muito sobre o valor do uso popular das plantas, e também sobre agroecologia e reforma agrária. Ampliei meu conceito de saúde. Lancei sementes no campo fértil que advém da parceria entre o povo brasileiro e as universidades (Cimbliris, 2007). Na defesa da minha dissertação, contei com a presença massiva da comunidade do assentamento, que chegou em um pequeno ônibus fretado na Faculdade de Farmácia, carregando plantas e artesanatos para decorar a sala e lanches para a celebração. Comemoramos coletivamente as conquistas que obtivemos pesquisando juntos. Apresentei o trabalho acadêmico em linguagem acessível, para não excluir ninguém do seu entendimento, e criei também

uma cartilha para disseminar o projeto em outras áreas de acampamento e assentamento do MST. Foi a partir desta pesquisa que me tornei Mestre em Ciências Farmacêuticas (Cimbliris, 2009).

Quanto mais eu estudava, mais encontrava lacunas no meu próprio conhecimento. Na graduação e no mestrado, não obtive ainda um corpo de conhecimentos que eu considerasse suficientes. Fui estudar mais. Tornei-me Especialista em Plantas Medicinais pela Universidade Federal de Lavras (UFLA). Enquanto estudava, também trabalhava. E muito! Trabalhei com povos camponeses, indígenas, agricultores urbanos, raizeiras, benzedeadas e tantos outros.

Em minha atuação junto a povos tradicionais, destaco o período de 2007 a 2011, no qual participei dos cursos de Formação Intercultural de Educadores Indígenas da UFMG (nível licenciatura) e do curso de Magistério Indígena da Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais, desenvolvido mediante convênio com UFMG, Fundação Nacional do Índio (Funai) e Instituto Estadual de Florestas (IEF). Como docente, ofereci disciplinas relacionadas a plantas medicinais e saúde, e desenvolvi orientação de pesquisas e atividades de campo em territórios indígenas. Conheci diversas etnias indígenas de Minas Gerais: Maxakali, Pataxó, Xacriabá, Xucuru-Kariri, Caxixó, Aranã e Krenak. Escrevi uma história referente a estes aprendizados, que contou com versões apresentadas oralmente no 15º Congresso Internacional Rede Unida e no *10th International Conference of Autoethnography* (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2022b, 2023a). Sua versão final, “Ensinando fitoterapia para pajés”, será apresentada na seção de Resultados e discussão como parte integrante do artigo intitulado “Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire” (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

Em 2009, recebi o convite profissional dos meus sonhos: coordenar um programa municipal de Fitoterapia no SUS: Farmácia Viva. O programa era desenvolvido por uma organização não-governamental (ONG), o Instituto Kairós, e recebia apoio da Financiadora de Estudos e Pesquisas do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Finep), contando com parceria da Prefeitura Municipal de Nova Lima, além da UFMG e da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep). A remuneração não era o atrativo. Nem as condições de trabalho. A parte que correspondia aos meus sonhos

era a possibilidade de construir toda uma cadeia produtiva para produção de fitoterápicos, aplicando a técnica e a legislação vigente, e envolvendo o trabalho junto às equipes de saúde e às comunidades. Esta missão concentrava diversos dos meus interesses em um só contexto. Eu era a pessoa certa para o trabalho.

Dediquei o que tinha e o que não tinha para o sucesso da Farmácia Viva. Durante este período, além da implantação do serviço no município de Nova Lima, também pude colaborar na elaboração de um Manual para a Tecnologia Social Farmácia Viva: Arranjo Produtivo Educativo Solidário para Fitoterapia no SUS.

O arranjo produtivo se iniciava na produção de adubo composto, feito a partir do reaproveitamento de resíduos orgânicos coletados sistematicamente em condomínios da região. Este adubo ecológico era usado em nosso viveiro de mudas e nos canteiros, como fonte exclusiva de adubação. Desenvolvemos estratégias de cultivo para todas as espécies do elenco terapêutico selecionado para o programa. Criamos e mantivemos um banco de biodiversidade vivo com foco em plantas medicinais, com mais de 200 espécies.

As plantas que produzíamos eram processadas e transformadas em fitoterápicos no nosso laboratório, e estes eram em seguida disponibilizados a toda a população de Nova Lima por meio do SUS. Todas as unidades de saúde integrantes do programa recebiam também a implantação participativa de hortos medicinais, mobilizando a comunidade local e as equipes das unidades.

Eu realizava a educação permanente das equipes do SUS, que incluía quase três centenas de profissionais de saúde, com o objetivo de qualificá-los para o atendimento da população, prescrição e dispensação dos fitoterápicos. Além da Farmácia Viva, realizei capacitações em fitoterapia para profissionais de saúde em diversos outros cenários, fossem outros contextos no próprio SUS, como em instituições de ensino públicas e particulares – chegando a coordenar um curso multiprofissional de pós-graduação em plantas medicinais e fitoterapia –, e participando do Grupo Técnico de Trabalho em Fitoterapia do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (CRF-MG), no qual atuo desde 2010. Mas não vou me alongar no relato de tais experiências, pois a intenção desta seção não é esgotar a minha trajetória profissional, mas apenas sublinhar alguns pontos-chave que refletem diretamente na ideação e

realização desta tese. Nesta época, fui percebendo que o ensino da fitoterapia para profissionais de saúde demandava mais do que o domínio dos conteúdos, mas também perspicácia e estratégia para os apresentar de modo a criar diálogo a partir da realidade cotidiana dos profissionais de saúde, como relatado na história a seguir.

Ensinando fitoterapia para profissionais de saúde

Chegou o dia tão esperado! A primeira atividade de capacitação para profissionais de saúde prescritores de fitoterápicos. A Secretaria de Saúde do município enviou previamente as listas dos participantes. Os profissionais de duas unidades de saúde virão participar. Já sei que teremos médicos, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros nesta turma. Apesar de já ter oferecido cursos de fitoterapia nos mais diversos contextos, preparei e repreparei o conteúdo desta capacitação como se fosse o primeiro curso que eu ofereço em minha vida. Quero ser impecável. Quero fazer o meu melhor, a fim de abrir com destreza o universo da fitoterapia para estes profissionais.

Mas não se trata apenas de me dedicar consistentemente aos meus ideais. A verdade é que eu dependo do resultado dessa capacitação. A continuidade da Farmácia Viva depende de expandirmos a rede de prescritores para os fitoterápicos que produzimos. Sem isso, o serviço não existe!

Enquanto dirijo na estrada até meu local de trabalho, vou me lembrando dos dias, noites, finais de semana, investidos nessa capacitação. Vou repassando mentalmente meu projeto para o dia. Espero que eu tenha conseguido incluir efetivamente os aspectos legais que asseguram aos profissionais que podem e devem atuar com a fitoterapia. Espero que tenha conseguido colocar evidências científicas que desfaçam as premissas negativas que possam trazer sobre a fitoterapia. Em outras atividades com profissionais de saúde, observei que estes muitas vezes chegam com a impressão prévia de que a fitoterapia não conta com evidência científica corroborando suas alegações. Era crucial que eu derrubasse este pré-conceito para poder em seguida construir um novo conceito.

Fiz tudo ao meu alcance para garantir a melhor experiência possível aos profissionais, alinhando cuidadosamente cada ponto junto à gestão da ONG prestadora do serviço de fitoterapia e junto ao departamento de educação permanente em saúde da Secretaria de Saúde da prefeitura. A sala da ONG reservada ao evento está primorosamente limpa e arrumada, decorada com vasos de plantas medicinais. Testo minha apresentação de slides no telão e meu coração já começa a acelerar.

A van chega trazendo o público do evento, o que faz meu coração já acelerado duplicar o ritmo das batidas. Uma boa primeira impressão é muito importante! Não é por mim, mas pela fitoterapia. É importante que eu represente bem a fitoterapia.

Pela janela, observo a turma desembarcar da van no estacionamento. Dou uma última ajeitada na pilha de apostilas que preparei para a capacitação, belamente impressas em cores e encadernadas. A turma vai subindo em fila indiana pelos jardins da ONG, que conduzem à sala da aula. Eu sabia que a breve caminhada do estacionamento até a sala,

passando pelo belo jardim que era ali cultivado, já amaciava a seriedade protocolar, removendo algumas barreiras.

Passando pelo filtro do jardim, as pessoas começam a chegar, com rostos simpáticos. A turma vai aos poucos surgindo à porta da sala, e eu vou acolhendo um a um, dando as boas-vindas, me apresentando, e já aproveitando para saber suas categorias profissionais e as unidades de saúde em que cada um deles atuava. Em meio aos rostos animados e benevolentes, um participante me chamou atenção. Trazia um semblante sério. Cumprimentou-me com educação, porém não parecia encantado como os demais. Seus olhos castanhos revelavam insegurança. Se apresentando, Raul falou que era médico de uma das maiores unidades de saúde do município. Ele era muito jovem, a princípio me surpreendi com o fato daquele rapaz já ter tido tempo para se tornar médico!

Iniciei a palestra com uma breve explicação sobre o porquê daquela capacitação, destacando os objetivos da existência da Farmácia Viva do município e seu histórico. A postura do Dr. Raul me chamou atenção: ele tinha os braços cruzados. Será que esse gesto era motivado pela resistência ao que eu estava apresentando? Não, não. Eu não quis acreditar nisso. Prefiri acreditar que era uma consequência do frio que fazia nessa manhã. Estávamos na beirada de uma área de reserva de mata atlântica, e havia uma bruma fria no ar.

Apresentei-me, destacando minha trajetória acadêmica e profissional na fitoterapia, e revelando para a turma a minha paixão pelo assunto. Em seguida, pedi a cada um dos participantes para se apresentarem, contando também sobre sua interação com o universo das plantas medicinais. Durante as apresentações, foram muito destacadas pelos profissionais de saúde as experiências que haviam vivido no cuidado de pacientes que faziam automedicação com plantas medicinais. Muitos contaram também histórias pessoais sobre o uso de fitoterapia em sua infância, sobre avós raizeiras, sobre genealogias diretas de povos ancestrais. Quando chegou a vez do Dr. Raul, meu receio em relação à sua postura se clareou:

- Para ser bem sincero, eu não tenho interesse em fitoterapia. Eu estou aqui porque a capacitação era obrigatória.

- Mas você não acha que pode aprender algo útil aqui?

- Já passei 8 anos estudando medicina. Agora vou ter que aprender toda uma outra lógica? Prefiro trabalhar com os medicamentos da indústria. Com eles, tenho bulas detalhadas e segurança para trabalhar.

A honestidade dele desconcertou a turma. Percebi alguns se mexendo nas cadeiras, outros limpando a garganta, outros fingindo estar olhando para suas cadernetas de anotação. Eu ali na frente da turma... Bom, eu sabia que essa concepção também existia no mundo. Mas eu ainda não havia me confrontado tão diretamente com ela.

Alcansei meu copo e dei um bom gole de água, talvez uma forma de ganhar um tempinho para que meus pensamentos pudessem acabar de se processar, ou talvez querendo encontrar naqueles segundos um *insight* sobre como responder a tal colocação.

O tempo não foi o bastante para chegar a uma epifania. Então precisei apenas agir naturalmente.

- Entendo, Dr. Raul. Não estudamos a fitoterapia adequadamente em nossos cursos de graduação, e é natural você sentir insegurança com essa prática. Mas já que você foi obrigado a estar aqui, quem sabe você não acaba aproveitando alguma coisa? Pode ser útil para você compreender o uso que seus pacientes já fazem das plantas, por conta própria, mesmo que não tenha interesse em ser um prescritor da Farmácia Viva.

- É... vamos ver! – Foi a resposta dele.

Eu reforço:

- O uso da fitoterapia é estimulado pela Organização Mundial de Saúde desde a década de 70, e o Brasil já publicou diversas políticas públicas para reforçar sua importância.

- Especialmente no SUS! – destaca Júlia, a enfermeira neta de raizera que se apresentou logo antes do Dr. Raul, uma entusiasta da fitoterapia.

- Sim, Júlia! Temos uma das legislações mais avançadas e rígidas do cenário mundial, baseada no modelo alemão que é da fitoterapia baseada em evidência. E eu trouxe muita evidência científica para apresentar para vocês.

Os presentes marinaram desconcertados em silêncio por mais um momento. Entendi que não seria possível convencer o Dr. Braços Cruzados da utilidade da fitoterapia tão facilmente. Pedi para a próxima pessoa se apresentar, e dei seguimento às atividades.

No intervalo para o café, eu queria conversar com o Dr. Raul e compreender mais sobre seus receios em relação à fitoterapia. Porém, como diversos participantes vieram conversar comigo, e tirar suas dúvidas sobre o programa Farmácia Viva, apenas no finalzinho do intervalo consegui me aproximar do Dr. Raul. Ainda com a adrenalina correndo em minhas veias, resultado de estar fazendo uma apresentação ao público e também do desafio extra que o Dr. Raul me proporcionou, as palavras que saíram de minha boca foram:

- Dr. Raul, entendo seu posicionamento. Acho muito importante ter uma atitude crítica em nossa prática profissional. Quem aceita tudo com facilidade às vezes não parou para pensar muito a respeito.

Ao que ele retornou com um esboço de sorriso, fazendo com a cabeça o gesto de “sim”.

A turma já estava retomando seus lugares no auditório, e dei continuidade à apresentação do dia.

Nos meses seguintes à capacitação, em nosso sistema de vigilância, começaram a aparecer prescrições de fitoterápicos do Dr. Raul. No mês seguinte, elas aumentaram. E no próximo mês, chegaram a um recorde: o Dr. Raul, dentre os médicos, se tornou o maior prescritor dos fitoterápicos da Farmácia Viva. Quem diria! Fiquei tão feliz por ter de algum modo o encorajado a tentar essa possibilidade!

Na atividade de capacitação realizada 6 meses depois, agora já com novas unidades de saúde participando do programa, expliquei à turma eu estava procurando representantes para formar uma Comissão Municipal multiprofissional que pudesse colaborar nos

assuntos referentes à Farmácia Viva com a devida representatividade. Dentre os médicos, quem levantou a mão? O Dr. Raul! E nos próximos anos, ele acompanhou conosco na Comissão de Monitoramento da Farmácia Viva todos os detalhes necessários para evolução do programa.

Ao longo dos anos, a metodologia envolvida em cada uma das etapas da cadeia produtiva e de utilização das plantas medicinais foi testada e padronizada na Farmácia Viva, dando origem a protocolos, fluxogramas, procedimentos operacionais, estratégias de monitoramento e rastreabilidade dos produtos, além de toda a sistematização técnica para reaplicação da Tecnologia Social desenvolvida. Mesmo que enfrentando alguns obstáculos próprios de uma parceria entre instituição social e poder público, seguíamos uma trajetória ascendente de sucesso e envolvimento das equipes de saúde e das comunidades. A cada ano, eram envolvidos novos bairros, novas unidades de saúde, novos profissionais.

Frequentemente, eu falava com as pessoas sobre a importância do autocuidado, das hortas domésticas, e da busca por uma vida saudável. A fim de praticar os meus próprios bons conselhos, no final de 2014 mudei para um sítio, e pude ampliar a presença das plantas em meu cotidiano. Escrevi uma história sobre esta mudança em minha vida, que foi primeiramente apresentada na *8th International Conference of Autoethnography* (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2021b). Uma versão mais madura desta história, “Saúde integral e fitoterapia: além da ponta do *iceberg*”, será apresentada na seção de Resultados e discussão como parte integrante do artigo intitulado “Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire” (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

Inegavelmente, eu era uma farmacêutica um pouco diferente dos meus colegas. No CRF-MG, nas articulações sobre plantas medicinais, nos congressos, eu via que os farmacêuticos envolvidos com a fitoterapia muitas vezes eram contra a automedicação com plantas medicinais, e alguns até faziam chacota dos cursos de preparo caseiro de fitoterápicos.

Farmacêuticos diferentes

Cena 1

Curso pós-graduação em um laboratório de farmacognosia, lado a lado do Mário, que se graduou como farmacêutico, assim como eu. Nós dois somos interessados pelas plantas medicinais, mas com focos totalmente diferentes. Ele é fascinado pelos aspectos tecnológicos da farmacognosia. Seu foco é conhecer a química dos produtos naturais para desenvolver produtos padronizados. Já o meu foco é o uso terapêutico que as pessoas fazem das plantas medicinais. É uma semana intensa no laboratório, e resolvemos recorrer à química de um cafezinho na cantina. A conversa flui.

- Ana, estou vendo que o projeto de extensão continua a todo vapor, não é? Como foi a Oficina de Chás na semana passada?

- Confesso que passei aperto, Mário. Para mim, ainda é um grande desafio orientar a população sobre o uso correto de chás. São muitas variáveis a serem consideradas, preciso ser cuidadosa em minhas recomendações para não deixar nada de fora.

- Concordo! – Mário responde prontamente, franzindo o cenho, e percebo agressividade em sua voz. – É um absurdo as pessoas se automedicarem com chás! Isso só poderia gerar confusão!

- Mas, Mário... As pessoas sempre fizeram isso, muito antes do desenvolvimento dos medicamentos modernos – pondero calmamente, um pouco assustada com a reação drástica dele. – Se as pessoas não tomassem seus chás, provavelmente nem teríamos viva a matriz cultural que permite todas as descobertas e avanços no campo dos produtos naturais, que você tanto ama.

Mas meus argumentos não encontram solo fértil.

- É uma grande irresponsabilidade. O chá não tem padronização, e as pessoas não sabem fazer. O lugar do farmacêutico não é ensinando a população. Ele é o profissional que detém o conhecimento sobre os medicamentos. Fazer os medicamentos é função do farmacêutico, e não da população! Imagina, se é um desafio para a gente, é impossível para alguém ignorante fazer isso direito!

Cena 2

Hoje vim à saudosa Faculdade de Farmácia onde cursei a pós-graduação a 10 anos atrás. Procuro pela sala em que vou acompanhar um seminário sobre plantas alimentícias não convencionais. Coincidência: quando viro à esquerda, dou de cara com o meu ex-colega Mário, que vinha no corredor perpendicular fazendo confiante sua curva à direita.

- Ana? Que coincidência!

- Demais! Não venho aqui há anos! Você também veio para o seminário?

- Não, eu estou fazendo o doutorado aqui! Fiquei um tempo fora do meio acadêmico. Estou trabalhando na *ChemPharm*, e agora eles flexibilizaram as coisas para eu conseguir conciliar a carga horária do estudo.

- Parabéns, que bom que as coisas estão caminhando para você! Eu continuo envolvida com as plantas medicinais, mas fico muito pouco atrás da bancada. Estou coordenando um programa público de fitoterapia no SUS, Farmácia Viva. Fazemos a cadeia produtiva toda lá: desde o plantio até a elaboração dos fitoterápicos, e também a educação dos profissionais de saúde e das comunidades.

- Você sempre gostou dessas oficinas com comunidades, né, Ana? – nós dois rimos. Não sei como você pode gostar disso. Eu tinha pânico quando era minha vez de fazer aquelas atividades pavorosas de extensão!

- Realmente, minha paixão continua sendo trabalhar com as pessoas que usam as plantas medicinais.

- Olha que coincidência, estou envolvido na *ChemPharm* com um novo produto que é exatamente o que você precisa: o *spray dryer*.

- *Spray dryer*? Você não me entendeu... É uma Farmácia Viva. Estamos sempre enxugando custos, para viabilizar o máximo de resultado para o município. Nossa manipulação de fitoterápicos é bastante simples: chás medicinais, tinturas, alcoolaturas, ainda estamos implementando a produção de xaropes. Não vamos trabalhar com extrato seco.

- Mas como você pode garantir a qualidade? – ele levanta uma sobrancelha arguidora.

Deja vu, eu penso. Respiro fundo e esclareço a sua dúvida, por mais que no fundo eu saiba que se trata de uma crítica, e não de uma dúvida.

- A garantia da qualidade está em conhecer profundamente cada espécie e cuidar atentamente de cada etapa, desde a seleção dos propágulos, as particularidades no cultivo, e os cuidados de colheita e beneficiamento. Esse é o nosso controle de qualidade, Mário.

- Mas e a variabilidade? – Seu tom de voz se altera.

- A gente convive com a variabilidade. Simples assim. – Eu faço esforço para não alterar meu tom de voz em igual medida.

- A tendência são as cápsulas de extrato seco, e a melhor forma de produzi-las é o *spray dryer*. Na *ChemPharm*, estamos com uma tecnologia pioneira.

- Isso é interessante para a indústria, mas para a Farmácia Viva não. Obrigada! – Recuso a oferta com firmeza, enquanto ele torce o nariz. Percebo que não tem ainda um solo fértil para eu lançar minhas sementes, e decido seguir para o meu Seminário. - Bom te rever, Mário. Boa sorte com os projetos!

- Boa sorte com os projetos, Ana!

Ele segue seu caminho, completando sua curva à direita. E eu sigo o meu, completando minha curva à esquerda.

Seguindo neste caminho, em 2015 o programa chegou ao pico do seu sucesso, coroando a iniciativa com a finalização da construção do Laboratório Municipal de Fitoterapia. Os equipamentos para qualificar a produção haviam sido todos enfim adquiridos, desde o purificador de água por osmose reversa até o moinho para as drogas vegetais. Foi neste momento que, em uma troca de gestão na Prefeitura Municipal, o programa foi subitamente suspenso. Sem justificativa, sem aviso, sem consideração ao investimento de recursos públicos já realizado.

A equipe da ONG não acreditou no fim do programa. Nós acreditávamos que a suspensão seria provisória, e que assim que a gestão se ambientasse retomaria o convênio da Farmácia Viva. Os meses foram passando, a agonia não se resolvia. A equipe que a ONG contratara especificamente para as atividades da Farmácia Viva foi aos poucos sendo demitida, existindo a perspectiva de recontração: quando e se o serviço voltasse a ser prestado. Eram 12 colaboradores, uma equipe sólida, lapidada com anos de prática e envolvimento, e testemunhamos seu gradativo desmantelamento.

Quase a totalidade da equipe operacional específica do programa foi demitida, restando apenas um funcionário para cuidar do arranjo produtivo, incluindo o núcleo de compostagem, viveiro de mudas e as áreas de cultivo voltadas à produção dos fitoterápicos. Não admitíamos perder os nossos cultivos, pois queríamos manter a possibilidade de voltar a produzir fitoterápicos para o município assim que possível, então era prioridade manter vivas as plantas. Afinal, havíamos demorado anos para atingir boa produtividade desde as sementes e mudas cultivadas a partir do zero. Com esta motivação, em reunião com a gestão da ONG, me propus a mudar totalmente minhas atividades enquanto o programa não fosse reativado.

Assim, ao invés de coordenadora, responsável técnica pela produção de fitoterápicos, articuladora, pesquisadora, educadora de prescritores e das comunidades, eu passei a ser viveirista. Saí dos ambientes usuais que frequentava, de escritórios e

laboratórios. Foi neste momento que vesti botinas, chapéu de palha e mudei totalmente a minha rotina.

Enquanto o programa Farmácia Viva estava ativo, eu só tinha tempo para participar dos plantios durante os Ciclos de Educação Popular que realizávamos nas unidades de saúde. Nas oficinas realizadas ao longo destes ciclos, além de trabalhar conceitos e práticas de fitoterapia com as comunidades, realizávamos o plantio participativo de hortos medicinais. Eu sempre me perguntava o que poderia ser feito para criar hortos medicinais mais bonitos e atrativos, que por si só convidassem à exploração e curiosidade dos usuários. Mas até então eu não havia tido tempo para me dedicar a estes pensamentos. Esta questão seria oportunamente retomada neste ciclo.

Das crises emergem oportunidades. Quando pisei na terra para cuidar das plantas pude agregar diversas competências e habilidades que moldaram minha vida pessoal e profissional futura. Em minha nova empreitada, no viveiro, me encantava descobrir segredos para a propagação de diferentes espécies medicinais. Entender as sementes, investigar os ramos, conhecer e experimentar possibilidades. Já nos canteiros, me motivava acompanhar o desenvolvimento cotidiano das plantas, suas necessidades, seu ciclo se fechando a partir da produção de sementes para um novo ciclo, os consórcios entre plantas que aumentavam a produtividade.

A rotina profissional era intensa, cansativa, o sol e a chuva nunca cessaram. Eles são os companheiros fiéis da agricultora. Para os serviços mais pesados, eu contava com o apoio do meu colega, que esteve comigo todo o tempo. Anteriormente, ele participava de uma grande equipe de trabalho. No arranjo anterior da nossa equipe, eu estava no topo da hierarquia organizacional da Farmácia Viva, e ele estava na base desta pirâmide. Agora, estávamos ali juntos, companheiros de trabalho vencendo cada dia, só nós dois, isolados geograficamente do restante da ONG, buscando assuntos em comum para conversar na hora do almoço, enquanto colhíamos ramos de cheiro-verde frescos para aromatizar nossas marmitas.

A Farmácia Viva até hoje não voltou a ser ativada. Mas os conhecimentos que adquiri como viveirista e agricultora fizeram toda a diferença em minha vida pessoal e em meu trabalho como farmacêutica. Passei a enxergar as práticas caseiras de cultivo de plantas medicinais para uso terapêutico também a partir do olhar do plantador.

Comprar um fitoterápico pronto, ou até mesmo um pacote de planta medicinal seca, é muito diferente de ter uma relação íntima com a planta medicinal a ser usada. Afinal, no cultivo caseiro se proporciona uma visão sistêmica de saúde, considerando indivíduos, coletivos, e o meio ambiente.

Ganhando mais intimidade com o cultivo das plantas, chegou o momento de retomar a vontade latente que mencionei anteriormente: eu queria descobrir como criar hortos medicinais mais bonitos. Para isso, lá fui eu estudar mais um pouco, e tornar-me Especialista em Paisagismo e Revitalização Ambiental pelo Instituto de Arte e Projeto (INAP). A partir daí, desenvolvi uma metodologia que denominei de Prescrição de Jardins Medicinais, emprestando carinhosamente o conceito de prescrição da área da saúde, que diz respeito ao conselho terapêutico de um profissional. O objetivo desta metodologia é criar jardins medicinais e gastronômicos personalizados para indivíduos ou instituições considerando suas particularidades em saúde. Passei a atuar como paisagista de jardins medicinais!

Mais ou menos no mesmo período, para poder atender a algumas oportunidades de trabalho que precisavam de um cadastro nacional da pessoa jurídica (CNPJ), fundei minha (micro)empresa, a Vernalis. A missão que eu estabeleci para a empresa foi “melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio das plantas”: tanta coisa havia mudado, mas meu propósito permanecia igual em meu coração.

Nos diversos espaços por onde passei, eu gostava de orientar as pessoas sobre o uso terapêutico das plantas, mas não havia um espaço e um momento definidos para esta prática em minhas rotinas de trabalho. Assim, eu fazia orientações sobre uso de fitoterápicos de modo informal, tanto para profissionais de saúde como para a população de modo geral. Até mesmo na Farmácia Viva, na qual existiam atividades de educação permanente em saúde, o tempo nunca era suficiente para abordar com profundidade os diversos casos clínicos e particularidades que cada profissional ou usuário trazia. Eu percebia uma lacuna vívida neste campo.

Outra lacuna, que ficou ainda mais incômoda para mim após o fim da Farmácia Viva, era a dificuldade de acesso a fitoterápicos e plantas medicinais corretamente identificados e com qualidade. O que adiantaria uma boa orientação para a utilização efetiva e segura sem o acesso a produtos confiáveis? O acesso a mudas e sementes

de confiança era um problema descrito nos diversos segmentos com os quais tinha contato: gestores, profissionais de saúde, profissionais da área ambiental, pessoas que queriam tomar chás, paisagistas. Todos relatavam esta dificuldade, muitas vezes impeditiva, para usar mais e melhor as plantas medicinais, ou para obter de fato seus benefícios. Estimulada por este cenário, comecei a cultivar a vontade de trabalhar mais com as plantas vivas, para atender esta necessidade social.

Aproveitando minhas recentes experiências como agricultora e paisagista, resolvi empreender nova atividade profissional: produzir e comercializar mudas de plantas medicinais. Diferentemente das minhas usuais atividades como farmacêutica, o trabalho de agricultora era bastante desburocratizado. Vender a planta viva era muito mais fácil do que beneficiá-la para comercialização como chá, tempero ou fitoterápico. Era muito mais fácil falar de suas propriedades e educar as pessoas para seu uso adequado do que precisar criar uma indústria ou um consultório conforme normas da Anvisa e do CFF.

Estruturei uma produção de mudas em média escala, busquei parcerias com pontos de venda e estabeleci minha nova atividade como produtora de mudas. Eu cuidava pessoalmente de tudo. Da sementeira à irrigação, da gestão ao frete, do marketing à conversa com os clientes.

Periodicamente, eu realizava eventos nos pontos de venda das minhas mudas. Nestes eventos, mediante o valor agregado pela informação de qualidade que eu oferecia sobre plantio e utilização de cada uma das espécies, eu vendia muito mais mudas. Por um momento, achei que havia descoberto um formato perfeito de atuação: passava meus dias conversando com as pessoas, ensinando sobre o uso das plantas, sem me preocupar com a cobrança pelo serviço. Afinal, a venda das mudas cobriria minhas despesas e me proveria com os recursos necessários para viver. Mas será que proveria mesmo?

Passei pouco mais de um ano neste experimento. Um ano muito agitado, envolvendo produção de mudas, fotografia de plantas, marketing de conteúdo sobre o potencial das plantas, e realização de dezenas de eventos gratuitos para os consumidores das minhas mudas. Os ganhos não eram suficientes para cobrir minhas despesas de vida. Mudas são produtos muito baratos. E são perecíveis, então, as perdas eram muitas.

Os pontos de venda acabavam descuidando dos estoques. E as vendas eram poucas quando eu não estava presente, pois mesmo havendo treinado a equipe dos pontos de venda, a informação que eles ofereciam não era bastante. Os clientes frequentemente ficavam inseguros se saberiam plantar ou utilizar corretamente as espécies quando eu não estava presente.

Mesmo partindo da compra de um item tão barato, os clientes não hesitavam em me acessar, ao vivo, por telefone ou pelas redes sociais. Muitos aproveitavam para pedir verdadeiras consultorias sobre seus sítios, ou consultas sobre seus problemas de saúde. Eu investia horas infindas na orientação cuidadosa de cada cliente. Não conseguia por vezes assumir alguns trabalhos mais especializados que surgiam porque cuidar de mudas e responder os clientes eram atividades que demandavam esforço diário para funcionar. Até um dia em que, observando minha dificuldade para estabilizar os negócios e o tanto que eu trabalhava, meu marido me perguntou:

- Até quando você vai vender a muda de R\$ 5,00 e entregar de graça as consultorias e orientações especializadas como farmacêutica e paisagista?

A partir deste questionamento, entrei em um túnel de autopercepção. Eu estava imersa nesta questão, mas talvez não quisesse enxergar. Para trabalhar de modo especializado com as plantas, não adiantaria eu me enquadrar em processos de trabalho convencionais. O trabalho como agricultora jamais seria remunerado como o trabalho de uma profissional de saúde. Eu certamente não conseguiria viver a vida digna que eu gostaria através desta atividade. Não sabia se teria vigor físico para um trabalho tão pesado nas décadas que viriam. E as margens de ganho não me permitiam visualizar um horizonte onde eu profissionalizaria a atividade, agregando colaboradores. Foi muito boa a temporada que vivi como agricultora. Mas era hora de considerar outros possíveis caminhos. A história abaixo apresenta a construção de uma epifania que me ocorreu neste momento.

O que é bom para pedra nos rins?

A necessidade social e a tomada de decisão em fitoterapia

Tarde de sexta-feira. Estou dedicada a finalizar um relatório de trabalho de campo, que é a última figurinha para completar o álbum das minhas tarefas da semana. O celular

vibra e apita na mesa. Alcanço-o em reflexo quase que involuntário. Vejo sua mensagem em meu *Direct*:

“O que é bom para pedra nos rins?”

Não te conheço, mas já vi seu nome e sua foto antes. Sua foto tem como plano de fundo uma bela cachoeira. Você parece ter em torno de 30 anos. Seu sorriso é leve, suas bochechas rosadas, seus cabelos curtos e castanhos deixam à mostra seu pescoço e seus grandes brincos de argola. Seu rosto simpático é familiar para mim, pois você já curtiu e comentou publicações informativas sobre fitoterapia que fiz no Instagram da Vernalis, minha empresa de uma mulher só.

Desde que tenho uma vida pública no mundo da fitoterapia, recebo semanalmente, às vezes diariamente, e-mails, directs, mensagens de texto e áudio, e até mesmo telefonemas de pessoas que têm vontade de usar fitoterápicos, mas não sabem a melhor forma de fazê-lo. Na maior parte dos casos, as perguntas são incomodamente reducionistas:

“O que é bom para pedra nos rins?”

Respiro fundo. A releitura de sua pergunta na tela do meu celular lança-me em uma reconstrução da minha jornada pessoal e profissional. Frustrações e questionamentos em relação ao meu próprio uso de medicamentos impeliram-me a estudar para ser farmacêutica. Vivenciei em meu corpo experiências iatrogênicas como paciente no modelo biomédico, e isso catalisa minha empatia quando ouço relatos semelhantes, de experiências ruins com cirurgias, com medicamentos, com a aridez do sistema médico com que se depara o paciente em busca de cuidado. Infelizmente, são narrativas comuns.

Sinto ressonância com todos que me procuram com estas dúvidas. Com receios em relação à sua saúde, à medicina e aos medicamentos. Com vontade de conhecer opções menos agressivas e mais naturais para o autocuidado, que sejam efetivas. Pessoas às vezes idealistas, que querem opções com menos impacto para o meio-ambiente e para os animais. Pessoas às vezes pragmáticas, que querem as melhores opções para sua saúde, ou já se cansaram dos efeitos colaterais dos medicamentos que utilizam. Pessoas jovens, pessoas idosas. Pessoas com alto grau de instrução, pessoas com baixo grau de instrução. Pessoas que cuidam de si, pessoas que cuidam de outros. Penso na diversidade do público alvo potencial da fitoterapia: ousou dizer que tal grupo é composto por toda a humanidade. Encaro a tela do telefone...

“O que é bom para pedra nos rins?”

Mais uma respiração profunda, enquanto pondero que ironicamente seria irresponsável elaborar uma resposta tão breve como a pergunta que você proferiu.

Os medicamentos modernos estão disponíveis há pouco mais que uma centena de anos. Há pouco tempo, todos conheciam técnicas que podiam usar em casa para se cuidar. Será que agora a população precisa de um profissional de saúde para orientá-la em relação a uma prática de domínio popular? Eu queria que a resposta a esta pergunta fosse não, mas infelizmente me ocorre que em grande parte dos casos a resposta é sim. Por diversas razões, mas especialmente porque...

...Muitos não se observam de modo sistemático para saber o que realmente está acontecendo em seu organismo.

...A tradição antiga foi substituída em grande parte por modismos, mitos e apelo comercial.

...As pessoas cada vez mais não sabem reconhecer as espécies medicinais.

...O conhecimento que passava de geração a geração foi raleando-se a partir do emprego de produtos industrializados.

Então, retorno à pergunta recebida em meu Direct:

“O que é bom para pedra nos rins?”

Suspiro. Depende.

Como é sua alimentação?

Quais são os seus hábitos?

Como é sua rotina?

Qual é a sua idade?

Existe diagnóstico médico estabelecido para seu quadro de pedra nos rins?

Você apresenta comorbidades?

Quais medicamentos você usa de forma contínua? E de forma pontual?

Você já teve reações adversas a algum medicamento convencional, natural, ou até mesmo a chás?

Você pode estar grávida?

Quais são suas expectativas e preocupações?

E mais: se existir realmente indicação para a fitoterapia, se faz necessário o detalhamento de outros aspectos. Por razões sociopolíticas, frequentemente o nível de evidência disponível sobre as plantas medicinais fica aquém do desejável. Então, existe algo de artesanal em juntar as peças do quebra-cabeça e discernir:

Qual planta será melhor especificamente para você?

Vai ser melhor procurar a planta *in natura*, seca, um produto manipulado, ou ainda um produto industrializado?

Qual quantidade deve ser usada a cada tomada?

Qual quantidade deve ser usada por dia?

Por quanto tempo?

Na região onde você mora, existe acesso a bons produtos fitoterápicos?

O que precisa ser observado para fazer uma boa compra?

Considerando suas preferências, em caso de opção pelo uso de chás, ainda:

Qual é a parte da planta que deve ser utilizada?

Como deve ser o seu preparo?

Como saber se a planta a ser utilizada está com boa qualidade?

E, por último, mas não menos importante:

Quais mudanças em sua rotina são necessárias para você alcançar seus objetivos terapêuticos?

Como monitorar a efetividade e segurança do uso do fitoterápico?

Como prevenir que seu problema de saúde se repita?

Realmente, sua pergunta postulada com tanta facilidade não é igualmente fácil de ser respondida... Eu gostaria de ter um serviço para te indicar, que pudesse acolher sua demanda responsabilmente, de preferência no SUS. Mesmo com todas as políticas públicas incentivando o acesso e uso adequado de fitoterápicos, ainda é difícil achar um profissional de saúde habilitado para atender sua demanda. Se fosse um serviço pago, você estaria disposta a pagar para saber

“o que é bom para pedra nos rins?”

De todo modo, agora que você recorreu a mim, já me sinto corresponsável por sua saúde. Eu sei que você não precisa apenas de uma indicação de fitoterápico para pedra nos rins. Precisa também de escuta e cuidado. Temo que você siga uma informação qualquer que encontrar no comércio-pelo-comércio, em revistas ou online. Mesmo com todas as perguntas que te faço, o atendimento por mensagens ainda é precário. Dá margem para interpretações errôneas, que podem representar riscos à sua saúde. Porém, sem outro caminho para te oferecer, opto por largar meu relatório de trabalho de campo para depois, e embarco com você em mais uma anamnese virtual. Seguro o telefone celular firme em minhas mãos. Estou pronta para exercer o CF, absorta da missão de responder junto com você, em seu caso particular,

“o que é bom para pedra nos rins?”

Assim que desbloqueio a tela, que já estava apagada, o telefone vibra em minhas mãos e anuncia a chegada de nova mensagem:

“Qual planta posso usar para cólica menstrual?”

Após conversar com muita gente sobre seus problemas de saúde enquanto vendia mudas, resolvi me aventurar em assumir meu papel como farmacêutica clínica e atender pacientes oficialmente! Foi curioso perceber como eu vinha desenvolvendo esta atividade de modo precarizado e não remunerado ao longo de toda a minha vida profissional e não tomava coragem para atender de fato a esta demanda social tão presente em todos os espaços que eu já havia ocupado. Vinha desenvolvendo minha carreira como professora, paisagista, pesquisadora e consultora em assuntos referentes à produção, processamento e utilização de plantas medicinais e, mesmo sem assumir atividades clínicas, nunca parei de ser abordada por pessoas que queriam saber usar as plantas medicinais de modo individualizado para seu cuidado em saúde. Nunca neguei atender a esta demanda, mas também nunca a abracei apropriadamente. Eu não tinha exemplos a seguir.

Com frio na barriga, mas com a cara e a coragem, passei a atender pacientes em meu consultório! O espaço era muito aconchegante. Eu fiz parceria com uma médica homeopata de quem gostava muito para dividirmos o consultório, que estava ocioso alguns dias por semana. Divulgando nas redes sociais, e oferecendo o atendimento farmacêutico para os clientes que me procuravam em busca de orientações, aos poucos fui atendendo mais e mais pacientes. Eu estava muito feliz de enfim atender as pessoas adequadamente, partindo de uma anamnese, detalhando as orientações e monitorando os resultados das condutas adotadas.

Dentro do consultório, observei que minha prática clínica não era organizada como eu gostaria. Sou uma pessoa sistemática, mas as consultas tendiam a seguir um caminho diferente com cada paciente atendido. Lembrei-me vagamente do tal do CF, que havia estudado com a Professora Djenane Ramalho de Oliveira na graduação. Assim, em 2019 resolvi procurar minha querida professora para reciclar meus conhecimentos. Cursei novamente a disciplina optativa de graduação intitulada Atenção Farmacêutica, que havia cursado em 2003. Descubri as peças que faltavam em meu atendimento, e minha consulta se transformou! O processo de raciocínio clínico do CF se encaixou perfeitamente no cuidado em fitoterapia. Esse reencontro com o CF foi arrebatador.

Ao longo da disciplina, eu puxava a conversa sobre a fitoterapia sempre que possível, apresentando seus potenciais e as problemáticas que poderiam acontecer se ela fosse desconsiderada. A professora me convidou para oferecer uma palestra sobre

essa temática para meus colegas de turma. Fui conhecendo aos poucos os membros do CEAF da Faculdade de Farmácia da UFMG, um grupo potente que tem atividades de educação, pesquisa e provisão de serviços de GTM. Fui percebendo que não era usual que a fitoterapia fosse levada em conta no GTM. De modo análogo, só neste momento percebi que profissionais que atuam na fitoterapia usualmente não contam com um processo de cuidado estruturado e centrado em seus pacientes, se limitando muitas vezes à educação em saúde ou orientações superficiais durante a dispensação – mais ou menos como eu vinha fazendo em minhas atuações profissionais anteriores.

Enquanto estudava novamente o CF na Faculdade de Farmácia também tive a oportunidade de conhecer a Autoetnografia em uma disciplina isolada, ministrada por Djenane em parceria com Simone de Araújo Medina Mendonça. Me encantei com as possibilidades que essa metodologia proporcionava e, inclusive, me envolvi na escrita de um artigo sobre o que aprendemos ao longo da disciplina (Furtado *et al.*, 2022). Ali descobri que poderia usar como fonte de pesquisa o que vi e vivi em minha trajetória pessoal e profissional, combinada à experiência pessoal e profissional de outras pessoas, para refletir criticamente sobre a temática da fitoterapia no Brasil e no CF, visando transformar a realidade. Este desafio muito me animou. Inspirada pela disciplina de Autoetnografia, neste momento escrevi um cordel, que compartilho a seguir.

Cordel: Fitoterapia na Atenção Farmacêutica

Na ignorância em saúde
A doença era assunto assombrado
Reinava o medo
Na falta de saberes de autocuidado

Se surgiam sintomas eu aceitava o sofrimento
Porque eu não tinha recurso
Na faculdade fui procurar conhecimento
Caminho para a cura seguir seu curso

Conhecer a fitoterapia
Em minha vida foi revolução
Fez brilhar mais forte o sol
Do empoderamento e da autogestão

Liberdade e harmonia
Como faziam gerações anteriores
Cuidar de mim e dos meus
Manejar sofrimentos e dores

Por que não me disseram antes?
Que era tão fácil e possível
Manejar meus sintomas
De modo tão acessível?

Agora a farmacêutica busca
Acalentar as dores d'alma
Com poções e unguentos
A angústia acalma

Alegra-me o coração
Compartilhar esta sabedoria
Lanço aos quatro ventos
Esta prática e teoria

A população já conhece as plantas
Sabe que trazem maravilhas
Mas são vítimas do desserviço
Da ganância e suas armadilhas

Curiosa é a inércia
Dos farmacêuticos de profissão
Com este saber na mão
Não cumprem sua missão

Vamos escrever este capítulo?
Ajudar o próximo com este conhecimento
É fazer valer seu título
De profissional do medicamento

Um plano terapêutico
Para toda a sociedade
É o Cuidado Farmacêutico
Praticado com amor e seriedade

Incluir as plantas medicinais
Com responsabilidade e discernimento
Em suas práticas ocupacionais
É um essencial comprometimento

Convido meus colegas
Farmacêuticos do cuidado
A zelar plenamente pela farmacoterapia
Usando o saber já validado

São muitos os remédios
Estudados e certos
A modernidade e a tradição
Não são inimigos, mas sim parceiros

Difundir estas informações
É isso que proponho
É pelo bem de cada paciente.
É esse o meu sonho.

Em minhas interações com o CEAF, eu vinha advogando calorosa e incansavelmente pela imprescindibilidade da consideração cuidadosa da fitoterapia na prática do CF. Minha Professora Djenane percebeu valor em meu discurso, e me convidou para ser sua orientanda novamente, levando meus estudos ao próximo nível, em uma tese de doutoramento. Convidamos também a estimada Professora Simone – que havia sido minha colega quando fiz mestrado e que acumulara riquíssima experiência no CF e na Educação Farmacêutica – para colaborar neste projeto, como minha coorientadora.

Assim, em 2020, retornei à academia, 20 anos após minha graduação. No estudo da fitoterapia, nem tudo são flores. Precisei superar alguns percalços notáveis, como o relatado na história a seguir. Tal história foi apresentada em um congresso internacional, de língua inglesa, e por fidedignidade optei por mantê-la na língua em que foi apresentada (Cimbliris-Alkmim *et al.*, 2021). Alguns *prints* da apresentação podem ser visualizados na Figura 3.

Figura 3 – Apresentação da performance “*Silenced voices: an autoethnography of a ‘biased’ graduate student*” no 17th International Congress of Qualitative Inquiry



Fonte: *prints* cedidos por colegas do CEAF (2021).

Silenced voices: an autoethnography of a "biased" graduate student

1st scene

[The three characters are in an online conference room. Ana pours herself some steaming tea.]

Professor X: Welcome, Ana. My name is Professor X. I am the Coordinator of our Graduate Program in Medicines and Pharmacy Practice in the College of Pharmacy, and today I'll be the host of your arguition panel.

[Professor X waves her head welcoming Ana.]

Professor Y: Good morning, Ana. I am Professor Y.

[Professor Y waves her hand.]

Ana: Good morning.

[Ana waves back and takes a brief sip of steaming tea, confidently.]

Professor X: Let's get right to it, shall we? I have the written project you have submitted here: Herbal Medicine in Pharmaceutical Care. *[She says while holding the document up in her hands.]* We want to ask you some questions about it. First of all, could you explain more about your goals? *[She holds up the document as she reads.]* You have claimed that you want to build knowledge and promote educational actions that favor

the inclusion of herbal medicine in the clinical Pharmacist practice. Can you tell us more about this?

Ana: I'm interested in the reasons why Pharmacists do or do not use herbal medicine in their personal and professional practices, in order to make positive contributions to this field.

Professor X: How is that relevant to society?

Ana: Herbal medicine is on the rise. The World Health Organization has been recommending the inclusion of phytotherapy in official medicine systems to its member states for decades (World Health Organization, 1978, 2002a, 2002b, 2004, 2011, 2013, 2019). National public policies have been strongly reinforcing such recommendations (Brasil, 2004, 2006, 2016b). After all, herbal medicine is of strategic importance for sustainable development here in Brazil, since we have the greatest biodiversity on the planet (Brasil, 2016a).

Professor Y: Yes... And we know Brazilian people use Herbal Medicine a lot... Mostly self-medication, right?

Ana: Yes, it is. Herbal Medicine was left outside scientific advances for a while (Soares *et al.*, 2020). Popular practices perpetuated it, even as a form of resistance, at times. This is a historical result of the advertising made by the pharmaceutical industry since the 50s, which stated that self-care practices were old and dubious. To this day, many health professionals - and lay people alike - believe that medicinal plants use is a "less scientific" practice than the use of conventional medicines.

Professor Y: And nowadays there is a growing trend in natural products, and lots of advertising is directed towards laypeople, isn't it?

Ana: Indeed, Professor Y. This trend has been reinforcing practices of a commercial nature, taking advantage of this popular culture. That is why it is necessary that healthcare professionals take responsibility, and educate their patients about this. Sometimes, herbal medicine will be extremely useful whilst sometimes it will be totally dispensable, or even harmful, just like any other medicine (Fintelmann; Weiss, 2010).

Professor X: You claim to intend to use qualitative methods in your project. None of us in this panel are experts in this. Could you tell us the reason you chose a qualitative approach?

Ana: Qualitative methodology is my choice due to the purpose of this study. I chose Participatory Action Research because I do not only intend to describe the perceived reality but also to make contributions to transform it (Denzin, 2017; Freire, 1987; Thiollent, 2011). This project was conceived from a real perceived and discussed need with several colleagues, particularly a group of clinical Pharmacists linked to this College of Pharmacy with whom I plan to work with. I will do participant observation in this context and also interview some professionals.

Professor X: Interviews and participant observation are more common, alright. What about this Autoethnography approach? None of us had heard about this before. Could you explain it to us further?

Ana: Autoethnography will make it possible to explore my own experience on the research topic (Ellis, 2004), which is profound and diverse, since I perform several roles in it: as a user of herbal medicines, as a pharmacist, and as a professor of phytotherapy teaching lay people and health professionals. In my life and work contexts, I have been noticing how subjective issues, such as affective memory, experiences and preconceptions, beliefs and sociocultural matters influence proper use of herbal medicines. For the betterment of this reality, having a deeper understanding of the phenomenon is very beneficial. My personal experience of many years using and working with medicinal plants can help elucidate a lot, casting light in aspects that would not come up with other conventional data collecting techniques, allowing for a richer understanding about the topic.

Professor Y: You are telling us that you have a clear professional insertion in Herbal Medicine, and a strong interest in the topic. *[He talks as he gestures in wide arm movements.]* This is a bias in your research.

[Both professors nod.]

Ana: Researchers of widely different areas have personal interest in the subjects they are investigating. Perhaps, a pharmacist who has a grandmother with Alzheimers wants to investigate the efficacy of medicines for this condition. This is natural and can increase the engagement of the researcher. It is my understanding that in qualitative research, neutrality is not a goal (Denzin, 2017). The researcher starts a paper declaring his or her story, positioning themselves, and the reader takes this into account when interpreting the results.

[Ana takes a deep breath as she reaches for a long sip of tea.]

Professor Y: But in this way you will not have an objective view of the phenomenon under study. It's not possible... *[He sighs.]*

Ana: I do not aim to describe an objective reality. Actually, I am not that sure about the existence of an objective reality (Denzin, 2017). What I can describe is my point of view on reality, based on my values and context, where I exist and research. I will also take into account the point of view from several members of the local community of practice, using interviews and participant observation.

Professor Y: *[declares enfatically]* But this is not science! Science must be neutral and analytical. This is militancy!

[Professor Y turns off her camera, Professor X just frowns.]

Ana: To design this research project, I've studied lots of qualitative works that don't claim to have a neutral approach. I took epistemology and ontology into consideration (Denzin, 2009, 2018; Finlay, 2006; Le Roux, 2016), and chose the scientific paradigm which fit my questions the best (Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Professor X: What I think is that you already have the answer to your research. You already have the hypothesis that herbal medicine is good.

Ana: My research does not intend to prove whether herbal medicine is good or not. There are thousands of studies evidencing just that. In Brazil, we have several official guidelines for health professionals on this matter (Brasil, 2016b, 2021; Farmacopeia, 2019). We have numerous positive results about this topic in this very College of Pharmacy. What I want to understand now is how to improve the practice of healthcare professionals and their patients' clinical outcomes taking Herbal Medicine fully into account.

[Professors X faces Ana with disapproval, as she reaches for a sip of tea, as a means of survival, as something to hold on to.]

Professor X: You said you are going to work with some Pharmacists from this clinical group, right? Would this be a sufficient sample for the study?

Ana: This group has around 60 professionals involved in various contexts of practice, and for my purposes this sample is more than enough. As it is done with qualitative research, I will try to understand a phenomenon in depth. The goal is not to make a generalizable inference for any context, with statistical proof (Donyai, 2015; Thiollent, 2011). I'm more interested in producing results that create resonance with healthcare professionals, increase their knowledge about the issue and in that way enhances their ability to improve practice and solve problems (Chevalier; Buckles, 2019; Ellis, 2004; Lapadat, 2017; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Professor X: Ok, Ana, thank you for your answers. We will publish the results of the selection process next week. *[She tries a forced smile.]*

Ana: Thank you very much for the opportunity.

2nd scene

[Just Ana is on the screen.]

Ana's thoughts: I was left exhausted, drained, subjugated. I am so frustrated. I'd come to this panel prepared to talk about something that I experience every day, personally and professionally. But this was not enough for this context: a context of dispute. Where non-dominant ways of doing science have to survive on the margins without financing or legitimation (Denzin, 2009), while the dominant science keeps reproducing itself and its standards, untouched, idealized to be above all.

I understood that herbal medicine is for evidence-based medicine just the same as autoethnographic research is for "scientific" research. My project combines two fields that are still confrontational in their narrow concept of science. I am in awe: how could my rationality be so irrational to them?

My sensation was of free fall, like Alice down the rabbit hole. As I explained my project for the panel, I heard several voices in my head. Voices of people who rely on herbal medicine. Voices of clinical pharmacists, who want to meet each of their patients' needs. Voices of qualitative researchers who have to keep justifying themselves and have their value measured by quantitative parameters over and over again. But the members of the board were deaf to those voices. I also felt like Alice when the caterpillar constrained her asking repeatedly: "Who are you? Who are you? WHO ARE YOU?"

[Red lights on.] This is me, hear me out! Only with my biases it is possible for me to exist. I won't give them up! I won't be silenced! The voices I represent will not be silenced! *[Red lights off.]*

After a few days, I receive the approval list for the selection process. My grade is awful, I will not get a scholarship, but I did pass the exam! I am now a PhD student in Medicines and Pharmacy Practice. I will do the best research I possibly can! The humiliation and invalidation I felt will be my creative fuel. I'll take this grade as a compliment. A compliment to my position as a scientist, a professor, an extensionist, a healthcare professional, a latina, a queer feminist woman, a mother, a libertarian, a vegan, an environmentalist, an anti-consumerism, a granddaughter of Nazi victims, and, most of all, as a human being.

May many studies on Herbal Medicine come, may many Autoethnographic studies come, may many decolonizing and transforming studies come! My conscience remains clear: I am doing my part in history. Someone calls it militancy. For me, what I'm doing is using knowledge to favor people. Shouldn't this be the mandate for all researchers (Denzin, 2017)?

A fitoterapia não é reconhecida como uma prática de saúde baseada em evidências, assim como a pesquisa qualitativa não é muitas vezes considerada ciência propriamente dita. Mas isso não vai me abalar. Nesta tese de doutorado, sigo de cabeça erguida com meus vieses, dos quais me jamais me envergonharei. Plantando e colhendo, estudando, aprendendo, praticando o que ensino e ensinando o que pratico.

2 OBJETIVOS

O objetivo da ação dialógica está [...] em proporcionar que os oprimidos, reconhecendo o porquê e o como de sua “aderência”, exerçam um ato de adesão à práxis verdadeira de transformação da realidade injusta (Freire, 1987, p. 173).

2.1 Objetivo geral

Compreender criticamente desafios e potencialidades da fitoterapia no contexto amplo do Brasil contemporâneo e no contexto específico da prática profissional e da educação para o CF, promovendo conscientização e instrumentalização de estudantes de farmácia e farmacêuticos.

2.2 Objetivos específicos

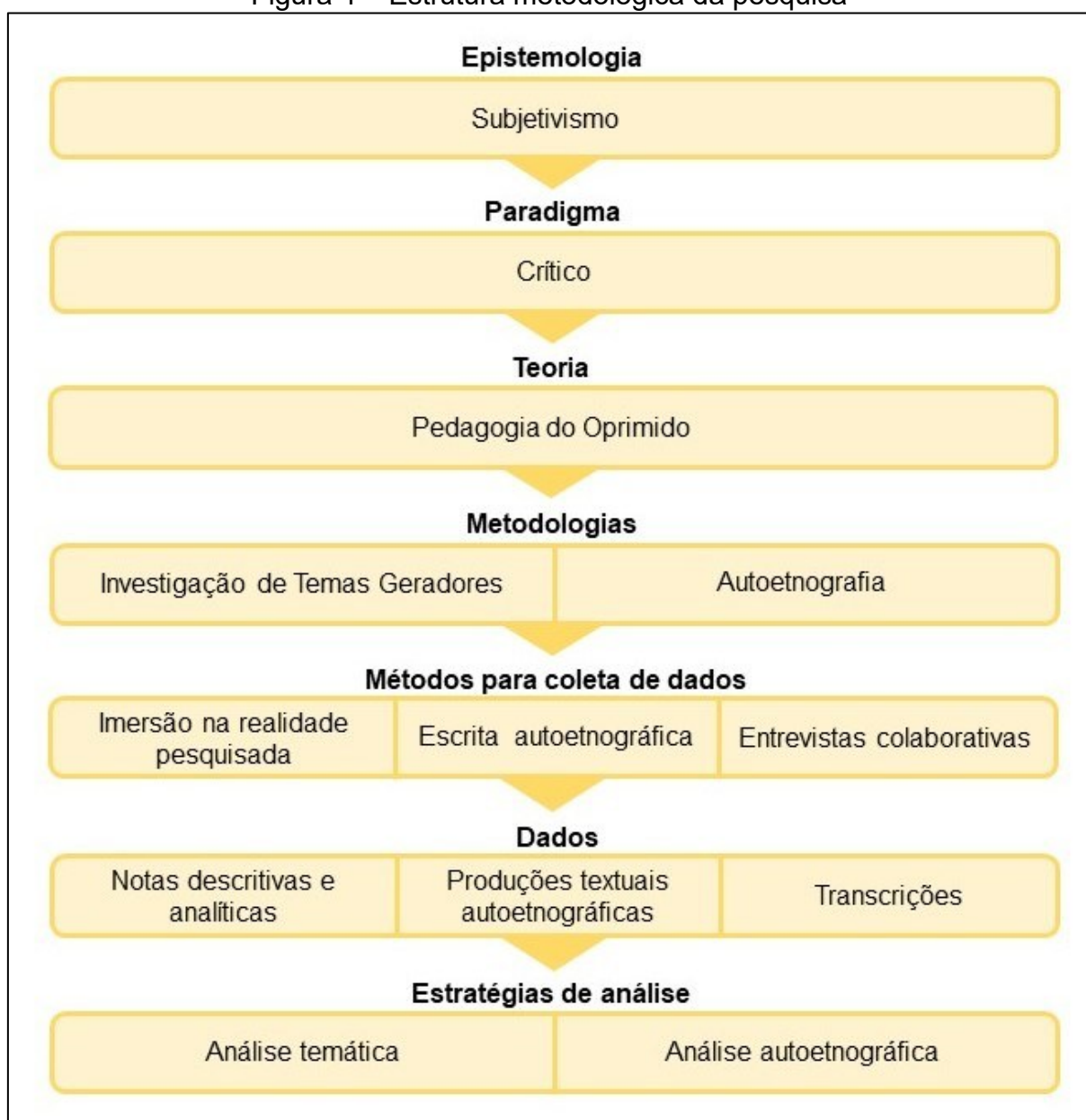
- Discutir aspectos socioculturais que influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo a partir de uma perspectiva crítica.
- Refletir criticamente sobre o campo do CF e os desafios e potencialidades no emprego do seu arcabouço teórico-metodológico para avaliação da fitofarmacoterapia.
- Compreender as necessidades de formação de estudantes de farmácia e farmacêuticos para aperfeiçoamento da sua atuação na fitoterapia no campo do CF.
- Promover a conscientização e instrumentalização de estudantes de farmácia e farmacêuticos para a otimização da fitoterapia no CF.

3 METODOLOGIA

Como forma de ação deliberada e sistemática, toda ação cultural [...] tem sua teoria, que determinando seus fins, delimita seus métodos (Freire, 1987, p. 178).

A Figura 4 apresenta uma sumarização sistemática da estrutura metodológica da pesquisa, que será pormenorizadamente apresentada ao longo desta seção.

Figura 4 – Estrutura metodológica da pesquisa



Fonte: elaboração própria (2024), com consulta a Braun; Clarke, 2006; Chevalier; Buckles, 2019; Daly, 2007; Denzin, 2017; Ellis, 2004; Ellis; Adams; Bochner, 2011; Freire, 1987, 2015, 2016, 2019; Minayo, 2014; Raimondi *et al.*, 2020; Ramalho-de-Oliveira, 2020; Souza, 2019; Tracy, 2013.

3.1 Embasamento ontoepistemológico e teórico

O atual estudo foi realizado com metodologia qualitativa, a fim de privilegiar a descoberta, a descrição detalhada e a geração de explicações com base em argumentos com grau de significância para a comunidade envolvida na investigação. A pesquisa qualitativa tem se tornado mais frequente no campo da Farmácia desde a emergência do CF. Esta nova prática profissional posicionou o farmacêutico em um novo contexto, abrindo campo para investigação de temas subjetivos como a relação profissional-paciente, paciente-tratamento medicamentoso e profissional-profissional (Awaisu *et al.*, 2015; Babar; Almarsdottir, 2015; Mendonça; Freitas; Ramalho-de-Oliveira, 2017).

Na Faculdade de Farmácia da UFMG, a aplicação de metodologias qualitativas para conhecer aspectos subjetivos relacionados ao uso de medicamentos e à prestação de serviços farmacêuticos vem promovendo avanços na compreensão da experiência subjetiva com o uso de medicamentos pelos pacientes (Filardi; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2019; Nascimento; Ramalho-de-Oliveira, 2021; Nascimento; Silva; Ramalho-de-Oliveira, 2020) e também da experiência de farmacêuticos e de outros profissionais da equipe de saúde frente à implantação de serviços de CF (Furtado, 2008; Oliveira; Alves; Ramalho-de-Oliveira, 2017; Pereira *et al.*, 2009; Ribeiro *et al.*, 2017).

Esta pesquisa se insere em uma epistemologia subjetivista, sendo desenvolvida assumidamente a partir do ponto de vista da pesquisadora, não buscando a neutralidade (Daly, 2007). A pesquisadora é clara em relação à sua história e a seu posicionamento em relação à temática pesquisada, o que garante que o leitor possa considerar estes fatores em sua própria interpretação dos achados. Esta opção epistemológica é muito pertinente para o estudo qualitativo de temas que têm relevância particular para o pesquisador que o desenvolverá, ou se ele for integrante da comunidade pesquisada. Afinal, não se pretende descrever uma realidade objetiva, e não se parte da premissa que a mesma exista (Denzin, 2017). Pelo contrário, parte-se da premissa que “a compreensão [de seres humanos] e [...] a ‘razão’ da realidade não estão fora dela, como, por sua vez, ela não se encontra deles dicotomizada, como se fosse um mundo à parte, misterioso e estranho, que os esmagasse” (Freire, 1987, p. 96). Afinal, segundo Paulo Freire (1987, p. 90), “na existência dos [seres humanos]

o aqui não é somente um espaço físico, mas também um espaço histórico”. Para este educador,

uma unidade epocal se caracteriza pelo conjunto de ideias, de concepções, esperanças, dúvidas, valores, desafios, em interação dialética com seus contrários, buscando plenitude. A representação concreta de muitas destas ideias, destes valores, destas concepções e esperanças, como também os obstáculos ao *Ser Mais* dos [seres humanos], constituem os temas da época. Estes [...] também indicam tarefas a ser realizadas e cumpridas. Desta forma, não há como surpreender os temas históricos isolados, soltos, desconectados, coisificados, parados, mas em relação dialética com outros, seus opostos. Como também não há outro lugar para encontrá-los que não seja nas relações [seres humanos]-mundo. O conjunto dos temas em interação constitui o “universo temático” da época (Freire, 1987, p. 92-93).

Considera-se, por conseguinte, que qualquer ponto de vista está embebido em valores, teorias, momento histórico e contexto, inclusive aquele no qual o pesquisador vive e trabalha (Gomes; Silveira, 2012).

Para compreender a expressão *ser mais*, que aparece na citação anterior, é necessário se reportar à natureza inconclusa dos seres humanos.

Humanização e desumanização, dentro da história, num contexto real, concreto, objetivo, são possibilidades dos [seres humanos] como seres inconclusos e conscientes de sua inconclusão. Mas, se ambas são possibilidades, só a primeira [...] parece ser o que chamamos de vocação dos [seres humanos] (Freire, 1987, p. 30).

Tanto a humanização quanto a desumanização inscrevem a humanidade num permanente movimento de busca (Freire, 1987). Suas possibilidades não são, portanto, determinadas por estruturas ou princípios inatos (Zitkoski, 2010a). A vocação humana para o *ser mais* é negada em situações de opressão e injustiça. A desumanização não se verifica apenas naqueles que têm a sua humanidade roubada, mas também, de modo diferente, nos que a roubam, sendo uma distorção da vocação do *ser mais*, que gera o *ser menos* (Freire, 1987).

Paulo Freire não explicita abertamente um posicionamento epistemológico em seus textos. Mas sua obra revela que ele percebe o conhecimento a partir de uma perspectiva notadamente crítica, frequentemente destacando que o ato de conhecer é em si mesmo transformador (Becker, 2010). O termo “crítico/crítica”, seja como adjetivo ou substantivo, é um dos mais recorrentes nos escritos de Paulo Freire (Guareschi, 2010). A obra deste autor tem um objetivo pedagógico sustentado epistemologicamente por uma base radicalmente crítica. “A pedagogia freiriana [...] é

ativa por coerência com sua epistemologia; atividade de sujeito autônomo que pratica a liberdade e por isso é capaz de reinventar sua própria existência” (Becker, 2010, posição 4185).

Afinal, o mundo não é, o mundo está sendo (Freire, 2019), e o ser humano “não apenas está *no* mundo, mas *com* o mundo” (Freire, 2005a, p. 47). Conforme essa visão, a presente proposta metodológica se insere no paradigma crítico, que pressupõe que existe uma realidade a ser transformada a partir das atividades de educação e pesquisa (Daly, 2007; Denzin, 2017; Giacomini, 2014).

Apesar de que a pergunta de pesquisa não está direcionada a questões de etnia, classe e gênero, como é usual no paradigma crítico, a mesma foi postulada partindo de uma perspectiva social crítica, considerando a importância da fitoterapia para a população brasileira e as razões históricas e políticas pelas quais a mesma não se integra plenamente às práticas de profissionais de saúde, apesar de sua eficácia e segurança comprovadas para diversos agravos à saúde.

Thomas S. Kuhn, em sua notável obra “A estrutura das revoluções científicas”, de 1962, definiu paradigmas como “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2013, p. 40). Um paradigma, a partir dessa visão, seria constituído por realizações científicas passadas que são reconhecidas pelas hegemônicas comunidades do conhecimento, como fundamentos, como referenciais, para as pesquisas que fazem. Kuhn considera que os paradigmas são substituídos nas chamadas revoluções paradigmáticas, por uma disputa meramente gnosiológica, ou seja, um paradigma perde valor diante de outro com maior poder explicativo. Entretanto, partindo de uma concepção freiriana,

um paradigma torna-se referência em determinada época não apenas por questões internas à ciência, mas, em geral, pela superioridade econômica, política e militar de seus defensores. A hegemonia das categorias e dos conceitos do pensamento euro-americano, por exemplo, no Ocidente, é muito mais o resultado de uma dominação colonial do que de uma comprovada superioridade gnosiológica em relação aos paradigmas das culturas que foram e são silenciadas por sua dominação aparentemente epistêmica (Romão, 2010a, posição 8327).

A hierarquia estabelecida nos saberes é o que inicia a dominação em todas as esferas da sociedade (Guareschi, 2010). Uma proposta metodológica construída a partir do

paradigma crítico e com uma perspectiva freiriana tem a intenção de usar a ciência como ferramenta de libertação, considerando que o real avanço da cultura e da ciência só pode se dar quando o oprimido consegue romper com a lógica do opressor, muitas vezes em si introjetada e reproduzida sem consciência (Romão, 2010a). Portanto, o esforço científico aqui empreendido não pretende ser mera reprodução de um protocolo pré-determinado, devendo-se buscar o engajamento contínuo em práxis coerente com este paradigma.

A teoria crítica propõe que o conhecimento seja claramente posicionado diante da ação humana, visando esclarecimento das pessoas e levando-as à libertação das coerções, às vezes autoimpostas, saindo da lógica objetificante usualmente adotada nas pesquisas voltadas às ciências naturais. A produção teórica de Freire traz em si embutida esses pressupostos, destacando a impossibilidade da neutralidade nas ações humanas. Até mesmo a omissão ou permissão são apontadas como ações políticas, que partem de uma atribuição de valor às alternativas, seja em ações educativas ou qualquer âmbito da atuação humana (Guareschi, 2010).

Ademais, partir das teorias e propostas elaboradas por um brasileiro e enraizadas na realidade nativa visa promover percepções endógenas de problemáticas que podem tender a ficarem excluídas da ciência construída a partir de um referencial hegemônico estrangeiro.

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira (Brasil, 2012b), tem uma grande contribuição para a tradição da pesquisa crítica, sendo sua extensa obra, de caráter universal, conhecida e respeitada por seus impactos não apenas no Brasil, seu país de origem, mas em todo o mundo (Minayo, 2014). Este educador nasceu em 19 de setembro de 1921 (Freire, 2010) e faleceu em 2 de maio de 1997 (Freire, 2016). Em setembro de 2021 comemorou-se o centenário do seu nascimento. Nunca se ouviu falar tanto deste expoente intelectual brasileiro, fosse em webinários, lives, cursos, disciplinas, encontros e congressos (Soares, 2021).

O pensamento freiriano parte da premissa que os oprimidos podem se autolibertar por meio da educação, desde que se rompa com a educação bancária que tende a controlar e limitar o poder criativo das pessoas, assim como sua capacidade de transformar suas próprias vidas. Educação bancária se refere a tratar os educandos

como potes vazios, destituídos de conhecimento, que recebem passivamente os “depósitos” de conhecimento de educadores devidamente autorizados. O pensamento freireano propõe a subversão de regimes opressivos por meio do exercício da consciência crítica, convidando as pessoas à margem da sociedade a questionarem o pensamento dominante e agirem contra os sistemas de poder estabelecidos (Chevalier; Buckles, 2019; Freire, 1987). Sua proposta de superação das relações de dominação e subordinação entre opressores e oprimidos se aplica notoriamente ao campo da saúde (Freire, 2015, 2016; Miranda; Barroso, 2004).

Na prática da saúde baseada em evidência, impera o tecnicismo e as opressões do norte global. Quando chega à formação profissional, o estudante acaba adotando o referencial do colonizador, virando seu defensor junto aos pacientes. Nesse processo, os profissionais de saúde acabam muitas vezes introjetando mitos e valores opressivos sobre os processos de saúde-doença. Constantemente, os perpetradores da opressão são igualmente seres dominados, manipulados, que conseqüentemente atuam como metástases das elites opressoras que estão acima. O sistema de educação e de saúde no qual os profissionais de saúde se formam funcionam em grande medida como agências formadoras de futuros perpetuadores das estruturas dominadoras, de modo mais ou menos consciente (Freire, 1987).

O emprego do arcabouço teórico-metodológico freiriano visa romper com essa dominação, levando à possibilidade de promoção do *ser mais* de docentes, profissionais de saúde, discentes e pacientes, se deslocando da atenção à saúde capital-centrada e considerando outras formas de construir saúde. A partir da conscientização e ação sobre a opressão, se viabiliza a transformação das práticas de ensino e dos serviços de saúde (Chevalier; Buckles, 2019; Freire, 1987).

Freire não propôs a sua metodologia de investigação visando objetivos acadêmicos. No entanto, desde a década de 1960, algumas abordagens de pesquisa vieram sendo desenvolvidas a partir do pensamento crítico sobre a realidade social no Brasil e na América Latina, tendo Paulo Freire como um dos seus grandes inspiradores. Assim surgiram a investigação participante e a investigação-ação, também chamadas de pesquisa participante e pesquisa-ação (Minayo, 2014). Pesquisadores como o colombiano Orlando Fals-Borda trabalharam para ampliação da proposta de Freire, procurando preencher a lacuna entre o desenvolvimento da consciência crítica e o

exercício da razão científica. Assim, além de se partir das necessidades comunitárias e desenvolver conhecimento e aprendizagem pela ação, são incorporadas à metodologia preocupações teóricas da ciência convencional (Chevalier; Buckles, 2019).

Freire não tinha interesse por ações intelectuais estabelecidas *a priori* e distanciadas da práxis educacional cotidiana (Caron, 2010). Assim, valeu-se de apropriações de diferentes aspectos úteis de algumas linhas teóricas que são citadas ao longo de sua vasta obra, porém jamais de forma exclusiva ou dogmática. Por essa razão, é usual que Freire seja enquadrado por diferentes autores como adepto do marxismo, antimarxismo, existencialismo fenomenológico, hegelianismo, cristianismo personalista, humanismo cristão ou nacional-desenvolvimentismo. Porém, Freire não se considerava seguidor ortodoxo de nenhuma dessas tradições em particular, tendo em sua obra momentos intercalados de aproximação e afastamento com as mesmas (Bombassaro, 2010; Caron, 2010). Ele acreditava na necessidade de aproximação entre teoria e prática que superasse as “proibições” que cada corrente postula em nível idealista (Passos, 2010a). Pelo diálogo que promovia entre diferentes correntes, Freire é muitas vezes considerado confuso ou eclético por intelectuais dogmáticos. Seu trânsito livre e consciente por múltiplos campos do conhecimento irrita especialistas.

Freire, rigoroso no essencial, acerca da contribuição com a libertação, não se deixava aprisionar por métodos, regras e etiquetas formais das ciências e das academias, nem mesmo com a origem e proveniência dos pensamentos. Corporeificava, na prática, a transdisciplinaridade quando ela ainda inexistia como conceito. Hoje, transdisciplinaridade, cosmodisciplinaridade ou multirreferencialidade, que possuem ênfases distintas, continuam a ser descritas, ainda que grandemente ausentes nas práticas educacionais. Elas, para serem reais, precisariam do pesquisador desarmado em face das contradições. Implicaria articular múltiplos conhecimentos, nem sempre afinados e sem arestas. Dependeria de diálogo aberto, livre das verdades terminais e absolutas. Esse difícil arranjo de coisas novas e velhas não é feito em espaço neutro, fora das pessoas, se dá dentro delas (Passos, 2010a, posição 5124-5128).

O autor posicionou-se no campo da esquerda progressista na maior parte da sua vida militante e intelectual (Caron, 2010), preferindo ler e citar autores que viviam suas vidas com peso ético e político, tais como Mounier, Fanon, Sartre, Merleau-Ponty, Simone Weil, Hannah Arendt, Agnes Heller e Edith Stein, Marx, Lucács, Kosik, Gramsci e Marcuse. No entanto, ele fazia questão de declarar abertamente seu

antagonismo em ocasiões em que “pairassem no ar suspeitas de certo pensamento gerar consequências políticas destrutivas para os grupos populares, oprimidos” (Passos, 2010a, posição 143). Assim, Freire seguia seus passos “no mar das incertezas epistemológicas” com o foco da libertação dos oprimidos (Passos, 2010a, posição 5148), não explicitando muitas vezes a ontologia e a epistemologia que embasavam suas teorias (Romão, 2010b). A fim de fundamentar suas propostas pedagógicas

[...] Freire constrói conceitos e concepções das quais se pode deduzir uma espécie de “ontologia universal”: todos os seres (ele se refere apenas aos seres vivos) são incompletos e inconclusos (acrescentaríamos: e inacabados). E os três termos, embora tratados por ele como sinônimos, não o são. Cada um deles apresenta um significado inequivocamente singular: todos os seres são incompletos, porque necessitam uns dos outros; são inconclusos, porque estão em evolução; e são inacabados, porque são imperfeitos (Romão, 2010b, posição 8102-8107).

Desde sua “Pedagogia do Oprimido”, Freire vem diferenciando o animal humano dos demais animais, destacando a consciência do primeiro.

Os [seres humanos], [...] ao terem consciência de sua atividade e do mundo em que estão, ao atuarem em função de finalidades que propõem e se propõem, ao terem o ponto de decisão de sua busca em si e em suas relações com mundo, e com os outros, ao impregnarem o mundo de sua presença criadora através da transformação que realizam nele, na medida em que dele podem separar-se e, separando-se, podem com ele ficar, os [seres humanos], ao contrário do animal, não somente vivem, mas existem, e sua existência é histórica. Se a vida do animal se dá em um suporte atemporal, plano, igual, a existência dos [seres humanos] se dá no mundo que eles recriam e transformam incessantemente (Freire, 1987, p. 89-90).

Deste modo, os seres humanos estão sempre entre o ser e o *ser mais*, o que motiva a sua esperança, combustível para sua busca contínua. Para Freire, “a esperança é uma necessidade ontológica, que precisa ancorar-se na prática para tornar-se concretude histórica” (Freire, 2005b, p. 11). Ele declara: “não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico” (Freire, 2005b, p. 10). Esta compreensão direciona a prática educativa freiriana. Afinal, a vocação ontológica humana só pode se efetivar por meio da educação libertadora direcionada ao *ser mais*, que é o melhor caminho para viabilizá-la (Trombetta; Trombetta, 2010). “É essa dialogação do [ser humano] sobre o mundo e com o mundo mesmo, sobre os desafios e problemas, que o faz histórico” (Freire, 2005a, p. 68).

Sendo um autor que ficou ativo por mais de três décadas, é notável que Freire não se acanhou em fazer novas re-ad-mirações de suas ad-mirações, postulando frequentemente críticas assumidas a suas próprias ideias historicamente situadas, revisando suas obras anteriores, aspecto muito presente em sua *Pedagogia da Esperança*, assim como em outros escritos (Freire, 2005b, 2007). Este aspecto destaca e exemplifica o caráter crítico da educação que propõe, reforçando a máxima de que o ser humano sempre está inacabado.

Abre-se aqui breves parênteses para discutir o uso dos termos admiração e readmiração por Paulo Freire. Este autor usa tais termos de forma muito relevante para explicação do processo de aprendizado desde sua obra mais lida e de maior relevância mundial, *“Pedagogia do Oprimido”* (Freire, 1987). Tais termos são posteriormente retomados de forma hifenada, “ad-miração” e “re-ad-miração” (Freire, 2021). A palavra, com raízes latinas, é composta pela preposição *ad* que indica direção, para, em direção a, e o verbo *mirari*, que significa ver. Ad-mirar é dirigir o olhar para algo, direcioná-lo. Assim, ad-mirar é olhar para o objeto de conhecimento como um objeto em si mesmo, objetivando o eu e separando-o do não-eu, tomando distância do objeto. Não há ato de conhecimento sem uma ad-miração do objeto a ser conhecido. Mas, sendo o conhecimento um processo e não havendo conhecimento acabado, ao querer conhecer ad-miramos, além do objeto de conhecimento, nossa ad-miração anterior do mesmo objeto. Freire destaca que este processo de conhecimento é mais um fator que distingue o ser humano dos demais animais (Escobar, 2010).

Buscando a percepção e ação críticas, a presente pesquisa pretende seguir este exemplo, não empreendendo, por isso, o esforço de apontar fidelidade a uma grande linha teórica específica, como um guarda-chuva teórico sob o qual toda a discussão se posicione. A busca desta pesquisa é ser coerente com os seus objetivos e pressupostos por meio da práxis crítica adotada durante todo o seu percurso.

Considerando essa construção epistemológica, paradigmática, teórica e ontológica em Paulo Freire, foi desenvolvida uma proposta metodológica para atingir os objetivos da atual pesquisa. Tal desenho metodológico pode ser adotado para elaboração de ações educativas críticas em ambientes acadêmicos ou da prática profissional em saúde que sejam conectadas com as reais demandas dos estudantes e/ou

profissionais, assim como da população a quem os profissionais de saúde atendem, buscando justiça social e ao mesmo tempo expandindo o conhecimento. Tal proposta se baseia na combinação entre a metodologia de Investigação de Temas Geradores, proposta por Paulo Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987), e a Autoetnografia (Ellis; Adams; Bochner, 2011). A seguir, ambas as estratégias metodológicas serão delineadas, e em seguida um desenho metodológico que as combina será apresentado.

3.2 Premissas da Investigação de Temas Geradores

A metodologia de Investigação de Temas Geradores se presta à elaboração de programas educativos libertadores com participação ativa da comunidade de educandos, visando que se reconheçam e se afetem ao longo de todo o processo de sua construção. Esta metodologia é potente para propiciar dialogicamente reflexão e ação para transformar positivamente a realidade, aplicando conhecimento para aprimorar a prática e usando a prática para gerar conhecimento. A dialogicidade, característica do que é dialógico, é pilar na pedagogia freiriana e, portanto, faz-se necessário aprofundar um pouco no conceito de diálogo.

No Dicionário Aurélio, algumas definições apresentadas para o termo diálogo são “fala entre duas ou mais pessoas; conversação, colóquio” e “troca ou discussão de ideias, de opiniões, de conceitos, com vista à solução de problemas, ao entendimento ou à harmonia; comunicação” (Diálogo, 1999, p. 676). Freire insere a amorosidade, a conscientização e a humanização neste conceito, definindo diálogo como “o encontro amoroso dos [seres humanos] que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (Freire, 2021, p. 51).

Deste modo, o diálogo, na perspectiva freiriana, dirige ao *ser mais*, e implica na esperança ontológica em relação à transformação da realidade. Afinal, um diálogo que não parta desta premissa é vazio e estéril (Freire, 1987). Um encontro desamoroso, acrítico, desesperançoso e arrogante, por sua vez, não pode ser chamado de diálogo, tratando-se da prática a ele oposta, o antidiálogo, termo citado em diversas obras de Freire (1987, 2015, 2020, 2021) para descrever os procedimentos praticados pelos

opressores para manter sua posição de dominação. Esta prática está amplamente entranhada na formação histórico-cultural na América Latina (Freire, 2005a, 2020), contaminando a cultura vigente no ensino e na pesquisa.

Dialética é um termo correlacionado e muitas vezes empregado como sinônimo de dialógica, mas não o é. No Dicionário Aurélio, as definições que figuram para dialética são:

1. *Filosofia*. Arte do diálogo ou da discussão, quer num sentido laudativo, como força de argumentação, quer num sentido pejorativo, como excessivo emprego de sutilezas. 2. *Filosofia*. Desenvolvimento de processos gerados por oposições que provisoriamente se resolvem em unidades. 3. *História da Filosofia*. Conforme Hegel, a natureza verdadeira e única da razão e do ser que são identificados um ao outro e se definem segundo o processo racional que procede pela união incessante de contrários – tese e antítese – numa categoria superior, a síntese. 4. *História da Filosofia*. Segundo Marx, o processo de descrição exata do real (Dialética, 1999, p. 675-676).

Em Freire, há uma visão da dialética diferenciada daquela proposta por Hegel e Marx, os clássicos da dialética moderna, que apontavam à possibilidade de conciliação e resolução entre tese e antítese. Esta tradição dialética hegeliano-marxista implica em um determinismo, “uma inteligência fatalista da história, em que não há lugar para a esperança autêntica” (Freire, 2005b, p. 101), sendo o futuro algo que virá necessariamente de uma certa maneira, o que Freire denomina de “fatalismo libertador” ou “libertação fatalista” (Freire, 2005b, p. 102), que ocorrerá por si. A concepção dialética de Freire parte de sua compreensão da história e do papel da subjetividade humana na construção do mundo socioculturalmente estruturado. Sendo o futuro algo indeterminado, as contradições são desejáveis, e impulsionam à possibilidade de construção do inédito-viável (Zitkoski, 2010b). Então, em Freire, o movimento dialético não chega jamais a uma descrição exata e final do real.

A originalidade de Freire está na superação de uma forma de pensar totalizadora da vida, pois ele busca construir crítica e criativamente novos elementos para conceber a vida humana em sociedade de modo radicalmente democrático e libertador; ao elaborar uma nova visão epistemológica a partir da construção do conhecimento de forma dialógica, intersubjetiva e dialeticamente aberta para o dinamismo da vida, a diferença e o inédito viável, além de inspirar profundas inovações na visão política e ética dos problemas que desafiam o mundo atual (Zitkoski, 2010b, posição 3088).

Agora, definidos os recortes freirianos para os termos diálogo e dialética, passar-se-á à definição do que são os temas geradores, que dão nome à metodologia de

investigação aqui apresentada. Os temas geradores são as questões que têm relevância para dada comunidade em dado momento histórico, pronunciadas a partir de suas próprias palavras (Freire, 1987). O pensamento-linguagem da comunidade revela “os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus temas geradores” (Freire, 1987, p. 88).

A busca destes temas não é uma estratégia mediadora ingênua, pois visa apontar a direção política da práxis libertadora (Passos, 2010b). A fim de chegar aos temas geradores,

as palavras são colhidas nas conversas formais e informais, necessitando uma capacidade especial de pesquisador e de educador que sabe que não sabe e, por isso, ouve e nutre a curiosidade epistemológica, diferindo do educador bancário alienado porque saturado de si em excesso. Há nessa escuta um aprendizado e uma opção política de se deixar surpreender pela vida e pelas experiências humanas, sobretudo aquelas que reincidentem das dores, reiteradas pelas falas, que emergem nos discursos (Passos, 2010b, posição 10847).

O tema gerador é epistemológico-pedagógico-político, e promove a base para o conhecimento a partir da realidade vivida, permitindo assim uma releitura do mundo no sentido de fomentar a luta pela humanização (Passos, 2010b).

É importante notar que o conceito de tema gerador não é uma hipótese que deva ser comprovada, especialmente considerando a epistemologia subjetivista adotada por Freire. A investigação não visa comprovar a existência ou não de dado tema gerador, mas sim apreendê-lo em sua riqueza, em sua significação, em sua pluralidade, em sua constituição histórica (Freire, 1987).

Portanto, nessa estratégia de investigação, é necessário que as comunidades “pesquisadas” assumam papel ativo. Pesquisadores e pesquisados são parceiros em uma mesma jornada, envolvidos de modo dialógico no processo (Freire, 1987). A “Pedagogia do Oprimido” tem como pressuposto para a transformação da realidade o desvelamento do mundo da opressão pelos oprimidos, que é o que promove seu compromisso com a práxis. Não se chega à conscientização crítica apenas pelo esforço intelectual, mas também pela práxis (Freire, 1979). O papel da pesquisa de permitir aprendizado e ensino é maior e melhor quanto mais sujeitos e não puros objetos do processo os participantes sejam feitos (Freire, 2019). Envolver os participantes da situação estudada no processo de pesquisa não é apenas um jogo

intelectual, mas visa promover sua reflexão de modo a conduzir a mudanças reais. Ação e reflexão, percebidos por este prisma, são uma unidade, que não deve ser dicotomizada (Freire, 1987).

A compreensão e resposta a determinado aspecto da realidade leva à apreensão de novos desafios, implicando em compromisso crescente dos envolvidos, uma vez que os mesmos se encontram cada vez mais engajados na problemática em questão, por se tratar de uma agenda por eles elaborada, e não imposta. Da observação e da avaliação das ações educativas, e também pela evidenciação dos obstáculos encontrados no caminho, há um ganho de informação a ser captado como elemento de conhecimento, sujeito à complexidade e à imprevisibilidade que emerge da práxis. As frequentes apreciações e interpretações implicam em autocorreção, melhorando a qualidade e a relevância das observações (Freire, 1987).

Os conhecimentos que vêm de fora da comunidade contribuem e devem também ser considerados, oferecendo novas compreensões que desafiam o que já está estabelecido, sendo úteis para a transformação. Deste modo, o conhecimento especializado pode contribuir com dados sobre o caráter das decisões, do seu contexto e das implicações mais comuns. No entanto, existe também o conhecimento de como cada pessoa percebe estas implicações e de como estas dão valor às diversas alternativas. É interessante que o conhecimento especializado possa ser suficientemente difundido, para que cada agente tenha condições de avaliar a situação e ter sua própria visão (Freire, 1987).

No contexto da investigação crítica e dialógica, as ações educativas a serem realizadas não são doações do especialista ou imposições institucionais, mas sim revoluções organizadas, sistematizadas e acrescentadas à comunidade, partindo dos elementos que ela compartilhou com o pesquisador de forma desestruturada. E isto é fundamental para o sucesso de tais ações (Freire, 1987). A superação da problemática local “não se faz no ato de consumir ideias, mas no de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação” (Freire, 1987, p. 101).

Outro conceito freiriano indispensável a esta pesquisa é o de situação-limite, também cunhado por Freire (1987) que diz respeito a uma situação desfavorável à qual os indivíduos aderem sem consciência de sua submissão por terem impressão de que

se trata de fatalismo e, portanto, não se percebem com poder de mudança. À medida que os indivíduos reconhecem uma situação-limite concreta, faz-se possível o anúncio do inédito-viável a ser buscado, engendrando possibilidades que não eram sequer consideradas para a ruptura com a situação de opressão (Freire, 1987). Assim, a Investigação de Temas Geradores visa gerar conhecimento da situação-limite vigente e que impede os avanços necessários no sentido da libertação, possibilitando subsequentemente a construção do inédito-viável.

3.3 Premissas da Autoetnografia

O pensamento complexo enuncia que “o todo está na parte, que está no todo” (Morin, 2005, p. 75). Totalidade e parcialidades operam conjuntamente, de modo complementar e ao mesmo tempo contraditório, a partir de uma “inteligência dialética da realidade”, como descrito por Freire em sua Pedagogia da Esperança (Freire, 2005b, p. 86-87). Assim, o indivíduo é uma parte do coletivo do qual participa, e o coletivo é uma parte do sujeito. Enquadrando-se nessa perspectiva, a Autoetnografia se refere à escrita sobre experiências pessoais e suas relações com a cultura (Ellis, 2004).

A Autoetnografia usualmente está circunscrita ao paradigma pós-moderno de pesquisa que, assim como o paradigma crítico, está sob o guarda-chuva da epistemologia subjetivista, tomando o posicionamento do pesquisador como um aspecto de suma importância. No entanto, mesmo se enquadrando como pós-modernas, muitas pesquisas autoetnográficas assumem simultaneamente perspectivas críticas, de-silenciando a voz das margens, trabalhando temáticas como decolonialidade, justiça social, feminismo, racismo, dentre outras (Anzaldúa, 2000; Denzin, 2018; Diversi; Moreira, 2016; Diversi; Moreira; Oliveira, 2021; Raimondi, 2019; Raimondi; Moreira; Barros, 2019, 2020). A atual pesquisa adotará a Autoetnografia com essa perspectiva crítica. Por sua relação íntima com a vida cotidiana, a Autoetnografia é muito útil para refletir sobre e transformar a realidade (Denzin, 2018).

O pensamento de Paulo Freire tem sido amplamente empregado como fundamentação teórica para a Autoetnografia crítica (Denzin, 2018; Diversi; Moreira, 2016). Ademais, este autor reforça a importância de que se desenvolva práticas de investigação vinculadas à vida, fazendo uso de palavras ricas em realidade que

provoquem o desenvolvimento da criticidade da consciência (Freire, 2005a), e a Autoetnografia cumpre tais quesitos.

Assim como na etnografia, o termo autoetnografia se refere tanto ao processo como ao produto (Ellis, 2004). Usualmente, autoetnografias são escritas em primeira pessoa, e podem ter uma variedade de formatos, analíticos ou evocativos, sendo neste último caso apresentadas como histórias, poesias, contos, ensaios fotográficos, dentre outros (Adkins; Hughes, 2020; Ellis, 2004; Le Roux, 2016; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Os trabalhos autoetnográficos usualmente demonstram ação concreta, diálogo, emoção, corporeidade e autoconsciência. Estes aspectos aparecem à medida que histórias relacionais ou institucionais são afetadas pela história e pela estrutura social, que em si são revelados dialeticamente por ações, sentimentos, pensamentos e linguagem (Ellis, 2004). Assim, questões sociais e culturais são costuradas com experiências próprias.

Este método qualitativo evidencia o conhecimento embebido na experiência e revela aspectos da vida cultural inacessíveis à pesquisa convencional (Custer, 2014; Raimondi *et al.*, 2020). Deste modo, a Autoetnografia rompe com os dualismos como pesquisador-sujeito, sujeito-objeto, educador-educando, eles-eu, colocando o pesquisado-sujeito em condições de explorar todas as nuances de sua existência, sem compartimentalizações entre estudo-trabalho-pessoa, com todas as suas facetas e controvérsias (Raimondi *et al.*, 2020). A metodologia de investigação freiriana igualmente propõe a ruptura desses papéis duais e rígidos, por entender que esta perspectiva nega a educação e o conhecimento como processos de busca (Freire, 1987).

Eu sou uma inteireza e não uma dicotomia. Não tenho uma parte de mim esquemática, meticulosa, racionalista, conhecendo os objetos e outra, desarticulada, imprecisa, querendo simplesmente bem ao mundo. Conheço com meu corpo todo, sentimentos, paixão. Razão também (Freire, 2015, p. 23).

A Autoetnografia vem ganhando crescente reconhecimento em diversas disciplinas envolvidas com o cuidado em saúde, por auxiliar no desenvolvimento de valores e competências cruciais para profissionais, professores e estudantes (Adkins; Hughes, 2020; Chang, 2016; Mendonça; Freitas; Ramalho-de-Oliveira, 2017; Ramalho-de-

Oliveira, 2020), e promovendo um engajamento empático que move as pessoas à ação (Raimondi *et al.*, 2020). Ela possibilita a compreensão mais profunda dos determinantes sociais e culturais da saúde, revela aspectos sobre o adoecimento, estimula a empatia e melhora a resolutividade dos cuidados aos pacientes (Fleming-Castaldy, 2015; Gallé; Lingard, 2010; Gama, 2020; Ramalho-de-Oliveira, 2020; Silva, D. *et al.*, 2017; Silva, I. *et al.*, 2018), gerando impactos relevantes no campo da farmácia clínica. Considerando as mudanças atuais na profissão farmacêutica, que era centrada no medicamento e agora tende a ser cada vez mais centrada no paciente, foram estabelecidos novos desafios relativos à prática do cuidado, gerando novas questões, e fazendo-se necessários novos formatos metodológicos para respondê-las (Awaisu *et al.*, 2015; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

No desenho metodológico desta pesquisa, empregou-se a Autoetnografia Evocativa, envolvendo escrita criativa e com riqueza de detalhes, e não colocando o foco em razão e análise. Esta abordagem visa mover o leitor à ação por meio da ressonância que evoca (Ellis, 2004; Lapadat, 2017; Ramalho-de-Oliveira, 2020), fortalecendo o objetivo da investigação freiriana de transformação da realidade. Esta técnica se situa entre ciência e arte, combinando a descrição sistemática da etnografia com elementos de *storytelling* (Ellis, 2004; Ramalho-de-Oliveira, 2020), avigorando a afirmação de Freire de que existe compatibilidade entre a pesquisa científica rigorosa e a “beleza da forma na expressão dos achados” (Freire, 2005b, p. 72). Freire, como escritor, sempre buscou imprimir um caráter estético às suas obras, fugindo da linguagem burocratizada do academicismo e mostrando sempre seu compromisso com o leitor e com a realidade (Almeida; Streck, 2010).

3.4 A combinação da Investigação de Temas Geradores com a Autoetnografia

Considerando as premissas da metodologia de Investigação de Temas Geradores e da Autoetnografia, propôs-se uma combinação entre elas para atingir os objetivos da atual pesquisa, agregando também as dimensões científico-acadêmicas que não são uma preocupação primordial na metodologia freiriana. Foi elaborado um artigo a fim de apresentar tal combinação metodológica, intitulado “Pedagogia do Oprimido e Autoetnografia: uma combinação metodológica para a elaboração e realização de

programas educativos críticos no campo da saúde” e ele será apresentado na seção de Resultados e discussão.

O protagonismo do uso da linguagem em ambas as metodologias as aproxima notavelmente. A estratégia educativa de Paulo Freire é muitas vezes chamada “palavração”, por transformar por meio da palavra a realidade do mundo. Sua abordagem, assim como aquela da Autoetnografia, visa “vincular palavra e mundo, ou seja, a leitura e a escrita da palavravimundo” (Freire, 2001, p. 12). Partindo-se de um conjunto de representações de situações concretas, possibilita-se uma admiração da admiração anterior do mundo (Klein, 2010). Afinal, “linguagem e realidade se prendem dinamicamente” (Freire, 2001, p. 11).

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os [seres humanos] transformam o mundo. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. Não é no silêncio que os [seres humanos] se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão (Freire, 1987, p. 78).

A palavra autêntica contrapõe-se ao discurso da acomodação e “da impossibilidade de mudar” (Freire, 2016, posição 1057). Sendo pronúncia do mundo, a palavra compreende o anúncio e a denúncia, tendo poder de fazer parte do processo de transformação do mesmo (Almeida; Streck, 2010). “A palavra, tendo o poder quase mágico de criar mundos, está no centro do processo educativo como ação cultural” (Almeida; Streck, 2010, posição 8290).

Além disso, Freire deixa claro em sua metodologia o protagonismo do “eu” como base para a ação educativa transformadora, referindo que “a investigação temática se faz, assim, um esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador” (Freire, 1987, p. 99-100).

Esta combinação metodológica aplicada ao campo da saúde tem um grande potencial. Afinal, a realização de pesquisas por educandos, educadores e profissionais da área de saúde que estão imersos no contexto da atividade acadêmica ou da prática profissional em saúde pesquisada favorece que estes agentes conectem suas práticas às políticas, às estruturas de poder e aos sistemas nos quais estão inseridos, bem

como às necessidades específicas das pessoas a quem servirão ou servem. Ademais, a Autoetnografia permite ao pesquisador/profissional/educador investigar um problema ou tópico relacionado à sua prática de forma sistemática, transparente, e a partir de evidências estratégicas e situadas (Acosta; Goltz; Goodson, 2015).

Sendo os investigadores membros da cultura acadêmica e/ou profissional, na pesquisa são obtidos *insights* sobre as origens de crenças e perspectivas e sobre a dissonância e consonância de identidades profissionais e pessoais. A partir desse mapeamento de fronteiras culturais na prática, a consciência é refinada e competências são aprimoradas. Além disso, Autoetnografia provê suporte à comunicação dialógica, que promove entendimentos teóricos e tomadas de decisão teoricamente informadas (Acosta; Goltz; Goodson, 2015).

A Investigação de Temas Geradores e a Autoetnografia fortalecem-se mutuamente, propiciando oportunidades de compreensão de comportamentos próprios e dos outros contextualizados dentro da cultura acadêmica ou profissional. A Autoetnografia é potencializada pela Investigação de Temas Geradores porque o “eu autoetnográfico” irá refletir ainda mais ampla e profundamente a realidade coletiva após contato íntimo com os temas geradores que emergem no coração da comunidade com a qual se pesquisa. A recíproca também é verdadeira uma vez que a Autoetnografia facilita a expressão gráfica da percepção ao mesmo tempo em que gera automaticamente um rico material a ser submetido a re-admirações da comunidade pesquisada.

Este combo metodológico sinérgico oferece assim suporte à reflexividade, conscientização, agência e libertação, contribuindo para o alcance pleno dos objetivos da pesquisa crítica voltada ao desenvolvimento de programas educativos no campo da saúde.

Como está sendo adotado como referencial a Pedagogia do Oprimido, é interessante empreender um esforço reflexivo sobre quem é o oprimido a ser libertado pela investigação realizada no âmbito da atual pesquisa. A guerra de classes, ou seja, a luta clássica entre opressor e oprimido, infelizmente, ainda é uma realidade palpável. Porém, o mundo atual é marcado por contradições interclasses. Coletivos e indivíduos se situam em níveis diversificados na escala oprimido-opressor nos diversos âmbitos

de sua vida. Não é sempre óbvio apontar o posicionamento de si e dos demais nesta escala, sendo este apontamento dependente de reflexão ativa e contínua.

Na “Pedagogia do Oprimido”, Freire explica que muitas vezes os perpetradores da opressão são igualmente seres dominados; que acabam por serem “sobredeterminados” pela própria cultura da opressão, que acabam atuando como metástases das elites opressoras que estão acima (Freire, 1987), ou seja, muitas vezes não é possível identificar de modo dicotomal quem são os opressores e quem são os oprimidos.

No sul global, sofre-se as opressões e imposições do norte global, que infiltra na cultura seus mitos e valores, inclusive no campo da saúde. Durante a formação profissional, é adotado o referencial do colonizador, e assim os profissionais de saúde se tornam os defensores de modelos dos opressores junto aos pacientes. Os sistemas de educação e de saúde no qual os profissionais de saúde são formados funcionam como agências formadoras de futuros “invasores”, que irão de modo mais ou menos consciente perpetuar as estruturas dominadoras (Freire, 1987).

Os farmacêuticos que adotam o modelo de prática do CF apresentado nessa tese são profissionais que já identificaram algumas situações-limite, que os levaram a buscar formatos distintos para servir à sociedade conforme suas necessidades atuais, lutando muitas vezes contra a corrente para fazê-lo em um contexto no qual predomina a atenção à saúde médico-centrada e até mesmo produto-centrada. Por outro lado, estes profissionais ainda têm diversos aspectos da opressão embutidos em sua prática, afinal, partem da lógica da saúde baseada em evidência, que se constitui a partir do sistema de valores do norte global, e que desconsidera outras formas de fazer saúde.

Sendo assim, esta tese se constitui em um esforço para a conscientização de estudantes e profissionais, visando alterar a percepção e a prática do cuidado em fitoterapia, promovendo redução da cultura da opressão sobre as práticas tradicionais e populares de saúde, de sua transmissão aos profissionais de saúde em formação ou que já atuam na prática, gerando como impacto final a redução da cultura da opressão ao usuário final do sistema de saúde, o paciente.

Reforçando a não dicotomia entre oprimidos e opressores, é digno de nota o fato que todos os profissionais de saúde são também pacientes em alguns momentos de suas vidas, e igualmente sentem-se negligenciados, rebaixados e, assim como quaisquer pacientes, têm dificuldades para se comunicar abertamente com os profissionais e fazem opções “rebeldes” em resistência às prescrições que recebem quando não as julgam adequadas. “No fundo, as resistências – a orgânica e/ou a cultural – são manhas necessárias à sobrevivência física e cultural dos oprimidos” (Freire, 2019, posição 854-855).

3.5 Desenvolvimento da pesquisa

Esta pesquisa foi iniciada por interações de natureza educacional entre a pesquisadora e o CEAF. A pesquisadora estava cursando uma disciplina isolada na UFMG e acabou se envolvendo cada vez mais com o grupo, conforme descrito na seção introdutória desta tese. O diálogo entre as partes fomentou o interesse mútuo da pesquisadora e de membros do CEAF na temática da fitoterapia no CF. Os membros do grupo referendaram que a temática era uma lacuna nos estudos do grupo e no campo do CF de modo geral, fazendo-se, em sua percepção, relevante e necessário o seu estudo de modo imediato para a comunidade acadêmica, de prestadores de serviços de GTM e para os pacientes.

Nesta seção, serão apresentados os métodos empregados para a coleta e a análise de dados, assim como as etapas da pesquisa.

3.5.1 Coleta de dados

Antes do início da investigação, na fase de elaboração do projeto de pesquisa, foram coletados dados secundários nas bases locais e na literatura científica, a fim de compreender mais sobre o CEAF, no qual seria realizado o estudo, e sobre a temática pesquisada.

A coleta de dados primários ocorreu entre dezembro de 2020 e julho de 2024 por meio de imersão na comunidade pesquisada, escrita autoetnográfica e entrevistas colaborativas. Ao longo de toda a pesquisa, foi mantido um caderno de campo para registro de observações objetivas e subjetivas, ferramenta auxiliar na compreensão e

interpretação da realidade (Tracy, 2013). Esta pesquisa teve início no auge da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) no Brasil, e por isso parte das atividades ocorreu no meio virtual.

Na presente metodologia, uma vez iniciada a investigação, todos os métodos empregados para coleta de dados foram também estratégias para promover a transformação positiva da realidade pesquisada, já contribuindo por si mesmos para que se atingisse os objetivos da pesquisa crítica.

3.5.1.1 Imersão na comunidade pesquisada

A imersão na comunidade pesquisada é crucial para a Investigação de Temas Geradores. Este método, descrito por Freire na “Pedagogia do Oprimido”, é similar à observação participante, porém tem um caráter mais ativo e propositivo (Freire, 1987; Tracy, 2013). Afinal, como anteriormente explicado, o pesquisador não procura ser neutro, e o seu foco principal não é a construção de conhecimento acadêmico, mas sim a transformação da realidade no sentido da libertação dos oprimidos.

A pesquisadora esteve ativamente imersa na comunidade do CEAF entre dezembro de 2020 a julho de 2024, participando em reuniões, aulas de graduação e pós-graduação, discussões em grupos virtuais, grupos de estudo e no cotidiano do laboratório do CEAF, incluindo também interações informais. Foram incluídos nos cenários de imersão também círculos mais amplos na própria Faculdade de Farmácia e, por vezes, além dos muros da faculdade, buscando favorecer a elaboração de *insights* mais amplos e sistêmicos. Os dados obtidos a partir da imersão na comunidade pesquisada – tanto fatos como reflexões – foram registrados de maneira escrita.

Sendo este um estudo baseado na dialogicidade entre ação e reflexão, a concretização de ações educativas perpassou todo o seu desenvolvimento, em ciclos sucessivos de amadurecimento, para que se pudesse chegar à elaboração final de um programa educativo robusto e adequado às necessidades da comunidade ao final do tempo de duração da pesquisa. Tais ações foram, deste modo, simultaneamente método e resultado da pesquisa.

Porém, é válido lembrar que essas pequenas ações educativas que foram sendo realizadas ao longo de toda a duração da pesquisa não constituíam ainda a sua ação educativa principal, que foi elaborada seguindo o passo a passo da Investigação de Temas Geradores, que será detalhada no item 3.5.3, que trata das etapas da pesquisa.

A imersão ativa na comunidade possibilitou a obtenção de informações de modo mais informal, que não poderiam ser obtidas igualmente por meio de estratégias formais como entrevistas. Ao mesmo tempo, esse tipo de imersão ativa também já contribuiu por si para desencadear a transformação processual da realidade pesquisada.

Foram realizadas 32 ações educativas direcionadas à discussão das temáticas do atual projeto de pesquisa na Faculdade de Farmácia da UFMG, conforme listadas no Quadro 1, que aponta se a pesquisadora estava inserida em cada ação na condição de discente ou docente, detalha os temas trabalhados, público participante, datas / períodos no qual ocorreram, além de formato / local de realização. Para eventos pontuais, serão apontadas as datas nos quais ocorreram, e para atividades processuais, como a discussão ao longo de toda uma disciplina, serão apontados períodos de realização. Algumas imagens destas ações podem ser visualizadas na Figura 5.

Quadro 1 – Informações sobre ações educativas realizadas na Faculdade de Farmácia da UFMG

Ação educativa (docente ou discente)	Tema	Participantes	Data ou período	Formato e local
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Estudos avançados em Atenção Farmacêutica (discente)	Discussões sobre aspectos conceituais, filosóficos e práticos da inclusão da fitoterapia no CF.	Estudantes de pós-graduação	12/2020 a 03/2021	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Escrita autoetnográfica (discente)	Compartilhamento e discussão de diversas histórias autoetnográficas.*	Estudantes de pós-graduação	12/2020 a 03/2021	Online
Oferta de aulas e monitoria ao longo do estágio em docência na disciplina Atenção Farmacêutica (docente)	Discussões sobre a fitoterapia no GTM e suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.	Estudantes de graduação e farmacêuticos	12/2020 a 03/2021	Online
Apresentação de palestra no Grupo de Estudo das PIC em Saúde (GEPICS)	Fitoterapia no CF: potencialidades e desafios.	Estudantes de graduação, farmacêuticos e interessados em geral	28/04/2021	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica II: Fundamentos teóricos para pesquisas em educação farmacêutica (discente)	Discussões sobre as relações entre a fitoterapia e o pensamento de Paulo Freire.	Estudantes de pós-graduação	05 a 08/2021	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Autoetnografia (discente)	Compartilhamento e discussão de diversas histórias autoetnográficas.*	Estudantes de pós-graduação	05 a 08/2021	Online
Oferta de aulas e monitoria ao longo do estágio em docência na disciplina Atenção Farmacêutica (docente)	Busca de informações para resolver casos clínicos na fitoterapia. Suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.	Estudantes de graduação e farmacêuticos	05 a 08/2021	Online
Apresentação de trabalho e discussões na disciplina Tópicos em Farmácia B: Experiência subjetiva com o uso dos medicamentos psicotrópicos (discente)	Uso dos fitoterápicos na saúde mental.	Estudantes de graduação e pós-graduação	01/07/2021	Online

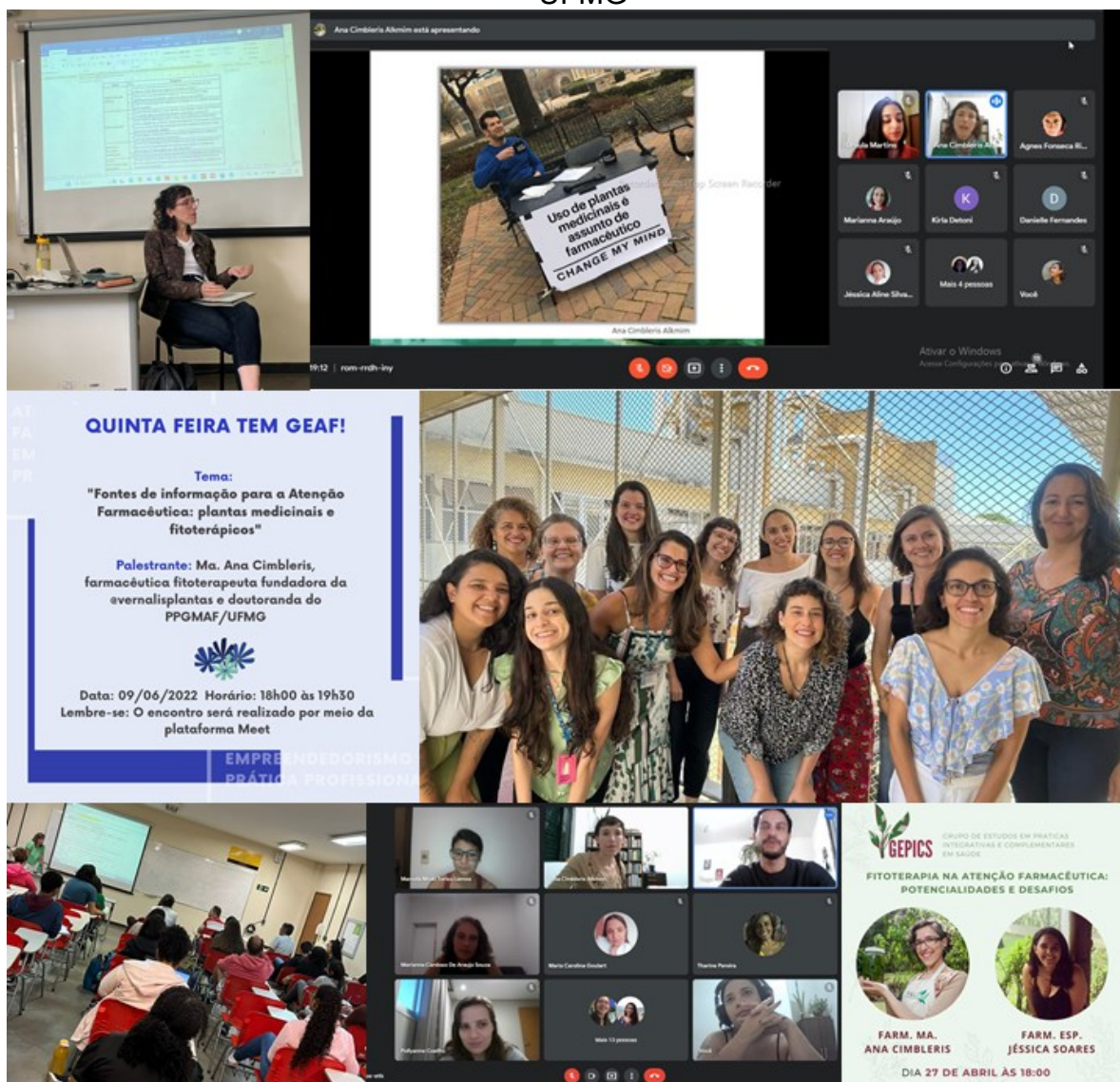
Oferta de aula na disciplina Métodos qualitativos de pesquisa em saúde (discente / docente)	Correntes metodológicas em pesquisa qualitativa: pesquisa autoetnográfica, com apresentação parcial desta pesquisa.	Estudantes de pós-graduação	26/07/2021	Online
Palestra no Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF)	Fitoterapia: Campo de responsabilidades e oportunidades no CF.*	Estudantes de graduação e farmacêuticos	02/09/2021	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Autoetnografia avançada (discente)	Compartilhamento e discussão de diversas histórias autoetnográficas.*	Estudantes de pós-graduação	10/2021 a 02/2022	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica II: Fundamentos teóricos para pesquisas em educação farmacêutica (discente)	Discussões sobre as relações entre a fitoterapia e o pensamento de Paulo Freire.	Estudantes de pós-graduação	10/2021 a 02/2022	Online
Discussões e apresentação de seminário na disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Seminários em teorias críticas aplicadas à saúde (discente)	Discussões sobre as relações entre o pensamento complexo, a Autoetnografia, a Pesquisa-Ação e as PIC, especialmente a fitoterapia.	Estudantes de pós-graduação	10/2021 a 02/2022	Online
Oferta de aulas e monitoria ao longo do estágio em docência na disciplina Atenção Farmacêutica (docente)	Busca de informações para resolver casos clínicos na fitoterapia. Suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.*	Estudantes de graduação e farmacêuticos	10/2021 a 02/2022	Online
Oferta de aula na disciplina Tópicos em Farmácia B: Experiência subjetiva com o uso dos medicamentos psicotrópicos (docente)	O uso dos fitoterápicos na saúde mental.	Estudantes de graduação e pós-graduação	02/12/2021	Online
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Fundamentos teóricos para pesquisas em educação farmacêutica (discente)	Discussões sobre as relações entre a fitoterapia, o CF e o pensamento de Paulo Freire.	Estudantes de pós-graduação	03 a 07/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)

Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Autoetnografia (discente)	Compartilhamento e discussão de diversas histórias autoetnográficas.*	Estudantes de pós-graduação	03 a 07/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aulas e monitoria ao longo do estágio em docência na disciplina Atenção Farmacêutica (docente)	Busca de informações para resolver casos clínicos na fitoterapia. Elaboração de planos de cuidado incluindo a fitoterapia. Suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.*	Estudantes de graduação e farmacêuticos	03 a 07/2022	Online
Apresentação e discussão de seminário na disciplina Seminários em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica II (discente)	Apresentação parcial desta pesquisa.	Estudantes de pós-graduação	19/04/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Palestra no Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF)	Fontes de informação para o CF: plantas medicinais e fitoterápicos.	Farmacêuticos, estudantes de farmácia, interessados em geral	09/06/2022	Online
Oferta de aula na disciplina Métodos qualitativos de pesquisa em saúde (docente)	Correntes metodológicas em pesquisa qualitativa: pesquisa autoetnográfica – apresentação parcial desta pesquisa.	Estudantes de pós-graduação	22/06/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Discussões ao longo da disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Educação e Saúde (discente)	Discussões sobre as relações entre a fitoterapia, o CF e o pensamento de Paulo Freire.*	Estudantes de pós-graduação	08 a 12/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aulas e monitoria ao longo da disciplina em que foi subcoordenadora Atenção Farmacêutica (docente)	Busca de informações para resolver casos clínicos na fitoterapia. Elaboração de planos de cuidado e documentação incluindo a fitoterapia. Suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.	Estudantes de graduação e farmacêuticos	08 a 12/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Mediação de Palestra no Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF)	Plantas medicinais e medicamentos convencionais: é possível usar junto?	Estudantes de graduação e farmacêuticos	19/09/2022	Online
Oferta de aula na disciplina Habilidades Clínicas Avançadas (docente)	Resolução de caso clínico complexo empregando fitoterápico.	Estudantes de graduação e farmacêuticos	26/10/2022	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)

Discussões regulares e apresentação de reflexão na disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Experiência com o adoecimento e experiência com o uso de medicamentos (discente)	Experiência subjetiva no uso de fitoterápicos e tomada de decisão compartilhada.	Estudantes de pós graduação e graduação	03 a 07/2023	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aula ao longo do estágio em docência na disciplina Práticas em Farmácia Comunitária (docente)	Avaliação de parâmetros clínicos na farmácia comunitária e manejo da febre com fitoterapia.	Estudantes de graduação	12/04/2023	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Apresentação e discussão de seminário na disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica II: Pesquisa Qualitativa: Coleta e Análise de Dados (discente)	Apresentação parcial desta pesquisa.*	Estudantes de pós graduação e interessados em entrar para a pós-graduação	23/05/2023	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Produção e discussão de materiais didáticos na disciplina Tópicos em Saúde Coletiva e Assistência Farmacêutica III: Estudos avançados em Atenção Farmacêutica (discente)	Revisão do modelo de documentação do CF adotado pelo CEAF, escrita de capítulos de livro.	Estudantes de pós graduação e graduação	08 a 12/2023	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aula na disciplina Métodos qualitativos de pesquisa em saúde (docente)	Autoetnografia: metodologia e apresentação parcial desta pesquisa.*	Estudantes de pós graduação	21/11/2023	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aulas teóricas e práticas aos estudantes ao longo da disciplina em que foi subcoordenadora Fitoterapia na Atenção Farmacêutica (docente)	Realização do processo educativo elaborado ao longo da pesquisa.*	Estudantes de graduação e farmacêuticos	03 a 05/2024	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)
Oferta de aulas ao longo da disciplina Atenção Farmacêutica (docente)	Busca de informações para resolver casos clínicos na fitoterapia. Suporte à resolução de casos clínicos nos quais os pacientes usavam fitoterápicos.	Estudantes de graduação e farmacêuticos	03 a 05/2024	Presencial / UFMG (Belo Horizonte - MG)

*Envolveram apresentação e discussão de textos autoetnográficos elaborados ao longo da pesquisa.
Fonte: elaboração própria (2024).

Figura 5 – Algumas ações educativas realizadas na Faculdade de Farmácia da UFMG



Fonte: divulgações de eventos e fotografias cedidas por colegas do CEAF (2024).

Todas as disciplinas das quais a pesquisadora participou durante sua permanência no Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica foram atentamente observadas em relação a menções à fitoterapia ou questões pertinentes à pesquisa, e foram objeto de anotações no caderno de campo. Algumas das participações foram feitas na condição de discente e outras na condição de docente (iniciação à docência, subcoordenação de disciplinas, convite para ofertar alguma aula específica).

Até mesmo aquelas disciplinas que não tenham se tornado um fórum particularmente significativo para diálogos referentes a esta pesquisa, como Políticas de medicamentos e assistência farmacêutica (online); Seminários em saúde coletiva e

assistência farmacêutica I (online) e Bases da saúde coletiva (online) também foram utilizadas para a imersão na comunidade pesquisada. A diferença destas disciplinas para aquelas citadas no Quadro 1 como ações educativas que fizeram parte do projeto foi que nelas não foi fomentada ativamente pela pesquisadora a discussão sobre a temática da pesquisa, devido às delimitações dos próprios métodos didáticos adotados pelos professores que as conduziram.

Em relação a atividades de ensino ofertadas em nível de graduação, destacaram-se as disciplinas de Atenção Farmacêutica, Experiência subjetiva com o uso dos medicamentos psicotrópicos e Habilidades clínicas avançadas II. As duas primeiras também tiveram participação de discentes pós-graduandos. No caso da disciplina Atenção Farmacêutica, participando de sua oferta por 6 semestres, foi possível fazer a inclusão sistemática da temática da fitoterapia no programa, trabalhando a fitofarmacoterapia nos casos clínicos didáticos utilizados ao longo da disciplina e propiciando monitoria para os estudantes que atendiam pacientes ao longo da disciplina, de modo a facilitar a resolução de casos clínicos que envolviam a fitoterapia e promover reflexões a respeito. Além disso, foram apresentadas aos estudantes fontes para consulta em fitoterapia e textos autoetnográficos a respeito da temática.

Na disciplina Experiência subjetiva com o uso dos medicamentos psicotrópicos, por sua vez, foi apresentado um seminário sobre diversos fitoterápicos úteis para o tratamento de ansiedade, insônia e fadiga mental, discutindo limites e potenciais da fitoterapia como recurso para o cuidado em saúde mental.

Na disciplina Habilidades Clínicas Avançadas II foi incluída na programação a resolução de um caso clínico complexo envolvendo a fitoterapia, que foi resolvido em duplas e depois debatido minuciosamente em sala de aula.

Agora, serão feitas algumas considerações em relação às ações desenvolvidas nas disciplinas de pós-graduação. Nas disciplinas Estudos avançados em Atenção Farmacêutica (por 2 semestres), Fundamentos teóricos para pesquisas em educação farmacêutica (por 3 semestres), Seminários em teorias críticas aplicadas à saúde, Seminários em saúde coletiva e assistência farmacêutica II, Educação e saúde, Pesquisa qualitativa: coleta e análise de dados, Experiência com o adoecimento e

experiência com o uso de medicamentos, foi amplamente debatida a necessidade e formas de inclusão adequada da fitoterapia no CF.

Nas disciplinas de Autoetnografia (por 4 semestres, incluindo-se aqui também as disciplinas correlatas Escrita Autoetnográfica e a disciplina Autoetnografia Avançada), Fundamentos teóricos para pesquisas em educação farmacêutica (por 3 semestres), Seminários em saúde coletiva e assistência farmacêutica II, Educação e saúde, e Pesquisa qualitativa: coleta e análise de dados, foram apresentados e discutidos textos autoetnográficos em elaboração ou já elaborados.

Na segunda participação na disciplina de Estudos Avançados em Atenção Farmacêutica foi elaborado um capítulo de livro que está sendo editado no CEAF sobre a fitoterapia no CF, contando com a coautoria da docente responsável pela disciplina, Professora Yone de Almeida Nascimento, e a validação do conteúdo pela turma. Ao longo da mesma disciplina, foram também desenvolvidos em colaboração com a mesma docente e com outros discentes três casos clínicos complexos incluindo a fitoterapia, e que serão também capítulos de um outro livro do CEAF que visa apresentar na prática o processo do CF ofertado a pacientes complexos.

Com o avançar da Investigação de Temas Geradores e os *inputs* do grupo sobre possibilidades educacionais que lhes seriam úteis, foi se configurando a organização de uma disciplina, que foi intitulada Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, e se constituiu na principal ação educativa realizada, ou seja, foi o momento clímax da pesquisa. Como explicado na seção introdutória da tese, o termo Atenção Farmacêutica, tradução mais antiga da expressão *Pharmaceutical Care*, foi proscrito, sendo indicado atualmente o uso da tradução CF (Conselho Federal de Farmácia, 2016; Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 2019). Porém, optou-se por usar o nome Fitoterapia na Atenção Farmacêutica para a disciplina porque há décadas é ofertada na Faculdade de Farmácia da UFMG uma disciplina chamada Atenção Farmacêutica, e optou-se por fazer este alinhamento vocabular.

A oferta da disciplina foi divulgada pelo Colegiado de Graduação do curso de farmácia da UFMG e nas redes sociais do CEAF (Figura 6) – *Instagram* e *WhatsApp* –, sendo aberta à participação de estudantes de graduação, pós-graduação e à comunidade externa.

Figura 6 – Arte da divulgação da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica

<p>DISCIPLINAS CEAF</p> <p>Tópicos em Farmácia B: FITOTERAPIA NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA (FAS827)</p> <p>Público-alvo: Estudantes de graduação ou farmacêuticos. Pré-requisitos: Ter cursado Atenção Farmacêutica OU Clínica Farmacêutica OU Habilidades Clínicas na Faculdade de Farmácia da UFMG. Dia e horário: Sextas-feiras, 09h30-12h00. Carga horária: 30 horas (2 créditos). Locais: 9 encontros na Faculdade de Farmácia da UFMG e 1 encontro no Jardim Mandala da Faculdade de Educação da UFMG. Coordenadoras: Djenane Ramalho de Oliveira, Simone de Araújo Medina Mendonça e Ana Cimberlis Alkmim.</p>  <p>MISSÃO E OBJETIVOS</p>	<p>Missão</p> <p>Conscientização e instrumentalização dos estudantes de farmácia e farmacêuticos para o cuidado em fitoterapia no contexto da Atenção Farmacêutica.</p> 	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender as dimensões da necessidade social por cuidados na fitoterapia. - Conscientizar-se sobre a imprescindibilidade da consideração da fitoterapia para a prática da Atenção Farmacêutica. - Conectar aspectos da prática centrada no paciente, experiência subjetiva, comunicação com o paciente e tomada de decisão compartilhada com a fitoterapia. - Refletir sobre as relações entre conhecimentos científicos e conhecimentos tradicionais e populares. - Estudar o processo de cuidado aplicado à fitoterapia e sua documentação, considerando suas particularidades em relação à cadeia produtiva e de utilização de plantas medicinais. - Aprender estratégias de preparo caseiro de plantas medicinais, a fim de instruir pacientes que o façam. - Saber as indicações, formas farmacêuticas, esquemas posológicos, parâmetros de efetividade, segurança e observações sobre tempo de uso e conveniência no uso de alguns fitoterápicos muito utilizados. - Entender os conteúdos necessários em uma prescrição farmacêutica de fitoterápicos. - Conhecer fontes de informação confiáveis para a prática clínica da fitoterapia. - Conhecer experiências reais de aplicação da fitoterapia.
--	---	---

Fonte: autoria própria (2024).

A oferta da disciplina se deu entre março e maio de 2024. Algumas fotos de sua realização estão disponíveis na Figura 7, que apresenta atividades realizadas na Faculdade de Farmácia, e na Figura 8, que apresenta atividades realizadas no Jardim Mandala da Faculdade de Educação da UFMG. Nesta disciplina, dados foram coletados por meio de anotações, gravações em áudio e por meio da escrita dos estudantes.

Tratando-se de uma pesquisa embasada nas teorias freirianas, as estratégias didáticas adotadas foram coerentes com os pressupostos epistemológicos, ontológicos e teóricos adotados. Assim, a disciplina foi realizada no formato de círculos de cultura, uma estratégia proposta por Paulo Freire para desenvolvimento de diálogos. Posicionando as pessoas em uma roda, em posição equidistante do centro, “ninguém ocupa um lugar proeminente” (Brandão, 2010a). Esta forma de reunião visa sair da lógica bancária, e assim o facilitador atua como um coordenador do diálogo entre pessoas a quem se propõe construir juntas o saber solidário a partir do qual cada um ensina-e-aprende. Inicialmente, Freire desenvolveu o círculo de cultura para realizar a alfabetização com um caráter político (Brandão, 2010b). Posteriormente, essa proposta educacional, cultural e política, foi sendo diferenciada e “estendida às mais diversas situações educativas, dentro e fora das escolas, dentro e fora das salas de aulas” (Brandão, 2010a, posição 1802).

Figura 7 – Atividades da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica na Faculdade de Farmácia



Fonte: imagens cedidas pelos educandos participantes (2024).

Figura 8 – Atividades da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica no Jardim Mandala



Fonte: imagens cedidas pelos educandos participantes (2024).

Historicamente, os círculos de cultura constituíram-se como uma das experiências pioneiras do que veio a ser mais tarde a pesquisa participante. Essa é uma estratégia muito fecunda não apenas para o ensino, mas também para pesquisas com finalidade educativa, por propor que se parta do universo temático da comunidade envolvida, ao invés de tomar como ponto de partida um material elaborado unilateralmente pelo educador-pesquisador (Brandão, 2010b).

A igualdade de participações livres e autônomas visa a formação de sujeitos autônomos, críticos e criativos. Além disso, o círculo de cultura visa promover transformações nos indivíduos, nas relações interativas grupais e nas estruturas da vida social.

No círculo de cultura o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação grupal e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada no suposto de que aprender é aprender a “dizer a sua palavra” (Brandão, 2010, posição 1786).

O círculo de cultura pressupõe que cada pessoa que integra a roda possui saberes que têm valor intrínseco, afinal, representam sua experiência individual e sua partilha com o grupo. Igualmente, os saberes próprios de cada cultura também são valorizados, por sua originalidade e autenticidade, devendo qualquer programa de educação ou de transformação social partir dos mesmos. Partindo-se da premissa freiriana de que ninguém educa ninguém, mas também ninguém se educa sozinho, as pessoas educam-se umas às outras e mutuamente se ensinam-e-aprendem. Educar-se significa mais do que apenas desenvolver certas habilidades instrumentais.

Significa aprender a ler crítica e criativamente “o seu próprio mundo”. Significa aprender, a partir de um processo dialógico em que importa mais o próprio acontecer partilhado e participativo do processo do que os conteúdos com que se trabalha, a tomar consciência de si-mesmo [...]; tomar consciência do outro [...]; e tomar consciência do mundo (Brandão, 2010a, posição 1789-1802).

Assim, os participantes do círculo de cultura desvelam o mundo, buscando compreender como ele foi e segue sendo socialmente construído para haver-se tornado assim como é agora, e o que pode e deve ser feito para transformá-lo (Brandão, 2010a).

No método original do círculo de cultura, que se prestava à alfabetização, fichas de cultura, contendo ilustrações que representavam palavras geradoras, ou seja, que estimulavam a discussão, funcionavam como incentivo ao debate. Tais fichas eram confeccionadas após um primeiro levantamento e imersão junto à comunidade pesquisada (Brandão, 2010b). Nesta disciplina, de modo análogo, por foram utilizados como fichas de cultura principalmente textos autoetnográficos e trechos de entrevistas, e também algumas fotos, vídeos e memes problematizadores, visando incitar perguntas, respostas e diálogos interativos.

O uso da Autoetnografia nesse contexto favoreceu a ruptura de barreiras e catalisou o acesso ao não dito, tal qual é a função das denominadas fichas de cultura. Ao reagir às fichas de cultura, a comunidade re-admirou os recortes selecionados pela pesquisadora. A situação existencial codificada e as próprias respostas que surgiam no diálogo foram problematizadas.

A pesquisadora, como coordenadora do círculo, incentivou um máximo de participações, propiciando trocas de ideias a partir do lugar de fala de cada

participante, proporcionando que os participantes expressassem, “pela força catártica da metodologia, uma série de sentimentos, de opiniões, de si, do mundo e dos outros, que possivelmente não extrojetariam em circunstâncias diferentes” (Freire, 1987, p. 113). Assim, foi sendo promovida conscientização sobre a realidade e os envolvidos foram se preparando para a ação transformadora, “para a luta contra os obstáculos à sua humanização” (Freire, 1987, p. 114).

O círculo de cultura, usando as fichas de cultura deste modo, produz *insights* a partir da interação grupal. Estudantes de farmácia e farmacêuticos, com experiências estudantis e profissionais que tinham suas semelhanças vivenciadas e refletidas de forma particular, eram revistas pelo grupo, proporcionando revelações diferentes. O grupo cria sinergia e estimula memórias, experiências e ideias. Ao ouvirem uns aos outros, os participantes do grupo aprenderam uns com os outros, se validaram e se apoiaram. Desta forma, o coletivo foi transformador, aumentando a consciência dos participantes sobre certas questões ou ajudando-os a aprender novas maneiras de ver ou falar sobre determinado assunto (Tracy, 2013). Este elemento transformador por si contribuiu para cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Após cada aula, a equipe educadora se reunia com dois observadores: uma colaboradora convidada – Elisabeth Maria Lopez de Prado – e um representante discente – Felipe Augusto dos Santos Oliveira Lima, que contribuíram no processo reflexivo. Ambos possuíam mestrado e conhecimentos sobre fitoterapia e pesquisa qualitativa.

Na primeira aula da disciplina, compareceram 11 pessoas. Uma delas não retornou às aulas subsequentes, por questões de saúde. Dos 10 participantes que permaneceram na disciplina, 8 eram mulheres e 2 eram homens; 3 eram farmacêuticos formados e 7 eram estudantes de farmácia, que cursavam do 4º ao 11º período. Dentre os farmacêuticos formados, o tempo de prática e/ou ensino do GTM variava entre nenhuma a 2 anos e meio, com a média de 1 ano por pessoa. Os cenários de prática nos quais estes farmacêuticos formados haviam vivenciado o GTM era o contexto ambulatorial no SUS (no âmbito de projetos de extensão universitária do CEAF) e o atendimento privado de pacientes. As idades dos participantes estavam entre 20 e 49 anos.

Durante a imersão na comunidade pesquisada, foi realizada também a coorientação de um estudante bolsista de Iniciação Científica, Victor Guilherme Batista Freitas. Este atuou como copesquisador no processo da pesquisa. Seus estudos culminaram na apresentação de trabalho intitulado “Serviços de Atenção Farmacêutica na Fitoterapia: uma abordagem freiriana sobre os obstáculos encontrados por farmacêuticos(as) na prática do cuidado em saúde por meio das plantas medicinais” na Semana do Conhecimento da UFMG em outubro de 2022 (Freitas; Cimpleris-Alkmim; Ramalho-de-Oliveira, 2022).

Além disso, a pesquisadora participou de ações educativas além dos muros da Faculdade de Farmácia, que proporcionaram relevantes ambientes de diálogo para fomento do projeto em construção, incluindo apresentações de resultados parciais da atual pesquisa, palestras, cursos, mesas-redondas e oficinas, apresentadas na Figura 9. Essas participações foram realizadas em 30 eventos, conforme listagem detalhada no Quadro 2, que aponta as instituições envolvidas em cada uma das ações, os temas ou títulos das apresentações realizadas, o público participante, datas ou períodos de realização, assim como o formato e local no qual ocorreram.

Dentre esses eventos, destacou-se o II Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas, que é o maior congresso farmacêutico do Brasil, um evento de impacto internacional organizado pelo CFF, no qual a pesquisadora foi convidada a uma mesa-redonda para fazer uma apresentação sobre a temática específica deste projeto de pesquisa: fitoterapia no CF (Figura 10).

Figura 9 – Algumas ações educativas realizadas além dos muros da Faculdade de Farmácia da UFMG



Fonte: fotos próprias e cedidas por colegas (2021-2023).

Quadro 2 – Informações sobre ações educativas realizadas além dos muros da Faculdade de Farmácia da UFMG

Ação educativa e instituições envolvidas	Tema ou título da apresentação realizada	Participantes	Data ou período	Formato e local
Palestra na 8ª Semana da Saúde Newton (Instituto de Ciências da Saúde do Centro Universitário Newton Paiva)	Fitoterapia: campo de oportunidades e responsabilidades para o profissional de saúde.	Estudantes de farmácia	4/6/2021	Online
Apresentação de trabalho no 17th International Congress of Qualitative Inquiry (University of Illinois at Urbana-Champaign)	<i>Silenced voices: an autoethnography of a "biased" graduate student.*</i>	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	5/22/2021	Online
Apresentação de trabalho na 8th International Conference of Autoethnography (Boomerang Project)	<i>Holistic health and herbal medicine: below the iceberg.*</i>	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	7/19/2021	Online
Apresentação de trabalho no I Congresso Brasileiro de Autoetnografia (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e Universidade Federal Fluminense - UFF)	"Ana, você não entende nada de pesquisa!": experiências de uma estudante em pesquisa sobre tradições de raizeiras e raizeiros.*	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	7/31/2021	Online
Oferta de curso Prescrever Fitoterápicos (CRF-MG)	Capacitação em Prescrição de Fitoterápicos.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	07 a 09/2021	Online
Palestra no 15º Congresso de Farmácia e Bioquímica (CRF-MG)	Fitoterapia na Prática Clínica do Farmacêutico.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	9/22/2021	Online
Mesa-redonda no 15º Congresso de Farmácia e Bioquímica (CRF-MG)	PIC e Saúde da Mulher.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	9/24/2021	Online
Oficina para a comunidade de Córrego do Feijão (Instituto Kairós)	Ervas e Temperos: Saúde e bem estar com as ervas do quintal.	Comunidade de modo geral	10/18/2021	Presencial (Brumadinho - MG)
Oferta de Curso CF na Saúde da Mulher (CRF-MG)	Uso da Fitoterapia na saúde da mulher: do ancestral ao contemporâneo.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	11/2021 a 11/2022	Online
Oficina para a comunidade (Centro Cultural de Formação e Entretenimento Alumia)	Os chás dos nossos quintais.	Comunidade de modo geral	3/24/2022	Presencial (Nova Lima - MG)
Apresentação de trabalho no II Congresso Brasileiro de Autoetnografia (UFRJ e UFMG)	Ensinando que se aprende: os primeiros passos na jornada profissional de uma farmacêutica fitoterapeuta.*	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	5/5/2022	Online

Apresentação de trabalho no II Congresso Brasileiro de Autoetnografia (UFRJ e UFMG)	Vidas que conectam, saberes que ficam: uma herança fitoterapêutica que ultrapassa os muros da faculdade de farmácia.*	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	5/4/2022	Online
Apresentação de trabalho no 18th International Congress of Qualitative Inquiry (University of Illinois at Urbana-Champaign)	<i>Pharmacists in an autoethnographic journey: exploring our practices inside out.*</i>	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	5/21/2022	Online
Apresentação de trabalho no 15º Congresso Internacional Rede Unida	Ensinando fitoterapia para pajés: reflexões sobre o colonialismo.*	Acadêmicos e profissionais de saúde	6/07/2022	Online
Apresentação de trabalho no 15º Congresso Internacional Rede Unida	Farmacêuticas em uma jornada autoetnográfica: explorando nossas práticas de dentro pra fora.*	Acadêmicos e profissionais de saúde	6/07/2022	Online
Mesa-redonda no I Simpósio Farmacêutico Brasil Amazônia de Plantas Medicinais e PICs (CFF)	Fitoterapia clínica para farmacêuticos.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	8/19/2022	Presencial (Belém - PA)
Oficina sobre plantas medicinais para a comunidade no Museu de Quilombos e Favelas Urbanos	Identificação, uso medicinal e culinário de plantas comuns e como fazer sua secagem caseira (Módulo I); Cultivo ecológico de plantas medicinais e temperos (Módulo II); Preparo de remédios caseiros (Módulo III).	Comunidade de modo geral	10 a 18/09/2022	Presencial (Belo Horizonte - MG)
Oferta de Curso no 5º Congresso Mineiro de Farmácia (CRF-MG)	Fitoterapia baseada em evidência: sites confiáveis para tirar as dúvidas do dia-a-dia.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	9/23/2022	Presencial - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (Diamantina - MG)
Oferta de Curso no 5º Congresso Mineiro de Farmácia (CRF-MG)	Implantação de hortos medicinais e Farmácias Vivas na Assistência à Saúde Coletiva.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	23/09/2022	Presencial - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (Diamantina - MG)
Mesa-redonda no II Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas (CFF)	Fitoterapia clínica para farmacêuticos: GTM em plantas medicinais e fitoterápicos.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	10/11/2022	Presencial (Foz do Iguaçu - PR)

Mesa-redonda no II Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas (CFF)	Cuidando de quem cuida: qual a melhor abordagem?	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	11/11/2022	Presencial (Foz do Iguaçu - PR)
Realização da Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico (CRF-MG)	Plenária Técnica no CRF-MG, elaboração de informes técnicos, podcast, videocast e capacitação para farmacêuticos (Capacifar Online).	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	01/2023 a 06/2024	Presencial (Belo Horizonte - MG) e online
Oficina para a comunidade (Instituto Kairós / Centro Cultural de Formação e Entretenimento Alumia)	Fazendo do alimento o remédio.	Comunidade de modo geral	09/02/2023	Presencial (Nova Lima - MG)
Oficina para a comunidade (JA.CA Centro de Arte e Tecnologia)	Matos Úteis.	Comunidade de modo geral	08 a 10/03/2023	Presencial (Nova Lima - MG)
Palestra no II Encontro de Estudantes de Farmácia (Pontifícia Universidade Católica - PUC)	Fitoterapia: Campo de Oportunidades e Responsabilidades para o Farmacêutico.	Estudantes de farmácia	06/05/2023	Presencial (Belo Horizonte - MG)
Realização da Campanha Uso Racional de Medicamentos do (CRF-MG)	Estande: Fitoterapia.	Comunidade de modo geral	22/06/2023	Presencial (Belo Horizonte - MG)
Apresentação de trabalho no 10th International Conference of Autoethnography (Boomerang Project)	<i>Encounters with Brazilian shamans: we are one people, we are nature.*</i>	Estudantes de pesquisa qualitativa e pesquisadores	17/07/2023	Online
Organização e palestra no 16º Congresso de Farmácia e Bioquímica (CRF-MG)	Fitoterapia na Atenção Farmacêutica.	Estudantes de farmácia e farmacêuticos	8/12/2023	Presencial (Belo Horizonte - MG)
Estágio em docência na disciplina "Saberes e fazeres da terra" (UFMG)	Trabalho de campo em terra indígena e assentamento rural promovendo diálogo entre saberes tradicionais e científicos sobre saúde e plantas medicinais.	Professores, estudantes e comunidade de modo geral	04/10 a 14/10/2023	Presencial (Arataca e Una - BA)
Elaboração de nota técnica (CRF-MG)	Atuação do farmacêutico: <i>Cannabis sativa</i> .	Farmacêuticos	12/20/2023	Online

*Envolveram apresentação e discussão de textos autoetnográficos elaborados ao longo da pesquisa.

Fonte: elaboração própria (2024).

Figura 10 – Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas



Fonte: fotos cedidas por colegas (2022).

Reflexões desencadeadas por tais participações foram registradas em caderno de campo e permitiram que o projeto fosse reiteradamente conectado a um contexto científico, profissional e social mais amplo, proporcionando lapidação e amadurecimento de ideias, reflexões e teorias, além de potencializar os impactos da pesquisa.

3.5.1.2 Escrita autoetnográfica

Para atingir uma compreensão profunda do fenômeno em estudo, a pesquisadora desenvolveu descrição e reflexão sobre sua própria experiência como usuária de plantas medicinais e fitoterápicos, como farmacêutica, e como professora de fitoterapia para profissionais de saúde e leigos. Este papel triplo (usuária – profissional de saúde - docente) possibilitou uma visão ampla e privilegiada dos aspectos envolvidos. Foi adotada a estratégia de escrita como pesquisa – *writing as inquiry* – proposta por Ellis (2004).

Pensando na estratégia de codificação e descodificação da realidade proposta por Paulo Freire, foram empregados no processo autoetnográfico fotos e documentos da

pesquisadora, que foram desvelados fazendo as vezes de fichas de cultura, proporcionando um mergulho em fatos e emoções relacionados à sua experiência com a fitoterapia.

O período de coleta dos dados autoetnográficos pela autora desta tese se estendeu entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022, totalizando a elaboração de 12 vinhetas autoetnográficas, que perpassaram experiências da pesquisadora relacionadas às suas atividades de pesquisa, ensino, prática profissional e vida cotidiana.

Quando da elaboração do projeto de pesquisa, refletiu-se que seria uma estratégia metodológica interessante para a Investigação de Temas Geradores convidar outros membros do CEAF para também escreverem autoetnograficamente sobre a temática da fitoterapia. Porém, na prática, o interesse e/ou tempo que outros participantes do grupo tinham para desenvolver essa atividade não foram suficientes para um mergulho mais profundo e uma colaboração consistente no estudo. Durante a realização de disciplinas relacionadas à metodologia autoetnográfica do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o tema da fitoterapia surgiu nas produções de alguns colegas, e foi discutido a partir de suas perspectivas. Na maioria dos casos, o tema da fitoterapia apenas permeou seus trabalhos autoetnográficos por influência desta pesquisa, que estava em andamento. Houve uma exceção de uma colega de pós-graduação que pretendia estudar por meio da fenomenologia a experiência subjetiva de pacientes com a fitoterapia, e que mudou seu projeto para focar na construção de uma autoetnografia expondo sua narrativa enquanto neta de raizera em sua dissertação, que se constituiu em outro trabalho, realizado em paralelo e afim, mas não diretamente integrado esta tese (Soares, 2022).

Em relação a outras colaborações na coleta de dados por escrita autoetnográfica, contou-se com a participação do bolsista de iniciação científica que atuou neste projeto. Mas sua participação teve duração de um ano e não foi possível um amadurecimento maior de sua escrita, uma vez que se tratava de estudante de graduação e que estava vivenciando pela primeira vez o aprendizado de métodos qualitativos de pesquisa. Assim, os dados autoetnográficos obtidos por esta estratégia, no período entre janeiro de 2021 e outubro de 2022, não tiveram robustez que justificasse sua submissão a processo de análise.

Ao longo da oferta da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, entre março e maio de 2024, a escrita autoetnográfica pelos educandos foi adotada como estratégia de ensino-aprendizagem. “Palavração” foi o nome escolhido para essa atividade, termo que traz em sua carga semântica essa ideia de fazer registros reflexivos por escrito, baseados na experiência, e que tragam transformações no mundo. As palavrações eram reflexões escritas feitas pela turma a partir das leituras preparatórias que antecediam cada encontro semanal. Elas não tinham como objetivo a sumarização das leituras, mas sim, a conexão do processo de ensino-aprendizagem com o cotidiano pessoal e profissional dos participantes.

Seguindo os preceitos da autoetnografia evocativa, os estudantes tiveram liberdade para escrever de modo criativo, poético ou narrativo. Foi sugerido que cada palavração deveria ter o tamanho mínimo de meia página e o tamanho máximo de 03 páginas. A quantidade de texto não seria um parâmetro a ser avaliado, mas sim a sua qualidade. As palavrações poderiam trazer à tona experiências prévias ou atuais dos participantes em relação à fitoterapia, fossem essas profissionais ou pessoais, e também poderiam se referir ao processo didático utilizado na disciplina.

A duas destas palavrações – a primeira e a última do programa educativo – foi proposto o formato de Carta Pedagógica. Manifestar-se por meio de cartas era um hábito de Paulo Freire, que tem diversas de suas impactantes cartas publicadas em obras escritas por ele mesmo e também por Nita Freire. Em suas cartas, este autor demarcou seu compromisso político, apresentando conteúdos profundamente pedagógicos em tom agradavelmente humano (Vieira, 2010).

A troca de Cartas Pedagógicas constituiu-se como uma proposta para exercício rigoroso do pensamento refletido e ordenado, por fim compartilhado, que exigia do receptor pensar sobre o que o outro disse e responder de modo comprometido e amoroso, constituindo o “diálogo por meio escrito” (Vieira, 2010, posição 1656).

Protegidas do simplismo, da arrogância do cientificismo, as cartas, por outro lado, deveriam transparecer, na seriedade e na segurança com que fossem escritas, a abertura ao diálogo e o gosto da convivência com o diferente. O que quero dizer é o seguinte: que, no processo da experiência da leitura das cartas, o leitor ou leitora pudesse ir percebendo que a possibilidade do diálogo com o seu autor se acha nelas mesmas, na maneira curiosa com que o autor as escreve, aberto à dúvida e à crítica. É possível até que jamais o leitor venha a ter um encontro pessoal com o autor. O fundamental é que fiquem claras a legitimidade e a aceitação de posições diferentes em face do

mundo. Aceitação respeitosa. Não importa o tema que se discute nestas cartas elas se devem achar “ensopadas” de fortes convicções ora explícitas, ora sugeridas. A convicção, por exemplo, de que a superação das injustiças que demanda a transformação das estruturas iníquas da sociedade implica o exercício articulado da imaginação de um mundo menos feio, menos cruel. A imaginação de um mundo com que sonhamos, de um mundo que ainda não é, de um mundo diferente do que aí está e ao qual precisamos dar forma (Freire, 2016, posição 509-519).

Durante a disciplina, foram propostas 10 atividades de palavrão aos estudantes, sendo que 2 delas tinham o formato de cartas pedagógicas. Tais cartas foram entregues pelos estudantes após o primeiro encontro, e respondidas antes do último encontro da disciplina. Foram entregues pelos estudantes o total de 84 palavrões ao longo da disciplina.

Além de promover transformação da práxis dos autoetnógrafos envolvidos, produções autoetnográficas selecionadas foram usadas como ferramentas para a promoção de diálogos significativos, desencadeadoras de reflexões profundas e para favorecer melhorias na realidade, sendo inseridas em 20 ações educativas desenvolvidas no âmbito do projeto (11 na Faculdade de Farmácia e 09 além dos muros da Faculdade de Farmácia), conforme destacado no Quadro 1 e no Quadro 2.

3.5.1.3 Entrevistas colaborativas

Foram realizadas entre julho de 2021 e março de 2023 entrevistas individuais semiestruturadas com estudantes de farmácia e farmacêuticos que atuam ou já atuaram no CEAF. A opção por este recorte na população pesquisada visou partir de um entendimento pré-estabelecido que os membros do grupo possuíam sobre o arcabouço teórico-metodológico do CF conforme Cipolle, Strand e Morley (2012). Assim sendo, os entrevistados já conheciam previamente sobre o projeto em desenvolvimento e a equipe de pesquisadores envolvida. Além disso, foram priorizados para participação na pesquisa os membros do grupo que apresentavam mais interesse e envolvimento na temática da fitoterapia, seguindo a estratégia da amostragem de instância crítica (Tracy, 2013), a fim de propiciar maior engajamento do grupo participante no desenvolvimento desta pesquisa e potencializar sua construção colaborativa e, conseqüentemente, a transformação da prática do grupo.

Foi adotado o estilo de entrevista colaborativa, no qual o pesquisador e o participante se situam em um mesmo plano e podem fazer perguntas um ao outro. Este estilo de entrevista é de utilidade em projetos nos quais o pesquisador não deseja permanecer invisível. Assim, evita-se o fluxo usual de entrevistas tradicionais, onde os participantes dão (suas ideias) e o pesquisador recebe, que seria um modelo de entrevista “bancária”, de modo análogo à educação bancária descrita por Paulo Freire, que consta de depósitos que uma parte faz à outra, sem o verdadeiro diálogo (Freire, 1987). Na entrevista colaborativa, a entrevistadora retribui as ideias compartilhadas pelos entrevistados, apresentando também suas experiências, assim como conselhos, educação e *insights* sobre a temática da pesquisa (Tracy, 2013). A ideia é que as próprias entrevistas já promovam reflexões que possam colaborar para a transformação da realidade pesquisada.

A elaboração do roteiro utilizado para as entrevistas foi embasada nos dados obtidos por meio da imersão na comunidade pesquisada e da escrita autoetnográfica. O roteiro foi aprimorado após ser testado na primeira entrevista realizada, a fim de explorar aspectos que não haviam sido considerados previamente. Os tópicos listados no roteiro não foram criados para serem seguidos de modo rígido ou restrito, tratando-se de um roteiro flexível que visava estimular a conversa (Tracy, 2013). Todos os pesquisadores envolvidos no projeto foram também entrevistados a partir do mesmo roteiro, que está disponibilizado no Apêndice A. A pesquisadora principal foi entrevistada por Simone de Araújo Medina Mendonça, participante da equipe de pesquisa.

Os convites para participação foram realizados cara-a-cara ou por mensagem virtual. Foram realizadas 14 entrevistas, variando entre 1 e 3 horas de duração (tempo médio = 1 hora e 35 minutos). Uma entrevistada desistiu de seguir participando, justificando sua retirada do processo devido a circunstâncias particulares em sua vida. Nas últimas três entrevistas, observou-se que não estavam surgindo novos temas, identificando-se a saturação dos dados. Dos entrevistados que permaneceram no estudo, 12 eram mulheres e 1 era homem; 12 eram farmacêuticos formados e 1 era estudante de farmácia; e suas idades estavam entre 23 e 57 anos. Entre os farmacêuticos formados, o tempo de prática e/ou ensino do GTM variava entre 1 e 25 anos, com a média de 9 anos por entrevistado. Os cenários de prática nos quais os entrevistados

atuavam incluíam o sistema público e o sistema privado de saúde, o contexto ambulatorial e o contexto hospitalar, e alguns deles eram vinculados a instituições de ensino.

Devido à pandemia de Covid-19 e as recomendações para o distanciamento social, a primeira entrevista foi realizada em ambiente virtual. Durante a transcrição desta entrevista, observou-se a vantagem de ter oportunidade de rever as expressões faciais e parte da linguagem corporal dos participantes durante a transcrição e análise. Ademais, mesmo passado o momento de pico da pandemia, havia ainda a recomendação para o uso de máscaras para proteção individual, o que impedia a visualização da expressão facial em entrevistas presenciais. Por estas razões, optou-se por realizar todas as entrevistas individuais da pesquisa no formato virtual, usando o *Microsoft Teams*. Elas foram repetidamente assistidas, ouvidas e transcritas. Foi desenvolvida uma limpeza dos dados transcritos, a fim de facilitar sua leitura e compreensão. O caderno de campo foi utilizado como ferramenta de registro e reflexividade antes, durante e após as entrevistas.

3.5.2 Análise de dados

Os dados obtidos por meio dos diferentes métodos de coleta (imersão na realidade pesquisada, escrita autoetnográfica e entrevistas colaborativas) foram analisados de modo dialógico. Afinal, tratando-se de uma pesquisa desenvolvida no contexto de uma epistemologia subjetivista, todos os dados influenciavam a percepção da pesquisadora e provocavam novas percepções e recortes nas análises desenvolvidas. A análise dos dados foi iniciada desde o começo de sua coleta, empregando o caderno de campo como ferramenta de suporte e registro do processo de reflexividade. Ao longo da pesquisa, foram desenvolvidos quatro ciclos distintos de análise.

No **ciclo 1**, o foco principal foi nos dados autoetnográficos. As 12 vinhetas autoetnográficas escritas pela pesquisadora foram lidas múltiplas vezes e analisadas. Durante tal processo, ocorreu o encontro com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire (1987), que conversava vividamente com as narrativas produzidas. Procedeu-se a uma organização dos tópicos que surgiram no processo autoetnográfico, usando como lentes a teoria da ação antidialógica. Optou-se por preservar a legitimidade dos

relatos ao invés de acomodar ou distorcer as histórias para ilustrar ponto a ponto a teoria, considerando que as narrativas estavam produzidas antes do encontro com a teoria e não tinham a finalidade específica de ilustrá-la no momento no qual foram criadas. Este ciclo deu origem ao artigo intitulado “Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire” (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

No **ciclo 2**, foi desenvolvida uma análise autoetnográfica dos registros realizados no caderno de campo, que destacou as reflexões sobre a aplicação do pensamento de Paulo Freire ao CF. Este ciclo deu origem ao artigo “Filosofia do CF e sua operacionalização na realidade neoliberal: reflexões críticas a partir do pensamento de Paulo Freire” (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025a, em preparo).

No **ciclo 3**, o foco principal foi nos dados obtidos nas entrevistas colaborativas, visando apontar os temas geradores de relevância para a comunidade pesquisada em relação à fitoterapia no CF. Tais dados foram sujeitos à análise temática do tipo reflexiva e indutiva, que permite uma exploração plena dos dados (Braun; Clarke, 2006; Souza, 2019). Virginia Braun e Victoria Clarke (2006) são pesquisadoras que desenvolveram um artigo seminal sobre esta estratégia de análise, no qual propuseram a organização da mesma em seis fases. Souza (2019) apresenta uma revisão destas fases, considerando trabalhos posteriores de Braun e Clarke, assim como artigos relevantes de outros pesquisadores. As fases da análise de dados foram:

- **Familiarização com dados:** transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
- **Geração de códigos iniciais:** codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
- **Busca de temas:** reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
- **Revisão dos temas:** checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.

- **Definição e nomeação dos temas:** refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
- **Produção do relatório:** fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

A Análise Temática é flexível (Braun; Clarke, 2006), e foi utilizada nesta pesquisa considerando as premissas epistemológicas e teóricas adotadas. Foi utilizado o software *NVivo 14* (conta A-S00530873/ New *NVivo 14 - Student Annual License - Single User*), amplamente utilizado em análises qualitativas. Esse ciclo deu origem aos artigos intitulados “O CF como arcabouço teórico-metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades” (Cimbliris-Alkmim *et al.*, 2025, em preparo) e ao artigo intitulado ““Eu não tenho o preparo”: formação de farmacêuticos para o cuidado na fitoterapia” (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025b, em preparo).

No **ciclo 4**, foi realizada nova análise dos dados obtidos nas entrevistas, porém, neste momento, com o foco no planejamento operacional da ação educativa. Assim, dados que diziam respeito a formato, público a ser envolvido, métodos educativos e materiais educativos a serem produzidos foram extraídos do *NVivo 14* na forma de códigos *in vivo*. Estes foram agrupados por categorias operacionais referentes a cada uma das questões que precisavam ser definidas, usando o *Google Jamboard*.

Nesse mesmo ciclo de análise, as produções autoetnográficas - ou palavras - entregues pelos estudantes foram analisadas em *Microsoft Word*, utilizando o recurso de comentários para destacar todos os temas presentes. Ao longo desta análise, a gravação das aulas foi ouvida repetidas vezes, e as notas no caderno de campo foram relidas. Ao longo deste processo de imersão nos dados, surgiu a ideia de apresentá-los de forma criativa, no formato de cartas pedagógicas que condensassem as principais questões que surgiram na escrita dos estudantes. A atividade das cartas foi muito marcante no processo pedagógico e muito apreciada pelos estudantes. A escolha deste formato evocativo visa ambientar o leitor no que foi a experiência de participar desta disciplina de modo a apresentar os aprendizados emergentes e promover ressonância. Foi empregada a estratégia de criação de personagens

compostos, a fim de proteger a identidade dos participantes da pesquisa (Ellis, 2004; Lapadat, 2017).

Este quarto ciclo de análise resultou no artigo intitulado “Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes” (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo), além de ter levado à produção de materiais didáticos diversificados que serão apresentados na seção de Resultados e discussão.

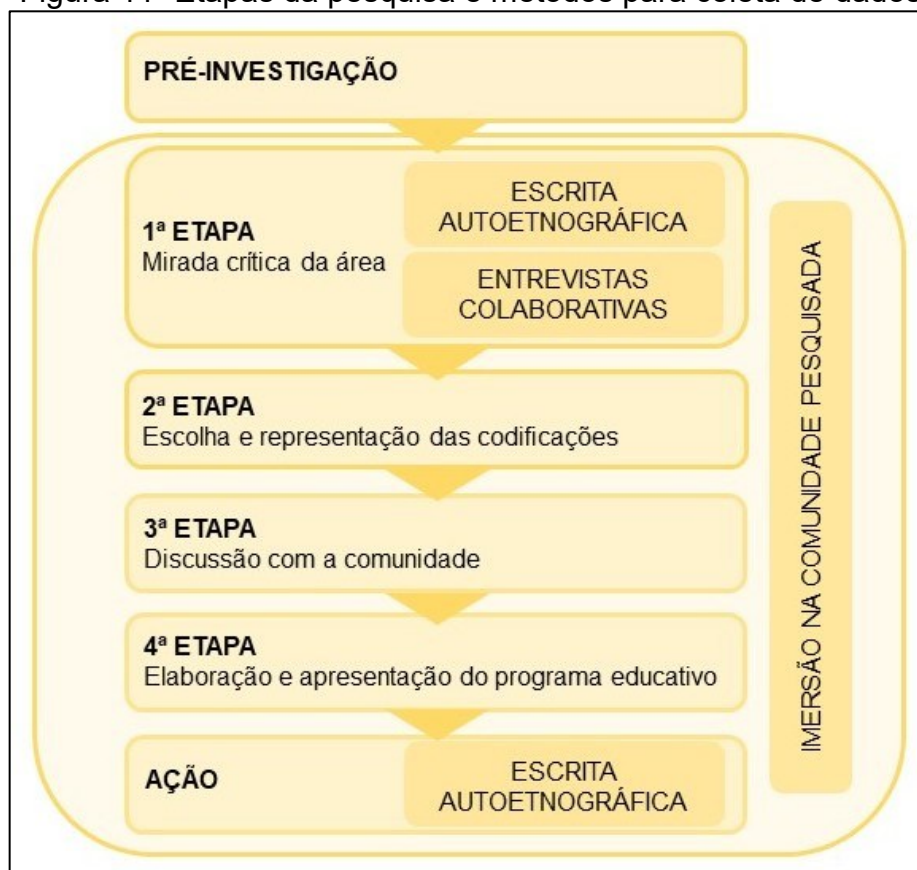
Desenvolvendo a análise em ciclos, resultados parciais da pesquisa foram empregados para qualificação das fases posteriores de reflexão e ação. Além disso, favoreceram a elaboração de publicações que, por sua vez, ampliaram o impacto gerado pela pesquisa.

3.5.3 Etapas da pesquisa

Nesse item, apresentar-se-á as etapas desenvolvidas na pesquisa. A metodologia de Investigação de Temas Geradores, detalhadamente apresentada na “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987, p. 100-120) possui quatro etapas, precedidas da etapa de pré-investigação, e chega até o momento de apresentação do programa educativo à comunidade. Na presente pesquisa, foi acrescentada também uma etapa de ação, correspondente à execução e avaliação da ação educativa principal da pesquisa.

Tratando-se de uma abordagem baseada no pensamento freiriano, os objetivos eram mais relevantes do que a rigidez metodológica, e por isso algumas adaptações foram feitas no método original, considerando a realidade local. Uma sumarização do passo-a-passo adotado pode ser visualizada na Figura 11, indicando também os métodos utilizados para coleta de dados em cada etapa da pesquisa.

Figura 11- Etapas da pesquisa e métodos para coleta de dados



Fonte: elaboração própria (2024), a partir de Freire (1987, p. 100-120).

O desenvolvimento de cada uma das etapas de investigação será detalhado a seguir, apontando as adaptações realizadas na metodologia freiriana para incorporar a Autoetnografia e para atender às finalidades de produção acadêmica.

3.5.3.1 Pré-investigação: pesquisas nas bases locais e na literatura científica.

Esta pesquisa foi iniciada a partir da interação entre a pesquisadora e o CEAF, conforme descrito na seção introdutória desta tese. O interesse da pesquisadora na temática da fitoterapia no CF foi fomentado no contexto de diálogo estabelecido com o CEAF. Os membros do grupo referendaram que este estudo se fazia necessário ao desenvolvimento do conhecimento e útil imediatamente para a comunidade acadêmica e de prestadores de serviços no campo do CF.

Nesta fase, foi delimitada a área de estudo e foram procuradas fontes secundárias de informação sobre a mesma. Em se tratando de um projeto acadêmico, além da busca de dados secundários sobre o CEAF e leitura da produção científica do grupo, foi feito

um levantamento sobre o contexto maior onde esta pesquisa se inseria, utilizando a literatura científica.

3.5.3.2 1ª etapa da investigação: mirada crítica da área

A mirada crítica da área se iniciou adotando as estratégias de escrita autoetnográfica e imersão na comunidade pesquisada, com uma aproximação da pesquisadora com o CEAF. Inicialmente, foram desenvolvidas conversas informais sobre o projeto com diversos de seus membros. A temática da fitoterapia no CF foi sendo abordada também junto à comunidade mais ampla de professores e estudantes de graduação e pós-graduação da Faculdade de Farmácia nas disciplinas nas quais a pesquisadora participava como discente ou docente.

Como recomendado na metodologia freiriana, durante esta 1ª etapa da investigação foi realizada uma reunião para apresentação dos objetivos da investigação e convite ao envolvimento do grupo, visando facilitar a integração inicial da pesquisadora ao contexto e a implicação do grupo pesquisado ao processo da pesquisa.

[...] Os investigadores necessitam obter que um número significativo de pessoas aceite uma conversa informal com eles, em que lhes falarão dos objetivos de sua presença na área. Na qual dirão o porquê, o como e o para quê da investigação que pretendem realizar e que não podem fazê-lo se não se estabelece uma relação de simpatia e confiança mútuas (Freire, 1987, p. 103-104).

Assim, em setembro de 2021, foi realizado um encontro do Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica (GEAF), promovido pelo CEAF, onde a pesquisadora apresentou formalmente ao grupo sua trajetória de vida e trabalho em relação à fitoterapia, e apresentou o projeto para desenvolver a presente pesquisa. Nesta ocasião, foi feita uma breve introdução ao debate sobre potencialidades e desafios do emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF à fitoterapia. Abriu-se a conversa a todo o grupo, construindo um vislumbre da realidade vigente e coletando reflexões de diversos participantes do CEAF sobre a temática.

A partir daí, a imersão na comunidade pesquisada foi adotando um caráter mais ativo e propositivo. Reflexões levavam à realização de ações educativas junto ao grupo, e vice-versa, em um ciclo vivo de interações com o grupo pesquisado ao redor da

temática da fitoterapia no CF e já proporcionando transformação da realidade pesquisada.

Outra recomendação para essa 1ª etapa da pesquisa é que seja promovido o envolvimento de membros da comunidade na investigação. Isso foi feito tanto nas conversas informais como nas ações realizadas ao longo da pesquisa, formando uma rede de interações com professores, estudantes de graduação, pós-graduação e até mesmo egressos do CEAf atuantes na prática clínica.

Freire aponta que a realidade na qual se imerge deve ser considerada como uma grande codificação a ser descodificada mediante a cisão analítica da área em estudo nas dimensões parciais que a impactam, somada à percepção da interação entre os elementos constitutivos deste todo. Destaca-se que “quanto mais cindem o todo e o re-totalizam na re-admiração que fazem de sua admiração, mais vão aproximando-se dos núcleos centrais das contradições principais e secundárias em que estão envolvidos os indivíduos da área” (Freire, 1987, p. 106).

Na medida [...] em que, na captação do todo que se oferece à compreensão dos [seres humanos], este se lhes apresenta como algo espesso que os envolve e que não chegam a vislumbrar, se faz indispensável que a sua busca se realize através da abstração. Isto não significa a redução do concreto ao abstrato, o que seria negar a sua dialeticidade, mas tê-los como opostos que se dialetizam no ato de pensar.

Na análise de uma situação existencial concreta, “codificada”, se verifica exatamente este movimento do pensar.

A descodificação da situação existencial provoca esta postura normal, que implica num partir abstratamente até o concreto; que implica numa ida das partes ao todo e numa volta deste às partes, que implica num reconhecimento do sujeito no objeto (a situação existencial concreta) e do objeto como situação em que está o sujeito.

Este movimento de ida e volta, do abstrato ao concreto, que se dá na análise de uma situação codificada, se bem-feita a descodificação, conduz à superação da abstração com a percepção crítica do concreto, já agora não mais realidade espessa e pouco vislumbrada (Freire, 1987, p. 97).

A metodologia original foca nos diálogos informais como estratégia de descodificação. Porém, considerando os objetivos acadêmicos desta pesquisa, além dos diálogos informais que aconteceram a partir da imersão na comunidade pesquisada, foram adotadas também a escrita autoetnográfica e as entrevistas colaborativas.

Freire (1987) explica que não se deve cair na tentação de achar que os resultados encontrados nesta 1ª etapa de investigação já seriam suficientes para elaboração de um programa educativo. O processo de elaboração do programa educativo é em si um processo educativo. Daí a importância de seguir a metodologia proposta em todas as suas etapas. Afinal,

se os indivíduos se encontram aderidos a estas “situações-limites”, impossibilitados de “separar”-se delas, o seu tema a elas referido será necessariamente o do fatalismo e a “tarefa” a ele associada é a de quase não terem tarefa. Por isto é que, embora as “situações-limites” sejam realidades objetivas e estejam provocando necessidades nos indivíduos, se impõe investigar, com eles, a consciência que delas tenham (Freire, 1987, p. 107).

Quando as pessoas estão imersas em dada realidade, muitas vezes se encontram limitadas na possibilidade de perceber mais além das situações-limites, ou seja, de perceber a possibilidade do inédito-viável, que só pode se dar quando se exerce uma ação editanda - antes não percebida como viável - sobre a realidade (Freire, 1987).

Ao final dessa etapa de investigação, é proposto na metodologia original que se realize um seminário para discussão dos registros da pesquisa com a comunidade pesquisada. No caso do presente estudo, fez-se a opção por realizar essa discussão de dados iterativamente, tanto junto à equipe de pesquisa como também durante as entrevistas e a imersão na comunidade, especialmente nas ações educativas desenvolvidas. Sendo a pesquisadora um membro da comunidade, a imersão na realidade pesquisada teve sua potência ampliada, facilitando o diálogo cotidiano e a validação processual do andamento da pesquisa com os participantes. A realização de seminário seria mera formalidade nesse caso e, considerando também as agendas atribuídas da comunidade acadêmica envolvida no projeto, ainda em tempos de pandemia de Covid-19, optou-se por não o fazer.

A discussão junto à comunidade permitiu que os sujeitos cognoscentes penetrassem no objeto de estudo, em busca de sua “razão” e do sistema estrutural no qual ele se encontra em relação direta ou indireta com outros (Freire, 2021). A tarefa da pesquisadora foi desafiar os participantes a penetrarem na significação do conteúdo temático diante do qual se achavam. Afinal, a codificação representa uma situação existencial, vivida pelos membros da comunidade que

enquanto a viviam, ou não a “ad-miravam” ou, se a “ad-miravam”, o faziam através de um mero dar-se conta da situação, a descodificação, como um ato

cognoscitivo, lhes possibilita “ad-mirar” sua não “ad-miração” ou sua “ad-miração” anterior. A descodificação é, assim, um momento dialético, em que as consciências, cointencionadas à codificação desafiadora, re-fazem seu poder reflexivo na “ad-miração” da “ad-miração”, que vai-se tornando uma forma de “re-ad-miração” (Freire, 2021, posição 1343-1348).

Assim, por meio da re-ad-miração, os membros da comunidade foram se reconhecendo como agentes que poderiam promover transformação no mundo (Freire, 2021).

3.5.3.3 2ª etapa da investigação: escolha dos temas e representação das codificações

Durante a 2ª etapa da investigação, manteve-se a imersão na comunidade pesquisada. Simultaneamente, foi desenvolvida uma análise do material obtido na etapa anterior, visando escolher os temas geradores de destaque e elaborar codificações representativas deles.

As vinhetas autoetnográficas elaboradas na 1ª etapa da pesquisa foram analisadas a partir da teoria da ação antidualógica proposta na “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987). Análises preliminares foram discutidas com a comunidade em conversas informais e ações educativas (vide Quadro 1 e Quadro 2), buscando compreender aspectos socioculturais da prática da fitoterapia no Brasil a partir de uma perspectiva crítica. Esta análise deu origem ao artigo intitulado “Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidualógica de Paulo Freire”, que será apresentado na seção Resultados e discussão (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b). Além das vinhetas integrantes desse artigo, outras vinhetas autoetnográficas ou trechos dessas foram selecionadas como componentes da codificação a ser desvelada nas ações educativas da pesquisa.

Foi desenvolvida também uma reflexão autoetnográfica crítica sobre o campo do CF a partir do pensamento freiriano, utilizando os registros realizados no caderno de campo, dando origem ao artigo intitulado “Filosofia do CF e sua operacionalização na realidade neoliberal: reflexões críticas a partir do pensamento de Paulo Freire”, que será apresentado na seção Resultados e discussão (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025a, em preparo).

Já os dados obtidos nas entrevistas, em volume extenso, passaram por análise temática (Braun; Clarke, 2006; Souza, 2019), conforme detalhado na seção sobre análise de dados. A análise temática, além de possibilitar a identificação e organização temas geradores, prestando-se à criação da estrutura de codificação sugerida pela metodologia freiriana, visou também a seleção de trechos impactantes das entrevistas a serem empregados nas ações educativas conscientizadoras para transformar a práxis relacionada à fitoterapia no CF.

Um ganho obtido ao casar a metodologia freiriana com uma estratégia formal de análise foi possibilitar também neste processo a elaboração de dois artigos acadêmicos, intitulados “O CF como arcabouço teórico-metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades” e “Eu não tenho o preparo”: formação de farmacêuticos para o cuidado na fitoterapia” (Cimblaris-Alkmim *et al.*, 2025, em preparo; Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025b, em preparo). Ambos estão disponibilizados na seção de Resultados e discussão.

Portanto, além de subsidiar a elaboração da ação educativa, objetivo primordial da pesquisa de caráter freiriano, a análise serviu também ao propósito científico de divulgação dos resultados da Investigação de Temas Geradores para uma comunidade científica maior, proporcionando possibilidades de transformação também de outras realidades. Esta análise foi discutida junto à comunidade participante do estudo em todas as etapas subsequentes do estudo, até mesmo durante a etapa de realização da ação educativa final da pesquisa.

Conforme mencionado na seção sobre análise de dados, os dados obtidos por diferentes fontes foram analisados de modo dialogado entre si. Havendo sido selecionados os temas a serem representados, que apresentavam os principais aspectos de destaque e contradições apreendidas na etapa anterior, passou-se à elaboração das codificações, conforme sugerido por Freire (1987), mas com uma variação em relação à metodologia original. A metodologia original propõe a criação dos códigos com estratégias pictóricas, como pinturas ou fotografias. Por se tratar de uma pesquisa desenvolvida junto a uma comunidade acadêmica, optou-se por usar como codificação os dados textuais coletados ao longo da pesquisa, tais como vinhetas autoetnográficas e trechos de entrevistas realizadas. Deste modo, muitas das codificações já estavam prontas para serem re-admiradas, enquanto outras passaram

por edição, como aprimoramento de textos autoetnográficos ou limpeza de transcrições.

As representações codificadas dos temas selecionados, que são os objetos a serem submetidos à análise crítica na realização da ação educativa, devem representar situações conhecidas pelos indivíduos, possibilitando que nelas se reconheçam. Não devem ser demasiado explícitas nem demasiado enigmáticas, para cumprir adequadamente o seu papel de “objetos cognoscíveis, desafios sobre que deve incidir a reflexão crítica dos sujeitos decodificadores” (Freire, 1987, p. 109).

Na organização de seus elementos constituintes, é indicado que as codificações se apresentem como uma espécie de leque temático, ou seja, devem poder ser abertas durante a sua discussão. Neste processo, a codificação essencial é mantida como suporte, mas se abre em codificações auxiliares (subtemas). A relação direta dos subtemas com o núcleo essencial mantém vivo o interesse dos indivíduos que, em lugar de perder-se nos debates, chegam à síntese dos mesmos. Esta abertura do leque temático é indispensável à percepção das relações dialéticas que existem entre as codificações essenciais e auxiliares. É interessante notar que a própria análise temática por si já organiza os dados hierarquicamente como leque temático, favorecendo este desenho organizativo para a elaboração da ação educativa.

Freire (1987) destaca a diretriz de que cada codificação essencial tenha relação com aspectos concretos das necessidades percebidas pela comunidade, a fim de promover envolvimento com sua discussão e o desdobramento do leque temático, promovendo um sentido de totalidade. Os indivíduos imersos na realidade tiveram assim a oportunidade de emersão dela, ganhando razão a seu respeito. “Promovendo a percepção da percepção anterior e o conhecimento do conhecimento anterior, a decodificação, desta forma, promove o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento” (Freire, 1987, p. 110). Tal processo se prolongou, sistematicamente, na implantação do plano educativo, transformando o inédito viável na ação editanda, com a superação da consciência real pela consciência máxima possível.

3.5.3.4 3ª etapa da investigação: discussão com a comunidade

Na terceira etapa da investigação, mantendo-se a imersão na comunidade pesquisada, foram realizados diálogos descodificadores junto à mesma. A metodologia original propõe que esta etapa seja realizada em “círculos de investigação temática”, que são encontros com a equipe pesquisadora e membros da comunidade nos quais o material elaborado na etapa anterior deve ser descodificado. A proposta de Freire indica a participação de um psicólogo e um sociólogo nestes círculos (Freire, 1987, p. 112).

Porém, de modo análogo ao que ocorreu na primeira etapa do estudo em relação à realização do seminário, novamente fez-se a opção por realizar a discussão de dados iterativamente junto à equipe de pesquisa e junto à comunidade pesquisada, aproveitando que diversas ações seguiam sendo desenvolvidas (vide Quadro 1 e Quadro 2) e que a pesquisadora ocupava a posição de membro ativo da comunidade pesquisada. Ademais, não seria viável em termos financeiros a inclusão de profissionais da psicologia e da sociologia à realização da pesquisa. A realização dos círculos de investigação temática como propostos não era possível considerando as limitações de tempo e financeiras do projeto, e sobrecarregariam as agendas atribuídas da comunidade acadêmica envolvida.

Então, a equipe de pesquisa fez a leitura e discussão dos textos preliminares preparados, em especial daqueles já organizados em formato de artigos a partir da análise realizada na 2ª etapa, e em seguida essa discussão foi sendo percolada junto à comunidade mais ampla nas diversas ações educativas da pesquisa.

3.5.3.5 4ª etapa da investigação: elaboração e apresentação do programa educativo

Na 4ª etapa da investigação, manteve-se a imersão na comunidade pesquisada. Foram delimitados o formato e as condições da ação educativa finalística da pesquisa. Além disso, foi feita uma lista de materiais educativos que poderiam ser elaborados para dar suporte a tal ação educativa, ou até mesmo ao ensino sobre a fitoterapia no CF de modo geral. Para este propósito, foram submetidos a uma análise direcionada os dados das entrevistas colaborativas realizadas na 1ª etapa da pesquisa, à luz de todas as discussões realizadas até este momento.

Deste modo, definiu-se que seria realizada uma disciplina intitulada Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, procedendo-se à montagem de uma proposta completa para sua realização, buscando contemplar ao máximo as sugestões apontadas, porém considerando também os limites de tempo e recursos disponíveis para a pesquisa. Mais detalhes sobre o processo de elaboração desta proposta estão disponibilizados na seção de Resultados e discussão no artigo “Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes” (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo). Os materiais educativos sugeridos como necessários pela comunidade foram criados, e serão apresentados no item Materiais didáticos elaborados, na seção Resultados e discussão.

Procedeu-se à delimitação temática da ação educativa, articulando-se as observações feitas ao longo da 3ª etapa da pesquisa com os limites operacionais do formato da ação. Os objetivos de aprendizagem do programa e suas unidades de aprendizagem, ou seja, os temas geradores a serem trabalhados em cada encontro, foram delineados.

Em seguida, foi preparado o projeto de redução para cada um dos temas elencados. A redução de cada tema consta em definir os núcleos fundamentais que se constituem em unidades de aprendizagem, estabelecendo uma sequência lógica entre os temas que os integram (Freire, 1987). Foi elaborado um roteiro preliminar para cada um dos encontros da disciplina.

Enfim, passou-se à etapa que Freire chama de codificação, com a escolha do melhor canal de comunicação para cada tema e sua representação. A “Pedagogia do Oprimido” indica que as codificações podem ser simples ou compostas, usando o canal visual, pictórico ou gráfico, tátil, auditivo ou uma multiplicidade de canais. Para o atual projeto, foram empregadas como codificações principalmente trechos de entrevistas e autoetnográficos (apresentados em vídeo ou texto), que foram complementados com memes e casos clínicos problematizadores elaborados especialmente para o programa, que serão disponibilizados no item Materiais didáticos elaborados. Fotos e vídeos do arquivo pessoal da pesquisadora também foram utilizados.

A partir destes itens, foi confeccionado o material didático problematizador, organizando os itens preparados ao longo da pesquisa e acrescentando a estes materiais complementares disponíveis em mídias diversificadas, como reportagens, artigos, livros e sites. Grande parte deste material foi sendo processualmente validado junto à comunidade pesquisada em conversas informais e ações educativas da pesquisa (vide Quadro 1 e Quadro 2).

O programa educativo preparado foi discutido em diversos ciclos com a equipe de pesquisa (orientadora e coorientadora), sendo em seguida apresentado ao colegiado de graduação em farmácia da UFMG e aprovado para oferta aos estudantes. Tal programa será apresentado na seção Resultados e discussão, no artigo “Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes” (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo).

3.5.3.6 Ação

Nesta etapa, foi realizada e avaliada a ação educativa principal do projeto, mantendo-se a imersão na comunidade pesquisada. Nesta etapa, foi desenvolvida também a escrita autoetnográfica pelos educandos como recurso didático.

A disciplina teve uma característica dialógica, buscando seguir as propostas de Freire para a educação libertária. Porém, tratando-se de uma disciplina formal universitária, não foi viável juntar a turma de antemão para apreciação do programa. Assim, o mesmo foi apresentado ao grupo de estudantes matriculados na primeira aula da disciplina, relatando todo o histórico da construção da disciplina e solicitando colaborações e sugestões para mudanças.

Na disciplina, os estudantes leram os resultados e produções das fases anteriores da pesquisa, colaborando para validação e aprimoramento das teorias elaboradas e do próprio programa educativo ofertado. Mais detalhes sobre a ação e os aprendizados por ela gerados serão apresentados na seção Resultados e discussão, no artigo “Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes” (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo).

3.6 Rigor e aspectos éticos

Os critérios usados para julgar o rigor na presente proposta metodológica foram elaborados partindo de seus pressupostos epistemológicos e ontológicos (Denzin, 2009, 2018; Finlay, 2006; Gastaldo, 2021; Le Roux, 2016), considerando os processos e objetivos da Investigação de Temas Geradores e os da Autoetnografia. Afinal, “Freire, rigoroso no essencial, acerca da contribuição com a libertação, não se deixava aprisionar por métodos, regras e etiquetas formais das ciências e das academias, nem mesmo com a origem e proveniência dos pensamentos” (Passos, 2010a, posição 5120-5126).

Nesta lógica, foi considerado um uso político do termo rigor, rejeitando a noção de neutralidade social como condição de objetividade de estudos científicos. O termo rigor vem do latim *rigorem*, ou rigidez, e o foco neste parâmetro tradicionalmente leva a um foco excessivo no método. Nessa proposta, a congruência epistemológica foi considerada o critério central de rigor, requerendo do pesquisador exame e documentação da fundamentação teórica, do propósito da pesquisa, das circunstâncias contextuais e das técnicas utilizadas para gerar e analisar dados. Assim, os leitores podem entender e criticar o processo e o conhecimento produzido (Gastaldo, 2021).

Alguns parâmetros de rigor usuais na pesquisa qualitativa se aplicam perfeitamente à presente proposta, como a **coleta de dados rica e densa** e a **triangulação**. Estes parâmetros de rigor visaram à obtenção de um corpo de informações ricas sobre o fenômeno estudado, embasando reflexões e até mesmo a possibilidade de realização de ações semelhantes em outros cenários de prática. A coleta de dados rica e densa é muitas vezes utilizada em estudos quantitativos para garantir a transferabilidade, porém, no caso deste estudo, a replicação direta dos achados não é a principal intenção (Tracy, 2013).

Conforme o parâmetro da **triangulação**, foram usados vários tipos e fontes de dados, assim como diversos métodos de coleta de dados, vários quadros teóricos e vários pesquisadores (Tracy, 2013). Os dados foram obtidos por meio da escrita autoetnográfica, entrevistas e imersão na comunidade pesquisada, sendo articulados e comparados sistematicamente. Vários quadros teóricos foram empregados para

subsidiar a compreensão e discussão dos dados. Antes, durante e após a coleta de dados, foram realizadas buscas na literatura técnico-científica, a fim de aprimorar as estratégias de coleta de dados e também de posicionar os achados da pesquisa perante a literatura. Artigos, protocolos clínicos, políticas públicas, legislação, literatura, eventos e outros referenciais de relevância para o contexto pesquisado foram utilizados, a fim de triangular a pesquisa não apenas no contexto da produção científica, mas também no contexto profissional, organizacional e educacional.

Como parte da comunidade pesquisada, adotando papel misto de pesquisadora e pesquisada, a autora desta tese teve uma aproximação bastante estreita com os dados, desenvolvendo validação processual desses por meio de diálogo constante com os participantes da pesquisa e pela sua apresentação para a comunidade envolvida nas ações educativas desenvolvidas ao longo do estudo, em especial durante a disciplina acadêmica de Fitoterapia na Atenção Farmacêutica ofertada no âmbito desta pesquisa. Este foi um mecanismo adotado para obtenção de **consistência interna**, que consiste em procurar formular perguntas nas quais as respostas dadas confirmem uma resposta já fornecida anteriormente pela mesma pessoa (Tracy, 2013).

A metodologia de investigação freiriana, assim como a Autoetnografia crítica, visa transformar a práxis dos oprimidos no sentido de maior justiça social, tendo objetivos claros de ensinar, informar e inspirar. Por isso, um critério de rigor importante para o presente estudo foi a **contribuição** (Le Roux, 2016), ou seja, a medida em que o estudo ampliou o conhecimento, gerou novas pesquisas, liberou, empoderou, melhorou a prática ou contribuiu para a mudança social. Nas diversas tradições de pesquisa qualitativa, adota-se nomes diferentes para este critério de rigor. **Usabilidade** (Acosta; Goltz; Goodson, 2015) ou **potencial de empoderamento** (Nørgaard; Sørensen, 2016) são outras denominações frequentes para este parâmetro, e se referem a verificar se a aprendizagem e a mudança ocorrem, e na direção desejada. Em nível local, este parâmetro inclui o critério de **implicabilidade** (Donyai, 2015; Thiollent, 2011), usualmente denominado deste modo no contexto da pesquisa-ação, que considera até que ponto os resultados são utilizáveis no local onde é realizada a pesquisa, ou seja, o impacto particular do estudo, que é priorizado em relação à generalização nesse tipo de pesquisa.

Foram também adotados como critérios de rigor a auto-reflexividade, a subjetividade, a credibilidade e a ressonância. A **auto-reflexividade** visa apresentar evidências da intensa consciência do pesquisador sobre seu papel e relação com a pesquisa, que está situada dentro de um contexto histórico e cultural. A reflexividade aponta para a autopercepção, a autoexposição e a introspecção autoconsciente (Le Roux, 2016). A **subjetividade** se refere à confirmação de que o *self* do pesquisador estivesse visível no estudo. Freire destaca sempre a necessidade de posicionamento do pesquisador/educador, uma vez que nenhuma atividade de pesquisa ou educação pode ser neutra. Na Autoetnografia, a subjetividade se revela inclusive à medida que o pesquisador conta uma ou mais experiências pessoais significativas, se envolvendo de forma autoconsciente na construção de narrativas (Le Roux, 2016).

A **credibilidade** é um critério de rigor que visa verificar se há evidências de verossimilhança, plausibilidade e confiabilidade na pesquisa. O processo de pesquisa e seu relato foi permeado por honestidade (Le Roux, 2016). Por fim, mas não menos importante, foi adotado o parâmetro da **ressonância**. Para a Autoetnografia, a ressonância requer que o público seja capaz de entrar na história, se envolver, experimentar ou se conectar em um nível intelectual e emocional, o que gera um senso de comunhão entre o pesquisador e o público; um entrelaçamento de vidas (Le Roux, 2016). A metodologia freiriana adota a estratégia colaborativa e de diálogo para promover este senso de comunhão durante todo o processo da pesquisa, desde a coleta de dados, passando pelo delineamento dos resultados e sua discussão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149, conforme anexo A. Foi também aprovada uma emenda por este mesmo comitê destacando dentro deste projeto a temática da fitoterapia e as metodologias empregadas no atual estudo, conforme Parecer Consubstanciado disponibilizado no Anexo B.

Todos os participantes foram informados sobre o porquê de serem selecionados para o estudo, quais são os objetivos e as características de sua participação. Foi reforçado que a sua participação nessa pesquisa não traria nenhum tipo de compensação financeira e que era seu direito abandonar o processo em qualquer momento.

A participação das pessoas selecionadas só teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme Anexo C. Onde cabível, foram realizados registros por meio de arquivos de áudio, vídeo e/ou imagens. Os registros em áudio ou vídeo foram submetidos à transcrição completa, a fim de garantir acuidade no registro dos dados. Tais documentos serão arquivados por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Conforme preceitos éticos vigentes, nas produções autoetnográficas e nos trechos de entrevistas apresentados ao público, nomes fictícios foram utilizados, preservando a identidade dos participantes.

3.7 Financiamento

A pesquisadora recebeu bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) entre novembro de 2021 e dezembro de 2024.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que temos de fazer, na verdade, é propor ao povo, através de certas contradições básicas, sua situação existencial, concreta, presente, como problema que, por sua vez, o desafia e, assim, lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível da ação (Freire, 1987, p. 86).

Devido às finalidades práticas desta pesquisa, que transbordam a finalidade da produção acadêmica, esta seção será dividida em duas partes. A primeira será direcionada aos artigos elaborados e a segunda será direcionada aos demais materiais didáticos elaborados.

4.1 Artigos elaborados

O primeiro artigo desta seção apresentará a metodologia empregada no desenvolvimento da pesquisa. O segundo artigo apresentará a primeira situação-limite minuciada nesta tese, que é a situação da fitoterapia no contexto amplo do Brasil contemporâneo. O terceiro artigo, por sua vez, apresentará uma problematização sobre a filosofia do CF e sua operacionalização na realidade neoliberal a partir do pensamento de Paulo Freire. O quarto e o quinto artigo apresentarão a segunda situação-limite minuciada nessa tese, referente à fitoterapia no contexto específico do CF, sendo que o quarto artigo tem uma abordagem mais geral da temática enquanto o quinto artigo está focado no campo da formação. Por fim, o sexto artigo apresentará a principal ação educativa realizada no âmbito desta pesquisa, ou seja, a construção do inédito-viável como resposta às situações-limite denunciadas.

Será mantida fidedignidade em relação ao formato em que os artigos foram (ou serão) submetidos aos periódicos selecionados. A única modificação será em relação ao estilo de citação, que foi adequado ao padrão desta tese. Além disso, serão incluídos nesta tese apenas os resumos em língua portuguesa. Optou-se por apresentar as referências todas compiladas ao final da tese.

4.1.1 Artigo 1 – Pedagogia do Oprimido e Autoetnografia: uma combinação metodológica para a elaboração e realização de programas educativos críticos no campo da saúde

Artigo aceito em 17 de setembro de 2024 pelo periódico Revista Pesquisa Qualitativa, classificada como Qualis A1. Será publicado em português e em inglês (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025d, no prelo). Print da aprovação disponível no Apêndice B.

RESUMO EM PORTUGUÊS

O pensamento e a prática de saúde no Brasil são cunhados na ciência hegemônica colonizatória, deixando muitas vozes excluídas. Para transformar essa realidade, faz-se pertinente a adoção de metodologias enraizadas na realidade nativa. O objetivo deste artigo é propor uma metodologia de pesquisa inovadora para elaboração de ações educativas com abordagem crítica em ambientes acadêmicos ou da prática profissional em saúde, que sejam conectadas com as reais demandas dos estudantes e/ou profissionais, assim como da população a quem os profissionais de saúde atendem. Tal proposta se baseia na combinação da Investigação de Temas Geradores – proposta por Paulo Freire em sua “Pedagogia do Oprimido” – com a Autoetnografia. Essa combinação metodológica pode ser adotada em iniciativas pontuais ou constituir-se como estratégia institucional perene. De modo mais amplo, a reflexão crítica sobre possibilidades metodológicas pode inspirar a germinação de outras abordagens criativas que promovam justiça social ao mesmo tempo que expandem o conhecimento.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa; metodologia; educação contextualizada; aprendizagem baseada na experiência; conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

4.1.1.1 Embasamento ontoepistemológico e teórico

A proposta metodológica que será apresentada no presente artigo se situa no campo epistemológico subjetivista, ou seja, deverá ser desenvolvida assumidamente a partir do ponto de vista do pesquisador/educador, não buscando a neutralidade (Denzin, 2017). Parte-se da premissa que a compreensão da realidade não está fora dela, e

esta, por sua vez, não se encontra fora da compreensão que se possa fazer dela (Freire, 1987).

Assim sendo, tal metodologia é ainda mais pertinente para o estudo de temas que tenham relevância particular para o pesquisador/educador que o desenvolverá ou se ele for integrante da comunidade pesquisada. Naturalmente, o pesquisador/educador deverá ser claro quanto à sua história e ao seu posicionamento em relação à temática pesquisada, e o leitor poderá considerar esses fatores em sua própria interpretação dos achados. Afinal, segundo Paulo Freire (1987), os “temas da época” podem ser encontrados apenas nas relações entre os seres humanos e o mundo, nas quais se fazem presentes ideias, valores, esperanças, obstáculos ao *ser mais* da humanidade e tarefas a serem cumpridas. Os temas históricos não podem jamais ser encontrados isolados e desconectados do seu contexto.

A fim de compreender a expressão *ser mais*, é necessário se reportar à natureza inconclusa dos seres humanos. Freire atesta que tanto a humanização – reflexo da busca do *ser mais* – quanto a desumanização – que leva ao *ser menos* – são possibilidades concretas dos seres humanos como seres inconclusos e conscientes de sua inconclusão, mas apenas a primeira lhe parece ser vocação dos seres humanos. Essas duas alternativas não são determinadas por estruturas ou princípios inatos, dependendo de um movimento de busca. A vocação humana para o *ser mais* é negada em situações de opressão e injustiça, levando à desumanização não apenas aqueles que têm a humanidade roubada, mas também, de modo diferente, os que a roubam, sendo uma (Freire, 1987; Zitkoski, 2010a).

A obra de Paulo Freire deixa clara sua concepção de que o ato de conhecer é em si mesmo transformador. Desse modo, seu objetivo pedagógico é sustentado epistemologicamente por uma base radicalmente crítica, coerente com seus fins (Becker, 2010; Guareschi, 2010). Afinal, o mundo não é, o mundo está sendo (Freire, 2019), e o ser humano “não apenas está no mundo, mas com o mundo” (Freire, 2005a, p. 47). Conforme essa visão, a presente proposta metodológica se insere no paradigma crítico, que pressupõe que existe uma realidade a ser transformada a partir das atividades de educação e pesquisa (Denzin, 2017).

Thomas Kuhn, em sua notável obra “A estrutura das revoluções científicas”, de 1962, definiu paradigmas como “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2013, p. 40). Um paradigma, a partir dessa visão, seria constituído por realizações científicas passadas que são reconhecidas pelas hegemônicas comunidades do conhecimento como referenciais para as pesquisas que fazem. Kuhn considera que os paradigmas são substituídos nas chamadas revoluções paradigmáticas por uma disputa meramente gnosiológica, ou seja, um paradigma perde valor diante de outro com maior poder explicativo. Entretanto, partindo de uma concepção freiriana,

um paradigma torna-se referência em determinada época não apenas por questões internas à ciência, mas, em geral, pela superioridade econômica, política e militar de seus defensores. A hegemonia das categorias e dos conceitos do pensamento euro-americano, por exemplo, no Ocidente, é muito mais o resultado de uma dominação colonial do que de uma comprovada superioridade gnosiológica em relação aos paradigmas das culturas que foram e são silenciadas por sua dominação aparentemente epistêmica (Romão, 2010a).

A hierarquia estabelecida nos saberes é o que inicia a dominação em todas as esferas da sociedade (Guareschi, 2010). Uma proposta metodológica construída a partir do paradigma crítico e com uma perspectiva freiriana tem a intenção de usar a ciência como ferramenta de libertação, considerando que o real avanço da cultura e da ciência só pode se dar quando o oprimido consegue romper com a lógica do opressor (Romão, 2010a). Portanto, o esforço científico aqui proposto não pretende indicar mera reprodução de um protocolo predeterminado, devendo-se buscar o engajamento contínuo em práxis coerente com esse paradigma.

A teoria crítica propõe que o conhecimento seja claramente posicionado diante da ação humana, visando o esclarecimento das pessoas para levá-las à libertação das coerções, às vezes autoimpostas, e saindo da lógica objetificante usualmente adotada nas pesquisas voltadas às ciências naturais. A produção teórica de Freire traz em si embutida esses pressupostos, destacando a impossibilidade da neutralidade nas ações humanas (Guareschi, 2010).

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira, tem uma grande contribuição para a tradição da pesquisa crítica, sendo suas obras mundialmente conhecidas e respeitadas (Brasil, 2012b; Minayo, 2014). Partir das teorias e propostas elaboradas

por um brasileiro e enraizadas na realidade nativa visa promover percepções endógenas de problemáticas que podem tender a ficarem excluídas da ciência construída a partir de um referencial hegemônico estrangeiro.

Na prática da saúde baseada em evidência, impera o tecnicismo e as opressões do norte global. Quando chega à formação profissional, o estudante acaba adotando o referencial do colonizador, virando seu defensor junto aos pacientes. Nesse processo, os profissionais de saúde acabam muitas vezes introjetando mitos e valores opressivos sobre os processos de saúde-doença. Constantemente, os perpetradores da opressão são igualmente seres dominados, manipulados, que conseqüentemente atuam como metástases das elites opressoras que estão acima. Os sistemas de educação e de saúde no qual os profissionais de saúde se formam funcionam em grande medida como agências formadoras de futuros perpetuadores das estruturas dominadoras, de modo mais ou menos consciente (Freire, 1987).

O emprego do arcabouço teórico-metodológico freiriano visa romper com essa dominação, promovendo a possibilidade de promoção do *ser mais* de docentes, profissionais de saúde, discentes e pacientes, deslocando-se da atenção à saúde capital-centrada e considerando outras formas de construir saúde. A partir da conscientização e da ação sobre a opressão, viabiliza-se a transformação das práticas de ensino e dos serviços de saúde (Chevalier; Buckles, 2019; Freire, 1987). A proposta de superação das relações de dominação e subordinação entre opressores e oprimidos se aplica claramente ao campo da saúde (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b; Freire, 2015, 2016; Miranda; Barroso, 2004).

Freire parte da premissa de que os oprimidos podem se autolibertar por meio da educação, desde que se rompa com a educação bancária que tende a controlar e limitar o poder criativo das pessoas, assim como sua capacidade de transformar suas próprias vidas. Educação bancária se refere a tratar os educandos como potes vazios, destituídos de conhecimento, que recebem passivamente os “depósitos” de conhecimento de educadores devidamente autorizados (Freire, 1987).

Freire não propôs a sua metodologia de investigação visando objetivos acadêmicos. Porém, desde a década de 1960, algumas abordagens de pesquisa vêm sendo desenvolvidas a partir do pensamento crítico sobre a realidade social no Brasil e na

América Latina, tendo esse autor como um dos seus grandes inspiradores. Assim surgiram a investigação participante e a investigação-ação, também chamadas de pesquisa participante e pesquisa-ação (Minayo, 2014). Pesquisadores como o colombiano Orlando Fals-Borda trabalharam para a ampliação da proposta de Freire, procurando preencher a lacuna entre o desenvolvimento da consciência crítica e o exercício da razão científica. Assim, além de se partir das necessidades comunitárias e desenvolver conhecimento e aprendizagem pela ação, foram incorporadas à metodologia preocupações teóricas da ciência convencional (Chevalier; Buckles, 2019). A adaptação metodológica aqui proposta tem igualmente o objetivo de agregar tais dimensões acadêmicas à elaboração de programas educativos de caráter freiriano no campo da saúde.

Freire não tinha interesse em ações intelectuais estabelecidas *a priori* e distanciadas da práxis educacional cotidiana. Assim, valeu-se de apropriações de diferentes aspectos úteis de algumas linhas teóricas que são citadas ao longo de sua vasta obra, porém, jamais de forma exclusiva ou dogmática. Pelo contrário, esse educador transitava livre e conscientemente por múltiplos campos do conhecimento. Por essa razão, é usual que Freire seja enquadrado por diferentes autores como adepto do marxismo, antimarxismo, existencialismo fenomenológico, hegelianismo, cristianismo personalista, humanismo cristão ou nacional-desenvolvimentismo. Porém, Freire não se considerava seguidor ortodoxo de nenhuma dessas tradições em particular, tendo em sua obra momentos intercalados de aproximação e afastamento delas (Bombassaro, 2010; Caron, 2010). Ele acreditava na necessidade de uma aproximação entre teoria e prática que superasse as proibições que cada corrente postula em nível idealista. Freire seguiu firmemente os seus passos no mar das incertezas epistemológicas com foco na libertação dos oprimidos (Passos, 2010a).

Como fundamentação para suas propostas pedagógicas, Freire constrói uma espécie de “ontologia universal”: os seres humanos estão sempre entre o ser e o *ser mais*, o que motiva a esperança, combustível para sua busca contínua. Para Freire (2005b, p. 11), “a esperança é uma necessidade ontológica, que precisa ancorar-se na prática para tornar-se concretude histórica”. Ele declara: “Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico” (Freire, 2005b, p. 10). Essa compreensão direciona a prática educativa freiriana. Afinal, a vocação ontológica

humana só pode efetivar-se por meio da educação libertadora direcionada ao *ser mais*, que é o melhor caminho para viabilizá-la (Trombetta; Trombetta, 2010). “É essa dialogação do [ser humano] sobre o mundo e com o mundo mesmo, sobre os desafios e problemas, que o faz histórico” (Freire, 2005a, p. 68).

Sendo um autor que ficou ativo por mais de três décadas, é notável que Freire não se acanhou em fazer novas re-ad-mirações de suas ad-mirações, postulando frequentemente críticas assumidas a suas próprias ideias historicamente situadas, revisando suas obras anteriores, aspecto muito presente em sua *Pedagogia da Esperança*, assim como em outros escritos (Freire, 2005b, 2007). Esse aspecto destaca e exemplifica o caráter crítico da educação que propõe, reforçando a máxima de que o ser humano sempre está inacabado.

Freire usa os termos *admiração* e *readmiração* (ou de forma hifenada, *ad-miração* e *re-ad-miração*) de modo muito relevante para a explicação do processo de aprendizado (Freire, 1987, 2021). A palavra, com raízes latinas, é composta pela preposição *ad* que indica direção, para, em direção a, e o verbo *mirari*, que significa ver. Ad-mirar é dirigir o olhar para algo, é olhar para o objeto de conhecimento como um objeto em si mesmo, objetivando o eu e separando-o do não-eu, tomando distância dele. Não há ato de conhecimento sem uma ad-miração do objeto a ser conhecido. Mas, sendo o conhecimento um processo e não havendo conhecimento acabado, ao querer conhecer ad-miramos, além do objeto de conhecimento, nossa ad-miração anterior do mesmo objeto (Escobar, 2010).

Considerando essa construção epistemológica, paradigmática, teórica e ontológica em Paulo Freire, o presente artigo visa apresentar uma proposta metodológica para a elaboração de ações educativas críticas em ambientes acadêmicos ou da prática profissional em saúde que sejam conectadas com as reais demandas dos estudantes e/ou profissionais, assim como da população a quem os profissionais de saúde atendem, buscando justiça social e, ao mesmo tempo, expandindo o conhecimento. Tal proposta se baseia na combinação entre a metodologia de Investigação de Temas Geradores, proposta por Paulo Freire em sua obra “*Pedagogia do Oprimido*” (Freire, 1987), e a Autoetnografia (Ellis; Adams; Bochner, 2011). A seguir, ambas as estratégias metodológicas serão delineadas, e será apresentada uma proposta para a combinação delas.

4.1.1.2 *Premissas da Investigação de Temas Geradores*

A metodologia de Investigação de Temas Geradores se presta à elaboração de programas educativos libertadores com participação ativa da comunidade de educandos, visando que se reconheçam e se afetem ao longo de todo o processo de sua construção. Essa metodologia é potente para propiciar dialogicamente reflexão e ação para transformar positivamente a realidade, aplicando conhecimento para aprimorar a prática e usando esta para gerar conhecimento. Diálogo aqui deve ser compreendido como o encontro dos seres humanos para o *ser mais* e que implica em esperança em relação à transformação da realidade (Freire, 1987).

Os temas geradores são as questões que têm relevância para dada comunidade em dado momento histórico, pronunciadas a partir de suas próprias palavras (Freire, 1987). O pensamento-linguagem da comunidade revela “os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus temas geradores” (Freire, 1987, p. 88). Visando apontar a direção política da práxis libertadora, “as palavras são colhidas nas conversas formais e informais, necessitando uma capacidade especial de pesquisador e de educador que sabe que não sabe e, por isso, ouve e nutre a curiosidade epistemológica” (Passos, 2010b).

O tema gerador é epistemológico-pedagógico-político e promove a base para o conhecimento a partir da realidade vivida, permitindo, assim, uma releitura do mundo no sentido de fomentar a luta pela humanização (Passos, 2010b). A investigação não visa comprovar a existência de dado tema gerador, mas sim apreendê-lo em sua significação, em sua constituição histórica (Freire, 1987).

Portanto, nessa estratégia de investigação, é necessário que as comunidades “pesquisadas” assumam papel ativo. Pesquisadores/educadores e pesquisados/educandos são parceiros em uma mesma jornada, envolvidos de modo dialético no processo (Freire, 1987). O desvelamento do mundo da opressão pelos oprimidos promove seu compromisso com a práxis. Assim, o papel da pesquisa de permitir ensino e aprendizado é maior e melhor quanto mais sujeitos, e não puros objetos do processo, os participantes forem (Freire, 2019). Ação e reflexão, percebidos por esse prisma, são uma unidade, que não deve ser dicotomizada (Freire,

1987). Não se chega à conscientização crítica apenas pelo esforço intelectual (Freire, 1979).

A compreensão e resposta a determinado aspecto da realidade leva à apreensão de novos desafios, implicando em compromisso crescente dos envolvidos, uma vez que eles se encontram cada vez mais engajados na problemática em questão, por se tratar de uma agenda por eles elaborada, e não imposta. Da observação e da avaliação das ações educativas, e também pela evidenciação dos obstáculos encontrados no caminho, há um ganho de informação a ser captado como elemento de conhecimento, sujeito à imprevisibilidade que emerge da práxis. As frequentes apreciações e interpretações implicam em autocorreção, melhorando a qualidade e a relevância das observações. Os conhecimentos que vêm de fora da comunidade contribuem e devem também ser considerados e difundidos, oferecendo novas compreensões que desafiam o que já está estabelecido (Freire, 1987).

No contexto dessa investigação crítica e dialógica, as ações educativas a serem realizadas não são doações do especialista ou imposições institucionais, mas sim revoluções organizadas, sistematizadas e acrescentadas à comunidade, partindo dos elementos que ela compartilhou com o pesquisador/educador de forma desestruturada. A superação da problemática local “não se faz no ato de consumir ideias, mas no de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação” (Freire, 1987, p. 101).

4.1.1.3 Premissas da Autoetnografia

Na construção e no entendimento da realidade, totalidade e parcialidades operam conjuntamente, de modo complementar e ao mesmo tempo contraditório, a partir de uma “inteligência dialética da realidade”, como descrito por Freire em sua “Pedagogia da Esperança” (Freire, 2005b, p. 86-87). Assim, o indivíduo é uma parte do coletivo do qual participa, e o coletivo é uma parte do sujeito. Enquadrando-se nessa perspectiva, a Autoetnografia se refere à escrita sobre experiências pessoais e suas relações com a cultura (Ellis, 2004).

A Autoetnografia usualmente está circunscrita ao paradigma pós-moderno de pesquisa que, assim como o paradigma crítico, está sob o guarda-chuva da epistemologia subjetivista, tomando o posicionamento do pesquisador como um aspecto de suma importância. No entanto, mesmo se enquadrando como pós-modernas, muitas pesquisas autoetnográficas assumem simultaneamente perspectivas críticas. O pensamento de Paulo Freire vem sendo amplamente empregado como fundamentação teórica para a Autoetnografia crítica, tendo se mostrado útil para refletir sobre e transformar a realidade (Denzin, 2018; Diversi; Moreira, 2016; Raimondi; Moreira; Barros, 2020). Freire reforça a importância de se desenvolver práticas de investigação vinculadas à vida, fazendo uso de palavras ricas em realidade que provoquem o desenvolvimento da criticidade da consciência (Freire, 2005a), e a Autoetnografia pretende cumprir tais quesitos.

Assim como na etnografia, o termo *autoetnografia* se refere tanto ao processo como ao produto (Ellis, 2004). Usualmente, autoetnografias são escritas em primeira pessoa e podem ter uma variedade de formatos, analíticos ou evocativos, sendo neste último caso apresentadas como histórias, poesias, ensaios fotográficos, dentre outros (Adkins; Hughes, 2020; Ellis, 2004; Le Roux, 2016; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Os trabalhos autoetnográficos usualmente demonstram ação concreta, diálogo, emoção, corporeidade e autoconsciência. Esses aspectos aparecem à medida que histórias relacionais ou institucionais são afetadas pela história e estrutura sociais, que em si são revelados dialeticamente por ações, sentimentos, pensamentos e linguagem (Ellis, 2004). Assim, questões sociais e culturais são costuradas com experiências próprias.

Esse método qualitativo evidencia o conhecimento embebido na experiência e revela aspectos da vida cultural inacessíveis à pesquisa convencional (Custer, 2014; Raimondi *et al.*, 2020). Assim, rompe com os dualismos como pesquisador-sujeito, sujeito-objeto, educador-educando, eles-eu, colocando o pesquisado-sujeito em condições de explorar todas as nuances de sua existência, sem compartimentalizações entre estudo-trabalho-pessoa, com todas as suas facetas e controvérsias (Raimondi *et al.*, 2020). A metodologia de investigação freiriana igualmente propõe a ruptura desses papéis duais e rígidos por entender que essa

perspectiva nega a educação e o conhecimento como processos de busca (Freire, 1987).

Eu sou uma inteireza e não uma dicotomia. Não tenho uma parte de mim esquemática, meticulosa, racionalista, conhecendo os objetos e outra, desarticulada, imprecisa, querendo simplesmente bem ao mundo. Conheço com meu corpo todo, sentimentos, paixão. Razão também (Freire, 2015, p. 23).

A Autoetnografia vem ganhando crescente reconhecimento em diversas disciplinas envolvidas com o cuidado em saúde por auxiliar no desenvolvimento de valores e competências cruciais para profissionais, professores e estudantes (Adkins; Hughes, 2020; Chang, 2016; Furtado *et al.*, 2022; Mendonça; Freitas; Ramalho-de-Oliveira, 2017; Ramalho-De-Oliveira, 2020), e vem promovendo um engajamento empático que move as pessoas à ação (Raimondi *et al.*, 2020). Ela possibilita a compreensão mais profunda dos determinantes sociais e culturais da saúde, revelando aspectos sobre o adoecimento, estimulando a empatia e melhorando a resolutividade dos cuidados aos pacientes (Fleming-Castaldy, 2015; Gallé; Lingard, 2010; Gama, 2020; Ramalho-de-Oliveira, 2020; Silva, D. *et al.*, 2017; Silva, I. *et al.*, 2018).

Na presente proposta metodológica, sugere-se o uso da Autoetnografia Evocativa, envolvendo escrita criativa e com riqueza de detalhes, e não colocando o foco em razão e análise. Essa abordagem visa mover o leitor à ação por meio da ressonância que evoca, fortalecendo o objetivo da investigação freiriana de transformação da realidade. Essa técnica se situa entre ciência e arte, combinando a descrição sistemática da etnografia com elementos de *storytelling* (Ellis, 2004; Ramalho-de-Oliveira, 2020), avigorando a afirmação de Freire de que existe compatibilidade entre a pesquisa científica rigorosa e a beleza da forma na expressão dos achados (Freire, 2005b). Freire, como escritor, sempre buscou imprimir um caráter estético às suas obras, fugindo da linguagem burocratizada do academicismo e mostrando sempre seu compromisso com o leitor e com a realidade (Almeida; Streck, 2010).

4.1.1.4 A combinação da Investigação de Temas Geradores com a Autoetnografia

Considerando as características e objetivos da metodologia de Investigação de Temas Geradores e da Autoetnografia, propõe-se uma combinação entre elas. Freire deixa claro em sua metodologia o protagonismo do “eu” como base para a ação educativa

transformadora, referindo que “a investigação temática se faz, assim, um esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador” (Freire, 1987, p. 99-100).

A estratégia educativa de Paulo Freire é muitas vezes chamada palavração, por transformar por meio da palavra a realidade do mundo. Sua abordagem tem uma aproximação clara com a autoetnografia, uma vez que visa “vincular palavra e mundo, ou seja, a leitura e a escrita da palavramundo” (Freire, 2001, p. 12). Partindo-se de um conjunto de representações de situações concretas, possibilita-se uma admiração da admiração anterior do mundo (Klein, 2010). Afinal, “linguagem e realidade se prendem dinamicamente” (Freire, 2001, p. 11). Pronunciar o mundo é, assim, modificá-lo. “O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. Não é no silêncio que os [seres humanos] se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (Freire, 1987, p. 78).

A palavra autêntica contrapõe-se ao discurso da acomodação e “da impossibilidade de mudar” (Freire, 2016). A palavra compreende o anúncio e a denúncia, tendo “o poder quase mágico de criar mundos” (Almeida; Streck, 2010), estando no centro do processo educativo como ação cultural.

A realização de pesquisas por educandos, educadores e profissionais da área de saúde que estão imersos no contexto da atividade acadêmica ou da prática profissional em saúde pesquisada favorece que esses agentes conectem suas práticas às políticas, às estruturas de poder e aos sistemas nos quais estão inseridos, bem como às necessidades específicas das pessoas a quem servirão ou servem. Ademais, a Autoetnografia permite ao pesquisador/profissional/educador investigar um problema ou tópico relacionado à sua prática de forma sistemática, transparente, e a partir de evidências estratégicas e situadas (Acosta; Goltz; Goodson, 2015).

Sendo os investigadores membros da cultura acadêmica e/ou profissional, na pesquisa são obtidos *insights* sobre as origens de crenças e perspectivas e sobre a dissonância e consonância de identidades profissionais e pessoais. A partir desse mapeamento de fronteiras culturais na prática, a consciência é refinada e

competências são aprimoradas. Além disso, a Autoetnografia provê suporte à comunicação dialógica, que promove entendimentos teóricos e tomadas de decisão teoricamente informadas (Acosta; Goltz; Goodson, 2015).

A Investigação de Temas Geradores e a Autoetnografia fortalecem-se mutuamente, propiciando oportunidades de compreensão de comportamentos próprios e dos outros contextualizados dentro da cultura acadêmica ou profissional.

A Autoetnografia é potencializada pela Investigação de Temas Geradores porque o “eu autoetnográfico” irá refletir ainda mais ampla e profundamente a realidade coletiva após contato íntimo com os temas geradores que emergem no coração da comunidade com a qual se pesquisa. A recíproca também é verdadeira uma vez que a Autoetnografia facilita a expressão gráfica da percepção ao mesmo tempo que gera automaticamente um rico material a ser submetido a re-admirações do pesquisador/educador e dos pesquisados/educandos.

Esse combo metodológico sinérgico oferece, assim, suporte à reflexividade, conscientização, agência e libertação, contribuindo para o alcance pleno dos objetivos da pesquisa crítica voltada ao desenvolvimento de programas educativos no campo da saúde.

A seguir, serão apresentados os métodos empregados para a coleta e a análise de dados, as etapas, as limitações e as questões referentes ao rigor e aspectos éticos da metodologia proposta.

4.1.1.4.1 Métodos empregados para a coleta de dados

Antes do início da investigação, recomenda-se a realização de pesquisas nas bases locais e na literatura científica, a fim de compreender mais sobre a instituição na qual será realizado o estudo e sobre a temática pesquisada. Na presente metodologia, uma vez iniciada a investigação, todos os métodos empregados para a coleta de dados são também estratégias para promover a transformação positiva da realidade pesquisada, já contribuindo por si mesmos para que se atinja os objetivos da pesquisa crítica. Os métodos indicados para a investigação serão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Métodos para a coleta de dados e observações sobre seu emprego

Imersão na comunidade pesquisada	Escrita autoetnográfica	Entrevistas colaborativas
<p>Similar à observação participante, porém, com um caráter ativo e propositivo.</p> <p>Realizada em consultórios, salas de reunião, salas de aula, laboratórios, recepção, entre outros.</p> <p>Registrada em caderno de campo, vídeo e/ou áudio.</p> <p>Pequenas ações educativas podem ser realizadas ao longo de toda a pesquisa, em ciclos sucessivos de amadurecimento, sendo simultaneamente método e resultado (porém, a ação educativa principal do projeto deve ser elaborada seguindo todas as etapas apresentadas no item 4.1.1.4.3).</p> <p>Contato com comunidade mais ampla (pacientes, gestores, técnicos, docentes, discentes, funcionários, público da instituição) pode favorecer <i>insights</i> sistêmicos.</p> <p>Engajamento em disciplinas, palestras, cursos, congressos, conselhos e afins permitem que o projeto se conecte a um contexto científico, profissional e social mais amplo, potencializando impactos.</p>	<p>O pesquisador/educador deve desenvolver descrição e reflexão sobre sua própria experiência profissional (pesquisa, ensino, prática profissional) e pessoal na temática do estudo (<i>writing as inquiry</i>).</p> <p>Pode ser praticada por outros membros do grupo estudado.</p> <p>Fotos e documentos (prontuários, atas de reuniões, programação de congressos, produção discente e outros) podem ser empregados como desencadeadores do processo autoetnográfico.</p> <p>Produções autoetnográficas são uma excelente ferramenta didática para as ações educativas.</p>	<p>O pesquisador/educador e o participante/educando se situam em um mesmo plano, evitando-se o fluxo usual de entrevistas tradicionais, “bancárias”, em que os participantes apenas dão (suas ideias) e o pesquisador apenas recebe.</p> <p>O roteiro deve ser embasado nos dados obtidos por meio da imersão na comunidade pesquisada e da escrita autoetnográfica.</p> <p>O caderno de campo deve ser utilizado como ferramenta de registro e reflexividade antes, durante e após as entrevistas.</p> <p>Sugere-se seguir a estratégia da amostragem de instância crítica a fim de propiciar maior engajamento.</p> <p>Os pesquisadores/educadores envolvidos no projeto podem ser entrevistados a partir do mesmo roteiro.</p>

Fonte: Elaborado a partir de Ellis (2004), Freire (1987) e Tracy (2013).

4.1.1.4.2 Métodos empregados para a análise de dados

A análise dos dados deve ser iniciada desde o começo de sua coleta, por meio da análise temática do tipo reflexiva. As etapas a serem seguidas são: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca de temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e produção do relatório. Deve-se buscar mais detalhamento sobre o desenvolvimento dessa estratégia de análise nos artigos de Braun e Clarke (2006) e Souza (2019). Softwares de análise podem ser utilizados. O caderno de campo deve ser usado como ferramenta suplementar para acompanhar o processo analítico durante toda a trajetória.

É possível, ao longo do processo da pesquisa, desenvolver mais de um ciclo de análise temática, trabalhando com dados coletados pelos distintos métodos apresentados ou por recortes temporais. Desse modo, resultados parciais da pesquisa podem ser sistematicamente empregados para a qualificação dos ciclos posteriores de reflexão e ação, favorecendo simultaneamente a elaboração de publicações que, por sua vez, ampliam o impacto gerado pela pesquisa.

4.1.1.4.3 Etapas da Investigação de Temas Geradores combinada à Autoetnografia

Neste item, será apresentado o passo a passo da metodologia de Investigação de Temas Geradores combinada à Autoetnografia, agregando também sugestões para a incorporação das preocupações teóricas da produção científica.

A metodologia de Investigação de Temas Geradores possui quatro etapas, precedidas da etapa de pré-investigação, e chega até o momento de apresentação do programa educativo à comunidade. Para aprofundamento, recomenda-se consulta à “Pedagogia do Oprimido”, obra na qual Paulo Freire apresenta detalhadamente essa metodologia (Freire, 1987, p. 100-120). No caso da presente proposta, foi acrescentada também uma etapa de realização da ação educativa, a fim de agregar algumas sugestões didáticas em relação a ela. O Quadro 4 apresenta todas essas etapas, nomeando e descrevendo as atividades a serem desenvolvidas conforme sistematização da metodologia original, correlacionando-as aos métodos de coleta de dados, adaptações e sugestões para a presente proposta metodológica.

É importante destacar que, tratando-se de uma abordagem baseada no pensamento freiriano, os objetivos são sempre mais relevantes do que a rigidez metodológica. Assim, esse rol de etapas, métodos e atividades pode e deve ser adequado às realidades locais.

Quadro 4 – Etapas da investigação, métodos para a coleta de dados, atividades e suas descrições, adaptações e sugestões propostas

Etapas e métodos para a coleta de dados	Atividades	Descrições	Adaptações e sugestões
Pré-investigação Pesquisas nas bases locais e na literatura científica.	1. Preparação	Delimitação da área de estudo e procura de fontes secundárias de informação.	- Levantamento sobre a temática da pesquisa na literatura científica. - Verificação da pertinência do estudo junto à comunidade a ser pesquisada.
1ª etapa: mirada crítica da área Imersão na comunidade pesquisada, escrita autoetnográfica, entrevistas colaborativas.	2. Aproximação da área	Apresentação dos objetivos da investigação e convite à comunidade para se envolver, dando início à imersão ativa na comunidade.	- Realização de pequenas ações educativas, fomentando o ciclo de ação-reflexão.
	3. Descodificação	Cisão analítica e crítica da área em estudo nas dimensões parciais que a impactam e a interação entre elas, levando à revelação progressiva dos temas relevantes.	- Emprego de todos os métodos de coleta de dados como estratégia de descodificação (a metodologia original foca nos diálogos informais). - Possibilidade de substituição dos seminários propostos na metodologia original pela discussão iterativa dos dados com a equipe de pesquisa e os membros do grupo pesquisado.
2ª etapa: escolha dos temas e representação das codificações Imersão na comunidade pesquisada.	4. Seleção dos temas	Escolha dos temas a serem representados.	- Emprego da análise temática. - Amadurecimento das análises preliminares mediante discussão com a comunidade.
	5. Elaboração das codificações	Produção dos itens a serem submetidos à análise crítica na ação educativa, que devem representar situações conhecidas pelos indivíduos sem serem demasiado explícitas ou enigmáticas.	- Priorização da codificação autoetnográfica conforme inicialmente criada ou editada (a metodologia original usa pinturas ou fotografias).
	6. Abertura do leque temático das codificações	Organização dos elementos constituintes das codificações de forma hierárquica, mantendo as codificações essenciais – relacionadas a aspectos concretos das necessidades percebidas pelo grupo – como suporte a codificações auxiliares.	- Emprego da análise temática.
3ª etapa: discussão	7. Diálogos descodificadores	Realização e gravação dos “círculos de	-

<p>com a comunidade</p> <p>Imersão na comunidade pesquisada.</p>		<p>investigação temática” para discutir os leques de codificações com colaboradores da pesquisa e membros da comunidade.</p>	
<p>4ª etapa: elaboração e apresentação do programa educativo</p> <p>Imersão na comunidade pesquisada, escrita autoetnográfica.</p>	<p>8. Delimitação temática</p>	<p>Organização das gravações e anotações feitas nos diálogos descodificadores em um quadro geral.</p>	<p>- Consideração das ideias dos participantes sobre suas necessidades educacionais em relação a conteúdos, formatos, carga horária e estratégias de ensino (dramatização, discussão ou simulação de casos clínicos, atividades de campo, conversa com pacientes). - Apreciação de sugestões voltadas à produção de materiais educativos, estabelecimento de articulações institucionais ou outras possibilidades.</p>
	<p>9. Elaboração do projeto de redução de cada tema</p>	<p>Definição das unidades de aprendizagem e sua organização em sequência lógica.</p>	<p>-</p>
	<p>10. Codificação</p>	<p>Escolha do melhor canal de comunicação para cada tema reduzido e sua representação.</p>	<p>- Priorização da codificação autoetnográfica por meio do uso de materiais obtidos diretamente na pesquisa ou elaborados especificamente para a ação educativa. - Inclusão de trechos de entrevistas, casos clínicos, dramatizações didáticas, fotos, vídeos, memes e outros.</p>
	<p>11. Confeção do material didático</p>	<p>Seleção de recursos didáticos, como reportagens de TV, livros e entrevistas que completem as codificações produzidas na pesquisa.</p>	<p>- Inclusão de artigos científicos e sites relevantes. - Validação processual de materiais educativos elaborados – como apostilas, protocolos ou guias – com a comunidade pesquisada em conversas informais, salas de aula ou reuniões.</p>
	<p>12. Apresentação do programa à comunidade</p>	<p>Apresentação do programa educativo à comunidade, colhendo sugestões.</p>	<p>-</p>
<p>Ação</p> <p>Imersão na comunidade pesquisada, escrita autoetnográfica.</p>	<p>13. Realização e avaliação da ação educativa</p>	<p>Realização e avaliação do programa educativo (etapa não é descrita na metodologia original).</p>	<p>- Validação e/ou aprimoramento das teorias elaboradas e do programa educativo, com divulgação à comunidade científica (artigo de pesquisa ou relato de experiência). - Emprego da escrita autoetnográfica pelos educandos. - Coleta de novos dados (escrita dos educandos, gravações, anotações em caderno de campo) para fomentar novos ciclos de reflexão-ação.</p>

			<p>- Troca de Cartas Pedagógicas entre os educandos, que é uma proposta freiriana para exercício rigoroso do pensamento refletido e compartilhado e que exige pensar sobre o que alguém diz e responder de modo comprometido e amoroso (Freire, 2016; Vieira, 2010).</p> <p>- Emprego do círculo de cultura freiriano, que fomenta o diálogo em roda e promove a construção conjunta do saber (Brandão, 2010b, 2010a), utilizando textos autoetnográficos ou outros materiais selecionados como fichas de cultura⁴.</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaborado a partir de Freire (1987, p. 100-120).

4.1.1.4.4 Limitações da metodologia proposta

A metodologia proposta, por implicar em construção coletiva, pode demandar mais tempo do que metodologias verticais. Não é possível apontar o tempo exato necessário para a execução do passo a passo proposto, visto que ele é flexível e deve se amoldar às instituições e aos participantes envolvidos. Estima-se a necessidade de ter disponível pelo menos o tempo de um a dois anos. Quando o pesquisador/educador não for integrante da comunidade pesquisada ou quando ele não tem experiência prévia no tema pesquisado ou em métodos qualitativos, esse tempo pode ser ainda mais longo.

É interessante apontar, no entanto, que a metodologia aqui apresentada promove mudanças na realidade pesquisada desde a sua 1ª etapa, a mirada crítica da área. Então, resultados são colhidos durante todo o processo e não apenas após a finalização do processo de pesquisa.

⁴ As fichas de cultura, propostas no método de alfabetização freiriano, são formuladas a partir da imersão na comunidade pesquisada e contêm ilustrações representativas das palavras geradoras que servem como base para o debate.

4.1.1.4.5 Rigor e aspectos éticos

Os critérios usados para julgar o rigor na presente proposta metodológica foram elaborados partindo de seus pressupostos epistemológicos e ontológicos (Denzin, 2018; Finlay, 2006; Gastaldo, 2021; Le Roux, 2016), considerando os processos e objetivos da Investigação de Temas Geradores e os da Autoetnografia. Afinal, “Freire, rigoroso no essencial, acerca da contribuição com a libertação, não se deixava aprisionar por métodos, regras e etiquetas formais das ciências e das academias, nem mesmo com a origem e proveniência dos pensamentos” (Passos, 2010a).

Nessa lógica, foi considerado um uso político do termo *rigor*, rejeitando a noção de neutralidade social como condição de objetividade de estudos científicos. O termo *rigor* vem do latim *rigorem*, ou rigidez, e o foco nesse parâmetro tradicionalmente leva a um foco excessivo no método. Nessa proposta, a congruência epistemológica é considerada o critério central de rigor, requerendo do pesquisador/educador que examine e documente a fundamentação teórica, o propósito da pesquisa, as circunstâncias contextuais e as técnicas utilizadas para gerar e analisar dados. Assim, outros poderão entender e criticar o processo e o conhecimento produzido (Gastaldo, 2021).

Alguns parâmetros de rigor usuais na pesquisa qualitativa se aplicam perfeitamente à presente proposta, como a coleta de dados rica e densa e a triangulação. Artigos, protocolos clínicos, políticas públicas, legislação, literatura, eventos e outros referenciais de relevância para o contexto pesquisado devem ser utilizados a fim de triangular a pesquisa não apenas no contexto da produção científica, mas também no contexto profissional, organizacional e educacional.

Como o pesquisador mantém diálogo sobre todas as etapas do processo com os participantes do estudo, desenvolve-se uma validação processual, que favorece a obtenção de consistência interna (Le Roux, 2016; Tracy, 2013).

A metodologia de investigação freiriana, assim como a Autoetnografia crítica, visa transformar a práxis dos oprimidos no sentido de maior justiça social, tendo objetivos claros de ensinar, informar e inspirar. Por isso, um critério de rigor importante para a presente metodologia é a contribuição (Le Roux, 2016), ou seja, a medida em que o

estudo amplia o conhecimento, gera novas pesquisas, libera, empodera, melhora a prática ou contribui para a mudança social.

Devem ser, também, adotados como critérios de rigor a autorreflexividade, a subjetividade, a credibilidade e a ressonância. A autorreflexividade visa apresentar evidências da intensa consciência do pesquisador sobre seu papel e sua relação com a pesquisa, apontando para a autopercepção, a autoexposição e a introspecção autoconsciente. A subjetividade se refere à confirmação de que o *self* do pesquisador esteja visível no estudo. Freire destaca sempre a necessidade de posicionamento do pesquisador/educador, uma vez que nenhuma atividade de pesquisa ou educação pode ser neutra. Na Autoetnografia, a subjetividade se revela inclusive à medida que o pesquisador se envolve de forma autoconsciente na construção de textos (Le Roux, 2016).

A credibilidade é um critério de rigor que visa verificar se há evidências de verossimilhança, plausibilidade e confiabilidade na pesquisa. O processo de pesquisa e seu relato devem ser permeados por honestidade. Por fim, mas não menos importante, deve ser adotado o parâmetro da ressonância. Para a Autoetnografia, a ressonância requer que o público seja capaz de entrar na história, se envolver, experimentar ou se conectar em um nível intelectual e emocional, o que gera um senso de comunhão entre o pesquisador e o público; um entrelaçamento de vidas (Le Roux, 2016). A metodologia freiriana adota a estratégia colaborativa e de diálogo para promover esse senso de comunhão durante todo o processo da pesquisa, desde a coleta de dados, passando pelo delineamento dos resultados e sua discussão.

Como de praxe em pesquisas com seres humanos, todos os participantes devem ser informados sobre o porquê de serem selecionados para o estudo, quais são os objetivos e as características de sua participação, assinando se concordarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da sua participação na pesquisa, elaborado conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

4.1.1.5 Considerações finais

O pensamento e a prática de saúde no Brasil contemporâneo são cunhados na ciência hegemônica colonizatória, deixando muitas vozes excluídas. A combinação entre a Investigação de Temas Geradores freiriana e a Autoetnografia é uma possibilidade metodológica para a elaboração de ações educativas no campo da saúde que proporciona de modo intrínseco a criticidade e a reflexividade necessárias ao ensino, à prática profissional e à pesquisa. Assim, promove o *ser mais* dos envolvidos diretamente na pesquisa e também da população que se faz presente nos ambientes acadêmicos ou da prática profissional em saúde nos quais a pesquisa ocorre.

Essa combinação metodológica pode ser adotada em iniciativas pontuais ou constituir-se como estratégia institucional perene para fomentar a inclusão de discentes, docentes e diferentes profissionais na produção da práxis em saúde, por exemplo em programas de educação permanente.

Além dos frutos a serem colhidos em nível local em decorrência da aplicação dessa metodologia, de modo mais amplo, a reflexão crítica sobre possibilidades metodológicas pode inspirar a germinação de outras abordagens criativas que promovam justiça social ao mesmo tempo que expandem o conhecimento.

4.1.1.6 Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de estudo. A Guilherme Santiago de Barros e Felipe Augusto dos Santos Oliveira Lima, pela revisão crítica.

4.1.1.7 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.2 Artigo 2 – Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire

Artigo publicado em 07 de outubro de 2023 no periódico Revista Pesquisa Qualitativa, classificada como Qualis A1, em português e em inglês (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b). Print da primeira página disponível no Apêndice C.

RESUMO EM PORTUGUÊS

Este artigo pretende discutir criticamente aspectos socioculturais que influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo, olhando-a a partir da teoria da ação antidialógica de Paulo Freire. Para isso, empregou-se a Autoetnografia Evocativa. Duas narrativas produzidas se entrecruzam com os quatro componentes da ação antidialógica – conquista, dividir para manter a opressão, manipulação e invasão cultural –, criando diálogo entre teoria e prática à medida que se desenha uma problematização com perspectiva decolonial. São desveladas razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde apesar do seu imenso potencial para o país. Conclui-se que é necessário que uma práxis crítica baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira se capilarize no ensino, na pesquisa e nos serviços em saúde. Assim, denuncia-se uma situação-limite, que contém em si a semente do inédito-viável a ser construído: um projeto de saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

Palavras-chave: fitoterapia; plantas medicinais; Medicina Tradicional das Américas; pesquisa qualitativa.

4.1.2.1 Introdução

“Fito” é um sufixo ou prefixo grego que indica uma relação com os vegetais. Fitoterapia se refere ao tratamento pelas plantas. O crescimento da fitoterapia é uma realidade mundial, contando com interesse crescente das populações. Os baixos índices de efeitos colaterais, a ampliação do leque terapêutico, a possibilidade de menor custo de produção em relação aos medicamentos sintéticos e o reconhecimento da medicina convencional fazem com que a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais

de saúde seja reiteradamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 1978, 2002a, 2013).

Desde o final do século XX, os avanços legislativos e regulatórios nesse campo foram notáveis, inclusive no Brasil (Brasil, 2012a). Em 2006, a fitoterapia foi fortalecida pelas publicações sequenciais da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2016a). Essa última tem o objetivo geral de “garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2016a, p. 24). Para operacionalizar esse objetivo, em 2008 foi publicado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2016a). Desde então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem paulatinamente regulamentando a fitoterapia em suas diferentes dimensões (Brasil, 2018b).

O Brasil é detentor da maior diversidade biológica do mundo, incluindo inúmeras espécies medicinais, tendo potencial para estabelecimento de “um modelo de desenvolvimento próprio e autônomo na área de plantas medicinais” (Brasil, 2016a, p. 101). As políticas públicas em vigor mencionam a importância dos saberes e fazeres tradicionais e populares em plantas medicinais, valorizando os princípios ancestrais sobre os quais tais elementos se validam por meio da própria tradição (Brasil, 2016a). Afinal, seria muito difícil que um recurso terapêutico fosse repassado por centenas ou milhares de anos para as gerações seguintes se não tivesse bom custo-benefício.

Em todo o mundo, a prática antiga da fitoterapia vem se traduzindo em práticas contemporâneas, porém, frequentemente sem que seja apreendido seu “parentesco” com o que se fazia no passado, como se fossem “conhecimentos desligados” (Freire, 2005b, p. 19). Em sociedades em transição, são reveladas fortes contradições no choque entre valores emergentes – em busca de plenificação – e valores do ontem – em busca de preservação (Freire, 2005a). Isso caracteriza a fase de trânsito, propícia a opções conscientes, de “conhecimento transformado em ação”, desde que se capte criticamente os desafios em questão (Freire, 2005a, p. 54).

Por isso, faz-se necessária uma discussão crítica da realidade, considerando aspectos históricos e sociológicos. Entre os valores do ontem e do hoje, atualmente, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde (Brasil, 2012a), fato que demonstra a expressividade nacional dessa prática. No entanto, apesar de todos os fatores regulatórios, ambientais e culturais apontando a favor da fitoterapia no Brasil, ela ainda não se integra plenamente às práticas de profissionais de saúde (MAIA *et al.*, 2016).

Alicerçando-se na tradicionalidade de uso, já existem alguns fitoterápicos produzidos industrial ou magistralmente a partir de plantas nativas, que podem ser encontrados em estabelecimentos comerciais e eventualmente também no SUS. Porém, ainda é rasa a sistematização sobre como os diferentes povos tradicionais brasileiros pensam a saúde e desenvolvem seus processos de diagnóstico e cuidado – que vão muito além de considerar apenas quais são os produtos utilizados com finalidade diagnóstica, preventiva e terapêutica. Trocando em miúdos, ainda não há um caminho claro para operacionalizar a oferta da Medicina Tradicional Brasileira em sua integralidade no sistema de saúde oficial, não existindo acesso a consultas nessa linha. Curiosamente, no SUS brasileiro há um modelo instituído para a oferta de consultas nas linhas da Medicina Tradicional da China e da Índia (Ayurvédica), também vastamente baseadas no uso das plantas medicinais (Brasil, 2006a, 2017a). Os referidos países dão exemplos de como práticas de saúde tradicionais, além de trazerem impactos individuais e locais, podem ser ativos relevantes no cenário global.

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira (Brasil, 2012b), é um importante teórico do pensamento crítico. Sua extensa obra, de caráter universal, vem há décadas impactando não apenas o Brasil, seu país de origem, mas todo o mundo, inclusive na área da saúde (Miranda; Barroso, 2004). Por essa razão, seu pensamento foi escolhido para fomentar a discussão deste artigo.

Segundo Freire, “o diálogo é o encontro amoroso dos homens [e mulheres] que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (Freire, 2021, p. 51). Já o antidiálogo é a prática oposta ao diálogo, implicando em relação vertical. É desamoroso, acrítico, desesperançoso e arrogante. O antidiálogo está amplamente entranhado na formação histórico-cultural na América Latina (Freire, 2005a, 2020). Esse conceito é utilizado

em diversas obras de Freire (1987, 2015, 2020, 2021). Destaca-se o livro “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987), no qual o autor apresentou pela primeira vez a teoria da ação antidialógica, descrevendo por meio desta os procedimentos praticados pelos opressores para manter sua posição de dominação.

Outro conceito relevante para esta discussão é o de situação-limite, também cunhado por Freire (1987), que diz respeito a uma situação desfavorável à qual os indivíduos aderem sem consciência de sua submissão por terem impressão de que se trata de fatalismo e, portanto, não se percebem com poder de mudança.

Este artigo tem como objetivo responder, a partir de uma perspectiva crítica, à seguinte pergunta: quais aspectos socioculturais influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo? Para tal, será construído um paralelo entre a situação atual da fitoterapia no contexto brasileiro e a teoria da ação antidialógica, partindo da experiência profissional e pessoal das pesquisadoras. Para além de se tratar de mero exercício intelectual, tal reflexão pretende denunciar uma situação-limite concreta e anunciar o inédito-viável a ser buscado, engendrando possibilidades para a ruptura com a atual situação de opressão e a concretização de uma nova realidade mais justa e saudável, que antes não era sequer considerada.

4.1.2.2 Metodologia

Esta pesquisa qualitativa se insere em uma epistemologia subjetivista, ou seja, desenvolve-se assumidamente a partir do ponto de vista das pesquisadoras, não partindo da premissa de que exista uma realidade objetiva e que possa ser investigada de modo neutro. Ademais, situa-se no paradigma crítico, que pressupõe que existe uma realidade a ser transformada a partir da pesquisa (Denzin, 2017). Parte-se das premissas freirianas que postulam que o mundo não é, o mundo está sendo (Freire, 2019) e que o ser humano não apenas está no mundo, mas com o mundo (Freire, 2005a).

O pensamento complexo enuncia que “o todo está na parte, que está no todo” (Morin, 2005, p. 75). Totalidade e parcialidades operam conjuntamente, de modo complementar e, ao mesmo tempo, contraditório, a partir de uma “inteligência dialética

da realidade” (Freire, 2005b, p. 86-87). Assim, o indivíduo é uma parte do coletivo do qual participa, e o coletivo é uma parte do sujeito. Nessa perspectiva, foi empregada como metodologia a Autoetnografia.

A Autoetnografia se refere à escrita sobre experiências pessoais e suas relações com a cultura. É um gênero autobiográfico de escrita e pesquisa que revela múltiplos níveis de consciência, costurando relações entre questões sociais e culturais com experiências próprias (Ellis, 2004). Em muitas pesquisas autoetnográficas, o aspecto crítico toma um papel central (Denzin, 2018; Raimondi *et al.*, 2020), afinal, por sua relação íntima com a vida cotidiana, essa metodologia é muito útil para refletir sobre e transformar a realidade. No campo da saúde, ela vem sendo cada vez mais reconhecida e empregada (Chang, 2016; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

Freire (2005a) reforça a importância de que se desenvolvam práticas de investigação vinculadas à vida, fazendo uso de palavras ricas em realidade que provoquem o desenvolvimento da criticidade da consciência, e a Autoetnografia cumpre tais quesitos. Neste trabalho, foi empregada a Autoetnografia Evocativa, que busca compatibilizar a pesquisa científica rigorosa com a “beleza da forma na expressão dos achados” (Freire, 2005b, p. 72), envolvendo escrita criativa e com riqueza de detalhes, visando evocar ressonância e mover a leitora e o leitor à ação (Ellis, 2004; Ramalho-de-Oliveira, 2020).

A metodologia autoetnográfica permitiu explorar a experiência de uma das autoras, que está imersa no universo em estudo. Além de utilizar a fitoterapia rotineiramente, ela é também farmacêutica fitoterapeuta e professora de fitoterapia para profissionais de saúde e para a comunidade de modo geral. Ela observa aspectos contraditórios entre os benefícios clínicos que ela e seus pacientes obtêm com a fitoterapia e o frequente questionamento dessa prática ou desinteresse apresentado por parte dos profissionais de saúde. Já no ensino da fitoterapia, ela observa como os pré-conceitos do público delimitam suas possibilidades de aplicação dessa técnica.

O período de coleta dos dados autoetnográficos foi entre novembro de 2020 e fevereiro de 2022, totalizando a elaboração de 12 vinhetas. Essa produção foi lida múltiplas vezes e analisada pela autora principal, utilizando um caderno de campo como ferramenta de suporte e registro do processo de reflexividade. Durante tal

processo, ocorreu o encontro com a teoria da ação antidialógica de Freire. Tal teoria conversava vividamente com as narrativas produzidas, promovendo um entrecruzamento entre a experiência vivenciada e a teoria social, corroborando com a seguinte declaração: “os homens [e mulheres] alcançam a razão dos obstáculos na medida em que sua ação é impedida. É atuando ou não podendo atuar que se lhes aclaram os obstáculos à ação, a qual não se dicotomiza da reflexão” (Freire, 2020, p. 21-22).

A autora principal procedeu então a uma organização dos tópicos que surgiram a partir do processo autoetnográfico, usando como lentes a teoria da ação antidialógica. As demais autoras – também farmacêuticas – fizeram uma revisão cuidadosa dessa organização, até que se chegasse por consenso a um produto final. Considerando o limite de espaço próprio da comunicação por meio de artigo científico, as autoras selecionaram para o presente artigo duas dentre as vinhetas elaboradas.

A fim de preservar a legitimidade dos relatos, optou-se por não acomodar ou distorcer as histórias para ilustrar ponto a ponto a teoria da ação antidialógica, uma vez que as narrativas estavam produzidas antes do encontro com a teoria e não tinham a finalidade específica de ilustrá-la no momento no qual foram criadas. A proximidade crua e legítima entre a prática viva e a teoria encontrada foi a motivação para escrever este artigo, que explora a pertinência dessa teoria freiriana para uma avaliação da conjuntura do campo da fitoterapia no Brasil.

Considerando os pressupostos epistemológicos e ontológicos desta pesquisa, foram adotados os critérios de rigor propostos por Le Roux (2016). Nas narrativas autoetnográficas, nomes fictícios foram utilizados, preservando a identidade dos participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

4.1.2.3 Resultados e discussão

A teoria da ação antidialógica abarca quatro componentes, nomeados aqui *ipsis litteris* conforme a teoria original: 1) a conquista; 2) dividir para manter a opressão; 3) a manipulação; e 4) a invasão cultural (Freire, 1987). Cada um desses componentes

será aplicado à situação atual da fitoterapia no país. Trechos autoetnográficos, em fonte diferenciada do corpo do texto, serão intercalados com a discussão teórica, de modo a criar um diálogo entre teoria e prática, buscando a práxis preconizada por Freire (1987).

4.1.2.3.1 A conquista

A conquista trata de como os opressores desenvolvem “uma série de recursos através dos quais propõem à ‘admiração’ das massas conquistadas e oprimidas um falso mundo. Um mundo de engodos que, alienando-as mais ainda, as mantenha passivas em face dele” (Freire, 1987, p. 136).

A base da conquista são os mitos difundidos pela propaganda bem organizada, veiculada pelos meios de comunicação, que vão sendo introjetados pelas massas populares oprimidas (Freire, 1987). A classe dominante apresenta sua linguagem, seus projetos e seus valores como se fossem linguagem, projetos e valores nacionais, “e não aceita recusa” (Freire, 2005b, p. 156-157). O depósito desse conteúdo alienante nelas não é realmente comunicação, no sentido verdadeiro da palavra (Freire, 1987).

Para oprimir, é necessário ao invasor descaracterizar a cultura invadida e enchê-la de subprodutos da cultura invasora (Freire, 2021). No campo da saúde, a conquista opera convencendo populações dos milagres da tecnologia e da biomedicina, reforçando o mito da inferioridade ontológica de práticas populares e tradicionais (Freire, 1987).

Desde os primórdios da indústria farmacêutica no Brasil, no final do século XIX, campanhas apelativas dos produtos modernos vêm destacando que as práticas caseiras são atrasadas e duvidosas. Essas propagandas representam, assim, os “depósitos”, no sentido freiriano, dos mitos indispensáveis à manutenção do status quo implementado, carregando verdadeira força domesticadora (Freire, 2005a).

Grande parcela da população, assim como grande parte dos profissionais de saúde, possui a perigosa ilusão de que o desenvolvimento científico é neutro. Contudo, a organização dos serviços e a escolha das técnicas empregadas carregam em si uma visão política, seja ela declarada ou não (Freire, 2020, 2021). A aceitação de recursos

terapêuticos não deve se basear apenas no fato de serem velhos ou novos (Freire, 2020).

As práticas denominadas “Integrativas e Complementares” em saúde, dentre elas a fitoterapia, lutam para coexistir com os interesses do poderoso complexo médico-industrial, representando resistência a forças ideológicas do capitalismo e da colonização. Inúmeras práticas tradicionais e populares de saúde, de povos das mais diversas origens, vêm sendo subalternizadas, ridicularizadas, invisibilizadas ou até mesmo suprimidas pelos opressores, partindo de uma atribuição de valor eurocentrada. A determinação da existência de um único tipo de saber autoritário, monocultural, implica na determinação automática de formas correspondentes de ignorância. O que não se encaixa nos parâmetros da monocultura vigente torna-se inexistente ou, ainda, representa obstáculo ao avanço do conhecimento tido como o único verdadeiro (Nunes; Louvison, 2020).

Assim, a biomedicina, que determina os padrões de evidência cabíveis, é apropriada historicamente como justificativa para projetos de opressão, que afetam amplamente a vida no contexto do processo de medicalização da sociedade. Desse modo, resgatar medicinas tradicionais ou integrativas é um ato decolonial em si. Trazê-las para o espaço acadêmico da produção de conhecimentos traz a possibilidade de de-silenciar vozes oprimidas, lutando contra o epistemicídio de práticas que não são de interesse do opressor e promovendo novas dinâmicas de ecologias de saberes (Nunes; Louvison, 2020). As ecologias de saberes se fundam na reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia (Santos, 2007).

Saúde integral e fitoterapia: além da ponta do *iceberg*

Prólogo: a experiência de aquisição e uso de um medicamento fitoterápico industrializado

Moro em metrópole, e meu bairro conta com uma farmácia em cada esquina.

A rouquidão me incentiva a fazer uma breve caminhada à drogaria:

— Boa tarde! Tem xarope de guaco?

— Sim, senhora. Está aqui mesmo, neste corredor.

— É este mesmo que vou levar. Muito obrigada!

Vou até o caixa, onde acerto o valor no cartão. Ele me entrega a sacola plástica com o medicamento.

Chego em casa, abro o frasco, sirvo 5 mL conforme indicado no copinho dosador e tomo. Sinto imediatamente um pequeno alívio local.

Mantendo a posologia recomendada, no dia seguinte já me sinto bem melhor!

No esforço acadêmico de construir conhecimentos sobre as práticas de saúde dos povos nativos brasileiros, ou dos diversos imigrantes – voluntários ou forçados – que aqui se estabeleceram, é usual que seja adotado como ponto de referência o pensar europeu. A adoção dessa referência externa se aplica até mesmo à própria avaliação do pensar. Buscando segurança na erudição europeia, os critérios e perspectivas adotados carregam um julgamento colonizador, alienado e que impossibilita um engajamento legítimo com os reais potenciais, vocações e desafios nativos. O Brasil é assim percebido como país atrasado (Freire, 2005a). Não se trata de eliminar as contribuições estrangeiras, mas de buscar compreendê-las e integrá-las a partir de uma perspectiva local (Freire, 2020).

As práticas tradicionais e integrativas propõem a interpenetração entre comunidades e profissionais de saúde, entendendo que o saber do outro é importante e deve ser considerado, pois não existe uma única forma de construir saúde. O esforço de silenciar o que é popular e, portanto, próprio do oprimido, promove o adoecimento do contexto social, com desdobramentos que vão além do resultado individual de condutas terapêuticas. Rebaixar culturalmente os atores da medicina popular e tradicional leva à constituição de atos de conquista e dominação cultural.

A experiência imersiva na fitoterapia

Escapei da cidade grande, e agora moro em um sítio. Depois do almoço, faço a breve caminhada que leva até a casa da minha vizinha para entregar a muda que preparei para ela. Dona Sílvia participou durante anos das atividades de educação em saúde da organização social na qual eu coordenava o programa público de fitoterapia do município, a Farmácia Viva.

Quando conheci D. Sílvia, não imaginei que seríamos amigas. Eu, nos meus trinta e tantos. Ela, nos seus sessenta e tantos. Eu, uma menina da cidade grande. Ela, criada na roça. Eu, com nível superior de educação. Ela, em processo de alfabetização no programa de ensino de jovens e adultos. Eu, não sei bem qual é minha religião. Ela, evangélica fervorosa. Eu, com renda de seis salários mínimos. Ela, com renda de um salário mínimo. Eu, branca. Ela, negra. O interesse comum que temos pelas plantas nos aproximou.

Da porteira, sinto a mistura de cheiros do fogão à lenha, do galinheiro e da cânfora plantada junto à cerca. Avisto Dona Sílvia dando comida para as galinhas.

— Opa! Boa tarde, Dona Sílvia! — chamo com um sorriso e um aceno da mão.

— ‘Tarde, Ana! — ela responde, sorrindo amplamente, e acena de volta.

Ela vem caminhando com suas galochas coloridas, calças de malha preta e camisa de propaganda política de anos anteriores. Os cabelos cuidadosamente presos com grampos. Abre a porteira para mim, e trocamos um abraço caloroso. Suas plantas estão maravilhosas. Begônias, beijinhos e muitas outras folhagens e flores, desafiando os materiais improvisados que ela usa para fazer seus vasos e canteiros. Estendo as mãos entregando a mudinha para ela.

— Consegui tirar a mudinha de estévia que a senhora me pediu! Apesar de ser uma espécie brasileira, essa mudinha foi difícil de enraizar! Mas antes tarde do que nunca, não é mesmo?

Ela ri e pega a muda carinhosamente das minhas mãos.

— Vou plantar em um vaso grande para eu cuidar melhor até ela crescer — ela fala acariciando suavemente as folhinhas.

A consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica, em suas correlações causais e circunstanciais. Tal consciência promove integração entre realidade e ação, vencendo a visão fatalista e a acomodação, nas quais não existe diálogo, mas apenas determinações que se superpõem autoritariamente às pessoas (Freire, 2005a). A acomodação exige uma dose mínima de criticidade, enquanto a integração exige um máximo de consciência (Freire, 2005a). Então, na medida em que se ganha consciência crítica sobre as práticas populares e tradicionais de saúde, como a fitoterapia, seu real valor é apreendido, levando a ações que integram tais práticas de modo inteligente e adequado ao fazer saúde da sociedade atual.

Na promoção da consciência crítica, o conhecimento e a consideração cuidadosa do vocabulário são indispensáveis (Freire, 2005a). Afinal, a linguagem está sempre em

diálogo com a realidade, e “mudar a linguagem faz parte do processo de mudar o mundo” (Freire, 2005b, p. 68). Assim, à tradição freiriana, faz-se relevante refletir sobre o conceito de Fitoterapia adotado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Em 2006, Fitoterapia era definida como a “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Brasil, 2016a, p. 49). Já em 2008, esse conceito passou a ser “um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado (reconhecido)” (Brasil, 2016a, p. 148, grifo nosso). Por que restringir o uso do termo à orientação de um profissional habilitado? Reconhecido por quem? Como assim, de repente, as práticas tradicionais ou populares de uso das plantas medicinais não são mais consideradas fitoterapia?

Ela percebe que estou com olhar fixo direcionado para o fundo do quintal, observando uma planta trepadeira vigorosa que cobriu totalmente a cerca.

— Viu meu guaco, menina? Eu plantei a muda que ganhei na Farmácia Viva há três anos. Olha como está bonito! Estou fazendo a secagem das folhas, igualzinho você ensinou no curso.

Olho para os ramos e folhagem robustos e verde escuros. *Mikania glomerata*, segundo a identificação botânica realizada pelo Herbário. Eu me lembro do dia em que a botânica veio voluntariamente colher a exsicata para análise taxonômica. Pergunto-me se ela tem a dimensão de quantas pessoas foram beneficiadas pela identificação que ela realizou.

— Dona Sílvia, esta planta que você pegou na Farmácia Viva foi originada de uma única mudinha um dia e virou milhares de mudas e frascos de remédio para tantas pessoas!

— Eu também já distribuí esta planta para muita gente, minha filha, e eles também seguiram passando para a frente! — ela relata olhando para a planta com orgulho. — Olha o caso aqui da minha vizinha. Ela também está colhendo e usando o guaco, e até me pediu para parar de cortar os ramos que passam pela cerca e vão parar no quintal dela!

Rimos juntas, e ela continuou a explicar.

— Olha pr’ocê ver: ela faz para o neto dela um xarope que resolveu a bronquite dele melhor do que os remédios que ele tomava desde bebê!

— Que ótima notícia, Dona Sílvia! Eu estou sem o guaco em casa no momento... Você poderia me dar um ramo? — pergunto animada.

— Vou pegar uma tesoura agora mesmo!

Nós nos aproximamos do guaco. De perto, vejo com detalhes a beleza de seus ramos se enrolando na cerca. Observo o ambiente, sombreado por um imenso abacateiro. Vejo alguns ramos mais claros e com folhas menores na beirada da cerca, sob o sol forte do início da tarde.

— Ele gosta é de sombra, não é, Dona Sílvia?

— Isso mesmo!

— Ao plantar, vou ficar atenta para escolher um local adequado! E precisa molhar muito?

— O guaco se vira aqui no fundo, não me pede nada! Você precisa molhar só nas primeiras semanas — disse ela, e eu concordei com a cabeça.

Enquanto falamos, Dona Sílvia corta com destreza diversos ramos da planta.

— Pronto, aqui está! — ela fala enquanto me entrega os ramos.

— Muito obrigada! Vou plantá-los agora mesmo!

Abro os braços, ela vem ao meu encontro, e compartilhamos mais um abraço caprichado.

— Bom dia para a senhora!

— Bom dia, menina! Depois volta mais, hein?

4.1.2.3.2 Dividir para manter a opressão

O segundo componente da ação antidialógica é dividir para manter a opressão. Um de seus atributos, quase nunca percebido por profissionais ingênuos, mesmo que sérios, é a ênfase na percepção focalista dos problemas e não na percepção deles como dimensões de uma totalidade (Freire, 1987). Essa visão vai ao encontro daquela proposta pela teoria da complexidade, que afirma que a visão complexa é um ponto de partida para uma ação mais rica e menos mutiladora (Morin, 2005). O reducionismo beneficia o modelo opressor. “Na medida em que as minorias, submetendo as maiorias a seu domínio, as oprimem, dividi-las e mantê-las divididas são condições indispensáveis à continuidade de seu poder” (Freire, 1987, p. 138). A unificação das

massas populares ou de diferentes componentes de um processo em um todo representa, assim, uma ameaça à hegemonia dos grupos dominantes (Freire, 1987).

A temática da saúde é usualmente percebida por uma ótica fragmentada, destacada de suas interações com a sociedade, o meio ambiente e a economia. É uma realidade-chave que se desintegra quando passa por entre as “fendas que separam as disciplinas” (Morin, 2005, p. 12), fenômeno delineado a seguir.

O [ser humano] é um ser evidentemente biológico. É ao mesmo tempo um ser evidentemente cultural, [...] que vive num universo de linguagem, de ideias e de consciência. Ora, [...] a realidade biológica e a realidade cultural, o paradigma de simplificação nos obriga a disjuntá-las. [...] Vamos, pois, estudar o [ser humano] biológico no departamento de biologia, como um ser anatômico, fisiológico, etc., e vamos estudar o [ser humano] cultural nos departamentos das ciências humanas e sociais. Vamos estudar o cérebro como órgão biológico e vamos estudar a mente, the mind, como função ou realidade psicológica. Esquecemos que um não existe sem a outra, ainda mais que um é a outra ao mesmo tempo, embora sejam tratados por termos e conceitos diferentes (Morin, 2005, p. 59).

O mecanismo antidialógico do dividir para manter a opressão pode ser facilmente percebido no modelo biomédico, que frequentemente adota moldes reducionistas e lineares, limitando a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida (Minayo, 1997). Segue-se perpetuando a ideologia de acordo com a qual a responsabilidade pelos fracassos “pertence aos fracassados enquanto indivíduos e não às estruturas ou à maneira como funcionam essas sociedades” (Freire, 2005b, p. 157-158). Porém, o contexto integral de vida é o primeiro determinante no estado de saúde, considerando alimentação, habitação, trabalho e coesão social (Illich, 1975). Afinal, segundo a OMS (World Health Organization, 1978), saúde não é conceituada como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades? Por que se segue pensando em saúde e organizando ações de saúde a partir das doenças?

A partir da visão reducionista, o uso do medicamento – natural ou convencional – para corrigir um problema, mas sem tematizar o que está em questão realmente, não passa de um “tapa-buracos”. Um exemplo é a prescrição de um ansiolítico para alguém que trabalha sob condições adversas, sem considerar a raiz do adoecimento. Essa forma de atuação coloca-se a serviço da máquina de produção capitalística ou, mais do que

isso, faz parte de sua engrenagem. Nessa perspectiva, a promoção da saúde passa a ser um dispositivo biopolítico de controle a serviço do modelo econômico (Lopes, 2019).

Práticas de legítima promoção da saúde aparecem marginalmente, não sendo devidamente financiadas ou executadas pela gestão pública, que se desresponsabiliza. Até mesmo na Atenção Básica em Saúde, o foco está no adoecimento (Lopes, 2019). Por exemplo, não são ofertadas sistematicamente ações de educação nutricional, mas, por outro lado, existe financiamento para desenvolvimento de educação nutricional para grupos de pacientes diabéticos ou hipertensos. Para ser abarcado pelo sistema, primeiramente é necessário adoecer.

Chego em casa, imbuída da missão de plantar o guaco. Vou até a pilha de compostagem preparada no ano passado e encho até a metade um balde com essa terra vegetal, sentindo sua textura soltinha e gostosa. Misturo bastante desse adubo composto com um pouco de terra argilosa do quintal, esforçando-me para criar um solo balanceado. Mexer com a terra é uma atividade meditativa para mim. Vem a reflexão: a saúde que este guaco pode me trazer na fitoterapia seria maior do que a saúde promovida simplesmente por plantar e cuidar dele?

Coloco a terra adubada em cinco sacos plásticos reutilizados, nos quais já havia furado buraquinhos para drenagem. Já que Dona Sílvia me deu tantos ramos, aproveito e faço mais mudas para compartilhar! Preparo as estacas cuidadosamente, retirando as folhas para evitar desidratação, e coloco-as na terra, apertando suavemente até que as plantas estejam firmemente posicionadas. Deixo os saquinhos à meia sombra. Depois, descarto as sobras das plantas na pilha de compostagem deste ano, para fertilizar as plantas do ano que vem. Nada se perde, nada se cria, tudo se transforma.

Alcanço a mangueira, ligo a torneira e, assim que brota a água, rego as cinco mudas com abundância, sentindo o cheiro confortante da terra molhada. Ocorre-me que esse cheiro evoca nossa presença ao momento e há de ter potencial farmacológico para acalmar o estresse!

Resolvo aproveitar o ímpeto e molhar as outras plantas. Meus pensamentos fluem livres como a água. Enquanto molho os arbustos de lavanda, mirra e rosmaninho, eles me retribuem com seus perfumes. Concomitantemente ao farfalhar das folhas ao vento e ao som das gotas d'água sobre as plantas, o canto dos pássaros compõe a paisagem sonora familiar e relaxante. Ouço o canarinho, o guaxo, o bem-te-vi. Este ambiente por si certamente minimiza a chance de que eu venha a adoecer.

Sigo regando o coentrão, o nirá e o alecrim; seus aromas evocam nutrição. É um prazer imenso me alimentar dessa biodiversidade. Uma gota de suor escorre em meu rosto quente, enquanto percebo como a jardinagem transformou minha saúde física e mental. Uma terapia ocupacional poderosa! Um tempo ativo, longe das telas, faz-me sentir tão

aterrada e revigorada. Usar um fitoterápico e ter uma melhora pontual na saúde é só a ponta do *iceberg* comparado a tudo que as plantas podem oferecer!

O termo One Health tem sido usado para designar uma proposta de transição para uma visão de saúde única, buscando de forma integrada a promoção da saúde de ecossistemas e pessoas (Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2020). Esse caminho torna imperativo que abordagens múltiplas sejam compatibilizadas por meio de um pensar e fazer saúde de abordagem mais ampla, ecológica, holística, alinhando-se aos objetivos de desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Agenda 2030 no Brasil.

Encontros entre diferentes conhecimentos por meio de abordagens participativas e integrativas abrem caminho para ecologias de saberes apoiadas nos conhecimentos e práticas que emergem das experiências e lutas pela dignidade e pela vida contra as diferentes formas de opressão. Existe inegável interrelação entre a luta contra os agrotóxicos e em defesa da agroecologia, a luta pela saúde de povos do campo, da floresta e das águas, a luta de quilombolas e comunidades periféricas urbanas, as iniciativas de educação popular em saúde e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). O diálogo potencializa a “ação coletiva para a libertação” (Nunes; Louvison, 2020, p. 11).

Em relação ao ato de dividir para conquistar, pode-se fazer também uma reflexão sobre a organização institucional que se apresenta para as PIC em saúde nos diferentes órgãos regulatórios ou entidades profissionais envolvidas com a temática. Usualmente, tais práticas são minuciosamente divididas e categorizadas, de modo que a defesa da Medicina Tradicional das Américas, ou da homeopatia, ou da Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, seja percebida de modo separado, e com essa divisão acaba-se por promover reforço a uma medicina dominante. Quanto mais se pulverize a totalidade, tanto mais se intensifica a alienação. E, quanto mais alienação, mais fácil dividir e manter a divisão, intensificando o modo focalista de (re)existência das PIC e dificultando aos seus praticantes a percepção crítica da realidade, mantendo-os ilhados e desconectados de diversas práticas e lutas que estão em relação dialética com a sua.

4.1.2.3.3 A manipulação

O terceiro componente da ação antidialógica é a manipulação. Quando os dominados emergem do esmagamento total, fazem-se necessárias e entram em jogo as práticas de manipulação. Esta é uma resposta que o opressor tem de dar às novas condições concretas do processo histórico, para evitar ameaça ao seu domínio (Freire, 1987).

Desde o final do século XX, o modelo biomédico desenvolve esforços para acomodar demandas emergentes, na busca de se manter perante a crise de legitimação que lhe afeta, desencadeando, assim, novas atitudes dos profissionais de saúde no relacionamento com o sujeito atendido (Contatore; Malfitano; Barros, 2018). Nesse contexto, vêm se expandindo práticas como cuidado centrado no paciente, letramento em saúde ou tomada de decisão compartilhada com o paciente. Tais iniciativas certamente são bem-vindas, mas, sem criticidade, não são suficientes para que a população protagonize a própria saúde.

Sem uma reflexão mais profunda e política sobre esses esforços, pode-se perder de vista os objetivos almejados, acabando por manipular o paciente para considerar as prescrições em saúde como as únicas opções válidas, sem deslocar em nada a distribuição de poder entre profissionais e não profissionais de saúde. Afinal, como pode o paciente atuar significativamente em seu processo de cuidado juntamente com a equipe de saúde sem ser realmente legitimado para tal, sem ter recebido formação básica no campo da saúde e nem mesmo possuir o universo vocabular “apropriado” ao ambiente clínico?

O conceito de injustiça epistêmica faz-se útil na reflexão sobre as dificuldades para um cuidado realmente centrado no paciente. Esse termo diz respeito a “um tipo de injustiça que ocorre quando excluimos a contribuição de uma ou mais pessoas à produção, disseminação e manutenção do conhecimento” (Santos, 2017, p. 143). A comunicação entre profissional de saúde e paciente é habitualmente carregada de injustiça epistêmica.

Muitas vezes, o paciente, quando se expressa, tem seu sofrimento negado ou minimizado, mesmo que não intencionalmente, pelo profissional de saúde. Forças históricas e estruturais acabam por determinar o nível de legitimidade das várias formas de conhecimento, dificultando o diálogo nos ambientes de saúde. No

treinamento biomédico, o conhecimento formal é privilegiado, elevado ao status de padrão-ouro, enquanto as histórias dos pacientes são vistas como ilógicas ou indignas. Elas não são percebidas como “medicamente relevantes”, levando à negligência de aspectos experienciais, psicossociais ou fatores contextuais que são críticos para o paciente (Thomas *et al.*, 2020). Por isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde recebam “letramento” sobre a realidade do paciente e sua forma de viver o adoecimento, explorando sua vivência como “experientes” e não “pacientes” em relação à sua própria situação de adoecimento (Andrade; Maluf, 2017).

Molho o hibisco, que antes era apenas uma planta ornamental para mim. Aprendi há pouco tempo a comer suas flores e folhas em saladas, o que me economizou algumas viagens ao sacolão e alguns trocados. Molhando o gengibre, observo que as beldroegas e dentes-de-leão estão novamente brotando espontaneamente no meio dele. Em outro momento, eu achava que isso era mato, “ervas-daninhas”, e arrancava sem dó. Mas agora uso essas plantas na alimentação e na fitoterapia. Lembro-me do dizer popular: quando a gente não conhece, toda planta é mato. Mas quando passamos a conhecê-las, todo mato é planta. Como profissional de saúde, vejo tanta gente que se sente impotente perante seus problemas de saúde. Às vezes o recurso para autocuidado pode estar brotando pertinho.

Imersa em meus pensamentos, já molhei tudo! Fecho a torneira, satisfeita. Colho alguns ramos floridos de lavanda e da arnica-da-horta, com seu aroma de mel, e os ajeito em um vaso cheio d’água. Entro em casa e posiciono o vaso triunfante sobre a mesa de centro da sala, enquanto penso no ditado popular: “se quer as coisas benfeitas, faça pessoalmente”. A saúde está imbricada no cotidiano, é um processo contínuo e ativo. A saúde e a vida cotidiana estão entrelaçadas continuamente pelas escolhas que fazemos a cada dia. Atitudes simples podem fazer muita diferença.

Pela janela, olho para as mudas de guaco recém-plantadas e percebo que em breve poderei preparar meu próprio xarope. Não irei mais comprar na farmácia! Mas me ocorre que desde que moro aqui não tive mais infecções respiratórias.

Para ilustrar esse ponto da manipulação, pode-se pensar também em PIC que encontram algum espaço, mesmo que subjugado, junto à medicina dominante. Os seus praticantes podem se considerar já privilegiados por essa inclusão e deixarem de perceber o objetivo maior e comum de descolonização da medicina. Esses praticantes, em sua ingenuidade, podem ocupar espaços políticos, liderar comissões e associações, porém, mantendo-se no domínio das formas paternalistas e sua

extensão assistencialista. Assim, mesmo que ocorram divergências acidentais entre eles e grupos oligárquicos feridos em seus interesses, dificilmente virão à tona diferenças profundas (Freire, 1987).

A manipulação funciona como anestésico, distraindo as massas populares quanto às causas verdadeiras de seus problemas, bem como quanto à sua solução concreta. Assim, a população ou até mesmo os trabalhadores de saúde atuantes em diferentes PIC seguem fracionados em grupos de indivíduos, muitas vezes com a intenção de receber mais para si (Freire, 1987).

Considerando, a título de exemplo, as práticas elencadas na PNPIC brasileira de 2006 – que incluem fitoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, crenoterapia e Medicina Antroposófica – pode-se ressaltar que a fitoterapia encontra um cenário privilegiado de aceitação pelos profissionais de saúde de formação convencional. Contrariamente ao dizer popular, a fitoterapia conforme definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016a) é uma prática alopática, e não homeopática. Isso favorece sua inserção na mesma racionalidade terapêutica para a qual os profissionais já estão capacitados, sendo possível apenas a substituição do insumo terapêutico ao final de uma consulta (Cimbliris; Sacramento, 2014).

Diferentemente das demais práticas presentes na PNPIC, feitos os devidos investimentos financeiros, a fitoterapia pode seguir os mesmos mecanismos de comprovação utilizados pela medicina convencional para os testes de medicamentos. Porém, esse caminho só pode ser percorrido a partir do interesse de quem detém capital. Assim, interesses de mercado seguem sobrepondo-se imoralmente aos interesses radicalmente humanos (Freire, 2019).

Enquanto não se rompe com essa lógica, segue-se com a falsa impressão de que a população já tem acesso à fitoterapia nos sistemas de saúde oficiais. Ainda, restringindo a fitoterapia à sua faceta enquadrada pelos mecanismos biomédicos, amplia-se a chance de que essa PIC seja percebida como já contemplada, desde que se mantenha subjugada ao crivo da evidência científica como caminho único de existência. Assim, não se percorre o raciocínio mais amplo sobre a posição que a fitoterapia poderia ocupar a favor da sociedade a partir da adoção de uma perspectiva decolonial e integral da saúde.

Ensinando fitoterapia para pajés

Pernoitei longe de casa, em um sono leve, manejando minhas expectativas para as aulas que ofereço nessa semana como docente do Curso de Licenciatura Indígena. Bem cedinho, tomo café da manhã na minúscula pousada com Violeta, a monitora responsável por me acompanhar. O motorista do táxi agendado chama na rua, e já seguimos rumo à aldeia Maxakali. Um misto de ânimo e curiosidade se misturam com o frio na barriga. O táxi abarrotado de coisas, porta-malas e bancos lotados com as compras que fizemos ontem no supermercado e também nossos materiais didáticos. Inclinando-se para segurar as pastas que quase caem com o sacolejo da precária estrada de terra, Violeta comenta:

— Você sabia que dentre todas as etnias que atendemos no curso, só nas aldeias Maxakali trazemos esse exagero de compras? Não podemos trazer os insumos de alimentação e limpeza contados. Porque, assim que chegamos, eles imediatamente dividem os itens para todos os moradores, e acabamos ficando com a operação do curso prejudicada nos últimos dias...

— Que interessante este modo de vida solidário! — respondo. — Eu acho que conhecer essa aldeia vai ser uma experiência que vai me tirar muito da minha zona de conforto...

— Com certeza! As aulas aqui fluem de modo bem peculiar — diz Violeta. — Os estudantes regulares do curso convidam toda a comunidade para as aulas. Tudo que acontece na aldeia ganha um status coletivo. Para suas aulas, que são sobre plantas medicinais, nossos estudantes convidaram diversos pajés para participar!

— Nossa, Violeta, imagina isso, eu dar aula sobre plantas medicinais para pajés! Isso me intimida muito mais do que dar aula sobre plantas medicinais para qualquer público erudito! — Violeta demonstra concordância fazendo o movimento de “sim” com a cabeça. — Eu sempre penso na resistência do povo Maxakali, que aqui está, mais de 500 anos após a chegada dos colonizadores, provando que existem outras formas muito reais de viver e cuidar da saúde. Essa diferença cultural relativiza a ciência na qual fomos treinadas na universidade. Faz com que a gente se sinta pequena e um bocadinho ingênuas!

— Com certeza, Ana. Essa história é milenar, eu respeito muito! É impressionante como os Maxakali conseguiram manter sua língua, e isso acabou por preservar seu modo de vida, baseado em uma rica tradição oral e cantos sagrados. Mas apesar de tanta capacidade de resistência, também carregam uma imensa vulnerabilidade. Nessa aldeia, temos uma situação social complicada... A Funai [Fundação Nacional do Índio] alocou essa comunidade indígena aqui há poucos anos, de modo emergencial, devido a conflitos na região onde eles se encontravam anteriormente. Não é um território ideal, pois era uma fazenda de gado, muito impactada ambientalmente. Em tempos antigos, quando ocorriam conflitos de natureza grave dentro dessa etnia, os povoados se dividiam por afinidade e buscavam novos locais para se estabelecer. Porém, hoje em dia não se tem para onde ir, pois toda terra é de alguém. Assim, o povo precisa aguardar anos de burocracias para efetivar sua prática política.

— Eu posso imaginar as consequências de se obrigar grupos dissidentes ao convívio... — reflito. — E a gente não fica nem sabendo! Nada aparece nas notícias! Eu nasci em Minas Gerais e nunca fiquei sabendo que tínhamos tantos povos indígenas aqui! Fiquei

sabendo só quando comecei a dar aulas no curso de magistério para professores indígenas. Quando conheci o povo Maxakali pela primeira vez, eu não tinha nem noção da cultura desse povo.

Outro ponto sobre o qual pode-se refletir em relação ao componente da manipulação no contexto da ação antidialógica aplicada à fitoterapia é a regulamentação para atuação de diferentes profissionais na temática. Tais debates costumam engendrar horizontes corporativistas com mais frequência do que horizontes da saúde individual e coletiva. Freire reforça a perspectiva de que os interesses humanos precisam ser tomados como superiores aos de “puros grupos ou classes de gente” (Freire, 2019, p. 98).

Médicos e médicos veterinários, prescritores por excelência, atuam como prescritores de fitoterápicos desde que essas profissões existem, apesar da redução desse tipo de prescrição a partir do advento da indústria farmacêutica moderna. Outras profissões tiveram sua atuação bastante modificada ao longo do tempo. Desde 2008, com o boom global do interesse na fitoterapia e os incrementos nas políticas públicas e regulamentações nacionais, os conselhos profissionais da área da saúde têm publicado novas resoluções a respeito da prescrição de fitoterápicos frequentemente. É o caso dos conselhos federais de Farmácia (Conselho Federal de Farmácia, 2008, 2013), Nutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2007, 2021), Fisioterapia (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2000, 2010), Odontologia (Conselho Federal de Odontologia, 2008a, 2008b, 2012) e Biomedicina (Conselho Federal de Biomedicina, 2020a, 2020b). Os terapeutas podem igualmente recomendar a seus pacientes o uso de fitoterápicos (Brasil, 2002). Os enfermeiros (Brasil, 1986, 2006c; Conselho Federal de Enfermagem, 1997), psicólogos (Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura, 2007) e terapeutas ocupacionais (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2001) também podem atuar como prescritores de fitoterápicos em algumas condições específicas. Ademais, a atuação profissional em fitoterapia não se restringe à prescrição, podendo estender-se a ações de educação em saúde, práticas ocupacionais de cultivo e outras (Brasil, 2012a).

Porém, apesar do incentivo dos órgãos oficiais e conselhos profissionais, somado ao grande interesse da população brasileira, os currículos dos profissionais da área de

saúde continuam não contando com a inclusão proporcional dos conteúdos da fitoterapia (Barreto, 2015). Seria isso o resultado da falta de um projeto ou de um projeto em si? Freire discute largamente em sua obra a questão da elaboração de programas educativos, reforçando que “o problema fundamental, de natureza política e tocado por tintas ideológicas, é saber quem escolhe os conteúdos, a favor de quem e que estará o seu ensino, contra quem, a favor de que, contra que” (Freire, 2005b, p. 110).

Até hoje, muitos profissionais de saúde – assim como os não profissionais – ainda carregam a crença de que o uso das plantas medicinais é uma prática menos científica do que o uso dos medicamentos convencionais. Porém, o fato de que passar pelo crivo científico é vinculado ao interesse econômico é escamoteado. Os profissionais de saúde sabem que a maioria dos medicamentos modernos têm origem em produtos naturais, e acreditar que as plantas medicinais não apresentam eficácia ou segurança é reflexo direto de um mecanismo de manipulação. Corrobora com esse fato o dado de que 75% dos medicamentos aprovados para comercialização entre 1981 e 2010 possuem sua origem em produtos naturais (Newman; Cragg, 2020).

4.1.2.3.4 A invasão cultural

Por fim, o quarto componente da ação antidialógica é a invasão cultural, que é a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, desrespeitando suas potencialidades e “impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão” (Freire, 1987, p. 149).

Diversos povos nativos brasileiros, assim como imigrantes de diversas origens e tradições que se estabeleceram no Brasil, foram convencidos de que a biomedicina é a melhor opção existente e abriram mão de suas formas de fazer saúde. “Uma condição básica ao êxito da invasão cultural é o convencimento por parte dos invadidos de sua inferioridade intrínseca” (Freire, 1987, p. 150).

A ação antidialógica, enquanto modalidade de ação cultural de caráter dominador, nem sempre é exercida deliberadamente. Muitas vezes os seus perpetradores são igualmente seres dominados, como exemplificado em relação a lideranças que representam as PIC de modo descolado de uma consciência ampliada do processo

no qual se inserem. Dirigentes sem consciência de sua própria dominação podem acabar atuando como puras metástases das elites dirigentes maiores. O mesmo acontece com professores em cursos superiores de saúde, os conteúdos que repassam e até mesmo o formato de suas práticas de ensino (Freire, 1987). As universidades, hospitais ou Unidades Básicas de Saúde existem no tempo e no espaço e não escapam às influências das condições da realidade (im)posta. Acabam funcionando, em grande medida, como agências formadoras de futuros “invasores” que perpetuam as estruturas dominadoras (Freire, 1987). Os estudantes de saúde educados nesse arcabouço apresentam a tendência de, quando se fazem profissionais, seguirem os mesmos padrões rígidos em que se (de)formaram.

A formação técnico-científica não precisa ser antagônica à formação humanista. Com conscientização, ciência e tecnologia podem estar a serviço da libertação, proporcionando que profissionais de saúde superem seu estado de dominados e assumam o papel de sujeitos da história (Freire, 1987, 2019). Esse passo fortalece a assunção da condição de sujeitos da história também à população a que os profissionais de saúde servem.

— Como foi este seu primeiro contato com os Maxakali, Ana?

— Foi uma aventura! Quando cheguei para dar a primeira aula, eu nem sabia que eles falavam outra língua! Mas de cara entendi que a língua não seria a única barreira para a comunicação... Minha sensação era de que o mundo que esse povo habitava era um mundo diferente do meu. A aula era sobre alimentação, e travamos logo no primeiro conceito: nutriente. Os Maxakali não têm um conceito correlato para a nossa noção de nutriente. Na cultura deles, o crescimento das crianças e a manutenção da saúde tem muito mais a ver com a vida espiritual e o cumprimento de rituais recomendados a cada fase da vida e em cada situação.

Violeta ri e comenta:

— É cada história, a gente precisava escrever mais sobre isso! Como vocês faziam, então, para trabalhar os conteúdos curriculares sem desconsiderar a cultura das pessoas?

— A pedagogia do curso propunha o respeito e diálogo entre as diferentes cosmovisões, o que me permitia trabalhar as explicações do “homem branco” para a saúde, nossas teorias, que se fizeram possíveis em um dado paradigma, em uma dada cultura.

— Parece uma ótima abordagem! — diz Violeta.

— A teoria era excelente, mas nem sempre era claro como agir. Por exemplo, quando fomos trabalhar as doenças parasitárias, questão de grande impacto nas aldeias indígenas mineiras. No caso dos Maxakali, focamos na esquistossomose, por sua alta prevalência. Mas quando fui tentar ensinar sobre os parasitas e seus ciclos, descobri que os estudantes não acreditavam em vida microscópica. Eles me explanaram que isso era apenas uma crença do homem branco, assim como eles acreditavam nos seus espíritos. Suas explicações para a esquistossomose eram outras, por exemplo, que as crianças ficavam barrigudas para acompanhar a gravidez de suas mães. Mas se eles não acreditavam nas minhas teorias, como eu poderia colaborar para que eles aprendessem as nossas formas de prevenir a doença?

— Realmente a forma deles explicarem a vida tira o nosso chão! — constata Violeta, levantando as sobrancelhas. — Eu acompanhei uma aula de agroecologia aqui nessa aldeia mesmo, e chamou-me atenção o fato de que os Maxakali não tinham conceito para natureza. Eles simplesmente não distinguem a si mesmos da natureza!

Na relação entre equipe de saúde e população, seja no ambiente clínico ou em ações de educação em saúde, devem ser considerados os saberes de experiência feitos ou a compreensão de mundo que cada um possui, jamais subestimando-os. A prática biomédica, assim como a educação bancária, em seu autoritarismo, costuma se sentir no direito de saber o que as pessoas precisam sem necessitar nem mesmo falar com elas. Pensam que o que os “leigos” já sabem é irrelevante. Por isso, sua tarefa consiste em depositar conhecimentos ou prescrições àquelas consciências supostamente vazias (Freire, 2005b). Porém, “subestimar a sabedoria que resulta necessariamente da experiência sociocultural é, ao mesmo tempo, um erro científico e a expressão inequívoca da presença de uma ideologia elitista” (Freire, 2005b, p. 85).

No campo da fitoterapia, isso é muito claro. Afinal, para chegar a “descobertas”, na etnobotânica, os conhecedores de plantas medicinais de diferentes origens são o pilar das informações que alavancam o avanço científico. As pesquisas se iniciam a partir das pistas do saber tradicional. No caso do Brasil, essa bagagem faz parte da vida dos descendentes de povos originários indígenas e também de imigrantes de diversos países, que trazem na oralidade suas práticas de sobrevivência e saúde por meio das plantas.

O conhecimento científico sobre plantas medicinais oriundas dos diversos biomas brasileiros é incipiente, considerando todo o arsenal terapêutico ainda subaproveitado. A sabedoria popular carrega possibilidades de tratamentos e curas inéditas para diversos agravos à saúde. Frequentemente, esses saberes são apropriados de modo

extrativista, com coleta predatória das plantas e dos conhecimentos, ficando as comunidades muitas vezes em condição pior do que estavam antes da chegada dos pesquisadores. O quinto relatório Panorama da Biodiversidade Global (Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2020), publicado pela Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, descreve que a taxa de perda de biodiversidade atual não tem precedentes na história, inclusive no Brasil.

A pressão desenvolvimentista segue acontecendo não apenas sobre o meio ambiente, mas também sobre os povos tradicionais e seus remanescentes, ampliando a tendência de que o conhecimento agregado às plantas nativas siga encolhendo e acabe desaparecendo junto com as próprias espécies medicinais, em perdas irreparáveis. Destaca-se, ainda, que as comunidades que utilizam e zelam por essas espécies precisam ter direito a continuar vivendo e praticando seus saberes de seu próprio modo, e não apenas perante à outorga e ao valor conferido pelo capital ou pela pesquisa biomédica. Os opressores ainda não se atentaram ao fato de que a conservação da natureza pelos povos tradicionais não diz respeito apenas aos seus próprios interesses, mas sim ao interesse de toda a humanidade.

O motorista interrompe a conversa, anunciando:

— Chegamos!

Abro a porta do carro já em atitude etnográfica. O cheiro de fumaça me chama a perceber os remanescentes de uma fogueira. Observo as residências, feitas de madeiras rústicas. As casas não têm paredes, mas sim ripados de madeira. Parecem-se mais com cercas do que com paredes, de modo que a paisagem agrega a vida íntima das famílias e a vida coletiva.

Davi, um dos estudantes do curso, vem nos receber assim que avista o carro chegando. Ele usa uma bermuda e camisa do Flamengo. Sorrio me lembrando que ele me explicou que toda a aldeia torcia para esse time, pois as suas cores são as mesmas da sagrada cobra coral. Sua esposa Liz vem ao seu lado, em seu vestido tradicional Maxakali. Em todas as aulas da universidade, ela também sempre está com esse modelo de vestido, em cores e texturas diversificadas. Inicialmente, ela vinha à universidade para acompanhar seu marido. Depois acabou virando estudante do curso também, apesar de que mulheres Maxakali não costumam falar o português.

Crianças, todas completamente sem roupa, aglomeram-se rapidamente ao nosso redor, em grandes números. Eu estou com casaco grosso, mas sentindo ainda um friozinho, e me pergunto se as crianças não estão com frio. As crianças não falam nada do português, assim como a maioria das mulheres, mas trocamos sorrisos e acolhimentos com a

linguagem corporal. Os Maxakali são um povo de risada fácil, e relaxo totalmente quando a brincadeira começa. Enquanto tiramos os mantimentos do táxi, vêm outros moradores da aldeia para ajudar. Como Violeta advertiu, percebo que eles já estão abrindo todas as embalagens e distribuindo os itens.

É fato que a ciência moderna vem confirmando cada vez mais a “exatidão de achados do saber popular” (Freire, 2005b, p. 135). Sendo assim, é politicamente importante que povos indígenas, camponeses, dentre outros, tomem conhecimento do fato que seus saberes estão sendo comprovados pelos mecanismos científicos. Essa constatação atua sobre o mecanismo da invasão cultural, desencadeando nas pessoas “confiança em si mesmas tão indispensável à sua luta por um mundo melhor” (Freire, 2005b, p. 135). Quanto mais os oprimidos vejam os opressores como portadores de um poder insuperável, tanto menos acreditam em si mesmos. Os conhecimentos populares e científicos não precisam ser dicotomizados, e podem atuar como parceiros em construção dialógica” (Freire, 2005b, 2021). Mas estabelecer respeito e parceria entre eles não é tarefa fácil, tratando-se de processo continuamente provisório” (Freire, 2005b).

A multiculturalidade não se constitui na justaposição de culturas, muito menos no poder exacerbado de uma sobre as outras, mas na liberdade conquistada, no direito assegurado de mover-se cada cultura no respeito uma da outra, correndo risco livremente de ser diferente, sem medo de ser diferente, de ser cada uma “para si”, somente como se faz possível crescerem juntas e não na experiência da tensão permanente, provocada pelo todo-poderosismo de uma sobre as demais, proibidas de ser (Freire, 2005b, p. 156).

Como poderia se dar essa construção coletiva e democrática no campo da fitoterapia, no campo da saúde? Qual ensino e qual pesquisa almeja-se? Quais são as ações regulatórias necessárias? A adoção de um modelo multicultural implica em vontade política, mobilização e organização de cada grupo cultural com vistas a fins comuns, demandando uma nova ética fundada no respeito às diferenças (Freire, 2005b). Trata-se de uma possibilidade que propõe a aceitação de contradições convivendo harmonicamente, como proposto pela teoria da complexidade (Morin, 2005).

— Vamos iniciar hoje mesmo as aulas — declaro, animada, feliz por estar aqui.

— Vamos juntar o pessoal! — Davi responde, reforçando. — Os pajés estão animados!

Chegou um outro estudante do curso, Miguel, a quem cumprimentei calorosamente. Pedi sua ajuda para traduzir o que eu falava para o resto do grupo.

— *Baí!* – faço questão de usar o simpático cumprimento, que aprendi com meus estudantes. — Alguns aqui ainda não me conhecem. Eu sou Ana.

— *Baí!* Muito bom estar de volta! — diz Violeta.

— *Baí!* — responde o grupo, mais ou menos em uníssono.

Eu continuo a explicar:

— Estou aqui para trocar conhecimentos sobre as plantas medicinais. Meus saberes, eu adquiri a partir dos livros, do conhecimento da ciência, e venho praticando também em mim e em minha família. Fico muito humilde frente a todo o conhecimento que vocês têm! Nesse assunto, vocês que são os maiores professores, especialmente os mais velhos e os pajés.

Miguel faz a tradução. Um senhor idoso responde em Maxakali, e Miguel nos esclarece:

— O uso das plantas dos *tikmú'úm* – Maxakali – já sabemos. Queremos saber qual é o entendimento dos *ãyuhuk* – brancos – para o funcionamento das plantas e dos remédios.

Alegro-me por termos nivelado logo de início a intenção de troca intercultural. Miguel faz um breve resumo sobre algumas questões de saúde na aldeia, em português:

— Contamos com uma equipe do SUS que de vez em quando nos visita. Na terra indígena anterior, também tínhamos acesso ao centro de saúde e ao hospital. Muitas recomendações dos médicos fazem mais mal do que bem ao nosso povo, e eles não tem interesse em entender a nossa forma de viver. Hoje em dia, temos muito mais problemas de saúde do que antigamente. Nossos partos eram feitos na aldeia, e as mulheres recuperavam a saúde e o vigor completamente com nossos cuidados. Agora, às vezes elas ficam tempos longos no hospital e nunca se recuperam totalmente. Mas lá, comem o que não deviam comer, se deitam em camas altas que prejudicam a recuperação... Da cidade veio também a bebida, que tem acabado com nosso povo! Não tem mata para tirar os alimentos mais, e precisamos das cestas básicas... Na escola, ensinamos para as crianças nossa cultura, e é importante entendermos mais sobre como os brancos pensam também, para podermos conversar. Quem dera eles fizessem o mesmo, tentassem entender os nossos modos!

Eu e Violeta demonstramos com nossa linguagem corporal nosso entendimento dos problemas apresentados. Em seguida, ele começou a falar em Maxakali, mas foi tão rápido que cheguei à conclusão de que ele apenas resumiu o discurso para a comunidade local, que já conhecia bem esses problemas. E eu segui falando:

— Realmente, nem todos os profissionais de saúde conseguem entender que vocês têm um modo próprio para se cuidar, e muitas vezes não têm o respeito que deveriam. Nós vamos conversar mais sobre isso durante a semana. Para essa manhã, se vocês concordarem, pensamos em fazer uma caminhada aqui na aldeia e falar sobre as plantas que encontrarmos.

Após a tradução do meu convite, eles começaram a se organizar para a atividade. Ficaram principalmente homens, sendo alguns deles pajés, e poucas mulheres. Fizemos uma roda de apresentação, com direito a tradução simultânea, e já partimos para a caminhada.

Considerando os mecanismos da invasão cultural e a atuação de profissionais de saúde que prescrevem o que a população “leiga” deve fazer, pode-se traçar um paralelo com as repetidas menções ao termo **prescrição** na obra de Freire. Ele destaca que “um dos elementos básicos na mediação opressores-oprimidos é a prescrição”, sendo toda prescrição a imposição da opção de uma consciência a outra (Freire, 1987, p. 34).

Esta é a razão pela qual, submetidos a condições concretas de opressão em que se alienam, transformados em “seres para outro” do falso “ser para si” de quem dependem, os homens [e as mulheres] também já não se desenvolvem autenticamente. É que, assim roubados na sua decisão, que se encontra no ser dominador, seguem suas prescrições (Freire, 1987, p. 159).

Nesse sentido, o paciente acaba por aceitar e tomar como suas as práticas da biomedicina, desconsiderando outras formas de saber e fazer saúde. Imerso em mitos criados por forças sociais poderosas, acaba por se minimizar como objeto, ao invés de se afirmar como sujeito, mesmo que acredite ser livre (Freire, 2005a).

A capacidade de rejeitar prescrições envolve uma inserção do homem na sua problemática e a sua capacidade de optar, representando grande ameaça aos opressores (Freire, 2005a). Segundo Illich (1975), a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias dentro da concepção biomédica em verdade reduz o nível de saúde da sociedade como um todo, pois reduz a autonomia da população. A crença por parte das pessoas de que não podem enfrentar a doença sem uma medicina moderna causa prejuízo à sua saúde, reafirmando a impotência do indivíduo e da comunidade para o cuidado.

Referindo-se ao processo propiciado pela civilização industrial de ruptura das pessoas com sua própria cultura, Freire usa o termo “desenraizamento”, metáfora muito pertinente quando falamos da fitoterapia. Faz-se necessário resistir a essa lógica, discutindo corajosamente a problemática da qual se faz parte, em um ato de rebeldia, que se contrapõe à outra opção: a de “ser levado e arrastado à perdição de seu próprio ‘eu’, submetido às prescrições alheias” (Freire, 2005a, p. 98).

Eu e Violeta, com nossas calças jeans, bonés, protetores solares, botas, pochetes, garrafas d'água, máquinas fotográficas, caderninhos. As mulheres indígenas, com seus vestidos tradicionais. Os homens indígenas, de bermuda, alguns com e outros sem camisa. Os indígenas calçam chinelos ou estão de pés descalços. Um deles traz um facão, para coletar partes das plantas.

Durante a caminhada, os Maxakali mostram suas plantas e falam para que as utilizam. Os usos das plantas para saúde, artesanato, construção, religião, todos são tratados com o mesmo nível de importância e seriedade. Com sua cultura caçadora-coletora, a vida dessa comunidade é intimamente ligada ao uso dos recursos naturais. Eu também compartilho o conhecimento que tenho sobre as espécies encontradas. Um senhor Maxakali, após me mostrar como retirar a fibra da imbaúba para fazer bolsas e redes, começa a falar efusivamente na língua Maxakali. Um dos nossos estudantes foi fazendo a tradução.

— Nos mudamos há poucos anos para esta nova terra e acabamos perdendo acesso a muitas espécies importantíssimas para nossas necessidades, nossos rituais. Para algumas plantas, já estamos encontrando substituições. Porém, não conhecemos todas as espécies aqui da região. Esta área sofreu muito com pastagem extensiva, e as poucas áreas de mata disponíveis são jovens e ainda não estão bem desenvolvidas, como esta aqui onde estamos.

Ao ouvir essa realidade, fico constrangida, consciente da minha brancura. Minha família mista tem um pouco de tudo... Colonizadores, povos tradicionais, refugiados... Uma origem pouco rastreável, do brasileiro típico. Mas sinto que aos seus olhos, eu era apenas branca e representava uma única história, que era a da colonização.

Outro senhor completa a fala, em Maxakali, e nosso estudante prontamente nos explica:

— Além da perda das plantas, para nosso povo, ao trocar de lugar, perdemos a proteção e o contato com nossos ancestrais.

Incapaz de dimensionar essa perda, fico pensando no valor dos saberes de tradição oral, necessários para seu modo de vida, agora irrecuperáveis. Saberes que foram repassados por gerações há centenas ou milhares de anos e que agora não podem mais ser praticados, condenados a desaparecer. Qual seria o valor dessas práticas para os governos? Como as políticas públicas não priorizavam esse patrimônio cultural? Tristeza e revolta se instalam em meu corpo. Engulo esses sentimentos para depois e seguimos a caminhada. A cada espécie encontrada nessa expedição é uma parada, uma troca bilíngue, uma demonstração. Muitas das espécies conhecemos para a mesma finalidade, enquanto outras conhecemos para finalidades totalmente diferentes.

Chegamos em um curso d'água. Lavaram-se mãos, rostos, bebeu-se água. O pajé nos convida a formar uma roda e entoia um canto tradicional Maxakali. Na língua e na prática Maxakali, uma mesma palavra designa canto e espírito. Eu não sei quais palavras estão sendo ditas no sonoro canto, mas não preciso. A conexão com aquele veio d'água, com a natureza e com a humanidade não separada da natureza é simplesmente vivida neste momento.

Na caminhada de volta, sinto-me irmanada àquele grupo: compreendo, enfim, que somos um só povo.

Freire (2005b, p. 185) relata experiência “autoetnográfica” semelhante com povos nativos em Fiji, descrevendo sua comunhão com as diferentes expressões de vida que “não era apenas a de homens e de mulheres e de deuses e ancestrais”. Em suas palavras, o universo de tal comunhão “abrangia as árvores, os bichos, os pássaros, a terra mesma, os rios, os mares. A vida em plenitude” (Freire, 2005b, p. 185). Com essa última aproximação entre as experiências e reflexões das autoras deste artigo e aquelas de Paulo Freire, fecha-se esta seção de resultados e discussão.

4.1.2.3.5 Limitações

Esta pesquisa foi parte integrante de uma tese de doutorado, o que limitou a 24 meses o tempo disponível para as etapas de coleta, análise e interpretação de dados, assim como a escrita dos resultados. A possibilidade de continuidade do estudo por um período mais longo permitiria maior aprofundamento na produção de conhecimentos.

4.1.2.4 Considerações finais

Este artigo partiu de experiências de vida e trabalho reais para construir um paralelo entre a situação da fitoterapia no Brasil contemporâneo e a teoria da ação antidialógica, apontando aspectos socioculturais que influenciam tal prática e delineando uma problematização decolonial que contribui para uma análise crítica sobre a temática.

Algumas razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde brasileiro foram discutidas e conectadas a questões sociais mais amplas, considerando que a atual realidade é socialmente construída e não deve jamais ser percebida como a única possibilidade. Assim, este artigo denuncia uma situação-limite, que contém em si a semente do inédito-viável a ser buscado.

Enquanto a problemática da fitoterapia for percebida apenas por um prisma técnico, seguir-se-á buscando mais avanços tecnológicos e regulatórios. Porém, a partir da discussão apresentada neste artigo, fica claro que incrementos técnicos, apesar de relevantes, não serão suficientes para superar a situação-limite vigente. Para o aproveitamento do pleno potencial da fitoterapia no Brasil, faz-se necessário o estabelecimento de uma práxis crítica que considere a complexidade da questão.

Essa práxis deve ser baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira, incluindo seu registro sistemático e a adoção de modelos de repartição de benefícios realmente justos para as comunidades detentoras de tais saberes. Como ponto prioritário, tal justiça implica na possibilidade da permanência das pessoas nos territórios onde esses conhecimentos podem ser praticados, preservando seu acesso à biodiversidade. Afinal, essa é a fundação para a inclusão da Fitoterapia Brasileira no sistema oficial de saúde do país e que permitirá futuramente sua expansão para benefício também da comunidade internacional.

Faz-se indispensável o redesenho de currículos nos diferentes níveis de educação, especialmente de profissionais de saúde, para agregar mais e melhores conteúdos sobre os povos tradicionais nativos e seus saberes, em uma perspectiva decolonial. Divulgação sobre a temática nos distintos meios de comunicação é igualmente relevante.

Por seus benefícios, inclusive já reconhecidos pelo governo nacional, as PIC podem e devem ser fortalecidas. Trazer outros tipos de saberes para dentro das instituições de ensino, pesquisa e saúde é premente, sempre reforçando que são conhecimentos produzidos e validados em lógicas distintas da eurocentrada, mas nem por isso ontologicamente inferiores. Educação sobre injustiça epistêmica e sobre acolhimento adequado da experiência dos pacientes também se faz necessária, assim como a reorganização estrutural do sistema de saúde, a fim de que seja possível a transformação de prescrições impostas em relações dialógicas entre profissionais e pacientes.

Conhecimentos científicos e populares podem atuar como parceiros, e intercâmbios entre eles devem ser promovidos, incluindo-se aqui as diversas PIC, com vistas aos interesses maiores da saúde individual e coletiva, e não a interesses corporativistas. Para tal, ações de saúde precisam ser construídas e executadas em uma perspectiva

integral ao invés de organizadas a partir da lógica centrada nas doenças. Não é plausível pensar na saúde da humanidade sem considerar a saúde dos ecossistemas. Nesse redesenho, são necessários mais estudos nos campos de história, sociologia e política aplicadas à saúde e, mais especificamente, ao campo da fitoterapia.

Esperança-se – no sentido crítico de esperança afirmado por Freire ao longo de toda sua obra – que este artigo seja mais um passo no sentido do engendramento de possibilidades de ruptura com a atual situação de opressão e da construção de um projeto de saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

4.1.2.5 Agradecimentos

À Capes, pela concessão de bolsa de estudo. À estimada colega Paula Morais, pelo compartilhamento de experiências, *in memoriam*.

4.1.2.6 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.3 Artigo 3 – Filosofia do Cuidado Farmacêutico e sua operacionalização na realidade neoliberal: reflexões críticas a partir do pensamento de Paulo Freire

Artigo será submetido ao periódico Saúde e Sociedade, classificado como Qualis A3 (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025a, em preparo).

RESUMO EM PORTUGUÊS

Este estudo qualitativo reflete criticamente sobre o Cuidado Farmacêutico a partir do pensamento de Paulo Freire. Empregou-se uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta por Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido” com a Autoetnografia Evocativa. Notas analíticas coletadas em caderno de campo entre dezembro de 2020 e julho de 2024 foram analisadas por meio da escrita autoetnográfica criativa. Apontou-se algumas contradições entre a filosofia da prática profissional do Cuidado Farmacêutico e sua operacionalização na realidade neoliberal. É viável cumprir o compromisso social profissional mantendo-se neutro? É possível desenvolver uma prática verdadeiramente centrada no paciente, não paternalista e não colonial? A saúde baseada em evidência pode ser holística? É exequível o diálogo com o paciente, se ele não possui os conhecimentos que têm valor no contexto biomédico, no limite de tempo e de linguagem da saúde institucional? O Cuidado Farmacêutico é um caminho adequado para a promoção da saúde do ser humano do Antropoceno? Esperança-se que a problematização delineada fomente transformação positiva da realidade. Conclui-se que para redução da opressão no campo do Cuidado Farmacêutico é necessário que ensino, prática profissional e pesquisa sejam realizados a partir de referenciais críticos, apartando-se da pretensão de tratarem-se de atividades neutras.

Palavras-chave: cuidado farmacêutico baseado em evidência; cuidado farmacêutico; saúde integral; pesquisa qualitativa; Paulo Freire.

4.1.3.1 Introdução

O Cuidado Farmacêutico (CF) é uma nova prática profissional que vem sendo desenvolvida nas últimas quatro décadas. Ela visa atender à necessidade social pela otimização da farmacoterapia. Trata-se de uma prática clínica generalista na qual o

farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, estabelecendo vínculo terapêutico, de forma centrada no paciente. Esta prática profissional previne e resolve problemas relacionados ao uso de medicamentos, que atualmente geram custos humanos e financeiros elevados (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira, tem uma contribuição mundialmente reconhecida nos campos da educação e da pesquisa crítica, em diversas áreas do saber, incluindo o campo da saúde, no qual sua proposta de superação das relações de dominação e subordinação entre opressores e oprimidos também se aplica (Freire, 2015, 2016; Minayo, 2014).

Em sua ontologia esperançosa, Freire afirma que os seres humanos são inconclusos por natureza e, conscientes de sua inconclusão, têm como vocação *ser mais*, ou seja, caminhar no sentido de redução da opressão de todos (Freire, 1987).

Este artigo reflete criticamente sobre o campo do CF a partir do pensamento de Paulo Freire, a fim de fomentar conscientização, ação e o *ser mais* de profissionais de saúde, pesquisadores, educadores, educandos e pacientes.

4.1.3.2 Metodologia

Esta pesquisa qualitativa se insere em uma epistemologia subjetivista, situando-se no paradigma crítico. Ela visa conscientização, que por sua vez promova ação e libertação da opressão, alinhada à perspectiva de Freire (2020) de que não é possível a neutralidade nas ações humanas.

As reflexões deste artigo foram produzidas ao longo de uma pesquisa de doutoramento (Cimbliris-Alkmim, 2024) que adotou como metodologia uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta por Paulo Freire (1987) em sua obra “Pedagogia do Oprimido” com a Autoetnografia Evocativa, conforme proposta de Cimbliris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo).

O estudo foi desenvolvido no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), que é um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços associado ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade

Federal de Minas Gerais (UFMG) e tem como objetivo proporcionar toda a estrutura humana, técnica, científica e de *know-how* para formar profissionais, investigar, implantar, desenvolver e avançar a prática do CF.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e julho de 2024 por meio de imersão na comunidade pesquisada, entrevistas colaborativas com farmacêuticos e estudantes de farmácia e escrita autoetnográfica. Durante todo o período da pesquisa, foi mantido um caderno de campo como ferramenta auxiliar na reflexão e análise de dados. Na releitura das notas analíticas desse caderno de campo, as reflexões sobre a aplicação do pensamento de Paulo Freire ao campo do CF destacaram-se, motivando à escrita autoetnográfica sobre este tema. Tal escrita abarcou simultaneamente dimensões de investigação e análise (Raimondi *et al.*, 2020).

No contexto da Autoetnografia Evocativa, a escrita adotada é criativa, aberta ao “devaneio” (Cruz; Rezende, 2023), visando evocar ressonância que mova o leitor à reflexão e à ação. Durante o texto, não será adotado compromisso gramatical com o uso de um padrão em relação à pessoa a ser empregada. Os trechos correspondentes à escrita do caderno de campo estão destacados em relação ao restante do texto por fonte diferenciada.

Foram adotados os critérios de rigor científico propostos por Le Roux (2016). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

4.1.3.3 Resultados e discussão

Estou recostada na poltrona fazendo a leitura da “Pedagogia da Autonomia”, de Paulo Freire, e me deparo com o seguinte trecho: “rara vez [...] percebemos a incoerência agressiva que existe entre as nossas afirmações ‘progressistas’ e o nosso estilo desastrosamente elitista de ser intelectuais” (Freire, 2019, posição 1219-1220). Os pelos de todo o meu corpo se arrepiaram. A carapuça serviu.

Desde que iniciei o doutorado, venho buscando aproximações entre o CF e a obra de Paulo Freire. Porém, a cada livro de Freire lido, contradições entre os pressupostos do CF e o pensamento de Freire vieram ficando cada vez mais impossíveis de se ignorar. Refaço minha rota: parece fazer mais sentido usar Freire para questionar e aprimorar o CF e não para justificá-lo. Sim! Isso é mais útil para a transformação da realidade em um sentido de redução da opressão. Por que eu queria usar Freire para desesperadamente

convencer as pessoas de que o modelo de prática profissional proposto pelo CF é perfeito?

Quero pensar e construir uma prática profissional farmacêutica que não se reduza à aplicação de técnicas protocolares, mas que também seja crítica. Para tal, a formação para o CF “não apenas deve ensinar muito bem sua disciplina, mas desafiar o educando a pensar criticamente a realidade social, política e histórica” (Freire, 2016, posição 587-596).

4.1.3.3.1 Cumprimento da missão social profissional ou “neutralidade”

A profissão farmacêutica sofreu mudanças significativas desde a revolução industrial. Em qualquer tempo, todas as profissões devem satisfazer uma necessidade social única para justificar a sua elevada posição e privilégios na sociedade. Nos tempos do boticário, o farmacêutico desenvolvia um papel social de alta relevância para a população. Ele sintetizava, extraía, preparava, dispensava e administrava medicamentos. Sua imagem “oscilava entre o prestígio paroquial, a admiração e até mesmo ao folclore junto à comunidade na qual estava inserido” (Silva; Delizoicov, 2009, p. 31). Hoje, porém, a situação é totalmente diferente. O cenário em que se operou a legitimação social da profissão farmacêutica transformou-se perante a industrialização.

Muitos profissionais se vangloriam deste passado, e gostariam de retomar os tempos áureos da profissão. Porém, a antiga função e o conseqüente reconhecimento social estão destituídas de sentido no atual momento histórico. Agarrar-se ao passado “termina por anular o amanhã no giro em torno do ontem”, levando a “um presente eterno de desesperança e acomodação” (Freire, 2015, p. 40). É necessário olhar para a profissão farmacêutica com olhos críticos e atuais, saindo do “cansaço existencial e anestesia histórica” (Freire, 2015).

Medicamentos são a intervenção terapêutica mais utilizada no mundo. O seu uso é crescente no contexto do envelhecimento populacional, da alta prevalência de doenças crônicas e do surgimento de novas doenças infecciosas. Mas apesar de todos os avanços no campo farmacêutico, os problemas relacionados ao uso de medicamentos seguem tendo frequência e gravidade cada vez maiores para a sociedade (Ramalho-de-Oliveira, 2011). Nesse cenário, a profissão farmacêutica deve

agora colocar seu foco no cuidado de pessoas, e não nos produtos farmacêuticos, que são agora produzidos com vantagens pelas indústrias.

Devido a este novo cenário, vem sendo proposto pelo CF que o farmacêutico adote como missão a otimização do uso de medicamentos, minimizando a morbimortalidade relacionada ao seu uso. Essa prática profissional adota uma filosofia que reza que todas as decisões tomadas pelo profissional devem visar primeiramente o benefício do paciente (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Ah, então adotando o modelo de prática profissional do CF os farmacêuticos passam automaticamente a atender os interesses dos pacientes em primeiro lugar e não mais são influenciados pelos interesses financeiros? Apenas os setores industrial e comercial têm o capital em vista? Então, essa prática é o fim da opressão? Calma, não tão rápido...

A perspectiva neoliberal, infiltrada na lógica biomédica, divulga uma ideologia da possibilidade de neutralidade nas práticas educativas, profissionais e científicas. Mas é de fato viável cumprir um compromisso social mantendo-se neutro?

Um dia, nós, farmacêuticas, fomos as bruxas, integradas à natureza, capazes de aliviar dores e desconfortos. Saber é poder, portanto, fomos exterminadas. Séculos depois, aí estão os mesmos opressores, ainda tentando nos convencer da neutralidade das “suas” técnicas. Porém “não há técnica neutra” (Freire, 2021, posição 366-366).

A neutralidade frente ao mundo, frente ao histórico, frente aos valores, reflete apenas o medo que se tem de revelar o compromisso. Este medo quase sempre resulta de um “compromisso” contra os homens, contra sua humanização, por parte dos que se dizem neutros. Estão “comprometidos” consigo mesmos, com seus interesses ou com os interesses dos grupos aos quais pertencem. [...] O verdadeiro compromisso é a solidariedade, e não a solidariedade com os que negam o compromisso solidário, mas com aqueles que, na situação concreta, se encontram convertidos em “coisas” (Freire, 2020, posição 187-192).

Estariam meus pacientes convertidos em “coisas”? Em meros recipientes da minha atuação profissional?

O pragmatismo castra a curiosidade epistemológica dos envolvidos, que acabam separando as práticas de suas razões de ser. Tratando-se de um sistema capitalista, mesmo que a classe dominante seja extremamente moderna, tem um limite do que irá defender, considerando a contingência de prejuízo à sua dominação (Freire, 2015). Se o profissional “ultrapassar o limite” e aceitar desocultar a verdade “terminará por trabalhar contra si próprio” (Freire, 2015, p. 42).

Sim! É isso que sinto! Que denunciando a opressão embutida no CF estou trabalhando contra a corporação que integro, mordendo a mão que alimenta, trabalhando contra mim mesma. Mas agora é tarde para “desver” algumas contradições, havendo se tornado minha obrigação expô-las.

Talvez você, leitora ou leitor, ainda não tenha compreendido a que este texto se refere. Mas acredito que se seguir comigo nesta exploração poderá ao final da leitura chegar a suas próprias conclusões. Espero que alguns pontos aqui tratados lhe incomodem, pois isso é um indicativo de que fazem sentido também para você.

Apesar de um certo romanticismo envolvido nos discursos sobre as profissões, especialmente em se tratando daquelas do campo da saúde, existe uma teoria social – não tão romântica assim – que explica a estruturação, demarcação e dinâmica que envolve as relações no interior da corporação profissional com a sociedade e com o Estado. O domínio do conhecimento não é o único elemento que entra em jogo. O sucesso de uma profissão depende em grande parte da capacidade que uma corporação tem de estabelecer estratégias de visibilidade e legitimação junto à sociedade, de forma que permitam a conquista gradual da exclusividade no exercício de sua atividade no mercado de trabalho (Silva; Delizoicov, 2009).

Espera aí! Estratégia corporativista? Os profissionais de saúde não são sempre os mocinhos? Os praticantes do CF não são as heroínas e heróis dedicados a resolver o problema notável da população, que não sabe usar adequadamente os medicamentos? Responsabilizando-se por isso, coisa que nenhum profissional de saúde se propôs a fazer até o momento?

4.1.3.3.2 Prática holística e centrada no paciente no âmbito da saúde baseada em evidência

A responsabilidade do profissional do CF é estabelecida por meio de padrões de prática inegociáveis e que, portanto, devem ser cumpridos sempre que o cuidado for prestado. Todos os praticantes do CF desenvolvem o mesmo processo de cuidado a pacientes, envolvendo a avaliação das necessidades farmacoterapêuticas, a elaboração de plano de cuidado e a avaliação dos resultados. Para avaliar as necessidades farmacoterapêuticas, aplica-se um raciocínio clínico padronizado, que verifica sequencialmente aspectos de indicação, efetividade, segurança e conveniência no uso de medicamentos (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Então, aprendendo o processo de cuidado e o raciocínio clínico estou pronta para resolver os problemas dos meus pacientes?

O passo-a-passo a ser cumprido pelo profissional para desenvolver o cuidado de pacientes é bem claro. Porém, a ideologia por trás dele nem sempre é igualmente clara.

Há algo que não estou considerando nesse atendimento? O CF se autodeclara uma prática holística, mas... A saúde baseada em evidência é holística?

“Tenho pena e, às vezes, medo, do cientista demasiado seguro da segurança, senhor da verdade e que não suspeita sequer da historicidade do próprio saber” (Freire, 2019, posição 678-679). Tenho pena e medo da cientista que posso me tornar se não aguçar minhas capacidades críticas.

Outra questão preconizada pelo CF é a utilização de uma abordagem centrada no paciente, que deve ser considerado como um indivíduo completo, com suas necessidades de cuidados de saúde em geral e todas as suas necessidades farmacoterapêuticas (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Eu venho tentando colocar o paciente no centro do processo de cuidado, seguindo a filosofia do CF. Mas agora quero explorar isso mais a fundo. Seria minha tentativa o bastante?

Impõe-se que tenhamos uma clara e lúcida compreensão de nossa ação, que envolve uma teoria, quer o saibamos ou não. Impõe-se que, em lugar da simples doxa⁵ em torno da ação que desenvolvemos, alcancemos o logos de nossa ação. Isso é tarefa específica da reflexão filosófica. Cabe a esta reflexão incidir sobre a ação e desvelá-la em seus objetivos, em seus meios, em sua eficiência (Freire, 2021, posição 464-467).

Refletir filosoficamente sobre este tema me exige firmeza e coragem. Tira meu chão. Estou de fato trabalhando para o *ser mais* dos meus pacientes?

Cuidar envolve as preocupações complementares com as dimensões técnicas e com a demonstração de preocupação com o bem-estar de outra pessoa (Cipolle; Strand; Morley, 2012). O CF pretende em sua filosofia sair do paternalismo usual das profissões de saúde do século passado. Preconiza-se que o praticante do CF perceba o paciente como um indivíduo com conhecimentos, experiências e princípios. Neste sentido, reconhece-se que o paciente precisa estar sempre envolvido nas decisões relacionadas à sua saúde, e que ele fará as decisões finais sobre como usar ou não

⁵ Esfera da mera opinião.

usar os medicamentos. Não adianta que o profissional determine sozinho as melhores intervenções terapêuticas se o paciente não estiver de acordo.

A filosofia da prática, muito bonita no papel, talvez não abarque as tensões engendradas em seu cerne. Afinal, o CF está situado no contexto da saúde baseada em evidência. Sendo assim, parte-se do pressuposto de que o profissional de saúde, conhecendo as evidências, possui os saberes necessários para desenvolver o cuidado integral à saúde do outro, o não-profissional de saúde. É criado de modo correspondente a condição de ignorância deste outro (Nunes; Louvison, 2020).

Os mesmos opressores que definem o que é a evidência aceitável acabam definindo o que ficará fora dos padrões estabelecidos. Quando se fala em evidência científica, está nela embutida uma ideologia sobre processos de validação (Denzin, 2009). “Quanto mais os oprimidos vejam os opressores como imbatíveis, portadores de um poder insuperável, tanto menos acreditam em si mesmos” (Freire, 2005b, p. 126).

Qual prática de saúde é válida? Qual ciência é válida? A ideologia que determina o cotidiano de profissionais de saúde – e das atendidas e atendidos por estes profissionais – carrega imenso poder. À medida que agrega poder a estes profissionais e reforça seu papel como invasores, retira correspondentemente poder dos não-profissionais de saúde, reforçando seu papel como invadidos.

As relações entre invasor e invadido, que são relações autoritárias, situam seus polos em posições antagônicas. O primeiro atua, os segundos têm a ilusão de que atuam na atuação do primeiro; este diz a palavra; os segundos, proibidos de dizer a sua, escutam a palavra do primeiro. O invasor pensa, na melhor das hipóteses, sobre os segundos, jamais com eles; estes são “pensados” por aqueles. O invasor prescreve; os invadidos são pacientes da prescrição. [...] A manipulação, jamais a organização dos indivíduos pertencentes à cultura invadida, é outra característica básica da teoria antidialógica da ação (Freire, 2021, posição 479-493).

À medida que a ideologia da hipervalorização da biomedicina veio se cristalizando, o valor das práticas de saúde que não estão por ela abarcadas foi sendo apequenado. Usar os meios que controlam a produção de evidência para promover os saberes tradicionais e populares em saúde ao status de evidência não é do interesse do opressor, pois reduz o seu poder. Esta é uma discussão chave quando se avalia a dificuldade de interpenetração entre os saberes biomédicos e outros tipos de saberes.

O problema fundamental que têm os centros de poder está em como realizar ou produzir ou estimular uma criticidade de tal maneira “especializada” que só decidisse a favor da verdade dos fortes e opressores, negando sempre a verdade dos fracos (Freire, 2015, p. 50-51).

É possível sair da lógica domesticadora nessa conjuntura marcadamente opressiva do sistema de saúde? Como criar espaço para uma saúde condizente com uma “compreensão não economicista do desenvolvimento” e para adotar práticas “condizentes com os valores democráticos” (Freire, 2015, p. 89)?

Observando as práticas antidialógicas (Freire, 1987) das instituições de saúde, sinto-me quase impotente. Mas não totalmente. Porque ainda tenho esperança, entendo que construímos a história. “Recuso energicamente este fatalismo favorável aos ricos e aos poderosos. As coisas são assim não porque não podem ser de outra maneira, mas porque interessa aos poderosos que sejam assim” (Freire, 2015, p. 99-100).

Desde que iniciamos as leituras coletivas de Freire no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em 2021, muito desconforto já me foi provocado. O desconforto primordial é o fato de eu estar em uma posição de poder como profissional de saúde e professora. Disponho de ferramentas diversificadas para manutenção do meu poder, uma delas sendo o CF. Reconhecer a posição desta ferramenta na luta de classes me direciona ao suicídio de classe? Pesquisar de modo autoetnográfico tem dessas coisas. Minha forma de ser no mundo tem dessas coisas. Não consigo permanecer descolada das realidades que investigo, discuto e transformo.

Tem sido doloroso me enxergar como opressora neste contexto e reconhecer os mecanismos de opressão que eu aprendi e reaplico cotidianamente. Aqui estou eu, escrevendo um texto erudito, adotando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), direcionado à academia. Qual é VERDADEIRAMENTE o valor de eu falar sobre estratégias decoloniais usando as ferramentas coloniais? Usando linguagem que acessa apenas o público opressor? Isso REALMENTE colabora para deslocamento de poder? São perguntas que não sei responder.

Minha vida profissional e pessoal entra em crise junto com minha pesquisa, afinal, não tenho limites estabelecidos entre o meu “eu” e minha pesquisa.

Eu sou uma inteireza e não uma dicotomia. Não tenho uma parte de mim esquemática, meticulosa, racionalista, conhecendo os objetos e outra, desarticulada, imprecisa, querendo simplesmente bem ao mundo. Conheço com meu corpo todo, sentimentos, paixão. Razão também (Freire, 2015, p. 23).

4.1.3.3 Dialogicidade na saúde institucional

Dia significa dois, e *logos* significa pensamento. Segundo Freire, “o diálogo é o encontro amoroso dos [seres humanos] que, mediatizados pelo mundo, o

“pronunciam”, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (Freire, 2021, posição 508-509).

Ramalho-de-Oliveira (2011, p. 229) considera que o entendimento de Freire sobre dialogicidade é muito apropriado para a construção de uma prática clínica centrada na pessoa. Ela afirma que a descrição freiriana de diálogo “carrega conhecimentos importantes para a profissional que tem o objetivo de cuidar e influenciar as decisões de outra pessoa”. Mas, para desenvolver o diálogo, o profissional precisa estar consciente dos vieses, valores e preconceitos que interferem em suas decisões.

Por isso, é urgente reconhecemos que a ciência e o trabalho clínico não são neutros. Olhar para nossa prática de modo bem atencioso. Por vezes, o que chamamos de diálogo se limita a comunicados estratégicos para atingir objetivos já definidos autoritariamente, caracterizando-se como “pura tática de sujeitos ‘espertos’ para alcançar eficácia” (Freire, 2015, p. 92).

“A dialogicidade [...] está cheia de curiosidade, de inquietação, de procura. De respeito, igualmente, de um pelo outro, os sujeitos que dialogam” (Freire, 2015, p. 98-99). É possível o diálogo verídico no CF??? Inquieto-me, minhas vísceras parecem não se acomodar pacificamente em minha cavidade abdominal, remexo-me na cadeira enquanto escrevo este texto. Temo ser uma engrenagem do sistema capitalista, impondo a biomedicina apesar de minhas boas intenções.

Se o não-profissional de saúde se encontra destituído dos conhecimentos que têm valor no contexto biomédico, como poderia ele dialogar e construir seu plano de cuidados de modo compartilhado com o profissional? Como poderia abraçar a “discussão corajosa de sua problemática”? Como poderia ganhar “a força e a coragem de lutar, ao invés de ser levado e arrastado à perdição de seu próprio ‘eu’, submetido às prescrições alheias”? Como poderia se identificar com “métodos e processos científicos” (Freire, 2005a, p. 98-99)?

Neste tipo de relações estruturais, rígidas e verticais, não há realmente lugar para o diálogo. E é nestas relações rígidas e verticais que se vem constituindo historicamente a [...] consciência oprimida. Nenhuma experiência dialógica. Nenhuma experiência de participação. Em grande parte inseguros de si mesmos. Sem o direito de dizer sua palavra, e apenas com o dever de escutar e obedecer. É natural, assim, que os [pacientes]⁶ apresentem uma atitude quase sempre, ainda que nem sempre, desconfiada com relação àqueles que pretendem dialogar com eles. No fundo, esta atitude é de desconfiança também de si mesmos. Não estão seguros de sua própria capacidade. Introjetam o mito de sua ignorância absoluta. É natural que prefiram não dialogar (Freire, 2021, posição 600-605).

⁶ O texto original cita aqui a palavra “camponeses”, que foi substituída por “pacientes” para atender às discussões do presente artigo.

A inexperiência do paciente em relação ao ambiente institucional de saúde, que lhe é estranho, acaba por conduzi-lo à acomodação e ao mutismo.

A acomodação exige uma dose mínima de criticidade. A integração, pelo contrário, exige um máximo de razão e consciência. [...] O problema do ajustamento e da acomodação se vincula ao do mutismo [...], como uma das consequências imediatas de nossa inexperiência democrática. Na verdade, no ajustamento, o homem não dialoga. Não participa. Pelo contrário, se acomoda a determinações que se superpõe a ele (Freire, 2005a, p. 82).

Sem linguagem comum, não há comunicação. Como podem ser feitas educação, saúde, e outras políticas públicas sem passar por uma “compreensão crítica da linguagem, de sua aquisição, de sua produção social e histórica” e também por uma “compreensão política e ideológica da linguagem que perceba por isso mesmo o caráter de classe da fala” (Freire, 2015, p. 60-61)?

Quais pessoas estão incluídas na construção das realidades nas quais pretendemos chegar? A identidade dos indivíduos e amplitudes das comunidades transparecem nas práticas de saúde oficializadas? Como é diferente quando pensamos nas estratégias e fazeres populares e tradicionais em saúde! Nessas, a saúde se verifica como processo de vida, e não como manejo de adoecimentos! Naquelas, as pessoas não enxergam a si mesmas. Não entendem o vocabulário empregado, não se conectam com a lógica dos espaços de saúde. Como chegamos neste grau de distanciamento contraintuitivo entre as pessoas e as políticas públicas?

Não tem sido fácil encarar esta discrepância. Aos meus olhos, o CF representa sim um grande avanço no campo da saúde, pelo seu foco no paciente e seu (ao menos pretensos) holismo e dialogicidade, acolhendo estilos de vida e preferências individuais. Mas quando olhamos bem de pertinho, até que ponto consegue chegar este acolhimento?

Como desenvolver o diálogo freiriano, o verdadeiro diálogo, na situação vertical que se estabelece no ambiente clínico institucionalizado da saúde? No limite de tempo e de linguagem nos quais ocorre tal atendimento, como acomodar o fazer saúde mais amplo, rico em cotidiano, e as multiplicidades de práticas existentes?

Os questionamentos suscitados ao longo do desenvolvimento da minha pesquisa têm me afetado profundamente, cutucado minhas feridas. Esta posição de conflito não me é nova. Carrego essa aflição em minha vida adulta desde o primeiro emprego que tive como farmacêutica. Minha vida profissional foi inteiramente edificada no olho do furacão, a todo tempo evidenciando contradições vívidas. Ainda não encontrei como conciliar plenamente minhas ideias libertadoras com minha vida profissional.

Parece que todo capital circula em vias antiéticas, e a única forma de acessá-lo é entrar na roda. É abrir mão de coisas que importam. Assim, acabo por tornar-me eu mesma mais uma nefasta metástase das elites dirigentes (Freire, 1987). Talvez ideologia

libertadora e trabalho remunerado sejam radicalmente inconciliáveis neste momento histórico.

Para conquistar a possibilidade de desenvolver minha pesquisa, precisei lutar para chegar neste espaço acadêmico, um espaço de poder. Eu vim aqui para defender pautas populares. Porém, parece que sempre que chego enfim a um lugar de poder, chego com a pauta distorcida, atenuada, esvaziada. Não consigo trazer a plenitude da força da base, que se dissipa a cada novo grau de formação, titulação e reconhecimento elitista, à medida que ocupo uma posição nos degraus mais altos da pirâmide.

O paciente rebelde não quer tomar “direitinho” os seus medicamentos. A decisão é dele! Seriam os melhores recursos terapêuticos para ele de fato? Qual seria o tipo de diálogo a ser estabelecido para uma compreensão verdadeira dos papéis positivos e negativos que medicamentos representam em sua vida? Não é só o não-profissional de saúde que precisa desta compreensão. O profissional de saúde também precisa alargar sua avaliação estreita.

4.1.3.3.4 Avanços tecnológicos e seus prejuízos à saúde no contexto neoliberal

Freire (2015) discute a imaturidade da humanidade para manejar as tecnologias que cria. Este ponto faz muito sentido no campo das tecnologias em saúde, incluindo a produção industrial de medicamentos e sua utilização.

O ser humano maneja hoje tecnologias incomparavelmente mais avançadas do que a sua maturidade política. Isso pode ser constatado através da destruição da vida nos rios e nos mares, da erosão da camada de ozônio, do aquecimento global, das chuvas ácidas, da erosão dos solos, da expansão do consumo de drogas, de sistemas sofisticados de destruição à disposição de qualquer candidato a terrorista. A humanidade não poderá sobreviver sem formas mais avançadas de organização social, capazes de ultrapassar esse caos articulado de interesses corporativos que nos acostumamos a chamar de neoliberalismo e que maneja técnicas de impacto universal e irreversível (Freire, 2015, p. 13-14).

Em nosso Programa de Pós-Graduação, são desenvolvidos estudos de ecotoxicidade, que demonstram a presença assustadora de medicamentos e seus metabólitos no ambiente, e procuram compreender as consequências nefastas desta poluição, de dimensões sem precedentes. Antitumorais, antibióticos, radiofármacos, o que mais a farmacêutica dispor no balcão da drogaria e nas prateleiras do hospital, de repente, estão em toda parte. Na água que bebemos.

É ampla a gama de produtos químicos a que estamos expostos, sem direito de escolha, desde o ventre materno. Quando saímos do ventre, na melhor das hipóteses, teremos acesso ao leite materno, que concentra agrotóxicos, por suas características de lipossolubilidade. Não é possível prever os efeitos desta exposição aos lactentes, nem no curto prazo e nem ao longo de toda a sua vida (Menck; Cossella; Oliveira, 2015). O corpo humano é tão tóxico que contamina o solo, então precisamos cimentar o fundo dos túmulos. Nossos corpos, que um dia foram seguros para compostagem, são agora coquetéis de poluentes.

Passou da hora de considerarmos seriamente a opção por tecnologias limpas, extrativismo sustentável, agricultura familiar e outras formas de produzir matérias-primas considerando a manutenção dos ecossistemas. Estas características produtivas desejáveis são de domínio de diversas comunidades tradicionais. Por que são ainda tão distantes das tecnologias que adotamos, particularmente no campo da saúde? Faz sentido perder a saúde socioambiental e gerar adoecimentos a serem tratados mediante o emprego de medicamentos? Ironicamente (ou convenientemente) as empresas que produzem os agrotóxicos produzem também os medicamentos. “Os contextos mercadológicos envolvidos no consumo destes produtos se entrelaçam. Há inadequação de uso dos produtos e desinformação sobre seus riscos” (Mendonça; Marinho, 2008, p. 465).

No prefácio do livro “À Sombra desta Mangueira”, Ladislau Dowbor constata que o desafio que encaramos no momento “é a questão do nosso futuro comum” (Freire, 2015, p. 16). Lideranças indígenas como Ailton Krenak (2020) e Davi Kopenawa (Kopenawa; Albert, 2015) vêm apontando uma lúcida visão integral: produzir saúde para a humanidade e para o planeta são aspectos indissociáveis. Não adianta separar as técnicas e tecnologias da saúde em suas caixinhas e desenvolvê-las de modo descolado do todo, do percurso da humanidade, que reflete inevitavelmente em sua saúde.

Hipnotizados pelos espelinhos, percebemos crescentemente o capitalismo como gerador de escassez: enquanto aumenta o volume de brinquedos tecnológicos nas lojas, escasseiam o rio limpo para nadar ou pescar, o quintal com as suas árvores, o ar limpo, a água limpa, a rua para brincar ou passear, a fruta comida sem medo de química, o tempo disponível, os espaços de socialização informal. O capitalismo tem necessidade de substituir felicidades gratuitas por felicidades vendidas e compradas (Freire, 2015, p. 17).

De modo análogo, o capitalismo substitui saúde gratuita por saúde vendida e comprada. A industrialização desenfreada e a progressiva concentração de pessoas nos grandes centros urbanos promovem diversas perdas imediatas em saúde. Na escassez das plantas nativas utilizadas para o cuidado em saúde e na escassez de quintais para as pessoas cultivarem alimentos e remédios, cria-se a necessidade de comprar mais medicamentos, cuja produção é monopólio de grandes grupos econômicos.

Lembro-me da fala que ouvi no II Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas, proferida pela Dra. Ana Cecília Bezerra Carvalho, técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em uma mesa-redonda (Carvalho; Varanda; Cardoso, 2022). Ela relatou uma emblemática história sobre a prisão de padres que preparavam a farinha de multimistura e a distribuía gratuitamente para as pessoas desnutridas da sua comunidade. Porém, a farinha não era fabricada nas condições determinadas por lei.

Não se contava com bancadas adequadas ou paredes pintadas com tinta lavável. A conclusão dos responsáveis pelo caso foi que seria preferível proibir a ação dos padres.

Rio poluído, vegetação queimada ou desmatada, relações sociais competitivas, como não adoecer? Mas não se preocupe. Se adoecer, temos medicamentos para você!

Vem também à mente um agricultor que conheço, o Sr. Carlos, que planta canabis para tratamento de pessoas ligadas a uma Associação de Pacientes. A canabis é mato, *weed*, uma planta que sempre acompanhou a humanidade. Daí vem o seu nome científico: *Cannabis sativa*. *Sativa*, do latim, refere-se a plantas que acompanham a humanidade, de grande utilidade. Hoje em dia, esta utilidade precisa ser selada, registrada, carimbada, avaliada, rotulada pelos poderosos (Seixas, 1983). Ai de você se a planta brotar em seu quintal, tornando-o automaticamente um criminoso.

Fique longe do Sr. Carlos, fique longe destes bandidos! Não se preocupe, a benevolente indústria pode te ajudar! Pode te vender o tratamento do qual você precisa.

Minha avó usava medicamento de canabis para contornar algumas das consequências terríveis de sua demência, o que lhe custava mais de dois salários mínimos por mês. Essa é uma planta de uso terapêutico tradicional, conhecida e parceira da humanidade desde que se sabe. Ainda no início do século passado, integrou a primeira edição da Farmacopeia Brasileira (Pharmacopeia, 1926). Surpreendentemente, o conhecimento tradicional de nada vale para descriminalizar o cultivo e o uso terapêutico da planta. Além disso, os povos ancestrais que dominavam estes potenciais terapêuticos foram em grande medida exterminados, ou seguem marginalizados.

Produto dos opressores = lucro.

Produto dos oprimidos = crime.

Temos mais tecnologia e medicamentos do que nunca, porém, ao mesmo tempo, estamos mais doentes do que nunca, como sociedade e como indivíduos. Como coloca Freire, “vemos simultaneamente o impressionante avanço do potencial disponível e somos incapazes de transformar este potencial numa vida melhor” (Freire, 2015, p. 17). Poder-se-ia argumentar que este é um efeito colateral do Antropoceno: a presente era geológica, na qual a humanidade influi profundamente nos fluxos biogeoquímicos do planeta (Costa, 2022).

Seria o CF uma prática que transforma de fato essa dura realidade? Seria um caminho adequado para colaborar na promoção da saúde no Antropoceno? Como utilizar a tecnologia disponível de modo a promover o bem comum, sem criar uma *backlash* que anule seus benefícios?

Não devemos baixar a “cabeça fatalista diante do indiscutível poder provocado pela tecnologia”. A tecnologia é produção humana, não sendo “em si, má”. Ela serve tanto a

práticas perversas quanto a práticas benignas. Cabe à humanidade, a partir de “princípios éticos iluminadores da ação política”, decidir como empregá-la (Freire, 2015, p. 28). “Somos seres no mundo, com o mundo, e com os outros, por isso seres da transformação e não da adaptação a ele” (Freire, 2015, p. 29).

Imersa nestas reflexões, percebo que conciliar meu trabalho e meus valores exige mais consciência do que eu concebia. Sobrecarregada por tudo isso, o corpo já tenso e dolorido, levanto-me da cadeira do meu computador, em ato automático, e me dirijo ao quintal. Sem-querer-querendo, meu corpo me conduz ao pé de erva-cidreira-de-arbusto. Este aroma nativo me acalma, me centra, promovendo um alívio imediato.

As plantas medicinais do meu quintal me vinculam a uma terra, a essa terra, à realidade brasileira. São muitos significados que meu sistema nervoso central extrai deste cheiro gostoso. Estas moléculas voláteis desencadeiam múltiplas sensações e sentimentos. A experiência subjetiva com o uso dos fitoterápicos é algo muito poderoso (Cimbleiris-Alkmim, 2024). Acho que existe aí algo de instinto, coisa que as diversas teorias médicas modernas ainda não explicam, mas que mesmo assim teimam em existir.

O Brasil dificilmente existiria para mim, na forma como existe, sem o meu quintal, a que se juntaram ruas, bairros, cidades. A terra que a gente ama, de que a gente sente falta e a que se refere, tem sempre um quintal, uma rua, uma esquina, um cheiro de chão, um frio que corta, um calor que sufoca, um valor por que se luta (Freire, 2015, p. 33).

Por que nos pusemos a produzir conhecimentos de modo tão alienado ao nosso quintal? Devido ao modelo de colonização, devido aos interesses da capital e do capital. Os resultados estão aí: os desafios básicos de nossa população para a saúde não são atendidos, enquanto temos no SUS procedimentos de altíssima tecnologia e custo. Cadê o uso de tecnologias a custo apropriado, como a fitoterapia (Cimbleiris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b)? Por que judicialização para obter medicamentos industrializados à base de cannabis com recursos públicos é correto, mas plantar e produzir os fitoterápicos com baixo custo para os cofres públicos em Farmácias Vivas (Brasil, 2010) é ilegal?

Como coloca Freire (2015, p. 53-54), nós, intelectuais do Terceiro Mundo, discutimos a pós modernidade com nossos colegas contemporâneos do Primeiro Mundo, ao mesmo tempo em que convivemos com a espoliação desenfreada de um capitalismo dependente, perverso e atrasado.

Neste Brasil tão amplo, berço da maior biodiversidade do planeta, como se pode coexistir com todos os elementos minerais, da flora, da fauna, dos fungos, de modo a fortalecer a saúde de modo brasileiro? A saúde do país e de suas gentes? As experiências individuais e sociais de adoecimento se fazem em um contexto muito mais amplo e complexo, que precisa ser captado e considerado. O que é necessário de fato em termos de saúde? O que é inegociável?

O primeiro ponto que me parece inegociável é a poluição dos rios e dos solos. Mas isso já vem sendo ostensivamente negociado, há muito tempo! É cansativo lutar contra o capital, que esmaga e aniquila por onde passa. Que nos deixa “existencialmente cansados e historicamente anestesiados” (Freire, 2015, p. 40). “Na compreensão da História como possibilidade, pelo contrário, o amanhã é problemático. Para que ele ‘venha’ como dele falamos é preciso que o façamos com a transformação do hoje” (Freire, 2015, p. 50).

Se estou aqui neste quintal, neste bairro, nesta cidade, neste estado, neste país, preciso me posicionar. “A Terra da gente é sua geografia, sua ecologia, suas terras, seus vales, suas montanhas, suas florestas, seus rios, seus minerais, seus animais, seus pássaros, seus campos, suas colinas, seus desertos, mas é também o que mulheres e homens fazemos dela” (Freire, 2015, p. 35-36).

Com quem estou? Contra que e contra quem, portanto, estou? Pensar em minha terra sem fazer-me estas perguntas e sem a elas responder me levaria a puras idealizações que nada têm que ver com a realidade. A não clareza com relação aos problemas envolvidos nestas perguntas e o desinteresse por eles terminam por nos fazer solidários com os violentos e com a ordem que lhes serve (Freire, 2015, p. 35).

Posiciono-me a favor dos interesses inegociáveis do planeta. “E devemos ser coerentes com a nossa opção, exprimindo a nossa coerência na nossa prática” (Freire, 1990, p. 36). Como posso usar as tecnologias das quais disponho para favorecer esta posição?

Reconhecer a sorradeira lógica colonial em minha pesquisa implica em reconhecer meu papel como opressora ao longo de minha trajetória profissional. Parte do que desenvolvi sob alcunha de “missão”, do meu “papel no mundo”, parece-me de repente esvaziado de sentido. O que está de fato por trás das minhas tão benevolentes práticas?

Ainda acredito que o CF tem valor real para melhorar a vida das pessoas, que não é apenas mais um meio de opressão. Mas tantas reflexões me forçam a perceber que é um auxílio de natureza predominantemente paternalista, “o que é uma forma de colonialismo” (Freire, 2020, posição 475-476). E “estas formas assistencialistas, como instrumento da manipulação, servem à conquista” (Freire, 1987, p. 149). Como pode ser diferente?

Como posso contribuir na formação dos profissionais envolvidos no CF, como propus fazer em minha pesquisa de doutorado, para que também trabalhem para a libertação? “Não posso reduzir minha prática docente ao ensino de puras técnicas ou de puros conteúdos, deixando intocado o exercício da compreensão crítica da realidade” (Freire, 2015, p. 39-40). Como conciliar a realidade com que sonho com a realidade na qual existo e atuo cotidianamente? Quais seriam as etapas necessárias no caminho da transformação de que desejo fazer parte?

4.1.3.4 Considerações finais

A reflexão crítica sobre o campo do CF a partir do pensamento de Paulo Freire apontou algumas contradições entre a filosofia da prática e sua operacionalização no contexto biomédico e neoliberal, apontando alguns debates necessários.

Esperança-se – no sentido crítico de esperança afirmado por Freire ao longo de toda sua obra – que a problematização apresentada fomente conscientização, ação e o *ser mais* de profissionais de saúde, pesquisadores, educadores, educandos e pacientes.

Para redução da opressão no campo do CF, é necessário que ensino, prática profissional e pesquisa sejam realizados a partir de referenciais críticos, apartando-se da pretensão de tratarem-se de atividades neutras.

4.1.3.5 Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

4.1.3.6 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.4 Artigo 4 – O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico-metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades

Artigo será submetido ao periódico Research in Social and Administrative Pharmacy, classificado como Qualis A1 (Cimblaris-Alkmim et al., 2025, em preparo).

RESUMO EM PORTUGUÊS

Introdução: A fitoterapia é uma prática de amplo e crescente uso pelas mais diversas populações ao redor do mundo. Sua inclusão nos sistemas oficiais de saúde vem sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde desde a década de 70. Porém, os profissionais de saúde ainda não se sentem aptos para atuar nesse segmento, existindo necessidade de aprimoramento em sua prática. O CF (CF) propõe um arcabouço teórico-metodológico promissor para avanços neste campo. **Objetivos:** O presente artigo pretende refletir sobre os desafios e potencialidades no emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF para otimização da fitofarmacoterapia. **Métodos:** A partir da perspectiva crítica da “Pedagogia do Oprimido”, foram realizadas 13 entrevistas colaborativas com farmacêuticos e estudantes de farmácia que atuam ou já atuaram no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** Os resultados foram organizados nas seguintes categorias: Necessidade social e responsabilidade profissional: “É sua responsabilidade, não dá para ignorar”; Prática profissional generalista: “A gente tem que saber pelo menos o básico”; Repertório terapêutico e autonomia profissional: “Isso traz autonomia para eu cuidar do paciente”; Experiência subjetiva na fitoterapia: “Já faz parte da vida dela”; Relação terapêutica de confiança e decisão compartilhada: “A gente tem que caminhar junto com o paciente”; Adaptações do raciocínio clínico na fitoterapia: “Se você acha que é uma planta que não vai ter problema, você deixa pra lá.” **Conclusões:** O farmacêutico que segue o arcabouço teórico-metodológico do CF tem como uma de suas responsabilidades atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de fitoterápicos, viabilizando a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à fitofarmacoterapia em qualquer cenário de prática em que atue. Este estudo reforçou a importância de que a temática da fitoterapia seja mais plenamente incluída no ensino, na prática profissional e em

pesquisas sobre o CF, considerando diferentes cenários de prática e contextos culturais específicos.

Palavras-chave: cuidado farmacêutico; fitoterapia; pesquisa qualitativa; plantas medicinais; farmácia; gerenciamento da terapia medicamentosa.

4.1.4.1 Introdução

Fitoterapia se refere ao tratamento pelas plantas. Os conceitos das entidades regulatórias em saúde são um pouco diferentes em cada país. Os documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) não costumam se referir diretamente à fitoterapia, sendo ela apontada como um componente de práticas mais abrangentes, como Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa. Medicina Tradicional é definida como “a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais”. Já o termo Medicina Complementar e Alternativa é utilizado em alguns países para se referir a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas no sistema de cuidados de saúde dominante. A Medicina Complementar e Alternativa por vezes é também referida como “Não Convencional”. Em alguns países, o termo “Não Convencional” é usado indistintamente com “Medicina Tradicional” (World Health Organization, 2005). A fitoterapia também aparece por vezes como um componente da Medicina Convencional, quando é empregada na lógica científica da saúde baseada em evidência. A OMS trata mais detidamente dos insumos fitoterápicos, mas não faz uma conceituação da fitoterapia em si.

Por isso, será apresentado o conceito de fitoterapia definido pelo Ministério da Saúde brasileiro, país no qual a presente pesquisa foi realizada e que possui um arcabouço conceitual amplo para regulamentação da fitoterapia. Essa entidade conceitua que a fitoterapia “é um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado”.

Já o fitoterápico é o “produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa” (Brasil, 2009, p. 93).

Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em Genebra, no ano de 1978 (World Health Organization, 1978), foi criado o Programa de Medicina Tradicional da OMS, que apresentava políticas para o uso integrado da Medicina Tradicional e Complementar e incentivava o desenvolvimento de estudos científicos a respeito. Desde então, a OMS vem recomendando sistematicamente a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde e documentando seus avanços, reafirmando a amplitude do uso de plantas medicinais que já é feito pelas mais diversas populações ao redor do mundo e o interesse crescente no tema (Chen *et al.*, 2016; Cipolle; Strand; Morley, 2012; World Health Organization, 2002a, 2002b, 2011, 2013, 2019).

Apesar deste estímulo global, a inclusão da fitoterapia na saúde institucionalizada está sujeita a conjunturas locais. O Brasil é o país mais biodiverso do planeta, possuindo imenso potencial para o desenvolvimento da fitoterapia. Porém, a expressividade dessa prática no sistema oficial de saúde nacional ainda é bastante limitada, situação que pode ser superada por meio do estabelecimento de uma práxis crítica no campo da saúde (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b). Diversos estudos apontam para a necessidade de aprimoramento na formação e na prática da fitoterapia por profissionais de saúde, que relatam não se sentirem aptos para analisar o uso ou prescrever fitoterápicos (Barreto; Vieira, 2015; Bruning; Mosegui; Vianna, 2012; Caboclo *et al.*, 2022; Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b; Fontenele *et al.*, 2013; Gadelha *et al.*, 2015; Gontijo; Nunes, 2017; Maia *et al.*, 2016; Nascimento Júnior *et al.*, 2016; Pedroso; Andrade; Pires, 2021; Varela; Azevedo, 2013; Vidal *et al.*, 2019). O Cuidado Farmacêutico (CF) propõe um arcabouço teórico-metodológico promissor para avanços nesse campo.

O CF é uma nova prática profissional que vem sendo desenvolvida nas últimas quatro décadas. Ela visa atender à necessidade social pela otimização da farmacoterapia. Trata-se de uma prática clínica generalista na qual o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, estabelecendo vínculo terapêutico, de forma centrada no paciente.

Esta prática surge como resposta ao amplo uso de medicamentos no contexto do envelhecimento populacional, da alta prevalência de doenças crônicas e do surgimento de novas doenças infecciosas, prevenindo e resolvendo problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), que atualmente geram custos humanos e financeiros elevados (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

O CF é baseado em uma filosofia que orienta o comportamento profissional, e ela afirma que as responsabilidades do profissional farmacêutico devem ser realizadas usando o paradigma de cuidado definido pelas profissões de medicina e enfermagem. Então, em seu processo de trabalho, o profissional avalia de forma abrangente as necessidades relacionadas a medicamentos do paciente, desenvolve um plano de cuidado que possa atender a essas necessidades e faz o acompanhamento para determinar se os resultados desejados foram alcançados e nenhum dano foi causado (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

O CF, portanto, propicia um ambiente clínico de grande potência para promoção da qualidade do uso de fitoterápicos. Porém, até o momento existe na literatura científica um único estudo de revisão que cruza as temáticas fitoterapia e CF, e ele conclui que são necessários estudos que caracterizem, avaliem e demonstrem os impactos da aplicação do CF no campo da fitoterapia (Soares *et al.*, 2020).

Os serviços clínicos que aplicam na íntegra o arcabouço teórico-metodológico do CF são atualmente conhecidos como serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) (Ramalho-de-Oliveira, 2011). Cipolle, Strand e Morley (2012) apresentam na terceira reedição de sua obra clássica sobre o CF um estudo com um grupo de 22.694 pacientes que recebiam serviços de GTM. O grupo estava tomando 78.782 medicamentos sem prescrição médica (média = 3,5 medicamentos de venda livre por paciente). O estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos, onde os fitoterápicos são também considerados suplementos. Foi documentado o uso de 1.977 suplementos por 502 pacientes diferentes. Nos pacientes que usavam suplementos regularmente, isso representou uma média de 4 suplementos por paciente. Dentre os 10 suplementos mais usados referidos nesse estudo, a metade eram fitoterápicos: gengibre (*Zingiber officinale*), linhaça (*Linum usitatissimum*), equinácea (*Echinacea* sp.), pimenta-caiena (*Capsicum annuum*) e canela (*Cinnamomum* sp.). Os outros citados foram zinco, coenzima Q10, *Lactobacillus*

acidophilus, lisina e crômio (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Esse estudo demonstra a significativa expressividade do uso de fitoterápicos pela população pesquisada. Porém, não é possível inferir que plantas medicinais utilizadas na forma de preparados caseiros como, por exemplo, chás, também tenham sido consideradas e registradas neste estudo.

Ainda não há disponibilidade desse tipo de estudo no Brasil. Considerando o contexto sociocultural brasileiro, no qual cerca de 82% da população utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde (Brasil, 2012a), é muito provável que estes números sejam ainda mais elevados, tendo potencial de levar a diversos PRM, que poderiam ser minimizados a partir da atuação adequada da equipe de saúde.

O CF tem grande potencial para otimizar o resultado do uso de fitoterápicos e minimizar a morbimortalidade relacionada ao seu uso. Considerando o *gap* no conhecimento científico sobre essa temática, o presente artigo pretende refletir sobre os desafios e potencialidades no emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF para otimização da fitofarmacoterapia.

4.1.4.2 Métodos

Esta pesquisa qualitativa se insere em uma epistemologia subjetivista, situando-se no paradigma crítico, que pressupõe que existe uma realidade a ser transformada a partir da pesquisa (Daly, 2007). O presente artigo é parte de uma pesquisa maior que tem como objetivo refletir sobre a fitoterapia no contexto amplo do Brasil contemporâneo e no contexto específico da prática do CF, visando à conscientização e instrumentalização profissional (Cimbliris-Alkmim, 2024). A abordagem metodológica adotada está detalhada em Cimbliris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo), tratando-se de uma combinação da Pedagogia do Oprimido e da Autoetnografia.

O estudo foi desenvolvido no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), que é um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços associado ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e tem como objetivo proporcionar toda a estrutura

humana, técnica, científica e de *know-how* para formar profissionais, investigar, implantar, desenvolver e avançar a prática do CF (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, 2024). Antes de ser proposta como projeto de pesquisa, a temática da fitoterapia no CF foi apontada como relevante pela comunidade pesquisada.

Imersão na comunidade pesquisada (Freire, 1987) (em reuniões, aulas e eventos) e escrita autoetnográfica (Ellis, 2004) foram estratégias de coleta de dados utilizadas neste estudo desde dezembro de 2020 até julho de 2024. O *data set* selecionado para o presente artigo foi coletado por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas pela primeira autora no período entre julho de 2021 e março de 2023. No mesmo período, a segunda autora entrevistou a primeira autora. A elaboração do roteiro utilizado para as entrevistas e o processo de análise foram embasados também nos dados obtidos pelas demais estratégias, no entanto. A realização do presente projeto de pesquisa teve início no auge da pandemia de Covid-19, e por isso parte das atividades de coleta de dados ocorreram em ambiente virtual. Notas de campo foram utilizadas como ferramenta de registro e reflexividade ao longo de toda a pesquisa.

Os entrevistados foram estudantes de farmácia e farmacêuticos que atuam ou já atuaram no CEAF, visando partir do conhecimento já nivelado que os membros do grupo possuem sobre o arcabouço teórico-metodológico do CF. Os entrevistados já conheciam previamente sobre o projeto em desenvolvimento e a equipe de pesquisadores envolvida. Foram priorizados para participação na pesquisa os membros do grupo que apresentavam mais interesse na temática da fitoterapia, seguindo a estratégia da amostragem de instância crítica (Tracy, 2013), a fim de potencializar sua construção colaborativa e a transformação da prática do grupo.

Os convites para participação foram realizados cara-a-cara ou por mensagem virtual. Foram realizadas 14 entrevistas, variando entre 1 e 3 horas de duração (tempo médio = 1 hora e 35 minutos). Uma entrevistada desistiu de seguir participando, justificando sua retirada do processo devido a circunstâncias pessoais. Nas últimas três entrevistas, observou-se que não estavam surgindo novos temas, identificando-se a saturação dos dados. Dos entrevistados que permaneceram no estudo, 12 eram mulheres e 1 era homem; com idades entre 23 a 57 anos. Doze eram farmacêuticos formados e 1 era estudante de farmácia. Entre os farmacêuticos formados, o tempo de prática e/ou ensino do GTM variava entre 1 e 25 anos, com a média de 9 anos por

entrevistado. Os cenários de prática nos quais os entrevistados atuavam incluíam o sistema público e o sistema privado de saúde, o contexto ambulatorial e o contexto hospitalar, e alguns deles eram vinculados a instituições de ensino.

Foi adotado o estilo de entrevista colaborativa, no qual o pesquisador e o participante se situam em um mesmo plano e podem fazer perguntas um ao outro. Assim, evita-se o fluxo usual de entrevistas tradicionais, um modelo de entrevista “bancária”, de modo análogo à educação bancária descrita por Paulo Freire (1987), que consta de depósitos que uma parte faz à outra, sem o verdadeiro diálogo. Na entrevista colaborativa, o entrevistador não deseja permanecer invisível, e retribui as ideias compartilhadas pelos entrevistados com suas experiências, educação e *insights* sobre a temática da pesquisa (Tracy, 2013). A ideia é que as próprias entrevistas já promovam reflexões que possam colaborar para a transformação da realidade pesquisada.

A lista de tópicos-guia foi aprimorada após ser testada na primeira entrevista realizada, a fim de explorar aspectos que não haviam sido considerados previamente. Todos os pesquisadores envolvidos no projeto foram entrevistados a partir do mesmo roteiro. Como parte da comunidade pesquisada, adotando papel misto de pesquisadoras e pesquisadas, a equipe de autoras teve uma aproximação bastante estreita com os dados. Foi desenvolvida validação processual dos resultados a partir de diálogo informal constante com os demais participantes da pesquisa e também da apresentação destes para a comunidade pesquisada em uma disciplina acadêmica sobre Fitoterapia no CF ofertada no âmbito do mesmo projeto de pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em vídeos usando o *Microsoft Teams* (licença institucional da UFMG). Elas foram repetidamente ouvidas e transcritas, passando por uma limpeza a fim de facilitar sua compreensão.

A análise dos dados foi iniciada desde o começo de sua coleta, por meio da análise temática (Braun; Clarke, 2006; Souza, 2019). Os temas foram elaborados a partir de uma abordagem reflexiva e indutiva. Foi utilizado como suporte para a análise o *Software NVivo 14* (conta A-S00530873/ *New NVivo 14 - Student Annual License - Single User*). Para acompanhar o processo analítico, foram utilizadas as notas disponibilizadas no software e o caderno de campo.

Foi empregada a perspectiva de rigor apontada por Gastaldo (2021), que rejeita a noção de neutralidade social como condição de objetividade de estudos científicos. A metodologia de investigação freiriana visa transformar a práxis dos oprimidos no sentido de maior justiça social, tendo objetivos claros de ensinar, informar e inspirar, critério de rigor denominado de contribuição por Le Roux (2016). Descrição detalhada de todos os critérios de rigor adotados está disponível em Cimblaris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada participante. Conforme preceitos éticos vigentes, nomes fictícios foram utilizados na apresentação dos resultados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

4.1.4.3 Resultados e discussão

4.1.4.3.1 Necessidade social e responsabilidade profissional: “É sua responsabilidade, não dá para ignorar!”

O apontamento da necessidade social pela otimização do uso dos fitoterápicos foi unânime no grupo entrevistado. Muitos ressaltaram que sua compreensão sobre essa necessidade se aguçou após o ingresso no cenário de prática profissional em saúde.

Dos pacientes que eu atendi, não tinha um que não usava um chá! (Angelica)

Todas as profissões devem satisfazer uma necessidade social única para justificar a sua elevada posição e privilégios na sociedade. O profissional do CF tem como responsabilidade atender à necessidade pela otimização do uso de todos os produtos que têm finalidade de tratamento, prevenção ou diagnóstico em saúde (sejam prescritos, de venda livre, amostras, suplementos ou fitoterápicos), sem ressalvas (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Para cumprir esta responsabilidade, o profissional precisa cumprir padrões de prática inegociáveis, toda e cada vez que o cuidado for prestado.

Se o paciente está fazendo uso disso, é um medicamento, é sua responsabilidade, não dá para ignorar! (Dahlia)

Quando o profissional, seguindo a filosofia do CF, coloca o paciente no centro do processo de cuidado e o considera como um indivíduo completo (Cipolle; Strand;

Morley, 2012) não há como desenvolver o processo de cuidado ignorando a fitoterapia, prática tão costumeira.

A gente está no Brasil, as pessoas usam isso, a gente tem que abraçar isso! É uma prática centrada no paciente, e isso é parte da vida do paciente. É uma questão de ser coerente com a nossa filosofia. (Dahlia)

Afinal, o uso disseminado de fitoterápicos pela população independe do desejo ou expertise dos profissionais de saúde.

Não é porque você não gosta de trabalhar com isso que seu paciente vai deixar de usar. (Oliver)

A necessidade social por uma fitofarmacoterapia otimizada estende-se desde práticas preventivas, passa pelo manejo de problemas de saúde autolimitados ou de baixa gravidade, e vai até situações de alta gravidade e complexidade. Assim, a fitoterapia deve necessariamente ser considerada em qualquer cenário, até mesmo quando não será ativamente recomendada, como exemplificado pela fala a seguir.

Durante esse período de hospitalização, realmente não cabe a gente usar um ou outro medicamento e fitoterápico, mas a partir do momento que o paciente volta pro contexto de vida dele, por que não o orientar? A gente não pode esquecer que a pessoa tem uma vida. (Melissa)

Nos serviços de GTM, é usual que sejam atendidos apenas os pacientes considerados complexos do ponto de vista da farmacoterapia, deixando descoberta grande parte das demandas da população no campo dos cuidados em fitoterapia.

A fitoterapia é um recurso de viver bem, sem precisar de tanto profissional de saúde, de tanta internação, de tanto hospital... E a gente pega na Atenção Farmacêutica o paciente mais acabado, [risos] polifarmácia... Onde é o ambiente que a gente vai poder trabalhar com esse paciente que não está tão comprometido ainda, para ele aprender a se cuidar? E as mães que querem cuidar dos seus filhos? Onde que essas pessoas vão entrar? (Iris)

A partir de suas experiências como estudantes e profissionais do CF, muitos entrevistados comentaram sobre a frequente negligência do cuidado em fitoterapia em todos os níveis de cuidado e, inclusive, em sua própria vivência.

Alguns pacientes vinham com algumas questões de fitoterapia, mas eu nem dava a devida importância. Ficava em segundo plano nas minhas intervenções. (Rose)

Apesar do CF prover uma filosofia e um processo de cuidado que pressupõem uma abordagem holística, o profissional de saúde muitas vezes tem a concepção – que pode preceder sua formação em saúde – de que a fitoterapia não faz parte do escopo da saúde formal.

A gente, como paciente, está acostumado a manter a nossa prática popular de fora da consulta. A gente, como profissional de saúde, vai reproduzir isso, achar que não é legítimo para aquele espaço. (Cassia)

Assim, é retroalimentado um ciclo, no qual o paciente segue reafirmando a concepção de que não deve falar sobre o uso terapêutico de plantas medicinais quando busca o sistema oficial de saúde.

O paciente não traz suas práticas em fitoterapia para dentro do serviço de saúde, por esse receio de ser repreendido, de achar que isso não cabe naquele espaço. (Iris)

Neste contexto, é interessante ressaltar que a fitoterapia aplica a mesma racionalidade terapêutica que o uso dos medicamentos convencionais, sendo igualmente uma prática alopática, para a qual os profissionais de saúde de formação convencional já estão capacitados (Cimblaris; Sacramento, 2014).

Minha responsabilidade com o paciente é atender suas necessidades farmacoterapêuticas. Nisso está incluído a fitoterapia, uma terapêutica alopática assim como os medicamentos convencionais. (Alyssa)

Em português e em inglês, o termo alopatia é empregado inadequadamente para designar o uso de medicamentos convencionais. Semanticamente, alopatia se refere à utilização de insumos terapêuticos que vão produzir no organismo do doente reação contrária aos sintomas que ele apresenta, a fim de diminuí-los ou neutralizá-los. Durante a realização das entrevistas colaborativas, os entrevistadores explicavam sobre esse uso inadequado do termo alopatia quando ele surgia. Nesse artigo, para evitar o fomento de confusões conceituais, optou-se por fazer a adequação do termo nas falas em que foi usado incorretamente, mantendo os trechos alterados marcados entre chaves diferenciadas ({ }) para rastreabilidade da alteração por parte do leitor.

Sendo negligenciada na prática profissional, a temática da fitoterapia também não tem sido contemplada nas pesquisas do campo do CF, mantendo a questão invisibilizada.

Na minha pesquisa, uma participante falou que na família dela sempre gostaram de produtos naturais. Isso era uma coisa muito prevalente, mas eu não explorei. A gente deixa pro escanteio até na pesquisa. (Dahlia)

Não olhar para o uso de fitoterápicos pode impedir a prevenção e o diagnóstico de PRM, ou até mesmo levar à geração de novos PRM, como exemplificado no Quadro 5.

Quadro 5 – Exemplos de PRM que ocorrem devido à negligência do cuidado com a fitofarmacoterapia na perspectiva dos participantes deste estudo

Necessidades farmacoterapêuticas	Exemplos de PRM
Indicação	A gente fica achando que o paciente é problemático, que ele não usa a farmacoterapia. E ele está fazendo uso de plantas medicinais, que fizeram ele driblar esse pré-diabetes. (Iris)
Efetividade	Você acha que o medicamento está tendo efetividade, mas você esqueceu de ver que era porque ele também tomava esse chá junto. (Iris)
Segurança	Se acontecer alguma lesão, você pensa em muitas outras causas, você não vai pensar na planta. Se o paciente faz uso de uma planta e eu desconsiderar, nossa, eu posso estar colocando em risco até a vida do paciente. (Oliver)
Conveniência	O paciente relata que não gosta de usar muitos medicamentos, prefere usar produtos naturais. E a gente não tem leque de opções para passar para ele dentro da opção dele, no que ele está falando pra gente que ele teria adesão. (Dahlia)

Fonte: elaboração própria (2024).

Outra forma de evitar PRM no campo da fitoterapia é que o praticante do CF cumpra sua responsabilidade de subsidiar avaliações de outros profissionais que prestem cuidados aos pacientes organizando e fornecendo informações a respeito do uso de fitoterápicos (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Sempre que eu tenho que emitir um relatório para fora, para o especialista, para o hospital, para uma internação, o fitoterápico sempre vai na lista. (Hazel)

Mais uma questão relevante é que, como toda responsabilidade profissional, o cuidado em fitoterapia precisa ser reconhecido e remunerado.

Onde que eu vou poder ser remunerada por esse trabalho? Fica sempre na informalidade, na boa vontade... (Iris)

O modelo de remuneração para o GTM descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012) leva em consideração o número de produtos em uso pelo paciente (sejam eles prescritos ou não), as condições médicas e PRM presentes. A partir dessa lógica, o farmacêutico poderia ser retribuído por realizar também o cuidado na fitoterapia.

Foi apontado que a assunção da responsabilidade profissional no cuidado em fitoterapia pode favorecer a valorização do profissional do CF por parte da equipe de saúde. Mesmo que a recomendação de uso de fitoterápicos não seja tão presente no sistema formal de saúde, uma entrevistada teorizou que orientar o paciente sobre a fitoterapia usada como automedicação é um desafio percebido pela equipe de saúde.

Os outros profissionais percebem que o paciente usa essas plantas, não sabem o que fazer com aquilo. Eles iam ficar aliviados se o farmacêutico falasse: “quando aparecer você manda aqui que eu dou conta dessa demanda!” (Iris)

Afinal, dentre os profissionais de saúde o farmacêutico é o mais instrumentalizado para responder a esta demanda social, haja vista que os demais – considerando as diretrizes brasileiras – não possuem em seus currículos nenhuma disciplina obrigatória sobre plantas medicinais (Barreto, 2015; Brasil, 2017b).

O farmacêutico seria o profissional mais próximo de desenvolver o cuidado a partir da fitoterapia, é o que mais vai ter em sua formação alguma imersão nesse mundo. (Alyssa)

4.1.4.3.2 Prática profissional generalista: “A gente tem que saber pelo menos o básico.”

Na organização das profissões de saúde é preconizado que exista um praticante generalista que, na saúde primária, é o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema. Esse deve fornecer cuidados contínuos e abrangentes, atendendo à população independentemente de características individuais, natureza das doenças existentes ou dos tratamentos empregados. A prática clínica farmacêutica, ao contrário da prática clínica das demais profissões de saúde, como a medicina, se desenvolveu como uma prática especializada. Embora isso tenha ocorrido, para o CF funcionar, os profissionais precisam aprender e realizar primeiramente uma abordagem generalista, na qual poderão basear suas práticas especializadas. É essa a proposta do CF, na qual o praticante tem como responsabilidade cumprir padrões de cuidado aplicáveis a todos os locais de prática e pacientes, e a fitoterapia precisa estar incluída nessa perspectiva (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Tem que saber pelo menos o básico, igual um médico clínico geral. Não precisa saber de todas as plantas medicinais, de todos os tratamentos, mas saber pelo menos os mais prevalentes. (Holly)

As demandas mais frequentes em fitoterapia poderiam ser resolvidas pelo farmacêutico, nos diversos níveis de atenção à saúde nos quais atua. No entanto, para desenvolver a prática clínica generalista preconizada pelas diretrizes curriculares brasileiras para cursos de graduação em farmácia (Brasil, 2017b), fazem-se necessários conhecimentos que ainda não estão presentes com consistência na formação profissional. Os entrevistados relataram sobre seu despreparo para o cuidado em fitoterapia.

Eu sentia até um constrangimento. Gente, eu sou farmacêutica, as pessoas estão usando plantas, fazendo e acontecendo, e eu não sei o mais básico! Não sei nem fazer o meu próprio chá! (Iris)

A formação em fitoterapia precisa adotar uma abordagem clínica, que capacite os profissionais à resolução de demandas reais. O fato de que os fitoterápicos nem sempre contam com qualidade e esquemas posológicos rigidamente estabelecidos, como é o caso dos medicamentos convencionais, leva a desafios próprios deste segmento. Para começar, é necessário que o profissional tenha noções sobre identificação botânica aplicada ao cotidiano clínico.

O primeiro obstáculo: será que é aquilo mesmo que o paciente está usando? A fitoterapia agrega mais riscos no processo de tomada de decisão. (Lily)

Uma das entrevistadas relatou que o seu professor de botânica afirmava que o farmacêutico não precisava saber identificar as plantas, pois outros profissionais o fariam. Porém, é necessário que o praticante do CF possua conhecimentos botânicos suficientes para ter resolutividade no cuidado a seus pacientes.

Eu sempre questionava o professor que a gente precisava ter um horto ou sair para identificar. Ele falava: “não, quem vai identificar são os botânicos, ou os auxiliares. Na hora que você precisar, você chama um botânico”. Mas não é assim no dia a dia. (Magnolia)

Conhecimentos sobre parâmetros para manipulação e determinação da posologia são também necessários para o cuidado na fitoterapia.

E o chá? Qual é a posologia que esse paciente vai usar? Como é que ele vai medir? Ele vai colocar quantas colheradas? É muito mais abstrato. Eu não sei qual é a qualidade daquele produto que ele está comprando. Se eu tiver um de melhor qualidade e um de qualidade inferior, será que a dose vai ser a mesma? O comprimido, eu sei que vão ser dois comprimidos! (Daisy)

A integração da fitofarmacoterapia na abordagem do CF é particularmente relevante porque essa é a única prática profissional que pretende desenvolver a harmonização de cuidados no campo da farmacoterapia.

Onde que [o paciente] vai procurar um profissional que vai pegar todos esses medicamentos e terapias dele, no modo geral, de forma concreta? Ele vai ter que ir pro farmacêutico e pro fitoterapeuta? (Holly)

Apesar de que a prática generalista deve ser a primeira instância de cuidado farmacêutico, foram apresentadas reflexões sobre a expectativa futura de que existam farmacêuticos especialistas trabalhando em equipe a fim de atender demandas específicas e que possam requerer conhecimentos mais aprofundados.

Será que não é pedir demais desse farmacêutico que ele entenda diabetes, depressão, oncologia, fitoterapia? Será que não é importante a gente ter uma rede de farmacêuticos, um referenciamento e um contra referenciamento dentro da equipe? (Daisy)

Porém, a criação de equipes para o GTM, com generalistas e especialistas, não parece viável no momento histórico atual da profissão. Existe a necessidade de provar a custo-efetividade deste tipo de situação para que futuramente esta seja uma possibilidade.

Seria no melhor interesse do paciente ter essa equipe de farmacêuticos multiprofissional. [risos] Porém, a gente custa a ter pela gestão um único farmacêutico para acompanhar o paciente, o que dirá uma equipe! Então, a gente vai precisar provar o valor desse GTM, evoluir, e provar que ele é mais custo-efetivo se você tiver o cara top da diabetes, o cara top da oncologia, o cara top da fito. Porque se você não reduzir custos você não convence ninguém nesse planeta. Aí a gente vai conversar com um plano de saúde, aí a gente vai conversar com o SUS. Mas eu acho que é uma visão do futuro. (Iris)

4.1.4.3 Repertório terapêutico e autonomia profissional: “Isso traz autonomia para eu cuidar do paciente.”

Na fitoterapia, o farmacêutico tem à sua disposição diversas opções que pode prescrever com autonomia, visto que a imensa maioria dos produtos naturais é considerada produto de venda livre, em diversos lugares do mundo (World Health Organization, 2019). No Brasil, por exemplo, apenas fitoterápicos elaborados a partir de 09 espécies medicinais são restritos à prescrição médica (*Arctostaphylus uva-ursi*; *Actaea racemosa*; *Equinacea purpurea*, *Ginkgo biloba*, *Hypericum perforatum*, *Piper methysticum*, *Serenoa repens*, *Tanacetum parthenium* e *Valeriana officinalis*) e fitoterápicos elaborados a partir de 02 espécies medicinais são restritos à prescrição médica em algumas condições específicas (*Mentha x piperita* e *Plantago ovata*) (Brasil, 2014c). Assim, conhecendo a fitoterapia, o praticante do CF passa a contar com mais um amplo repertório de opções terapêuticas em sua prática.

Tratamento de transtornos menores, condições crônicas não transmissíveis, a gente deveria ter uma abordagem mais integral para essas questões. A fitoterapia é um tratamento extremamente utilizado, existe um conhecimento, existem inúmeros medicamentos já industrializados com o uso de plantas. Isso tem que ser parte do nosso arsenal terapêutico. (Dahlia)

Afinal, a fitoterapia é uma opção terapêutica que em muitos casos pode apresentar boa resolutividade e menos efeitos colaterais.

A gente evita uma medicalização desnecessária e mais pesada. Em um quadro de ansiedade pontual, você evita um benzodiazepínico que você não ia conseguir tirar mais. (Hazel)

Por vezes, a fitoterapia cobre indicações para as quais não se tem um análogo nos produtos convencionais.

As nossas pacientes [na oncologia], desenvolvem aquela síndrome mão-pé. Pode aparecer lesão da pele, da mão, da cabeça, das axilas, da virilha. Cremes, pomadas, não tinham resposta. A gente coloca *Aloe vera*, *Hammamelis*, óleo de amêndoa, são uns 8 itens nessa fórmula. Cura a lesão! (Magnolia)

Os fitoterápicos podem ser também utilizados de modo complementar a medicamentos convencionais, tanto para atingir objetivos terapêuticos, como para manejar efeitos colaterais.

As plantas medicinais ajudam a pessoa a passar pelo processo de doença, e de lidar com efeitos colaterais de uma terapêutica que não dá para abrir mão. (Iris)

Além disso, na fitoterapia o farmacêutico pode encontrar um leque de opções para contemplar pacientes que não aderem ao uso de algum medicamento convencional.

Às vezes ele não quer usar o Omeprazol, mas gostaria de usar espinheira-santa. (Dahlia)

Assim, dispondo deste leque terapêutico, o profissional pode ter mais resolutividade no cuidado de seus pacientes e, inclusive, reduzir a frequência com que precisa autorizar medidas para resolução de PRM com outros profissionais de saúde prescritores, o que por sua vez pode levar à economia de tempo e dinheiro para os sistemas de saúde e para o próprio paciente.

Um dos dificultadores da nossa prática de Atenção Farmacêutica é esse papel colaborativo com o médico, que nem sempre está disposto, nem sempre ele tem uma agenda para discutir o caso, nem sempre ele te dá abertura para manejar o paciente junto com ele. Então, isso traz autonomia para eu cuidar do paciente, é um avanço e tanto. (Hazel)

É válido lembrar que essa autonomia profissional é uma vantagem em situações nas quais as competências do praticante do CF são suficientes para resolver os problemas apresentados pelo paciente, mas não implica em resistência ao trabalho colaborativo com a equipe multiprofissional. O trabalho com outros profissionais de saúde é, inclusive, uma premissa da filosofia do CF.

Porém, a despeito da possibilidade de autonomia que a fitoterapia proporciona ao farmacêutico, a maior parte dos entrevistados relataram que abordavam o uso de fitoterápicos, quando o faziam, apenas se os pacientes já realizassem seu uso.

Muitos já faziam o uso [de fitoterápicos], então, era uma coisa mesmo de adequar a forma que ele estivesse usando. Mas sugerir, eu nunca sugeri. (Angelica)

A prescrição de fitoterápicos, apesar de ser prerrogativa dos farmacêuticos no Brasil desde 2011 (Conselho Federal de Farmácia, 2011, 2013), não era ativamente considerada pelos entrevistados, demonstrando que este potencial ainda se encontra pouco explorado.

4.1.4.3.4 *Experiência subjetiva na fitoterapia: “Já faz parte da vida dela.”*

A filosofia do CF propõe que o paciente seja visto como um indivíduo com direitos, conhecimento e experiência, e não como apenas um sistema biológico. Suas preocupações e expectativas sobre sua farmacoterapia precisam ser levadas em conta (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Um conceito importante para desenvolver esta abordagem é a experiência subjetiva com o uso de medicamentos, definida como

uma experiência de ambivalência e vulnerabilidade, na qual o paciente está ativamente envolvido em um processo ou negociação, que é pragmático em relação às formas como ele vive e experienciar a vida, contextualizada e matizada dentro da construção social de sua realidade individual. (Hillman *et al.*, 2021, p. 10)

Tal experiência guia o farmacêutico no diagnóstico de PRM e em sua resolução. Afinal, quanto maior a individualização das intervenções terapêuticas, maior será sua chance de obter sucesso (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

A experiência subjetiva é um desses caminhos pra gente ter resultado. A gente pode ter algum significado atribuído quando o paciente usa plantas medicinais e fitoterápicos e que pode ser uma possível causa de PRM. A gente vivencia isso em relação ao PRM, tem peso importantíssimo. (Alyssa)

O paciente muitas vezes possui uma experiência subjetiva diferenciada em relação aos produtos naturais, já inseridos em sua cultura cotidiana. Enquanto as informações básicas sobre um medicamento convencional envolvem principalmente sua estrutura molecular, que é de pouco interesse para a maioria dos pacientes, quando se trata dos fitoterápicos o paciente pode ao menos ver uma foto ou a própria planta medicinal *in natura* e conhecer sua história, o que fornece um excelente contexto para sua adesão (Schulz *et al.*, 2004). A experiência subjetiva do paciente com a fitoterapia perpassa diversas questões. Primeiramente, a influência sociocultural, seja familiar, seja da rede de convívio de modo mais amplo.

“A minha avó sempre usou esse chá lá na roça, então eu o uso porque nunca fez mal para ela, e eu gosto.” A pessoa já está habituada, já faz parte da vida dela. (Melissa)

Eles ouviam falar que era bom do vizinho, amigo, ou de algum profissional também. (Angelica)

Foi relatado como o cuidado em fitoterapia muitas vezes se dá no contexto de uma rede comunitária de saberes e práticas.

É uma saúde que está além do produto que a gente usa. É um estilo de vida. [...] Esse lado social, ele é muito poderoso, essa rede de apoio que essas pessoas criam onde elas estão. (Iris)

Alguns entrevistados destacaram até mesmo em sua própria experiência com o uso dos fitoterápicos a presença marcante dessa rede comunitária.

Tinha muita prática [com fitoterápicos], a vizinhança toda da rua era quase uma família. Como a gente se conhecia muito, e convivia há muito tempo, era uma vida bem comunitária, de se apoiar, um ajudar o outro, inclusive nesse âmbito dos cuidados em saúde. (Cassia)

Outra questão relevante é a percepção de que o produto natural faz menos mal do que o produto convencional. Indivíduos que usam fitoterápicos usualmente têm uma atitude mais favorável em relação ao impacto dos produtos naturais na sua saúde e uma percepção menos positiva da segurança de medicamentos convencionais. A palavra 'natural' é frequentemente usada para denotar 'seguro', levando a uma interpretação enganosa e possivelmente perigosa (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Eles [os pacientes] têm muito essa concepção: “o medicamento {convencional} vai estragar o meu fígado, eu posso até morrer por causa desse medicamento. Mas com o natural, eu acho que não é bem assim, eles são mais seguros.” (Angelica)

Crenças e percepções influenciam as atitudes do paciente, gerando impacto direto sobre como ele usa – ou não usa – os medicamentos. A simpatia de muitos pacientes pela fitoterapia, especialmente os idosos, está enraizada na percepção subjetiva de que os produtos naturais são mais “gentis” (*gentler*) e seguros do que medicamentos convencionais. Um estudo consagrado desenvolvido por um instituto que desenvolve pesquisas demográficas na Alemanha pesquisou 2.172 pessoas entre 16 e 90 anos de idade sobre esta temática. Quando perguntados sobre a segurança do uso de fitoterápicos, 82% dos pesquisados classificaram o risco em tratamentos com fitoterápicos como “baixo”, enquanto 84% classificaram tal risco com medicamentos convencionais como “alto a moderado”. Esta opinião foi semelhante entre usuários e oponentes do uso de fitoterápicos. Sabendo que a confiança em um medicamento é a melhor fundação para o sucesso de seu uso, é muito importante levar esta experiência em consideração (Schulz *et al.*, 2004).

O imaginário de que “o produto natural não faz mal” foi também apontado como componente da experiência subjetiva dos próprios entrevistados, a despeito do conhecimento técnico que possuíam.

Eu gostava dos chás, eu gostava bastante da arnica também. A gente vem daquele entendimento: é natural, é uma coisa que vem da natureza, é boa para a gente. (Melissa)

Foi relatado que a possibilidade de ter mais controle sobre a própria saúde seria também um elemento experiencial que influencia os pacientes a buscarem o uso de fitoterápicos.

É uma escolha de se reafirmar enquanto autonomia no seu cuidado de saúde. (Alyssa)

A experiência subjetiva negativa (baseada em experiências reais ou projetadas) em relação ao uso de medicamentos convencionais foi também apresentada como um componente que pode estar presente na opção pelo uso de um produto natural.

Como que o uso da fitoterapia e esses significados alteram o comportamento do paciente com a farmacoterapia convencional? A gente vê a todo momento, procurar a fitoterapia é uma contracultura ao uso de medicamentos convencionais, e vice-versa. (Alyssa)

A expressão “vice-versa”, colocada ao final da fala acima, aponta que por vezes ocorre o caminho inverso: o paciente que tem uma experiência negativa ou não resolutive (Nascimento; Silva; Ramalho-de-Oliveira, 2020) com fitoterápicos pode ter seu interesse ampliado na possibilidade de utilizar medicamentos convencionais.

Essa questão da experiência subjetiva negativa com o uso de medicamentos convencionais levando à preferência por produtos naturais foi descrita igualmente na experiência pessoal dos entrevistados.

Desde criança, eu vejo as pessoas ao meu redor tomando muito medicamento de saúde mental. Você não via um controle da doença, ao contrário, você via uma progressão e uma dependência extrema. Então, nos quadros que eu tive de depressão, eu tive muita resistência de usar medicamento. Comecei a associar a fitoterapia, com homeopatia, com acupuntura, com outras técnicas, para fugir dessa linha de dependência. (Hazel)

Foi relatado também que a experiência negativa de falta de controle ou frustração com o sistema de saúde formal pode fomentar o interesse pelo uso de fitoterápicos. Outrossim, a tentativa de “fuga” do sistema de saúde pode refletir uma postura do paciente de negação em relação à sua condição de saúde e à necessidade de usar medicamentos convencionais.

A fitoterapia pode ser uma negação à condição de saúde e ao uso de medicamentos convencionais. Vejo muito esse processo do paciente utilizar a fitoterapia para resolver essa frustração que ele tem em relação à sua condição de saúde, ao sistema de saúde, aos profissionais e até mesmo dos tratamentos, de retomar o controle. (Alyssa)

Os entrevistados, quando na posição de pacientes, revelaram que sua experiência subjetiva influenciava suas decisões farmacoterapêuticas.

Quando eu uso uma planta medicinal me vem uma força afetiva. Não é só a questão alopática que vai entrar ali, ter uma interação nos receptores, e desencadear alguma atividade biológica. É impossível não pensar na minha vó, na minha família, isso serve de força para a cura. (Oliver)

Além disso, alguns entrevistados apontaram que muitas vezes recorrem ao saber popular e não ao conhecimento científico para fazer seu uso pessoal de fitoterápicos.

Estou eu com os meus chás para controlar ansiedade. [...] É uma lacuna que ainda está aberta na minha vida como profissional. Estou fazendo de uma forma bem leiga, não como a Cassia farmacêutica poderia fazer. (Cassia)

Uma entrevistada destacou que para ela era crucial a validação de fitoterápicos pela experiência familiar, afirmando que não se “arriscaria” com o uso de plantas que não tivessem passado por esse crivo.

Algumas coisas eu uso até hoje, por exemplo, guaco, eu resolvo aqui em casa, eu faço chá, gargarejo de tanchagem. Eu uso aquelas que eu conheço, que era cultural, mais da influência familiar. Eu não arrisco com outras coisas não. (Magnolia)

Ademais, no contexto desta experiência com o uso de fitoterápicos, foi apontado como o preparo caseiro da planta e o seu cultivo doméstico, muito usuais na fitoterapia brasileira, também agregam outras dimensões que contribuem para a saúde.

Preparar o chá – pegar a planta, dosar, colocar na água – já é um ritual terapêutico. Aí, começa a exalar o cheiro... Vai aliviar o estresse quando você está adubando, podando... (Holly)

O uso de produtos não sujeitos à prescrição e a prática extensiva de automedicação pelos pacientes é cada vez maior, e esse fato precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Foi apontado pelos entrevistados que na fitoterapia é maior a frequência de automedicação, e que isso se deve à tradição cultural e à facilidade de acesso.

Paciente já faz automedicação com tudo, mas com o fitoterápico, que ele se sente mais à vontade, aí é mais comum ainda. (Iris)

É algo mais fácil, de maior acesso para a população. Mais em conta de ter em casa alguma coisa do tipo. (Daisy)

Ademais, o componente psicodinâmico (Schulz *et al.*, 2004) é um reconhecido aliado para promoção da saúde, e a percepção positiva do uso da fitoterapia pode desempenhar um papel marcante de ampliação do bem-estar e promoção de uma experiência mais positiva com a farmacoterapia como um todo.

Pode até ser que determinada planta que o paciente utiliza nem tenha tanto efeito. A gente vê que só o fato de o paciente usar aquilo antes dele fazer uma quimioterapia deixa ele um pouco mais confortável, auxilia ele a passar por aquele momento. Que não necessariamente tem que ser farmacológico! (Melissa)

Outro ponto relatado como parte da experiência subjetiva negativa com os fitoterápicos é a ideia de que eles não são tão efetivos como os medicamentos convencionais.

Às vezes a experiência subjetiva é achar que o fitoterápico é mais fraco, que vai funcionar menos do que um medicamento convencional. Achar que o medicamento [convencional] vai resolver mais rápido. (Iris)

Foi apontado que tal experiência é mais marcante no caso de condições agudas.

No agudo, eles não acham que a fitoterapia vai ter tanto efeito assim. (Hazel)

Acreditando que os fitoterápicos são mais “fracos”, efeitos positivos ou negativos acabam muitas vezes não sendo correlacionados com seu uso, tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde. Inclusive, os relatos dos entrevistados sobre seu uso pessoal de fitoterápicos revelaram surpresa em relação à efetividade ou à toxicidade que experienciaram, entrando eles mesmos nessa lógica popularmente difundida.

Comecei a usar uma associação de fitoterápicos para efeitos de menopausa. Tirou com a mão, foi impressionante! Repeti a prescrição por quase 1 ano. Outro médico pediu um ultrassom abdominal geral, e deu muitos cistos. Aí é que eu, lendo sobre cimicifuga, vi que era ela. É engraçado, eu sou farmacêutica! Mas tem essa questão popular. A gente vive num mundo em que a gente não acredita que uma planta vai aumentar a enzima hepática. Pra mim foi muito surpreendente. Qual é a ideia que está aí? Que os medicamentos industrializados, a química, ela é potente. Agora, planta é uma coisa mais diluída. (Dahlia)

Outra questão descrita foi sobre como a experiência com as plantas medicinais é diferente quando ocorre no contexto rural ou urbano.

No interior, onde as pessoas têm mais essa questão afetiva, são apresentadas às plantas medicinais na própria casa, elas são mais propensas a procurar a fitoterapia. (Oliver)

Nesse contexto urbano, eles precisam de apoio para validar, porque não tem locais, instituições, que fazem essa validação. Quando a gente vai para a zona rural, esse processo de escolha de cuidados é muito parte da autonomia da pessoa. Ele tem algum parente, algum cuidador, que já orientou a fazer esse uso. (Alyssa)

4.1.4.3.5 Relação terapêutica de confiança e decisão compartilhada: “A gente tem que caminhar junto com o paciente.”

A atuação em fitoterapia é mais uma estratégia para o profissional estreitar vínculos nas comunidades onde atua e ampliar seu envolvimento com seus pacientes (Brasil, 2012a).

Você está falando a língua do paciente, você está levando em consideração o desejo dele. Ajudar a estreitar a relação de confiança é muito a nosso favor, ao favor de todo mundo. Mais uma forma da gente ter melhores resultados. (Dahlia)

A relação terapêutica, estabelecida com a intenção de prestar o cuidado em relação a problemas específicos, envolve preocupações complementares com as dimensões técnicas e com o bem-estar do paciente, implicando que sua voz seja ouvida e atendida (Cipolle; Strand; Morley, 2012). No campo da fitoterapia, uma postura aberta e interativa por parte do profissional é ainda mais indispensável, uma vez que tal prática terapêutica inclui conhecimentos de domínio popular. Para possibilitar o diálogo, o profissional deve ser didático e empregar palavras que o paciente compreenda.

Na anamnese farmacêutica, quanto mais adaptar essa linguagem, melhor. Se eu pergunto se eles fazem uso de fitoterápicos, eles não sabem o que é. Então, a gente tem que perguntar se faz o uso de algum chá, de alguma raiz, de alguma folha. Palavras bem explicadas. (Daisy)

Ademais, o diálogo precisa sempre ser respeitoso. O profissional precisa acolher o saber do paciente antes de intervir.

A gente tem que ter sensibilidade para conversar: “você não acha que é melhor se você secar a planta dessa forma? Vai ter mais efeito! Experimental!” (Holly)

Os entrevistados teorizaram que o paciente tem maior possibilidade de discutir a fitoterapia com o farmacêutico do que com o médico.

Geralmente, o paciente tem mais liberdade conosco do que com os médicos. Ele fica muito tímido de falar com o médico, tem vergonha... (Angelica)

O paciente não fala para os médicos. Eles não exploram essa parte, não têm tempo e espaço para isso. (Magnolia)

Inclusive, foi apontado que no atendimento farmacêutico por vezes os próprios pacientes apresentam ativamente como demanda a avaliação da fitofarmacoterapia que usam ou pretendem utilizar.

A maioria já vem com uma intencionalidade de uso da fitoterapia e me procura no sentido de reafirmar essa conduta, de apoio para validar. (Alyssa)

Quando o paciente já tem interesse ou já usa a fitoterapia, o diálogo sobre a temática favorece a formação do vínculo terapêutico entre profissional e paciente.

A fitoterapia, nos planos de cuidado de pacientes que queiram, que já utilizam, é fundamental para a gente fazer um vínculo terapêutico. (Alyssa)

No entanto, o paciente muitas vezes parte da premissa de que a fitoterapia não deve ser discutida com os profissionais de saúde, estando mais acostumado a tomar decisões sobre o uso de plantas medicinais sozinho ou com sua comunidade. Alguns

pacientes podem preferir compartilhar sua decisão sobre o uso plantas medicinais com não-profissionais de saúde, entendendo que se trata de um saber do povo.

Ele não acredita quando eu falo para ele as formas certas de extração, mas no que o vizinho falou ele acredita! [risos] (Holly)

Por vezes, o paciente pode ter previamente formada a opção de se fechar ao diálogo com o profissional de saúde sobre a fitoterapia, demandando ainda mais jogo de cintura do praticante para criar uma relação terapêutica que lhe permita essa abertura. Nesse sentido, uma entrevistada apontou que por vezes adia a abordagem sobre PRM no campo da fitoterapia, a fim de primeiramente consolidar o vínculo terapêutico com seus pacientes.

Se a gente não consegue de imediato a abertura para discutir a fitoterapia, marca mais encontros, pra gente ter essa reciprocidade, para a pessoa conhecer o que a gente está propondo e a gente conhecer a pessoa. (Magnolia)

A temática da decisão compartilhada entre diferentes profissionais de saúde e pacientes é um campo complexo, que tem sido objeto de diversos estudos (Detoni *et al.*, 2022; Elwyn *et al.*, 2012). Primeiramente, serão colocadas algumas reflexões sobre a decisão compartilhada pela equipe multiprofissional de saúde. Todos os profissionais que podem contribuir com dada decisão devem ser incluídos neste processo, mantendo o paciente no centro. Uma farmacêutica relatou que em seu local de trabalho existe um consistente diálogo para a tomada de decisão compartilhada no campo da fitoterapia.

Em uma equipe afinada, um vai atrás do outro! A gente faz essa parceria dentro da prática, no meio da consulta você vai lá e cata o coleguinha e faz a avaliação conjunta. (Hazel)

Porém, alguns entrevistados descreveram dificuldades significativas para dialogar sobre a fitoterapia com outros profissionais de saúde.

É difícil a gente ter alguém para compartilhar, tanto dentro da nossa prática profissional e tanto no sentido de equipe multiprofissional de saúde. O paciente está já utilizando ou querendo utilizar alguma planta. Eu preciso dessa decisão compartilhada com o médico, e não tenho um retorno. (Alyssa)

Conforme a filosofia do CF, o paciente é percebido como um parceiro no planejamento dos cuidados, e sempre como o tomador final de decisões, afinal, é ele que experimenta as consequências finais da terapia medicamentosa (Cipolle; Strand; Morley, 2012). O cuidar envolve respeito pela alteridade, sendo em si um ato de ajudar o outro a cuidar de si mesmo. Não adianta que os profissionais determinem de modo autoritário as melhores intervenções terapêuticas se o paciente não estiver de acordo.

Muitas vezes, não tem como eu falar “não, você não vai usar.” Quando o profissional é assim, eles continuam usando. A decisão é do paciente! (Angelica)

Porém, o paternalismo envolvido na conduta dos profissionais de saúde acaba dificultando o compartilhamento das decisões com os pacientes. Alguns entrevistados discutiram essa questão a partir de uma perspectiva sistêmica e crítica.

A fitoterapia também é negligenciada no sentido político, social, econômico. Eu vejo muita injustiça. Ora convém as plantas medicinais para ter lucro, e na hora que está utilizando ali pela população é condenável. Essas pessoas não são escutadas. Eu vejo que na área da saúde a gente acaba propiciando mais essa negligência. (Alyssa)

Essa fala remete ao conceito de injustiça epistêmica: “um tipo de injustiça que ocorre quando excluimos a contribuição de uma ou mais pessoas à produção, disseminação e manutenção do conhecimento” (Santos, 2017). A comunicação entre profissional de saúde e paciente é habitualmente carregada de injustiça epistêmica (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b), o que dificulta o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Neste contexto, a autonomia do paciente não é encorajada, e a automedicação com a fitoterapia segue sendo desconsiderada ou repreendida.

Farmacêuticos, muitos são contra a automedicação, ponto final. Acham que o paciente não deveria usar nada que não foi prescrito. (Iris)

A tomada de decisão compartilhada, que já é por si complexa, ganha novas camadas de complexidade na fitoterapia, considerando a experiência subjetiva do paciente com essa terapêutica.

Direto tinha um paciente com um anticoagulante concomitante com o *Ginkgo biloba*, com o ginseng, que aumentavam o risco de sangrar. “Mas isso aqui é só um chá.” [faz voz diferente para indicar uma fala do paciente.] A gente tem que caminhar junto com o paciente, e respeitar também a preferência dele. (Angelica)

A decisão compartilhada também é influenciada pela experiência do profissional, que afeta sua percepção e a seleção de condutas. A prática baseada em evidência (PBE) agrega tradicionalmente três eixos: o melhor conhecimento científico, a experiência clínica do profissional, e a escolha do paciente. Esses componentes, de modo combinado, conduzem à elaboração do plano de cuidado. A análise sociocultural também pode ser incorporada na PBE, visando maior sensibilidade às necessidades particulares da população a partir de cada território (Schneider; Pereira; Ferraz, 2020), o que faz todo sentido no campo da fitoterapia. A experiência do profissional de saúde se compõe de suas vivências enquanto profissional, enquanto usuário de fitoterápicos e até mesmo enquanto parte de populações específicas.

A gente não dissocia a experiência pessoal da profissional, não tem como. Você é único e você vai carregar aquela bagagem para suas decisões. (Hazel)

Por isso, a reflexividade do profissional é crucial para que possa desenvolver uma práxis mais lúcida, consciente dos vieses, valores e preconceitos que interferem em suas decisões. Cuidar dos outros exige que o profissional conheça a si mesmo. Segundo Ramalho-de-Oliveira e Shoemaker (2006), a reflexividade provavelmente é a ferramenta mais importante para alcançar a abertura necessária a uma prática centrada no paciente. Faz-se necessário também o reconhecimento de que a ciência e o trabalho clínico não são neutros.

A gente tem que lembrar do valor além de terapêutico que o medicamento tem na nossa sociedade. Não estamos desassociados a um sistema capitalista, esse contexto socioeconômico, macro. Por que que a minha conduta está sendo dessa forma, e o que está refletindo? (Alyssa)

Como a PBE tem como um de seus componentes a experiência do profissional, a inserção do farmacêutico no mesmo universo sociocultural dos pacientes favorece que ele tenha também mais facilidade em dialogar com as práticas de cuidado oriundas de sua própria cultura.

A realidade brasileira aproxima a gente muito dessa cultura de uso de chá, da planta mais próxima do estado natural. Isso flui pra gente mais tranquilamente do que pra quem não teve essa cultura. (Dahlia)

A influência cultural sobre a conduta clínica ocorre também no próprio contexto da prática profissional (Oliveira; Nascimento; Ramalho-de-Oliveira, 2020), corroborando com o entendimento de que até mesmo o contexto sociocultural dos pacientes pode transformar a perspectiva do profissional.

Eu tinha uma paciente que tinha psoríase de couro cabeludo. Os produtos, embora caros, nada funcionou. Aí um dia ela falou: “Eu resolvi o meu problema! Melaleuca, você conhece? Pode passar para os seus pacientes que tiverem isso!” Eles têm muito saber e a nossa filosofia de trabalho com a Atenção Farmacêutica permite essa abertura. Muitas vezes eu incorporo isso, e levo para outros pacientes. (Hazel)

Outro ponto apontado foi sobre como a decisão compartilhada pressupõe que o profissional conheça as opções terapêuticas disponíveis para explorá-las junto ao paciente (Oliveira; Nascimento; Ramalho-de-Oliveira, 2020), o que nem sempre ocorre no campo da fitoterapia.

Geralmente, as opções terapêuticas que o profissional tem domínio para apresentar ao paciente são opções {convencionais}, que estão descritas nos protocolos clínicos. A gente acaba repassando para essa tomada de decisão compartilhada uma limitação que é do nosso próprio conhecimento enquanto profissional de saúde. (Rose)

Se o paciente percebe que o profissional está despreparado para lidar com o assunto da fitoterapia, não terá confiança na capacidade do profissional para orientar sobre este assunto, causando uma retração para o diálogo, o que pode até mesmo impactar em sua abertura para o diálogo subsequente sobre a fitoterapia com outros profissionais de saúde.

Quando a gente tem uma informação superficial e vai conversar com o paciente, ele não vai acreditar na nossa orientação. A gente nem sabe como que é essa planta para poder dialogar com ele! Ele pensa: “é, realmente isso não é assunto de farmacêutico, eu faço lá com os meus vizinhos e deixo isso fora do atendimento em saúde como um todo”. (Iris)

No contexto da experiência subjetiva positiva com fitoterápicos, muitas vezes o paciente deseja fazer o uso da fitoterapia de modo concomitante ou substituindo o uso de medicamentos convencionais.

Alguns poucos pacientes tentam trocar, abrir mão do que foi prescrito para usar a fitoterapia. Eu tenho um caso de um senhor que é insulínico e deveria estar usando a insulina e ele largou porque estava usando uma planta que chama insulina. Está com uma diabetes completamente descompensada. Eu tento evitar quando eu estou vendo que vai por esse caminho, mas são raros. A maioria associa. (Hazel)

Entrevistados relataram que para otimização da farmacoterapia ou até mesmo para redução de danos desenvolvem estratégias diversificadas de negociação sobre o uso de fitoterápicos com seus pacientes. Por vezes, essa estratégia envolve a troca de formas farmacêuticas. A fala abaixo destaca ainda a delicadeza envolvida no processo de tomada de decisão conjunta com o paciente quando se considera a intenção de manutenção do vínculo terapêutico.

Canela-de-velho: eu não posso deixar esse paciente fazer o uso prolongado, eu não tenho parâmetros de segurança. É minha responsabilidade, eu tenho que, de alguma forma conjunta com ele, intervir. E eu sei que, dependendo, ele não vai mais me procurar mesmo. Aí, a gente chegou a um meio termo dele usar pomada. (Alyssa)

Outra possibilidade de negociação descrita foi a troca entre produtos sobre os quais há dúvida em aspectos de indicação, efetividade e segurança por produtos que contam com subsídio de evidências científicas. Assim, quando o paciente tem preferência pela fitoterapia, esta estratégia possibilita respeitar a opção do paciente, mas ao mesmo tempo se calçar na PBE.

É uma garrafada que eu não sei nem de onde vem. Se eu consigo orientar de alguma forma para fazer o uso de outra, a minha saída tem sido essa. [...] Se a pessoa já gosta, eu não vou falar para ela ficar sem, eu tenho que falar para ela o que ela pode! (Daisy)

Perante à falta de conhecimentos sobre as etapas envolvidas na identificação, verificação da qualidade e preparo caseiro de fitoterápicos, alguns dos farmacêuticos

entrevistados relataram que buscavam influenciar seus pacientes no sentido de que dessem preferência a produtos mais elaborados tecnicamente.

Eu me sinto mais segura se ele estiver usando o produto fitoterápico que tem uma qualidade controlada, do que ele comprar a mesma coisa no chá e fazer aleatoriamente. Às vezes eu faço essa troca. Ele está com alguma indicação que está usando do quintal dele, ou que algum parente deu, e eu trago para algum padronizado. (Hazel)

Esta fala revela uma questão subjacente: os profissionais de saúde têm mais facilidade de prescrever e orientar sobre produtos com maior complexidade tecnológica agregada. Então, os recursos que estão mais próximos da população, como um simples chá, podem estar mais distantes de sua prática profissional. Tratando-se de uma prática centrada no paciente, é válido lembrar que a escolha pela melhor forma de utilização da fitoterapia não deve ser baseada no que é mais conveniente para o profissional, devendo-se considerar o que é mais conveniente para o paciente. Idealmente, no processo de decisão compartilhada devem ser apresentadas ao paciente as opções disponíveis, e ele fará a opção por aquela que lhe for mais confortável, o que pode ser determinante do nível de adesão ao tratamento.

Foi descrita uma experiência de prática centrada no paciente por uma farmacêutica que procurava aproveitar os insumos disponíveis nos quintais dos pacientes e de sua comunidade.

A gente faz o possível para não ter que comprar nada. Aí, eu vou pelos quintais. Eu pergunto: “você conhece alguém que tem transagem em casa?” E eles sempre conhecem! (Hazel)

Alguns pacientes podem preferir utilizar as plantas que já têm em seu quintal ou comunidade, ou até mesmo comprar as plantas secas e fazer seu preparo caseiro. Isso é comum para pessoas que vêm de uma tradição familiar de seu uso. Mas é válido lembrar que a escolha por um chá não é a mais adequada para todos os casos. Por vezes, será melhor optar pela praticidade de um produto manipulado ou industrializado. Sendo uma prática centrada no paciente, cada caso deve ser avaliado individualmente. A fitofarmacotécnica possibilita um amplo leque de formas farmacêuticas, que podem ser selecionadas considerando-se a química de cada planta, suas indicações e até mesmo os insumos disponíveis na rede de saúde. É um papel do profissional do CF articular tais aspectos técnicos às preferências do paciente.

Apesar de ser imprescindível considerar a experiência subjetiva dos pacientes, em alguns casos de risco eminente os entrevistados apontam que interferiam no sentido de impedir o uso de fitoterápicos. O profissional não pode ter como objetivo simplesmente agradar o paciente, sendo seu propósito auxiliá-lo a tomar decisões cada vez mais informadas, que contribuam para seus resultados terapêuticos e para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de fitoterápicos.

A gente está ali para evitar um dano maior. Então, esses pacotinhos de sete ervas [chás vendidos como emagrecedores milagrosos no Brasil] eu entro no meio. [risos] (Hazel)

Os modismos e o comércio podem promover um uso totalmente inadequado ou até mesmo perigoso das plantas medicinais. É importante que o farmacêutico eduque seus pacientes para não cair nesses engodos. Nesse sentido, é particularmente necessário que o profissional mantenha um olhar atento ao uso de plantas medicinais que não está vinculado nem a uma prática tradicional e nem a uma prática científica, pois estes representam mais risco à saúde.

Tem uma distância entre o saber tradicional e o que as pessoas estão fazendo hoje. Muitas pessoas não têm nem tradição familiar, e aí vão utilizar uma determinada planta sem saber que planta é aquela. (Cassia)

4.1.4.3.6 Adaptações do raciocínio clínico na fitoterapia: “Se você acha que é uma planta que não vai ter problema, você deixa pra lá.”

Uma das responsabilidades específicas que o praticante do CF deve cumprir é o seguimento de um padrão de raciocínio clínico para o diagnóstico de PRM. Primeiro, avalia-se a indicação, ou seja, se todos os medicamentos utilizados pelo paciente são necessários para os seus problemas de saúde e se ele precisa de medicamento adicional para alguma condição clínica que apresenta. Em seguida, avalia-se a efetividade, ou seja, se o medicamento é (ou será) efetivo para a condição tratada e se a dose é (ou será) suficiente para atingir os objetivos terapêuticos pretendidos. Passa-se então à avaliação da segurança, ou seja, se existem reações adversas ou o risco dessas (ou existirão) e se a dose é (ou será) alta para o paciente. Em seguida, será avaliada a conveniência ou adesão, ou seja, se o paciente está disposto e pode usar o medicamento como recomendado (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

Estando a fitoterapia incluída em uma mesma racionalidade alopática, foi descrito como exatamente o mesmo raciocínio clínico usado para avaliar a farmacoterapia de modo geral deve ser aplicada ao uso de fitoterápicos.

A gente tem o raciocínio clínico, a gente sabe como avaliar o paciente no indicado, efetivo, seguro e conveniente. Isso eu aplico também quando eu vou avaliar o fitoterápico. (Angelica)

Tendo como base o raciocínio clínico e os conhecimentos básicos do campo da fitoterapia, o profissional consegue avaliar o uso de qualquer produto fitoterápico. De fato, é dessa forma que o farmacêutico segue ao longo de sua vida profissional adquirindo quaisquer conhecimentos farmacoterapêuticos de que necessita.

Da mesma forma que a gente faz com o resto que a gente não aprendeu na graduação: aprende o caminho, aprende a pensar. O resto, você consegue fazer. (Cassia)

No raciocínio clínico, a ordem das perguntas é de suma importância, sendo um padrão que descreve o processo de tomada de decisão durante a avaliação da farmacoterapia, garantindo uma avaliação abrangente e decisões clínicas adequadas (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011). Porém, muitos depoimentos revelaram condutas de farmacêuticos que consideraram a segurança antes da indicação e da efetividade no âmbito da fitoterapia.

O que a gente mais preocupa é a toxicidade. Porque se não tivesse toxicidade, tomar por tomar, de repente... Mas o problema é complicar outra situação. (Magnolia)

Esse foco na segurança acontece. Muitas vezes, vai utilizar aquela informação só para cruzar a segurança, só para interações. Mas, realmente, para a indicação e para melhorar a vida do paciente, muitas vezes não vai ser nem considerado! (Iris)

Se você acha que é uma planta que não vai ter problema, você deixa pra lá. (Dahlia)

Foi apontado que, por vezes, essa priorização da segurança é uma conduta que privilegia a experiência relatada pelo paciente, considerando e respeitando o conhecimento popular ou tradicional sobre o uso das plantas medicinais ou até mesmo o desejo do paciente de fazer uso delas, ao invés de privilegiar a evidência científica.

Eu julgo menos a necessidade, porque quero respeitar o saber daquela pessoa. Eu me preocupo muito na segurança. Geralmente, eu não interfiro na indicação. Mesmo que eu não veja o benefício que ele está esperando, se não tiver algum risco para ele eu não bloqueio. Ele tem essa crença, e não vou ser eu que vou tirar isso dele não. Se não tiver risco, vai. (Hazel)

Esta atitude disruptiva em relação ao raciocínio clínico, que a princípio pode parecer equivocada, está coerente com uma prática centrada no paciente, na qual sua experiência também deve ser levada em consideração. Ainda, este foco na questão da segurança pode ser também um reflexo da falta de formação adequada no campo da fitoterapia, que pode deixar o profissional desconfortável para se posicionar no

sentido de impedir a utilização já feita pelo paciente. Mas, considerando ocasiões em que realmente essa conduta é oriunda de acolhimento ao saber do paciente, não é fácil determinar em que ponto ela poderia constituir também uma negligência profissional.

Não há resposta pronta para esta questão, ficando a cargo de cada praticante do CF, conjuntamente com o seu paciente, fazer o delineamento de cada plano de cuidado. Afinal, o conhecimento técnico-científico é um tipo de saber, dentre diversos outros que interagem em uma ecologia de saberes (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b). A fala abaixo indica que essa é uma atitude de humildade, considerando os próprios limites do saber científico.

A gente às vezes esbarra nessa falta de comprovação da indicação. A gente tem que ter humildade que a gente não sabe tudo, e que talvez esteja sendo bom. E pulando para a segurança na avaliação. A gente chega nesse limite, às vezes. (Iris)

4.1.4.3.7 Limitações

O estudo foi desenvolvido no contexto de uma comunidade específica do CF, o CEAF. Para expansão dos resultados aqui obtidos, seria interessante desenvolver estudos semelhantes junto a outros grupos de estudiosos e praticantes do CF. Afinal, pode haver nuances em sua prática que levem a novos *insights* importantes em relação aos desafios e potencialidades no emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF para otimização da fitofarmacoterapia.

4.1.4.4 Conclusões

O farmacêutico que segue o arcabouço teórico-metodológico do CF tem como uma de suas responsabilidades atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de fitoterápicos, viabilizando a prevenção, identificação e resolução de PRM em qualquer cenário de prática em que atue.

Ao apontar diversos desafios e potencialidades envolvidos no emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF para otimização da fitofarmacoterapia, este estudo reforçou a importância de que a temática da fitoterapia seja mais plenamente incluída

no ensino, na prática profissional e em pesquisas sobre o CF, considerando diferentes cenários de prática e contextos culturais específicos.

4.1.4.5 Financiamento

Esta pesquisa foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

4.1.4.6 Agradecimento

Agradecemos a Victor Guilherme Batista Freitas por sua colaboração na transcrição de parte das entrevistas.

4.1.4.7 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.5 Artigo 5 – “Eu não tenho o preparo”: formação de farmacêuticos para o cuidado na fitoterapia

Artigo será submetido ao periódico Docência do Ensino Superior, classificado como Qualis A4 (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025b, em preparo).

RESUMO EM PORTUGUÊS

A expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde brasileiro ainda é tímida, considerando o potencial nacional para tal prática. Um gargalo para melhora nesse cenário é a formação de profissionais de saúde. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, o curso de farmácia deve preparar o profissional para orientação do uso e prescrição de fitoterápicos. Este estudo teve como objetivo compreender as necessidades de formação de estudantes de farmácia e farmacêuticos para aperfeiçoamento da sua atuação na fitoterapia no campo do Cuidado Farmacêutico. Partindo da perspectiva crítica de Paulo Freire, foram realizadas 13 entrevistas colaborativas com membros do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados foram submetidos à análise temática. Revelou-se que a formação em fitoterapia atualmente ofertada ao farmacêutico é tecnicista e insuficiente para sua atuação como profissional generalista no cuidado, acarretando na negligência da necessidade social da população brasileira pela otimização da fitofarmacoterapia. Apontou-se a urgência de que cursos de graduação em farmácia ofertem disciplinas de fitoterapia, de preferência obrigatórias, além de incluírem a temática de modo transversal nas disciplinas relacionadas a plantas medicinais ou voltadas ao Cuidado Farmacêutico, assim como a demanda de acesso a espaços de aprendizagem como hortos ou jardins medicinais. Também deve-se viabilizar a oferta de estágios e formações de residência nesse campo. Cursos de pós-graduação em Cuidado Farmacêutico precisam igualmente incluir disciplinas sobre a fitoterapia. Uma vez que integre o ensino, a temática certamente virá a agregar mais conhecimentos nas esferas da prática profissional e da pesquisa.

Palavras-chave: fitoterapia; cuidado farmacêutico; educação em farmácia; pesquisa qualitativa.

4.1.5.1 Introdução

A fitoterapia, uso das plantas para finalidades terapêuticas, está presente na vida da humanidade desde os seus primórdios, apresentando amplo leque de aplicações relevantes nos sistemas respiratório, nervoso, digestivo, genitourinário, cardiovascular, tegumentar, locomotor e imunológico (Schulz *et al.*, 2004). Desde a década de 1970, a OMS vem recomendando a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde, e desde a década de 2000 o Brasil fez significativos avanços nesse sentido (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b; World Health Organization, 1978), se alinhando a um movimento global de interesse crescente nesta prática (Chen *et al.*, 2016; Cipolle; Strand; Morley, 2012; World Health Organization, 2002b, 2011, 2013, 2019).

O Brasil, por sua megabiodiversidade e sua sociodiversidade, possui imenso potencial para o desenvolvimento da fitoterapia. De fato, cerca de 82% da população já utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde (Brasil, 2012a). Porém, a expressividade dessa prática no sistema oficial de saúde nacional ainda é tímida, situação que pode ser superada por meio do estabelecimento de uma práxis crítica no campo da saúde (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

Diversos estudos apontam para a necessidade de aprimoramento na formação e na prática da fitoterapia por profissionais de saúde, que relatam não se sentirem aptos para analisar o uso ou prescrever fitoterápicos (Barreto; Vieira, 2015; Bruning; Mosegui; Vianna, 2012; Caboclo *et al.*, 2022; Cimbliris-Alkmim *et al.*, 2025, Em Preparo; Fontenele *et al.*, 2013; Gadelha *et al.*, 2015; Gontijo; Nunes, 2017; Maia *et al.*, 2016; Nascimento Júnior *et al.*, 2016; Pedroso; Andrade; Pires, 2021; Varela; Azevedo, 2013; Vidal *et al.*, 2019). O cuidado em fitoterapia frequentemente não integra o corpo de responsabilidades assumido pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana (Harnett; Lam Ung, 2023; Varela; Azevedo, 2013).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia, instituídas pela Resolução nº 06 de 2017 do Ministério da Educação, direcionam para o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em saúde, visando a formação de farmacêuticos que promovam cuidado direto ao paciente e comunidades,

de forma multidisciplinar e em prol da saúde pública. Dentre tais habilidades e competências, está a capacidade de identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade no que tange à orientação, prescrição e monitoramento em plantas medicinais fitoterápicos, assim como o planejamento, execução e acompanhamento de ações para atender às demandas percebidas (Brasil, 2017b).

O Cuidado Farmacêutico (CF) propõe um arcabouço teórico-metodológico promissor para o avanço da prática profissional farmacêutica no campo da fitoterapia, pois visa atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos (Ramalho-De-Oliveira; Machuca, 2011). Saindo de trás das bancadas e balcões e cuidando diretamente de pacientes, neste modelo de prática clínica generalista, centrada no paciente, o farmacêutico estabelece vínculo terapêutico com seus pacientes e assume responsabilidade pelas suas necessidades farmacoterapêuticas, e isso inclui a fitoterapia (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Soares *et al.*, 2020).

Apesar de tratar-se de uma necessidade social antiga e evidente e dos avanços aqui apontados, as mudanças na universidade são lentas. Os currículos ainda estão em processo de adequação para atender às diretrizes estabelecidas em 2017, porém, a questão do uso das plantas medicinais e fitoterápicos ainda não recebeu a devida atenção. É válido apontar que, em uma perspectiva freiriana, a montagem de um currículo não é jamais neutra, tratando-se de uma ação totalmente política (Freire, 2005a, 2005b).

Para colaborar no avanço deste cenário, a presente pesquisa visou compreender as necessidades de formação de estudantes de farmácia e farmacêuticos para aperfeiçoamento da sua atuação na fitoterapia no campo do CF.

4.1.5.2 Metodologia

Esta pesquisa qualitativa foi cunhada na epistemologia subjetivista e no paradigma crítico (Daly, 2007). Ela é parte de um estudo mais amplo que tem como objetivo refletir sobre a fitoterapia no contexto amplo do Brasil contemporâneo e no contexto

específico da prática do CF, visando à conscientização e instrumentalização profissional (Cimblaris-Alkmim, 2024). A abordagem metodológica adotada está detalhada em Cimblaris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo), tratando-se de uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta por Paulo Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido” e da Autoetnografia.

O estudo foi desenvolvido no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), que é um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços associado ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e tem como objetivo proporcionar toda a estrutura humana, técnica, científica e de *know-how* para formar profissionais, investigar, implantar, desenvolver e avançar a prática do CF (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, 2024). Antes de ser proposta como projeto de pesquisa, a temática da fitoterapia no CF foi apontada como relevante pela comunidade pesquisada.

Imersão na comunidade pesquisada (Freire, 1987) (em reuniões, aulas e eventos) e escrita autoetnográfica (Ellis, 2004) foram estratégias de coleta de dados utilizadas neste estudo desde dezembro de 2020 até julho de 2024. O *data set* selecionado para o presente artigo foi coletado por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas pela primeira autora no período entre julho de 2021 e março de 2023. No mesmo período, a segunda autora entrevistou a primeira autora. A elaboração do roteiro utilizado para as entrevistas e o processo de análise foram embasados também nos dados obtidos pelas demais estratégias, no entanto. A realização do presente projeto de pesquisa teve início no auge da pandemia de Covid-19, e por isso parte das atividades de coleta de dados ocorreram em ambiente virtual. O caderno de campo foi utilizado como ferramenta de registro e reflexividade ao longo de toda a pesquisa.

Os entrevistados foram estudantes de farmácia e farmacêuticos que atuam ou já atuaram no CEAF, visando partir do conhecimento nivelado que os membros do grupo possuem sobre o arcabouço teórico-metodológico do CF referendado pelo grupo (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Os entrevistados já conheciam previamente sobre o projeto em desenvolvimento e a equipe de pesquisadores envolvida. Foram priorizados para participação na pesquisa os membros do grupo que apresentavam mais interesse na temática da fitoterapia, seguindo a estratégia da amostragem de

instância crítica (Tracy, 2013), a fim de potencializar sua construção colaborativa e a transformação da prática do grupo.

Os convites para participação foram realizados cara-a-cara ou por mensagem virtual. Foram realizadas 14 entrevistas, variando entre 1 e 3 horas de duração (tempo médio = 1 hora e 35 minutos). Uma entrevistada desistiu de seguir participando, justificando sua retirada do processo devido a circunstâncias pessoais. Nas últimas três entrevistas, observou-se que não estavam surgindo novos temas, identificando-se a saturação dos dados. Dos entrevistados que permaneceram no estudo, 12 eram mulheres e 1 era homem; com idades entre 23 a 57 anos. Doze eram farmacêuticos formados e 1 era estudante de farmácia. Entre os farmacêuticos formados, o tempo de prática e/ou ensino do CF variava entre 1 e 25 anos, com a média de 9 anos por entrevistado. Os cenários de prática nos quais os entrevistados atuavam incluíam o sistema público e o sistema privado de saúde, o contexto ambulatorial e o contexto hospitalar, e alguns deles eram vinculados a instituições de ensino.

Foi adotado o estilo de entrevista colaborativa, no qual o pesquisador e o participante se situam em um mesmo plano e podem fazer perguntas um ao outro. Assim, evita-se o fluxo usual de entrevistas tradicionais, um modelo de entrevista “bancária”, de modo análogo à educação bancária descrita por Paulo Freire (1987), que consta de depósitos que uma parte faz à outra, sem o verdadeiro diálogo. Na entrevista colaborativa, o entrevistador não deseja permanecer invisível, e retribui as ideias compartilhadas pelos entrevistados com suas experiências, educação e *insights* sobre a temática da pesquisa (Tracy, 2013). A ideia é que as próprias entrevistas já promovam reflexões que possam colaborar para a transformação da realidade pesquisada.

A lista de tópicos-guia foi aprimorada após ser testada na primeira entrevista realizada, a fim de explorar aspectos que não haviam sido considerados previamente. Todos os pesquisadores envolvidos no projeto foram entrevistados a partir do mesmo roteiro. Como parte da comunidade pesquisada, adotando papel misto de pesquisadoras e pesquisadas, a equipe de autoras teve uma aproximação bastante estreita com os dados. Foi desenvolvida validação processual dos resultados a partir de diálogo informal constante com os demais participantes da pesquisa e também da apresentação destes para a comunidade pesquisada em uma disciplina acadêmica

sobre Fitoterapia no CF ofertada no âmbito do mesmo projeto de pesquisa (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo).

As entrevistas foram gravadas em vídeos usando o *Microsoft Teams* (licença institucional da UFMG). Elas foram repetidamente ouvidas e transcritas, passando por uma limpeza a fim de facilitar sua compreensão.

Os dados foram submetidos à análise temática (Braun; Clarke, 2006; Souza, 2019). Os temas foram elaborados a partir de uma abordagem reflexiva e indutiva. Foi utilizado como suporte para a análise o *Software NVivo 14* (conta A-S00530873/ *New NVivo 14 - Student Annual License - Single User*). Para acompanhar o processo analítico, foram utilizadas as notas disponibilizadas no software e o caderno de campo. Utilizando os dados obtidos, foi elaborado um artigo que reflete sobre os desafios e potencialidades no emprego do arcabouço teórico-metodológico do CF para otimização da fitofarmacoterapia (Cimblaris-Alkmim *et al.*, 2025, em preparo). Já o presente artigo irá explorar os dados referentes às necessidades de formação de estudantes de farmácia e farmacêuticos para aperfeiçoamento da sua atuação na fitoterapia no campo do CF.

Foram adotados os critérios de rigor descritos em Cimblaris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo). As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada participante. Conforme preceitos éticos vigentes, nomes fictícios foram utilizados na apresentação dos resultados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149.

4.1.5.3 Resultados e discussão

A percepção da necessidade social pelo cuidado em fitoterapia foi descrita por todos os entrevistados, destacando a tradição cultural brasileira de amplo uso deste recurso terapêutico.

Nós estamos num país em que as pessoas usam muito a fitoterapia. Então, se a gente vai pensar que [o CF] é um trabalho holístico, não tem como fugir. [Risadas.] [...] O povo ama chás, porque faz parte da cultura, tiveram isso na infância. (Lily)

Neste cenário, os entrevistados apontaram que seria parte do escopo da missão dos profissionais de saúde prestarem os devidos cuidados no campo da fitoterapia.

Se todos eles estão usando, ou já fizeram uso, por que o profissional de saúde está tão afastado ainda desse conhecimento? (Angelica)

Os entrevistados declararam que desconsiderar a fitoterapia seria uma negligência de sua missão enquanto profissionais de saúde.

Desconsiderando isso numa consulta, eu ia estar negligenciando muito, porque eu sei que muita gente usa. [...] A prática fica incompleta se a gente desconsidera esse uso de plantas. Se o paciente faz uso de uma planta e eu desconsiderar, eu não vou estar respeitando o conceito da saúde, o que que é saúde para o paciente. Eu vou estar sendo desleal com a conferência de Alma-Ata. (Oliver)

Esta última fala refere-se à Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde que aconteceu em Alma-Ata, em Genebra, na década de 1970 (World Health Organization, 1978), um marco muito relevante para a discussão sobre a fitoterapia. Primeiramente, esta conferência colaborou para a consolidação de um conceito amplo de saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – e sua afirmação enquanto direito humano fundamental. Em segundo lugar, esta conferência incentivou políticas para o uso integrado da Medicina Tradicional e Complementar, incluindo a fitoterapia.

Os entrevistados destacaram que o farmacêutico seria, dentro da equipe de saúde, o profissional mais indicado para atender à necessidade social por cuidados na fitoterapia, corroborando com discussões realizadas por Soares *et al.* (2020) e por Cimbliris-Alkmim e colaboradores (2025, em preparo).

Se a gente não for olhar para isso, qual outro profissional de saúde vai olhar, da equipe multiprofissional? (Iris)

Este apontamento concorda com a premissa de holismo da prática do CF, que propõe a consideração do paciente como um todo. Sendo assim, o profissional precisa de fato avaliar todos os problemas de saúde do paciente e todos os medicamentos utilizados (prescrição, venda livre, suplementos, amostras profissionais ou fitoterápicos), sendo inadmissível proceder de outro modo (Ramalho-de-Oliveira, 2011).

O farmacêutico está na equipe de saúde para ter essa visão holística do paciente. Não é só um medicamento convencional que tem que estar relacionado. O farmacêutico tem que entender todo o tratamento medicamentoso. Porque, senão, a nossa prática não vai estar completa. (Holly)

Portanto, não olhar para os fitoterápicos em uso pelos pacientes, ou seu interesse em fazer tal uso, constitui omissão de parte da missão do praticante do Cuidado Farmacêutico.

Os entrevistados destacaram que os pacientes faziam o uso da fitoterapia de modo autônomo, independentemente da prescrição ou orientação dos profissionais de saúde, tornando urgente que tivessem o conhecimento para prestar assistência.

Eu posso não usar, mas os meus pacientes usam, então, tem que saber de qualquer forma! É muito claro, não importa se eu me responsabilizo ou não, o paciente vai usar. O paciente tem o conhecimento dele, tem as coisas que ele traz da família. (Lily)

Afinal, este uso autônomo acabava por lhes despertar preocupações.

No bairro que eu estou, todo mundo tem quintal e as suas plantinhas de chá. Meu paciente já chega falando que está usando. Aí eu me preocupo de saber o que ele está usando, se ele pode e se tem algum risco para ele. (Hazel)

Porém, apesar do unânime reconhecimento dos entrevistados de que o cuidado na fitoterapia seria parte indispensável de seu escopo de atuação, a falta de formação adequada sobre essa terapêutica afetava negativamente sua prática, acarretando muitas vezes na negligência dessa relevante necessidade social, potencialmente acarretando no aumento da morbimortalidade relacionada ao uso dos fitoterápicos.

Eu não tenho o preparo para conseguir explorar isso no meu dia a dia, enquanto farmacêutica. [...] É aquela falta de preparo que a gente tem desde a formação. A maioria dos profissionais não sabem para que funciona um fitoterápico que aquele paciente utiliza, se isso tem interação com outros medicamentos que ele está utilizando. (Melissa)

Neste cenário, os participantes da pesquisa destacaram seu interesse em aprender sobre a fitoterapia para transformar essa realidade.

Eu gostaria muito de saber e de assumir algumas dessas coisas na clínica. De ter esse caminho, de ter tido essa formação, de me sentir segura. [...] E ajudar o paciente com o conhecimento de causa. (Lily)

Assim sendo, as falas dos entrevistados apontaram a urgência de se ter uma abordagem apropriada sobre fitoterapia no curso de graduação em farmácia, especialmente considerando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia (Brasil, 2017b), que destaca a necessidade de uma formação generalista e voltada ao cuidado.

Pelo menos sabendo que a fitoterapia é uma opção que você deve considerar, já é o básico para sair como um profissional do cuidado. Querendo ou não, isso vai aparecer para você. (Oliver)

Foi relatado que a abordagem inadequada da fitoterapia na graduação em farmácia levava à perda do interesse no assunto até mesmo pelos estudantes que já o possuíam antes do seu ingresso no curso.

Um dos motivos de eu fazer farmácia é que eu queria aprender sobre planta medicinal, aprender sobre os conhecimentos das comunidades ribeirinhas, dos indígenas. A gente usava muita planta medicinal lá em casa. A faculdade de farmácia, ao invés de me estimular, ela me fez esquecer o meu sonho. Eu não tive nenhuma disciplina, eu não tive nada que me estimulou a pensar na saúde e doença de uma forma diferente, usar outras alternativas. (Dahlia)

Uma crítica recorrente à formação disponibilizada atualmente na graduação em farmácia foi que os conteúdos relacionados a plantas medicinais têm foco apenas no processo produtivo de medicamentos, e não chegam ao seu uso cotidiano.

Durante a graduação, fitoterapia é muito numa perspectiva de aprender a extrair os compostos, [...] e não para o uso no dia a dia. Sempre tinha um foco industrial, voltado para o produto. Eu não me lembro muito de uso para chás, o uso contextualizado na vida real do povo, plantas que a gente tem na nossa flora brasileira. (Rose)

Nesse sentido, foi apontado como o conhecimento da fitoterapia seria mais relevante para o profissional farmacêutico generalista do que conhecimentos de botânica e farmacognosia, que são os que no momento estão presentes de modo consolidado no currículo como disciplinas obrigatórias.

Sobre o currículo: a gente é generalista! Fazer um controle de qualidade, uma pesquisa sobre uma determinada planta, uma exsicata botânica, não são o cotidiano. Não é onde a gente vai fazer tanta diferença. Olhando de um ponto de vista generalista, tem coisas mais importantes da gente reter na nossa formação. (Iris)

[A fitoterapia] deveria ser parte do meu corpo de conhecimento enquanto farmacêutica que vai fazer serviço clínico, do mesmo jeito que a gente tem que tratar os sintomas menores, ter noção de medicamentos de venda sem prescrição médica. Se a gente trouxesse isso pro currículo, o farmacêutico generalista teria esse conhecimento, isso seria fantástico! (Dahlia)

Considerando a dimensão do uso de plantas pela população, como nós mesmos nas nossas vidas, deveria ser um conhecimento geral, de uma formação generalista. (Cassia)

Os dados obtidos ao longo da pesquisa apontaram que mudanças curriculares vêm acontecendo no curso de farmácia, porém, de modo mais lento do que o necessário.

Meu curso de farmácia era árido. Hoje ainda é um pouco, mas está muito melhor. Não existia muito ser humano, discussões sobre cultura, práticas das pessoas para a questão de cura, saúde e doença. [...] [Mas] por mais que a cultura da faculdade hoje está mudando, com maior abertura dos docentes com relação a outras alternativas terapêuticas, isso ainda é considerado menos do que os medicamentos industrializados. Ainda tem uma questão cultural que a gente tem que vencer. A gente está falando de um novo currículo: 50% dele é cuidado ao paciente. Era uma discussão que tinha que ter sido feita nessa reforma curricular. (Dahlia)

Foi apontado que o currículo já deu um salto em “incluir o paciente” em seus conteúdos, ao abarcar disciplinas como farmacoterapia no currículo. Anteriormente, a

farmacologia era estudada de forma descolada da prática clínica. Porém, o mesmo salto precisa acontecer em relação aos conhecimentos técnicos de botânica e farmacognosia, para que também sejam aplicáveis à vida dos pacientes.

Da mesma forma que hoje o currículo mudou da farmacologia para farmacoterapia, que é como usar esses medicamentos, a gente tem que ter “esse pulo” também para os fitoterápicos. Eu tive botânica, farmacognosia, e agora qual é a disciplina que vai efetivamente me ensinar sobre o uso dos fitoterápicos, das plantas medicinais, no dia a dia do meu paciente? A gente precisa! (Daisy)

No entanto, estudantes que cursaram a disciplina de botânica e farmacognosia recentemente indicaram haver uma melhora em relação à aplicabilidade dos conteúdos ao campo do cuidado, se aproximando um pouco mais da fitoterapia.

Eu comecei a fazer farmacognosia neste semestre. Em relação à experiência de pessoas que já estão formadas há mais tempo, as professoras dão um respaldo um pouco maior em relação ao uso terapêutico de algumas plantas. Me deu uma mínima preparação para pensar em relação ao uso das plantas medicinais de forma profissional e adequada. (Oliver)

Uma entrevistada relatou haver cursado uma disciplina optativa de fitoterapia, mas que não chegou a aprender sobre como fazer uma abordagem clínica nessa área.

Eu participei de uma disciplina optativa de fitoterapia que também veio complementar a formação, também ajudou um pouco, mas ainda era um olhar muito tecnicista em cima da fitoterapia. Não chegava na clínica, no paciente, ou numa experiência de paciente. Mas começamos a ver as aplicações e mais questões do metabolismo. O que aquela planta gerava num corpo? Então, foi se aproximando mais do corpo, mas não da cultura. (Iris)

Considerando esta realidade, foram discutidas estratégias para inclusão da fitoterapia de modo integrado e transversal no currículo farmacêutico.

Farmacologia, farmacoterapia, até mesmo em disciplinas que são relacionadas às competências e habilidades clínicas, deveriam em algum momento ter esse eixo em relação às plantas medicinais, porque é longitudinal. Por exemplo, Farmacoterapia: se eu falar da condição de saúde hipertensão arterial sistêmica, eu trato dos medicamentos convencionais, eu trato das plantas medicinais e fitoterápicos, e trabalho as mesmas competências, abrindo um leque de possibilidades. Para não ficar como se fosse algo “sub” ou paralelo. Então, só uma disciplina de Fitoterapia é a gente trabalhar com conhecimentos de maneiras segregadas, que não vai contribuir para esse profissional. Profissionais da saúde, principalmente no Brasil, tem que entender um pouquinho de Fitoterapia. Eu acho que não é escolha do profissional, aquilo é estrutura para ele ser um profissional que oferta o mínimo cuidado, dando uma opção de acordo com cada paciente, das necessidades e das preferências. Ter esses conhecimentos consolidados juntamente com os medicamentos convencionais, de maneira estratégica. Para esse profissional, quando pegar algum paciente que usa fitoterapia, pelo menos considere. (Alyssa)

Foi apontada a necessidade de acesso a espaços de aprendizagem que contassem com as plantas vivas, como hortos ou jardins medicinais, a fim de consolidar conhecimentos de modo consistente e mais próximo da realidade cotidiana da prática clínica farmacêutica.

Seria muito interessante se lá na faculdade de farmácia tivesse um jardim medicinal em algum local. A gente podia ver as plantas que são mais utilizadas. Eu queria ter essa oportunidade de em algum momento ver a planta. [...] Se a pessoa me entregar uma folha falando que é de melissa, e ela está me dando qualquer outra coisa, eu não sei. É o que mais me deixa insegura. (Holly)

Foi mencionada a importância de começar a abordagem da fitoterapia no início do curso para mudar a visão do estudante do tema antes das disciplinas mais técnicas a serem ministradas.

A disciplina de clínica farmacêutica é adaptada pro começo de curso. A gente trabalha com casos clínicos estruturados, e esses casos poderiam ter um monte de situação com o uso de plantas já. O estudante já poderia começar a perceber a importância. Ele vai pra botânica, pra gnose, com outro olhar. (Cassia)

Para além da graduação, também foi repetidamente apontada a falta de conteúdos apropriados nos cursos de pós-graduação da área da farmácia clínica. Os entrevistados que já haviam cursado pós-graduação *lato e/ou strictu sensu* apontaram que não tiveram nenhuma disciplina de fitoterapia.

Eu não lembro nem da fitoterapia ser mencionada em qualquer momento da pós. [...] Eu fui ter contato com a fitoterapia já no cenário de prática, tendo contato com pacientes. (Melissa)

Neste cenário, os entrevistados apontaram que a fitoterapia deveria ser obrigatória nos cursos de graduação, e que é necessário oportunizar o aprendizado também em nível de pós-graduação.

[Fitoterapia] na pós poderia ser uma disciplina optativa. Mas, na graduação, certamente deveria ser uma disciplina obrigatória. A gente deveria ter algo pensado no cotidiano, estudar os protocolos clínicos, por problemas de saúde, pegando as doenças mais prevalentes e também muito na questão da prevenção. (Rose)

Também foi citada a importância da inclusão da fitoterapia no estágio final do curso.

Orientação de estágio final, ter contato direto com os pacientes, eu quero que faça parte da minha prática docente. (Cassia)

Ainda, foi levantada a possibilidade de formações de residência, que proveriam subsídio mais pleno à prática profissional.

Uma formação de residência, da pessoa passar uns dois anos acompanhando tudo isso acontecer, visitar as pessoas, ir no quintal, e participar de um processo de sistematização. Não é uma formação para um curso de poucas horas. É uma coisa que vem da experiência e que a pessoa só vai conseguir aprender fazendo, um curso que tem um componente experiencial bem forte e longo. (Cassia)

Os entrevistados apontaram a precisão da universidade se aproximar mais da realidade e das demandas da população brasileira, propondo metodologias para maior permeabilidade.

Dentro da faculdade, a gente fica muito fechado e não consegue enxergar a conexão com o mundo real. [...] Talvez, ter esse contato com essa realidade desperte coisas dentro da faculdade também. O estudante pode sair da sala de aula, ir para a comunidade, se deparar com essa realidade, e voltar para a faculdade trazendo essa provocação. (Cassia)

Destacou-se que os cursos não precisam cobrir todo o conhecimento fitofarmacoterapêutico existente, sendo sua função primordial ensinar ao profissional a pensar sobre o assunto, identificando e solucionando os problemas de seus pacientes.

A pessoa não precisa saber tudo [sobre os fitoterápicos], assim como a gente também não sai da faculdade sabendo tudo sobre todos os medicamentos, mas a gente tem que ter um conhecimento de onde buscar essa informação, como que eu vou tratar essa informação no contexto do meu dia a dia. (Melissa)

Recebendo a temática maior visibilidade no ensino, a questão da fitoterapia no Cuidado Farmacêutico virá a agregar também mais conhecimentos na prática profissional e na pesquisa, visto que atualmente a fitoterapia é frequentemente desconsiderada nestas atividades (Cimbliris-Alkmim *et al.*, 2025, em preparo).

Depois que a gente percebe [a necessidade de considerar a fitoterapia no CF], você não consegue mais ignorar. Você fica agoniado, que você sabe que aquilo existe e que vai influenciar, e que a saúde da pessoa poderia ser beneficiada se você olhasse para aquilo também. É uma conscientização que a gente vai ganhando. (Iris)

4.1.5.4 Considerações finais

Apontou-se que formação em fitoterapia atualmente ofertada ao farmacêutico em cursos de graduação e pós-graduação é insuficiente e tecnicista, não preparando os profissionais para as atividades de Cuidado Farmacêutico e acarretando no desinteresse pela temática.

Isso gera um impacto negativo nas práticas de CF, acarretando na negligência de uma importante necessidade social de otimização da fitofarmacoterapia e, potencialmente, acarretando aumento da morbimortalidade relacionada ao uso dos fitoterápicos. Os participantes da pesquisa reconheceram esta necessidade social e destacaram seu

interesse em aprender mais sobre o cuidado em fitoterapia, conforme já estabelecido pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia.

Foi destacado que conhecimentos em fitoterapia são indispensáveis a uma prática farmacêutica generalista e conectada com as demandas da população brasileira, considerando a alta prevalência do uso de fitoterápicos no cenário nacional e o imenso potencial deste recurso terapêutico.

As mudanças curriculares vêm acontecendo no sentido de favorecer a formação para o cuidado e para a fitoterapia, porém, de modo lento. Este estudo aponta a urgência de que instituições que ofertem cursos de graduação em farmácia criem disciplinas de fitoterapia, de preferência obrigatórias, além de incluírem a temática de modo transversal nas disciplinas relacionadas a plantas medicinais ou voltadas ao CF, assim como a necessidade de acesso a espaços de aprendizagem como hortos ou jardins medicinais. Tal formação poderia ainda ser qualificada pela oferta de estágios ou formações de residência. Cursos de pós-graduação em CF precisam igualmente incluir conhecimentos sobre a fitoterapia.

A formação em fitoterapia para o CF não precisa cobrir todo o conhecimento fitofarmacoterapêutico existente, sendo sua função ensinar ao profissional a pensar sobre o assunto, identificando e solucionando os problemas de seus pacientes.

Uma vez que integre o ensino, a temática certamente virá a agregar mais conhecimentos nas esferas da prática profissional e da pesquisa.

4.1.5.5 Agradecimentos

Agradecemos a Victor Guilherme Batista Freitas por sua colaboração na transcrição de parte das entrevistas. Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de estudo.

4.1.5.6 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.6 Artigo 6 – Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes

Artigo será submetido ao periódico Revista Internacional de Educação Superior, classificado como Qualis A3 (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025c, em preparo).

RESUMO EM PORTUGUÊS

Introdução: A expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde brasileiro ainda é tímida, considerando o potencial nacional para tal prática. Um gargalo para melhora nesse cenário é a formação de profissionais de saúde. Segundo as diretrizes curriculares nacionais, o curso de farmácia deve preparar o profissional para orientação do uso e prescrição de fitoterápicos. **Objetivo:** Esse artigo apresentará os processos de elaboração participativa, implementação e avaliação de um programa educativo voltado ao Cuidado Farmacêutico em fitoterapia, destacando os aprendizados coletivos emergentes. **Método:** O estudo foi realizado entre dezembro de 2020 e julho de 2024 no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. Uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta por Paulo Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido” e da Autoetnografia foi empregada. **Resultados:** O processo de elaboração do programa educativo, sua implementação e avaliação são apresentados. Ao longo da realização da formação, os educandos participantes entregaram 84 atividades de escrita reflexiva, que foram submetidas à análise temática. Os principais temas foram condensados no formato evocativo de cartas pedagógicas, revelando os aprendizados emergentes ao longo do processo. **Conclusão:** Esperança-se que este relato inspire outras ações educativas, em especial a criação de disciplinas específicas sobre fitoterapia, a inclusão transversal da temática no currículo e a viabilização de aulas práticas em hortos ou jardins medicinais. Uma vez que integre adequadamente o ensino, a temática certamente virá a agregar mais conhecimentos nas esferas da prática profissional farmacêutica e da pesquisa.

Palavras-chave: fitoterapia; cuidado farmacêutico; educação em farmácia; educação contextualizada; aprendizagem baseada na experiência; Paulo Freire.

4.1.6.1 Introdução

A fitoterapia, uso das plantas para finalidades terapêuticas, está presente na vida da humanidade desde os seus primórdios. Desde a década de 1970, a OMS vem recomendando a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde, e desde a década de 2000 o Brasil fez significativos avanços nesse sentido (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b; World Health Organization, 1978), se alinhando a um movimento global de interesse crescente nessa prática (Chen *et al.*, 2016; Cipolle; Strand; Morley, 2012; World Health Organization, 2002b, 2011, 2013, 2019).

O Brasil, por sua megabiodiversidade e sua sociodiversidade, possui imenso potencial para o desenvolvimento da fitoterapia. De fato, cerca de 82% da população já utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde (Brasil, 2012a). Porém, a expressividade dessa prática no sistema oficial de saúde nacional ainda é tímida, situação que pode ser superada por meio do estabelecimento de uma práxis crítica no campo da saúde (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

Diversos estudos apontam para a necessidade de aprimoramento na formação e na prática da fitoterapia por profissionais de saúde, que relatam não se sentirem aptos para analisar o uso ou prescrever fitoterápicos (Barreto; Vieira, 2015; Bruning; Mosegui; Vianna, 2012; Caboclo *et al.*, 2022; Fontenele *et al.*, 2013; Gadelha *et al.*, 2015; Gontijo; Nunes, 2017; Maia *et al.*, 2016; Nascimento Júnior *et al.*, 2016; Pedroso; Andrade; Pires, 2021; Varela; Azevedo, 2013; Vidal *et al.*, 2019).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia, instituídas pela Resolução nº 06 de 2017 do Ministério da Educação, direcionam para o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em saúde, visando a formação de farmacêuticos que promovam cuidado direto ao paciente e comunidades, de forma multidisciplinar e em prol da saúde pública. Dentre tais habilidades e competências, está a capacidade de identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade no que tange à orientação, prescrição e monitoramento em plantas medicinais fitoterápicos, assim como o planejamento,

execução e acompanhamento de ações para atender às demandas percebidas (Brasil, 2017b).

O Cuidado Farmacêutico (CF) propõe um arcabouço teórico-metodológico promissor para o avanço da prática profissional farmacêutica no campo da fitoterapia, pois visa responder à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos (Ramalho-de-Oliveira; Machuca, 2011). Saindo de trás das bancadas e balcões e cuidando diretamente de pacientes, neste modelo de prática clínica generalista, centrada no paciente, o farmacêutico estabelece vínculo terapêutico com seus pacientes e assume responsabilidade pelas suas necessidades farmacoterapêuticas, e isso inclui a fitoterapia (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Soares *et al.*, 2020).

Apesar de tratar-se de uma necessidade social antiga e evidente e dos avanços aqui apontados, as mudanças na academia são lentas. Os currículos ainda estão em processo de adequação para atender às diretrizes estabelecidas em 2017, porém, a questão do uso das plantas medicinais e fitoterápicos ainda não recebeu a devida atenção. É válido apontar que, em uma perspectiva freiriana, a montagem de um currículo não é jamais neutra, tratando-se de uma ação totalmente política (Freire, 2005a, 2005b).

Para colaborar no avanço deste cenário, esse artigo apresentará os processos de elaboração participativa, implementação e avaliação de um programa educativo voltado ao Cuidado Farmacêutico em fitoterapia, destacando os aprendizados coletivos emergentes.

4.1.6.2 Método

Esta pesquisa se insere em uma epistemologia subjetivista (Daly, 2007), tendo um objetivo pedagógico sustentado epistemologicamente por uma base crítica. Foi adotada como metodologia uma combinação da Investigação de Temas Geradores proposta por Paulo Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987) com a Autoetnografia (Ellis, 2004), conforme proposta de Cimblaris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo). Os temas geradores são aqueles que têm

relevância para dada comunidade em dado momento histórico, pronunciados a partir de suas próprias palavras (Freire, 1987).

Essa combinação metodológica visa à elaboração e à oferta de ações educativas críticas no campo da saúde, nas quais a comunidade se reconheça e se afete pelo programa elaborado, devido à sua construção dialógica e não vertical. Sendo uma metodologia cunhada na realidade brasileira, pretende-se que ela promova educação problematizadora a partir de uma ótica crítica endógena, considerando características e necessidades próprias do Brasil.

O estudo foi desenvolvido no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), que é um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços associado ao Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e tem como objetivo proporcionar toda a estrutura humana, técnica, científica e de *know-how* para formar profissionais, investigar, implantar, desenvolver e avançar a prática do CF (Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, 2024).

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e julho de 2024 por meio de imersão na comunidade pesquisada, entrevistas colaborativas com farmacêuticos e estudantes de farmácia e escrita autoetnográfica (Cimblaris-Alkmim, 2024; Cimblaris-Alkmim *et al.*, 2025, em preparo; Cimblaris-Alkmim, Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b, 2025a, em preparo, 2025b, em preparo). A pesquisa teve início no auge da pandemia de Covid-19 no Brasil, e por isso parte das atividades ocorreu no meio virtual.

Na 1ª etapa do estudo, os objetivos da investigação foram apresentados em encontro no CEAF, convidando a comunidade para se envolver. A partir deste momento, foi dado início à imersão na comunidade pesquisada em reuniões, aulas de graduação e pós-graduação, grupos de estudo, interações informais e em ações educativas. Essas últimas eram simultaneamente método de coleta de dados e resultado da pesquisa, propiciando dialogicidade entre ação e reflexão. Elas ocorreram tanto no CEAF como em círculos científicos, profissionais e sociais mais amplos, como congressos e seminários, e incluíram apresentações de resultados parciais da pesquisa, discussão de casos clínicos, palestras, cursos, mesas-redondas e oficinas. Foram realizadas

também nessa fase a escrita autoetnográfica e as entrevistas colaborativas, realizando discussão iterativa dos dados junto à equipe de pesquisa e aos membros do grupo.

Na 2ª etapa do estudo, foi desenvolvida análise temática (Braun; Clarke, 2006; Souza, 2019) dos dados obtidos nas entrevistas colaborativas, empregando o software *NVivo 14* (conta A-S00530873/ *New NVivo 14 - Student Annual License - Single User*). Os dados autoetnográficos e notas em caderno de campo foram submetidos a análise crítica embasada em teorias de Paulo Freire. Foram selecionados os temas geradores relevantes, que foram organizados de modo hierárquico, destacando os aspectos concretos das necessidades percebidas pelo grupo. A partir daí, dados textuais coletados ao longo da pesquisa foram selecionados para submissão à análise crítica nas ações educativas da pesquisa. Vinhetas autoetnográficas foram aprimoradas e trechos de transcrições de entrevistas foram submetidos à limpeza.

Na 3ª etapa do estudo, foram realizados diálogos sobre os temas geradores levantados junto à equipe de pesquisa e à comunidade, de modo iterativo, aproveitando particularmente o ambiente das ações educativas realizadas.

Na 4ª etapa, procedeu-se à elaboração do programa educativo. Formato, público e outros aspectos operacionais foram delineados a partir da análise de dados das entrevistas colaborativas, que foram extraídos do *NVivo 14* na forma de códigos *in vivo* e agrupados por categorias operacionais usando o *Google Jamboard*. Nesta etapa se chegou à definição de que a ação educativa teria o formato de uma disciplina acadêmica. Foram delineados os objetivos de aprendizagem e os temas geradores a serem trabalhados em cada encontro.

A seguir, preparou-se o material para realização da ação educativa final da pesquisa. Foram selecionados trechos de entrevistas e autoetnográficos (em vídeo ou texto), e elaborados memes e casos clínicos problematizadores. Fotos e vídeos do arquivo pessoal da primeira autora também foram empregados, assim como reportagens, artigos, capítulos de livros e sites. Os materiais preparados foram validados junto à comunidade pesquisada em conversas informais e ações educativas.

O programa educativo foi apresentado ao colegiado de graduação em farmácia da UFMG e aprovado. A oferta da disciplina foi divulgada por este mesmo colegiado e nas redes sociais do CEAF.

Colocou-se em prática a ação educativa elaborada, entre março e maio de 2024. Nela, dados foram coletados por meio de anotações em caderno de campo, gravações em áudio e pela escrita autoetnográfica dos educandos, visando captar os aprendizados emergentes. Por fim, o próprio programa educativo foi avaliado.

Os parâmetros de rigor propostos por Cimbliris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2025d, no prelo) foram integralmente adotados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob registro CAAE-25780314.4.0000.5149. A participação das pessoas selecionadas só teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Foram realizados registros por meio de arquivos de áudio, vídeo e/ou imagens. Os registros em áudio ou vídeo foram submetidos à transcrição completa, a fim de garantir acuidade no registro dos dados. Nomes fictícios foram utilizados na apresentação dos resultados.

4.1.6.3 Resultados

4.1.6.3.1 Elaboração do programa educativo

O Quadro 6 apresenta os objetivos de aprendizagem da ação educativa finalística da pesquisa e falas de membros do CEAF que ilustram sua importância.

Quadro 6 – Objetivos de aprendizagem e dados que os subsidiam

Objetivos de aprendizagem	Dados
1. Compreender as dimensões da necessidade social por cuidados na fitoterapia.	É uma coisa em que a gente esbarra todo dia na prática, todo dia alguém relata que faz o uso [de fitoterápicos]. A gente desconsiderar esse tipo de informação é um absurdo! Se o paciente traz que faz o uso de algum fitoterápico para você no momento de uma consulta ou no momento que ele está sendo internado é porque é uma informação importante para ele. (Melissa)
2. Conscientizar-se sobre a imprescindibilidade da consideração da fitoterapia para a prática do CF.	Se eu falo que eu me responsabilizo pelo paciente, não tem jeito de eu cuidar só dessa parte aqui e ignorar a outra. É uma responsabilidade: da mesma forma que eu olho o medicamento da hipertensão, do diabetes, eu tenho que olhar os fitoterápicos. (Angelica)
3. Conectar aspectos da prática centrada no paciente, experiência subjetiva, comunicação com o paciente e tomada de decisão compartilhada com a fitoterapia.	Esse movimento de pensar em coisas que podem se adequar à realidade das pessoas de forma mais barata e de acordo com as preferências dos pacientes é um avanço. (Rose)
4. Refletir sobre as relações entre conhecimentos científicos e conhecimentos tradicionais e populares.	A pessoa está usufruindo de um conhecimento tradicional, popular. E o profissional está partindo de um conhecimento tecnicista. Mas esse conhecimento não surgiu por acaso. Surgiu de todo o conhecimento também tradicional e popular, que foi acumulando e gerou esse outro conhecimento. (Oliver)
5. Estudar o processo de cuidado aplicado à fitoterapia e sua documentação, considerando suas particularidades em relação à cadeia produtiva e de utilização de plantas medicinais.	A fitoterapia eu não tenho um caminho, porque o “trem” trava na hora! Porque você tem que descobrir que planta é aquela, e depois, você ainda fica pensando se aquilo tem ativo, se não tem ativo, porque foi plantado assim, porque foi plantado assado, foi colhido assim... (Lily)
6. Aprender estratégias de preparo caseiro de plantas medicinais, a fim de instruir pacientes que o fazem.	Pra falar de um chá de camomila o farmacêutico não tem nada? Não sabe o que dizer a respeito do uso de um fitoterápico mais rotineiro? (Iris)
7. Saber as indicações, formas farmacêuticas, esquemas posológicos, parâmetros de efetividade, segurança e observações sobre tempo de uso e conveniência no uso de alguns fitoterápicos muito utilizados.	Eu sei que para o medicamento Losartana, Anlodipino, eu vou avaliar a pressão arterial como parâmetro de efetividade. Vou olhar o potássio daquele paciente como parâmetro de segurança, a pressão arterial também. A gente vê isso de forma muito natural. Quanto a gente vê um chá, um fitoterápico, a gente não sabe o que avaliar. Então, a gente fica um pouco perdido mesmo. (Angelica)
8. Conhecer fontes de informação confiáveis para a prática clínica da fitoterapia.	Eu estou lembrando de uma senhora que contou: “eu fui na esquina, lá na árvore, conheço essa pata-de-vaca, está aqui na sacolinha secando”. Ela foi me mostrar a sacolinha, com as plantinhas penduradas. Aí, tinha um tanto de sacola no varal com um tanto de planta diferente que ela ia usar. Aí você fica paralisado! Por onde que eu começo? Quais são as fontes que eu posso utilizar de imagens para identificação dessa planta, livros, base de dados? Qual base de dados, literatura, que eu vou usar para buscar o conhecimento científico sobre essa planta? Daí para frente, dá para manejar! Então, esse é o

	gargalo, que é o fundamental, que mobiliza o resto todo. Daí para frente, você consegue comparar, fazer avaliação da indicação, da efetividade, da segurança. (Cassia)
9. Entender os conteúdos necessários em uma prescrição farmacêutica de fitoterápicos.	[O farmacêutico] não se sente seguro, preparado para recomendar. É muito separada a questão da teoria com a prática, o aluno aprende o mecanismo de ação, mas ele tem muita dificuldade de pegar esse mecanismo de ação e aplicar na vida do paciente. É uma lacuna enorme no currículo. (Dahlia)
10. Conhecer experiências reais de aplicação da fitoterapia.	Tinha que ser uma coisa contextualizada. Eu estou aqui, nessa situação, com essa pessoa, usando essa planta. Uma formação que partisse lá da prática, da realidade. É a mesma coisa de decorar farmacologia, sem saber a pessoa que está usando o medicamento. Quando vem do aprendizado com a situação é diferente. (Iris)

Fonte: elaboração própria (2023).

Com estes objetivos de aprendizagem definidos, passou-se à etapa de montagem de proposta operacional para a ação educativa. Buscou-se contemplar ao máximo as sugestões apontadas pelos participantes da pesquisa, porém considerando também os limites de tempo e recursos disponíveis. Foi definido que o formato mais otimizado para a ação educativa seria o de uma disciplina formal, que foi intitulada Fitoterapia na Atenção Farmacêutica⁷, a ser realizada em 10 encontros de 2 horas e meia cada.

Resolveu-se que partir de uma base teórica comum sobre o CF permitiria o necessário aprofundamento sobre os temas geradores, considerando as limitações da carga horária. Assim sendo, foram estabelecidos requisitos de haver cursado ou estar cursando disciplinas que provesses a base necessária: Atenção Farmacêutica ou Clínica Farmacêutica ou Habilidades Clínicas, considerando a programação de tais disciplinas na Faculdade de Farmácia da UFMG. Enumerando estes critérios, a disciplina foi ofertada como optativa por meio do colegiado de graduação da Faculdade de Farmácia da UFMG, sendo possível também a matrícula de pós-graduandos e da comunidade externa.

Tratando-se de uma pesquisa embasada nas teorias freirianas, decidiu-se por adotar os círculos de cultura como estratégia didática na disciplina ofertada, visando fomentar

⁷ O termo Atenção Farmacêutica, tradução mais antiga da expressão *Pharmaceutical Care*, foi proscrito, sendo indicado atualmente o uso da tradução Cuidado Farmacêutico (Conselho Federal de Farmácia, 2016; Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 2019). Porém, o nome da disciplina foi Fitoterapia na Atenção Farmacêutica porque há décadas é ofertada na Faculdade de Farmácia da UFMG uma disciplina chamada Atenção Farmacêutica, e optou-se por fazer este alinhamento.

o diálogo em roda e promover a construção conjunta do saber (Brandão, 2010b, 2010a). Nos círculos de cultura, propostas no método de alfabetização freiriano, são utilizadas fichas de cultura para estimular os debates. Estas fichas são formuladas a partir da imersão na comunidade pesquisada e contêm ilustrações representativas das palavras geradoras que servem como base para o debate. No caso desta pesquisa, foram utilizados como fichas de cultura principalmente textos autoetnográficos e trechos de entrevistas, assim como fotos, vídeos e memes problematizadores, visando incitar perguntas, respostas e diálogos interativos (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025d, no prelo).

O círculo de cultura visa produzir *insights* a partir da interação grupal direcionada às fichas de cultura apresentadas. O grupo visa criar sinergia e estimular memórias, experiências e ideias. As vivências e reflexões particulares de estudantes de farmácia e farmacêuticos poderiam então ser revistas pelo grupo, proporcionando revelações diferentes e aumentando a consciência dos participantes (Tracy, 2013).

Em relação a métodos, foram apontados nas entrevistas e adotados: casos clínicos; demonstração de processo de cuidado real a pacientes; aulas práticas e aulas fora da sala de aula. O emprego de simulação de atendimentos também foi indicado, porém, não foi adotado, devido às limitações de tempo.

Consolidando todas estas questões, chegou-se à elaboração de um programa educativo final, apresentado no Quadro 7, que inclui a descrição das atividades, estudos e entregas propostos para cada um dos 10 encontros.

Quadro 7 – Programação dos encontros da disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica: atividades, estudos e entregas

Item	Detalhamento
1º encontro: Introdução	
Atividades	Apresentação da disciplina; explicação sobre pesquisa e os dados a serem coletados; apresentação dos presentes.
Estudos prévios	Não houve estudos prévios.
Entregas prévias	Não houve entregas prévias.
2º encontro: Filosofia do CF e regulamentação na fitoterapia	
Atividades	Discussão sobre as conexões entre a filosofia do CF e a responsabilidade profissional pelo cuidado na fitoterapia, abordando possibilidades de atuação, autonomia e valorização do farmacêutico; apontamento de políticas públicas e regulamentação (Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia, Diretrizes Curriculares Nacionais) relacionadas à Fitoterapia no CF.
Estudos prévios	- Potencialidades da prática da atenção farmacêutica no uso de fitoterápicos e plantas medicinais / artigo (Soares <i>et al.</i> , 2020) - Preparando o/a profissional para a atenção farmacêutica: da formação tradicional à humanista-crítica / capítulo 7, p. 280-296 (Ramalho-de-Oliveira, 2011)
Entregas prévias	Palavração 1 (CARTA PEDAGÓGICA): à luz das leituras realizadas na semana, escreva uma carta para um colega refletindo sobre: <i>Profissionais:</i> Escreva sobre a presença ou ausência da fitoterapia em sua trajetória profissional no CF. <i>Estudantes:</i> Escreva sobre a sua percepção sobre a presença ou ausência da fitoterapia nas disciplinas e ambientes farmacêuticos que você frequenta / frequentou.
3º encontro: Prática centrada no paciente	
Atividades	Discussão sobre a prática centrada no paciente e experiência subjetiva com a fitoterapia.
Estudos prévios	- O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico-metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades / artigo em fase de preparo (Cimblaris-Alkmim, 2024)
Entregas prévias	Palavração 2
4º encontro: Saúde integral, saberes tradicionais e populares	
Atividades	Discussão sobre saúde integral e aproximação dos conhecimentos científicos com conhecimentos tradicionais e populares.
Estudos prévios	- Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire / artigo (Cimblaris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b) - Ana, você não entende nada de pesquisa! / performance autoetnográfica (Cimblaris-Alkmim, 2024) - Vídeos atuais selecionados sobre fitoterapia na mídia
Entregas prévias	Palavração 3
5º encontro: Processo de cuidado	
Atividades	Discussão sobre o raciocínio clínico aplicado à fitoterapia e documentação da prática.
Estudos prévios	Cimblaris-Alkmim, A. O que é bom para pedra nos rins? / texto autoetnográfico (Cimblaris-Alkmim, 2024) Cimblaris-Alkmim; Nascimento. Fitoterapia no CF. / trechos de capítulo de livro ainda não publicado (Cimblaris-Alkmim, 2024)
Entregas prévias	Palavração 4

6º encontro: Cadeia produtiva	
Atividades	Realização de oficina prática: noções de identificação botânica, cultivo agrocológico, colheita/coleta, usos de plantas medicinais.
Estudos prévios	- Ensinando que se aprende / performance autoetnográfica (Cimbleiris-Alkmim, 2024) - BRASIL. Ministério da Saúde. Exposição 15 anos da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos / 3 vídeos (Brasil, 2022b)
Entregas prévias	Palavração 5
7º encontro: Processamento, preparo e utilização caseira de fitoterápicos	
Atividades	Realização de oficina prática: processamento caseiro, embalagem e armazenamento de plantas medicinais secas, preparo caseiro e utilização de fitoterápicos; Estudo do conteúdo necessário em uma prescrição farmacêutica de fitoterápicos.
Estudos prévios	- Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico / Informes técnicos (Cimbleiris-Alkmim <i>et al.</i> , 2023) - Cimbleiris-Alkmim, A. Farmacêuticos diferentes. / texto autoetnográfico (Cimbleiris-Alkmim, 2024)
Entregas prévias	Palavração 6
8º encontro: Fontes de informação	
Atividades	Conhecimento de fontes de informação em fitoterapia.
Estudos prévios	Cimbleiris-Alkmim; Nascimento. Fitoterapia no CF. / trechos de capítulo de livro ainda não publicado (Cimbleiris-Alkmim, 2024)
Entregas prévias	Palavração 7 (sobre as oficinas práticas realizadas nos últimos dois encontros)
9º encontro: Perfil clínico de fitoterápicos	
Atividades	Apresentações dos Seminários em Fitoterapia (roteiro disponível em Cimbleiris-Alkmim, 2024).
Estudos prévios	Não houve estudos prévios.
Entregas prévias	1) Palavração 8 (sobre busca de informação para tomada de decisão na fitoterapia e a pesquisa desenvolvida para o seminário) 2) Slides do Seminário
10º encontro: Caso clínico	
Atividades	Apresentação e discussão de caso clínico; discussão da atividade prática de colheita, processamento e embalagem de plantas medicinais (roteiro disponível em Cimbleiris-Alkmim, 2024); avaliação da disciplina.
Estudos prévios	Não houve estudos prévios.
Entregas prévias	1) Relatório da atividade prática de colheita, processamento e embalagem de plantas medicinais 2) Palavração 9 (avaliação da disciplina) + preenchimento do formulário anônimo de avaliação no <i>Google Forms</i> 3) Palavração 10 (CARTA PEDAGÓGICA): à luz dos aprendizados do semestre, escreva uma carta respondendo àquela escrita pelo seu colega na Palavração 1.

Fonte: elaboração própria (2024).

Os exercícios deveriam ser sempre entregues dois dias antes do encontro, a fim de permitir a leitura pela equipe educadora e favorecer a incorporação das reflexões à aula. Em relação às estratégias de avaliação da disciplina, que no sistema da UFMG corresponde a 100 pontos atribuídos, ficou definido que as palavrações sobre os textos lidos a cada semana (totalizando 10 palavrações), valeriam 60 pontos; uma

atividade prática de colheita, processamento e embalagem de plantas medicinais valeria 15 pontos; um seminário em fitoterapia valeria 20 pontos e a assiduidade e participação efetiva nas discussões em sala de aula valeria 5 pontos.

4.1.6.3.2 Implementação da Ação Educativa

O programa educativo foi detalhadamente apresentado aos educandos na primeira aula da disciplina, solicitando colaborações e/ou sugestões para mudanças, mas não houve nenhuma.

Na primeira aula da disciplina, compareceram 11 pessoas. Uma delas não retornou às aulas subsequentes, por questões de saúde. Dos 10 participantes que permaneceram na disciplina, 08 eram mulheres e 02 eram homens; 03 eram farmacêuticos formados e 07 eram estudantes de farmácia, que cursavam do 4º ao 11º período. Dentre os farmacêuticos formados, o tempo de prática e/ou ensino do GTM variava entre nenhuma a 02 anos e meio, com a média de 01 ano por pessoa. Os cenários de prática nos quais estes farmacêuticos formados haviam vivenciado o GTM era o contexto ambulatorial no SUS (no âmbito de projetos de extensão universitária do CEAF) e o atendimento privado de pacientes. As idades dos participantes estavam entre 20 e 49 anos.

Ao longo da oferta da disciplina, a escrita autoetnográfica pelos educandos foi adotada como estratégia de ensino-aprendizagem (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2025d, no prelo). O método educativo de Paulo Freire é muitas vezes chamado “palavração”, por transformar por meio da palavra a realidade do mundo. Por essa razão, este foi o nome escolhido para nomear a atividade de escrita autoetnográfica proposta, que tinha a ideia de estimular registros reflexivos, baseados na experiência, e que promovessem transformações no mundo. As palavrações eram reflexões escritas feitas pela turma a partir das leituras preparatórias que antecediam cada encontro semanal. Elas não tinham como objetivo a sumarização das leituras, mas sim a conexão do processo de ensino-aprendizagem com o cotidiano pessoal e profissional dos participantes.

Seguindo os preceitos da autoetnografia evocativa, os educandos tiveram liberdade para escrever de modo criativo, poético ou narrativo. Foi sugerido que cada palavração deveria ter o tamanho mínimo de meia página e o tamanho máximo de 3 páginas. A quantidade de texto não seria um parâmetro a ser avaliado, mas sim a sua qualidade. As palavrações poderiam trazer à tona experiências prévias ou atuais dos participantes em relação à fitoterapia, fossem essas profissionais ou pessoais, e igualmente poderiam se referir ao processo didático utilizado na disciplina.

A duas destas palavrações – a primeira e a última do programa educativo – foi proposto o formato de Carta Pedagógica. Manifestar-se por meio de cartas era um hábito de Paulo Freire, que tem diversas de suas impactantes cartas publicadas em obras escritas por ele mesmo e por Nita Freire. Em suas cartas, este autor demarcou seu compromisso político, apresentando conteúdos profundamente pedagógicos em tom agradavelmente humano (Vieira, 2010).

A troca de Cartas Pedagógicas constituiu-se como uma proposta para exercício rigoroso do pensamento refletido e ordenado, por fim compartilhado, que exigia do receptor pensar sobre o que o outro disse e responder de modo comprometido e amoroso, constituindo o “diálogo por meio escrito” (Vieira, 2010, posição 1656). As cartas deveriam ser escritas com seriedade, transparecendo a abertura e o gosto da convivência com o diferente, sendo abertas à dúvida e à crítica (Freire, 2016).

Durante a disciplina, foram propostas 10 atividades de palavração aos educandos, sendo que 02 delas tinham o formato de cartas pedagógicas. Tais cartas foram entregues após o primeiro encontro, e respondidas na semana anterior ao último encontro da disciplina. A atividade das cartas foi muito marcante no processo pedagógico e muito apreciada pelos educandos.

As 84 palavrações entregues pelos educandos foram submetidas à análise temática usando *Microsoft Word*, utilizando o recurso de comentários para destacar todos os temas presentes. Ao longo desta análise, a gravação das aulas foi ouvida repetidas vezes, e as notas no caderno de campo foram relidas. Ao longo deste processo de imersão nos dados, surgiu a ideia de apresentá-los de forma criativa, como cartas pedagógicas que condensassem as principais questões que surgiram. Assim, foram elaboradas duas Cartas Pedagógicas que compilam a escrita dos educandos em

todas as palavras entregues, demonstrando o processo pedagógico realizado e seus impactos de modo imbricado na vida dos participantes.

A escolha deste formato evocativo visa ambientar o leitor no que foi a experiência de participar desta disciplina de modo a apresentar os aprendizados emergentes e promover ressonância. Foi empregada a estratégia proposta por Ellis (2004) de criação de personagens compostos, a fim de proteger a identidade dos participantes da pesquisa.

A Carta Pedagógica 1, apresentada no Quadro 8, corresponde àquela escrita no início da disciplina, e a Carta Pedagógica 2, apresentada no Quadro 9, corresponde àquela escrita ao final da disciplina, sendo uma resposta à Carta Pedagógica 1. Ambas as cartas contêm elementos da escrita de todos os 10 participantes da disciplina.

Quadro 8 – Carta Pedagógica 1

Boa tarde, Sra. Camellia.

Ainda não tivemos muito tempo para nos conhecer, mas o fato de sermos colegas na disciplina e futuras colegas de profissão me trazem o sentimento de que teremos muito em comum.

Enquanto eu pensava sobre o que escrever, me bateu a ansiedade, aí resolvi preparar um chá de erva-cidreira. O chá está perfumoso aqui ao meu lado, esfriando para eu dar conta de tomar, e me provocou a pensar sobre como adquirir a prática de usar flores, folhas, cascas, frutos e raízes terapêuticamente. Há alguns anos tenho utilizado deste artifício para várias condições de saúde minhas, principalmente pela minha afinidade, mas também pelo custo reduzido e fácil acesso. Quando olho para as plantas medicinais, me recordo da minha infância. Penso no quintal da minha avó Sônia, do carinho que ela tinha conosco e de seus grandes conhecimentos sobre o uso de plantas para tratar o corpo físico e o corpo espiritual. Ela era descendente de povos ancestrais indígenas e africanos, e criou seus 12 filhos, e inúmeros netos, com estes conhecimentos. Se ela não tinha a planta certa no quintal, sempre algum vizinho tinha para arrumar. Para dor de garganta, a gente ia na casa da Dona Maria buscar as romãs para fazer gargarejo. Para dores musculares e articulares, a arnica vinha da Dona Ana, que colhia na serra. E quando elas precisavam da erva-cidreira, vinham buscar com vó Sônia.

Sei que minha Vó Sônia, a Dona Maria e a Dona Ana não conheciam o nome “fitoterapia”, mas estavam ali praticando-a com destreza. E daí penso nas diversas dimensões do cuidado e do acolhimento, por vezes não tão consideradas pelos profissionais de saúde.

Cresci vivendo isso, era natural para mim, e eu fantasiava que seguiria nesta área quando escolhi o curso de Farmácia. Mas o brilho em meus olhos se apagou totalmente já no primeiro semestre, quando me deparei com a dureza do currículo. Nada ali me remetia ao meu romântico universo das plantas.

A matriz curricular do nosso curso não nos prepara para lidarmos com a fitoterapia, você não acha? É muito frustrante ver essa riqueza de cultura e informação sendo desperdiçada no ambiente universitário, suposto berço da pesquisa, do ensino e da extensão. Aqui dentro da universidade o meu contato com a fitoterapia ficou até agora em segundo plano, nessa nossa alegada “formação generalista”.

As plantas apareceram pela primeira vez na disciplina de botânica. Porém, a disciplina era mais focada na fisiologia, bioquímica, morfologia. Lembro-me do desespero de decorar um monte de estruturas botânicas, nomes dos órgãos e regras de nomenclatura. Recordo-me da imensa expectativa que eu estava em fazer botânica e o quanto ela foi completamente frustrada. Eu terminei a disciplina na força do ódio. Em seguida, cursei as disciplinas de farmacognosia, que também foram totalmente desconectadas de um lugar de cuidado em saúde. Me lembro de alguns poucos *flashes* sobre os principais compostos químicos oriundos de algumas plantas e nada mais. Considerei nunca mais revisitar meu interesse pelas plantas.

O currículo farmacêutico é bem tecnicista, e quando se fala em plantas medicinais o foco está no processo produtivo e controle de qualidade dos produtos. Plantas são apenas a base para se extrair moléculas, que depois são tomadas em cápsulas e comprimidos. Nem mesmo as disciplinas que tratam do cuidado de pacientes mencionam nada sobre plantas medicinais. Enfim, ainda não temos disciplinas que contemplem a aplicação clínica das plantas. O que será que tem de tão complexo em um chá que os profissionais de saúde e pesquisadores temem abarcar? Espero responder a essa pergunta nessa disciplina!

Não conseguindo aprender muito sobre as plantas dentro da faculdade, consegui um estágio optativo no controle de qualidade de uma farmácia de manipulação. Lá, tive contato com matérias primas-vegetais, realizei testes físico-químicos e algumas vezes pesei ou manipulei os produtos fitoterápicos. Eu tinha contato com fórmulas receitadas pelos médicos e nutricionistas, mas, apesar da minha curiosidade, lá dentro eu não tinha tempo para pesquisar sobre as indicações e efeitos de cada uma. Isso não era nem incentivado pela minha supervisora. Mas sou teimosa, e de vez em quando procurava alguma informação na hora do intervalo ou no meu tempo pessoal. Fui percebendo que a maioria era prescrita para emagrecimento, mas sem dados científicos corroborando com essa indicação. Foi caindo a minha ficha de que a maioria do que era feito ali era questionável. Percebi que nesses espaços a fitoterapia tomou um rumo comercial. As plantas medicinais se tornaram apenas mais um produto inserido na máquina de acúmulo de capital, consumidos para fins que muitas vezes estão dissociados dos saberes ancestrais precursores da fitoterapia e até mesmo dissociados da área da saúde. A procura pelos fitoterápicos na farmácia era imensa!

Eu vejo o tempo todo as divulgações na TV, e sou bombardeada na internet por *influencers* e notícias bizarras sobre produtos naturais milagrosos, porque o algoritmo já entendeu que gosto das plantinhas e fica me recomendando todo tipo de conteúdo duvidoso.

A demanda na fitoterapia me parece ser cada vez maior, você não acha? Muita gente está tirando vantagem dessa onda. E o farmacêutico vai ficando para trás! A maioria da população utiliza as plantas, como o farmacêutico não está vendo isso? Acordem, farmacêuticos! É imprescindível que sejamos capazes de acompanhar e garantir o uso correto dessa ferramenta terapêutica. Não se trata apenas de uma questão de saúde pública, mas também de cultura, tradicionalidade e identidade de todo um povo. Assim como Vovó Sônia fez comigo, o conhecimento popular sobre plantas úteis é passado de geração em

geração a séculos e séculos. No Brasil, então, país com a maior biodiversidade do mundo, como assim não estamos sendo capazes de olhar para isso? Vamos acabar perdendo as plantas e os conhecimentos, em prol do lucro, jogando no lixo toda a nossa história. Como não aparece NADA sobre isso nas disciplinas de farmacoterapia? Aliás, às vezes aparece, porém é para fazer chacota!... Os saberes tradicionais sobre os produtos naturais, precursores de toda a ciência farmacêutica, agora são muitas vezes considerados obsoletos.

Parece que os cientistas gostam é do que vem de fora, quanto mais difícil e caro melhor! Os medicamentos são vendidos como ciência despolitizada; até mesmo os fitoterápicos. O que vejo é uma continuidade do processo de colonização do qual esse país nunca se livrou.

Mas por mais que na academia essas hipocrisias se façam presentes, não desistirei das plantas medicinais. Ontem mesmo, quando saí da aula, fui abordada por um grupo de colegas que me disseram que eu estava perdendo tempo nessa disciplina, que não fazia sentido ficar estudando plantas aqui na universidade, que era incoerente. Você acredita? Nossa, que raiva eu fiquei!

Peço desculpas pelo desabafo. Me alegra o coração ter agora essa disciplina optativa aqui em nossa faculdade, ainda mais com aulas práticas! Eu já tive oportunidade de ir a uma comunidade quilombola, e também de participar de um encontro popular de raizeiras. Foram experiências muito ricas para mim, aprendi coisas que jamais entrariam aqui nos muros da universidade, habilidades muito mais próximas da realidade das pessoas do que o que consigo encontrar em livros e artigos. Eu sonho que mais acadêmicos possam ter esse tipo de experiência, para ganhar humildade e reconhecer as mestras e os mestres detentores de saberes sobre a cura e sobre a natureza.

Desejo que disciplinas como essa que estamos cursando agora possam vir a suprir essa importante lacuna. Espero que no futuro próximo o farmacêutico e os outros profissionais de saúde tenham mais facilidade em adentrar na fitoterapia, contribuindo mais efetivamente para o cuidado das pessoas e para o reconhecimento dessa prática que faz parte da vida de milhares de pessoas. Isso também vai acabar refletindo em maior valorização da profissão farmacêutica, você não acha? Enfim, como você acha que será o futuro da fitoterapia na área farmacêutica? Seremos um dia profissionais qualificados para atender a essa demanda social? Haverá mais disciplinas no currículo?

Tenho grande vontade de cultivar minhas próprias plantas medicinais. Não tendo acesso a conhecimentos sobre isso na universidade, estou estudando por conta própria.

Mal posso esperar pelo nosso desenvolvimento aqui nas aulas, e faço votos de que nosso conhecimento possa ser colaborativo. Já estou ansiosa para ler sua resposta!

Abraços,

Poppy

Quadro 9 – Carta Pedagógica 2: resposta

Olá, querida Poppy,

Que semestre! Sinto como se estivesse deitada na grama observando o céu estrelado. Cada estrela que ilumina a noite foi uma aula, uma discussão, uma informação nova. Essas estrelas fazem parte de um universo infinito e repleto de possibilidades. Ainda não sei muito sobre essa astronomia verde, mas essas aulas nos deram um verdadeiro telescópio para estudar. Neste momento de tanta reflexão, que prazer foi ler a sua carta! Sinto falta dessa troca entre colegas, que não é usual nas faculdades de farmácia.

Lendo o seu relato, senti sua dor quando você testemunhou a venda dos produtos inadequados na farmácia de manipulação. Infelizmente, o farmacêutico ainda não entendeu que ele é um profissional da saúde, e não do comércio. Assim que me formei, eu trabalhei em drogaria, e existia aquele sistema de comissão por venda, que também me deixava agoniada! Mas espero que o telescópio ao qual tivemos acesso nessas aulas tenha reduzido a sua frustração e te aproximado um pouco do seu primeiro plano de astronauta. Nem sempre o foguete realiza o trajeto que projetamos, e precisamos recalcular a rota. Estou aprendendo isso agora. A vida chama e nós vamos. De caminhos tortuosos podem advir importantes descobertas!

Resolvi preparar um chá-verde para escrever a sua resposta, homenageando seu ato de escrever tomando um chá lá do início do semestre. Enquanto o preparava, lembrei que aprendi nessa disciplina que chá-verde, chá-preto, chá-branco e chá-vermelho são todos feitos com a mesma planta. E que a parte usada são as folhas, então se tiver galhos no meio o produto está ruim. Todo esse aprendizado é muito instigante, não é? Enquanto aguardo a extração dos princípios ativos, aproveito esse momento meditativo, muito bem-vindo nesses tempos de tanta exigência mental e física. Nunca me senti próxima da natureza assim antes.

Eu não tinha essa prática em minha casa, nada de nada. Mas me inspirei no dia em que tomamos aquele chazinho na disciplina. Mais tarde, no mesmo dia, já resolvi me aventurar preparando a sobra da alfavaca-cravo da aula que eu havia trazido comigo. Tomei com meu marido, que também se encantou. A partir de então, os chás entraram em nossa vida para ficar. De manhã, estamos com frequência tomando chá-verde, especialmente em dias que fazemos corrida: é ótimo para a disposição!

Antes, eu, farmacêutica clínica, nunca havia recomendado um chá! E não achava que isso era assunto de farmacêutico, assim como seus colegas que fizeram pouco caso da nossa disciplina de fitoterapia. Agora, estou animada para descobrir chás que possam ser bons para mim, para minha família e para meus pacientes!

Sequei hortelã na atividade prática da disciplina, e ele ficou com um aroma delicioso de bala. Estou também secando flores da marcela-do-campo, que colhi em um passeio a Brumadinho, quem diria? Tem sido interessante perceber essa transformação em mim mesma, apesar de ser um aprendizado novo e desafiador.

Na minha primeira carta, te contei que na minha família não havia prática da fitoterapia, você se lembra? Mas sabe quando você para e repara que aquilo estava ali o tempo todo? Fiquei pasma quando me dei conta, Poppy! Minha Avó Carla (assim como era a sua Avó Sônia <3) tem a própria horta em casa, e sempre que estou gripada ela me oferece um chá

de limão, ou quando minha digestão está ruim, um chá de boldo. Como eu não reparei nisso antes? Conforme refletimos na disciplina, essa invisibilidade das práticas populares de saúde não é um acaso, é uma questão ideológica.

É curioso, minha Avó Carla simplesmente sabe qual é o boldo no meio daquele tanto de plantas. E eu, farmacêutica, via no quintal um único borrão verde, como se a lente estivesse fora de foco. Nem lembrava que eu tinha estudado botânica na farmácia. Mas, lendo seu relato sobre as aulas de botânica, lembrei como a didática não nos estendia uma ponte para reconhecer as plantas no mundo real, seus formatos, texturas, características e potenciais. Imagine se as aulas de botânica fossem como a que tivemos nessa disciplina? Que vivência poderosa! Ah, é assim um pé de guaco? É assim um pé de funcho? Muito prazer! Nós, farmacêuticos, precisamos conhecer! Nunca vi uma turma com olhos tão brilhantes em plena sexta-feira de manhã, todos energizados, compartilhando com generosidade suas experiências e tirando suas dúvidas.

Concordo muito com o que você falou lá na aula, que é imprescindível termos um jardim-medicinal-laboratório em cada faculdade de farmácia desse Brasil! Os estudantes precisavam dessa oportunidade de conhecer as plantas, vendo, pegando, cheirando, provando. A sensorialidade é muito importante. Não adianta ficar só lendo livros ou páginas online. As aulas práticas, além de facilitarem o aprendizado, estão mais alinhadas com a realidade da vida dos nossos pacientes.

Quando estou ruim da digestão, Vovó Carla sempre fala: “toma um chá de boldo”. O mesmo não acontece com minha mãe e minhas tias, que dizem “toma um Omeprazol”. Então, como você também escreveu em sua carta, percebo claramente que esses nossos instintos e conhecimentos ancestrais estão se perdendo com o tempo, é preciso nos atentarmos! E podemos e devemos sim fazer isso por ser nossa responsabilidade enquanto profissionais de saúde. Nós temos agora mais uma ferramenta técnica para agregar, que nossas avós não tinham: o CF.

Eu não enxergava nada disso antes, Poppy. Diferentemente de você, que já tinha toda uma bagagem na fitoterapia, até impressionante para alguém tão jovem. Detalhe: eu fiz mestrado e especialização na área da farmácia clínica, mas não vi conteúdos sobre fitoterapia em nenhum momento. Meu interesse pelas plantas medicinais foi despertado já na prática do CF. Mas custou a cair a ficha. Os pacientes me falavam do uso de chás e garrafadas, eu anotava em algum cantinho do prontuário e, na prática, deixava pra lá.

Eu me lembro direitinho do primeiro paciente que me fez pensar nisso. O Sr. Jorge me falou que não estava tomando o medicamento prescrito porque estava substituindo pelo chá de colônia. Ele me falou baixinho que o médico havia proibido, mas que ele continuava usando porque estava dando certo. E eu reforcei a recomendação médica. Mas a pressão dele estava boa, eu mesma monitorei! Em retrospecto, percebo o que fiz: me negando a considerar a mera hipótese do uso do chá, eu o deixei sozinho para avaliar a sua própria farmacoterapia. Fico com vergonha de relatar isso. Mas a parte boa é que fiquei com aquilo na cabeça, e foi uma semente importante para meu entendimento. Eu lembrei dele no dia que a Ana mostrou a prescrição farmacêutica do chá, que além de tudo apresentava a dose em gramas e em colheres para guiar o preparo pelo paciente. Meus olhos marejaram quando entendi que eu também posso fazer isso!

Na minha vivência, a indicação de um fitoterápico no lugar de um medicamento não seria jamais adequada. Eu não tinha confiança que o tratamento iria funcionar. Uma vez, briguei

com minha mãe porque tratou a gripe do meu filho com chá ao invés de dar o paracetamol. Olha, demorou para eu enxergar esse meu pré-conceito. Eu simplesmente não “acreditava” na fitoterapia. Mas com o tempo fui compreendendo que era algo importante para meus pacientes. Na verdade, foi a filosofia da prática do CF que me ajudou a compreender isso. Fiquei pensando se retirar do paciente uma forma de cuidado que ele já fazia por conta da minha própria limitação não seria traição da minha filosofia de prática.

Na primeira carta que te mandei, mencionei que eu estava pensando nessas coisas na época que eu vi a divulgação dessa disciplina, e decidi que estava na hora de eu abrir a minha mente. Lembra? Inicialmente, minha intenção era incorporar de uma forma bem objetiva os conhecimentos técnicos da fitoterapia em minha prática clínica. Entretanto, o que obtive foi muito além disso! Na aula que tivemos sobre experiência subjetiva com o uso dos fitoterápicos, enxerguei com mais clareza toda a minha vivência. Percebi que eu desvalorizei saberes populares em nome dos saberes científicos, reiteradas vezes.

Durante a disciplina, testemunhei meus valores e minha concepção de mundo se transformando. Foi doloroso me identificar como manipulada e como etnocêntrica. Em nenhum momento havia refletido sobre minha concepção de ciência, nunca havia pensado em paradigmas científicos. Agora, não tenho mais como “desver” o que vi. A minha responsabilidade profissional pela fitofarmacoterapia foi assumida. E eu certamente não irei mais ignorar os saberes dos meus pacientes na tomada de decisões clínicas. Aliás, muitas plantas já estão validadas pela ciência moderna! E na disciplina a gente aprendeu não apenas a buscar as informações em fontes confiáveis, mas também a avaliá-las com senso crítico. Estou confiante de que vou fazer um trabalho muito melhor com meus pacientes de agora em diante.

Lendo você falar sobre suas experiências como graduanda, percebo que o currículo não está muito diferente de 14 anos atrás em relação a essa questão das plantas medicinais, e acabam cultivando nos futuros farmacêuticos o total desinteresse – ou até mesmo uma oposição – à fitoterapia. É uma pena. Se a fitoterapia fosse valorizada no currículo, pessoas como eu não precisariam esperar a demanda social lhes cutucar para começar a se movimentar.

Mas não quero ficar no vitimismo. Tenho esperança, pois tivemos essa disciplina optativa, que foi um “inédito-viável”⁸, considerando de onde viemos! Apesar de lentos, os avanços estão sim acontecendo. O que nos cabe é seguir fazendo a nossa parte, que pode parecer pequena, mas não é. Eu vou levar essa problematização sobre a fitoterapia para meus estagiários, meus colegas farmacêuticos, para a equipe multiprofissional... Seria tão bom se todos eles fizessem essa disciplina! E você vai seguir essas provocações aqui na universidade, junto a seus colegas e professores... A sociedade vai cobrando... E aos poucos as coisas vão mudando! Como diz Paulo Freire, só quando as pessoas têm consciência da sua situação que é possível que atuem para transformá-la. Inclusive, se você ainda não leu, te indico a leitura do livro “Pedagogia do Oprimido”, acho que é a sua cara!

Espero que a disciplina a tenha ajudado a se firmar para trilhar seus caminhos dentro da farmácia. Eu saio da disciplina melhor não só como profissional, mas melhor como ser humano, com consciência socioambiental mais aguçada. Estou em luto pelo final da

⁸ O inédito-viável se dá quando as pessoas ganham consciência de uma dada situação à qual se sujeitavam por achar não haver outra alternativa, e a partir daí exercem uma ação sobre a realidade, transformando-a no sentido de reduzir a opressão (Freire, 1987).

disciplina, mas já dei um jeito de continuá-la: sexta-feira que vem vou aproveitar que não vai ter aula para visitar Vovó Carla e ajudá-la a dar um trato no quintal! (Eu não tenho nem ideia sobre como fazer isso, mas estou animada para aprender! ;-)

Fico feliz por havê-la conhecido. Estamos em diferentes momentos profissionais, mas compartilhamos de uma mesma busca por um ensino e uma prática farmacêutica melhores, e por um mundo melhor. Conte comigo daqui pra frente! Faço votos de que você tenha muito sucesso. Um grande abraço,

Camellia

Fonte: elaboração própria (2024).

4.1.6.3.3 Avaliação da ação educativa

A ação educativa foi avaliada pelos educandos anonimamente por meio de questionário disponibilizado no *Google Forms*. As respostas serão compiladas a seguir, incluindo algumas questões colocadas pelos educandos em outros meios, como em suas palavras ou em suas falas no último dia de aula. Serão inseridas também questões apontadas pela equipe de educadores e observadores envolvidos.

A disciplina cumpriu detidamente com os objetivos de aprendizagem propostos, promovendo conscientização e instrumentalização profissional. Porém, tratando-se de uma disciplina curta, muitos apontaram que seria proveitoso ter continuidade dessa formação, a fim de melhor consolidação e aprofundamento do aprendizado.

Foi apontado que poder-se-ia ofertar duas disciplinas distintas. A primeira seria voltada para estudantes de graduação em períodos iniciais, tendo a função de preparação para um melhor aproveitamento nas disciplinas de botânica, farmacognosia ou até mesmo naquelas relacionadas ao cuidado. Nessa versão da disciplina, algumas questões introdutórias poderiam ser apresentadas com mais profundidade do que foi feito na oferta atual. Já a segunda teria como pré-requisito conhecimentos de botânica, farmacognosia e farmacoterapia, que subsidiariam o desenvolvimento de competências e habilidades clínicas mais avançadas, focando na prática profissional, especialmente na resolução de casos clínicos, adotando como método principal exercícios de atendimentos simulados e reais.

Em relação à distribuição dos conteúdos ao longo dos encontros, uma possibilidade apontada foi inserir atividades práticas desde o início do programa, como casos simples para discussão, apresentação de plantas medicinais frescas ou secas, ou até

degustação de chá, deixando-o mais “vivo”. Alguns apontaram dificuldade para acompanhar a primeira parte do curso, que foi mais teórica, apontando que as aulas ficaram um pouco cansativas. Mas isso não foi um consenso. Outros julgaram o tempo de duração das aulas e a distribuição dos conteúdos totalmente adequados, descrevendo que as aulas foram tranquilas e dinâmicas ao longo de toda a disciplina. Porém, do ponto de vista dos docentes e observadores, foi perceptível que após o início das práticas o envolvimento dos educandos foi ampliado.

As vivências das oficinas práticas e a possibilidade de sair da sala de aula foram muito elogiadas. Em especial, a aula no Jardim Mandala marcou muitos educandos, que destacaram a importância deste contato “ao vivo e em cores” com as plantas.

Alguns apontaram que seria bom ter também uma disciplina de fitoterapia que envolvesse mais atividades fora da sala de aula e junto à comunidade. Alguns apontaram igualmente que seria interessante convidar detentores de saberes tradicionais e populares sobre as plantas medicinais para as discussões⁹.

As aulas expositivas foram elogiadas por sua aplicabilidade à prática. Os materiais selecionados foram tidos como excelentes pela maioria da turma, mas uma pessoa apontou que alguns textos eram excessivamente longos.

Os educandos apreciaram a pedagogia adotada, enaltecendo a “possibilidade de falar”, as discussões e trocas de experiência em sala de aula, assim como a visão crítica que permeou todo o processo.

Diversas questões foram pontuadas em relação ao emprego da Autoetnografia. Primeiramente, sobre os textos e vídeos compartilhados na disciplina, os educandos apontaram que foi mais fácil captar os conhecimentos por meio das histórias, embebidos na realidade vivida. E, em segundo, foram colocados alguns pontos sobre as atividades de palavração. Alguns educandos, no início do semestre, estranharam a escrita livre e se sentiram inseguros, por não estarem acostumados com esse tipo de exercício. Porém, ganharam mais fluência ao longo da disciplina. Outros gostaram desde o início de ter essa liberdade para a escrita reflexiva ao invés dos usuais

⁹ A programação da disciplina contava com a participação de lideranças indígenas no 3º encontro, no qual foi feita a discussão sobre saúde integral, saberes tradicionais e populares. Porém, os convidados tiveram um imprevisto e não puderam participar.

trabalhos formais. Um estudante também apontou que no início achou ruim por ter uma atividade para entregar todas as semanas, mas que pegou o ritmo ao longo do processo. Uma estudante destacou que as palavras foram um importante registro pessoal de cada degrau do seu aprendizado na disciplina.

Um ponto colocado pela equipe educadora é que as palavras não tinham tanto desenvolvimento técnico e profundidade enquanto escrita autoetnográfica. Alguns educandos insistiam em reproduzir muitas informações técnicas dos textos em seus escritos, apesar do feedback dos educadores para não o fazer. Estudantes de farmácia e farmacêuticos não têm a escrita livre como uma prática ao longo de sua formação. Então, uma oficina de escrita autoetnográfica no início do processo poderia ser interessante para facilitar este desenvolvimento.

Os educandos elogiaram também o seminário e a atividade prática propostos, que eram muito voltados para prepará-los para demandas que teriam como farmacêuticos. O processo de avaliação foi considerado “perfeito” e “justo”.

Por fim, foi apontada pela turma a necessidade de que conteúdos sobre a fitoterapia, além de serem ofertados em disciplinas específicas, fossem também incluídos de modo integrado e transversal ao currículo, permeando as disciplinas relacionadas a plantas medicinais (como botânica e farmacognosia) e ao CF (como farmacoterapia e habilidades clínicas), permitindo consolidar habilidades e competências necessárias para orientação e prescrição no campo das plantas medicinais e fitoterápicos, conforme apontado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia (Brasil, 2017b).

4.1.6.4 Conclusão

A combinação da Investigação de Temas Geradores com a Autoetnografia mostrou-se extremamente adequada ao objetivo do estudo, criando uma formação comprometida com a práxis e evidenciando a diferença de construir um programa educativo COM uma comunidade ao invés de construí-lo PARA uma comunidade.

Em relação à pedagogia freiriana adotada na disciplina, destaca-se a importância de que as aulas e as atividades propostas estivessem conectadas às demandas cotidianas do farmacêutico, e que promovessem uma perspectiva crítica. As aulas práticas tiveram destaque como estratégia potente para aquisição de conhecimentos.

Todo o processo de investigação desenvolvido, e não só o momento de realização da disciplina, promoveu conscientização e instrumentalização de estudantes de farmácia e farmacêuticos. As dezenas de pessoas que se envolveram nessa pesquisa nas etapas prévias à oferta da disciplina tiveram de algum modo suas percepções alteradas sobre a temática da fitoterapia no CF, e muitas delas seguem como educadoras de suas redes profissionais e pessoais.

Esperança-se que o programa educativo aqui disponibilizado inspire a construção de outros, que sigam colaborando para o desenvolvimento da práxis farmacêutica. Não existe um programa educativo perfeito e ideal para todas as instituições e pessoas. Por isso, o caminho a seguir é o esforço contínuo para que se faça o melhor possível a cada momento com as condições que se tem.

Clama-se às instituições que ofertam graduação em farmácia que criem disciplinas de fitoterapia, de preferência obrigatórias, além de incluírem a temática de modo transversal nas disciplinas relacionadas a plantas medicinais ou voltadas ao CF. É necessário também que os educandos tenham acesso a espaços de aprendizagem como hortos ou jardins medicinais onde possam ganhar maior intimidade com as plantas vivas e suas características, e assim obter aprendizagem consistente e mais próxima da realidade cotidiana dos seus pacientes.

Uma vez que a questão da fitoterapia esteja adequadamente presente no ensino farmacêutico, virá a agregar mais conhecimentos nas esferas da prática profissional e da pesquisa.

4.1.6.5 Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de estudo; aos observadores que contribuíram com

o processo reflexivo desenvolvido ao longo da oferta da disciplina, Elisabeth Maria Lopez de Prado e Felipe Augusto dos Santos Oliveira Lima; às docentes colaboradoras Marcela Torisu Lemos e Jéssica Aline Silva Soares; e a Wellington Dias, anfitrião da turma na aula realizada no Jardim Mandala da Faculdade de Educação da UFMG.

4.1.6.6 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.1.7 Outros artigos

Os artigos apresentados nessa seção são resultado da colaboração em outros projetos de pesquisa realizados no CEAF que tangenciam os seus objetivos.

Os dois primeiros artigos tratam da experiência subjetiva com o uso de fitoterápicos, sendo um focado na experiência com a *Cannabis sativa* L., e o outro focado na experiência de pacientes que fazem tratamento para câncer (Lemos *et al.*, 2025, submetido; Oliveira *et al.*, 2023). A participação em tais projetos propiciou reflexão sobre aspectos socioculturais que influenciam a prática da fitoterapia e a abordagem de profissionais saúde sobre a temática, e os artigos elaborados são ferramentas para conscientização e educação de estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde.

O terceiro e último artigo apresentado tem mais relação com aspectos metodológicos. A colaboração neste estudo favoreceu um mergulho profundo na Autoetnografia no período inicial da elaboração da tese, qualificando seu emprego no processo desta pesquisa enquanto recurso potente para investigação e ensino críticos (Furtado *et al.*, 2022).

Em relação a estes artigos, serão aqui apresentados apenas os resumos em português e as palavras-chave.

4.1.7.1 A experiência subjetiva de pacientes com o uso medicinal da *Cannabis sativa* L.: uma revisão integrativa

Artigo publicado em 11 de dezembro de 2023 no periódico Revista Amazônia Science and Health, classificada como Qualis B1, em português (Oliveira et al., 2023). Print da primeira página disponível no Apêndice D.

RESUMO EM PORTUGUÊS

Cannabis sativa L., planta popularmente conhecida por canabis ou maconha, apresenta uma história relacionada a diversos impactos socioculturais, consequência de seus diversos usos possíveis, dentre eles, o uso medicinal. Ainda que seja uma “erva proibida” em muitos lugares do mundo, a espécie tem despertado interesse da comunidade científica e da indústria farmacêutica, além de gerar expectativas em muitas pessoas. Diante desse cenário, o objetivo desse estudo foi revelar a experiência dos pacientes com o uso medicinal da *Cannabis*, por meio de uma revisão integrativa de artigos qualitativos primários. Os três temas mais recorrentes, em ordem decrescente, foram “Benefícios do uso”, “Desafios enfrentados” e “Padrões de uso contemporâneos”. Os subtemas mais citados no primeiro tema mencionado foram “Eficácia percebida” e “Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos”. Já no segundo tema mencionado, o subtema mais expressivo foi “Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde”. Por fim, em relação ao terceiro tema mencionado, o subtema “Métodos variados de uso” foi o mais recorrente. Espera-se que os resultados obtidos nessa revisão sirvam de instrumento para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias para ensino, pesquisa e práticas com perspectivas ampliadas e informadas sobre o uso da *Cannabis Medicinal* no processo de cuidado.

Palavras-chave: experiência vivida; *Cannabis*; maconha medicinal; pesquisa qualitativa; revisão.

4.1.7.2 Fitoterapia e câncer: perspectivas dos pacientes sobre o uso de plantas medicinais durante o tratamento antineoplásico

Artigo submetido em 15 de setembro de 2024 ao periódico Revista Amazônia Science and Health, classificada como Qualis B1, em português (Lemos et al., 2025, submetido).

RESUMO EM PORTUGUÊS

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública, e a quimioterapia antineoplásica é o tratamento mais comum. No entanto, muitos pacientes buscam tratamentos alternativos, como a fitoterapia, frequentemente sem o conhecimento dos profissionais de saúde. Este estudo qualitativo visa compreender a experiência subjetiva de pacientes oncológicos que utilizam plantas medicinais durante o tratamento. Utilizando a Fenomenologia da Prática de Max Van Manen, foram realizadas entrevistas em profundidade com pacientes que vivenciaram essa realidade. Os relatos dos participantes revelam os motivos que os levaram a buscar a fitoterapia e refletem os desafios dessa prática. A compreensão dessas experiências pode ajudar os profissionais de saúde a explorar o uso de fitoterápicos como recurso terapêutico, oferecendo uma intervenção mais adequada e prevenindo complicações. Entender o significado atribuído por esses pacientes ao uso de plantas medicinais é essencial para garantir um cuidado holístico e otimizar a farmacoterapia.

Palavras-chave: quimioterapia; fitoterápico; plantas medicinais; experiência do paciente; fenomenologia.

4.1.7.3 Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensino-aprendizagem terapêutica e decolonial

Artigo publicado em 14 de março de 2022 no periódico Interface: comunicação, saúde, educação, classificado como Qualis A3, em português e inglês (Furtado et al., 2022). Print da primeira página disponível no Apêndice E.

RESUMO EM PORTUGUÊS

Esta Autoetnografia colaborativa teve como objetivo compreender a experiência de três estudantes em disciplina de Autoetnografia no programa de pós-graduação na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais durante o período inicial da pandemia de Covid-19. Para tal, os diários de campo e as produções autoetnográficas dos estudantes – textos, poemas, fotografias, arquivos em áudio e arquivos em vídeo com performances ou dança – foram analisados. Destacaram-se os diversos aspectos terapêuticos e decoloniais que a Autoetnografia oportuniza pelo exercício metacognitivo. A disciplina humanizou o ambiente acadêmico proporcionando interconexão das ciências convencionais com as artes e a cultura. Este trabalho aponta os benefícios da Autoetnografia para a formação de profissionais de saúde críticos e reflexivos, especialmente os farmacêuticos, por promover competências apropriadas ao cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: autoetnografia; covid-19; formação de profissionais de saúde; pedagogia decolonial.

4.2 Materiais didáticos elaborados

Devido às finalidades práticas desta pesquisa, que transbordam a produção de artigos, foram realizadas também produções de outras naturezas. Nesta seção, serão apresentados materiais didáticos elaborados ao longo da pesquisa que contribuem para o enfrentamento das situações-limite denunciadas nos artigos e que fazem parte do inédito-viável em construção como resposta às situações-limite denunciadas.

4.2.1 Revisão da documentação-modelo utilizada pelo CEAF no ensino, na pesquisa e na prática do GTM

4.2.1.2 Documentação da fitofarmacoterapia

Ao longo desta pesquisa, foi reiteradamente apontada pelos participantes a necessidade de revisão dos campos da documentação-modelo utilizada pelo CEAF para o ensino, a pesquisa e a prática do GTM, uma vez que o formato em vigência não favorecia o registro e a avaliação adequados sobre a fitoterapia.

Os dados sobre uso de fitoterápicos eram coletados de modo livre, frequentemente incompleto, em um campo denominado “uso de plantas, fitoterápicos, terapia alternativa”. “Terapia alternativa” é um termo amplo, que ultrapassa o escopo da prática do CF. Por outro lado, a otimização da fitofarmacoterapia é sim uma responsabilidade clara do profissional do CF, e por isso a coleta de informações a respeito disso precisava ser mais sistemática. Além de tratar-se de um campo muito aberto, o item “uso de plantas, fitoterápicos, terapia alternativa” era preenchido apenas no primeiro atendimento do paciente. Nem sempre eram anotadas informações que vinculassem o uso da fitoterapia a um quadro de saúde específico. Ademais, não haviam campos relacionados à avaliação de parâmetros de tempo de uso, efetividade, segurança ou conveniência. Assim sendo, o modo como esse registro era feito não colaborava para o desenvolvimento do raciocínio clínico em relação ao uso de fitoterápicos.

A partir desta percepção, foi desenvolvida em parceria com a Professora Yone de Almeida Nascimento e com a colaboração da comunidade docente e discente do CEAF uma revisão deste modelo de documentação. Nele, foram incluídos campos para coleta de informações sobre o uso de fitoterápicos em cada consulta. Afinal, assim como ocorre com os medicamentos de modo geral, o uso de fitoterápicos se altera ao longo do tempo, fazendo-se necessária a reavaliação por parte do farmacêutico a cada atendimento.

Foi incluída na documentação do plano de cuidado, na primeira parte da avaliação a ser feita em cada consulta, um lembrete para o registro do uso de fitoterápicos de uso eventual, junto ao registro do uso de medicamentos convencionais de uso eventual.

O modelo adotado para documentação do plano de cuidado já previa o registro das informações relativas a cada condição de saúde separadamente. Assim, em cada condição de saúde foi inserido também um lembrete para que fossem registrados detalhes relativos ao uso de fitoterápicos, quando fosse o caso.

Além disso, foi incluído no novo modelo de documentação um lembrete para inclusão dos fitoterápicos no quadro de registro da farmacoterapia em uso pelo paciente, juntamente aos medicamentos convencionais, havendo campo para registro subsequente dos parâmetros de tempo de uso, efetividade, segurança e conveniência, o que facilita a aplicação do raciocínio clínico.

Este novo modelo já está sendo empregado nas atividades de ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa do CEAf. As diferentes versões podem ser comparadas a seguir. O Quadro 10 e o Quadro 11 apresentam as modificações feitas na seção de dados demográficos e informações gerais, que são preenchidas no primeiro atendimento dos pacientes. Já o Quadro 12 e o Quadro 13 apresentam as modificações na seção do plano de cuidado do paciente, que é preenchido a cada atendimento realizado. É válido considerar que ao longo do processo de revisão do modelo de documentação foram realizadas outras modificações, mas que não serão aqui abordadas por não serem tema desta pesquisa.

Quadro 10 – Modelo de documentação do CF anteriormente adotada pelo CEAF –
Dados sociodemográficos e informações gerais

Data		Início		Término		Duração	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
UBS							
USUÁRIO					Prontuário		
Nascimento			Idade			Escolaridade (anos estudo)	
Gênero				Telefones			
Endereço				Estrutura familiar			
Estado civil			Ocupação/profissão				
Serviços/profissionais saúde							
Aquisição medicamentos							
MOTIVO DO ENCONTRO							
HÁBITOS DE VIDA E DADOS ANTROPOMÉTRICOS							
Atividade física			Tipo? Duração? Frequência? Incômodo?				
Cigarro			Bebidas alcoólicas		Dados antropométricos		
Qde usada?			Qde usada?		Peso		
Anos/uso			Tempo uso		Altura		
Anos/maço			Parou quando?		IMC		
Parou quando?			Bebida				
Tentou parar?			Tentou parar?				
ROTINAS (Horário e observações importantes)							
Acorda		Lanche					
Café manhã		Jantar					
Lanche		Dorme					
Almoço							
USO DE PLANTAS, FITOTERÁPICOS (indicação, nome, quantidade, número de vezes/dia, parte usada); TERAPIA ALTERNATIVA							
ALERTAS (RAM importantes, outras informações pertinentes; estrutura familiar, limitações, cuidador, nesse caso anotar o nome e contato)							
EXPERIÊNCIA SUBJETIVA COM O USO DO MEDICAMENTO (Expectativa, compreensão, preocupações e comportamento)							

Fonte: Arquivo institucional do CEAF.

Quadro 11 – Modelo de documentação do CF atualmente adotado pelo CEAF –
Dados sociodemográficos e informações gerais

Data		Início		Término		Duração	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
UBS							
USUÁRIO					Prontuário		
Nascimento:			Idade			Escolaridade (anos estudo)	
Estado Civil				Ocupação/Profissão			
Sexo		Gênero		Telefones			
Endereço							
Serviços/profissionais saúde							
Acesso ao serviço							
MOTIVO DO ENCONTRO							
HÁBITOS DE VIDA E DADOS ANTROPOMÉTRICOS							
Atividade física			Tipo. Duração. Frequência. Incômodo.				
Cigarro			Bebidas alcoólicas			Quantidade	
			Tipo de bebida				
ROTINAS (Horário e observações importantes)							
Acorda		Lanche					
Café manhã		Jantar					
Lanche		Dorme					
Almoço		Ingestão hídrica / caféina / chá alimentício					
ALERTAS (RAM importantes, limitações físicas e/ou cognitivas)							
HISTÓRIA SOCIAL (estrutura familiar, necessidade de cuidador, nesse caso anotar o nome e contato)							

Fonte: Arquivo institucional do CEAF.

Quadro 12 – Modelo de documentação do CF anteriormente adotada pelo CEAF –
Plano de cuidado

AVALIAÇÃO INICIAL (HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL E PREGRESSA E PLANO DE CUIDADO)					
Quadro geral					
Problema de saúde*					
Farmacoterapia atual					
Medicamento e dose**	Esquema posológico	Tempo uso	Efetividade	Segurança	Observações importantes
	Q ^{de} / Horário / Alimentação	Início/Atualiz	Obj/ Como sente	Obj/ Queixas	Adesão (dificuldades: esquecer, ler, tomar, conseguir, etc)
Objetivo terapêutico					
PRM identificados					
Condutas					
Situação Clínica e Farmacoterapêutica			Data para reavaliação de resultados		
Outras condutas					

*O quadro é replicado a partir do item “problema de saúde” conforme o número de condições de saúde apresentados por cada paciente. /**Devem ser acrescentadas quantas linhas forem necessárias para o preenchimento dos medicamentos utilizados.

Fonte: Arquivo institucional do CEAF.

Quadro 13 – Modelo de documentação do CF atualmente adotado pelo CEAF –
Plano de cuidado

AVALIAÇÃO (HISTÓRIA CLÍNICA E MEDICAMENTOSA ATUAL E PREGRESSA) E PLANO DE CUIDADO							
Informações gerais	<u>Avaliação da atitude global do paciente:</u>						
	<u>Medicamentos de uso eventual (inclusive fitoterápicos, se não for usado para alguma das condições de saúde em análise):</u>						
	<u>Práticas integrativas e complementares:</u>						
	<u>Imunização:</u>						
	<u>Exames clínicos ou laboratoriais relevantes, mas que não fazem parte da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos em uso:</u>						
	<u>História clínica pregressa relevante:</u>						
<u>Revisão dos Sistemas:</u>							
Dados antropométricos	Peso (Kg)		Altura (m)		Índice de Massa Corporal		Circunferência Abdominal (cm)
Experiência subjetiva com o uso de medicamentos							
Condição de saúde*	<u>História:</u> <u>Descrição de algum detalhe relativo ao uso de fitoterápico se presente (lançar o medicamento na lista de medicamentos em uso):</u>						
Farmacoterapia atual							
Medicamento**	Esquema posológico		Tempo uso	Efetividade	Segurança	Adesão	
Objetivo terapêutico							
PRM identificado		Causa		Medicamento		Resolvido?	
Condutas						Intervenção aceita?	
Outras condutas							
Situação Clínica e Farmacoterapêutica					Data reavaliação		

*O quadro é replicado a partir do item “condição de saúde” conforme o número de condições de saúde apresentadas por cada paciente. / **Devem ser acrescentadas quantas linhas forem necessárias para o preenchimento dos medicamentos utilizados.

Fonte: Arquivo institucional do CEAF.

4.2.1.2 Padronização do registro sobre o uso de fitoterápicos

Foi apontado pelos participantes da pesquisa que contar com uma lista padronizada de fitoterápicos facilitaria bastante o registro e até mesmo a realização de pesquisas sobre o uso de fitoterápicos. A padronização no registro farmacoterapêutico é muito útil devido às particularidades envolvidas no registro do uso deste tipo de produto, que requer cuidados específicos que serão mais profundamente discutidos no item *4.2.2.5.1 Registro do uso de fitoterápicos e nomenclatura botânica*, texto que faz parte de um capítulo de livro escrito para facilitar a otimização da fitofarmacoterapia no CF.

No intuito de padronizar o modo de registro do uso de fitoterápicos pelo CEAf, foi incluído um componente com este direcionamento em projeto de extensão coordenado por Yone de Almeida Nascimento, e co-coordenado por Ana Cimberis Alkmim. Esse projeto visa implementar algumas das ações de extensão previstas em outro projeto maior que foi contemplado na chamada interna da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa da UFMG (Fundep) 01/2022, programa de incentivo a projetos articuladores do ensino, da extensão e da pesquisa, coordenados por docentes recém-contratados pela UFMG.

Tal projeto, intitulado “Desenvolvimento de um sistema de documentação eletrônico para subsidiar o ensino do cuidado provido por farmacêutico em serviços de GTM”, visa desenvolver um instrumento eletrônico para documentação da prática clínica do farmacêutico na oferta de serviços de GTM e que contribua para que estudantes de graduação e pós-graduação desenvolvam as habilidades necessárias para fazer o registro adequado da sua prática clínica. Este projeto prevê a readequação do processo de documentação da prática clínica desenvolvido pelo CEAf atualmente em planilhas de Excel para um modelo eletrônico. Além disso, nesse projeto será desenvolvida a padronização da coleta de informações acerca do uso de fitoterápicos.

Está sendo elaborada uma tabela de sistematização para padronização do registro sobre farmacoterapia, utilizando como fonte de dados a planilha elaborada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), da Anvisa, acessada em 04/2024. Essa planilha contém 29.853 linhas organizadas por especialidade farmacêutica, usadas em todos os níveis de atenção à saúde. A tabela da CMED já cita os medicamentos fitoterápicos industrializados registrados no Brasil. Porém, não

inclui a variedade de fitoterápicos caseiros ou manipulados que também são frequentemente utilizados pela população brasileira.

Por isso, foram procuradas referências consagradas do campo da fitoterapia, priorizando documentos oficiais do governo brasileiro (Brasil, 2014c, 2016b, 2021, 2014, 2024b; Farmacopeia, 2019), da União Europeia (European Medicines Agency, 2024) e da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1999). Em seguida, serão incluídas também algumas fontes regionais e locais conceituadas, como listagens de Farmácias Vivas, listagens de produtos vendidos em farmácias de manipulação de referência no campo da fitoterapia e artigos de levantamentos de utilização de fitoterápicos (iniciando pela região metropolitana de Belo Horizonte e expandindo progressivamente para a região sudeste, e assim por diante).

4.2.2 Capítulo de livro: fitoterapia no Cuidado Farmacêutico

Foi escrito, em colaboração com a professora Yone de Almeida Nascimento um capítulo de livro intitulado “Fitoterapia no CF”, que integrará um livro didático organizado por Djenane Ramalho de Oliveira e que visa introduzir a temática do CF. A ideia é que tal obra seja uma versão atualizada e mais completa de Ramalho-de-Oliveira (2011).

4.2.2.1 O que é a fitoterapia?

“Fito” é um sufixo ou prefixo grego que indica uma relação com os vegetais. De modo geral, fitoterapia se refere ao tratamento pelas plantas (Fito, 1997; Fitoterapia, 1997). O Ministério da Saúde brasileiro define em seu Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2009) que a fitoterapia é um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado.

As plantas medicinais são as espécies vegetais, cultivadas ou não¹⁰, utilizadas com propósitos terapêuticos. Já os fitoterápicos são os produtos obtidos de plantas medicinais, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (Brasil, 2009). A ação farmacológica de fitoterápicos em muito se assemelha à ação de medicamentos convencionais.

Entretanto, as plantas medicinais possuem uma característica química que é muito relevante para compreender seus efeitos no organismo: a presença do fitocomplexo. Esse é o conjunto de todas as substâncias, originadas do metabolismo primário ou secundário da planta medicinal, responsáveis, em conjunto, pelos efeitos biológicos de uma planta medicinal ou de seus derivados (Brasil, 2014b). Assim, quando se usa fitoterápicos, não se trata do emprego de apenas uma, mas sim de diversas substâncias, que atuam de modo sinérgico no organismo. Algumas substâncias potencializam o efeito de outras, modulam sua absorção, ou até mesmo atenuam a

¹⁰ Algumas plantas medicinais são objeto de cultivo, enquanto outras são coletadas onde crescem naturalmente, sem envolver ação humana de plantio.

ocorrência de seus efeitos adversos. Assim, o extrato completo da planta usualmente tem melhor efeito medicinal do que o efeito de apenas um princípio ativo isolado. Por exemplo, o extrato integral das folhas de *Passiflora* sp. (maracujá) é mais eficaz como ansiolítico do que seus alcaloides ou flavonoides empregados separadamente.

Trabalhando simultaneamente em diversos alvos moleculares, a presença do fitocomplexo também explica a menor incidência de efeitos adversos em tratamentos com plantas. Afinal, pode-se evitar a ingestão de cada princípio ativo em doses elevadas, sendo mais difícil que uma única substância, em pequena quantidade no fitoterápico, atinja concentração suficiente para provocar seus efeitos adversos específicos no organismo.

Este fato também explica a questão do amplo espectro de ação que ocorre em alguns fitoterápicos. Como o fitocomplexo contém diversos constituintes, dentre eles encontram-se diversas substâncias diferentes, sendo cada grupo de constituintes responsáveis por alguns dos efeitos.

4.2.2.2 Fitoterapia no Brasil

Os baixos índices de efeitos colaterais, a ampliação das possibilidades terapêuticas, a possibilidade de menor custo de produção ou aquisição em relação aos medicamentos convencionais e o reconhecimento da medicina ocidental fazem com que a inclusão da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde seja recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2002a, 2002b, 2004, 2011, 2013, 2019).

A OMS começou a recomendar a prática da fitoterapia de modo sistemático a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em Genebra, no ano de 1978 (World Health Organization, 1978). A partir desta publicação, foi criado o Programa de Medicina Tradicional da OMS, que formulava políticas para o uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar; e incentivava o desenvolvimento de estudos científicos a respeito. O crescimento da fitoterapia é uma realidade mundial, contando com interesse crescente das

populações. Desde o final do século XX, o avanço nesse campo é notável. Aqui, será destacado o contexto do Brasil.

O Ministério da Saúde brasileiro, a partir do estímulo global, deu diversos passos para o desenvolvimento da área de plantas medicinais e fitoterápicos (Brasil, 2012a). Um dos primeiros marcos legais brasileiros referentes a este setor foi em 1988, quando foi publicada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação a Resolução Ciplan 08/1988, que regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e criou procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas (Brasil, 1988).

Em 2004, foi publicada pela Resolução 338/04 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que contemplou a definição de ações intersetoriais visando à utilização das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde (Brasil, 2004).

A implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS é estimulada institucionalmente desde 2006 a partir de publicação de política nacional específica (Brasil, 2006a). Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde é enfatizado o imenso potencial brasileiro para melhor utilização dos fitoterápicos. Dentre as práticas elencadas neste documento – que incluem também homeopatia, acupuntura, homeopatia e termalismo social/crenoterapia – pode-se ressaltar que a fitoterapia encontra um cenário privilegiado de aceitação pelos profissionais de saúde de formação convencional. Contrariamente ao dizer popular, fitoterapia é uma prática alopática, e não homeopática. Isto favorece sua inserção na mesma racionalidade terapêutica para a qual os profissionais já estão capacitados, sendo possível apenas a substituição do insumo terapêutico ao final de uma consulta (Cimbliris; Sacramento, 2014).

Em seguida, foi publicada por meio do Decreto 5.813/06 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, um importante divisor de águas no setor, com o objetivo de “garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2006b). Pode-

se observar que, passados 15 anos dessa publicação, seu objetivo ainda parece estar distante de ser plenamente conquistado. Para operacionalizar esta política, em 2008 foi publicado por meio da Portaria Interministerial 2.960 o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (Brasil, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem há anos regulamentando a prática da fitoterapia em seus diversos aspectos, destacando-se na legislação vigente a RDC 26/2014 (Brasil, 2014b), que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, e a Instrução Normativa 02/2014 (Brasil, 2014c), que publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. Essa agência publicou também diversos compêndios voltados especificamente para a prática da fitoterapia no território nacional, nomeadamente o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2011, 2018a, 2021) e o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2016b).

Neste cenário, é importante compreender como as normativas publicadas pelos conselhos profissionais de diversas categorias na área da saúde têm interferido sobre a prática profissional na área da fitoterapia. Médicos e médicos veterinários, prescritores por excelência, atuam com solidez como prescritores de fitoterápicos desde que estas profissões existem. Outras profissões tiveram sua atuação bastante modificada ao longo do tempo. Desde 2008, com o aumento global do interesse na fitoterapia e os incrementos nas políticas públicas e regulamentações nacionais, os conselhos profissionais da área da saúde têm publicado novas resoluções a respeito da prescrição de fitoterápicos. É o caso dos conselhos federais de farmácia (Conselho Federal de Farmácia, 2008, 2011, 2013), nutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2007, 2013, 2021), fisioterapia (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2000, 2010), odontologia (Conselho Federal de Odontologia, 2008a, 2008b, 2012) e biomedicina (Conselho Federal de Biomedicina, 2020a, 2020b). Os enfermeiros, em algumas condições específicas, também podem atuar como prescritores de fitoterápicos (Brasil, 1986, 2006c; Conselho Federal de Enfermagem, 1997). Vale ainda lembrar que psicólogos e terapeutas ocupacionais podem prescrever fitoterápicos quando registrados como acupunturistas, prática terapêutica

que tem a fitoterapia dentre os recursos que utiliza (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2001; Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura, 2007).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aprovada pela portaria nº 397/2002, uniformiza a nomeação e reconhecimento dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro (Brasil, 2002). Um dos títulos disponíveis é o de “técnicos e profissionais em PIC”, categoria que inclui acupunturistas, técnicos em quiropraxia, massoterapeutas e terapeutas holísticos, dentre outros, e eles também podem recomendar a seus pacientes o uso de fitoterápicos (Brasil, 2024a).

Destaca-se que a atuação profissional em fitoterapia não se restringe à prescrição. Os diversos profissionais de saúde de nível médio e técnico (como agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e técnicos de farmácia) podem atuar de diversas outras formas, destacando-se aqui as ações de educação em saúde, com práticas ocupacionais de cultivo e outras (Brasil, 2012a; Cimblaris, 2019; Ferezin; Aliberti; Castilho, 2013).

Apesar do reconhecimento e incentivo dos órgãos oficiais e conselhos profissionais, a população de modo geral, e até mesmo os profissionais de saúde, continuam não tendo uma compreensão plena do papel deste recurso terapêutico, fazendo uso da fitoterapia quando não deveriam fazer, e igualmente deixando de fazer o uso da fitoterapia quando deveriam fazer. A opção muitas vezes não passa pelos critérios estabelecidos para o uso adequado de medicamentos e a consideração cuidadosa da indicação, efetividade, segurança e conveniência para o seu emprego.

A população de modo geral carrega a crença errônea de que os produtos naturais não podem fazer mal, desconhecendo o fato de que as plantas possuem contra-indicações, podem levar a interações medicamentosas ou a efeitos indesejados. Por isso, na ocasião de um efeito indesejado, as pessoas dificilmente estabelecem correlação entre o aparecimento do mesmo e o uso de plantas medicinais. Além disso, as promessas de curas milagrosas por meio do uso das plantas medicinais são corriqueiras nos mais diversos veículos de comunicação. O apelo comercial e os modismos também acabam agravando essa problemática. Assim, é muito importante para a saúde pública que a equipe de saúde interfira positivamente na prática que já

é adotada pela população, independentemente da sua atuação direta na prescrição (Cimbliris, 2016).

Diversos estudos apontam para a necessidade de aprimoramento na formação e na prática da fitoterapia por profissionais de saúde, que não se sentem aptos para analisar o uso ou prescrever fitoterápicos (Barreto, 2015; Bruning; Mosegui; Vianna, 2012; Caboclo *et al.*, 2022; Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b; Fontenele *et al.*, 2013; Gadelha *et al.*, 2015; Gontijo; Nunes, 2017; Maia *et al.*, 2016; Nascimento Júnior *et al.*, 2016; Pedroso; Andrade; Pires, 2021; Varela; Azevedo, 2013; Vidal *et al.*, 2019). Os conteúdos relativos à fitoterapia não estão adequadamente inseridos nos currículos dos diversos profissionais de saúde (Barreto, 2015; Barreto; Vieira, 2015). Esta falta de formação adequada dos profissionais de saúde é ainda um resultado histórico da propaganda feita pela indústria farmacêutica desde a década de 1950, que afirmava que as práticas caseiras de saúde eram atrasadas e duvidosas. Até hoje, muitos profissionais de saúde – e também não-profissionais – carregam a crença de que o uso das plantas medicinais é uma prática “menos científica” do que o uso dos medicamentos convencionais. Em contrapartida a este fato, é digna de nota a observação de que 75% dos medicamentos aprovados para comercialização entre 1981 e 2010 possuem sua origem em produtos naturais (Newman; Cragg, 2020).

A necessidade do cuidado profissional em fitoterapia é potencializada pelo fato de que essa terapêutica é uma prática de domínio popular, culturalmente empregada através da automedicação. Naturalmente, a prevalência do uso dos fitoterápicos pode variar bastante entre diferentes países, estados, cidades ou até mesmo bairros. No contexto nacional brasileiro, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais (Brasil, 2012), com ou sem orientação profissional.

Centenas de plantas que são usadas medicinalmente já passaram por validação nas ferramentas da medicina baseada em evidência, comprovando seus benefícios e sua segurança. Outras tantas ainda estão passando por tais mecanismos de validação e contam principalmente com a base empírica, da tradição de seu uso, que reforça a possibilidade de que sejam eficazes e seguras. O Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (Brasil, 2009) preconiza a importância de “salvaguardar, preservar e apoiar os conhecimentos, práticas, saberes e fazeres tradicionais e

populares em plantas medicinais, remédios caseiros e demais produtos para a saúde que se estruturam em princípios ancestrais e imateriais”. Este programa reforça que “a validação e garantias de segurança, eficácia e qualidade destes produtos são referendadas pela tradição”. Destaca-se que seria muito difícil que um recurso terapêutico fosse repassado por centenas ou milhares de anos para as gerações seguintes se não tivesse bom custo-benefício (Cimbliris-Alkmim; Mendonça; Ramalho-de-Oliveira, 2023b).

No Brasil, a tradicionalidade de uso é legalmente aceita para comprovação de segurança e efetividade de fitoterápicos pela Anvisa desde 2004. Ou seja, além do modo convencional de validação de fitoterápicos por meio de ensaios clínicos e toxicológicos, pode-se também realizar o registro embasado em levantamentos etnofarmacológicos (Soares *et al.*, 2020), fato que reforça a confiabilidade dos conhecimentos cunhados na tradição.

De fato, estudos de espécies medicinais baseados na etnofarmacologia constituem um valioso atalho para a pesquisa e desenvolvimento de fármacos, uma vez que o uso tradicional das plantas pode ser encarado como uma pré-triagem quanto à sua utilidade terapêutica em humanos. Fármacos desenvolvidos de outro modo a partir de produtos naturais muitas vezes se deparam com problemas de biodisponibilidade ou toxicidade inesperada, levando a consideráveis gastos financeiros (Elisabetsky; Souza, 2004).

Por outro lado, cabe salientar que embora a tradicionalidade de uso seja extremamente relevante, é necessário considerar que existem mudanças na saúde da população que dificultam a transposição imediata do uso ancestral ao uso atual de fitoterápicos. A utilização de medicamentos modernos ganhou profusa presença na sociedade, influenciando no organismo das pessoas e trazendo a possibilidade de interações medicamentosas. Estes fatores acarretam possibilidades de alteração na efetividade e segurança dos fitoterápicos.

Ademais, o uso dos medicamentos convencionais é crescente no contexto do envelhecimento populacional, que eleva a prevalência de doenças crônicas e altera o perfil de aplicabilidade dos fitoterápicos, que muitas vezes é desconhecido nesse novo cenário. Também é preciso considerar o surgimento de novas doenças infecciosas.

Muitas vezes, um fitoterápico tradicionalmente utilizado como antimicrobiano não será efetivo contra novos microrganismos.

Ainda, para algumas indicações, existem atualmente opções de medicamentos convencionais que são mais efetivos, seguros ou convenientes, deixando obsoletas opções que eram as melhores em tempos antigos.

Apesar das mudanças circunstanciais, o potencial da fitoterapia continua sendo inegável. O Brasil é detentor da maior diversidade biológica do mundo, incluindo inúmeras plantas medicinais, tendo potencial para estabelecimento de “um modelo de desenvolvimento próprio e autônomo na área de plantas medicinais” (Brasil, 2016b, p. 101). Estamos no lugar de maior potencial para a prática da fitoterapia no planeta. No entanto, atualmente, apenas uma pequena porcentagem destas espécies tem suas possibilidades de aplicação farmacológica conhecidas.

Cimbliris-Alkmim, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira (2023), partindo de uma análise crítica, apontam que aspectos socioculturais, históricos e políticos influenciam grandemente a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo. Essas autoras, utilizando a teoria da ação antidualógica de Paulo Freire, desvelam razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde apesar do seu imenso potencial para o país, apontando tratar-se de uma herança colonial, que deve ser superada por meio do estabelecimento de uma práxis crítica no campo da saúde.

Espera-se que a conjuntura apresentada nessa sessão tenha provocado o leitor a perceber que essa é uma realidade que precisa ser visibilizada e transformada de modo positivo. Em se tratando da transformação dessa realidade, entende-se que o Cuidado Farmacêutico (CF) é um dentre diversos outros caminhos possíveis e necessários a serem percorridos.

4.2.2.3 O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico-metodológico para avaliação da fitofarmacoterapia

Tendo em vista as características do CF anteriormente apresentadas nesse livro, é fácil perceber que esta prática propicia um espaço de grande potência para promoção da qualidade do uso de fitoterápicos, que permite ir muito além do que é desenvolvido

por profissionais de saúde em atividades clínicas pontuais – como dispensação e conciliação medicamentosa – ou atividades de educação em saúde, que costumam ser as mais frequentemente disponíveis em relação ao uso de fitoterápicos. Porém, ainda não se encontra na literatura estudos que cruzem as temáticas fitoterapia e CF na perspectiva da prática profissional sistematizada que se aborda no presente livro, conforme constatado em revisão realizada por Soares *et al.* (2020).

Conforme citado no capítulo X [a completar após finalização da obra], o CF é uma prática profissional que visa atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos. Para atender a essa necessidade, é imprescindível que todos os produtos usados com finalidade de prevenção ou tratamento em saúde sejam considerados. Portanto, os profissionais devem documentar e avaliar quaisquer medicamentos que o paciente esteja tomando, independentemente da origem do produto (prescrição, venda livre, suplementos, amostras profissionais ou fitoterápicos). Cabe salientar que o uso de produtos não sujeitos à prescrição e a prática extensiva de automedicação pelos pacientes é cada vez maior, e esse fato precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Como apontado anteriormente, no Brasil aproximadamente 82% da população relata o uso de fitoterápicos (Brasil, 2012a), muitas vezes sem acompanhamento de um profissional de saúde.

No campo da saúde de modo geral, incluindo o campo da farmácia, os fitoterápicos muitas vezes são negligenciados, e o cuidado sobre esse tema frequentemente não integra o corpo de responsabilidades assumido pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana (Harnett; Lam Ung, 2023; Varela; Azevedo, 2013). Apesar de que as principais obras utilizadas como referência no campo do CF internacionalmente (Cipolle; Strand; Morley, 2012) ou no Brasil (Ramalho-de-Oliveira, 2011) apontam a necessidade de considerar os fitoterápicos, nem sempre isso é realizado na prática, espelhando essa realidade.

Cipolle, Strand e Morley (2012) apresentam um estudo com um grupo de 22.694 pacientes que eram atendidos em serviços de CF. O grupo estava tomando 78.782 medicamentos sem prescrição médica (média = 3,5 medicamentos de venda livre por paciente). Além disso, foi documentado o uso de 1.977 suplementos por 502 pacientes diferentes. No grupo de pacientes que usavam suplementos regularmente, isso

representou uma média de 4 suplementos por paciente. O estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos, onde os fitoterápicos são também considerados suplementos. Dentre os 10 suplementos mais usados referidos nesse estudo, a metade eram fitoterápicos: gengibre (*Zingiber officinale*), linhaça (*Linum usitatissimum*), equinácea (*Echinacea* sp.), pimenta-caiena (*Capsicum annuum*) e canela (*Cinnamomum* sp.). Esse estudo demonstra a significativa expressividade do uso de fitoterápicos pela população pesquisada (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Porém, não é possível inferir que plantas medicinais utilizadas na forma de preparados caseiros, como por exemplo chás, também tenham sido consideradas e registradas neste estudo.

Não foram encontrados estudos análogos realizados na prática do CF no Brasil que incluam a questão do uso de fitoterápicos, visto que não é usual que o uso destes seja sistematicamente registrado pelos profissionais. Considerando o contexto sociocultural e ambiental nacional, é muito provável que estes números sejam ainda mais elevados.

A consideração da fitofarmacoterapia na prática do CF pode permitir que o Farmacêutico passe a reconhecer diversos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) que de outro modo seriam ignorados, contribuindo ainda mais para a redução de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, trazendo impactos positivos para a saúde individual e coletiva. No CF, o profissional farmacêutico tem viabilizado para si um novo papel perante pacientes e perante a equipe de saúde, se propondo a colaborar de modo sistemático no uso adequado dos medicamentos aplicando seu vasto conhecimento técnico. Este compromisso estendido aos fitoterápicos tem o potencial de ampliar tanto o resultado clínico obtido pelos pacientes atendidos, como seu reconhecimento profissional.

Nota-se ainda que o modelo de remuneração para serviços de CF descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012) leva em consideração o número de medicamentos em uso pelo paciente (sejam eles prescritos, não prescritos ou produtos naturais), as condições médicas e PRM resolvidos. A partir dessa lógica, o farmacêutico pode e deve ser retribuído por realizar também a avaliação e manejo do uso dos fitoterápicos.

A fitoterapia aproxima os profissionais de saúde de seus pacientes (Brasil, 2012a). Sendo o interesse da população nas plantas medicinais crescente (Chen *et al.*, 2016;

Cipolle; Strand; Morley, 2012), a atuação em fitoterapia é mais uma estratégia importante para ampliar o envolvimento do farmacêutico com seus pacientes e, de modo coletivo, é uma forma efetiva para ampliar vínculos nas comunidades onde o profissional atua.

Na relação com outros profissionais de saúde, o trabalho do farmacêutico com a fitoterapia tende a fortalecer a sua rede de relações e sua importância na equipe interprofissional. Orientar a fitoterapia que o paciente já usa como automedicação é um desafio percebido por outros profissionais de saúde.

O farmacêutico é no presente momento histórico o profissional mais instrumentalizado para responder à demanda social pelo uso otimizado de fitoterápicos. O seu currículo agrega disciplinas obrigatórias de botânica e farmacognosia, que lhe provêm conhecimentos básicos para avaliar minimamente aspectos da cadeia produtiva de plantas medicinais e da utilização de produtos fitoterápicos. Apesar de que a formação dos farmacêuticos ainda é insuficiente no campo da fitoterapia, os demais profissionais de saúde estão ainda mais despreparados para atender a esta demanda, por não possuírem em seus currículos nenhuma disciplina obrigatória sobre plantas medicinais (Barreto, 2015).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia, instituídas pela Resolução nº 06 de 2017 do Ministério da Educação, direcionam para o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em saúde, visando a formação de farmacêuticos que promovam cuidado direto ao paciente e comunidades, de forma multidisciplinar e em prol da saúde pública. Dentre tais habilidades e competências, uma delas é a capacidade de identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade no que tange à orientação, prescrição e monitoramento em plantas medicinais fitoterápicos, assim como o planejamento, execução e acompanhamento de ações para atender às demandas percebidas (Brasil, 2017b).

Assim, assumir este lugar de responsabilização pela fitofarmacoterapia é natural no processo de consolidação do novo profissional farmacêutico, sendo essa uma atribuição ainda mais indiscutível no contexto brasileiro, de amplo uso da fitoterapia. O processo de cuidado padronizado do CF assegura uma revisão completa e precisa

das necessidades farmacoterapêuticas de pacientes e estabelece o compromisso profissional do farmacêutico na sociedade (Sorensen *et al.*, 2020), sendo um arcabouço que precisa necessariamente ser estendido aos fitoterápicos.

4.2.2.4 A experiência subjetiva com o uso de fitoterápicos

Sendo uma abordagem focada no paciente e não no produto farmacêutico a ser utilizado, o CF destaca a importância de se considerar a experiência subjetiva do paciente ao utilizar medicamentos, definida como

uma experiência de ambivalência e vulnerabilidade, na qual o paciente está ativamente envolvido em um processo ou negociação, que é pragmático em relação às formas como ele vive e experiencia a vida, contextualizada e matizada dentro da construção social de sua realidade individual (Hillman *et al.*, 2021, p. 10, tradução livre).

Tal experiência deve guiar o farmacêutico no diagnóstico de PRM e em sua resolução. Afinal, quanto maior a individualização das intervenções terapêuticas, maior será sua chance de obter sucesso (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Assim, ao invés de desenvolver uma prática paternalista, o farmacêutico que adota a filosofia do CF percebe o paciente como um indivíduo com conhecimentos, experiências e princípios. Neste sentido, reconhece-se que o paciente precisa estar sempre envolvido nas decisões relacionadas ao seu processo de saúde. Afinal, ele fará as decisões finais sobre como usar ou não usar os medicamentos em sua rotina. Basicamente, não adianta que o profissional determine sozinho as melhores intervenções terapêuticas se o paciente não estiver de acordo. Portanto, é necessário sempre considerar as opções terapêuticas e as preferências do paciente.

A experiência subjetiva do paciente com o uso de medicamentos representa a soma total do impacto das vivências que formaram as suas impressões, crenças, expectativas, preocupações, compreensão e preferências sobre o uso de medicamentos de uma forma geral, mas também para o tratamento de problemas de saúde específicos. O paciente usualmente traz uma experiência subjetiva diferenciada em relação aos produtos naturais, já inseridos em sua cultura cotidiana, e isso precisa ser levado em conta.

Cipolle, Strand e Morley (2012) relatam que indivíduos que usam fitoterápicos usualmente têm uma percepção menos positiva da segurança de outras terapias prescritas, e uma atitude mais favorável em relação ao impacto dos produtos naturais na sua saúde. Estes autores destacam que “a palavra ‘natural’ é frequentemente usada para denotar ‘seguro’ – uma interpretação muito enganosa e possivelmente perigosa” (Cipolle; Strand; Morley, 2012, p. 6-7). Crenças e percepções influenciam as atitudes do paciente, gerando impacto direto sobre como ele usa – ou não usa – os medicamentos.

Um estudo consagrado desenvolvido por um instituto que desenvolve pesquisas demográficas na Alemanha pesquisou 2.172 pessoas entre 16 e 90 anos de idade sobre esta temática. Trinta e cinco por cento dos respondentes consideravam a prescrição de fitoterápicos “muito importante”, 41% a consideravam “importante” e 13% a consideravam “não muito importante”. Quando perguntados se os fitoterápicos eram efetivos, 4% disseram que não, 38% não tinham opinião, e 54% afirmaram que os fitoterápicos funcionavam. A maior parte dos respondentes, contudo, achavam que fitoterápicos funcionavam de modo diferente dos medicamentos convencionais. Em relação à segurança, 82% dos pesquisados classificaram o risco em tratamentos com fitoterápicos como “baixo”, enquanto 84% classificaram tal risco com medicamentos convencionais como “alto a moderado”. Esta opinião foi semelhante entre usuários e oponentes do uso de fitoterápicos (Schulz *et al.*, 2004).

A demanda de muitos pacientes pela fitoterapia, especialmente os idosos, está enraizada na percepção subjetiva de que os produtos naturais são mais “gentis” (*gentler*) e seguros do que medicamentos convencionais. Sabendo que a confiança em um medicamento é a melhor fundação para o sucesso de seu uso, é muito importante levar esta experiência em consideração (Schulz *et al.*, 2004).

4.2.2.5 O processo de cuidado e a fitoterapia

Partindo da experiência subjetiva com o uso dos fitoterápicos descrita no item anterior, é comum que a visão das pessoas sobre a fitoterapia seja polarizada. Muitos são exageradamente “contra” ou exageradamente “a favor” dessa prática, inclusive dentre os profissionais de saúde. Estas visões extremadas acabam por impedir uma visão

racional e informada. No entanto, o uso da fitoterapia dentro dos parâmetros da medicina baseada em evidência abre o leque de opções disponíveis para o tratamento de diversas enfermidades, promovendo resultados concretos em saúde, assim como o uso de medicamentos convencionais.

Fintelmann e Weiss (2010) dividem os fitoterápicos em quatro categorias terapêuticas. Na primeira categoria, eles são a opção terapêutica de primeira escolha e não existem medicamentos convencionais como alternativa; na segunda categoria, os fitoterápicos são intercambiáveis com medicamentos convencionais; na terceira, eles podem ser utilizados como complementares à terapia com medicamentos convencionais (coadjuvantes) e; na quarta categoria são contempladas as indicações para as quais o uso da fitoterapia não é adequado ou caracteriza erro, por evitar ou retardar uma terapia com medicamentos convencionais. A partir da compreensão destas categorias, fica claro que as plantas medicinais e fitoterápicos, assim como outros recursos terapêuticos, podem ser extremamente úteis em algumas condições clínicas, porém, totalmente dispensáveis, ou até mesmo prejudiciais, em outras. Assim, o raciocínio clínico do CF permite fazer o julgamento sobre o emprego adequado da fitoterapia de modo sistemático e individualizado.

Schulz e colaboradores (2004) afirmam que as indicações mais relevantes dos fitoterápicos contemplam principalmente determinados sistemas e condições de saúde, abaixo listados por ordem de frequência de seu uso na Alemanha: doenças do trato respiratório; distúrbios do sistema nervoso central; problemas estomacais, intestinais, hepáticos e biliares; condições do trato urinário; sistema cardiovascular; indicações dermatológicas e inflamatórias (em uso externo); imunoestimulantes inespecíficos; tratamentos ginecológicos; tratamento de doenças reumáticas e inflamatórias (em uso interno). Esta não é uma lista exaustiva, mas reforça a ampla aplicabilidade desta estratégia terapêutica.

A indicação, a dosagem, o tempo de uso, a efetividade, o potencial de risco e observações sobre a conveniência no uso de fitoterápicos devem ser integralmente avaliados em todos os pacientes que os utilizam com finalidade de prevenção ou tratamento em saúde, conjuntamente com o restante da farmacoterapia em uso, exatamente como é feito com os medicamentos convencionais.

Além disso, o registro farmacoterapêutico completo dos pacientes deve ser elaborado e fornecido pelo farmacêutico aos médicos e outros profissionais que prestam cuidados ao paciente. Esse registro deve incluir os fitoterápicos em uso, sejam os mesmos prescritos ou não, bem como por que e como o paciente está tomando cada um deles. Esta informação é de grande valor para subsidiar a tomada de decisões mais acertadas por parte dos diversos profissionais (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

Nesse sentido, é imprescindível que o farmacêutico procure sempre saber quais opções de tratamento o paciente está adotando para além daquelas que lhe foram formalmente prescritas. Como produtos fitoterápicos são usados rotineiramente, muitos pacientes não os consideram como tratamentos, e precisarão ser solicitados diretamente para enumerá-los (Cipolle; Strand; Morley, 2012).

O CF propõe um raciocínio clínico para tomada de decisão sobre todos os produtos farmacoterapêuticos em uso pelo paciente, avaliando-os de forma ordenada e em uma sequência pré-determinada. Primeiro, avalia-se a **indicação**, ou seja, se todos os fitoterápicos utilizados pelo paciente são necessários para os seus problemas de saúde e se ele precisa de fitoterápico adicional para alguma condição clínica que apresenta. Em seguida, avalia-se a **efetividade**, ou seja, se os fitoterápicos são (ou serão) efetivos para a condição tratada e se as doses são (ou serão) suficientes para atingir os objetivos terapêuticos pretendidos. Passa-se então à avaliação da **segurança**, ou seja, se existem reações adversas ou o risco dessas (ou existirão) e se as doses são (ou serão) altas para o paciente. Em seguida, será avaliada a **conveniência** ou **adesão**, ou seja, se o paciente está disposto e pode usar os fitoterápicos como recomendado (Cipolle; Strand; Morley, 2012; Ramalho-de-Oliveira, 2011).

A efetividade é avaliada apenas após a análise da indicação de uso daquele fitoterápico para o paciente em questão. A segurança é avaliada apenas após a análise da indicação e da efetividade. E a conveniência é avaliada apenas após indicação, efetividade e segurança. Assim, o raciocínio clínico oferece um mapa a ser seguido para chegar aos melhores resultados farmacoterapêuticos em relação ao uso de qualquer tipo de produto terapêutico. No campo da fitoterapia, na prática, muitas vezes os profissionais “pulam” para a etapa de avaliação da segurança, não desenvolvendo a avaliação devida da indicação e de parâmetros de efetividade.

4.2.2.5.1 Registro do uso de fitoterápicos e nomenclatura botânica

O registro do uso de fitoterápicos tem suas particularidades. No caso de medicamentos convencionais, é suficiente registrar o nome do princípio ativo e sua quantidade, por exemplo, Captopril 25 mg, Dipirona 500 mg, e assim em diante, passando-se em seguida para o registro do esquema posológico. No caso do fitoterápico, existem alguns cuidados específicos nesse registro. É imprescindível que sejam registrados os nomes botânicos das plantas medicinais, que é a garantia da sua identificação correta. A citação dos nomes populares é opcional, sendo recomendável, entretanto, para facilitar a comunicação com o paciente.

Documentar o uso das plantas apenas pelo nome popular pode gerar alguns problemas. Muitas vezes, plantas diferentes recebem o mesmo nome popular, podendo ou não possuir similaridades morfológicas ou de utilização entre si. Para melhor compreensão, serão apontados alguns exemplos comuns:

- a) O seu paciente relata que está tomando chá de boldo. Boldo é um nome popular que gera confusão frequente no Brasil, pois pode se referir a *Peumus boldus*, *Plectranthus barbatus*, *Plectranthus grandis*, *Plectranthus ornatus* ou *Vernonanthura condensata*. Todas essas espécies possuem ação digestiva, e vieram sendo nomeadas popularmente como boldo por serem sucedâneas da primeira planta a receber esse nome popular, o *Peumus boldus*, uma espécie arbórea chilena de uso consagrado. Para o acompanhamento do seu uso, é indispensável saber de qual espécie se trata, pois os seus perfis são distintos. *Peumus boldus* é a espécie mais estudada, e tem propriedades colerética e colagoga. Já o *Plectranthus barbatus* tem reconhecida ação hipossecretora gástrica, reduzindo o suco gástrico e sua acidez. *Plectranthus grandis* e *Plectranthus ornatus*, assim como a *Vernonanthura condensata*, embora amplamente usadas na medicina popular, não possuem a mesma base de estudos científicos. Os perfis de segurança de cada uma destas espécies são distintos, tanto em relação a precauções no uso, como em relação a efeitos colaterais e possíveis interações medicamentosas (Brasil, 2021; Lorenzi; Matos, 2021).

- b) O seu paciente quer saber se poderia usar a erva-cidreira que tem em seu quintal. Esse é outro exemplo de nome popular de planta que gera frequente confusão para identificação nos consultórios. Tal nome pode se referir a *Aloysia citrodora*, *Melissa officinalis*, *Cymbopogon citratus*, *Lippia alba* e *Mesosphaerum suaveolens*. Todas elas, apesar de possuírem características morfológicas distintas, possuem um aroma cítrico, justificado pela presença de princípios ativos em comum, como o limoneno. A presença de substâncias químicas semelhantes acarreta em algumas similaridades em suas indicações. Todas estas espécies possuem ações calmante e digestiva. Porém, assim como no exemplo anterior, elas possuem particularidades em seu perfil que podem delimitar a preferência ou contra indicação de algumas delas em casos específicos. A *Melissa officinalis* tem indicação como antiviral, por exemplo, que não está presente nas demais ervas-cidreiras, então seria a única indicada para o tratamento de herpes labial. A *Melissa officinalis* e a *Aloysia citrodora* são as espécies de erva-cidreira que contam com mais estudos científicos, seguida pela *Cymbopogon citratus*. A *Lippia alba* não conta ainda com estudos robustos sobre segurança de uso a longo prazo. Apenas recentemente foi descrita a sua ação anticoagulante, por exemplo. *Mesosphaerum suaveolens* é a menos estudada entre as citadas, pedindo maior cautela no uso (Brasil, 2021; Leite et al., 2023; Lorenzi; Matos, 2021).
- c) O seu paciente está com exames de função hepática alterados, e quando questionado sobre o uso de chás reporta que fez uso frequente da língua-de-vaca no último ano. Esse nome popular é utilizado para pelo menos três plantas diferentes: *Symphytum officinale*, *Elephantopus mollis* e *Talinum paniculatum*, espécies que apresentam propriedades terapêuticas e toxicidade díspares entre si. Esse é um exemplo no qual espécies com similaridades menos óbvias também recebem o mesmo nome popular. O *Symphytum officinale* possui em sua composição alcaloides pirrolizidínicos, famosos por sua toxicidade hepática, que inclusive levam ao câncer hepático, e que por isso são totalmente contra indicadas para uso interno. O *Elephantopus mollis*, por sua vez, não conta com evidências concretas a respeito de toxicidade hepática. Esta espécie contém lactonas sesquiterpênicas, que teoricamente poderiam representar algum risco de toxicidade hepática, mas não seria a principal suspeita. O *Talinum paniculatum*,

por sua vez, é uma planta utilizada na alimentação, e tem baixo risco de toxicidade hepática, então, seria menor causa de preocupação (Lorenzi; Matos, 2021).

Acontece também de uma mesma espécie receber diferentes nomes populares, que variam bastante regionalmente. Por exemplo, a espécie *Equisetum arvensis* é popularmente chamada de cavalinha, cauda-de-raposa, pinheirinho, árvore-de-natal, cola-de-cavalo, rabo-de-cavalo, milho-de-cobra, rabo-de-cobra, rabo-de-rato, erva-canudo, erva-carnuda, lixa-vegetal, cana-de-jacaré, dentre outros nomes. Se o seu paciente veio de outro estado ou até mesmo de outra cidade, a chance é grande de que ele conheça diversas espécies medicinais por nomes diferentes do que você irá conhecer.

O farmacêutico tem em seu currículo de graduação uma disciplina de botânica, então, está letrado para consultar manuais e chaves de identificação botânica. Para profissionais que se formaram a mais tempo e não fizeram uso deste conhecimento, pode ser inicialmente mais difícil retomar a consulta às bases ou manuais de identificação botânica. Mas é um conhecimento do qual o farmacêutico precisa se apropriar, e que está muito mais acessível atualmente por meio da internet. No item Busca de informações sobre a fitoterapia, serão indicadas algumas valiosas fontes de informação sobre a temática.

Com o amadurecimento da prática clínica, à medida que o profissional ganha experiência com o uso das principais espécies medicinais vai passando a identificá-las com mais facilidade, reduzindo a necessidade de recorrer à literatura científica. Confusões na identificação das espécies podem levar à ocorrência de inúmeros PRMs. Então, caso o profissional não consiga fazê-lo com segurança, recomenda-se a consulta a colegas mais experientes no segmento.

É imprescindível empregar nomes científicos em prescrições, documentações em saúde, ou até mesmo para a pesquisa em livros ou na internet. O nome científico é a garantia de tratar-se da espécie correta, independentemente de a localização geográfica ser o Brasil ou qualquer outro lugar do mundo.

A fim de facilitar o navegar do farmacêutico pelo vasto universo da identificação das plantas medicinais, serão apontadas algumas informações básicas e regras

botânicas. Espera-se que tais informações favoreçam a compreensão e o registro adequado do uso de fitoterápicos, reavivando o conhecimento dos farmacêuticos que estão “enferrujados” no segmento da botânica, No entanto, a temática estará longe de ser esgotada, devendo ser buscadas fontes complementares de informação quando for o caso.

O que é uma espécie botânica, exatamente? Espécie é um termo que se refere a grupos de populações que têm semelhanças relativamente grandes entre si, diferindo de outros grupos de populações menos semelhantes. Conforme o Código Internacional de Nomenclatura para algas, fungos e plantas (Turland *et al.*, 2018), cada espécie vegetal terá a si atribuído um nome exclusivo. Acidentalmente, pode ocorrer de surgirem duas espécies com o mesmo nome. Nesses casos, o procedimento adotado é manter como válido apenas o nome mais antigo, desde que seja válido. Os mais recentes são descartados.

A nomenclatura aceita internacionalmente é a binomial, ou seja, os nomes são formados pela combinação de dois termos: o nome do gênero e o epíteto. Os nomes utilizados são em latim, ou numa versão latinizada das palavras. O nome genérico e o epíteto específico devem sempre ser escritos em itálico ou ser sublinhados no caso de documentação ou prescrição manuscrita. O primeiro termo, o nome do gênero, é sempre escrito começando por uma letra maiúscula. O epíteto específico é sempre escrito começando por uma letra minúscula (Mentz; Bordignon, 2004; Turland *et al.*, 2018). Por exemplo, no nome científico *Mikania glomerata*, que diz respeito a uma das espécies popularmente conhecidas como guaco, *Mikania* é o nome do gênero, enquanto *glomerata* é o epíteto específico que denota a qual espécie de *Mikania*, dentro de todo o gênero, a que se fez referência.

Por vezes, esse binômio (gênero + epíteto específico) pode aparecer acompanhado do nome do autor do mesmo, isto é, da pessoa que descreveu a espécie. Os nomes de autores são usualmente abreviados conforme um padrão pré-estabelecido. O nome científico do guaco com inclusão do autor será *Mikania glomerata* Spreng., em referência a Kurt Sprengel, médico e botânico alemão que fez a descrição da espécie.

Para a documentação do uso de fitoterápicos ou prescrições, a nomeação do autor não é necessária. Porém, quando fazemos a busca de informações sobre a espécie,

muitas vezes essa informação estará presente e é importante que o farmacêutico entenda o que ela significa. Ademais, na escrita de textos acadêmicos ou científicos, é recomendado citar o nome do autor na primeira citação que se faz de cada espécie, seja por extenso ou de forma abreviada. Quando o mesmo nome botânico é citado sucessivas vezes em uma mesma obra, pode-se após a primeira citação completa passar a abreviar o nome do gênero à letra inicial do mesmo, seguida por um ponto, um espaço, e o nome do epíteto específico. Por exemplo, na segunda vez que o nome é citado, poder-se-ia usar a versão abreviada *M. glomerata*. O leitor já saberá se tratar do gênero *Mikania* nesse texto.

A abreviatura "sp." é usada quando o nome da espécie não pode ou não interessa ser explicitado. Por exemplo, se o paciente traz à consulta um ramo de planta e o farmacêutico chega à identificação do gênero *Mikania*, mas não consegue determinar precisamente qual é a espécie, pode incluir na documentação o uso de *Mikania* sp., que já facilita a pesquisa na literatura e o raciocínio clínico. Algumas plantas são muito difíceis de serem identificadas sem auxílio de botânico especialista. O gênero *Mentha*, por exemplo, é bastante complexo, por ocorrerem frequentes cruzamentos entre diferentes espécies. Assim, muitas vezes em consultório determina-se apenas o gênero, e procede-se ao registro como *Mentha* sp.

Já a abreviatura "spp." (plural) indica "várias espécies". Por exemplo, pode-se encontrar na literatura científica a informação de que *Mentha* spp. são carminativas, ou seja, as diversas espécies do gênero *Mentha* possuem essa propriedade. No Quadro 14 serão descritas algumas situações que podem ocorrer, para melhor compreensão das regras de nomenclatura botânica.

Quadro 14 – Situações e regras de nomenclatura adotadas na botânica exemplificadas

Situação	Regra de nomenclatura	Exemplo
Espécies descritas por dois autores	Quando dois autores fazem juntamente a descrição de uma espécie, eles são citados com a intercalação de et ou &, indiferentemente, entre os respectivos nomes.	<i>Sambucus australis</i> Cham. & Schltl. (sabugueiro-do-Brasil)
Mudança do autor	Quando um novo autor modifica a descrição de uma espécie, o autor que foi objeto de modificação fica entre parênteses e o que fez a alteração fica à frente.	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.) Coville (barbatimão)
Proposição e publicação por autores distintos	Quando um autor propõe uma espécie, mas outro autor a publica, o nome do autor que deu o pontapé inicial aparece primeiro, e o autor que fez a publicação aparece após a expressão ex. Pode-se simplificar a fazer referência apenas ao autor que publicou.	<i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn., que também pode ser chamada por <i>Harpagophytum procumbens</i> Meissn. (garra-do-diabo)
Reclassificação botânica	Eventualmente, uma planta é reclassificada botanicamente, à medida que o conhecimento avança e a relação hierárquica da espécie com outras é revista. Nesses casos, ela pode vir a receber um novo nome botânico, que será considerado o válido, e os anteriores passarão a ser considerados como sinônimos.	<i>Cordia verbenaceae</i> DC. passou a ser nomeada como <i>Varronia curassavica</i> Jacq. (erva-baleeira)
Subespécies	Quando em uma mesma espécie existirem dois ou mais grupos de plantas com uma ou mais características constantes em cada grupo, a mesma pode ser dividida em subespécies. Por exemplo, pode acontecer dentro de uma mesma espécie de surgirem formas distintas na cor da folha ou da flor que não são suficientemente diferentes para serem classificadas em espécie separada.	<i>Foeniculum vulgare</i> Miller subsp. <i>vulgare</i> (funcho)
Variedades	Algumas espécies de importância econômica também são divididas em variedades e cultivares. Quando as modificações surgem naturalmente, são denominadas variedades. Nesse caso, a grafia da espécie é mantida conforme a nomenclatura binomial, sendo acrescentado o termo var., que não deve ser colocado em itálico, seguido do nome em itálico da variedade.	<i>Ocimum basilicum</i> var. <i>purpurascens</i> Benth. (manjeriço-italiano-roxo)
Cultivares	Quando as modificações são obtidas por meio de cruzamentos de plantas cultivadas, com o objetivo de se obter descendências com características de interesse, são denominadas cultivares. Atualmente, esses podem ser obtidos com técnicas de engenharia genética. Cultivar não é o mesmo que híbrido, que será apresentado a seguir. No caso dos cultivares, o nome binomial é mantido, citando-se ou não o autor, e em	<i>Ocimum basilicum</i> L. 'Genovese', que também pode ser chamada por <i>Ocimum basilicum</i> L. c. <i>Genovese</i> (manjeriço-folha-larga)

	seguida é citado o nome do cultivar em letra maiúscula, sem itálico, destacado por aspas simples, e que não precisa ser latinizado. Às vezes, usa-se a abreviatura c. antes do cultivar, dispensando o uso das aspas simples. Pode ocorrer de nomes de cultivares serem citados após o nome do gênero e não do epíteto.	
Híbridos	Planta híbrida é resultado do cruzamento entre duas espécies diferentes dentro do mesmo gênero, entre uma espécie e um híbrido ou entre híbridos. Existem híbridos naturais e híbridos artificiais. Na escrita de nomes botânicos de plantas híbridas, deve ser intercalado o sinal de multiplicação × entre o gênero e o epíteto. Se o sinal de multiplicação não estiver disponível, deverá ser utilizada a letra minúscula “x”, sem itálico.	Híbrido natural: <i>Mentha × piperita</i> L. (hortelã-pimenta), que é um híbrido proveniente do cruzamento entre <i>Mentha aquatica</i> L. (menta-aquática) e <i>Mentha spicata</i> L. (hortelã-verde)
Quimiotipos	No contexto de algumas espécies, existem quimiotipos distintos, ou seja, populações de plantas que possuem perfis químicos bastante distintos, nem sempre possuindo características morfológicas distintas.	<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson possui três perfis fitoquímicos distintos, com teores elevados de: 1º) citral e mirceno; 2º) citral e limoneno; 3º) carvona e limoneno. O 1º apresenta pequenas diferenças morfológicas em relação ao 2º e ao 3º, mas estes últimos são diferenciados entre si apenas pelo perfil fitoquímico.

Fonte: elaborada partir de consulta a International Plant Names Index (2024); Lorenzi; Matos (2021); Mentz; Bordignon (2004); Plants of the World Online (2024); Re flora (2024); Tropicos (2024); Turland *et al.* (2018).

Quando o paciente utiliza um fitoterápico industrializado ou manipulado, o nome científico da espécie ou das espécies presentes na composição já costumam constar da prescrição ou da embalagem. No caso do uso de preparações caseiras, a confirmação da identidade da planta pode ser mais tortuosa. Por vezes, é necessário pedir ao paciente que traga ao consultório a planta seca ou fresca para dar suporte à identificação botânica, ou que encaminhe foto da planta em uso. Existem livros de referência e fontes confiáveis de informação na internet, que serão apresentadas no item Busca de informações sobre a fitoterapia.

Quando as plantas estão em seu estado natural, fica muito mais fácil identificá-las. Se elas estão floridas ou com frutos, também é um facilitador, pois essas partes são mais descomplicadas de diferenciar do que as folhas, galhos ou raízes. As folhas podem ajudar. O formato delas, principalmente. Deve-se observar se as folhas têm pelos ou

se são lisas, se são duras ou macias etc. Muitas vezes o cheiro de flores, frutos, folhas, sementes ou até mesmo cascas ajudam a completar a identificação.

O registro sobre a fitofarmacoterapia pode se apresentar de diferentes formas, dependendo das características dos produtos. O Quadro 15 apresenta alguns exemplos, que serão discutidos em seguida. Para fins de simplificação, os nomes dos autores que descreveram as plantas não serão mencionados.

Quadro 15 – Exemplos de registro do uso de fitoterápicos conforme sua procedência

Procedência do produto	Exemplo de registro*
Fitoterápico industrializado	<i>Mikania glomerata</i> (guaco), edulito 81,5 mg/mL
Fitoterápico manipulado	<i>Monteverdia ilicifolia</i> (espinheira-santa), cápsulas contendo extrato seco padronizado em 30 mg de taninos totais expressos em pirogalol
	<i>Zingiber officinale</i> (gengibre), tintura dos rizomas a 20%
	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (barbatimão), creme contendo 10% de extrato glicólico
Fitoterápico caseiro	<i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas), infuso, 2g de partes aéreas floridas secas para 250 mL de água
	<i>Phyllanthus niruri</i> (quebra-pedra), decocto de 5 g de planta inteira fresca em 150 mL de água
	<i>Myracrodruon urundeuva</i> (aroeira-do-sertão), decocto da entrecasca seca a 20%. Bochecho diluindo 30 mL do decocto em 75 mL de água
	<i>Matricaria chamomilla</i> (camomila), Compressas com infuso preparado com 50 g de droga vegetal em 1 L de água

* Nos exemplos apresentados foi citado primeiramente o nome botânico da espécie e o seu nome popular foi registrado entre parênteses, essa ordem pode ser invertida.

Fonte: elaboração própria (2024).

Após registrar qual é a espécie da planta utilizada no preparo dos fitoterápicos, deve-se apontar qual é a forma farmacêutica. É grande a diversidade de formas farmacêuticas empregadas na fitoterapia. Elas podem ser sólidas, como cápsulas e comprimidos, semissólidas, como cremes e pomadas, e líquidas, como chás e xaropes. O registro da forma farmacêutica em uso já é parte da rotina do farmacêutico. Porém, no âmbito da fitoterapia, essa informação em alguns casos precisa ser ainda mais detalhada. Por exemplo, no uso de cápsulas, é necessário pontuar se são cápsulas contendo pó de planta ou algum outro tipo de derivado vegetal (óleo, extrato seco, dentre outros). As concentrações dos produtos podem ser expressas de diferentes formas, por peso de droga vegetal ou derivado vegetal, ou até mesmo por volume de algum derivado vegetal. Estas questões ficarão mais claras a partir da avaliação dos exemplos apresentados no Quadro 15.

O registro do uso de produtos fitoterápicos industrializados se parece mais com o registro dos medicamentos convencionais. Veja no Quadro 15 um exemplo de registro de um edulito de *Mikania glomerata* (guaco). No exemplo apresentado, a concentração foi expressa por peso de extrato concentrado de *M. glomerata* por volume de edulito.

No caso de alguns produtos industrializados ou manipulados, além de citar o nome da espécie, a forma farmacêutica e a concentração do produto, frequentemente far-se-á necessária informação sobre a padronização do derivado vegetal, a fim de permitir uma avaliação adequada da dose, conforme exemplificado no Quadro 15 para as cápsulas de *Monteverdia ilicifolia* (espinheira-santa). Essa padronização por vezes é apresentada apontando o teor de algum princípio ativo presente no produto, ou por vezes apontando o teor de algum marcador, que é uma substância que não necessariamente está relacionada à atividade terapêutica da planta, mas que permite avaliar a qualidade do extrato utilizado. Quando se busca na literatura sobre dosagem de produtos fitoterápicos industrializados ou manipulados, para muitas espécies encontra-se disponível essa informação, que permite determinar a melhor faixa posológica de cada produto para cada paciente.

Todavia, no caso de produtos fitoterápicos manipulados, nem sempre está disponível a informação sobre o teor de princípios ativos ou marcadores, mas sim a proporção de droga vegetal ou derivado vegetal que foi incluída na preparação, como demonstrado no Quadro 15 para a tintura de *Zingiber officinale* (gengibre) ou para o creme de *Stryphnodendron adstringens* (barbatimão). Observe que no exemplo da tintura de gengibre, é mencionada qual é a parte da planta utilizada na elaboração do produto. É interessante registrar essa informação, pois assim evita-se o uso de partes indesejadas da planta medicinal, afinal, de modo geral, os princípios ativos concentram-se em partes específicas do vegetal. Porém, por vezes essa informação não é detalhada, especialmente no caso de espécies de amplo uso e que já constam de farmacopeias. No exemplo do barbatimão, pode-se assumir que a parte usada da planta são as suas entrecascas, cujo uso já está consagrado. As boas práticas de prescrição, no entanto, recomendam sempre apontar quais são as partes da planta que devem ser utilizadas.

Quando se trata de produtos que são preparados em casa pelo próprio usuário, como chás, compressas, inalações e outros, é imprescindível citar quais são as partes da planta que são empregadas. Além disso, é necessário apontar se a planta utilizada é fresca (*in natura*) ou seca (também denominada droga vegetal), a técnica de extração (infusão, decocção ou outra), o volume de líquido utilizado, a quantidade de planta empregada em cada preparação (em gramas ou colheres), a forma de uso e, ainda, se é preciso fazer alguma diluição. Exemplos correspondentes estão apresentados no Quadro 15 para produtos de uso interno, que são os chás de *Achillea millefolium* (mil-folhas) e *Phyllanthus niruri* (quebra-pedra), e também para produtos destinados ao uso externo, que são o bochecho de *Myracrodruon urundeuva* (aroeira-do-sertão) e as compressas de *Matricaria chamomilla* (camomila). Afinal, todas essas informações serão levadas em conta na avaliação da pertinência do uso dos produtos e, diferentemente dos produtos convencionais, muitas vezes não há um padrão único seguido para dosagem, diluição e até mesmo para via de administração.

Quando são empregadas plantas provenientes de pacotes de droga vegetal adquiridos no comércio ou no cultivo doméstico, muitas vezes não há balança disponível para medida exata da dose. Por isso, o uso de medidas aproximadas em colheres é muito comum, e será apresentada no Quadro 16.

Quadro 16 – Medidas caseiras usadas na fitoterapia e sua correspondência aproximada em peso

Medida caseira	Planta seca	Planta fresca
01 colher de café	0,5 g	1g
01 colher de chá	1g	2g
01 colher de sobremesa	2g	4g
01 colher de sopa	3g	6g

Fonte: elaboração própria (2024).

Apenas identificando corretamente a espécie em uso, a parte empregada, a forma farmacêutica, a concentração e a dosagem, faz-se possível a avaliação da indicação, efetividade, segurança e conveniência. Não há como proceder de outro modo.

4.2.2.5.2 Observações sobre a indicação de fitoterápicos

Na avaliação sobre a necessidade de uso de fitoterápicos, um aspecto importante é considerar a aquisição dos produtos que o paciente já está utilizando ou vai utilizar.

Afinal, a obtenção de um produto adequado é crucial para que a farmacoterapia seja realmente indicada, efetiva, segura e conveniente para o paciente.

Quando os pacientes dependem de comprar as plantas medicinais, os farmacêuticos devem orientá-los sobre os cuidados necessários. Afinal, plantas medicinais podem ser encontradas em estabelecimentos que não contam com o profissional farmacêutico, como ervanarias e supermercados. Muitos comerciantes, por desconhecimento (ou até mesmo por má fé) realizam identificação incorreta das plantas medicinais. Mesmo quando se trata da planta certa, é comum que o teor de princípios ativos esteja aquém do necessário (Brandão *et al.*, 2001), o que pode ser consequência de colheita ou coleta¹¹, secagem, embalagem e/ou armazenamento inadequados. A presença de contaminantes e adulterantes é comum em plantas adquiridas no comércio. Como as plantas são vendidas por peso, é comum adicionar partes indesejadas da planta, partes de outras plantas e diversos outros itens ao produto. Quando se compra uma raiz ou semente em pó, não é raro que esse pó contenha terra. Quando a parte utilizada é algum tipo de óleo, esse é comumente adulterado com óleos alimentícios baratos. Como material estranho à droga vegetal, insetos e itens diversos são corriqueiramente encontrados. Outro problema que muitas vezes é indetectável a olho nu é a presença de microrganismos indesejáveis devido à falta de higiene no manuseio dos produtos.

Quando os pacientes vão fazer o uso de plantas medicinais de cultivo próprio ou de coleta própria em ambiente natural, o farmacêutico pode orientá-los sobre os cuidados para manter a higiene e a qualidade química das plantas. Se as etapas de cultivo, colheita ou coleta, beneficiamento (triagem, lavagem, secagem ou outras) e armazenamento não forem executadas de forma adequada, a qualidade do fitoterápico, que é preparado apenas na reta final da cadeia produtiva, pode ser drasticamente reduzida.

O farmacêutico deve também se atentar ao fato de que o paciente pode usar diversos fitoterápicos por recomendações indevidas. Esse é muitas vezes o caso no uso de

¹¹ Colheita é o termo utilizado para plantas cultivadas. Coleta é o termo utilizado para plantas não cultivadas.

produtos da moda, como chás emagrecedores milagrosos. É importante que o farmacêutico eduque seus pacientes para não cair nesses engodos.

Quando o farmacêutico percebe que o seu paciente poderia se beneficiar do uso de um fitoterápico, ele tem à disposição diversas opções que pode prescrever com autonomia, visto que a imensa maioria dos fitoterápicos é considerada produto de venda livre no Brasil. Apenas os fitoterápicos elaborados a partir de nove espécies medicinais são restritos à prescrição médica (Brasil, 2014c).

No CF, temos o espaço certo para compreender as demandas cotidianas dos nossos pacientes, que vão além do manejo de suas condições crônicas, e ensiná-los a praticarem um autocuidado seguro com a fitoterapia, quando for de seu interesse. Os fitoterápicos podem auxiliar os pacientes a manejarem com boa margem de segurança alguns desconfortos cotidianos, como indigestão, infecções respiratórias do trato superior ou insônia leve.

Fitoterápicos, por terem a presença de um fitocomplexo, muitas vezes possuem diversas indicações, o que permite que um paciente se beneficie dupla ou triplamente do mesmo produto. Este é um diferencial que poderia direcionar à escolha da fitoterapia em alguns casos. Por exemplo, um paciente que tem cólicas menstruais e ansiedade durante o período menstrual, poderia se beneficiar duplamente de um fitoterápico à base de *Lippia alba* (erva-cidreira-de-arbusto), espécie que possui atividade antidismenorreica e ansiolítica.

No Quadro 17, será apresentado um modelo de prescrição, a fim de ilustrar as informações que devem ser incluídas na recomendação de chás medicinais e fitoterápicos manipulados.

Quadro 17 – Exemplo de prescrição de chá medicinal e fitoterápicos manipulados de uso interno e externo

SUA SAÚDE - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

Paciente: Maria Aline Sodré

Contato: 99876-4321

Uso oral:

Achillea millefolium L. (mil-folhas) – chá infuso

Colocar uma caneca grande de chá (250 mL) de água quente sobre 1 colher de sobremesa (2 g) de partes aéreas (toda a planta exceto raízes) secas e bem fragmentadas. Tampar e deixar repousar por 15 minutos, filtrar e tomar quando a temperatura estiver agradável.

Tomar 1 caneca 2 a 3 vezes ao dia, conforme a necessidade.

Uso oral:

Monteverdia ilicifolia (espinheira-santa), folhas, extrato seco (mínimo de 3,5% de taninos totais) - 500 mg

Mande 240 cápsulas.

Tomar 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, antes das principais refeições.

Uso tópico:

Stryphnodendron adstringens (barbatimão) - pomada

Extrato aquoso de entrecascas secas (mín. 22% de polifenóis) 5%

Base q.s.p. 100g

Após higienização, aplicar nas áreas afetadas 2 vezes ao dia, por 1 semana.

Retornar em 2 meses.

09 de junho de 2024.

Jaqueline do Carmo

Jaqueline do Carmo - CRF 18456

Rua João Paulo, 536. Santa Mônica, Belo Horizonte – MG

CEP 00000-000

Tel: 0000-0000 / Fax: 0000-0000

Fonte: elaboração própria (2024).

4.2.2.5.3 Observações sobre a efetividade e segurança no uso de fitoterápicos

Não basta ser indicado, o fitoterápico a ser mantido na farmacoterapia precisa ser efetivo e seguro! Então, é necessário avaliar periodicamente a efetividade e a segurança da fitofarmacoterapia em uso.

Cabe salientar que, caso o paciente utilize um fitoterápico para atender a mais de uma condição de saúde, os parâmetros de efetividade devem ser monitorados separadamente para cada uma delas.

A fitoterapia pode ser uma opção terapêutica que evita a necessidade de se utilizar medicamentos convencionais com perfil menos seguro, por exemplo, para insônia ou ansiedade moderada, pode-se pensar na indicação de *Lippia alba* (erva-cidreira-de-arbusto) ou *Passiflora* sp. (maracujá) no lugar de um benzodiazepínico.

Para muitas plantas, não existe relato de efeitos adversos associados. Isso reflete duas questões: por vezes, as plantas realmente têm um perfil de segurança excelente. Porém, muitas vezes, se trata apenas de uma lacuna nos estudos. Assim, no uso de fitoterápicos para os quais não existem estudos robustos, é recomendado que se monitore ao menos a função hepática e renal durante seu uso crônico.

A determinação da dose mais adequada para um fitoterápico considera a faixa etária, peso e história clínica, assim como do monitoramento dos parâmetros de efetividade e segurança em cada paciente. As faixas posológicas eficazes e seguras para o emprego dos fitoterápicos muitas vezes são largas. Assim como na farmacoterapia convencional, é usual iniciar os tratamentos com doses mais baixas ou medianas, aumentando-as se não houver efetividade. Desse modo, evita-se potenciais problemas relacionados à segurança.

É importante ter em mente que a dose de princípios ativos que de fato estão disponíveis em qualquer terapêutica dependem da qualidade dos produtos utilizados.

4.2.2.5.4 Observações sobre conveniência no uso de fitoterápicos

É importante avaliar se o paciente está utilizando a forma farmacêutica mais conveniente para ele. A fitoterapia possibilita um amplo leque de formas farmacêuticas, que podem ser selecionadas considerando-se a planta em si e as particularidades de seus extratos, a indicação em questão e até mesmo os insumos disponíveis na rede de saúde. O profissional de saúde deve articular as necessidades do caso às possibilidades de acesso. O paciente deseja usar as plantas que já tem no quintal? Ou ele vai comprar a planta medicinal? Onde ele poderia comprar plantas com qualidade? Ou seria melhor sugerir um produto manipulado, ou até mesmo industrializado?

As formas mais simples usualmente serão mais baratas. Por outro lado, os manipulados podem oferecer formas farmacêuticas mais práticas para a utilização cotidiana, como tinturas ou cápsulas. Já os fitoterápicos industrializados fornecem extratos padronizados e constância de ativos em suas apresentações, sendo úteis em alguns casos em que se faça necessária maior precisão da dose. Alguns pacientes adoram utilizar chás, que os remetem a uma tradição familiar. Outros, por sua vez, não gostam do sabor dos chás ou não têm tempo disponível para realizar seu preparo disciplinadamente conforme a posologia necessária. Por tudo isso, é necessário avaliar a singularidade do paciente. Havendo possibilidade, devem ser-lhe apresentadas as opções disponíveis, e ele fará a opção por aquela que lhe for mais confortável, o que pode ser determinante do nível de adesão ao tratamento.

4.2.2.5.5 Exemplos de PRM no uso de fitoterápicos

Para demonstrar com maior clareza a necessidade de atuação do profissional do CF na fitoterapia, no Quadro 18 estão descritas as causas de alguns PRM comuns nesse segmento, elencando exemplos.

Quadro 18 – Causas e exemplos de PRM relacionados à fitoterapia

Classificação de PRM	Causas	Exemplos
Indicação		
Medicamento desnecessário PRM 1	Ausência de indicação clínica para o fitoterápico no momento.	Paciente utiliza <i>Euphorbia tirucalli</i> (avelós) contra câncer, que é um produto propagandeado pelo modismo, sem base na tradição nem na ciência.
	Uso de múltiplos produtos quando apenas um(ns) resolveria(m).	Paciente usava <i>Varronia curassavica</i> (erva-baleeira) com efetividade contra dores articulares e começa a usar concomitantemente <i>Miconia albicans</i> (canela-de-velho), para a mesma indicação, considerando a cultura do "natural não faz mal".
	Terapia não farmacológica mais apropriada.	Paciente trata constipação intestinal com cápsulas de <i>Rhamnus purshiana</i> (cáscara-sagrada) quando uma conduta mais apropriada seria aumentar o consumo hídrico, de vegetais e fazer exercícios físicos.
	Tratamento de reação que poderia ter sido prevenida.	Paciente utiliza <i>Glycyrriza glabra</i> (alcaçuz) para controlar gastrite que desenvolveu por tomar ácido acetilsalicílico em jejum.
	Uso recreacional.	Paciente utiliza <i>Cannabis sativa</i> (maconha) sem indicação terapêutica.
Necessidade de medicamento PRM 2	Presença de uma condição clínica que requer o uso de fitoterápicos.	Paciente relata dismenorreia e o uso de <i>Cymbopogon citratus</i> (capim-limão) pode aliviar essa condição.
	Tratamento profilático necessário para reduzir risco de outro problema.	Paciente em uso de quimioterápico que ocasiona náusea, poderia se beneficiar do uso de <i>Zingiber officinale</i> (gengibre).
	Tratamento adicional/sinérgico com fitoterápico necessário para obter efeito desejado.	Paciente pode se beneficiar da inserção de medicamento de <i>Echinacea purpurea</i> (equinácea) em seu esquema terapêutico no tratamento de infecções respiratórias de repetição em associação com o tratamento sintomático que já realiza.
Efetividade		
Medicamento não é efetivo para a condição PRM 3	O fitoterápico usado não é o mais efetivo para a condição tratada.	Paciente usa tintura de <i>Casearia sylvestris</i> (guaçatonga) como antiofídico em local onde se tem acesso ao soro antiofídico.
	O fitoterápico não é efetivo para o transtorno.	Paciente está usando <i>Curcuma longa</i> (açafrão) para controle de dislipidemia, mas seu perfil lipídico se estabilizou sem chegar aos objetivos terapêuticos pretendidos.
	A forma farmacêutica ou produto fitoterápico é inadequado.	Paciente está usando o chá de <i>Harpagophytum</i> sp. (garra-do-diabo) topicamente, na forma de compressa, ao invés de ingerir o chá para aliviar a lombalgia.
Dose baixa PRM 4	A dose do fitoterápico é muito baixa para produzir a resposta desejada.	Paciente usa 1 cápsula de <i>Paullinia cupana</i> (guaraná) manipulada contendo 200 mg de pó de semente por tomada, quando a dose recomendada é 450 mg.
	Intervalo entre doses maior que o necessário para se alcançar objetivos.	Paciente toma uma única xícara de chá de <i>Psidium guajava</i> (goiabeira) por dia para controlar sua diarreia nervosa, quando é necessário que se use 3 a 4 xícaras por dia.

	Uma interação reduz a quantidade disponível dos princípios ativos.	Paciente usa cápsulas de extrato seco de <i>Hypericum perforatum</i> (erva-de-São-João), para depressão, e começa a usar chá de <i>Allium sativum</i> (alho) para uma infecção respiratória. A interação reduz a efetividade de ambos os fitoterápicos.
	Duração do tratamento menor que necessário para se obter o efeito desejado.	Paciente utilizava <i>Valeriana officinalis</i> (valeriana) para controlar sua insônia e abandonou o uso após 10 dias por não obter resultados. Porém, esse fitoterápico demora entre 2 a 4 semanas para chegar à sua resposta terapêutica máxima.
	Administração incorreta do fitoterápico.	Paciente está utilizando compressas de <i>Arnica montana</i> (arnica) mas as retira em 5 minutos ao invés de aguardar os 20 minutos recomendados, sendo o tempo de contato insuficiente para penetração dos princípios ativos na pele.
	Armazenamento incorreto das plantas medicinais ou fitoterápicos.	Paciente mantém sua coleção de chás medicinais em sacos plásticos em um cesto na mesa da cozinha, onde bate o sol da tarde. Quando faz seus tratamentos, a concentração de princípios ativos nos produtos está insuficiente.
Necessita de monitoramento adicional PRM 5	O uso do fitoterápico necessita de monitoramento.	Paciente utiliza chá de <i>Cynara scolimus</i> (alcachofra) para dislipidemia, após uma avaliação inicial há uma resposta parcial, sem atingir o objetivo terapêutico, mas o profissional opta por aguardar mais um mês para avaliar novamente o perfil lipídico.
Segurança		
Reação adversa ao medicamento PRM 6	O fitoterápico produz efeito indesejável que não é relacionado com a dose.	Paciente relata náuseas e pirose após uso de <i>Salix purpurea</i> (salgueiro).
	O fitoterápico produz uma reação alérgica.	Paciente apresentou dermatite de contato após usar o gel de <i>Aloe vera</i> (babosa).
	O fitoterápico foi administrado por via ou método incorreto.	Paciente faz uso oral de tintura de <i>Arnica montana</i> (arnica) porque sofreu uma contusão, gerando risco para o sistema respiratório, cardiovascular e reprodutor.
	O fitoterápico não é seguro para paciente.	Paciente foi diagnosticado com obstrução do ducto biliar e usava extrato seco de <i>Cynara scolimus</i> (alcachofra), que pode agravar a obstrução e levar a complicações adicionais.
	Interação causa uma reação que não é dose relacionada.	Paciente toma medicamento anticoagulante e recebeu prescrição de medicamento à base de <i>Ginkgo biloba</i> (ginkgo) para zumbidos, aumentando o risco de hemorragias.
Dose alta PRM 7	A dose do fitoterápico é muito alta.	Paciente está usando chá de <i>Passiflora edulis</i> (maracujá-azedo) preparado a partir de 2 colheres de folhas secas para cada xícara de 150 mL, 2 vezes ao dia, para controle de insônia, e relata sonolência diurna.
	O intervalo entre as doses é menor que o recomendado.	Paciente com gripe relata tomar até 10 xícaras de chá de <i>Sambucus nigra</i> (sabugueiro) ao longo do dia, quando se recomenda o máximo de 3 xícaras.
	A duração do tratamento é maior que o necessário.	Paciente utiliza cápsulas manipuladas de <i>Panax ginseng</i> (ginseng) há 6 meses, sendo que o mesmo deve ser usado por períodos contínuos de no máximo 3 meses.

	A interação causa uma reação dose relacionada.	Paciente em uso de metformina iniciou uso de <i>Alpinea zerumbet</i> (colônia), que tem ação hipoglicemiante, sendo necessário ajuste da dose da primeira.
Necessita de monitoramento adicional PRM 8	O uso do fitoterápico necessita de monitoramento.	Paciente utiliza extrato de <i>Actaea racemosa</i> (cimicifuga) para sintomas de menopausa há seis meses e necessita de monitoramento de função hepática.
Conveniência		
Não adesão PRM 9	O paciente não compreendeu as instruções.	Paciente, apesar de ter sido orientado, não compreendeu o modo mais adequado para o preparo do chá de <i>Phyllanthus niruri</i> (quebra-pedra), fazendo infusão ao invés de decocção.
	O paciente prefere não utilizar o fitoterápico.	Paciente parou de usar o chá de <i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas) porque começou a trabalhar em um local onde não tinha disponibilidade de estrutura adequada para preparar o chá.
	O paciente esquece de utilizar o fitoterápico.	Paciente esquece de usar o chá de <i>Alpinea zerumbet</i> (colônia) que lhe foi prescrito para hipertensão arterial leve, por achar que o fitoterápico é menos importante do que os medicamentos convencionais.
	O fitoterápico não está disponível para o paciente.	Paciente não consegue encontrar as cápsulas com extrato mole de <i>Serenoa repens</i> (saw-palmetto) no município onde reside.
	O paciente não consegue engolir / administrar o fitoterápico adequadamente.	Paciente deveria fazer o bochecho com o chá de <i>Stryphnodendron adstringens</i> (barbatimão), porém ele relata que sempre engole um pouco do produto.
Custo PRM 10	Medicamento mais custo-efetivo disponível.	Paciente utiliza extrato seco de <i>Melissa officinalis</i> para ansiedade leve, porém, poderia substituí-lo pelo uso do chá da planta <i>in natura</i> , que possui em seu quintal.
	O fitoterápico é muito caro para o paciente.	Paciente não tem condição de comprar o produto industrializado que lhe foi prescrito: cápsulas de <i>Monteverdia ilicifolia</i> (espinheira-santa).

Fonte: elaboração própria (2024) a partir da tabela sobre classificação de PRM apresentada no capítulo X [a completar após finalização da obra].

4.2.2.5.6 Busca de informações sobre a fitoterapia

Dez principais problemas de saúde representam consistentemente mais da metade de todas as indicações para uso de medicamentos na atenção primária à saúde. Assim, o farmacêutico deve focar primeiramente em compreender estes problemas e as diversas terapias medicamentosas eficazes disponíveis para tratá-las e/ou preveni-las, incluindo as diversas alternativas terapêuticas que podem ser selecionadas para atender às necessidades individuais de cada paciente (prescritas, não prescritas, fitoterápicos, suplementos) (Cipolle; Strand; Morley, 2012). No Brasil, para conhecer algumas espécies medicinais comumente utilizadas, suas principais indicações, formas farmacêuticas e outras informações relevantes, pode-se recorrer a dois documentos gratuitos publicados pela Anvisa: o Formulário de Fitoterápicos da

Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2021) e o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2016b).

Ademais, a Anvisa publicou uma lista de obras de referências, como monografias e livros, para a comprovação da tradicionalidade de uso de fitoterápicos, da qual constam diversos documentos de interesse e que podem ser buscados pelo farmacêutico (Brasil, 2014b). Um livro muito completo sobre a flora medicinal brasileira e que apresenta fotos das espécies, facilitando sua identificação, é o livro intitulado Plantas Medicinais no Brasil, elaborado por Lorenzi e Matos (2021), que agora está em sua terceira edição.

Em alguns casos, para avaliar a fitofarmacoterapia em uso pelos seus pacientes, os profissionais podem precisar de várias outras referências. O uso eficiente dessas fontes de informação requer uma compreensão de como cada uma delas organiza e apresenta as informações. Em grande parte das referências utilizadas no campo da fitoterapia, podem ser encontradas listagens em ordem alfabética seguindo a nomenclatura botânica das plantas, mas por vezes também são apresentadas listagens alfabéticas seguindo seus nomes populares. Algumas referências trazem informações sobre espécies medicinais por sistemas biológicos ou categorias terapêuticas. Na fitoterapia, é frequente a publicação de novos estudos. Por isso, os livros de referência vão ficando desatualizados. É importante que o profissional de saúde aprenda a procurar e utilizar estudos primários nos periódicos e bases científicas de referência. Algumas referências úteis para a busca sobre o uso de fitoterápicos na internet podem ser consultadas no Quadro 19.

O fato de que as informações necessárias para avaliar a fitofarmacoterapia estão espalhadas em diversas fontes dificulta a aplicação do raciocínio clínico. Porém, com a prática, as referências vão sendo cada vez mais conhecidas, e a cada paciente atendido a avaliação vai se tornando mais fluida. Caso não seja possível obter as informações desejadas, recomenda-se franqueza e abertura na conversa com o paciente, apresentando os limites da informação científica para subsídio à tomada de decisão na fitoterapia.

Quadro 19 – Fontes para consulta sobre fitoterapia na internet

Fontes	Sites
Avaliação da identidade botânica	
Global Biodiversity Information Facility (GBIF)*	https://www.gbif.org/
International Plant Names Index (IPNI)*	www.ipni.org
Kew Garden*	www.kew.org
Pl@ntNet	https://identify.plantnet.org/pt-br
Reflora*	http://floradobrasil.jbrj.gov.br
Sistema de Informação Sobre a Biodiversidade Brasileira*	https://www.sibbr.gov.br/
Species Link*	http://www.splink.org.br/
The Plant List*	http://theplantlist.org/
Tropicos (Missouri Botanical Garden)*	www.tropicos.org
Avaliação da fitofarmacofitoterapia (indicação, efetividade e segurança)	
American Botanical Council*	https://www.herbalgram.org/
Biblioteca Virtual em Saúde - Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas	https://mtci.bvsalud.org/pt/
Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)	www.cebrid.com.br/
Centro Especializado em Plantas Aromáticas, Medicinais e Tóxicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEPLAMT)*	https://www.ufmg.br/mhnpj/ceplamt/
Coleção Botânica de Plantas Medicinais	http://cbpm.fiocruz.br/index?ethnobotany
Coleção de Plantas Medicinais e Aromáticas do Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	http://webdrm.cpqba.unicamp.br/cpma/
Dataplant*	www.dataplant.org.br
European Medicines Agency (EMA)	http://www.ema.europa.eu/
European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP)**	https://escop.com/
Fitoterapia Brasil*	https://fitoterapiabrasil.com.br/
Mapeamento da Fitoterapia no SUS / Observa PICS	http://observapics.fiocruz.br/repape/mapeamento-da-fitoterapia-no-sus/
Ministério da Saúde / monografias de plantas medicinais de interesse ao SUS	https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus/monografias-de-plantas-medicinais-de-interesse-ao-sus
National Center for Complementary and Integrative Health*	https://nccih.nih.gov/
Natural Medicines**	https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/
Natural Health Products Ingredients Database (Canada)	http://webprod.hc-sc.gc.ca/nhp-id-bdipsn/search-rechercheReq.do
Organização Mundial de Saúde (OMS) - especialmente as monografias de plantas medicinais, que formam uma farmacopeia internacional aceita pelo governo brasileiro	www.who.int
Planta Ciência	https://www.plantaciencia.com/
Plants for a Future*	http://www.pfaf.org/user/default.aspx
Rain Tree*	www.rain-tree.com
United States Department of Agriculture (USDA)*	http://plants.usda.gov/

Universidade de Coimbra - especialmente o observatório de interações planta-medicamento	http://www.oipm.uc.pt/home/
Avaliação da farmacoterapia de modo geral, apresentando também informações sobre a fitofarmacofitoterapia (indicação, efetividade e segurança)	
Biblioteca Virtual em Saúde	http://regional.bvsalud.org/php/index.php
Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme)	www.bireme.br
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)	http://www.periodicos.capes.gov.br/
Cochrane	https://www.cochrane.org/
Cochrane Brasil	https://brazil.cochrane.org/
Drugs.com	www.drugs.com
Dynamed**	www.dynamed.com
Government of Canada	https://www.canada.ca/en/services/health/drug-health-products.html
MedlinePlus	www.medlineplus.gov
Medscape	https://www.medscape.com/
Micromedex	https://www.ibm.com/watson-health/learn/micromedex
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	www.opas.org.br
Portal Saúde Baseada em Evidência	psbe.ufrn.br/
Portal Sabiá / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	psbe.ufrn.br/susconecta/index.php
PubMed	www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez
Scientific Electronic Library Online (SciELO)	www.scielo.br
Scirus	www.scirus.com/srsapp
Scopus	www.scopus.com
Trip	www.tripdatabase.com
University of York	https://www.york.ac.uk/
UpToDate	www.uptodate.com/home

* Apresenta imagens úteis para avaliar a identidade botânica; ** Acesso mediante pagamento.

Fonte: elaboração própria (2024).

4.2.2.6 Glossário

Chá: recebe essa denominação a forma líquida obtida pela extração a quente com água, preparada para uso imediato a partir de plantas frescas ou secas (Brasil, 2012a).

Compressa: é uma forma de tratamento que consiste em colocar, sobre o local lesionado, uma gaze, algodão ou pano limpo umedecido por uma forma farmacêutica líquida, dependendo da indicação de uso (Brasil, 2021).

Decocção: processo de preparação de extrato aquoso no qual a parte da planta é fervida junto com a água (Brasil, 2022a).

Derivado vegetal: produto da extração da planta medicinal fresca ou da droga vegetal, que contenha as substâncias responsáveis pela ação terapêutica, podendo ocorrer na forma de extrato, óleo fixo e volátil, cera, exsudato e outros (Brasil, 2014b).

Droga vegetal: planta medicinal, ou suas partes, que contenham as substâncias responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta/colheita, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada (Brasil, 2014b).

Extrato seco: preparação sólida obtida por evaporação do solvente utilizado no processo de extração. Podem ser adicionados de materiais inertes adequados e possuem especificações quanto ao teor de marcadores (Brasil, 2021).

Fitocomplexo: conjunto de todas as substâncias, originadas do metabolismo primário ou secundário, responsáveis, em conjunto, pelos efeitos biológicos de uma planta medicinal ou de seus derivados (Brasil, 2014b).

Fitoterápico: produto obtido de matéria-prima ativa vegetal, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa, incluindo medicamento fitoterápico e produto tradicional fitoterápico, podendo ser simples, quando o ativo é proveniente de uma única espécie vegetal medicinal, ou composto, quando o ativo é proveniente de mais de uma espécie vegetal (Brasil, 2014b).

Infusão: processo de preparação de extrato aquoso no qual água previamente aquecida é adicionada à planta, deixando em contato por um determinado tempo (Brasil, 2022a).

Marcador: substância ou classe de substâncias (ex.: alcaloides, flavonoides, ácidos graxos, etc.) utilizada como referência no controle da qualidade da matéria-prima vegetal e do fitoterápico, preferencialmente tendo correlação com o efeito terapêutico. O marcador pode ser do tipo ativo, quando relacionado com a atividade terapêutica do fitocomplexo, ou analítico, quando não demonstrada, até o momento, sua relação com a atividade terapêutica do fitocomplexo (Brasil, 2014b).

Planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (Brasil, 2014b).

Tinturas: são soluções alcoólicas ou hidroalcólicas dos constituintes químicos solúveis das drogas secas, em que o processo extrativo ocorre a temperatura ambiente (Brasil, 2012a).

4.2.2.7 Referências

As referências serão todas citadas ao final da tese.

4.2.3 Campanha: Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico

A comunidade pesquisada apontou a falta de materiais educativos que pudessem favorecer a conscientização e instrumentalização dos farmacêuticos e estudantes de farmácia para o cuidado na fitoterapia. Além disso, muitos ressaltaram a importância de que a temática fosse objeto de divulgação mais ampla à comunidade farmacêutica.

A pesquisadora vem participando do Grupo Técnico de Trabalho em Fitoterapia do CRF-MG desde 2010. Assim, desde o início do presente estudo, ela integrava este grupo. Por meio dele, organizou nessa entidade a elaboração de uma campanha educativa. Essa contou com a elaboração de 04 informes técnicos ilustrados, a realização de plenária técnica no CRF-MG, podcasts/ videocasts e ainda uma mesa-redonda online para apresentar o conteúdo dos informes técnicos elaborados. Os informes técnicos e os eventos realizados contaram com ampla divulgação nas redes sociais do CRF-MG, promovendo conversas e colaborando para a transformação da prática profissional no estado de Minas Gerais (Cimbliris-Alkmim *et al.*, 2023; Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, 2023, 2024a, 2024b).

Os autores dos informes técnicos foram Ana Cimbliris Alkmim, Jéssica Aline Silva Soares, Jaqueline Guimarães de Carvalho e Sérgio Ribeiro Cardoso. Todos esses atuaram como revisores dos textos, assim como Juliana Mendes Amorim. Na Figura 12 será apresentada a capa de todos os volumes dos informes técnicos produzidos, e na Figura 13 será apresentado o conteúdo do Informe de volume 3, que foi dedicado à prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos.

Figura 12 - Capas dos informes técnicos da campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG



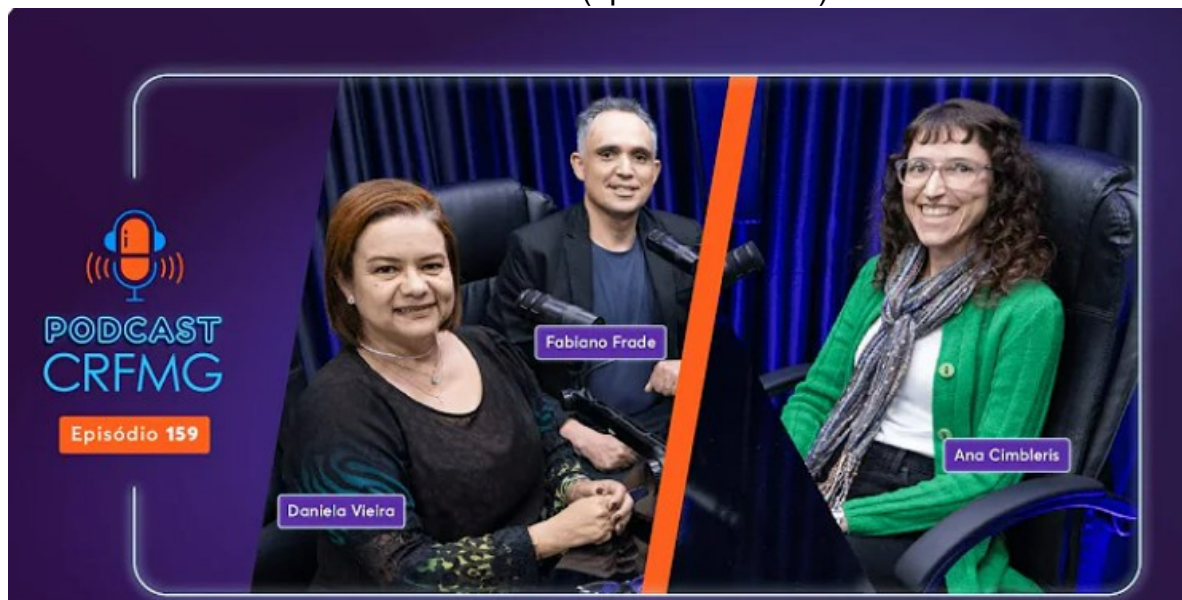
Fonte: Cimbliris-Alkmim *et al.* (2023)

Figura 14 – Plenária Técnica sobre a Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG



Fonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (2023).

Figura 15 – Videocast/Podcast da Campanha Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico do CRF-MG (episódio no 159)



Fonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (2024).

Figura 16 – Divulgação da mesa-redonda Fitoterapia é Assunto de Farmacêutico, realizada no CRF-MG

The infographic is a promotional poster for a roundtable event. It is divided into three main vertical sections. The left section contains the event title, date (27/05, Segunda-Feira), time (19h às 21h30), and a link to register for free on the Portal Farma. The middle section, titled 'PROGRAMAÇÃO', lists the agenda items with corresponding speaker photos: 19h às 19h15 (Abertura by Flávia Santos Delgado Silva), 19h15 às 19h35 (Volume 1: Cuidados com as plantas medicinais e fitoterápico by Jéssica Aline Silva Soares), and 19h35 às 19h55 (Volume 2: Chás medicinais by Sérgio Cardoso). The right section lists the remaining agenda items: 19h55 às 20h15 (Volume 3: Prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos by Ana Cimberis Alamim) and 20h15 às 20h35 (Volume 4: Farmácias vivas: cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS by Jaqueline Guimarães de Carvalho). The CAPACIFAR ONLINE logo is in the top right, and the CRF-MG logo is in the bottom left.

TUTOR CAPACIFAR ONLINE

MESA-REDONDA: FITOTERAPIA É ASSUNTO DE FARMACÊUTICO

DATA: **27/05** SEGUNDA-FEIRA | HORÁRIO: **19h às 21h30**

Inscrições gratuitas no Portal Farma >>

PROGRAMAÇÃO:

19H ÀS 19H15 ABERTURA
MODERADORA: FLÁVIA SANTOS DELGADO SILVA

19H15 ÀS 19H35 VOLUME 1:
CUIDADOS COM AS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPIO
DRA. JÉSSICA ALINE SILVA SOARES

19H35 ÀS 19H55 VOLUME 2:
CHÁS MEDICINAIS
DR. SÉRGIO CARDOSO

19H55 ÀS 20H15 VOLUME 3:
PRESCRIÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS
DRA. ANA CIMBERIS ALAMIM

20H15 ÀS 20H35 VOLUME 4:
FARMÁCIAS VIVAS: CADEIA PRODUTIVA DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NO SUS
DRA. JAQUELINE GUIMARÃES DE CARVALHO

CRF-MG CAPACIFAR ONLINE

Fonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (2024).

4.2.4 Memes problematizadores

Ao longo deste projeto de pesquisa, foram criados alguns memes problematizadores para estimular a reflexão da comunidade envolvida nas ações educativas da pesquisa, utilizando o aplicativo *Meme Generator*. Todos estes memes foram também incluídos nas fichas de cultura empregadas na disciplina Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, mais detidamente descrita no artigo intitulado “Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes”.

A ideia de empregar os memes como fichas de cultura partiu da observação de que esta linguagem é didática, moderna, e de natureza envolvente e compartilhável, podendo assim favorecer o cumprimento dos objetivos desta pesquisa. Não foram encontrados artigos sobre o uso de memes na educação de profissionais de saúde, apesar de já existirem diversos artigos sobre o uso de memes na educação em saúde ofertada a não-profissionais de saúde. Não há muita teoria a respeito, por serem os memes um fenômeno relativamente novo e também pelo fato de que as teorias atuais na comunicação podem não representar uma boa adequação para explicar seu funcionamento e fazer previsões sobre seu uso e efeitos (Occa; Chen; Teffeteller, 2024).

Os memes elaborados ao longo da pesquisa são apresentados na Figura 17. Esses foram compartilhados por diversos participantes das ações educativas, tanto no próprio CEAF como por participantes de congressos, mesas-redondas e ações da pesquisa em outros cenários, favorecendo a conscientização de uma comunidade mais ampla sobre a temática da fitoterapia no CF.

Figura 17 – Memes problematizadores elaborados para as ações educativas

	<p>▶ Easy Normal Hard</p>	<p>O que a vizinha pensa sobre indicar chá</p>		
	<p>Easy Normal ▶ Hard</p>	<p>O que a farmacêutica pensa sobre indicar chá</p>		
<p>ENTÃO VOCÊ ACHA BOBEIRA ESTUDAR PRODUTOS NATURAIS EM TEMPOS MODERNOS</p> <p>PORÉM 75% DOS MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS TÊM ORIGEM EM PRODUTOS NATURAIS</p>		<p>INTERESSE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA FITOTERAPIA</p>		
<p>PRÁTICA CENTRADA NO PACIENTE!</p> <p>SEM CONSIDERAR A FITOTERAPIA?</p>	<p>Avaliar a fitofarmacoterapia é responsabilidade do farmacêutico</p>		<p>Educação em saúde sobre fitoterapia</p>	
	<p>Como eu vou fazer isso?</p>		<p>Orientação individualizada sobre fitoterapia</p>	
			<p>Fitoterapia na prática clínica farmacêutica</p>	
			<p>Fitoterapia na Atenção Farmacêutica</p>	

Fonte: elaboração própria (2021 a 2024) utilizando o aplicativo *Meme Generator*.

4.2.5 Casos clínicos didáticos

Serão apresentados dois casos clínicos que foram utilizados e aprimorados ao longo das ações educativas da pesquisa.

4.2.5.1 Caso clínico simples: manejo de dismenorrea

O caso clínico será apresentado no modelo de documentação adotado pelo CEAf.

O Quadro 20 apresentará a documentação do primeiro atendimento, e o Quadro 21 apresentará a documentação do segundo atendimento.

Quadro 20 – Documentação do primeiro atendimento de paciente com dismenorrea

Data	16/06/2024	Início	10:00	Término	11:00	Duração	1 hora
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
UBS	UBS Pablo						
USUÁRIO	Maria Aline Sodré					Prontuário	257
Nascimento:	27/03/2006	Idade	30 anos		Escolaridade (anos estudo)	Ensino técnico	
Estado Civil	solteira	Ocupação/Profissão		Vendedora			
Sexo	feminino	Gênero	cis	Telefones	(31) 99804 – 9855		
Endereço	Rua Carla Nogueira, 23						
Serviços/profissionais saúde	Utiliza apenas o SUS, eventualmente compra medicamentos em farmácia.						
Acesso ao serviço	Referenciada por agente comunitária de saúde.						
MOTIVO DO ENCONTRO	Tem usado chá de mil-folhas para aliviar as dores de suas cólicas menstruais e gostaria de saber mais informações a respeito.						
HÁBITOS DE VIDA E DADOS ANTROPOMÉTRICOS							
Atividade física	Sim.	Tipo. Duração. Frequência. Incômodo.		Faz tai-chi na UBS 2 vezes por semana, e corrida 1 vez por semana.			
Cigarro	Nunca usou.	Bebidas alcoólicas		Nunca usou.	Quantidade	-	
		Tipo de bebida		-			
ROTINAS (Horário e observações importantes)							
Acorda	6h	Lanche	15h30	É vegetariana. De manhã, come pão integral e patê de grão de bico. Lancha fruta ou sanduíche de queijo. Almoça arroz, feijão, legumes, verduras. À tarde, toma vitamina de frutas com aveia. No jantar, costuma fazer um caldo de legumes ou lentilha, ou então macarrão.			
Café manhã	6h15	Jantar	18h30				
Lanche	10h00	Dorme	22h				

Almoço	12h30	Ingestão hídrica/caféina/chá alimentício	Toma 1 xícara de café/dia. Bebe em torno de 2 L de água por dia. Bebe chá no lanche da tarde (camomila ou funcho).					
ALERTAS (RAM importantes, limitações físicas e/ou cognitivas)								
Não há.								
HISTÓRIA SOCIAL (estrutura familiar, necessidade de cuidador, nesse caso anotar o nome e contato)								
Mora sozinha, independente.								
AVALIAÇÃO (HISTÓRIA CLÍNICA E MEDICAMENTOSA ATUAL E PREGRESSA) E PLANO DE CUIDADO								
Informações gerais	<u>Avaliação da atitude global do paciente:</u> Paciente engajada em se cuidar, bem orientada no tempo e no espaço.							
	<u>Medicamentos de uso eventual (inclusive fitoterápicos, se não for usado para alguma das condições de saúde em análise):</u> Paracetamol, se tem febre, e loratadina, se tem alergia.							
	<u>Práticas integrativas e complementares:</u> Não usa.							
	<u>Imunização:</u> Calendário vacinal em dia.							
	<u>Exames clínicos ou laboratoriais relevantes, mas que não fazem parte da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos em uso:</u> não apresentados.							
	<u>História clínica pregressa relevante:</u> Mãe teve câncer de mama.							
<u>Revisão dos Sistemas:</u> Paciente nega problemas psicológicos, digestivos, oftalmológicos, relata estar com <i>check up</i> em dia.								
Dados antropométricos	Peso (Kg)	49	Altura (m)	1,58	Índice de Massa Corporal	19,6	Circunferência Abdominal (cm)	–
Experiência subjetiva com o uso de medicamentos	Paciente diz que praticamente nunca precisa de medicamentos, e relata: “ <i>eu prefiro usar a alimentação como remédio. Ou, no máximo, os chás!</i> ”							
Dismenorreia	<u>História:</u> Paciente sofre de dismenorreia há aprox. 10 anos. A intensidade das dores depende “ <i>dos acontecimentos do mês ou do nível do estresse</i> ”. Usou Buscopan por conta própria por muitos anos, mas parou (1 ano atrás). <u>Descrição de algum detalhe relativo ao uso de fitoterápico se presente (lançar o medicamento na lista de medicamentos em uso):</u> Paciente usa chá de mil-folhas, indicado por amiga. Identidade botânica confirmada mostrando foto para paciente. Colhia e secava a planta em casa, em varal na varanda. Por usar muito, a planta ficou fraca, e ela passou a comprar os pacotes de planta seca na Farmácia de Manipulação.							
Farmacoterapia atual								
Medicamento	Esquema posológico	Tempo uso	Efetividade	Segurança	Adesão			
<i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas), folhas secas, decoção (4 folhas da planta seca em casa ou 1 colher de sopa da planta comprada para 800 mL de água)	1-1-1-1	aprox. 1 ano	Alívio das dores, mas não completo.	Nega hipotensão.	Faz o uso quando necessita, sem dificuldades.			

Objetivo terapêutico	Redução ou cessação da dor (Conselho Federal de Farmácia, 2017).						
PRM identificado	PRM 4	Causa	A dose é muito baixa para produzir a resposta desejada.	Medicamento	<i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas), decocto	Resolvido?	-
Condutas	<p>Alteração do modo de preparo do chá de decocto para infuso, mudando a quantidade de planta e ressaltando a necessidade de preparar uma xícara a cada vez que for tomar.</p> <p>Prescrição: Colocar uma caneca grande de chá (250 mL) de água quente sobre 1 colher de sobremesa (2 g) de partes aéreas (toda a planta exceto raízes) secas e bem fragmentadas. Tampar e deixar repousar por 15 minutos, filtrar e tomar quando a temperatura estiver agradável. Tomar 1 caneca 2 a 3 vezes ao dia, conforme a necessidade.</p> <p>Outras orientações: usar a folha como medida não é adequado, uma vez que o tamanho das mesmas varia muito de acordo com as condições de cultivo. É melhor colher essa planta cedo pela manhã e na época da florada. A planta colhida em casa deve ser lavada em água corrente, seca à sombra, guardada após seca em saco plástico. No caso de compra, deve observar a qualidade da planta. A planta deve ser armazenada em local fresco, seco e protegido da luz.</p>					Intervenção aceita?	Sim
Outras condutas	Orientar sobre o uso de bolsa de água quente como medida não farmacológica.						
Situação Clínica e Farmacoterapêutica	Melhora parcial			Data reavaliação	3 meses		

Fonte: elaboração própria (2024) utilizando o modelo de documentação do CEAF.

Quadro 21 – Documentação do segundo atendimento de paciente com dismenorrea

AValiação (HISTÓRIA CLÍNICA E MEDICAMENTOSA ATUAL E PREGRESSA) E PLANO DE CUIDADO	
Informações gerais	<p><u>Avaliação da atitude global do paciente:</u> Paciente engajada em se cuidar, bem orientada no tempo e no espaço.</p> <p><u>Medicamentos de uso eventual (inclusive fitoterápicos, se não for usado para alguma das condições de saúde em análise):</u> Paracetamol, se tem febre, e loratadina, se tem alergia.</p> <p><u>Práticas integrativas e complementares:</u> Não usa.</p> <p><u>Imunização:</u> Calendário vacinal em dia.</p> <p><u>Exames clínicos ou laboratoriais relevantes, mas que não fazem parte da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos em uso:</u> não apresentados.</p> <p><u>História clínica pregressa relevante:</u> Mãe teve câncer de mama.</p> <p><u>Revisão dos Sistemas:</u> Paciente nega problemas dermatológicos e otorrinolaringológicos.</p>

Dados antropométricos	Peso (Kg)	49	Altura (m)	1,58	Índice de Massa Corporal	19,6	Circunferência Abdominal (cm)	-
Experiência subjetiva com o uso de medicamentos	Paciente relata satisfação. “Eu amo chás! Quem dera eu tivesse aprendido isso desde que comecei com essas cólicas, teria evitado muito transtorno”. Paciente relata que quando manejava a dismenorreia com Buscopan, diversas vezes ficava com dor por querer evitar ao máximo o consumo de medicamentos. Ainda, relata que se sente muito confiante por ter aprendido a observar a qualidade das plantas que compra: “agora aprendi a olhar o que tem nos pacotes de chá antes de tomar, e estou fazendo isso com todos os chás que tomo!”							
Dismenorreia	<p><u>História:</u> Paciente usava chá de mil-folhas há 1 ano, mas não obtinha alívio completo da dor. Foi feita modificação na forma de preparo do chá, e paciente está seguindo esta prescrição.</p> <p><u>Descrição de algum detalhe relativo ao uso de fitoterápico se presente (lançar o medicamento na lista de medicamentos em uso):</u> Paciente relata que suas jardineiras de mil-folhas estão ficando cheinhas de novo, mas que está aguardando florada para fazer colheita. Enquanto isso, está comprando os pacotes de chá.</p>							
Farmacoterapia atual								
Medicamento	Esquema posológico	Tempo uso	Efetividade	Segurança	Adesão			
<i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas), partes aéreas, infusão (1 colher de sobremesa - 2g - de planta seca para 250 mL de água)	1-1-1 (conforme necessidade)	aprox. 1 ano	Cessaçã das dores	Nega hipotensão.	Faz o uso quando necessita, sem dificuldades.			
Objetivo terapêutico	Redução ou cessação da dor (Conselho Federal de Farmácia, 2017).							
PRM identificado	PRM 4	Causa	A dose é muito baixa para produzir a resposta desejada.	Medicamento	<i>Achillea millefolium</i> (mil-folhas), decocto	Resolvido?	Sim	
PRM identificado	Sem PRM no momento	Causa	-	Medicamento	-	Resolvido?	-	
Condutas	-					Intervenção aceita?	-	
Outras condutas	-							
Situação Clínica e Farmacoterapêutica	Estável			Data reavaliação	1 ano			

Fonte: elaboração própria (2024) utilizando o modelo de documentação do CEAF.

4.2.5.2 Caso clínico simples: manejo de ansiedade

O caso clínico será apresentado no modelo de documentação utilizado pelo CEAf. O Quadro 22 apresentará a documentação do primeiro atendimento, e o Quadro 23 apresentará a documentação do segundo atendimento.

Quadro 22 – Documentação do primeiro atendimento de paciente com ansiedade

Data	04/05/2022	Início	14:00	Término	15:00	Duração	1 hora
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
UBS	UBS Julieta						
USUÁRIO	Patrícia Souza Costa					Prontuário	194
Nascimento:	04/02/1980	Idade	44 anos		Escolaridade (anos estudo)	Nível superior	
Estado Civil	separada	Ocupação/Profissão		Pedagoga / Assistente administrativa em ONG			
Sexo	feminino	Gênero	cis	Telefones	(31) 99870 – 3477		
Endereço	Rua Roberto Paes, 124						
Serviços/profissionais saúde	Utiliza tanto o sistema público como o sistema privado de saúde, possui plano de saúde.						
Acesso ao serviço	Particular.						
MOTIVO DO ENCONTRO	Quer saber se produto natural poderia auxiliá-la a melhorar do “estresse e ansiedade” que está passando.						
HÁBITOS DE VIDA E DADOS ANTROPOMÉTRICOS							
Atividade física	Fazia caminhadas. Também já fez natação, mas parou há ~10 anos.		Tipo. Duração. Frequência. Incômodo.	Não está conseguindo fazer atividade física fora do trabalho desde que mudou de cargo. Relata que atividade física associada à acupuntura ajudou muito quando teve dores no ombro.			
Cigarro	Nunca usou.		Bebidas alcoólicas	Bebeu entre 18 e 23 anos.	Quantidade	1 – 2 drinks / semana	
			Tipo de bebida	Cerveja			
ROTINAS (Horário e observações importantes)							
Acorda	Usualmente, entre 6 e 7h	Lanche	Não costumava fazer	De manhã, toma café “sem doce” e come alguma coisa rápida como pão ou banana. Para o lanche matinal, costuma levar frutas, amendoim, mas nem sempre dá tempo. Costuma almoçar em restaurante, comida mais pesada como arroz, feijão, carne. Se não almoça, às vezes come frutas e castanhas. À tarde, às vezes come frutas e às vezes fica sem se alimentar. No jantar, come “alguma coisa que encontra”. Devido à sua atual rotina de trabalho em outro município, não está comendo tão bem.			
Café manhã	7h	Jantar	19h				
Lanche	9h30, quando lancha	Dorme	Em torno de 23 horas				

Almoço	12h	Ingestão hídrica/caféina/chá alimentício	Toma em torno de 3 a 4 xícaras de café/dia. Leva sempre garrafa de água e bebe bastante. Acha que bebe em torno de 2L/dia.					
ALERTAS (RAM importantes, limitações físicas e/ou cognitivas)								
Em 2008, teve RAM a produto administrado na veia para sinusite, mas não lembra o nome. Teve uma convulsão com o produto, começou a se debater, e custou a se sentir bem de novo.								
HISTÓRIA SOCIAL (estrutura familiar, necessidade de cuidador, nesse caso anotar o nome e contato)								
Tem dois filhos que não moram com ela. Reside com sua mãe.								
AVALIAÇÃO (HISTÓRIA CLÍNICA E MEDICAMENTOSA ATUAL E PREGRESSA) E PLANO DE CUIDADO								
Informações gerais	<u>Avaliação da atitude global do paciente:</u> Paciente bem informada e interessada na sua própria saúde, bem orientada no tempo e no espaço.							
	<u>Medicamentos de uso eventual (inclusive fitoterápicos, se não for usado para alguma das condições de saúde em análise):</u> Usa própolis e chás mais comuns como hortelã e capim-cidreira. Toma chá de mil-folhas ou dipirona eventualmente, se tem dor de cabeça, mas fora isso não costuma usar muitos medicamentos. Gosta de chás e tem bastante interesse no assunto. Tem acesso a variedade de plantas no quintal, mantido por sua mãe.							
	<u>Práticas integrativas e complementares:</u> Já usou acupuntura e ventosas, e gostou.							
	<u>Imunização:</u> Hepatite B, Difteria e tétano adulto (dT), HPV quadrivalente, Influenza (ofertada durante campanha anual), Pneumocócica 23-valente (pneumo 23) e COVID-19.							
	<u>Exames clínicos ou laboratoriais relevantes, mas que não fazem parte da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos em uso:</u> Não apresentados.							
	<u>História clínica pregressa relevante:</u> Histórico de diabetes nos pais e HAS no avô materno.							
<u>Revisão dos Sistemas:</u> Paciente nega problemas dermatológicos, dificuldade de evacuação, diarreia e problemas de ordem psicológica.								
Dados antropométricos	Peso (Kg)	53	Altura (m)	1,62	Índice de Massa Corporal	20,2	Circunferência Abdominal (cm)	–
Experiência subjetiva com o uso de medicamentos	Relata que depois do episódio de RAM, aprendeu a não tomar medicamentos sem orientação. Em um momento, paciente fala que acha tranquilo usar medicamentos mas prefere fitoterápicos: " <i>Não tenho problema em tomar medicamentos. Da minha idade, se fosse alérgica, já teria aparecido. Já tomei benzetacil, vacinas virais e outros produtos que as pessoas costumam reagir, mas nunca tive reações adversas. Mas é claro que prefiro um chazinho!</i> " Em outro momento ela relata " <i>não quero tomar remédio nunca na minha vida.</i> " Nesse segundo momento, percebi que ela se referia principalmente a medicamentos controlados.							
Ansiedade/insônia	<u>História:</u> Paciente relata que no último ano mudou de cargo no trabalho, e que isso tem desencadeado "estresse e ansiedade" (sic), com alguns episódios de insônia. Ela pergunta se um produto "mais natural" poderia ajudá-la a contornar este problema nesta fase de adaptação. <u>Descrição de algum detalhe relativo ao uso de fitoterápico se presente (lançar o medicamento na lista de medicamentos em uso):</u> sem relato.							
Farmacoterapia atual								
Medicamento	Esquema posológico	Tempo uso	Efetividade de	Segurança	Adesão			

-	-	-	-	-	-	-	-
Objetivo terapêutico	(1) Melhorar a qualidade e quantidade do sono e (2) Melhorar o funcionamento diurno relacionado com a insônia (Schutte-Rodin <i>et al.</i> , 2008).						
PRM identificado	PRM 2	Causa	Presença de uma condição clínica que requer o uso de medicamentos	Medicamento	<i>Cymbopogon citratus</i> (capim-cidreira), infuso	Resolvido ?	-
Condutas	Prescrição de chá de capim-cidreira (<i>Cymbopogon citratus</i>): Verter 150 mL de água fervente sobre 1 colher de sobremesa de folhas frescas picadas (2 g). Tampar e deixar 10 minutos em repouso. Coar e tomar imediatamente. Tomar uma a quatro vezes ao dia, conforme a necessidade. O chá tem efeito melhor quando é preparado na hora do uso, sendo desaconselhado seu armazenamento. Porém, em dias de trabalho de alto nível de estresse pode levar consigo uma caneca desse chá para o trabalho.					Intervenção aceita?	Sim
Outras condutas	Orientações sobre higiene do sono e redução do consumo de cafeína. Discutir prática apropriada de atividade física (exercício 1-2 x semana reduz chance de ter sintomas de ansiedade). Encaminhamento para nutricionista.						
Situação Clínica e Farmacoterapêutica	Inicial			Data reavaliação	1 mês		

Fonte: elaboração própria (2024) utilizando o modelo de documentação do CEAF.

Quadro 23 – Documentação do segundo atendimento de paciente com ansiedade

AVALIAÇÃO (HISTÓRIA CLÍNICA E MEDICAMENTOSA ATUAL E PREGRESSA) E PLANO DE CUIDADO								
Informações gerais	<p><u>Avaliação da atitude global do paciente:</u> Paciente bem informada e interessada na sua própria saúde, bem orientada no tempo e no espaço.</p> <p><u>Medicamentos de uso eventual (inclusive fitoterápicos, se não for usado para alguma das condições de saúde em análise):</u> Usa própolis e chás mais comuns como hortelã e capim-cidreira. Toma chá de mil-folhas ou neosalgina eventualmente, se tem dor de cabeça, mas fora isso não costuma usar muitos medicamentos. Gosta de chás e tem bastante interesse no assunto. Tem acesso a variedade de plantas no quintal, mantido por sua mãe.</p> <p><u>Práticas integrativas e complementares:</u> Já usou acupuntura, ventosas, e gostou.</p> <p><u>Imunização:</u> Hepatite B, Difteria e tétano adulto (dT), HPV quadrivalente, Influenza (ofertada durante campanha anual), Pneumocócica 23-valente (pneumo 23) e COVID-19.</p> <p><u>Exames clínicos ou laboratoriais relevantes, mas que não fazem parte da avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos em uso:</u> Não apresentados.</p> <p><u>História clínica pregressa relevante:</u> Histórico de diabetes nos pais e HAS no avô materno.</p> <p><u>Revisão dos Sistemas:</u> Paciente nega problemas digestivos, cardiovasculares, pulmonares, de olhos, ouvidos e nariz.</p>							
Dados antropométricos	Peso (Kg)	53	Altura (m)	1,62	Índice de Massa Corporal	20,2	Circunferência Abdominal (cm)	-

Experiência subjetiva com o uso de medicamentos	Paciente relata que está satisfeita por estar se cuidando com o chá do quintal, e que sua mãe também está envolvida e feliz pelo uso de suas ervas, colhendo a planta para ela preparar o chá da noite nos dias em que chega mais tarde do trabalho. Fala que está confiante pela introdução do chá e que “ <i>agora tudo vai dar tudo certo nesse meu novo trabalho</i> ”.						
Ansiedade/ insônia	<p><u>História:</u> Na consulta anterior, relatou ansiedade/ insônia atribuídos à transição profissional. Relata ter consulta marcada com nutricionista e que não conseguiu iniciar atividade física.</p> <p><u>Descrição de algum detalhe relativo ao uso de fitoterápico se presente (lançar o medicamento na lista de medicamentos em uso):</u> iniciou uso de capim-cidreira do próprio quintal, observando que se usava mais de duas xícaras por dia ficava com sonolência diurna. Se adaptou com o uso de 1 xícara à noite, e no máximo 2. Em dias mais tranquilos, não fazia o uso. Relatou dormir bem e “<i>nem lembrar do chá</i>” durante o final de semana.</p>						
Farmacoterapia atual							
Medicamento	Esquema posológico	Tempo uso	Efetividade	Segurança	Adesão		
<i>Cymbopogon citratus</i> (capim-cidreira), infuso, 2g de folhas secas para 150 mL de água	0-1-1 (conforme a necessidade)	1 mês	Parou de ter os episódios de insônia e está se sentindo melhor durante o dia.	Sem sedação indesejada.	Faz o uso contínuo sem dificuldades.		
Objetivo terapêutico	(1) Melhorar a qualidade e quantidade do sono e (2) Melhorar o funcionamento diurno relacionado com a insônia (Schutte-Rodin <i>et al.</i> , 2008).						
PRM identificado	PRM 2	Causa	Presença de uma condição clínica que requer o uso de medicamentos	Medicamento	<i>Cymbopogon citratus</i> , (capim-cidreira), infuso	Resolvido?	Sim
PRM identificado	Sem PRM no momento	Causa	-	Medicamento	-	Resolvido?	-
Condutas	-					Intervenção aceita?	-
Outras condutas	Nova conversa sobre atividade física, paciente diz que irá iniciar natação segundas e sextas-feiras.						
Situação Clínica e Farmacoterapêutica	Estável			Data reavaliação	6 meses		

Fonte: elaboração própria (2024) utilizando o modelo de documentação do CEAF.

4.2.5.3 Casos clínicos complexos

A fim de exemplificar o manejo de pacientes complexos em relação à fitoterapia, a pesquisadora colaborou na elaboração de três casos clínicos. Cada um destes casos contou com uma equipe específica de autores, sendo alguns participantes do CEAF e outros não. Cada um dos casos será apresentado e discutido em capítulo próprio em um livro do CEAF que está sendo organizado por Yone de Almeida Nascimento, direcionado à discussão sobre manejo de pacientes complexos no contexto do GTM. Os casos elaborados incluem diversas enfermidades, contemplam diversos tipos de PRM e incluem produtos fitoterápicos com características diversificadas, conforme apresentado no Quadro 24. O esforço de inclusão de situações diversificadas visa de modo didático introduzir o leitor à amplitude de desafios no cuidado farmacêutico no campo da fitoterapia. Esse material está em fase de revisão e não será disponibilizado nesta tese.

Quadro 24 - Informações sobre os casos clínicos complexos elaborados

Autores	Enfermidades dos pacientes	PRM na fitoterapia	Planta medicinal relacionada (nome científico e nome popular)	Características do produto fitoterápico
Ana Rafaela Pires Lira; Nelson Machado do Carmo Júnior; Ana Cimbleiris-Alkmim	Insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica e insônia	Presença de condição clínica que requer o uso de medicamentos	<i>Lippia alba</i> - erva-cidreira	Planta do quintal
Natália Helena de Resende; Célio Rezende Lara Júnior; Mariana Martins Gonzaga do Nascimento; Ana Cimbleiris-Alkmim	Tuberculose, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	Ausência de indicação clínica	<i>Mikania glomerata</i> – guaco	Produto industrializado
		O fitoterápico não é seguro para o paciente	<i>Paullinia cupana</i> - guaraná	Produto da ervanaria
Ursula Carolina de Moraes Martins; Laura Ziviani Santiago; Ana Cimbleiris-Alkmim	Diabetes mellitus, osteoartrose e depressão	Dose baixa	<i>Curcuma longa</i> - açafrão	Preparo caseiro é substituído por produto manipulado

Fonte: elaboração própria (2024).

4.2.6 Roteiros para atividades educativas

Nessa seção, serão apresentadas as atividades que foram propostas aos estudantes na disciplina de Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, e que podem servir como inspiração à elaboração de atividades direcionadas a outros contextos.

4.2.6.1 Prática de colheita, processamento e embalagem de plantas medicinais

Roteiro de planejamento

Escolha uma planta para colheita/coleta e processamento, conforme facilidade de acesso e preferência. Planeje a atividade usando o roteiro abaixo:

- 1) Nome popular:
- 2) Nome botânico:
- 3) Origem: () Colheita () Coleta
- 4) Local da colheita/coleta:
- 5) Parte da planta a ser empregada:
- 6) Cuidados indicados para a colheita (para maximizar o teor de princípios ativos ou com a conservação da planta).
- 7) Quais são as indicações da droga vegetal (planta seca)?
- 8) Se a espécie tiver mais de uma indicação, escolha uma indicação específica:
- 9) Crie uma prescrição farmacêutica dessa droga vegetal para a indicação específica escolhida, observando todos os conteúdos recomendados nas boas práticas de prescrição.
- 10) Cite cuidados de utilização dessa droga vegetal.
- 11) Cite parâmetros de efetividade e segurança a serem monitorados.
- 12) A espécie também é usada como Planta Alimentícia Não Convencional? Em que tipos de preparações culinárias? Existe recomendação para uso alimentício da planta seca?

Roteiro para preencher no dia da colheita/coleta e processamento

- 13) Data da colheita/coleta:
- 14) Horário de início e término da colheita/coleta:
- 15) Descrição da área de colheita/coleta no dia:
- 16) Aspecto da planta (sanidade vegetal, presença de pragas etc):
- 17) Foi feita higienização da planta (por exemplo: limpeza com pano ou papel, lavagem em água corrente, lavagem em água sanitária)? Descreva.
- 18) Descreva brevemente o método de secagem adotado:

Roteiro para preencher no dia da embalagem

- 18) Análise sensorial do produto final (descreva a aparência, aroma, sabor ou outras observações sobre a planta que você secou)
- 19) Prazo de validade:
- 20) Embalagem utilizada:
- 21) Como armazenar?

Reflexão

- 22) Você teve dúvidas? Anote-as para discutirmos em aula!
- 23) Registre suas reflexões sobre como foi desenvolver esta atividade, considerando que a secagem de plantas medicinais é uma prática comum para pessoas que não são profissionais de saúde.

4.2.6.2 Seminários em Fitoterapia

Instrução: Será preparado e apresentado em dupla um seminário de 10 minutos. Cada dupla estudará uma espécie medicinal.

Sugestões de espécies: *Allium sativum*; *Matricaria chamomilla*; *Mikania glomerata*; *Monteverdia ilicifolia*; *Plectranthus barbatus* ou *Baccharis trimera*; *Alpinia zerumbet* ou

Persea americana; *Cymbopogon citratus* ou *Lippia alba*; *Stryphnodendron adstringens* ou *Aloe vera*; *Curcuma longa* ou *Zingiber officinale*.

Outras espécies podem ser consideradas mediante interesse da turma, porém harmonizando com a lista como um todo, para evitar repetitividade nas indicações.

Roteiro para o seminário:

Os itens a serem contemplados são:

- Nome científico (citar também sinonímia científica se for usada rotineiramente)
- Nomes populares usuais
- Imagem da planta inteira
- Imagem de detalhe da parte da planta usada ou derivado vegetal
- Para cada indicação da espécie, devem ser apresentadas as informações indicadas no Quadro 25.
- Outras informações também poderão ser acrescentadas, conforme pertinente, tais como:
 - Informações sobre o produto: dificuldades de identificação da planta; adulterantes comuns; disponibilidade no mercado; risco de extinção da espécie; outras.
 - Informações clínicas: protocolos clínicos que mencionam sua utilização; presença no elenco de Farmácias Vivas; dados etnobotânicos sobre utilização; outras.
 - Utilidades além da medicinal: usos culinários; propriedades nutracêuticas; outras aplicações da espécie.
- Lista completa de referências (conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Critérios para avaliação dos Seminários:

- Busca de informações.

- Uso adequado do arcabouço teórico-metodológico do CF.
- Uso adequado dos conceitos do campo da fitoterapia na escrita e na fala.
- Escrita dos nomes botânicos conforme as regras da nomenclatura binomial internacional.
- Capacidade de comunicação.
- Capacidade de sumarização: apresentação do seminário dentro do tempo estipulado (10 minutos).
- Entrega da apresentação.

Quadro 25 – Detalhamento de informações sobre espécies medicinais pesquisadas

Nome científico da planta (nome(s) popular(es) usual(is))					
INDICAÇÃO 1 (apagar “indicação 1” e escrever o nome do problema de saúde)		Detalhes sobre indicação, contraindicações, estudos relevantes e informações pertinentes.			
Farmacoterapia					
Medicamento	Esquema posológico	Tempo de uso	Efetividade	Segurança	Adesão
Nome científico (nome popular), chá [método de preparo], parte da planta, fresca ou seca, quantidade de planta para quantidade de água. Para espécies com uso interno e externo, citar ao menos uma opção de forma farmacêutica para cada via	Esquema posológico usual ¹	Observações sobre tempo recomendado para tratamento, tempo máximo de uso ou outras (se descrito na literatura) ^{1,2}	Parâmetros de efetividade	Parâmetros de segurança	Observações relevantes
Outras formas farmacêuticas (citar também opção manipulada ou industrializada)	Esquema posológico usual	Observações sobre tempo recomendado para tratamento, tempo máximo de uso ou outras (se descrito na literatura)	Parâmetros de efetividade	Parâmetros de segurança	Observações relevantes
[...]					
Referências:					
1.					
2. [...]					

Fonte: elaboração própria (2024).

4.2.7 Materiais voltados à Autoetnografia

4.2.7.1 Capítulo de livro: *Autoethnography in Pharmacy Education and Practice*

Foi escrito, em colaboração com as professoras Djenane Ramalho-de-Oliveira e Simone de Araújo Medina Mendonça, um capítulo intitulado “*Autoethnography in Pharmacy Education and Practice*”, a ser publicado em um livro intitulado “*Autoethnography Pedagogy and Practice: Stories of Interdisciplinary Innovation*”, organizado por Kitrina Douglas e David Carless. O livro será publicado pela Editora Routledge, de renome internacional (Ramalho-de-Oliveira; Mendonça; Cimblaris-Alkmim, 2025, no prelo).

Esse capítulo trata dos desafios e potencialidades envolvidos no processo de inclusão da pesquisa e ensino da Autoetnografia na Faculdade de Farmácia da UFMG, apresentando o ponto de vista do educador e do educando. O texto é autoetnográfico, e convida os leitores a se sentarem, tomarem uma xícara de café e aproveitarem a companhia das três farmacêuticas (Figura 18) enquanto elas falam sobre suas experiências usando essa metodologia. No capítulo, são descritos os principais resultados desta tese, levando as teorias e experiências vivenciadas para a comunidade internacional.

Figura 18 – Ilustração do capítulo de livro *Autoethnography in Pharmacy Education and Practice*



Fonte: imagem cedida pelo fotógrafo Gabriel Caram (2024).

4.2.7.2 Site Autoetnografia Brasil

Foi criado um site para propiciar compartilhamento de materiais, ideias e divulgação de eventos pela comunidade autoetnográfica nacional, visando o fortalecimento dessa. Ele está disponível em: <https://sites.google.com/view/autoetnografiabrasil/> (Cimblaris-Alkmim; Ramalho-de-Oliveira, 2022) (Figura 19).

Figura 19 – Site Autoetnografia Brasil



Fonte: Site Autoetnografia Brasil (Cimblaris-Alkmim; Ramalho-de-Oliveira, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devemos nos esforçar, com humildade, para diminuir, ao máximo, a distância entre o que dizemos e o que fazemos (Freire, 2016, posição 613).

O pensamento e a prática de saúde no Brasil contemporâneo são predominantemente cunhados na ciência hegemônica colonizatória. Mesmo que não seja viável no contexto acadêmico a ruptura completa com os modelos colonizatórios, os estreitos limites das estruturas institucionais da saúde e da academia podem ser alargados por meio da adoção de metodologias críticas e enraizadas na realidade nativa, acolhendo conhecimentos produzidos e validados em lógicas distintas da eurocentrada, mas nem por isso ontologicamente inferiores.

Trazer outros tipos de saberes para dentro das instituições de ensino, pesquisa e saúde é premente para a transformação da realidade no sentido da redução da opressão. Ademais, é necessário que ensino, prática profissional em saúde e pesquisa sejam realizados a partir de referenciais críticos, apartando-se da pretensão de tratarem-se de atividades neutras.

Nesse sentido, espera-se que as produções desta tese voltadas à Autoetnografia divulguem e favoreçam o uso adequado e crítico dessa metodologia. A combinação entre a Investigação de Temas Geradores freiriana e a Autoetnografia favoreceu a permeabilidade da pesquisa na realidade, gerando impactos significativos e o alcance pleno dos seus objetivos, não apenas ao final do processo, mas ao longo de todo seu desenvolvimento. A divulgação dessa estratégia metodológica por meio de artigo científico específico permitirá que ela inspire outros estudos críticos no campo da saúde, possibilitando transformações no ensino, na prática profissional em saúde e na pesquisa, no sentido de maior justiça social. Assim, seguir-se-á promovendo o *ser mais* de profissionais de saúde, pesquisadores, educadores, educandos e da população que se faz presente nos ambientes acadêmicos ou da prática profissional em saúde.

Esta tese denunciou duas situações-limite. A primeira situação-limite apontada diz respeito à fitoterapia no Brasil contemporâneo. Empregando a teoria da ação antidialógica, foram revelados aspectos socioculturais que levam à baixa

expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde brasileiro, apesar do seu reconhecimento pelos órgãos competentes internacionais e nacionais e do inegável potencial do país para tal prática.

Enquanto a problemática da fitoterapia for percebida apenas por um prisma técnico, seguir-se-á buscando mais avanços tecnológicos e regulatórios. Porém, a partir da reflexão apresentada nesta tese, cunhada na realidade vivida, fica claro que incrementos técnicos, apesar de relevantes, não são suficientes para superação desta situação-limite.

Para o aproveitamento do pleno potencial da fitoterapia no Brasil, faz-se necessário o estabelecimento de uma práxis crítica, que deve ser baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira, incluindo seu registro sistemático e a adoção de modelos de repartição de benefícios realmente justos para as comunidades detentoras de tais saberes. Como ponto prioritário, tal justiça implica na possibilidade da permanência das pessoas nos territórios onde esses conhecimentos podem ser praticados, preservando seu acesso à biodiversidade. Afinal, essa é a fundação para a inclusão da Fitoterapia Brasileira no sistema oficial de saúde do país e que permitirá futuramente sua expansão para benefício também da comunidade internacional.

Conhecimentos científicos e populares podem atuar como parceiros, e intercâmbios entre eles devem ser promovidos com vistas aos interesses maiores da saúde individual e coletiva, que nem sempre caminham lado a lado com interesses do capital e das corporações. Ações de saúde precisam ser construídas e executadas em uma perspectiva integral ao invés de organizadas a partir da lógica centrada nas doenças. Não é plausível pensar na saúde da humanidade sem considerar a saúde dos ecossistemas.

A segunda situação-limite apontada é um fractal da primeira, tratando-se de um recorte específico dela: a situação da fitoterapia no CF. Problematização crítica desenvolvida sobre o CF apontou que se deve buscar equalizar a filosofia da prática profissional e sua operacionalização no contexto biomédico e neoliberal, a fim de promover conscientização e ação transformadora, para redução da opressão muitas vezes inerente ao sistema formal de saúde. Um dos pontos importantes levantados é a premência da utilização adequada do arcabouço teórico-metodológico do CF para

atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de fitoterápicos, viabilizando a prevenção, identificação e resolução de PRM. Tal necessidade social ainda é frequentemente negligenciada no contexto formal de saúde, até mesmo na prática do CF, mas deveria ser tomada como responsabilidade profissional em qualquer cenário de prática em que o GTM seja oferecido.

O arcabouço do CF é adequado inclusive para o cuidado fitoterapêutico de pacientes menos complexos, que atualmente não chegam aos serviços de GTM, e poderia dar suporte ao interesse e prática da população no autocuidado e na prevenção de agravos.

O praticante do CF é o profissional mais adequado para atender tal demanda, pois possui um arcabouço filosófico e um processo de cuidado que lhe mune de raciocínio clínico propício para desenvolver a otimização da fitofarmacoterapia. Afinal, esse processo é realizado do mesmo modo que a avaliação da farmacoterapia convencional e deve obrigatoriamente acontecer de modo imbricado a essa. A fitoterapia é uma prática alopática, racionalidade terapêutica à qual os farmacêuticos de formação convencional já estão habilitados.

A avaliação cuidadosa da fitofarmacoterapia é imprescindível para a conquista de bons resultados clínicos. Afinal, se a fitoterapia é desconsiderada, pode-se deixar de identificar PRM, identificar PRM que não estão de fato presentes e até mesmo gerar novos PRM.

Por isso, o profissional de saúde deve sempre perguntar especificamente aos seus pacientes sobre o uso de fitoterápicos. Frequentemente esse tópico fica do lado de fora do consultório, por uma concepção prévia ou experiência adquirida de que não se deve falar sobre o uso terapêutico de plantas medicinais quando se busca o sistema oficial de saúde.

A fitoterapia abre um leque de opções terapêuticas relevantes para a prática clínica, e que podem ser prescritas de forma autônoma pelo farmacêutico, gerando mais resolutividade no cuidado dos pacientes e reduzindo a necessidade de demandar outros profissionais de saúde prescritores para resolução de PRM. Atendendo a essa demanda social, conseqüentemente o profissional agrega valor à sua prática,

recebendo maior valorização pelos seus pacientes e pelos demais membros da equipe de saúde.

Deve-se respeitar e acolher o conhecimento popular ou tradicional e a experiência subjetiva do paciente, que são elementos que devem permear o processo de tomada de decisão compartilhada. Ao invés de determinar autoritariamente as condutas, o farmacêutico tem que dialogar e negociar com seus pacientes, a fim de concretizar uma prática de fato centrada no paciente e não paternalista. Ademais, a própria experiência do profissional em relação à fitoterapia influencia as condutas adotadas.

Um relevante obstáculo para a inclusão plena da fitoterapia no CF – apesar de ela ser, a partir de sua prerrogativa conceitual, integrada a essa prática generalista – é a formação insuficiente para tal, tanto em relação à falta dos conteúdos técnicos no currículo que abordem a complexidade envolvida na cadeia produtiva e de utilização de fitoterápicos como também à falta de conscientização de que tal cuidado é parte do mandato do praticante do CF.

Apontou-se que a formação em fitoterapia atualmente ofertada ao farmacêutico em cursos de graduação e pós-graduação, quando existe, é tecnicista e insuficiente para sua atuação como profissional generalista no cuidado, acarretando na negligência da importante necessidade social da população brasileira pela otimização da fitofarmacoterapia.

Este estudo apontou a urgência de que cursos de graduação em farmácia ofereçam disciplinas de fitoterapia, de preferência obrigatórias, além de incluírem a temática de modo transversal nas disciplinas relacionadas a plantas medicinais ou voltadas ao CF, assim como a demanda de acesso a espaços de aprendizagem como hortos ou jardins medicinais. Também deve-se viabilizar a oferta de estágios e formações de residência nesse campo. Cursos de pós-graduação em CF precisam também igualmente incluir disciplinas sobre a fitoterapia. Uma vez que integre o ensino, a temática certamente tornar-se-á mais visível e virá a agregar mais conhecimentos nas esferas da prática profissional e da pesquisa.

O redesenho de currículos, agregando mais e melhores conteúdos sobre a fitoterapia e sobre os povos tradicionais nativos e seus saberes, em uma perspectiva decolonial,

transborda o campo da farmácia, transborda a área da saúde, e mostra-se relevante para os diferentes níveis de educação.

A denúncia destas duas situações-limite no campo da fitoterapia – no contexto amplo brasileiro e no contexto específico do CF – veio anunciando o inédito-viável, que foi paralelamente sendo concretizado ao longo da pesquisa – naturalmente, considerando as limitações institucionais estabelecidas. Além das publicações acadêmicas usuais em uma tese, foram realizadas ações educativas e elaborados materiais didáticos, aplicando os conhecimentos obtidos e gerando novos conhecimentos.

Dezenas de pessoas se envolveram com esta pesquisa, em contextos formais e informais, nas entrevistas realizadas, nas ações educativas – destacando-se a disciplina de Fitoterapia na Atenção Farmacêutica, que coroou o desenvolvimento desta pesquisa – e fizeram parte do objetivo de promover conscientização e instrumentalização de estudantes de farmácia e farmacêuticos para a otimização da fitoterapia no CF. Diversas, ao longo da própria pesquisa, relataram sobre o *ser mais* que lhes foi proporcionado mediante transformação de suas percepções e ações no campo da fitoterapia. Muitas dessas pessoas são referências no CF, seja na prática profissional ou na docência, e seguirão como educadoras de suas redes profissionais e pessoais. Outras são estudantes, sendo alguns aspirantes e outros iniciantes no CF, e esses já irão estabelecer suas atividades profissionais com uma perspectiva diferenciada em relação à fitoterapia.

A mudança no modelo de documentação da prática clínica adotada no CEAF tem feito e seguirá fazendo diferença no ensino sobre o CF, conscientizando e instrumentalizando no campo da fitoterapia diversos estudantes de graduação, pós-graduação e a comunidade de praticantes do CF envolvida com o grupo. O capítulo de livro elaborado pretende igualmente influenciar seus leitores favorecendo a inclusão adequada da fitoterapia no CF. A disponibilização dos materiais educativos elaborados no âmbito desta investigação – memes problematizadores, casos clínicos e roteiros para atividades educativas – pretende também inspirar e facilitar outros projetos e ações afins.

A participação em eventos regionais, estaduais e nacionais ao longo desta pesquisa, assim como a campanha elaborada junto ao CRF-MG, possibilitaram a denúncia da problematização proposta nesta pesquisa junto a uma rede mais ampla, influenciando círculos maiores no sentido de transformação positiva da realidade. A realização constante de ações que conectavam a pesquisa a um contexto científico, profissional e social mais amplo, como seminários e congressos, favoreceram que a construção reflexiva e educativa transbordasse a realidade local, potencializando os impactos da pesquisa.

Para sanar a problemática sistêmica e profunda da desvalorização e do subaproveitamento da fitoterapia, faz-se necessária divulgação sobre a temática nos distintos meios de comunicação e sua discussão nos diferentes espaços decisórios, e estas medidas precisam ser subsidiadas por mais estudos nos campos de história, sociologia e política aplicadas à saúde, além de estudos voltados especificamente ao campo da saúde. A temática da fitoterapia precisa ser mais plenamente incluída no ensino, na prática profissional e nas pesquisas, considerando diferentes cenários e contextos culturais específicos.

Do ponto de vista autoetnográfico, a pesquisadora também se transformou ao longo da pesquisa, adquirindo maior robustez em sua reflexão e em sua capacidade de ação. Ela seguirá sua jornada pessoal e profissional de construção do inédito-viável no campo da fitoterapia.

Esta pesquisa proporcionou a superação da consciência real, levando à consciência máxima possível e possibilitando o início da concretização do inédito-viável. Esperança-se que os desdobramentos desta pesquisa sigam levando à construção de outros e necessários inéditos-viáveis, engendrando possibilidades de ruptura com a atual situação de opressão e a construção de um projeto de ciência e saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, S.; GOLTZ, H. H.; GOODSON, P. Autoethnography in action research for health education practitioners. **Action Research**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 411–431, mar. 2015.
- ADKINS, S. D. H.; HUGHES, S. Back to the Future of Autoethnography. **Journal of Autoethnography**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 297–303, jul. 2020.
- ALMEIDA, C. D. de; STRECK, D. R. Palavra/palavração. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.
- ANDRADE, A. P. M. de; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 273–284, jan./mar. 2017.
- ANZALDÚA, G. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 08, n. 1, p. 229–236, 2000.
- AWAISU, A. *et al.* Pharmacists' attitudes towards pharmacy practice research: a review. Em: BABAR, Z.-U.-D. (ed.). **Pharmacy practice research methods**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 237–247.
- BABAR, Z. U. D.; ALMARSODOTTIR, A. B. The future of pharmacy practice research. Em: BABAR, Z.-U.-D. (ed.). **Pharmacy practice research methods**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 223–235.
- BARRETO, B. B. **Fitoterapia como conteúdo nos cursos de graduação da área da saúde**: importância para a formação profissional. 2015. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/18613/1/2015_BenilsonBelotiBarreto. Acesso em: 29 out. 2024.
- BARRETO, B. B.; VIEIRA, R. de C. P. A. Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção da fitoterapia na atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 191–198, abr/jun. 2015.
- BECKER, F. Epistemologia. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. *E-book*.
- BOMBASSARO, L. C. Hermenêutica. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.
- BRANDÃO, C. R. Círculos de cultura. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010a. *E-book*.

BRANDÃO, C. R. Método Paulo Freire. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010b. *E-book*.

BRANDÃO, M. das G. L. *et al.* Qualidade de amostras comerciais de plantas medicinais e produtos fitoterápicos: drogas inscritas na Farmacopéia Brasileira. **Infarma**, [s. l.], v. 13, n. 11/12, p. 60–61, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 9.273, 26 jun. 1986.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução CIPLAN nº 8, de 8 de março de 1988. Implanta a prática de Fitoterapia nos Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 1988. Seção 1, p. 3999-4000.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 9 out. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004, Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 mar. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 abr. 2010, Seção 1, p. 75.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira**. Brasília: Anvisa, 2011.

BRASIL. **Práticas Integrativas e Complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 31).

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012. Declara o educador Paulo Freire Patrono da Educação Brasileira. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 1, 16 abr. 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, Edição Extra, 11 ago. 2014a, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 maio 2014b, Seção 1, p. 49,

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 02, de 13 de maio de 2014. Publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 maio 2014c, Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira**. Brasília: Anvisa, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 mar. 2017a.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2017b, Seção 1, p. 30.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, Primeiro Suplemento**. Brasília: Anvisa, 2018a.

BRASIL. **Consolidado de normas de registro e notificação de fitoterápicos**. Brasília: Gerência de Medicamentos Específicos, Notificados, Fitoterápicos, Dinamizados e Gases Medicinais (GMESP) / Gerência-Geral de Medicamentos e

Produtos Biológicos (GGMED) / Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 2018b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de orientações sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais**, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/publicacoes-sobre-medicamentos/orientacoes-sobre-o-uso-de-fitoterapicos-e-plantas-medicinais.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exposição Comemorativa do Ministério da Saúde: 15 Anos do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** (vídeos). 2022b.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em: 29 out. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monografias de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/plantas-medicinais-e-fitoterapicos/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus/monografias-de-plantas-medicinais-de-interesse-ao-sus>. Acesso em: 29 out. 2024b.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. de M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 10, p. 2675–2685, out. 2012.

CABOCLO, E. K. D. *et al.* Fitoterápicos e plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 21, n. 2, p. 211–217, maio/ago. 2022.

CARON, M. M. Hegel/Hegelianismo. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

CARVALHO, A. C. B.; VARANDA, P. C.; CARDOSO, D. C. N. Aspectos regulatórios em Medicina Tradicional Chinesa e em outras práticas integrativas em saúde (mesa-redonda). Em: **II Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas**. Foz do Iguaçu: Conselho Federal de Farmácia, 10 nov. 2022.

Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica. Disponível em: <https://www.farmacia.ufmg.br/ceaf-2/apresentacao-7/>. Acesso em: 29 out. 2024.

CHANG, H. Autoethnography in health research: growing pains? **Qualitative Health Research**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 443–451, 1 mar. 2016.

CHEN, S. L. *et al.* Conservation and sustainable use of medicinal plants: Problems, progress, and prospects. **Chinese Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 1, 30 jul. 2016.

CHEVALIER, J. M.; BUCKLES, D. J. **Participatory action research: theory and methods for engaged inquiry**. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2019.

CIMBLERIS, A. **Utilização de plantas medicinais no assentamento Ho Chi Minh (MG), do MST: pesquisa-ação**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/VSJE-7D9QRK>. Acesso em: 29 out. 2024.

CIMBLERIS, A. **Plantas Medicinais e Fitoterapia: do cultivo à utilização [série Saberes e Poderes do Povo]**. [s.l.; s.n.], 2009. *E-book*.

CIMBLERIS, A. Prescrição farmacêutica de fitoterápicos. **Farmácia Revista**, [s. l.], v. 55, p. 39–39, set./dez. 2016.

CIMBLERIS, A. Hortiterapia: um novo nome para uma terapia antiga. **Revista Natureza**, [s. l.], p. 88, ago. 2019.

CIMBLERIS, A.; SACRAMENTO, H. T. DO. Fitoterapia e plantas medicinais. Em: MINAS GERAIS. **Caderno de práticas integrativas e complementares do SUS/MG: apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2014. p. 60–65.

CIMBLERIS-ALKMIM, A. *et al.* Silenced voices: an autoethnography of a “biased” graduate student. Em: **Seventeenth International Congress of Qualitative Inquiry**. *Online*: University of Illinois at Urbana-Champaign, maio 2021.

CIMBLERIS-ALKMIM, A. *et al.* **Fitoterapia é assunto de farmacêutico**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, 2023. 4 v.

CIMBLERIS-ALKMIM, A. **Fitoterapia no Brasil contemporâneo e no Cuidado Farmacêutico: situações-limite e educação como inédito-viável**. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

CIMBLERIS-ALKMIM, A. *et al.* O Cuidado Farmacêutico como arcabouço teórico-metodológico para avaliar a fitofarmacoterapia: desafios e potencialidades. 2025 [em preparo].

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Ana, você não entende nada de pesquisa! Em: **I Congresso Brasileiro de Autoetnografia (Autoetnografia Brasil)**. *Online*: Universidade Federal do Rio de

Janeiro; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal Fluminense, jul. 2021a.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. DE A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Holistic health and herbal medicine: below the iceberg. Em: **8th International Conference of Autoethnography**. *Online*: Boomerang Project, jul. 2021b.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Ensinando que se aprende: os primeiros passos na jornada profissional de uma farmacêutica fitoterapeuta. Em: **II Congresso Brasileiro de Autoetnografia (Autoetnografia Brasil)**. *Online*: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal de Minas Gerais, jul. 2022a. Disponível em: <https://youtu.be/9IRS9lozw7c>. Acesso em: 29 out. 2024.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Ensinando fitoterapia para pajés: reflexões sobre o colonialismo. Em: **15º Congresso Internacional Rede Unida**. *Online*: Rede Unida, jul. 2022b.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Encounters with Brazilian shamans: we are one people, we are nature. Em: **10th International Conference of Autoethnography**. *Online*: Boomerang Project, jul. 2023a.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Fitoterapia contemporânea no Brasil: um paralelo com a teoria da ação antidialógica de Paulo Freire. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 28, p. 825–855, set./dez. 2023b.

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Filosofia do Cuidado Farmacêutico e sua operacionalização na realidade neoliberal: reflexões críticas a partir do pensamento de Paulo Freire 2025a [em preparo].

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. “Eu não tenho o preparo”: formação de farmacêuticos para o cuidado na fitoterapia. 2025b [em preparo].

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Formação para o Cuidado Farmacêutico em fitoterapia: desenvolvimento de programa educativo e aprendizados emergentes, 2025c [em preparo].

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Pedagogia do Oprimido e Autoetnografia: uma combinação metodológica para a elaboração e realização de programas educativos críticos no campo da saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, 2025d [no prelo].

CIMBLERIS-ALKMIM, A.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Autoetnografia Brasil**. Disponível em: <https://sites.google.com/view/autoetnografiabrasil/>. Acesso em: 29 out. 2024.

CIPOLLE, R. J. Drugs don't have doses – people have doses! **Drug Intelligence & Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 20, n. 11, p. 881–882, nov. 1986.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. Normativa 02/2020, de 03 de setembro de 2020. Dispõe sobre a carga horária mínima para registro da atividade do Profissional Biomédico nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 21 set. 2020a.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. Resolução nº 327, de 3 de setembro de 2020. Dispõe sobre a atividade do Profissional Biomédico nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 5 out. 2020, seção 1, p. 243.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 mar. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 477, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2 jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 546, de 21 de julho de 2011. Dispõe sobre a indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição e o seu registro. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Guia de prática clínica**: sinais e sintomas do aparelho genital feminino: dismenorrea. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 219, de 14 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 dez. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 221, de 23 de maio de 2001. Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo

Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 108, seção 1, p. 46, 5 jun. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 380, de 11 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 216, seção 1, p. 120, 11 nov. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 402, de 30 de julho de 2007. Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas *in natura* frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 150, seção 1, p. 121, 6 ago. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 525, de 25 de junho de 2013. Regulamenta a prática da fitoterapia pelo nutricionista, atribuindo-lhe competência para, nas modalidades que especifica, prescrever plantas medicinais, drogas vegetais e fitoterápicos como complemento da prescrição dietética, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 jun. 2013, Seção 1, p. 141-142.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 680, de 19 de janeiro de 2021. Regulamenta a prática da fitoterapia pelo nutricionista e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 13, seção 1, p. 78, 20 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 82, de 25 de setembro de 2008. Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1 out. 2008a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Decisão nº 45, de 8 de dezembro de 2008. Baixa normas complementares para habilitação nas Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal regulamentada pela Resolução CFO-82/2008, de 1º de outubro de 2008. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 dez. 2008b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 114, de 10 de fevereiro de 2012. Normatiza os cursos de especialização e de práticas integrativas e complementares à saúde bucal, à distância. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 fev. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **7ª reunião plenária técnica virtual e presencial**: Fitoterapia é assunto de farmacêutico. Belo Horizonte, 14 jul. 2023. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=MIWdCDupKzc&t=3440s>>. Acesso em: 29 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Capacifar Online**: fitoterapia é assunto de farmacêutico (mesa-redonda). Belo

Horizonte, 17 maio 2024a. Instagram: @crfmg. Disponível em: <https://www.instagram.com/crfmg/> Acesso em: 29 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

Videocast / Podcast CRFMG, episódio nº 159. Fitoterapia é assunto de farmacêutico. Belo Horizonte, 17 jun. 2024b. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NEyrD7je9Qw&list=PLWb3KEhQLkHBQd_mhu1Hk0L0bY_FhKC8F&index=4. Acesso em: 29 out. 2024.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 30, e177179, 2018.

COSTA, A. O antropoceno é o nosso tempo. Em: MOULIN, G. *et al.* (org.). **Habitar o Antropoceno**. Belo Horizonte: BDMG Cultural / Cosmópolis, 2022. p. 42–67.

CRUZ, R. N. da; REZENDE, J. A escrita de notas como artesanato intelectual: Niklas Luhmann e a escrita acadêmica como processo. **Pro-Posições**, Campinas, v. 34, e20210123, 2023.

CUSTER, D. Autoethnography as a transformative research method. **The Qualitative Report**, [s. l.], v. 19, n. 37, p. 1–13, set. 2014.

DALY, K. J. **Qualitative methods for family studies and human development**. Los Angeles: Sage Publications, 2007.

DENZIN, N. K. The elephant in the living room: or extending the conversation about the politics of evidence. **Qualitative Research**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 139–160, 1 abr. 2009.

DENZIN, N. K. Critical qualitative inquiry. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 8–16, 2017.

DENZIN, N. K. **Performance autoethnography: critical pedagogy and the politics of culture**. 2nd ed. London: Routledge, 2018.

DETONI, K. B. *et al.* Interprofessional education for shared decision making in drug therapy: a scoping review. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 491–503, 13 mar. 2022.

DIALÉTICA. Em: FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 675–676.

DIÁLOGO. Em: FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 676.

DIVERSI, M.; MOREIRA, C. Performing between autoethnographies against persistent us/them essentializing: leaning on a freirean pedagogy of hope. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 581–587, 2016.

DIVERSI, M.; MOREIRA, C.; OLIVEIRA, B. C. S. C. M. de Autoetnografias dos entremundos: partindo de uma pedagogia freireana da esperança para expandir narrativas e políticas de inclusão. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, [s. l.], n. 37, e21304, 2021.

DONYAI, P. Research methodologies related to pharmacy practice: an overview. Em: BABAR, Z.-U.-D. (ed.). **Pharmacy practice research methods**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 25–30.

ELISABETSKY, E.; SOUZA, G. C. DE. Etnofarmacologia como ferramenta na busca de substâncias ativas. Em: SIMÕES, C. M. O. *et al.* (org.). **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2004. p. 107–122.

ELLIS, C. **The ethnographic I: a methodological novel about autoethnography**. Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2004.

ELLIS, C.; ADAMS, T. E.; BOCHNER, A. P. Autoethnography: an overview. **Forum Qualitative Sozialforschung**, [s.l.], v. 12, n. 1, 2011.

ELWYN, G. *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 23 maio 2012.

ESCOBAR, M. Ad-mirar. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; VITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Disponível em: www.ema.europa.eu/en/homepage. Acesso em: 29 out. 2024.

FARMACOPEIA brasileira. 6. ed. Brasília, DF: Anvisa, 2019. 2v.

FEREZIN, D. F. P.; ALIBERTTI, R.; CASTILHO, R. M. M. de. Projeto Jardinagem como terapia ocupacional na recuperação de pacientes do CERDIF. **Revista Ciência em Extensão**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 197, 2013.

FILARDI, A. F. R.; MENDONÇA, S. de A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. The use of psychotropic medications and non-pharmacological approaches in everyday life: A qualitative study of the lived experience. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 859–883, dez. 2019.

FINLAY, L. ‘Rigour’, ‘ethical integrity’ or ‘artistry’? Reflexively reviewing criteria for evaluating qualitative research. **British Journal of Occupational Therapy**, [s.l.], v. 69, n. 7, p. 319–326, jul. 2006.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. **Manual de fitoterapia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FITO. Em: MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, M. **Dicionário médico Andrei**. 7. ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, 1997. p. 319.

FITOTERAPIA. Em: MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, M. **Dicionário médico Andrei**. 7. ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, 1997. p. 319.

FLEMING-CASTALDY, R. P. A macro perspective for client-centred practice in curricula: Critique and teaching methods. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 267–276, fev. 2015.

FONTENELE, R. P. *et al.* Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 2385–2394, ago. 2013.

FREIRE, L. C. Família. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação – Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. Em: BRANDÃO, C. R. (org.). **Pesquisa Participante**. 8. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990. p. 34–41.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. 42. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005b.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Paz e Terra, 2016. *E-book*.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 68. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2020.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FREITAS, G. R. M. **Ensaio sobre os custos da morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do

Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174473>. Acesso em: 29 out. 2024.

FREITAS, V. G. B.; CIMBLERIS-ALKMIM, A.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Serviços de Atenção Farmacêutica na Fitoterapia: uma abordagem freireana sobre os obstáculos encontrados por farmacêuticos(as) na prática do cuidado em saúde por meio das plantas medicinais. Em: **Semana do Conhecimento da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, out. 2022.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. **Produção científica brasileira na área de atenção farmacêutica entre 1990 e 2007**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08012010-104207/pt-br.php>. Acesso em: 29 out. 2024.

FURTADO, B. T. **O farmacêutico na Atenção Básica**: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/EMCO-8LAPE6/1/disserta__o_barbara_taciana_furtado.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

FURTADO, B. T. *et al.* Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensino-aprendizagem terapêutica e decolonial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 26, e210140, 2022.

GADELHA, C. S. *et al.* Utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Pombal, v. 10, n. 3, p. 1–15, jul./set. 2015.

GALLÉ, J.; LINGARD, L. A medical student's perspective of participation in an interprofessional education placement: an autoethnography. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 722–733, nov. 2010.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. **Anuário Antropológico**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 188–208, maio/ago. 2020.

GASTALDO, D. Congruência epistemológica como critério fundamental de rigor na pesquisa qualitativa na saúde. Em: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde**: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 77–105.

GIACOMINI, M. Theory matters in qualitative health research. Em: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, R.; DE VRIES, R. (ed.). **The SAGE handbook of qualitative methods in health research**. London: SAGE Publications Ltd, 2014. p. 125–156.

GOMES, M. H. de A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 160–165, 2012.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. de F. Práticas Integrativas e Complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, jan./abr. 2017.

GUARESCHI, P. Teoria crítica. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

HARNETT, J. E.; LAM UNG, C. O. Towards defining and supporting pharmacists' professional role associated with traditional and complementary medicines: a systematic literature review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 356–413, mar. 2023.

HEPLER, C. D. Pharmacy as a clinical profession. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [s. l.], v. 42, n. 6, p. 1298–306, jun. 1985.

HEPLER, C. D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 369–85, 1987.

HEPLER, C. D. Unresolved issues in the future of pharmacy. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 1071–81, maio 1988.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, [s. l.], v. 47, p. 533–543, mar. 1990.

HILLMAN, L. A. *et al.* The medication experience: a concept analysis. **Pharmacy**, [s. l.], v. 9, n. 7, 2021.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

International Plant Names Index. Disponível em: <https://www.ipni.org/>. Acesso em: 29 out. 2024.

KLEIN, R. Escrever/escrita. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu**: palavras de um xamã Yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, A. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e200711, 2020.

- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- LAPADAT, J. C. Ethics in autoethnography and collaborative autoethnography. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 589–603, 26 abr. 2017.
- LE ROUX, C. S. Exploring rigour in autoethnographic research. **International Journal of Social Research Methodology**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 195-207, 2016.
- LEITE, P. M. *et al.* Antithrombotic potential of *Lippia alba*: A mechanistic approach. **Journal of Ethnopharmacology**, [s. l.], v. 301, 115744, 30 jan. 2023.
- LEMOS, M. T. *et al.* Fitoterapia e câncer: perspectivas dos pacientes sobre o uso de plantas medicinais durante o tratamento antineoplásico. **Amazônia Science and Health**, 2025 [submetido].
- LOPES, A. M. P. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. **Fractal – Revista de Psicologia**, Niterói, v. 31, n. 3, p. 283, set./dez. 2019.
- LORENZI, H.; MATOS, F. J. de A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 3. ed. Nova Odessa: Jardim Botânico Plantarum, 2021.
- MAIA, A. C. P. *et al.* A fitoterapia sob a ótica dos profissionais de saúde no Brasil nos últimos 10 anos. **Gaia Scientia**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 658–670, dez. 2016.
- MENCK, V. F.; COSSELLA, K. G.; OLIVEIRA, J. M. de. Resíduos de agrotóxicos no leite humano e seus impactos na saúde materno-infantil: resultados de estudos brasileiros. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 608, 2015.
- MENDONÇA, R. T.; MARINHO, J. L. Medicamentos e agrotóxicos. **Estudos**, Goiânia, v. 35, n. 3, p. 465–479, maio/jun. 2008.
- MENDONÇA, S. de A. M.; FREITAS, E. L. de; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 12, n. 9, e0185415, set. 2017.
- MENTZ, L. A.; BORDIGNON, S. A. de L. Nomenclatura botânica, classificação e identificação de plantas medicinais. Em: SIMÕES, C. M. O. (org.). **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2004. p. 211–228.
- MINAYO, M. C. de S. Modalidades de abordagens compreensivas. Em: MINAYO, M. C. de S. (ed.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 143–302.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e doença como expressão cultural. Em: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 31-39.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631–635, jul./ago. 2004.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NASCIMENTO JÚNIOR, B. J. *et al.* Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Campinhas, v. 18, n. 1, p. 57–66, 1 jan./mar. 2016.

NASCIMENTO, Y. de A.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. The subjective experience of using medications: what we know and the paths forward. **Pharmacy**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 50, 2 mar. 2021.

NASCIMENTO, Y. de A.; SILVA, L. D.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 33–40, 2020.

NEWMAN, D. J.; CRAGG, G. M. Natural products as sources of new drugs over the nearly four decades from 01/1981 to 09/2019. **Journal of Natural Products**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 770-803, mar. 2020.

NØRGAARD, L. S.; SØRENSEN, E. W. Action research methodology in clinical pharmacy: how to involve and change. **International Journal of Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 739–745, 7 maio 2016.

NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1–13, 2020.

OCCA, A.; CHEN, H.; TEFFETELLER, K. L. Using online memes to communicate about health: a systematic review. **American Journal of Health Promotion**, 18 ago. 2024. Comunicação prévia on-line.

OLIVEIRA, C. M. de *et al.* A experiência subjetiva de pacientes com o uso medicinal da Cannabis sativa L.: uma revisão integrativa. **Amazônia Science and Health**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 173-192, 2023.

OLIVEIRA, G. C. B. de; ALVES, M. R.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA. Action research as an tool for transformation of the pharmacist's praxis in primary care. **International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 180, 3 fev. 2017.

OLIVEIRA, I. V.; NASCIMENTO, Y. de A.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Decision-making process in comprehensive medication management services: from the

understanding to the development of a theoretical model. **Pharmacy**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 180, 3 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

OTIFY, A. *et al.* Mechanistic evidence of *Passiflora edulis* (Passifloraceae) anxiolytic activity in relation to its metabolite fingerprint as revealed via LC-MS and chemometrics. **Food & Function**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 3807–3817, dez. 2015.

PASSOS, L. A. Fenomenologia. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010a. *E-book*.

PASSOS, L. A. Tema gerador. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010b. *E-book*.

PEDROSO, R. D. S.; ANDRADE, G.; PIRES, R. H. Medicinal plants: an approach to rational and safe use. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310218, 2021.

PEREIRA, M. L. *et al.* Da teoria à prática: relatos da experiência de implantação da clínica de atenção farmacêutica em Minas Gerais, Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 869–875, 2009.

PHARMACOPEIA dos Estados Unidos do Brasil. Companhia Editora Nacional, 1926.

Plants of the World Online. Facilitated by the Royal Botanic Gardens, Kew. Disponível em: <<https://powo.science.kew.org/>>. Acesso em: 29 out. 2024.

RAIMONDI, G. A. **Corpos que (não) importam na prática médica**: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2020/anexo/tese_gustavo_antonio_raimondi.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

RAIMONDI, G. A. *et al.* A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; BARROS, N. F. de. O corpo negado pela sua “extrema subjetividade”: expressões da colonialidade do saber na ética em pesquisa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e180434, 2019.

RAIMONDI, G. A.; MOREIRA, C.; BARROS, N. F. de. This Text Is (Not) a Scientific Paper. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 26, n. 7, p. 931–940, 2020.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica**: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora, 2011.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Qualitative research in pharmacy education: overview and prospect of autoethnography in pharmacy education and practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s. l.], v. 84, n. 1, p. 156–165, jan. 2020.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; MACHUCA, M. La atención farmacéutica: um futuro profesional para América Latina. Em: HOMEDES, N.; UGADE, A. (org.). **La Farmacia, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011. p. 243–259.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; MENDONÇA, S. de A. M.; CIMBLERIS-ALKMIM, A. Autoethnography in Pharmacy Education and Practice. Em: DOUGLAS, K.; CARLESS, D. (org.). **Autoethnography Pedagogy and Practice**: Stories of Interdisciplinary Innovation. London: Routledge, 2025 [no prelo].

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; SHOEMAKER, S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **Journal of the American Pharmacists Association**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 56–66, jan./fev. 2006.

Reflora: flora e funga do Brasil. Disponível em: <https://floradobrasil.jbrj.gov.br/consulta/#CondicaoTaxonCP>. Acesso em: 29 out. 2024.

RIBEIRO, M. Â. *et al.* Implementation and systematization of a Comprehensive Medication Management (CMM) service delivered to women with breast cancer. **International Journal of Innovative Research in Medical Science**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 644–654, abr. 2017.

ROMÃO, J. E. Paradigmas do oprimido. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010a. *E-book*.

ROMÃO, J. E. Ontologia (Freiriana). Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010b. *E-book*.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71–94, nov. 2007.

SANTOS, B. R. G. Injustiças epistêmicas, dominação e virtudes. Em: MÜLLER, F. de M.; ETCHEVERRY, K. M. (org.). **Ensaios sobre epistemologia do testemunho**. Porto Alegre: Editora Fi, 2017. p. 143–172.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Evidence-based practice and sociocultural analysis in primary care. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300232, 2020.

SCHULZ, V. *et al.* **Rational Phytotherapy**: a reference guide for Physicians and Pharmacists. 5. ed. Germany: Springer, 2004.

SCHUTTE-RODIN, S. *et al.* Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [s. l.], v. 4, n. 5, p. 487–504, 15 out. 2008.

SECRETARIAT OF THE CONVENTION ON BIOLOGICAL DIVERSITY. **Global Biodiversity Outlook 5**. Montreal: Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2020.

SEIXAS, R. O Carimbador Maluco. Raul Seixas. Gravadora Eldorado, 1983.

SILVA, D. A. M. *et al.* Autoethnography as an instrument for professional (trans)formation in pharmaceutical care practice. **Qualitative Report**, [s. l.], v. 22, n. 11, p. 2926-2942, nov. 2017.

SILVA, W. B. da; DELIZOICOV, D. Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia. **Revista Brasileira de Farmácia**, [s. l.], v. 90, n. 1, p. 27–34, 2009.

SILVA, I. M. V. *et al.* Experiência subjetiva com medicamentos de pacientes convivendo com o câncer de mama: um fotovoz. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 64, n. 2, p. 167–175, abr./jun. 2018.

SOARES, J. A. S. *et al.* Potencialidades da prática da atenção farmacêutica no uso de fitoterápicos e plantas medicinais. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences**, [s. l.], n. 7, p. 10–21, 2020.

SOARES, J. A. S. **ĒJĒ MI JÍŞĒ**: uma escrevivência afrodiaspórica decolonial e autoetnográfica de uma neta de raizeira. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/54294>. Acesso em: 29 out. 2024.

SOARES, L. G. Diálogo no ensino superior entre a pós-graduação e o legado de Paulo Freire. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 11, e035703, p. 1-17, nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA CLÍNICA. **Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas**: documento de posição da SBFC. Brasília: Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica, 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA E ACUPUNTURA. Resolução nº 1, de 25 de abril de 2007. Institui o Plano de Trabalho para execução da certificação da especialização em Acupuntura do profissional psicólogo pela Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura - SOBRAPA. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 25 abr. 2007.

SORENSEN, T. D. *et al.* A dentist, pilot, and pastry chef walk into a bar...why teaching PPCP is not enough. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s.l.], v. 84, n. 4, p. 400–405, abr. 2020.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51–67, maio/ago. 2019.

STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. **Drug Intelligence & Clinical Pharmacy**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 63–67, jan. 1988.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THOMAS, A. *et al.* What is “shared” in shared decision-making? Philosophical perspectives, epistemic justice, and implications for health professions education. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 409–418, abr. 2020.

TRACY, S. J. **Qualitative research methods**: collecting evidence, crafting analysis, communicating impact. Pondicherry: Wiley-Blackwell, 2013.

TROMBETTA, S.; TROMBETTA, L. C. Vocaç o ontológica. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

Tropicos. Disponível em: <https://tropicos.org/home>. Acesso em: 29 out. 2024.

TURLAND, N. J. *et al.* (ed.) **International Code of Nomenclature for algae, fungi, and plants (Shenzhen Code) adopted by the Nineteenth International Botanical Congress Shenzhen, China, July 2017**. Regnum Vegetabile 159. Glash tten: Koeltz Botanical Books, 2018.

VARELA, D.; AZEVEDO, D. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista de Pesquisa: Cuidado   Fundamental Online**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 3588–3600, abr./jun. 2013.

VIDAL,  . A. F. *et al.* Percep o dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Crato-CE sobre fitoterapia. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 39–46, 2019.

VIEIRA, A. Cartas Pedagógicas. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. *E-book*.

VILLAS-B OAS, G. Emergência climática e um novo paradigma: a centralidade da biodiversidade em uma Nova Era. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 428–431, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO monographs on selected medicinal plants**. Geneva: World Health Organization, 1999. 4 v.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Geneva: World Health Organization, 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicina tradicional: necesidades crecientes y potencial**. Geneva: World Health Organization, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global atlas of traditional, complementary, and alternative medicine: text volume**. Kobe: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world medicines situation 2011: tradicional medicines, global situation, issues and challenges**. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Traditional Medicine strategy 2014-2023**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva: World Health Organization, 2019.

ZITKOSKI, J. J. Ser mais. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010a. *E-book*.

ZITKOSKI, J. J. Dialética. Em: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010b. *E-book*.

ZUBIOLI, A. **Consulta farmacêutica ao portador de diabetes mellitus tipo 2**. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/312/browse?type=author&order=ASC&pp=20&value=Zubioli%2C+Arnaldo>. Acesso em: 29 out. 2024.

APÊNDICES

Apêndice A – Tópicos-guia para entrevista

Tema	N	Pergunta
Experiências da infância	1	Você teve experiências com o uso das plantas medicinais em sua infância? Pode descrever algumas situações vividas?
	2	Como era o uso das plantas medicinais em sua família? O que significava o uso de plantas medicinais para a sua família?
	3	Como é o uso de plantas medicinais na cidade ou nas cidades nas quais você cresceu?
Prática pessoal	4	Depois da sua infância, o que significa usar plantas medicinais? Poderia me contar alguma história de quando você usou, e como foi?
	5	Você observa diferenças entre a visão que você tinha da fitoterapia antes e depois de se formar como farmacêutico? Você passou a utilizar mais ou menos esse tipo de prática em seus cuidados pessoais? Pode descrever situações vividas?
	6	Existe alguma interação entre suas práticas espirituais ou religiosas com seu uso das plantas medicinais?
Durante a formação profissional	7	Como foi a abordagem da fitoterapia em seu curso de graduação em farmácia? A sua graduação te preparou para atuar no campo da fitoterapia? O que poderia ter sido diferente?
	8	Como foi seu processo de pós-graduação? A fitoterapia foi explorada?
Uso de fitoterápicos pela população	9	O que você pensa sobre o uso que a população faz da fitoterapia de modo autônomo? O que você pensa sobre a experiência subjetiva no uso de fitoterápicos?
Atuação profissional	10	Como é a sua experiência profissional com a fitoterapia? Você orienta as pessoas sobre o uso adequado de fitoterápicos? Você prescreve fitoterápicos? Conte-me mais sobre isso.
	11	Quais são as dificuldades que você vivencia para atuar com a fitoterapia? Você poderia exemplificar?
	12	Existem aspectos que te desmotivam a trabalhar com a fitoterapia? Quais?
	13	Existem aspectos que te motivam a trabalhar com a fitoterapia? Quais?
	14	Qual é a sua opinião sobre a inclusão sistemática da fitoterapia na prática da Atenção Farmacêutica?
	15	O que você pensa sobre a atuação dos farmacêuticos na fitoterapia? O que você pensa sobre a atuação clínica do farmacêutico na fitoterapia? E sobre a prescrição farmacêutica de fitoterápicos?
	16	O que você pensa sobre a atuação de outros profissionais de saúde na fitoterapia, seja na educação em saúde ou no âmbito clínico?
Diferença fito x convencional	17	Quais são, para você, as diferenças do uso da fitoterapia e dos medicamentos convencionais?
Ações da pesquisa	18	Você tem ideias de ações que poderíamos fazer no CEAF para favorecer a inserção da fitoterapia na Atenção Farmacêutica? Que iriam enriquecer a sua prática?
Finalização	19	Mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Apêndice B – Aceite de artigo

Notificações ×

[RPQ] Revisões Requeridas

2024-09-17 01:14 PM

- Ana Cimberis-Alkmim, Simone de Araújo Medina Mendonça, Djenane Ramalho-de-Oliveira:

Foi tomada uma decisão sobre o artigo, "Pedagogia do Oprimido e Autoetnografia: uma combinação metodológica para a elaboração e realização de programas educativos críticos no campo da saúde", submetido à Revista Pesquisa Qualitativa .

A decisão é aceitar o manuscrito desde que as considerações indicadas pelos pareceristas sejam incorporadas ao texto. Todas as sugestão seguem em artigo anexo.

O arquivo deve ser devolvido pela plataforma da revista e o prazo para devolução é de: 15 de outubro de 2024.

Todas as alterações devem ser deixadas em destaque.
- Ressaltamos que, conforme mencionado nas "Condições para Submissão", o manuscrito deve ser enviado para um revisor (tanto o texto completo como o abstract). É necessário o envio de declaração assinada pelo profissional que revisou o texto e o abstract.

Qualquer dúvida estamos à disposição.

Apêndice C – Primeira página do artigo no formato publicado

Pesquisa

ISSN 2525-8222

DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.28.597>

FITOTERAPIA CONTEMPORÂNEA NO BRASIL: UM PARALELO COM A TEORIA DA AÇÃO ANTIDIALÓGICA DE PAULO FREIRE

CONTEMPORARY PHYTOTHERAPY IN BRAZIL: A PARALLEL WITH PAULO FREIRE'S THEORY OF ANTIDIALOGICAL ACTION

Ana Cimbleiris-Alkmim¹

Simone de Araújo Medina Mendonça²

Djenane Ramalho-de-Oliveira³

Resumo: Este artigo pretende discutir criticamente aspectos socioculturais que influenciam a prática da fitoterapia no Brasil contemporâneo, olhando-a a partir da teoria da ação antidialógica de Paulo Freire. Para isso, empregou-se a Autoetnografia Evocativa. Duas narrativas produzidas se entrecruzam com os quatro componentes da ação antidialógica – conquista, dividir para manter a opressão, manipulação e invasão cultural –, criando diálogo entre teoria e prática à medida que se desenha uma problematização com perspectiva decolonial. São desveladas razões para a baixa expressividade da fitoterapia no sistema oficial de saúde apesar do seu imenso potencial para o país. Conclui-se que é necessário que uma práxis crítica baseada na valorização da Medicina Tradicional Brasileira se capilarize no ensino, na pesquisa e nos serviços em saúde. Assim, denuncia-se uma situação-limite, que contém em si a semente do inédito-viável a ser construído: um projeto de saúde amplo, ecológico e socialmente mais justo.

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas Medicinais; Medicina Tradicional das Américas; Pesquisa Qualitativa.

Abstract: This article aims to critically discuss sociocultural aspects that influence the practice of phytotherapy in contemporary Brazil, employing Paulo Freire's theory of antidialogical action. The evocative autoethnography methodology was used. Two constructed narratives intertwine with the four components of the antidialogical action – conquest, divide and rule, manipulation and cultural invasion – creating a dialogue between theory and practice as a decolonial problem-posing perspective is outlined. The reasons for the diminished role of phytotherapy in the official healthcare system, despite its immense potential for the country, are unveiled. In conclusion, it is imperative for a critical praxis that values Brazilian Traditional Medicine to be widespread in teaching, research and healthcare services. A limit-situation is thus denounced, containing in itself the seed of the untested feasibility to be built: a broad, ecological and socially fairer health project.

Keywords: Phytotherapy; Medicinal Plants; Traditional Medicine of the Americas; Qualitative Research.

1 Introdução

“Fito” é um sufixo ou prefixo grego que indica uma relação com os vegetais. Fitoterapia se refere ao tratamento pelas plantas. O crescimento da fitoterapia é uma

¹ Doutoranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica e Mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF - UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: anacimbleiris@gmail.com

² Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, UFMG. Professora e colaboradora do CEAF - UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: simoneamm@gmail.com

³ PhD in Social and Administrative Pharmacy, University of Minnesota (UM). Professora e coordenadora do CEAF - UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: djenane.oliveira@gmail.com

Apêndice D – Primeira página do artigo no formato publicado

10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n4p173-192



ARTIGO DE REVISÃO

<< Recebido em: 26/08/2023 Aceito em: 22/10/2023 >>

A Experiência Subjetiva de pacientes com o Uso Medicinal da *Cannabis sativa* L.: Uma Revisão Integrativa

The Patients' Subjective Experience with the medical use of Cannabis sativa L.: an integrative review

Cristiane Mendonça de Oliveira¹, Djenane Ramalho de Oliveira², Ana Cimberlis Alkmim³, Catarina Stivali Teixeira⁴

RESUMO

A *Cannabis sativa* L., planta popularmente conhecida por cannabis ou maconha, apresenta uma história relacionada a diversos impactos socioculturais, consequência de seus diversos usos possíveis, dentre eles, o uso medicinal. Ainda que seja uma "erva proibida" em muitos lugares do mundo, a espécie tem despertado interesse da comunidade científica e da indústria farmacêutica, além de gerar expectativas em muitas pessoas. Diante desse cenário, o objetivo desse estudo foi revelar a experiência dos pacientes com o uso medicinal da Cannabis, por meio de uma revisão integrativa de artigos qualitativos primários. Os três temas mais recorrentes, em ordem decrescente, foram "Benefícios do uso", "Desafios enfrentados" e "Padrões de uso contemporâneos". Os subtemas mais citados no primeiro tema mencionado foram "Eficácia percebida" e "Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos". Já no segundo tema mencionado, o subtema mais expressivo foi "Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde". Por fim, em relação ao terceiro tema mencionado, o subtema "Métodos variados de uso" foi o mais recorrente. Espera-se que os resultados obtidos nessa revisão sirvam de instrumento para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias para ensino, pesquisa e práticas com perspectivas ampliadas e informadas sobre o uso da Cannabis Medicinal no processo de cuidado.

Palavras-chave: Experiência vivida. Cannabis. Maconha medicinal. Pesquisa qualitativa. Revisão.

ABSTRACT

Cannabis sativa L., a plant popularly known as Cannabis or marijuana, has an extensive history related to social impacts, economic interests and cultural manifestations, for its various possible uses, among them medicinal use. The debate on the therapeutic use of cannabis-based products brings us a reflection on traditionally established ethical and moral values. Although it is a "forbidden herb" in many places in the world, the use of cannabis has aroused the interest of the scientific community and the pharmaceutical industry, as well as generates expectations in many people. Given this scenario, the objective of this study was to unveil the main themes and subthemes related to the use of medicinal cannabis, through an integrative review of primary qualitative articles. The two most recurrent themes in this study were "Benefits of the use of MC" and "Challenges faced". The most cited sub-themes were "Perceived efficacy"; "Fewer side effects and smaller amounts of medications"; "Medical disapproval and fear of talking to health professionals" and "Varied methods of medical cannabis use." The results obtained in this review may serve as an instrument for health professionals in the planning of strategies and practices with expanded perspectives on the care process.

Keywords: Lived experience. Cannabis. Medical marijuana. Qualitative research. Review.

¹ Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0009-0005-7002-204X. E-mail: mendcristiane2109@gmail.com

²Doutora, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0002-5548-8184. E-mail: drooliveira@ufmg.br

³Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0002-8269-5488. E-mail: anacimberlis@gmail.com

⁴Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0001-6026-193X. E-mail: catarinast@gmail.com

173

Apêndice E – Primeira página do artigo no formato publicado



Artigos

Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensino-aprendizagem terapêutica e decolonial

Collaborative autoethnography in pandemic times: a therapeutic and decolonial teaching-learning experience (abstract: p. 21)

Autoetnografía colaborativa en tiempos de pandemia: una experiencia de enseñanza-aprendizaje terapéutica y decolonial (resumen: p. 21)

Bárbara Taciana Furtado^(*)
<barbarafur@ufmg.br> 

Ana Cimbleiris-Alkmim^(*)
<anacimbleiris@gmail.com> 

Felipe Augusto dos Santos Oliveira Lima^(*)
<biotox-f@ufmg.br> 

Djenane Ramalho-de-Oliveira^(*)
<djenane.oliveira@gmail.com> 

^(*) Pós-graduada do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (Doutorado), Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Presidente Antônio Carlos, 6.627, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. 31270-901.

^(*) Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Esta Autoetnografia colaborativa teve como objetivo compreender a experiência de três estudantes em disciplina de Autoetnografia no programa de pós-graduação na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais durante o período inicial da pandemia de Covid-19. Para tal, os diários de campo e as produções autoetnográficas dos estudantes – textos, poemas, fotografias, arquivos em áudio e arquivos em vídeo com performances ou dança – foram analisados. Destacaram-se os diversos aspectos terapêuticos e decoloniais que a Autoetnografia oportuniza pelo exercício metacognitivo. A disciplina humanizou o ambiente acadêmico proporcionando interconexão das ciências convencionais com as artes e a cultura. Este trabalho aponta os benefícios da Autoetnografia para a formação de profissionais de saúde críticos e reflexivos, especialmente os farmacêuticos, por promover competências apropriadas ao cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Autoetnografia. Covid-19. Formação de profissionais de saúde. Pedagogia decolonial. Pesquisa qualitativa.

Furtado BT, Cimbleiris-Alkmim A, Lima FASO, Ramalho-de-Oliveira D. Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensino-aprendizagem terapêutica e decolonial. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26: e210140 <https://doi.org/10.1590/interface.210140>

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 25780314.4.0000.5149

Interessado(a): Profa. Djenane Ramalho de Oliveira
Departamento de Farmácia Social
Faculdade de Farmácia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) referente à Emenda no Projeto Original

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Pesquisador: Djenane Ramalho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 21

CAAE: 25780314.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.240.100

Apresentação do Projeto:

Esta proposta de emenda visa destacar nomeadamente estudos relacionados à fitofarmacoterapia ao escopo do projeto original. Afinal, a Atenção Farmacêutica, que é uma prática profissional que visa atender à necessidade social por um uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de medicamentos, pode e deve se estender aos produtos de origem natural, sendo necessários mais estudos sobre a temática a partir deste novo contexto de prática profissional do farmacêutico. Além disso, a emenda visa incluir novos membros à equipe de pesquisa.

O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica que auxilia pessoas que utilizam medicamentos convencionais ou naturais a atingir os objetivos de seus tratamentos. O farmacêutico profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Este projeto de pesquisa visa produzir conhecimento e inovação tecnológica que subsidie a consolidação de serviços de GTM implantados por farmacêuticos, com o apoio do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF/UFMG), em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS. Atualmente, os serviços de saúde que estão sendo beneficiados com a implantação de serviços de GTM pelo CEAF/UFMG são: unidades de Atenção

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.240.100

Primária à Saúde das Prefeituras de Betim, Lagoa Santa, Congonhas, Montes Claros e de Belo Horizonte, no núcleo de Assistência Farmacêutica da Superintendência Regional de Belo Horizonte da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, nos ambulatórios de Endocrinologia e de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas da UFMG, ambulatório de Oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Setor de Endocrinologia Oncológica e Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituição de Longa Permanência de Idosos sediada em Belo Horizonte e Instituto Mário Penna – Hospital Luxemburgo. Para a avaliação de resultados clínicos e econômicos, será utilizada a metodologia quantitativa por meio de estudo observacional longitudinal descritivo. Os dados serão coletados dos registros dos serviços de GTM seguindo o referencial metodológico utilizado por Ramalho de Oliveira,

Brummel e Miller, 2010 e por Isetts et al, 2008. Propõe-se o desenvolvimento de software para registro da prática que subsidie a continuidade dessas avaliações no cotidiano dos serviços de saúde. Para a compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais, e também para avaliação da qualidade dos serviços será utilizada a metodologia qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de observação participante,

autoetnografia, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas individuais e grupos focais com usuários, estudantes, docentes e

profissionais da equipe multiprofissional e gestores envolvidos com o oferecimento do serviço de GTM e com a formação em educação interprofissional. O foco do processo de coleta de dados será:- com os usuários: a compreensão da experiência subjetiva com a doença, com o uso de medicamentos, com o serviço de GTM, e da qualidade de vida e sua relação com o recebimento do serviço de GTM;- com estudantes, docentes,

profissionais de saúde e gestores: a compreensão dos aspectos humanísticos e culturais envolvidos na construção e sistematização coletiva do serviço de GTM em ambiente multiprofissional;- com estudantes e docentes envolvidos: a compreensão dos aspectos culturais e educacionais envolvidos na formação em atenção farmacêutica e para a tomada de decisão em farmacoterapia de forma integrada à equipe multidisciplinar. A

equipe de pesquisadores almeja que o presente projeto de pesquisa viabilize a institucionalização dos serviços de GTM implantados em diferentes cenários do Sistema Único de Saúde a fim de que este serviço se torne uma realidade no país.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.240.100

Avaliar resultados clínicos, humanísticos e econômicos e compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de GTM implantados em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar os resultados clínicos, humanísticos e econômicos promovidos/obtidos pelos serviços de GTM;
2. Compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais relacionados à implantação, consolidação e oferta e formação para serviços de GTM e para a tomada de decisão compartilhada em farmacoterapia;
3. Construir indicadores de qualidade dos serviços de GTM e validá-los com especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Um dos possíveis riscos das pesquisas é a identificação dos participantes da pesquisa, entretanto, esse risco será minimizado porque as consultas às documentações serão realizadas de forma a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos pacientes. Nas entrevistas e consultas a especialistas, os participantes serão informados sobre o sigilo das informações e na apresentação dos dados serão utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos entrevistados.

Benefícios:

Os resultados obtidos com essas pesquisas poderão melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do serviço de GTM atendidos nesses cenários, contribuindo para alcance dos objetivos terapêuticos dos pacientes e melhora de sua experiência subjetiva. Também, irá auxiliar na implantação desse serviço em outros cenários, visto que vai demonstrar o processo de implantação e revelar a experiência dos envolvidos. Irá contribuir para o processo de formação de profissionais de farmacêuticos para essa prática, pois irá compreender os aspectos educacionais envolvidos na formação para esses serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica que auxilia pessoas que utilizam medicamentos convencionais ou naturais a atingir os objetivos de seus tratamentos. O farmacêutico profissional

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.340.100

do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde. Este projeto de pesquisa visa produzir conhecimento e inovação tecnológica que subsidie a consolidação de serviços de GTM implantados por farmacêuticos, com o apoio do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF/UFMG), em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS. Atualmente, os serviços de saúde que estão sendo beneficiados com a implantação de serviços de GTM pelo CEAF/UFMG são: unidades de Atenção Primária à Saúde das Prefeituras de Betim, Lagoa Santa, Congonhas, Montes Claros e de Belo Horizonte, no núcleo de Assistência Farmacêutica da Superintendência Regional de Belo Horizonte da Secretaria de Saúde

do Estado de Minas Gerais, nos ambulatórios de Endocrinologia e de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas da UFMG, ambulatório de Oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Setor de Endocrinologia Oncológica e Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Instituição de Longa Permanência de Idosos sediada em Belo Horizonte e Instituto Mário Penna – Hospital Luxemburgo.

Para a avaliação de resultados clínicos e econômicos, será utilizada a metodologia quantitativa por meio de estudo observacional longitudinal

descritivo. Os dados serão coletados dos registros dos serviços de GTM seguindo o referencial metodológico utilizado por Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller, 2010 e por Isetts et al, 2008. Propõe-se o desenvolvimento de software para registro da prática que subsidie a continuidade dessas avaliações no cotidiano dos serviços de saúde. Para a compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais, e também para

avaliação da qualidade dos serviços será utilizada a metodologia qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de observação participante, autoetnografia, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas individuais e grupos focais com usuários, estudantes, docentes e profissionais da equipe multiprofissional e gestores envolvidos com o oferecimento do serviço de GTM e com a formação em educação

interprofissional. O foco do processo de coleta de dados será:- com os usuários: a compreensão da experiência subjetiva com a doença, com o uso de medicamentos, com o serviço de GTM, e da qualidade de vida e sua relação com o recebimento do serviço de GTM;- com estudantes, docentes, profissionais de saúde e gestores: a compreensão dos aspectos humanísticos e culturais envolvidos na construção e sistematização coletiva do

serviço de GTM em ambiente multiprofissional;- com estudantes e docentes envolvidos: a

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.240.100

compreensão dos aspectos culturais e educacionais envolvidos na formação em atenção farmacêutica e para a tomada de decisão em farmacoterapia de forma integrada à equipe multidisciplinar. A equipe de pesquisadores almeja que o presente projeto de pesquisa viabilize a institucionalização dos serviços de GTM implantados em diferentes

cenários do Sistema Único de Saúde a fim de que este serviço se torne uma realidade no país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Relatório referente ao período de 28/05/2014 a 20/01/2022; Emenda encaminhada ao CEP; Novo instrumento de coleta de dados; Cartas de encaminhamento; Cartas de anuência; TCLE; Projeto brochura; Declaração de confidencialidade; Projeto brochura encaminhado à Plataforma Brasil em 2014.

Recomendações:

Recomenda-se o envio do relatório ao CEP por ocasião do encerramento da pesquisa. Recomenda-se que quaisquer alterações no projeto sejam notificadas ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1862473_E16.pdf	20/01/2022 19:17:10		Aceito
Outros	Relatorio_parcial_jan_2022.pdf	20/01/2022 19:09:55	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_resposta_parecer_5183406_jan_2022.pdf	20/01/2022 19:09:20	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Novo_instrumento_de_coleta_de_dados_Emenda_Fito.pdf	25/11/2021 15:08:48	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.240.100

Outros	Carta_de_encaminhamento_Emenda_Fito.pdf	25/11/2021 15:03:38	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda_Fito.pdf	25/11/2021 15:02:28	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_CEP.pdf	02/08/2021 09:35:20	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Termo_compromisso_IMP.pdf	02/08/2021 09:30:32	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda_IMP.pdf	02/08/2021 09:27:12	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumentos_de_coleta_IMP.pdf	02/08/2021 09:23:30	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_de_confidencialidade_IMP.pdf	30/07/2021 14:52:13	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_IMP.pdf	30/07/2021 14:32:28	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_area_farmacia_IMP.pdf	30/07/2021 14:12:56	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_capitacao_IMP.pdf	30/07/2021 14:12:42	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_E15.pdf	07/06/2021 15:18:31	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	Anuencia_inca.pdf	26/11/2020 17:57:24	Kirla Barbosa Detoni	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_emenda.pdf	26/11/2020 17:28:34	Kirla Barbosa Detoni	Aceito
Outros	carta_anuencia_moc.jpeg	24/09/2019 12:37:13	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia_ilpi.jpg	04/11/2018 11:19:37	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia_congonhas.jpg	25/10/2018 23:08:21	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	257803144parecerEMassinado.pdf	18/10/2017 11:16:07	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144parecerEMassinado.pdf	18/10/2017 11:16:07	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144e5assinad.pdf	18/10/2017 11:15:52	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144e5assinad.pdf	18/10/2017 11:15:52	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314aprova.pdf	26/04/2017 17:59:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314parece.pdf	26/04/2017	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 2 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.240.100

Outros	25780314parece.pdf	17:58:47	Vivian Resende	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_comite.docx	09/04/2017 15:22:17	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite.docx	09/04/2017 15:20:14	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_comite.docx	09/04/2017 15:19:42	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
Outros	25780314aprovacao.pdf	30/08/2016 19:48:19	Vivian Resende	Aceito
Outros	2578031parecer.pdf	30/08/2016 19:47:25	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144emenda2.pdf	23/08/2016 14:28:22	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144parecer.pdf	23/08/2016 14:28:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314parecer.pdf	30/08/2016 13:47:18	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	257803144emenda.pdf	30/08/2016 13:46:53	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	25780314aprovacao.pdf	28/04/2016 17:17:09	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SMS_Betim.pdf	07/12/2015 14:57:26	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Plataforma_Brasil_enviado_outubro.pdf	01/10/2014 22:44:57		Aceito
Outros	PBH_carta de anuência.pdf	19/09/2014 22:38:11		Aceito
Outros	Carta de anuência SES.pdf	19/09/2014 22:33:15		Aceito
Outros	carta_anuencia_amb_hepatites_virais_HC_UFMG.jpg	25/05/2014 17:48:27		Aceito
Outros	Declaracao_comunicacao_DEPE_HC_UFMG.pdf	25/05/2014 05:51:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_geral_alteracao_solicitada.pdf	25/05/2014 05:42:23		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Liga de Diabetes.jpg	01/05/2014 10:51:59		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM APS Lagoa Santa.jpg	01/05/2014 10:47:34		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Ambulatório Oncologia UFU.pdf	01/05/2014 10:40:57		Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.240.100

Outros	Parecer_Dep_Farm_Social_final.docx	27/02/2014 13:35:00		Aceito
Outros	Termo compromisso Proponente.jpg	13/12/2013 16:49:27		Aceito
Outros	Instrumentos de coleta de dados_geral.pdf	13/12/2013 16:39:39		Aceito
Outros	Parecer projeto Djenane_003.jpg	13/12/2013 14:55:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de Rosto Projeto Djenane.jpg	13/12/2013 14:50:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 12 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa:

RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo sobre o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) implantado na unidade de saúde em que você trabalha, leciona ou estuda. O objetivo do estudo é a compreensão dos aspectos humanísticos, culturais e educacionais envolvidos na construção, sistematização coletiva e processos de formação no serviço de GTM em ambiente multiprofissional.

Ao concordar em participar da pesquisa, você estará concordando em participar de entrevistas, grupos focais ou da elaboração de diário de campo sobre sua experiência com aspectos relacionados ao serviço de GTM. As entrevistas e os grupos focais serão realizados em local que garanta sua privacidade e sigilo. Toda a informação obtida é considerada confidencial e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

Esses procedimentos poderão lhe trazer como riscos o desconforto ou constrangimento, os quais poderão ser evitados ou minimizados pela sua liberdade em não responder ou escrever sobre assuntos que sejam propostos.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento. Você não será prejudicado em seu vínculo profissional/acadêmico caso decida por não participar. É importante esclarecer ainda que a sua participação será isenta de qualquer despesa ou outro ônus.

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de implantação, sistematização e formação no serviço de GTM, de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas

experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato.

Eu,....., após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a), pela pesquisadora, sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura:.....

Pesquisador responsável

Eu, Djenane Ramalho de Oliveira, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ___ / ___ / ____

Assinatura:.....

Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Contatos:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – telefone: 31 3409-6858

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – telefone: 31 3409-4592

Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901