

O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise

The scenario of phytotherapy in Primary Health Care in Brazil: An analysis

Betania Barros Cota¹, Tatiana Chama Borges Luz¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514710102P

RESUMO A implantação da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) foi incentivada por políticas públicas há mais de 17 anos. Esta revisão mapeou e analisou criticamente publicações sobre a fitoterapia na Atenção Primária à Saúde, desde a implementação das políticas nacionais de plantas medicinais e práticas integrativas (PNPMF e PNPIC), identificando padrões e lacunas de conhecimento. As buscas, realizadas entre outubro e dezembro de 2023, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e internet, incluíram 32 artigos, de 2006 a 2023. Os estudos foram avaliados pelos critérios Strobe e Coreq e organizados em seis eixos temáticos. A maioria dos estudos ocorreu em municípios do Sul do Brasil, com enfoque na visão dos profissionais de saúde e qualidade média acima de 67%. Os achados revelam escassez de pesquisas sobre financiamento, institucionalização e gestão estratégica e logística; carência de capacitação profissional; baixa oferta de serviços no SUS; dados heterogêneos sobre práticas, prescrição e falta de acompanhamento de usuários. Embora percepções positivas predominem entre profissionais e usuários, persistem lacunas quanto ao conhecimento de riscos, interações medicamentosas e políticas públicas. Ressalta-se que a consolidação da fitoterapia no SUS requer, além de análise crítica governamental, suporte educativo, estratégias mais horizontais e abrangentes.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Fitoterapia. Plantas medicinais. Medicamento fitoterápico. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The implementation of phytotherapy in the Unified Health System (SUS) has been encouraged by public policies for over 17 years. This review mapped and critically analyzed publications on phytotherapy in Primary Health Care, since the implementation of the national policies on medicinal plants and integrative practices (PNPMF and PNPIC), identifying patterns and knowledge gaps. Searches were conducted between October and December 2023 in Virtual Health Library (BVS), PubMed, and internet, including 32 articles published from 2006 to 2023. The studies were evaluated using the STROBE and COREQ criteria and organized into six thematic axes. Most studies were conducted in municipalities in Southern Brazil, focusing on the perspectives of health professionals, and presented an average quality above 67%. The findings reveal a scarcity of research on funding, institutionalization, and strategic and logistical management; a lack of professional training; limited supply of services in SUS; heterogeneous data on practices, prescription, and the absence of user follow-up. Although positive perceptions predominate among professionals and users, gaps remain regarding knowledge of risks, drug interactions, and public policies. It is emphasized that consolidation of phytotherapy in SUS requires, in addition to critical governmental analysis, educational support and more horizontal and comprehensive strategies.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Phytotherapy. Plants, medicinal. Phytotherapeutic drugs. Unified Health System.*

¹Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil. betania.cota@fiocruz.br

Introdução

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006) foram institucionalizadas há mais de 17 anos com objetivo de garantir acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, além de incentivar a implantação de opções terapêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻³. Dados dos sistemas de informação em saúde do SUS revelam que, entre 2017 e 2019, as plantas medicinais e a fitoterapia, tanto na condição de atividades ou procedimentos coletivos quanto de atendimentos individuais, figuraram entre as três práticas integrativas mais oferecidas na Atenção Primária à Saúde (APS), indicando uma demanda pela população⁴.

O acesso à fitoterapia pelo SUS na APS pode se dar por serviços de Farmácias Vivas e de Manipulação, Hortos de Plantas Medicinais, Indústria de Medicamentos. A fitoterapia, uma das 29 Práticas Integrativas e Complementares oferecidas pelo SUS, pode ser disponibilizada de diversas formas: como planta fresca (*in natura*), planta seca ('droga vegetal'), fitoterápicos manipulados (preparados em farmácias autorizadas pela vigilância sanitária) e fitoterápicos industrializados (produzidos e comercializados mediante registro na Anvisa/Ministério da Saúde)³.

A Farmácias Viva, instituída no SUS pela Portaria nº 886/2010 do Ministério da Saúde e regulamentadas pela RDC nº 18/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, foi idealizada para promover o acesso à fitoterapia, englobando desde o cultivo até a dispensação, e respeitando as particularidades territoriais^{5,6}. As Farmácias Vivas oferecem plantas frescas, secas e produtos manipulados, mas enfrentam obstáculos, desde a autorização de funcionamento, devido a conflitos no cadastro nacional de atividades econômicas, até questões de validade e controle de qualidade dos produtos e pela escassez de informações

sobre espécies nativas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira⁷. Uma avaliação situacional de Farmácias Vivas observou que essas apresentam dificuldades, como falta de recursos financeiros e mão de obra qualificada, além de incentivo por parte do Ministério da Saúde para continuidade e implantação de novos estabelecimentos⁶.

Um total de 12 medicamentos fitoterápicos está presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que são financiados pelo componente básico da Assistência Farmacêutica (AF)⁸. Estudo recente identificou predomínio de aquisição de fitoterápicos industrializados e de compras pelas regiões Sul e Sudeste do País. Embora a inclusão de fitoterápicos na Rename seja concebida como um meio de apoio e orientação para o seu uso, evidências indicam que esse processo ainda se depara com uma série de adversidades e complicações para os municípios⁹.

Ademais, a indústria de medicamentos fitoterápicos do Brasil não se desenvolveu significativamente na última década, apesar das políticas públicas vigentes e da vasta biodiversidade brasileira. Diversos fatores têm contribuído para esse cenário, incluindo o rigor regulatório e sanitário¹⁰, entraves jurídicos e administrativos e a concorrência com produtos não regularizados. Outrossim, a necessidade de garantir a qualidade das plantas cultivadas no País, a falta de padronização entre as etapas da cadeia produtiva, problemas com fornecedores e a carência de pesquisas clínicas para a aprovação dos fitoterápicos têm impactado negativamente as inovações tecnológicas nesse setor¹¹. Por outro lado, o desempenho do mercado de medicamentos isentos de prescrição, que inclui a maioria dos fitoterápicos, cresceu em faturamento em quase 40% entre 2020 e 2022. Nesse período, tanto o faturamento quanto o número de embalagens comercializadas de fitoterápicos aumentaram¹². Esses fatos sugerem que as empresas desse setor têm grande potencial de crescimento como fornecedoras do SUS.

A fitoterapia tem sido implantada em vários municípios do País, porém, de modo desafiador para os tomadores de decisão e profissionais de saúde devido às dificuldades relacionadas ao seu financiamento, operacionalização e capacitação de profissionais⁷. Este trabalho visa a mapear e analisar criticamente as evidências sobre a fitoterapia na APS no SUS desde a implementação das políticas nacionais (PNPMF e PNPIC), identificando padrões e lacunas de conhecimento.

Material e métodos

Pergunta norteadora para seleção dos estudos

Esta revisão de escopo foi conduzida usando o referencial metodológico do Instituto Joanna Briggs, utilizando a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) na definição da pergunta norteadora para a seleção dos estudos¹³. A População incluiu gestores, profissionais e usuários da APS do SUS. O Conceito abrangeu gestão e implementação, uso, práticas e conhecimentos e percepções relacionadas à fitoterapia descritas em estudos publicados após a promulgação das políticas relacionadas a partir de 2006. O Contexto foi a APS no Brasil.

Ao integrar os elementos do PCC com os objetivos do estudo de mapear e criticar as evidências sobre a fitoterapia no País na APS desde a implementação das políticas nacionais, a pergunta de pesquisa da revisão foi definida como: 'Quais são as evidências científicas disponíveis sobre a institucionalização, a implementação, o financiamento, a força de trabalho, o uso, bem como os conhecimentos e percepções relacionados à fitoterapia entre usuários e profissionais da APS no SUS no Brasil desde a publicação das políticas nacionais, e quais padrões e lacunas de conhecimento podem ser identificados?'. Essa pergunta orientou a seleção, extração e categorização dos dados,

assegurando que as evidências fossem analisadas de forma integrada.

Crerios de elegibilidade

Foram incluídos estudos primários transversais, qualitativos, de intervenção e relatos de experiência e estudos de avaliação publicados no período de 2006 a 2023. Os artigos científicos que integram esta revisão estão nos idiomas português e inglês, de acesso público e foram publicados a partir de 2006, ano da criação da PNPMF (Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006)¹, considerada um marco histórico no País. Foram utilizadas para a pesquisa as referências com informações sobre plantas medicinais e fitoterápicos na saúde básica, de acordo com a pergunta norteadora.

Não foram incluídos estudos secundários como revisões, livros e capítulos de livros. Esta revisão considerou apenas estudos conduzidos em nível municipal, excluindo aqueles realizados em uma única Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família.

Estratégias de busca

Uma busca prévia da literatura possibilitou a compilação de palavras-chave. Essas palavras foram usadas para localizar os vocabulários controlados a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). A estratégia 2 de busca na base de dados do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi construída a partir da linguagem natural presente nos artigos selecionados.

As estratégias de busca foram realizadas em periódicos indexados em base de dados e adaptadas de acordo com as especificidades de cada um, mantendo-se a similaridade da combinação dos descritores por meio dos operadores booleanos (OR e AND).

A primeira busca foi realizada em três bases de dados, do mês de outubro a dezembro de 2023: BVS, U.S. National Library of Medicine (PubMed) e Google Acadêmico.

As estratégias de busca finais foram:

- BVS: Estratégia 1: “plantas medicinais” OR “medicamento fitoterápico” OR “fitoterapia” OR “medicina integrativa” AND “Atenção Primária à Saúde”; Estratégia 2: “Atenção Primária à Saúde” AND “plantas medicinais” OR “medicamentos fitoterápicos” OR “fitoterapia” AND “situação” OR “cenário” OR “panorama” OR “diagnóstico” OR “implementação” OR “implementação”.
- PubMed: (“plants, medicinal” OR “Herbal Therapy”) AND “Complementary Therapies” AND “primary health care”.
- Google: “Atenção Primária à Saúde” OR “Primary Healthcare” OR “Atenção Primária” OR “Primary Care”.

Seleção dos estudos

Após leitura dos títulos e resumos, alguns estudos foram excluídos por não estarem alinhados com o objetivo da pergunta norteadora. Quando a descrição do estudo não era clara a partir do resumo, o artigo completo foi recuperado para leitura parcial ou integral, a fim de verificar se abordava adequadamente a questão de pesquisa.

Os artigos elegíveis foram lidos na íntegra para definir a sua inclusão ou não na revisão. Posteriormente, somente os estudos classificados no Qualis/Capes até B3 na área da saúde coletiva (2017-2020) foram selecionados. Para diminuir o risco de viés de seleção, os artigos foram analisados duas vezes pelo mesmo pesquisador antes de serem incluídos no processo de leitura final e na elaboração da revisão.

Extração e organização dos dados

Os dados dos artigos selecionados foram extraídos e registrados em planilhas estruturadas no Microsoft Office Excel® desenvolvidas pelos autores, contemplando informações

como informações bibliográficas, objetivos e desenho do estudo, abrangência amostral, participantes (usuários, trabalhadores da saúde), âmbito, local e período de coleta, bem como os principais resultados. A extração dos dados dos artigos foi realizada por um único revisor. A classificação Qualis foi obtida na Plataforma Sucupira para o período de 2017 a 2020, área da saúde coletiva.

Análise dos dados

Os estudos selecionados foram avaliados quanto ao relato da qualidade metodológica. Para estudos quantitativos, a avaliação foi realizada com base em 12 critérios do *checklist* do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe)¹⁴, incluindo itens como desenho do estudo, período e tipo de coleta, âmbito, critérios de elegibilidade, seleção e características dos participantes, cálculo da amostra, método de análise, limitações e fonte de viés. Para estudos qualitativos, 12 critérios, tais como data e tipo de coleta, fonte de dados, orientação metodológica, método de abordagem, descrição e saturação da amostra, e derivação de temas do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)¹⁵, foram utilizados. Nos estudos de abordagem mista, foram combinados 12 critérios do Strobe e Coreq^{14,15}, avaliando aspectos como desenho do estudo, método de análise, número de codificadores e limitações.

Cada critério do *checklist* foi avaliado e classificado em três categorias: ‘sim’, quando o dado estava presente no artigo; ‘não’, quando o dado estava ausente; e ‘não se aplica’, nos casos em que a informação não era pertinente, por se tratar de fonte de dados secundária. O escore máximo possível para cada tipo de estudo (quantitativo, qualitativo e misto) foi de 12 pontos, correspondendo a 100%. Após a avaliação individual, os escores atribuídos a cada estudo selecionado foram somados e, posteriormente, transformados em percentuais. Em seguida, calculou-se a média dos percentuais de escore obtidos pelos estudos

de cada tipo (quantitativo, qualitativo e misto). Os dados extraídos dos artigos foram organizados em uma planilha de Excel contendo informações sobre autoria, objetivos e principais resultados. A seguir, procedeu-se à categorização temática dos achados, realizada de forma indutiva, a partir das convergências e diferenças identificadas entre os estudos¹⁶. As categorias emergentes foram então agrupadas em eixos temáticos, permitindo mapear como a literatura aborda a implantação da fitoterapia na APS.

Resultados

Principais achados dos estudos selecionados

Foram identificados 1073 artigos em bases de dados BVS, PubMed e Google Acadêmico com as estratégias adotadas. Ao final, 160 publicações foram selecionadas após leitura dos títulos e, quando necessário, dos resumos. Na etapa seguinte, realizou-se a leitura dos resumos, elegendo 55 artigos para leitura na íntegra. A busca resultou na inclusão de 32 artigos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, entre os quais, 6 foram extraídos da base PubMed, 17 da base da BVS e 9 do Google Acadêmico. Do total de 32 artigos selecionados para análise (*quadro 1*)¹⁷⁻⁴⁸, o maior número de

trabalhos foi publicado em 2017 (n = 8), seguido pelos anos de 2018, 2020 e 2022 (n = 4). Quanto à classificação dos periódicos, a maior parte dos estudos foi publicada em revistas avaliadas como B1 (n = 9) e A1 (n = 8) na área de saúde coletiva. Com relação à abrangência, 25 trabalhos foram realizados no nível municipal, 5 no regional, um no nível estadual e um nacional. Aproximadamente 43,8% dos trabalhos selecionados foram desenvolvidos na região Sul, e 25% no Nordeste. Os trabalhos analisados (*quadro 1*) foram predominantemente caracterizados como pesquisas transversais (n = 30), além de um estudo epidemiológico e um avaliativo. A principal fonte de dados utilizada foi a entrevista face a face (n = 19), seguida por questionários de autopreenchimento (n = 4) e uma combinação de ambos (n = 3). A maioria dos estudos empregou questionários semiestruturados (n = 14), enquanto cinco utilizaram questionários estruturados, três combinaram ambos os tipos, e outros três recorreram a dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As pesquisas foram majoritariamente realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (n = 13), e outras no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (n = 10). Com relação aos participantes, o foco principal esteve nos profissionais de saúde (n = 22), seguidos por usuários (n = 6) e coordenadores, funcionários municipais ou gestores de unidades (n = 3).

Quadro 1. Características dos estudos selecionados de 2006 a 2023, organizados pelo ano de publicação e resultado da avaliação da qualidade metodológica de acordo com o tipo de estudo

ID	Autoria	Ano	Qualis*	Desenho do estudo	Abrangência	Participantes	Fonte da checklist	Resultado avaliação da qualidade metodológica (%)
1	Caboclo et al. ¹⁷	2022	A4	T, D, E	Municipal	Profissional	STROBE	75
2	Diniz et al. ¹⁸	2022	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	75
3	Góes et al. ¹⁹	2022	B2	T, D, EC	Municipal	Usuário	STROBE	67
4	Zeni, Gallvao, Sasse ²⁰	2022	B2	T, PA	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	67
5	Bezerra et al. ²¹	2021	A3	T, Obs	Municipal	Profissional	STROBE	75

Quadro 1. Características dos estudos selecionados de 2006 a 2023, organizados pelo ano de publicação e resultado da avaliação da qualidade metodológica de acordo com o tipo de estudo

ID	Autoria	Ano	Qualis*	Desenho do estudo	Abrangência	Participantes	Fonte da checklist	Resultado avaliação da qualidade metodológica (%)
6	Galhoto et al. ²²	2021	B1	T, PC	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	92
7	Vale et al. ²³	2021	B3	T, D	Municipal	Usuário	STROBE	58
8	Barbosa et al. ²⁴	2020	A1	T, D, E	Nacional	Profissional	STROBE	92
9	Haraguchi et al. ²⁵	2020	B1	T, D, E, MM	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	75
10	Rodrigues, Campos, Siqueira ²⁶	2020	B3	T, E	Municipal	Profissional	COREQ	33
11	Soares et al. ²⁷	2020	A4	T, D	Estadual	Outro Profissional	STROBE	67
12	Savaris et al. ²⁸	2019	B2	T, Doc, Ret	Municipal	Outro Profissional	STROBE	83
13	Soares et al. ²⁹	2019	B1	T, D	Municipal	Profissional	COREQ	67
14	Gribner et al. ³⁰	2018	B2	T, Obs	Municipal	Usuário	STROBE	83
15	Lima et al. ³¹	2018	A4	T	Municipal	Profissional	STROBE	83
16	Matos et al. ³²	2018	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	83
17	Mattos et al. ³³	2018	A1	T	Municipal	Profissional	STROBE	83
18	Caccia-Bava et al. ³⁴	2017	A1	T	Regional	Profissional	STROBE	75
19	Ceolin et al. ³⁵	2017	B1	T	Regional	Profissional	COREQ	58
20	Ferreira, Mattos, Oliveira ³⁶	2017	B3	T, D, E	Regional	Outro Profissional	STROBE, COREQ	67
21	Losso & Freitas ³⁷	2017	A4	Av	Regional	Profissional	STROBE	100
22	Silva Júnior et al. ³⁸	2017	B3	T, D, E	Municipal	Profissional	STROBE	50
23	Sousa & Tesser ³⁹	2017	A1	T, E, EC	Municipal	Município	COREQ	75
24	Szerwieski et al. ⁴⁰	2017	B1	T, E, EC	Municipal	Usuário	STROBE	92
25	Zeni et al. ⁴¹	2017	A1	Ep, Obs	Municipal	Usuário	STROBE	83
26	Souza et al. ⁴²	2016	B3	T, D	Regional	Profissional	COREQ	75
27	Colet et al. ⁴³	2015	B2	T, D	Municipal	Usuário	STROBE	92
28	Varela & Azevedo ⁴⁴	2014	B1	T, D	Municipal	Profissional	COREQ	75
29	Sampaio et al. ⁴⁵	2013	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	58
30	Fontenele et al. ⁴⁶	2013	A1	T, MM	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	83
31	Bruning, Mosegui, Vianna ⁴⁷	2012	A1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	33
32	Rosa, Camera, Béria ⁴⁸	2011	A1	T	Municipal	Profissional	COREQ	83

Fonte: elaboração própria.

*Classificação obtida na Plataforma Sucupira para o período de 2017 a 2020, área da saúde coletiva.

T: Transversal; D: Descritivo; E: Exploratório; EC: Estudo de caso; PA: Pesquisa-ação; Obs: Observacional; PC: Pesquisa de campo; MM: Métodos mistos; Doc: Documental; Ret: Retrospectivo; Av: Avaliativo; Ep: Epidemiológico. Critérios de avaliação da qualidade metodológica: Escore máximo (n=12, 100%). Para estudos quantitativos (Quanti): 1: Desenho; 2: Período de coleta; 3: Fonte de dados; 4: Tipo de coleta; 5: Âmbito (n); 6: Critério de elegibilidade; 7: Seleção da amostra; 8: Tamanho amostral; 9: Características da amostra; 10: Análise; 11: Limitações; 12: Viés. Para estudos qualitativos (Quali): 1: Data da coleta; 2: Fonte de dados; 3: Tipo de coleta; 4: Âmbito (n); 5: Orientação metodológica; 6: Abordagem; 7: Amostragem; 8: Descrição da amostra; 9: Análise; 10: Codificadores; 11: Temas; 12: Saturação. Para estudos mistos: 1: Desenho do estudo; 2: Período de coleta; 3: Fonte de dados; 4: Tipo de coleta; 5: Âmbito (n); 6: Critério de elegibilidade; 7: Seleção dos participantes; 8: Tamanho da amostra; 9: Características dos participantes; 10: Método de análise; 11: Número de codificadores; 12: Limitações.

Síntese da análise da qualidade dos relatos dos estudos selecionados

Dos 16 artigos observacionais quantitativos (*quadro 1*), todos obtiveram pontuação ≥ 6 ($\geq 50\%$ dos itens), com média de 78,6%^{17,19,21,23,24,27,28,30,31,33,34,37,38,40,41,43}. Dois não informaram o período de coleta^{21,38}. Também houve ausência de dados sobre âmbito^{23,38}, seleção dos participantes^{23,27}, cálculo amostral^{17,19,23,27,28,38} e características dos participantes^{17,19,38}. Limitações e potenciais vieses, considerados critérios críticos, não foram descritos em mais da metade dos estudos.

Nos 11 qualitativos (*quadro 1*), todos pontuaram ≥ 4 ($\geq 33,3\%$), com média de 65,2%^{18,26,29,32,35,39,42,44,45,47,48}. Predominaram lacunas metodológicas, exceto quanto à fonte de dados. Faltaram informações sobre âmbito^{26,45,47}, métodos de abordagem^{26,29,35,45,47}, amostragem^{26,29,35,39,45} e, em quatro artigos, a metodologia utilizada para a derivação de temas^{18,26,35,47}. Nenhum mencionou número de codificadores; apenas Sampaio et al.⁴⁵ citou saturação teórica.

Os de abordagem mista (*quadro 1*) tiveram perfil semelhante, com pontuação ≥ 8 (66,7%) e média de 76,7%^{20,22,25,36,46}. Todos descreveram desenho e período de coleta, mas não o número de codificadores; apenas um citou as limitações²². Alguns não informaram o âmbito da pesquisa²⁵ ou o método de análise qualitativa³⁶.

Evidências e lacunas sobre a fitoterapia na Atenção Primária à Saúde

A análise temática permitiu agrupar os artigos em eixos analíticos relacionados a financiamento ($n = 1$), gestão e políticas públicas ($n = 8$), força de trabalho ($n = 4$), práticas/processos de trabalho dos profissionais de saúde ($n = 3$), uso e obtenção de plantas e/ou fitoterápicos ($n = 7$), bem como percepções e conhecimentos ($n = 9$). Contudo, observou-se que determinados achados, como aspectos de conhecimento e uso racional, emergiram de forma transversal em

diferentes categorias, não se restringindo ao eixo em que o artigo foi classificado.

As pesquisas sobre financiamento da fitoterapia, seja pela inclusão de fitoterápicos nas Rename, implementação de Farmácias Vivas ou Arranjos Produtivos Locais (APLs), mostraram-se escassas, com apenas um estudo específico, o qual revelou o panorama do financiamento para APLs a partir de entrevistas com 17 coordenadores de Secretarias de Saúde estaduais e municipais que receberam recursos por editais do Ministério da Saúde em 2012 e 2013. Os participantes relataram dificuldades na execução dos recursos, na formação de parcerias e nos processos licitatórios para aquisição de materiais³⁶. De forma complementar, pesquisa estadual no Maranhão com 217 municípios mostrou que menos de 40% daqueles que ofertam alguma Prática Integrativa e Complementar (PIC), sendo a fitoterapia a mais frequente, preveem financiamento nos Planos Plurianuais de Saúde e na Programação Anual de Saúde²⁷.

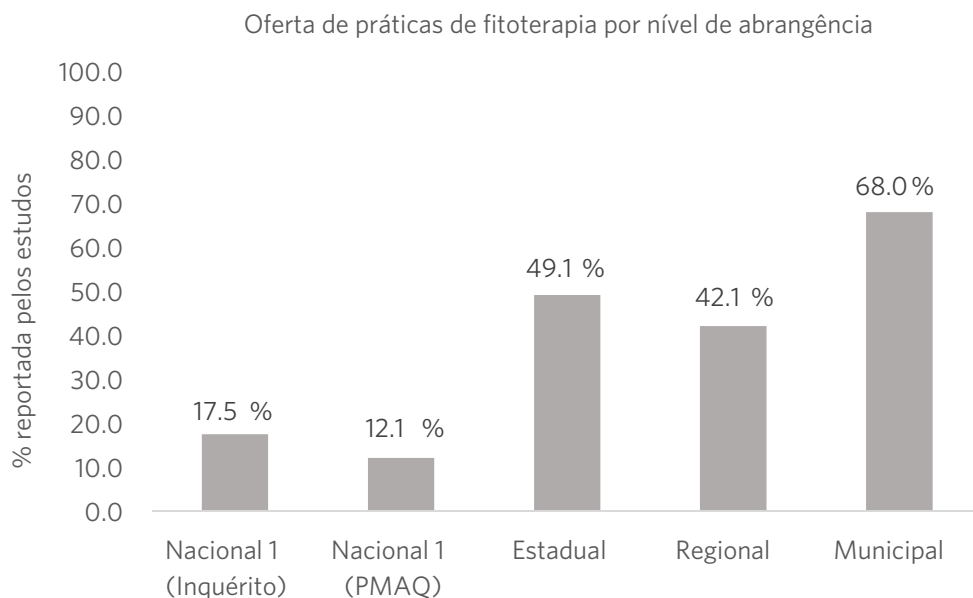
Os estudos sobre gestão e políticas públicas trataram de regulamentação, integração e, sobretudo, da oferta da fitoterapia nos serviços de saúde^{18,24,27,29,34,37,39}. Contudo, a institucionalização como política específica permanece pouco explorada, embora essencial para dar legitimidade e estabilidade às ações. Pesquisa estadual no Maranhão mostrou ausência de legislação própria para as PICs nos 55 municípios que as ofertam e baixa inclusão dessas práticas no organograma municipal (14,5%)²⁷. De forma semelhante, estudo de caso em cinco municípios com mais de 100 mil habitantes, de diferentes regiões, identificou indefinição do papel das PICs, ausência de metas e objetivos nos planos plurianuais e falta de agenda de financiamento para pesquisa³⁹. Tais lacunas configuram barreiras centrais para a consolidação da fitoterapia como política pública.

A implantação das políticas públicas e da gestão relaciona-se diretamente com a oferta de serviços. Os artigos selecionados revelam grande variação na frequência de oferta dessa prática (*gráfico 1*)^{24,25,27,37}. Em um estudo

realizado em âmbito nacional, a oferta foi identificada em 17,5% e 12,1% dos municípios, respectivamente, de acordo com dados do Inquérito Nacional de PICs no SUS e no

PMAQ²⁴. Por outro lado, estudos conduzidos nos níveis estadual e regional identificaram oferta em cerca de 40% a 50% dos municípios^{27,37}; e 68% no nível municipal²⁵.

Gráfico 1. Dados de porcentagem de oferta de práticas de serviços de fitoterapia por nível de abrangência segundo estudos selecionados



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados dos artigos^{24,25,27,37}.

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. Nacional 1: refere-se a dados de um mesmo estudo de dois bancos de dados: o PMAQ e o Inquérito.

Nos 32 trabalhos analisados, não foram identificadas ofertas de serviços voltados ao acompanhamento sistemático do uso da fitoterapia por parte dos usuários, seja por meio de monitoramento clínico ou de estratégias estruturadas de seguimento. Por outro lado, o apoio educativo sobre o uso da fitoterapia foi descrito em apenas um estudo, no qual, 12% dos 2.285 profissionais das equipes de atenção básica relataram realizar essa atividade, conforme dados do Módulo II do PMAQ³⁴.

De modo geral, a literatura analisada mostra que a disponibilidade de fitoterápicos industrializados ou manipulados permanece pouco explorada, e que aspectos relacionados

ao planejamento e à gestão da oferta, como a seleção e aquisição, ainda não se configuraram como um tema recorrente nos estudos incluídos.

Resultados sobre a disponibilidade de plantas medicinais ou de fitoterápicos em farmácias públicas foram apresentados no estudo realizado na região Sudeste do País, utilizando dados do ciclo do PMAQ 2011 e 2012. Esse levantamento mostrou que 16,1% dos 645 municípios paulistas disponibilizavam essa terapia, com maior destaque para fitoterápicos industrializados (68,1%), seguidos por plantas medicinais manipuladas (27%), secas (10,1%) e frescas (5,1%). O mesmo trabalho constatou,

ainda, a presença dos oito medicamentos fitoterápicos da Rename nas unidades de saúde dos municípios do estado de São Paulo, que variou de 4,7% a 42,8%³⁴.

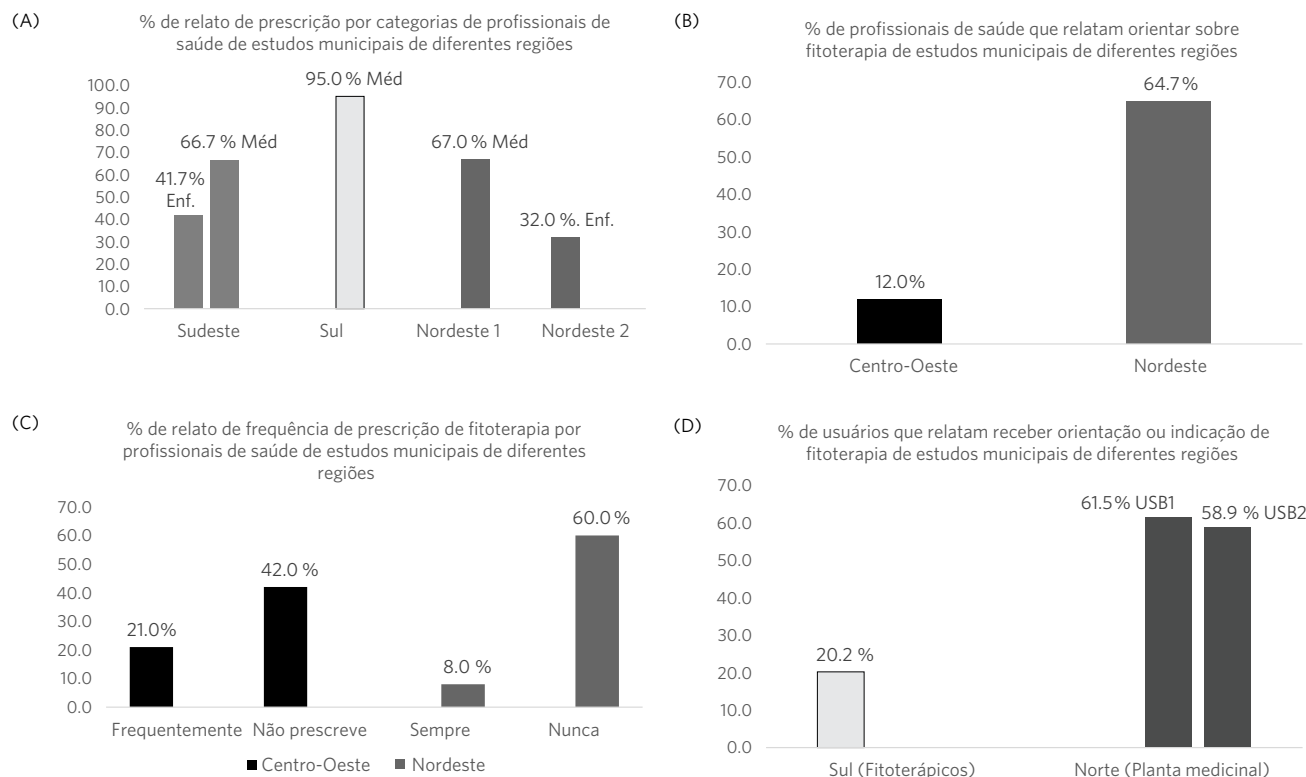
Alguns estudos abordam a força de trabalho como capacitação ou formação^{20-22,25}. No que diz respeito a esse tema, os relatos indicam uma carência ou falta de capacitação específica para a fitoterapia^{29,45}, embora cursos breves tenham sido descritos em alguns trabalhos como demandas das secretarias de saúde^{22,26}. Os programas de capacitação existentes mostram resultados positivos^{22,25,35}, sendo relatado em um deles um aumento significativo no número de profissionais que passaram a recomendar plantas medicinais (antes 51% x 92% depois), drogas vegetais (antes 45% x 88% depois) e a prescrever fitoterápicos (antes 34% x 82% depois)²⁵. Além disso, os profissionais passaram a reconhecer a importância da capacitação como suporte técnico-científico^{22,25}, facilitando a detecção de interações entre plantas e medicamentos, bem como a caracterização de reações adversas²⁵. De forma coerente, os profissionais de saúde apontam a necessidade de educação permanente, cursos práticos e mais extensos para a qualificação, com vistas à aplicação em consultas, grupos e oficinas^{22,35}.

Pesquisas municipais apontam que a formação acadêmica em fitoterapia entre profissionais de saúde varia de 12% a 47%^{17,21,27,46}, sugerindo que há muito a ser feito para adequar a força de trabalho local para a AF. Embora o

interesse dos profissionais em se qualificar sobre a temática seja superior a 80%^{17,21}, a participação em cursos ou programas sobre plantas medicinais e fitoterapia é baixa, variando entre 4% e 20%^{21,47}.

A categoria práticas e processos de trabalho reuniu estudos que abordam como a fitoterapia é incorporada ao cotidiano dos serviços, seja nas prescrições, orientações ou fluxos de trabalho^{26,33,42}. De modo geral, os artigos selecionados sugerem que a prescrição de fitoterápicos (A) é mais frequentemente autodeclarada por médicos em comparação aos enfermeiros, independentemente da região do País (*gráfico 2A*)^{21,26,33,38}. Profissionais de saúde do Nordeste declaram orientar os pacientes sobre o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos quase cinco vezes mais que os do Centro-Oeste (*gráfico 2B*), de acordo com estudos conduzidos no nível municipal^{17,46}. Nota-se que a frequência de 'prescrição frequente ou sempre' (*gráfico 2C*) ainda é, proporcionalmente, bem inferior ao número de profissionais que relatam 'não ou nunca prescrever', independentemente da região e em estudos com quase dez anos de diferença entre suas publicações^{17,46}. Por outro lado, em estudos municipais, 58,9% a 61,5% dos usuários da APS relatam receber orientação de profissionais de saúde sobre o uso de plantas medicinais, em comparação com apenas 20,2% que recebem indicação médica para fitoterápicos industrializados (*gráfico 2D*)^{19,30}.

Gráfico 2. Dados de porcentagem de relato de prescrição (A), de indicação ou orientação (B), de frequência (C) por profissionais de saúde e relato de recebimento de orientação ou indicação médica (D) de fitoterapia por usuários, em estudos municipais de diferentes regiões do Brasil



Fonte: elaboração própria das autoras a partir dos dados dos artigos (A)^{21,26,33,38}, (B)^{17,46}, (C)^{18,38}, (C)^{19,30}.

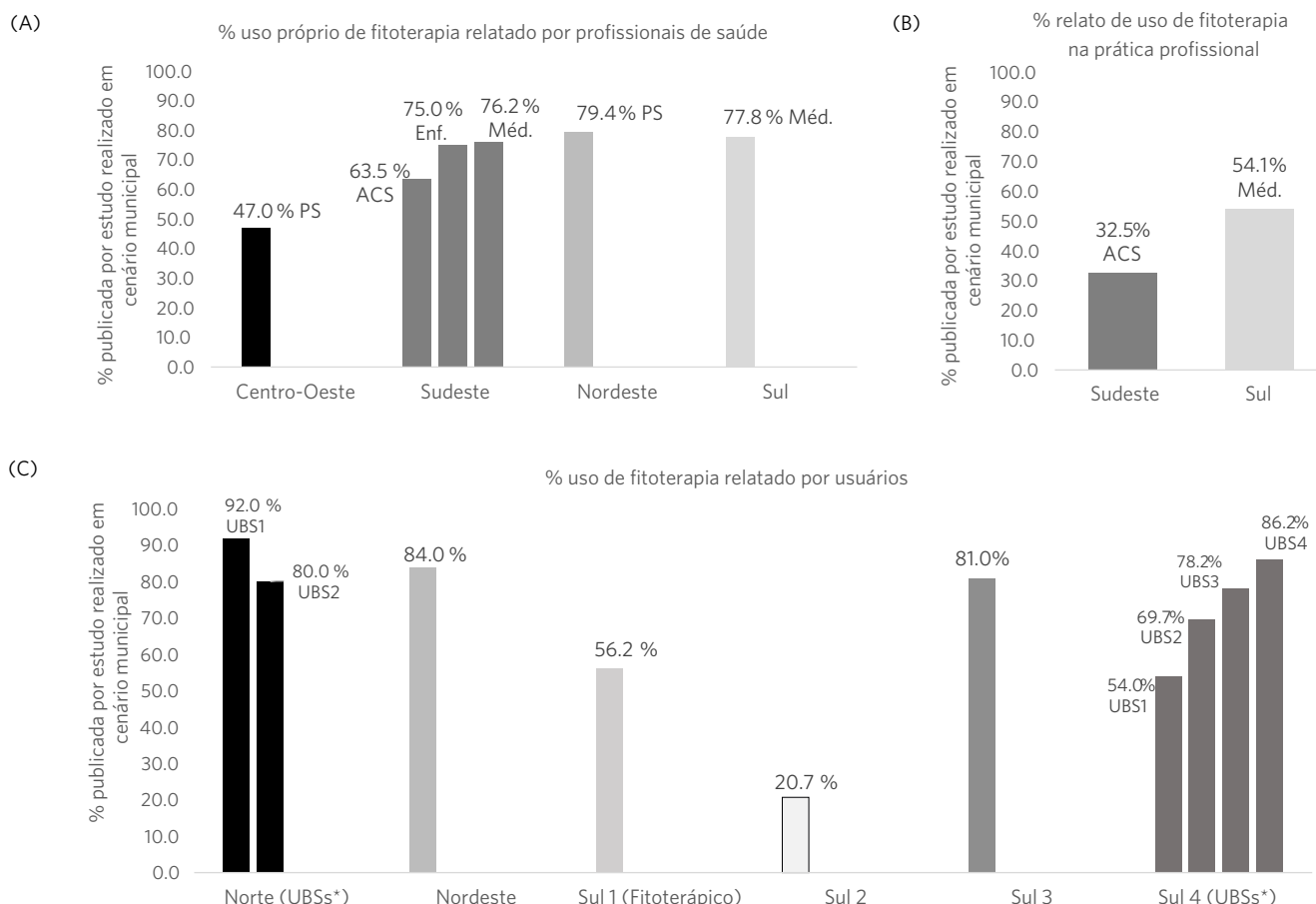
Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. Numeração (Nordeste 1 ou 2) refere-se a dados de diferentes estudos. Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados.

Cerca de 20% dos artigos foram categorizados no eixo uso e obtenção, contemplando indicações, recomendações, fontes de informação e formas de aquisição no cotidiano^{19,23,30,31,40-41,43}. Os profissionais de saúde, em estudos municipais de diferentes regiões do País, relatam o uso pessoal da fitoterapia para consumo próprio em proporções que variaram de 47% a 79,4% (gráfico 3A)^{27,30,46,48}. Em contraste, somente 32,5% profissionais de saúde na região Sudeste e 54,1% na região Sul responderam utilizar plantas medicinais ou fitoterápicos em sua prática profissional (gráfico

3B), evidenciando uma atuação profissional inferior ao consumo pessoal^{32,34}.

O uso da fitoterapia por usuários da APS varia de 20,7% a 92% (gráfico 3C)^{24,31,43,46}, conforme estudos realizados no nível municipal. Altas taxas foram observadas quando diferentes UBS foram incluídas em um mesmo estudo^{19,42}. Um ponto que merece destaque é a frequência moderada identificada em um estudo conduzido na região Sul do País, que foi de 56,2% e avaliou exclusivamente medicamentos fitoterápicos industrializados (gráfico 3C)³¹.

Gráfico 3. Dados de porcentagem de uso de fitoterapia na prática profissional (A), por uso próprio (B) dos profissionais de saúde e por usuários (C), conforme estudos conduzidos em cenário municipal, por região do Brasil



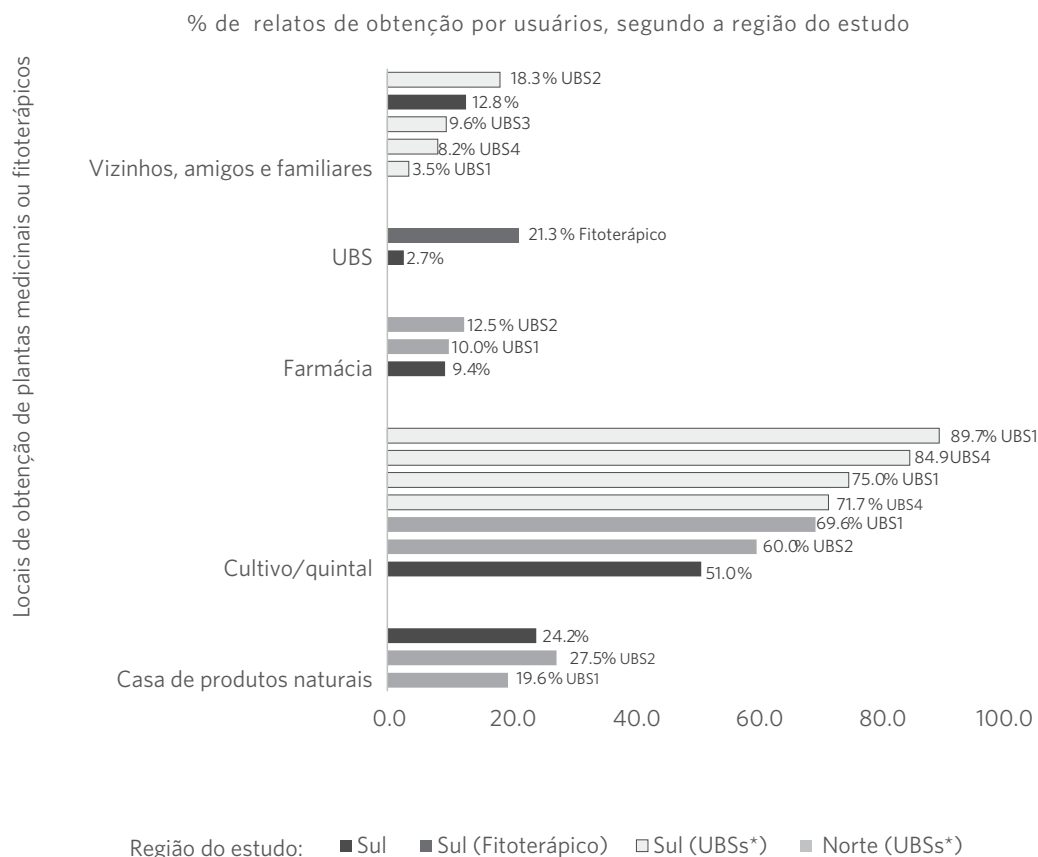
Fonte: elaboração própria autoras, a partir dos dados dos artigos (A)^{17,26,46,48}, (B)^{31,33} e (C)^{19,23,30,40,41,43}.

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. PS: profissionais de saúde; ACS: agente comunitário de saúde; Enf.: enfermeiro; Méd.: médico; UBSs*: dados provenientes de um mesmo estudo com mais de uma unidade básica envolvida; Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados; Numeração (Sul 1, 2, 3): refere-se a dados de diferentes estudos conduzidos na mesma região do País.

A obtenção de plantas medicinais e fitoterápicos por usuários da APS ocorre majoritariamente por meio de cultivo próprio ou por fontes informais, corroborando as evidências de baixa disponibilidade nas Unidades Básicas de Saúde. Dados de estudos conduzidos em nível municipal (*gráfico 4*)^{19,23,30,40,41,44,45} mostram que usuários da APS da região Sul ainda obtêm pouco desses insumos nas UBS, com uma variação de 2,7% a 21,3%^{30,41}. Esse cenário é semelhante ao da região Norte, onde apenas 3,6% dos participantes relataram adquirir os insumos por meio de prescrição médica²³.

As farmácias são fontes desses produtos para cerca de 10% dos usuários, tanto na região Sul quanto na região Norte^{19,41}, enquanto as casas de produtos naturais apresentam uma demanda ligeiramente maior, com percentuais variando de 19,5% a 27,5%^{19,41}. Amigos, vizinhos e familiares representam uma fonte desses insumos para 3,5% a 18,3% de usuários das UBS na região Sul do País^{40,41}. O cultivo próprio, no entanto, destaca-se como a principal fonte desses insumos, com variações de 51% a 89,7% na região Sul^{40,41} e 60,0 a 69,6% na região Norte¹⁹.

Gráfico 4. Dados de porcentagem de relato sobre as formas de obtenção de plantas medicinais e/ou fitoterápicos por usuários com relação às regiões nas quais os estudos foram conduzidos



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados dos artigos^{19,23,30,40,41}.

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. UBSs*: dados provenientes de diferentes unidades básicas de saúde de um mesmo estudo; Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados. A cores das barras indicam a região em que o estudo foi conduzido.

Aproximadamente um quarto dos artigos selecionados (25%) foi categorizado no eixo de percepções e conhecimentos, configurando-se como um dos temas mais explorados desta revisão^{17,32,35,44-48}. Os achados sobre o uso seguro e racional da fitoterapia são abordados de forma não específica e mostram-se complementares entre si: 53% relatam conhecer os riscos do uso indiscriminado de plantas medicinais¹⁷, 11% demonstraram saber a posologia correta¹⁷ e cerca de 10% indicaram conhecimento sobre interações medicamentosas²¹. Conforme relato de profissionais de saúde, a maioria dos usuários do SUS (85,3%) demonstra conhecimento sobre o uso da fitoterapia⁴⁶, embora a percepção de efeitos

colaterais ou adversos entre eles seja relativamente baixa, com valores na literatura de 8,3%, 12,6% e 13%^{19,24,40}.

As evidências sugerem que as fontes de conhecimento para a prática e uso da fitoterapia variam entre os profissionais de saúde. Estudos realizados no Nordeste e Sul do Brasil indicam que muitos profissionais de saúde se baseiam no princípio ativo (33%) e no uso de bula²¹, na cultura popular^{47,48} ou em informações familiares³³. A aquisição de conhecimento institucionalizado ainda é mesclada com fontes informais, como a escuta terapêutica ou representantes comerciais^{18,45,48}.

Entre os usuários do Norte do Brasil, observou-se que 65% dos respondentes da

UBS1 e 17,5% da UBS2 obtêm informações sobre a fitoterapia observando os vizinhos¹⁹. No Nordeste, 73,1% das informações provêm de familiares, 13% de amigos e vizinhos, e 10,2% de consultas a livros, internet e televisão²⁴. Embora a fitoterapia valorize o conhecimento popular⁴⁷, o modelo biomédico predominante na formação e atuação dos profissionais de saúde é frequentemente apontado como um obstáculo à troca de saberes^{23,32,44}.

A maioria dos trabalhos que abordam o conhecimento de políticas como a PNPMF, a PNPIC e a Rename por parte dos profissionais de saúde foi realizada em nível municipal, predominantemente, no Sul do Brasil^{20,22,28,33}. Um estudo realizado em um município dessa região apontou que 76% dos profissionais da APS têm conhecimento sobre a PNPMF²⁰. Em contrapartida, o conhecimento sobre a PNPIC^{22,28,33} e a Rename^{20,22,33,38} entre profissionais da região Sul mostrou-se um pouco mais reduzido, variando entre 18,7% e 65,6%. Ademais, somente 13,5% dos agentes comunitários de saúde, 41,7% dos enfermeiros e 47,6% dos médicos estão familiarizados com a política PNFM, conforme pesquisa realizada em município no Sudeste²⁶. A falta de conhecimento sobre essas políticas também foi evidenciada nos estudos qualitativos com enfermeiros no Nordeste e Sul do Brasil^{29,42,45}.

De modo geral, tanto profissionais de saúde quanto usuários têm percepções positivas sobre diversos aspectos da fitoterapia, como eficácia e motivação para o uso^{17,20,30,33,41}. Profissionais de saúde relatam satisfação com a prática da fitoterapia e alta aprovação para sua implementação no SUS²¹. Eles demonstram confiança no potencial de cura da fitoterapia³⁹, embora a crença (92%)³⁸ ou efetividade varie consideravelmente, entre 38% e 96,2%^{17,33}. Profissionais de saúde percebem que pacientes têm interesse em usar a fitoterapia (70,7% e 90%)^{20,33} e observam o cultivo/uso de plantas medicinais pela população (76,9% a 33,3%)²⁶.

Essas percepções são apoiadas por pesquisas com usuários, nas quais, 89,3% acreditam na efetividade do uso de plantas medicinais

e veem vantagens com relação aos medicamentos industrializados, considerando-as uma terapia natural (48,6%) ou menos agressiva (20%)³⁰. Além disso, os usuários relatam motivos para o uso, como a promoção de cura (38% a 58,8%), a crença de que são inofensivas (14,7% a 36,1%) ou simplesmente por preferência pessoal (16,4% a 29,6%)^{30,40}.

Discussão

Esta revisão foi concebida para mapear o cenário da fitoterapia no Brasil, com base em estudos conduzidos com profissionais e usuários da APS do SUS, e traz um olhar estruturado das evidências sobre as categorias temáticas que abrangem financiamento, gestão e políticas públicas, força de trabalho, práticas e processos de trabalho, uso e obtenção de plantas/fitoterápicos e percepções e conhecimentos.

Os critérios utilizados revelam uma abrangência de trabalhos realizados no nível municipal, a maior parte com desenho transversal, utilizando entrevistas face a face, profissionais de saúde como respondentes e com destaque para a seleção de estudos publicados uma década após a implementação das políticas públicas.

A revisão de escopo reúne evidências sobre um tema, mas não avalia a qualidade dos estudos incluídos¹³. Neste trabalho, contudo, a avaliação foi complementar e realizada com o objetivo de fornecer informações descritivas adicionais e contextualizar os achados. Essa análise foi conduzida posteriormente, a partir da aplicação de dois critérios: i) ponto de corte Qualis B3; e ii) inclusão exclusiva de pesquisas desenvolvidas em nível municipal. Embora os periódicos apresentem boas classificações, a falta de informações, como o número de unidades participantes e detalhes dos métodos de análise, aponta para a necessidade de maior rigor e orientação no processo de revisão por pares, essenciais para a compreensão adequada do estudo.

A escassez de dados sobre financiamento, institucionalização e gestão corrobora o cenário de fragilidade no apoio a projetos de fitoterapia no País. Dados recentes mostram que o Ministério da Saúde apoiou apenas 49 projetos entre 2019 e 2023 para estruturar a AF em fitoterapia, abrangendo menos de 1% dos municípios brasileiros⁴⁹. Essa conexão destaca a importância de os programas de fitoterapia incorporarem os princípios de sustentabilidade, uma questão que vai além do aspecto financeiro, abrangendo, também, aspectos estruturais essenciais para sua consolidação.

A gestão de medicamentos, incluindo a seleção e aquisição de insumos fitoterápicos, não foi abordada nos estudos desta revisão. Por outro lado, a literatura mais recente, não identificada nas buscas desta revisão, aponta que, em 2021, a aquisição de fitoterápicos industrializados ocorreu sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, por meio de pregões públicos. Esse padrão coincide com o relatório do projeto 'Cartografia da Fitoterapia no SUS', desenvolvido pelo ObservaPICS⁵⁰, que mapeou os serviços públicos e a localização das empresas produtoras desses medicamentos no Brasil⁹. Os autores destacam a necessidade de ampliar a presença desses medicamentos na Rename por meio de revisão criteriosa da lista⁹. Dados nacionais mostram que o percentual de municípios que adquiriram fitoterápicos da Rename passou de 17,6% (2019) para 24,6% (2023), embora persista demanda reprimida por itens fora dessa lista, comprados por decisão local⁴⁹. Apesar do papel orientador da Rename na Política Nacional de Medicamentos, é a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que efetivamente define a disponibilidade no âmbito da APS. A ausência de fitoterápicos nas Remume, mesmo quando contemplados nacionalmente, configura barreira à implantação, sobretudo em contextos de menor capacidade técnica ou baixa priorização da gestão, além de municípios sem atuação de Comissões de Farmácia e Terapêutica, como já registrado na APS brasileira⁵¹.

Embora a metodologia utilizada nesta revisão tenha resultado na seleção de apenas um artigo sobre a disponibilidade, os baixos índices observados neste estudo regional³⁴ são consistentes com a média nacional, que revela apenas 8,8% de disponibilidade física dos fitoterápicos listados na Rename e com baixa oferta, isto é, o máximo de 15% de disponibilidade dos fitoterápicos individualmente⁵². Essas limitações na oferta podem ser complementadas pela ausência de estudos sobre fitoterápicos magistrais nesta revisão, que pode estar relacionada a fragilidades locais, como barreiras estruturais e restrições financeiras enfrentadas pelas gestões municipais.

A literatura selecionada indica que a deficiência de infraestrutura e a falta de recursos humanos são fatores que dificultam a implementação segura da fitoterapia, apesar de ser considerada uma prática de baixo custo, viável e benéfica, com potencial para reduzir os gastos públicos^{20,45,46}. A baixa oferta de procedimentos realizados como 'Tratamento Fitoterápico' na APS (n = 44, dados parciais de 2019)⁴⁹, embora possa refletir subnotificação nos Sistemas de Informação em Saúde, contrasta com o elevado número de atividades e procedimentos coletivos declarados oficialmente⁴, ambos os tipos de prática ainda não abordados nos artigos revisados. Esses dados sugerem que a prática especializada em fitoterapia para tratamentos fitoterápicos é mais rara, possivelmente demandando um nível de conhecimento mais aprofundado ou formalmente reconhecido em comparação com atividades coletivas, como palestras, rodas de conversa ou oficinas.

As capacitações em fitoterapia descritas nos estudos selecionados têm ocorrido de forma limitada, geralmente em resposta a demandas locais e com curta duração^{22,25,35}. As evidências apontam para a necessidade de fomentar continuamente temas como conhecimento sobre riscos, interações, posologia, efeitos adversos e colaterais, além de reforçarem práticas relacionadas à higiene e à qualidade de cultivo, considerando que a obtenção desses produtos

pelos pacientes se dá, principalmente, por cultivo próprio. Os esforços do Ministério da Saúde têm sido voltados para a oferta de cursos para profissionais de saúde na modalidade EAD (educação à distância), como o de 'Atualização em Fitoterapia', que registra baixo nível de conclusão, com apenas 30% dos inscritos obtendo certificados. Também se registra redução geral de inscritos e certificados emitidos desde 2021 para todos os outros cursos⁵⁰. Reconhecendo a complexidade de cursos à distância, o Ministério da Saúde tem promovido novas abordagens, tais como cursos de fitoterapia Clínica, voltados para profissionais prescritores do SUS⁴⁹. Embora seja frequentemente considerada uma prática acessível, a aplicação efetiva da fitoterapia é bastante complexa, pois exige uma ampla gama de conhecimentos que abrangem desde botânica e farmacologia até a compreensão dos contextos culturais e sociais dos pacientes. Portanto, os cursos devem ser destinados a fortalecer a confiança dos profissionais em suas práticas, além de consolidados como parte da educação continuada nos municípios e integrados aos seus territórios, incorporando práticas de vivências.

Observa-se, também, uma lacuna no conhecimento das políticas públicas por parte dos profissionais de saúde na APS após todos esses anos^{20,22,28,29,33,38,42,45}. São indícios de que a maior parte dos profissionais de saúde não tem plena consciência das ações governamentais em fitoterapia nem das possibilidades de atuarem como agentes influenciadores nas decisões locais e no fortalecimento de serviços que promovam a eficiência dessas políticas.

Os artigos analisados apontam uma autodeclaração de uso de fitoterapia na APS geralmente mais elevada em comparação com estudos baseados em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019, que reportaram uma prevalência de uso 2,5% e 3% nos últimos 12 meses^{53,54}. Essa diferença marcante pode ser atribuída a diversos fatores, como as características sociodemográficas e de saúde das populações analisadas nos diferentes

estudos e, principalmente, a ausência de um período definido de recordação em muitos dos artigos revisados com relação aos estudos nacionais^{53,54}.

A baixa obtenção de insumos de fitoterapia pelos usuários da APS^{30,41} está em consonância com o elevado relato de cultivo próprio de plantas medicinais^{19,40,41} e recomendação de uso por amigos e familiares¹⁹. O uso e o cultivo dessas plantas são profundamente enraizados na cultura humana, envolvendo a troca e a transmissão de saberes, especialmente por meio das mulheres, e encontram suporte em percepções amplamente favoráveis à prática^{30,40}. No entanto, o cenário de baixa disponibilidade de insumos de fitoterapia no SUS pode, paradoxalmente, estimular a autossuficiência no cultivo e no uso de plantas medicinais, apesar da crescente demanda por produtos naturais⁴⁹. É imprescindível considerar que a primarização da economia brasileira nas últimas décadas, caracterizada por um processo estrutural de desindustrialização prematura, no qual a participação da indústria de transformação no PIB caiu de aproximadamente 30% em 1985 para cerca de 10% em 2020, associada ao enfraquecimento da capacidade produtiva nacional, tem contribuído para fragilizar o abastecimento de insumos necessários à fitoterapia. Esse cenário, por consequência, limita a consolidação dessa prática em nível local e restringe sua oferta no âmbito do SUS^{55,56}.

Para superar as lacunas no uso da fitoterapia na APS, é necessário que iniciativas estruturadas e lideradas pelo Ministério da Saúde fortaleçam, de forma integrada, a AF. Estudos apontam um distanciamento entre políticas públicas e a realidade municipal, evidenciado pela escassez de Comissões de Farmácia e Terapêutica, deficiências em sistemas informatizados e ausência de normas para prescrição e dispensação⁵⁷.

Uma proposta é criar estratégias de capacitação voltadas a prescritores e equipes responsáveis pela aquisição de insumos e equipamentos para Farmácias Vivas, qualificando

não apenas a compra, mas, também, a produção de fitoterápicos e fortalecendo o papel dessas unidades na promoção da saúde.

A literatura ressalta que a fitoterapia, ao integrar práticas tradicionais e científicas, apresenta potencial terapêutico, mas exige abordagem técnica e culturalmente abrangente para garantir eficácia e segurança. O governo, ao instituir políticas de incentivo, pode não ter considerado a complexidade desse campo. Farmácias Vivas poderiam ser orientadas ao cuidado integral, com foco na promoção da saúde, integração de saberes locais e ações educativas, enquanto fitoterápicos industrializados seriam mais adequados ao manejo de doenças crônicas, pela necessidade de padronização e rigor regulatório. É fundamental que esses requisitos sejam amplamente debatidos, com engajamento do governo federal e das partes interessadas.

Além disso, as inovações tecnológicas da última década, amplamente discutidas em sistemas de saúde globais, ainda não foram plenamente incorporadas pelo SUS, limitando a capacidade de monitorar demandas e decisões estratégicas⁵⁸. Um sistema informatizado, desenvolvido em nível nacional e adaptado às necessidades locais, poderia reunir sugestões de prescritores, divulgar critérios técnicos e epidemiológicos utilizados nas decisões das seleções dos medicamentos, incluindo os fitoterápicos, e promover maior transparência e rastreabilidade. Essas ferramentas fortaleceriam a gestão, aumentando a eficiência e o alinhamento entre políticas públicas e as práticas locais, como ressaltam estudos que destacam a importância de tecnologias digitais na saúde pública.

O panorama baseado na análise dos artigos selecionados revela lacunas em dados, recursos e iniciativas que, corroboradas por relatórios governamentais^{4,49}, apontam para uma convergência de fatores que têm restringido a fitoterapia como prática de saúde acessível e sustentável no contexto nacional. A sua expansão como recurso terapêutico e a democratização do acesso aos cuidados integrativos em

saúde exigem não apenas investimentos financeiros e técnicos significativos, mas, também, uma abordagem estratégica para assegurar sua implementação eficaz e abrangente.

Como limitações deste estudo, destacam-se a seleção somente de artigos com base na categoria Qualis das revistas, bem como a restrição às pesquisas que abrangeram mais de uma Unidade Básica de Saúde ou unidade da APS. Adicionalmente, os termos de busca podem não ter abrangido toda a literatura científica disponível. Por fim, a extração dos dados foi realizada por um único autor do estudo, e a análise crítica pode ter sido, em parte, influenciada pelo conhecimento prévio das autoras.

Conclusões

Os resultados sugerem que os avanços da fitoterapia têm sido limitados na APS no Brasil, com o desenvolvimento de iniciativas isoladas e locais apontadas pelo predomínio de publicações de estudos realizados em nível municipal e oriundas de duas regiões do País: Sul e Nordeste.

A revisão evidenciou que apenas um estudo abordou o financiamento, revelando a pouca atenção dada a esse aspecto. Com relação à gestão e às políticas públicas, poucos trabalhos exploraram a institucionalização, a gestão estratégica e a logística de aquisição de fitoterápicos, incluindo processos vinculados à Rename e às Remume, sendo os dados sobre a oferta no SUS escassos e heterogêneos. No eixo da força de trabalho, destacou-se a carência de capacitação, embora experiências pontuais tenham demonstrado impacto positivo e valorizado a educação permanente. Quanto às práticas e aos processos de trabalho, a prescrição permanece pouco frequente, e não foram identificados, nesta revisão, estudos que relatassem acompanhamento sistemático dos usuários ou atividades estruturadas de vigilância relacionadas à fitoterapia, sugerindo que carecem de maior consolidação no SUS. O

uso e a obtenção da fitoterapia mostraram-se vinculados sobretudo a práticas cotidianas e redes informais, tanto de profissionais quanto de usuários, reforçando evidências de sua baixa integração ao SUS.

Já percepções e conhecimentos, eixo mais explorado, revelaram avaliações positivas de profissionais e usuários sobre a fitoterapia, mas também evidenciaram lacunas no conhecimento sobre riscos, interações medicamentosas e políticas públicas, além da predominância da cultura popular sobre as fontes formais de informação.

Os achados apontam para a necessidade de suporte educativo que proporcione a segurança na prescrição e na orientação aos usuários do SUS, bem como para uma reavaliação das estratégias de promoção da fitoterapia. Embora seja considerada uma prática simples pela herança cultural, sua efetivação na APS

exige articulação entre diferentes saberes e a organização de uma cadeia complexa de ações.

Agradecimentos

Ao Instituto René Rachou, pelo apoio institucional para a realização deste estudo.

Colaboradoras

Cota BB (0000-0002-0041-2043)* contribuiu para concepção do estudo, coleta, extração, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Luz TCB (0000-0003-1323-3105)* contribuiu para concepção do estudo, elaboração do texto, revisão intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 jun 23; Edição 119; Seção I:2.
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 maio 4; Edição 84; Seção I:20-5.
3. Ministério da Saúde (BR). Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica [Internet]. Cadernos de Atenção Básica, 31. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2024 jan 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/publicacoes/cadernos-de-atencao-basica-2013-praticas-integrativas-e-complementares-plantas-medicinais-e-fitoterapia-na-atencao-basica/@download/file>
4. Ministério da Saúde (BR). Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 jan 26]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução – RDC nº 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 abr 5 [acesso em 2024 fev 12]; Edição 65; Seção I;67-71. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sec-tics/pnpmf/orientacao-ao-prescritor/Publicacoes/resolucao-rdc-no-18-de-3-de-abril-de-2013.pdf/@@download/file>
6. Camargo EES, Silva JV, Nunes MLA, et al. Avaliação situacional dos programas brasileiros de farmácias vivas. *Res Soc Dev* 2023;12(3):e0312340264. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40264>
 7. Villas Bôas GK, Santos JPC, Rezende MA, organizadores. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Revisitada [Internet]. Rio de Janeiro: CIBS; 2023 [acesso em 2024 fev 4]. 60 p.: il. color. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/20230629_pnpmf_revisitada_-_redesfio.pdf
 8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 fev 4]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>
 9. Silva GG, Léda PH O, Oliveira DR. Fitoterápicos disponíveis na RENAME e aquisição pelo SUS: uma contribuição para análise da PNPM. *Rev Fitos*. 2022;16(4):465-78. DOI: <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2022.1364>
 10. Frickmann FSS, Ropke CD, Oliveira ACD, et al. Desenvolvimento tecnológico de fitoterápicos no Brasil: um mercado possível para os bioprodutos amazônicos. *Rev Fitos*. 2024;18(3):e1117. DOI: <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2024.1117>
 11. Hasenclever L, Paranhos J, Costa CR, et al. A indústria de fitoterápicos brasileira: desafios e oportunidades. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(8):2559-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29422016>
 12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2024 fev 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmmed/anuario-estatistico-2022>
 13. Aromataris E, Munn Z, editores. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
 14. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
 15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 17. Caboclo EKD, Sousa AR, Santos JB, et al. Fitoterápicos e plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde em unidades de Estratégia Saúde da Família. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2022; 21(2):211-7. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.47704>
 18. Diniz FR, Ceolin T, Oliveira SG, et al. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Cuid Saude*. 2022;21:e60462. DOI: <http://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.60462>
 19. Góes ACC, Silva LSL, Nascimento MTA, et al. Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde. *Saúde Coletiva (Barueri)* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 dez 16];12(77). Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2559>
 20. Zeni ALB, Galvão TCL, Sasse OR. Capacitação de profissionais na atenção primária em saúde: um ca-

- minho para a promoção da fitoterapia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021;45(3):70-91. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3424>
21. Bezerra ASCE, Franco SPB, Mousinho KC, et al. Situational diagnosis of professionals of family health units on phytotherapy. *Braz J Biol*. 2020;81(3):551-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.224763>
 22. Galhoto R, Barba FFM, Zeni F, et al. Perspectivas e desafios dos profissionais na inserção da prática plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde, no município de Gaspar, SC. *Rev APS [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 dez 16]; 24(4):727-45. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/28743/24631>
 23. Vale CMGCD, Freitas VFD, Silva ARDS, et al. Uso de plantas medicinais por usuários da Atenção Primária à Saúde em Mossoró/RN: contribuição para profissionais prescritores. *Rev Fitos*. 2021;15(2):178-91. DOI: <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2021.1071>
 24. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CRD, et al. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>
 25. Haraguchi LMM, Sañudo A, Rodrigues E, et al. Impacto da capacitação de profissionais da rede pública de saúde de São Paulo na prática da fitoterapia. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190190>
 26. Rodrigues ML, Campos CEA, Siqueira BA. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. *Cad Ibero-Am Direito Sanit*. 2020;9(4):28-50. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.637>
 27. Soares RD, Pinho JRO, Tonello AS. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde do Maranhão. *Saúde debate*. 2020;44(126):749-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012612>
 28. Savaris LE, Böger B, Savian AC, et al. Práticas integrativas e complementares-análise documental e o olhar de profissionais da saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:9439 DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9439>
 29. Soares DP, Coelho AM, Silva LEA, et al. Política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde: discurso dos enfermeiros da atenção básica. *R Enferm Cent O Min*. 2019;9:e3265. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3265>
 30. Gribner C, Rattmann YD, Gomes EC. Use of industrialized herbal medicines by patients attended at the basic health units in the County of Pinhais, Paraná, Brazil. *Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromat [Internet]*. 2018 [acesso em 2023 dez 18];17(3):238-48. Disponível em: https://www.blacpma.usach.cl/sites/blacpma/files/articulo_1_-_1391_-_238_-_248.pdf
 31. Lima CDA, Santos AMVDS, Messias RB, et al. Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 6):2842-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0078>
 32. Matos PC, Laverde CR, Martins PG, et al. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e54781. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/cev23i2.54781>
 33. Mattos G, Camargo A, Sousa CAD, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(11):3735-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016>
 34. Caccia-Bava MDCGG, Bertoni BW, Pereira AMS, et al. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(5):1651-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.16722015>

35. Ceolin S, Ceolin T, Casarin ST, et al. Plantas medicinais e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. *Rev APS*. 2017;20(1):81-8. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15812>
36. Ferreira LLC, Matos JL, Oliveira DRD, et al. Incentivo governamental para Arranjos Produtivos Locais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS. *Rev Fitos*. 2017;11(1):54-61. DOI: <http://10.5935/2446-4775.20170015>
37. Losso LN, Freitas SFTD. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*. 2017;41(3):171-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313>
38. Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Silva VCL, et al. A enfermagem e a utilização de plantas medicinais no âmbito da atenção básica. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 fev 12];15(3):61-8. Disponível em: <http://www.revista-novaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/71>
39. Sousa IMCD, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(1):e00150215. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150215>
40. Szerwieski LLD, Cortez DAG, Bennemann RM, et al. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. *Rev Eletr Enf*. 2017;19:a04. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42009>
41. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(8):2703-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>
42. Souza ADZ, Heinen HM, Amestoy SC, et al. O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política Nacional de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. *Rev Bras Pl Med*. 2017;18(2):480-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_176
43. Colet CF, Cavalheiro CAN, Molin GTD, et al. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 dez 19];10(36):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/930>
44. Varela DSS, Azevedo DM. Opinião de médicos e enfermeiros sobre o uso da fitoterapia e plantas medicinais na Atenção Básica. *Rev APS* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 dez 19];17(2):204-13. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15289/8063>
45. Sampaio LA, Oliveira DR, Kerntopf MR, et al. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. *REME Rev. Min Enferm*. 2013;17(1):76-84. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130007>
46. Fontenele RP, Sousa DMPD, Carvalho ALM, et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(8):2385-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023>
47. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMDM. 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. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(10):2675-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000017>
48. Rosa CD, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(1):311-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>
49. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde: PNS 2024-2027 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 set 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/@@download/file>

50. Carlessi P, Sousa IMC. Cartografia da fitoterapia no SUS: dos itinerários do fazer às alianças do saber [Internet]. Recife: ObservaPICS: Instituto Aggeu Magalhães; 2022 [acesso em 2025 ago 25]. Disponível em: <https://observapics.fiocruz.br/produtos/relatorios/cartografia-da-fitoterapia-no-sus/>
51. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(2):9s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007065>
52. Nascimento RCRMD, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Pública*. 2017;51(2):10s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>
53. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, et al. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;37:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009>
54. Faisal-Cury A, Oliveira Rodrigues DM. Prevalence and associated factors with traditional, complementary and integrative medicine in Brazil: A population-based study. *Eur J Integr Med*. 2022;53:102146. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4037178>
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas nacionais trimestrais: indicadores de volume e valores correntes. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
56. Borghi RAZ. Crescimento e estagnação do Brasil: contribuições do professor Bresser-Pereira. *Cad Gest Pública Cid*. 2024;29:e90177. DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v29.90177>
57. Luz TCB, Tavares NUL. Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal: uma síntese de evidências no contexto da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2023 [acesso em 2024 jan 19]. 247 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59920>
58. Vilasbôas ALQ, Oliveira DC, Silva RR, et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. *Saúde debate*. 2024;48(Esp 2):e9249. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P>

Recebido em 06/01/2025

Aprovado em 02/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto