

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

**“SABERES E PRÁTICAS POPULARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO
CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**

NAYARA RUDECK OLIVEIRA SHEL COCK

VITÓRIA

2021

NAYARA RUDECK OLIVEIRA SHEL COCK

**“SABERES E PRÁTICAS POPULARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO
CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.
Orientador: Prof. Dr. Fábio Hebert da Silva.

VITÓRIA

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R915" Rudeck Oliveira Sthel Cock, Nayara, 1990-
"SABERES E PRÁTICAS POPULARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE" / Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock. - 2021.
140 f. : il.

Orientador: Fábio Hebert da Silva.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Plantas Medicinais. 3. Saberes Populares. 4. Psicologia Institucional. 5. Práticas Integrativas e Complementares. 6. Integralidade. I. Hebert da Silva, Fábio. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

NAYARA RUDECK OLIVEIRA SHEL COCK

**“SABERES E PRÁTICAS POPULARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO
CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. FÁBIO HEBERT DA SILVA
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof^ª. Dra. MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno

Prof^ª. Dra. Gabriela Barreto Soares
Universidade Federal da Paraíba
Membro externo

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos
Membro externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família de sangue e à de coração. Em especial à minha mãe, Ariane Carla, por todo amor. Meu tio Arion Carlos pela escuta. E ao meu avô Zezinho (*in memoriam*) por todo incentivo. Muita gratidão por todo acolhimento!

Ao meu filho Ícaro e ao Ranieri, que sentiram comigo todas as alegrias e as dores desse processo. Gratidão pela paciência e pelo suporte. Me sinto extremamente feliz em partilhar com vocês essa conquista!

Dinazinha, te agradeço pelo apoio incondicional e por cuidar de nós quando Ícaro chegou. Minha amiga Aline Maria, que cantou, cuidou e me socorreu sempre que precisei. Me sinto grata por essa parceria. À Joana e à Marinã, que me auxiliaram a passar pelo portal que me fez mãe. A Christel, por me acolher e cuidar de Ícaro com tanto carinho.

À Dra. Elenir Lunna, por me fazer acreditar em uma odontologia integrativa, holística.

Às mulheres da turma 12, por reafirmarem em mim a importância de romper com as fronteiras normativas de gênero. Em solitude me vi: mulher-mãe-feminista. Em solitude desejei: um cataplasma de amor na ferida da ira. Em solitude recorri à escrita das colegas Adriely, Camila, Gabriela e Rafaela, que sustentam desejos coletivos de luta: “*disputamos o espaço acadêmico para que caibam mais e mais corpos femininos com todas as suas formas de expressão e suas reivindicações*”. Companheiras, grata por tanto aprendizado! Nesse caminho, vamos avançar de mão dadas.

Ao meu orientador, Fábio Hebert da Silva, que apontou caminhos para a construção deste trabalho com muita (paz)ciência. Nesse percurso, conseguimos enxergar a potência dos conflitos e criar zonas de propulsão capazes de afirmar a fé no diálogo.

Agradeço também ao Programa de Psicologia Institucional pela possibilidade de vivenciar novas perspectivas em meu processo de formação. Em especial, Soninha e Natalie, que sempre me receberam com generosidade e afeto.

A todas e todos os colegas de trabalho meu profundo agradecimento pelas colaborações durante esse percurso. Neudiana, Nadir e Gislaine, a vocês agradeço a alegria de todos os dias!

Ao Laboratório de Cartografia Geográfica e Geotecnologias (Lcggeo) pela colaboração e suporte para realização do mapeamento da área de abrangência da ESF de Patrimônio da Penha. Ao motorista da ESF de Patrimônio da Penha José Carlos Machado Cristiano (Im Memoriam) que percorreu todo território com paciência e disposição e ao amigo Pedro Henrique Penedo, que elaborou com cuidado os mapas deste trabalho.

À estudante Roberta Lopes Ribeiro que se dedicou ao levantamento Etnobotânico das plantas medicinais da vila de Patrimônio da Penha e as professoras Karla Maria Pedra de Abreu e Juliana de Lanna Passos que nos apoiaram nesse processo.

À Bianca Rodrigues, Laissa Gamaro, Mariana Zipinotti, Moema Freitas, Isabella Teixeira e Isabel Svoboda. E à professora Dulce Nascimento e suas alunas: Cristina Siqueira, Mirian Bach de Oliveira, Silvia Bergman, Nívea Leite e Manuela Lima por toda dedicação e carinho com as ilustrações realizadas especialmente para este trabalho.

À querida Mirian Cavalcanti, pela revisão do texto e por todo incentivo neste percurso.

Por fim, às professoras Maria Elizabeth Barros De Barros e Gabriela Barreto Soares e ao professor Gustavo Nunes de Oliveira que aceitaram o convite de compor a banca examinadora deste trabalho.

RESUMO

A inserção de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde (APS) parte de apostas ético-políticas que fundamentam o cuidado compartilhado, o fomento de rede, o desenvolvimento social e a valorização dos saberes populares. A inclusão dessas práticas como estratégia de promoção de saúde fomenta a melhoria da qualidade da atenção à saúde e possibilita o incremento de diferentes abordagens. Isso fortalece, ainda, o princípio da integralidade do cuidado e amplia opções terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo principal foi fomentar a interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e usuários sobre o uso de plantas medicinais na APS. Essa pesquisa-intervenção, de caráter qualitativo-descritivo, buscou mapear experiências desenvolvidas no município de Divino de São Lourenço/ES, distrito de Patrimônio da Penha, em relação ao uso de plantas medicinais e sua articulação com o SUS, na APS. Como ferramentas metodológicas, utilizamos: registro em diário de campo, realização de entrevistas com roteiros semiestruturados e roda de conversa. Foram entrevistados profissionais da Estratégia da Saúde da Família (n=15), usuários (n=10) e conhecedores locais de plantas medicinais (n=05), consentidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa investigação produziu, principalmente, dispositivos para análise das práticas e dos processos de formação em saúde. E ficou nítido que, para superar os desafios no caminho da institucionalização do uso de plantas medicinais no SUS, é necessário repensar as dinâmicas de formação dos trabalhadores, a temporalidade instituída e os modos de organizar o trabalho. Ao afirmar as plantas medicinais como dispositivo de produção de redes, admitem-se outros modos de fazer gestão em saúde e criam-se possibilidades para inclusão de práticas dialógicas, solidárias, participativas, complementares, transdisciplinares e intersetoriais na APS.

Palavras-Chaves: Plantas Medicinais, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

La inserción de las plantas medicinales en la Atención Primaria de Salud (APS) se basa en apuestas ético-políticas que subyacen en la atención compartida, el fomento de la red, el desarrollo social y la valoración del conocimiento popular. La inclusión de estas prácticas como estrategia de promoción de la salud promueve la mejora de la calidad de la atención en salud y permite el incremento de diferentes enfoques. Esto también fortalece el principio de atención integral y amplía las opciones terapéuticas para los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Esta investigación-intervención, cualitativa y descriptiva, buscó mapear las experiencias desarrolladas en el municipio de Divino de São Lourenço / ES, Distrito de Patrimônio da Penha, en relación al uso de plantas medicinales y su articulación con el SUS en la APS. El objetivo principal fue fomentar el diálogo entre los trabajadores de la salud, los administradores y los usuarios. Como herramientas metodológicas utilizamos diario de campo, realización de entrevistas con guión semiestructurado y la rueda de conversación. Se entrevistó a profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (n = 15), usuarios (n = 10) y expertos locales en plantas medicinales (n = 5), consentidos a través del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Esta investigación produjo principalmente dispositivos para analizar prácticas y procesos de formación en salud. Quedó claro que, para superar los desafíos en la forma de institucionalizar el uso de plantas medicinales en el SUS, es necesario repensar la dinámica de formación de los trabajadores, la temporalidad establecida y las formas de organización del trabajo. Al afirmar las plantas medicinales como dispositivo para la producción de redes, se admiten otras formas de hacer gestión en salud y se abren posibilidades para la inclusión de prácticas dialógicas, solidarias, participativas, complementarias, transdisciplinarias e intersectoriales en la APS.

Palabras-Clave: *Plantas Medicinales, Atención Primaria de Salud, SUS*

ABSTRACT

The insertion of medicinal plants in Primary Health Care (PHC) is based on ethical-political bets that underlie shared care, network fostering, social development and the appreciation of popular knowledge. The inclusion of these practices as a health promotion strategy promotes the improvement of the quality of health care and allows for the increment of different approaches. This also strengthens the principle of comprehensive care and expands therapeutic options for users of the Unified Health System (SUS). This research-intervention, qualitative and descriptive, sought to map experiences developed in the municipality of Divino de São Lourenço/ES, Patrimony District of Penha, in relation to the use of medicinal plants and their articulation with SUS in PHC. The objective was to foster dialogue between health workers, managers and users. As methodological tools we used: field diary, conducting interviews with semi-structured script and the conversation wheel. Professionals from the Family Health Strategy (n=15), users (n=10) and local experts on medicinal plants (n=5), consented through the Free and Informed Consent Term (TCLE), were interviewed. This investigation mainly produced devices for analyzing health training practices and processes. It became clear that, to overcome the challenges on the way to institutionalize the use of medicinal plants in the SUS, it is necessary to rethink the dynamics of training workers, the established temporality, and the ways of organizing work. By affirming medicinal plants as a device to produce networks, other ways of doing health management are admitted and they create possibilities for the inclusion of dialogical, solidary, participatory, complementary, transdisciplinary and intersectoral practices.

Keywords: *Medicinal Plants, Primary Health Care, SUS*

ÍNDICE DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
Abes-SP	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental
	Central de Medicamentos
Covid-19	Corona Vírus (Sars-CoV-2)
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Nasf	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
Pmaq-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pneps	Política Nacional de Educação Popular para a Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPPM	Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RenisUS	Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Mapa da área abrangência da ESF de Patrimônio da Penha. 57
- Figura 2. Mapas das microáreas evidenciando a redistribuição de famílias após redivisão de área. Os polígonos da esquerda representam a distribuição antes da redivisão, e os polígonos da direita representam a nova redistribuição de famílias nas microáreas. 59
- Figura 3. Mapa das microáreas 05. À esquerda, evidencia-se a redistribuição de famílias após redivisão de área. À direita, as residências que se encontram em áreas de difícil acesso. 60
- Figura 4. Nuvens de palavras produzidas com as respostas às questões: Por que você considera esse diálogo importante? Com qual planta medicinal você se identifica e/ou costuma fazer uso, respectivamente? 119

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1.	Algodoeiro	72
Ilustração 2.	Manjericão	74
Ilustração 3.	Tomatinho	76
Ilustração 4.	Gerânio/ Malva Cheirosa	78
Ilustração 5.	Alfavacão Cravo	80
Ilustração 6.	Camomila	82
Ilustração 7.	Confrei	84
Ilustração 8.	Gervão Roxo	86
Ilustração 9.	Transsagem	88
Ilustração 10.	Café do Mato/ Guaçatonga	90
Ilustração 11.	Phisális/ Camapú/ Juá de Capote	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	33
Tabela 2.	Distribuição de domicílios e indivíduos por microárea, segundo dados do cadastro individual e domiciliar.	55
Tabela 3.	Distribuição de domicílios e indivíduos por microárea, segundo dados do cadastro individual e domiciliar, após redivisão de área.	56

SUMÁRIO

1.	Apresentação	15
2.	Desafios na construção do plano problemático	17
3.	A construção do campo problemático	23
4.	Plantas medicinais como dispositivo de criação de redes	27
5.	As práticas integrativas e complementares e o uso de plantas medicinais	31
6.	Pistas e percursos metodológicos	37
7.	O tempo do vínculo	38
7.1	Tecer um território	38
7.2	O lugar que ocupo e a clínica que quero construir	61
8.	O tempo do cuidado	70
9	Tempo do compartilhar	94
9.1	Artigo 1: Percepções de profissionais da saúde sobre o uso de plantas medicinais na atenção primária em Patrimônio da Penha/ES	95
9.2	Artigo 2: Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais: Roda de Conversa como instrumento de gestão participativa em Patrimônio da Penha/ES	113
10.	Considerações Finais	122
11.	Apêndice I	129
12.	Apêndice II	130
13.	Apêndice III	132
14.	Anexo I	138

1. APRESENTAÇÃO

Para afirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ou mesmo sua dimensão pública como política de saúde, é necessário construir coletiva e lateralmente modos de compor com aquilo que é um desafio concreto na vida das pessoas, com as pessoas – sua terra, seus valores e seus modos singulares de ser comunidade. Assim, **ao pensarmos as plantas medicinais como dispositivo de produção de redes, pensamos também modos de afirmar uma memória coletiva e presente, da qual emergem práticas de cuidado singulares.**

Inúmeros desafios surgiram ao longo do percurso dessa investigação: encontrar tempo para conduzir a pesquisa em meio ao cotidiano de trabalho intenso, firmar pactuações com a gestão para cumprir os créditos em Vitória, e, para isso, percorrer 500 quilômetros por semana durante um ano e meio, estrada de chão, chuva, barro, e seguir dirigindo na madrugada para retornar ao trabalho no dia seguinte. Durante todo esse processo, descobrimos a gestação do meu filho Ícaro. E a explosão da pandemia de Covid-19, que me motivou parir em casa e me forçou vivenciar o puerpério em isolamento. Circunstâncias muito desafiadoras para o processo da escrita.

Entretanto, ao enfrentar esses desafios foi possível criar condições para me manter motivada e inventar estratégias de visibilização das práticas locais, fomentar interlocuções entre trabalhadoras de saúde, conhecedores locais e usuários. E ter como principal referência a noção de que os princípios de SUS só se concretizam em redes de interdependências e, principalmente, partindo de vivências concretas do cotidiano.

O principal objetivo foi criar espaços dialógicos, inventar outros tempos para o cuidado, para a produção de vínculo e para o compartilhamento de vida. Nesse caminho, buscamos afirmar territórios singulares e, por consequência, criar alternativas frente aos processos universalizantes e privatizantes nas políticas de saúde.

As experimentações dessa pesquisa acontecem a partir do trabalho em uma equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Patrimônio da Penha-Divino de São Lourenço/ES, onde atuo como dentista. Foi possível, mesmo diante de tantos desafios, conhecer quintais, tocar em plantas, experimentar chás, banhos, xaropes, emplastros, pomadas, ouvir experiências, ganhar inúmeras mudas e plantar.

A experimentação das plantas como dispositivo de produção de redes dá-se em uma paisagem da implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS, valoriza recursos e métodos não biomédicos relativos aos processos de produção de saúde, o que implica outros efeitos na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a inserção de plantas medicinais no SUS parte de apostas que priorizam: cuidado compartilhado, educação popular para saúde,

fomento de rede, desenvolvimento social e a afirmação dos saberes populares. Para analisar e transitar por essas questões construímos um texto organizado estrategicamente da seguinte forma:

- Os capítulos iniciais – o **Capítulo 2** - Desafios na construção do plano problemático; **Capítulo 3** - A construção do campo problemático; **Capítulo 4** - Plantas medicinais como dispositivo de criação de redes; e **Capítulo 5** - As Práticas Integrativas e Complementares e o uso de plantas medicinais – apresentam ao leitor as questões sinalizadas, dando destaque ao processo de composição do campo de pesquisa, e introduzem questões importantes para a condução do diálogo sobre plantas medicinais no SUS.
- O **Capítulo 5** traz, ainda, as pistas e os percursos metodológicos que nortearam esse processo investigativo.
- O **Capítulo 6** - Tempo do vínculo, esse propõe realizar reflexões sobre o vínculo e tece uma cartografia do território da pesquisa, expondo os desafios e potencialidades do lugar que ocupo e da clínica que quero construir como dentista comunitária em Patrimônio da Penha.
- O **Capítulo 7** - Tempo do cuidado, por sua vez, revela histórias, traços do cotidiano, memórias, envolvimento e experiências em relação ao uso de plantas medicinais, surgidos durante o percurso da pesquisa
- O **Capítulo 8** - Tempo do Compartilhar é composto por dois artigos. O primeiro: “Percepções dos profissionais de saúde sobre o uso de Plantas Medicinais na Atenção Primária em Patrimônio da Penha/ES”, que tem como objetivo conhecer as experiências dos profissionais em relação ao uso das plantas medicinais na Atenção Primária. E o segundo, “Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais: Roda de Conversa como instrumento de gestão participativa em Patrimônio da Penha/ES”, relata a experiência de uma roda de conversa na comunidade e propõe, por meio do diálogo e da troca de saberes, a construção de dispositivos coletivos para análise das práticas de saúde.
- **Apêndices** – Expomos fotos do processo de territorialização e da roda de conversa e alguns desdobramentos e resultados preliminares das parcerias realizadas no processo da pesquisa.
- **Anexo 1** – Traz os termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados na pesquisa.

2. DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO PLANO PROBLEMÁTICO

O trabalho de campo é uma vivência, ou seja, mais do que um puro ato científico, como talvez pudesse ser um trabalho de laboratório, no caso de um psicólogo experimental, ou a pesquisa de gabinete de um economista. O trabalho de campo, a pesquisa antropológica, para mim, é uma vivência, ou seja, é um estabelecimento de uma relação produtora de conhecimento, que diferentes categorias de pessoas fazem, realizam; por exemplo, antropólogo, educador e pessoas moradoras de uma comunidade rural, lavradores, mulheres de lavradores, pequenos artesãos, professoras das escolas e assim por diante (BRANDÃO, p.12, 2017).

Pensar um problema é pensar o próprio processo de constituição do mundo, ou seja, o tempo. Em nosso campo, o uso das plantas medicinais como dispositivo de produção de redes, é como se tais temporalidades necessariamente se cruzassem, se interconectassem. Existe, nitidamente, uma dinâmica de tempo institucional que direciona os atendimentos, o funcionamento e a organização dos processos de trabalho, e essa dinâmica muitas vezes esbarra-se em uma “temporalidade orgânica” vivenciada pela comunidade.

O tempo para se relacionar com a cura, com a terra e com as sensações de sofrimento e dor esbarra-se em uma temporalidade induzida “não orgânica”, que dita ritmos de produção, imediatismos e praticidades.

E aí instalam-se conflitos: Noções urbanas e capitalistas de temporalidade adentraram o espaço do campo e das florestas? Não temos tempo para nos cuidar de forma mais próxima dos saberes tradicionais dessas comunidades do campo e das florestas? Por que não optar por formas de cuidados que demandam tempo de relação? Como a ciência hegemônica assume o posto de verdade absoluta e passa a ter poder de decisão sobre nossas vidas?

Tudo parece bem complexo e, ao mesmo tempo, abstrato. Por muitos momentos pareço estar andando em círculos, na busca por encontrar tais respostas. Talvez fosse preciso reformular minhas questões ou conduzi-las para o campo da experiência. Não para dimensionar as forças que incidem sobre nós ou para localizar no tempo a ruptura de nossa liberdade, mas para tentar abrir brechas. Tendo em mãos, por exemplo, estratégias políticas de pesquisa que permitam afirmar, criar ou construir outros referenciais de temporalidade e afetos.

Permito-me, então, realizar uma pausa. Um respiro. E chego até a seguinte proposição: A que tais questionamentos nos servem em nosso campo de trabalho?

Talvez um possível caminho seja estabelecer, em um caos permanente, o estado de equilíbrio dinâmico. Concentrar energia na possibilidade de construção e desconstrução de métodos, internalizando o caráter dinâmico da vida e das relações. A começar pela prática do exercício de simplificar. Simplicidade essa que existe, repete-se, vive e é memória.

“Como vimos, a vida é mais simples do que parece, desde que nossas condições de vivenciá-la não estejam movidas pelos sentimentos de manufaturamento e sintetização. Por isso convidamos a nós mesmos e a todos aqueles que sempre nos atacam a vivenciar conosco desejos, sonhos e possibilidades, materiais e imateriais, de emancipação humana da diversidade, com a nossa capacidade de colonizar a vida a partir do processo de escolhas” (Antônio Bispo dos Santos, *Colonização, quilombos: modos e significados*, p. 100, 2015.)

Nesse sentido, destacar o que marca hábitos, querer, crenças, histórias e experiências é afirmar o cotidiano como multiplicador de sentido. E falar em produção de sentidos diz respeito a:

“Internalização do objeto ou à subjetivação do objeto como objeto exterior. Trata-se, então, em um primeiro momento, de criar na internalidade do sujeito prático as imprecisões ou primeiros decalques e bosquejos do que seja a realidade circundante, aquilo que objetivamente cerca o indivíduo e ele mesmo. Assim, sentidos não são produzidos apenas no final de uma pesquisa, depois da coleta e arranjo dos dados. Sentidos começam a ser produzidos já desde o momento em que nos movimentamos em direção ao real, e esse real apreendido que se constituirá em nossa realidade. Realidade é, pois, o real significado.” (BOTAZZO, p.253, 2015).

Ao nos aproximarmos do “real” a que se refere a esfera da Atenção Primária no SUS, falamos de um campo de disputas de forças que constituem o campo da saúde. O atual modelo hegemônico empenha-se em diminuir a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. E ao compartimentalizar a rede de cuidado em um escopo de protocolos e procedimentos, a dinâmica de tempo imposta é o imediatismo.

Como dentista na Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Patrimônio da Penha, proponho-me, de outro modo, a construir caminhos em meio a redes de saúde, como um exercício de pensar formas de interferir nesse mundo, criando porosidades nas práticas profissionais e ampliando o diálogo com a comunidade para “fazer circular a palavra, os afetos, os processos¹”. Nessa experiência de pesquisa, tentamos nos aproximar das plantas medicinais e das relações de cuidado que se compõem por meio de itinerários terapêuticos plurais. As experiências e as narrativas que chegaram até a clínica odontológica são permeadas por histórias e repertórios singulares de modos de vida da comunidade.

¹ Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. Maria Elizabeth Barros de Barros; Janaína Mariano César; Rafael Silveira Gomes; Raphaella Fagundes Daros. *Práticas de Apoio e Integralidade no SUS: Por uma estratégia de Rede Multicêntrica de Pesquisa*. Roseni Pinheiro... [et al.] (Organizadores). - Rio de Janeiro: Cepesc /Abrasco, 2014

Nossa aposta é então, na pluralidade das práticas e na possibilidade de construção de redes dentro do SUS, uma vez que ao se consolidar redes, torna-se indispensável a sintonia entre saberes, as interseções disciplinares e os diálogos intersetoriais.

Em tal cenário, a integralidade ganha uma dimensão sociopolítica ampla, direcionando-se ao esforço de estabelecimento, manutenção e ampliação dos direitos sociais recém-adquiridos em meio a um contexto constituído por grandes desigualdades socioeconômicas e culturais. Assim, somos convocados a reorientar nossas ações para articular diferentes concepções de temporalidade, afetos, cuidados e práticas, já que,

quanto maior o conjunto de saberes de que se dispõe para ação de produção de atos de saúde, utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e a maior capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY, p.118, 2014).

Segundo CECILIO, CARAPINHEIRO e ANDREAZZA, (p.53, 2014) há disjunção entre o tempo dos gestores, o tempo da equipe de saúde e o tempo dos usuários e formas diferentes e quase sempre incompatíveis de “vivenciar o tempo” dos vários atores sociais com relação, por exemplo, ao acesso aos serviços.

Nesse caminho, produzir coletivamente modos de cuidar constituídos em uma rede de interdependência pode nos auxiliar a criar condições para dispor de outra maneira, o que desejamos, tanto em relação à dimensão de processualidade e de relação de forças, quanto em relação à dimensão das estabilidades provisórias das instituições [e da vida]. Assumir o risco de querer dispor de outra maneira fragiliza os dispositivos da hegemonia e também nos permite pensar o campo de um trabalho que desejamos.

Não se escravizar a uma dinâmica, a um diagnóstico ou a uma terapêutica. Ser livre para conduzir-se. E ter condições para mudar de rota, caso necessário, podendo lançar mão de todas as ferramentas, possibilidades e tecnologias para garantir a integralidade no cuidado com seus desafios e nuances.

A aposta é conjugar ética, estética e experiência como uma tripla raiz de uma problematização do pensamento, em uma rede complexa e indissociável. Tendo a ética como possibilidade de fazer escolhas não guiadas por um código de conduta, mas escolhas que se fazem em um entremeio, no interstício entre prática e liberdade; conhecimento e invenção (DIAS, 2012, p.97).

O projeto político do SUS, que garante integralidade na atenção e no cuidado, é para ser constituído por nós e para nós (usuários/trabalhadores/gestores). Entretanto, para que isso

aconteça de fato, teremos que convocar de outro modo o trabalho e assumir a necessidade de constante reorganização da clínica e dos modelos de atenção e gestão.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) apresentam-se como ferramentas que podem propiciar a recomposição da integralidade em saúde, por meio das quais as pessoas e grupos sociais protagonizam um maior governo sobre suas vidas, e os profissionais relacionam-se com mais autonomia e criatividade em suas práticas.

Para Vasconcelos (2010), faz-se necessária a quebra dos poderes centralizadores para dar lugar a uma relação educativa e dialógica com a população, na qual a valorização, articulação e confrontação de outros saberes tornam-se imperativas.

No contexto da nossa investigação, é importante ressaltar que a relação com as plantas medicinais é uma estratégia de conjurar a busca por produtividade e produzir abordagens singulares. Desse modo, foi preciso haver aproximação de um “ritmo orgânico” para que houvesse estabelecimento de vínculos, diálogos e troca de saberes. TONELI (p. 225, 2012) expõe que,

[...] tatear implica modos de pesquisar cujo compromisso não está em representar uma realidade suposta, mas em se deixar atravessar por processos de invenção, deixar passar a potência de criar novas constelações de possibilidade. São tremores, paixões e exaustões que deslocam os órgãos de um pesquisador para fora de pretensas “neutralidades” que delimitam mundos imóveis e estáveis.

E assim foram conduzidos os primeiros momentos, tateando pistas para, devagar, aproximar-me das relações da comunidade, suas formas de cuidado e o uso das plantas medicinais. O desafio que se coloca é a necessidade de tempo para criar vínculos e se aproximar dos acontecimentos diários que ligam as pessoas às plantas medicinais e operam modos de cuidado singulares, naturais e contra-hegemônicos.

O vínculo de amizade e confiança com os colegas de trabalho e moradores da comunidade permite que se conheça o lugar através do olhar daqueles que têm ali uma história, uma vivência. Bosi (p.38,1994) coloca a importância desse compromisso afetivo para a realização da pesquisa: [...] “uma pesquisa é um compromisso afetivo, um trabalho ombro a ombro com o sujeito de pesquisa”.

E esse compromisso afetivo é uma conquista que se dá pelas minúcias. Quase que uma tática de resistência investigativa, já que somos inseridos em uma prática clínica densa² com alta demanda de atuação curativa devido às condições de saúde bucal enfrentadas pela

² Vale lembrar que falo como dentista da Estratégia da Saúde da Família, atuando na ESF de Patrimônio da Penha, distrito do município de Divino de São Lourenço - ES.

comunidade, à dificuldade de fixação do profissional odontólogo e às frequentes limitações de insumos enfrentadas nos serviços. Nesse sentido, é compreensível que a comunidade espere que a odontologia seja atuante em um perfil voltado às intervenções e à supressão de dor. Segundo BOTAZZO (p.265-266, 2013), para ultrapassar as concepções tecnicistas e biologicistas na odontologia, e pensando na importância da dimensão da subjetividade, outros pontos necessitam ser aduzidos, entre os quais:

“1) A clínica é uma relação de alteridade, ou seja, lugar onde dois sujeitos se encontram: cada um deles tem saberes, desejos e carências legítimos.

2) Nessa relação é que são realizadas as dimensões objetivas e subjetivas da existência humana, como totalidade social.

3) A boca humana é particular expressão dessa totalidade: nela se materializam específicos modos de existir, dá-se a continência para certos sintomas originados nos dispositivos psíquicos, revelam-se as marcas dos usos sociais para os quais foi suporte, bem como as evidências das condições psicossociais (melhores ou piores) da efetivação de tais usos.”

Ademais, o autor aponta que tais reposicionamentos indicariam a possibilidade de novo trânsito ou o desenvolvimento de novas interfaces com a cultura e a ciência, porque se admite, desde o ponto de partida, que estamos diante de uma outra concepção política de clínica.

Logicamente, discutir de forma teórica essa “nova” concepção política de clínica é mais fácil que a experimentar em nosso cotidiano. Ao se deparar com a surpresa que nossos colegas de trabalho e usuários demonstram quando há aproximação com o problema de pesquisa, percebe-se o reflexo concreto da prática que estivemos construindo até aqui. E aí surgem questões: Como as plantas medicinais relacionam-se com a odontologia e com o próprio SUS? Sua pesquisa então não é sobre odontologia? Pode uma dentista pesquisar sobre o uso das plantas medicinais?

Encarar tais questões como dispositivos para análise de nossa prática e criar espaços de diálogos são movimentos que nos direcionam à construção da integralidade da atenção e da produção do cuidado em saúde bucal de um modo inovador e criativo dentro da rede.

Nesse cenário, o impasse que se deu nas fases iniciais dessa investigação foi a despeito da aproximação com o problema de estudo. Acredito que por estar inserida na dinâmica de temporalidade hegemônica do sistema, tendo produções a cumprir e tendo que equilibrar as expectativas – minhas, dos gestores e dos usuários em relação ao acesso (devido à longa lista de espera para procedimentos dentísticos e operatórios) –, este estudo inicia-se com certos desafios institucionais e sociais.

O desafio de criar tempo para conduzir a pesquisa, em meio a todas as atividades clínicas diárias, aos protocolos a cumprir e à produção e alimentação de dados é encarado como processo de resistência, em uma tentativa incessante de, como já dito, construir táticas políticas de pesquisa para o enfrentamento e a transformação de nossa realidade cotidiana. Assim, tal investigação constitui-se como alternativa para flexibilizar pontos de vista e objetivos construídos socialmente em relação à Atenção Primária e à prática clínica odontológica.

Acredito, também, que tais impasses contribuíram inicialmente para que meu problema de pesquisa (plantas medicinais e as práticas de cuidado que as envolvem) fosse encarado pelos colegas e usuários como plano de fundo à minha atuação clínica diária. Como apontado nos trechos de diário de campo, a seguir:

“As plantas medicinais têm se colado como um objeto fugidio. Parecem escapar dos meus olhos, das minhas relações e análises. Certamente, aqui é um local rico em manifestações culturais das mais diversas formas. Os quintais pulsam vida. Há muita água. Muitas pessoas buscam cura aqui. A cura pulsa aqui. Certamente existe um universo de autocuidado e sabedoria que ainda se mantém distante de mim” (Trecho do diário de campo; março de 2018)³

“Aceitar o tempo dos afetos. Se permitir ao contato lento. Criar um pertencimento.” (Trecho do diário de campo; junho de 2018)

3 Destacamos o uso do diário de campo, tendo como referência sua origem na antropologia, onde se caracteriza como um “instrumento depositário de notas, impressões, observações, primeiras teorizações, mapas, esboços, desabafos, entrevistas e garatujas de informantes” (MAGNANI, p.8,1997). Com esse instrumento cria-se espaço para uma linguagem mais sensível e poética onde é permitido falar de sensações, anseios, impressões e experimentações dentro do território.

3. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO PROBLEMÁTICO

No contexto das questões sinalizadas, a presente dissertação “**Saberes e Práticas Populares: O uso de plantas medicinais no cuidado e na promoção da saúde**” visou mapear experiências desenvolvidas, no município de Divino de São Lourenço/ES, Distrito de Patrimônio da Penha, em relação ao uso de plantas medicinais e sua articulação com o SUS na Atenção Primária à Saúde.

Buscamos nos aproximar de práticas culturais e afetivas que afirmam certa singularidade comunitária, onde território, espaço vivo de possibilidades, é ao mesmo tempo local de produção e expressão dos desejos, das vontades, dos agenciamentos e da produção de subjetividade.

Pretendeu-se combinar a disputa no campo simbólico com a do campo das práticas, a fim de reafirmar a noção de saúde como processo social, essencialmente coletivo e de interesse público (NARVAI & FRAZÃO, 2008). Assim, quando nos referimos às plantas medicinais, articulamos saberes e práticas populares em saúde. Agregá-las ao SUS implica – além da incorporação de mais uma possibilidade terapêutica – a atualização de práticas tradicionais milenares, onde se imbricam, nos dias de hoje, o conhecimento científico e o conhecimento popular e seus diferentes entendimentos sobre o adoecimento e formas de conduzi-lo, e, principalmente, a noção de saúde (FIGUEREDO, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde desencadeou o desenvolvimento de políticas pela institucionalização dessas práticas no SUS e estabeleceu: a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Entretanto, observa-se que, apesar de o governo federal ter desenvolvido diversas ações, a institucionalização das políticas pouco avançou em função das dificuldades para seu uso no SUS, como: o pouco “conhecimento” que os profissionais de saúde possuem; o entendimento controverso sobre a eficácia e a segurança desse tratamento por parte de usuários, profissionais e indústria farmacêutica; a dificuldade do acesso às plantas medicinais; além da estruturação dos serviços em moldes que favorecem o uso do medicamento sintético (FIGUEREDO, 2013).

Assim, as frustrações e os limites trazidos com a biomedicina (que se ampara em uma concepção hegemônica de saúde) convocam-nos a problematizar como podemos fomentar outras formas de cuidado. Pensar as plantas medicinais como elementos articuladores entre os saberes socioculturais e as práticas de cuidado é um modo para conectar, a partir de outras bases, saberes específicos das comunidades ao saber científico e institucionalizar políticas que

tenham como princípio a construção coletiva de espaços de análise das relações de poder e a construção democrática das perspectivas de saúde e dos processos de trabalho.

Para nos direcionar no caminho dessas análises, pretendemos nos aproximar da comunidade e criar estratégias para concretizar o intercâmbio solidário de saberes, além de pensar táticas de análise coletiva das relações de poder e práticas de gestão hegemônicas no âmbito do SUS.

Trata-se de fazer a análise de um regime de práticas – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências. Analisar “regime de práticas” é analisar programações de conduta que se tem ao mesmo tempo, efeitos de prescrição em relação ao que se deve fazer (efeitos de jurisdição) e efeitos de codificação em relação ao que se deve saber (efeito de veridicidade) (FOUCAULT, 2003, 338).

Nesse contexto, a formulação de políticas públicas de saúde deveria considerar as experiências concretas dos atores na invenção de estratégias para lidar com os desafios concretos do território. Entretanto, de um modo geral, partem do saber biomédico instituído⁴, colocando em segundo plano questões relacionadas aos valores, práticas cotidianas, relação com o território (sentido ampliado), ao corpo e aos modos de vida. Como se a produção de saúde só existisse a partir da montagem de certos conjuntos de práticas ou da intervenção de certos saberes. “De modo mais geral, podemos afirmar que a saúde se transformou em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo [...]” (FOUCAULT, p. 384, 2011). E esse modo de viver construído no cotidiano das famílias que vivem nos territórios de abrangência da ESF reflete, ao mesmo tempo, um conhecimento tácito ao identificar estratégias de sobrevivência e um conhecimento histórico que afirma suas crenças e existência no mundo. São modos de viver “mestiços” resultados de mosaicos entre os fragmentos que cada família, cada comunidade constrói no processo de produção de saúde, nos quais convivem informações polifônicas: a informação veiculada pela televisão, a informação prescritiva do profissional, as regras terapêuticas instituídas, os saberes tradicionais e as informações das vivências traduzidas para os coletivos (PEDROSA, 2014)

Acreditamos que ao afirmar modos de vida que se distanciam do modelo hegemônico de cuidado, fortalecemos a construção compartilhada da concepção de saúde e nos aproximamos da transformação real dos serviços. Nesse caso, Pedrosa (2014) aponta que

4 Uma série de eventos culminou no Relatório Flexner de 1910, que estabeleceu um conhecimento alopático e biomédico, como a forma hegemônica que deslegitimou outros tipos de conhecimento e revestiu a profissão médica de autoridade cultural, econômica e política. (BARROS, 2011)

transformar a ESF em espaços de possibilidades e de exercício da integralidade de saberes é transformá-la em espaços pedagógicos, onde se produza escuta sensível e seja fomentada a participação na produção compartilhada de visibilidades e enunciação de projetos de vida emancipadores.

Nessa conjuntura, é importante compreender que autonomia constitui-se como um processo em permanente construção. Assim, quando lutamos por espaços que criem e/ou fomentem a existência de múltiplas perspectivas de produção de saber – e que o fazer clínico se dê de forma coletiva – estamos caminhando em direção a essa coconstrução de realidade.

Como trabalhadores do SUS, somos convocados a pensar (e coconstruir) alternativas, criando – permanentemente – condições para que o “novo” se concretize. E esse “novo” pode ser, em alguns casos, um caminho para (re)existir em um vazio assistencial. Esse que recai sobre nossas práticas ainda fundamentadas nas concepções duras e determinísticas de saúde – e de vida – e impõe dinâmicas de tempo, protocolos e condutas.

Importante ressaltar que Patrimônio da Penha, distrito do município de Divino de São Lourenço, está localizado na zona de amortecimento do Parque Nacional do Caparaó (ParNa Caparaó) (MASSINI, 2015), elemento basilar na construção discursiva da “identidade cultural” do referido território (GOBBO, 2015). A região é rica em recursos hídricos, com muitos rios perenes constituindo três importantes bacias hidrográficas: rio Itabapoana, RJ, rio Itapemirim, ES, e a bacia do rio Doce, MG/ES (COSENDEY, 2015). Sobressai a cultura do café e do leite; e a mão de obra é predominantemente familiar na exploração das terras.

Destaque-se a presença de estrangeiros e de pessoas nomeadas “alternativas” pela comunidade (frutos dos movimentos de contracultura dos anos 60, que chegaram na região na década de 90, e que elegeram a localidade para firmar moradia permanente). Com isso, foram inseridos novos costumes que se alinham com a tradição local. Formou-se, então, uma comunidade alternativa que atrai turistas para a região por meio de vários eventos, promovidos durante todas as estações (GOBBO, 2015).

Ao mesmo tempo, estamos falando de uma região onde a vegetação nativa foi intensamente alterada pelo desmatamento (MASSINI, 2015), apresentando 68% de esgotamento inadequado, e está entre os três piores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Espírito Santo.

Desse modo, conduzir uma tal pesquisa em meio a esse cenário desafiador amplia a necessidade de apoiar o fortalecimento do desenvolvimento comunitário e da efetividade das políticas de saúde, além de possibilitar a ampliação do engajamento e a participação da comunidade, que se configuram como condições essenciais para elaboração e aplicação de

qualquer plano de gestão e manejo (WAGNER,1995). Assim, com a aproximação do cotidiano dos moradores, percebe-se a relação afetiva do humano com o lugar (RODRIGUES *et al.*, 2010). Então, conhecer as práticas populares em comunidades pode potencializar novos desdobramentos e alternativas de ações, com fins de proteção e sustentabilidade (GOBBO, 2015), para reformulação de práticas de saúde e processos de trabalho (TOMAZZONI, 2004) e pela possibilidade de identificar espécies ainda não citadas na literatura como medicinais, ampliando o escopo das possibilidades fitoterapêuticas (TESSER, 2013).

O estudo das plantas medicinais funcionaria como importante dispositivo de fortalecimento das práticas locais e sua articulação com a gestão do SUS em âmbito local e regional. Por isso, não se trata de criar um “inventário” das plantas medicinais, mas abordar os sentidos de seus usos na vida das pessoas.

Amparamo-nos na potência de criação de vínculos e autonomia na produção de cuidado articulado à dimensão pública das políticas de saúde. Pretendemos, dessa forma, lançar o olhar para essa comunidade buscando explorar as vivências e trajetórias de seus personagens, suas relações com as plantas medicinais e as articulações e tensões com atenção primária à saúde.

Nesse caminho deparamo-nos com as seguintes questões: Quais experiências e práticas, em relação ao uso de plantas medicinais são desenvolvidas no território de Patrimônio da Penha? Quais suas articulações com o SUS na Rede de Atenção Primária? De que modo as plantas medicinais fazem parte das práticas comunitárias de cuidado? Em que medida, então, favorecem a produção de redes?

4. PLANTAS MEDICINAIS COMO DISPOSITIVO DE CRIAÇÃO DE REDES

“Quando examinamos mais de perto os processos metabólicos, percebemos que eles se encadeiam em uma rede química. Essa é outra característica fundamental da vida. Assim como os ecossistemas são compreendidos em função da noção de teia alimentar (redes de organismos), assim também os organismos são concebidos como redes de células, órgãos e sistemas orgânicos; e as células, como redes de moléculas. Uma das principais intuições da teoria dos sistemas foi a percepção de que o padrão em rede é comum a todas as formas de vida. Onde quer que haja vida, há redes. A rede metabólica da célula envolve dinâmicas muito especiais, que são extraordinariamente diferentes do ambiente "sem vida" em que se encontra a célula. Assimilando nutrientes do mundo exterior, a célula sustenta-se por meio de uma rede de reações químicas que ocorrem dentro de seus limites e produzem todos os seus componentes, inclusive os que constituem o próprio limite. A função de cada um dos componentes dessa rede é a de transformar ou substituir outros componentes, **de maneira que a rede como um todo regenera-se continuamente.** É essa a chave da definição sistêmica da vida: **as redes vivas criam ou recriam a si mesmas continuamente mediante a transformação ou a substituição dos seus componentes. Dessa maneira, sofrem mudanças estruturais contínuas, ao mesmo tempo em que preservam seus padrões de organização, que sempre se assemelham a teias.**” (Fritjof Capra; Ciência para uma vida sustentável, 2002.)

Seres vivos de um modo geral só se mantêm vivos por estarem interligados entre si, e com o mundo inorgânico, compondo uma rede complexa. Partimos do biológico para nos situar em uma pequena dimensão visível e mensurável e, a partir dela, estender nossas análises a outros campos do saber. Como Capra (2002) aponta, o termo rede pode indicar a dinâmica de relações e inter-relações. Isso pode auxiliar na cartografia das redes de relação, apontando possibilidades de aberturas e análises dos fluxos para criar dinâmicas de transformação de realidade.

Na visão Latour (2012), uma rede é como um modelo de organização da paisagem social, onde todos os participantes operam como atores que fazem algo e levam outros a fazerem. Desse modo, rede não é um objeto, mas sim o efeito dessa descrição, o conjunto de traços deixados por esses atores em movimento. Entretanto, as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões metaestáveis de inter-relações. Se é metaestável é constituída por uma tensão interna; essa tensão poderia ser colocada então como um conflito constitutivo. Nesse sentido, a gestão de redes precisa incluir tais tensionamentos. Essa dimensão dos conflitos, das tensões constitutivas é o que sustenta a importância da criação dos espaços de fortalecimento das redes locais, e o que orienta um fazer que negocia, permanentemente, soluções por meio do monitoramento e da

avaliação dos processos e das questões concretas. Então, a questão da gestão não é a eliminação do conflito, mas sim os modos de encaminhá-los e analisá-los coletivamente.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A primeira descrição de organização de redes, no recorte de serviços de saúde, ocorreu no Relatório Dawson em 1920, resultado do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial.

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs, na Inglaterra, a reestruturação do modelo de atenção à saúde em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino. As propostas do documento estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais.

No cenário brasileiro, a transição demográfica acelerada acompanhada do desafio de lidar com doenças crônicas e as variáveis que as constituem (estresse, alimentação inadequada, crescimento da violência, obesidade, uso excessivo de álcool e outras drogas) apontam para necessidade urgente da retomada da (re)organização da atenção à saúde – que ainda se orienta de forma fragmentada, episódica e reativa (BRASIL, 2015). Assim, a partir da década de 1990, observa-se o surgimento de propostas de desenvolvimento de redes no suporte às políticas públicas, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, em um contexto de complexificação das questões sociais e de fortalecimento do controle público (INOJOSA, 2008; OUVENEY, 2008).

Nesse contexto, a portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. E define RAS como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado.

Cujo objetivo é:

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Para promover essa integração de ações e um funcionamento efetivo em rede, que é chave para operacionalização das RAS, é importante pontuar o papel central da APS⁵ na gestão do cuidado, estabelecendo comunicação com todos os pontos de atenção para garantir um cuidado integral e contínuo. Nesse caminho, a ESF é fundamental para o fortalecimento das ações da APS no SUS, sendo considerada como a ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado com foco na família e na comunidade (PEREIRA, 2012), quando a ênfase do cuidado é na atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais, pessoas usuárias e suas famílias. Entretanto, o que se observa na rotina dos serviços é um cenário que se caracteriza pela visível fragmentação das práticas e das ações. Arruda (2015, p.170), salienta que

a busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário desse sistema.

Assim, vale pensar que a estrutura operacional das redes é constituída por ligações materiais e imateriais que comunicam os diferentes nós entre si. E, quando se constroem possibilidades para além dos limites dos territórios “administrativos”, saberes e práticas já estabelecidas, admite-se a necessidade de constante produção de novos sujeitos e novas práticas; ou seja, a necessidade de pensar a articulação entre outros processos de produção de subjetividade. Desse modo, pensar produção de rede vai além de pensar a conexão entre equipamentos e arranjos institucionais.

E essa rede que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas em um dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2009). Nesse caminho, surge a necessidade de pensar alternativas para fortalecimento e dinamização da integração na rede, criando estratégias para

5 APS define-se pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvidas de forma democrática e participativa, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (STARFIELD, 2002).

fazer o serviço conversar⁶ (conversar entre si com os nós que o compõem). Assim, pensar as plantas medicinais como dispositivos⁷ permite-nos criar e manter espaços de diálogo que reafirmem a promoção de saúde e permitam a criação de novos caminhos para as práticas de cuidado. Tais espaços atuam como táticas para questionar a rigidez técnico-política da biomedicina curativa e disciplinadora ainda presente no SUS e trazem possibilidades de ampliação das práticas populares de usos de plantas medicinais. Quando falamos da ampliação e do fortalecimento dessas práticas na ESF amparamo-nos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que está de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o SUS. Entretanto, por se tratar de uma política de Estado, é impossível falar de produção de rede sem criar pontos de insurgência, isto é, criar tensionamentos para que haja uma interseção possível entre o mundo das verdades científicas e protocolos instituídos e a pluralidade das práticas comunitárias e locais de saúde. Assim, buscamos alternativas para produzir redes que fomentem a autonomia do usuário e do trabalhador, distanciando-nos *de arranjos que esfriem a vida* com mais manuais de conduta, controle e tutela.

6 Sendo importante delinear: Com quem e sobre o que vamos conversar? Para que conversaremos? E de que modo conversaremos? Tendo em mente que o sistema se constitui de corpos marcados por processos históricos, modos de expressão de gênero, pela cor da pele e de corpos que vivem em um território existencial. Daí a importância das ações de planejamento estarem atentas a tais questões.

7 Sobre dispositivos, Deleuze (1989), no texto “O que é um dispositivo” em conexão com o pensamento de Foucault, aponta que os dispositivos podem ser entendidos como máquinas de fazer ver e falar, visibilidade e dizibilidade. Desse modo, refere-se a práticas e discursos, assim como a instituições ou táticas moventes.

5. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS

Antes de iniciar essa exposição gostaríamos de pontuar sobre o termo “medicinas alternativas”. LUZ (2005, p.146) traz uma interessante concepção;

[...] proposta como “alternativa” à medicina contemporânea especializada e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo. Posteriormente, passou a designar práticas terapêuticas diversas da medicina científica, geralmente adversas a essa medicina. Atualmente o termo reveste-se de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Por esse motivo, não se considera aqui o termo “medicinas alternativas” um conceito, mas uma etiqueta institucional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo para se referir a “práticas de saúde, abordagens, saberes e crenças que incorporam medicamentos à base de minerais, animais e plantas, terapias espirituais, técnicas e exercícios manuais” utilizados tanto no diagnóstico quanto na cura de diversas enfermidades (WHO, 2002).

Para ANDRADE (2005), a medicina alternativa e complementar pode ser compreendida como um conjunto de crenças, práticas terapêuticas e cuidados de saúde, colocando-se como conhecimento que tem tido uma relação ambivalente com a biomedicina, ora sendo aceito e legitimado, ora se contrapondo ao sistema convencional de atenção à saúde.

Garantir e legitimar o acesso a plantas medicinais e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde é um caminho para ampliar as opções terapêuticas ofertadas aos usuários do SUS. Além disso, trata-se de estratégia importante para melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social. Com tais propósitos e com vistas à normatização das ações/serviços ofertados na rede pública e atendendo à demanda da OMS e da sociedade brasileira, foram desenvolvidas políticas, programas, regulamentos e recomendações em diferentes fóruns, nas três instâncias de governo (BADUY, 2013) Nessa perspectiva, merecem destaque:

- O Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais (PPPM) da Central de Medicamentos (Ceme), do Ministério da saúde, vigente entre 1982 a 1997, que realizou pesquisas com 55 espécies de plantas medicinais com o objetivo, entre outros, de “desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, por meio do estabelecimento de medicamentos fitoterápicos originados a partir da determinação do real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais”.
- A resolução da comissão Interministerial de planejamento e Coordenação – Ciplam N° 08, de 08/03/88, que regulamentou a prática de fitoterapia nos serviços de saúde, assim como

criou procedimentos e rotinas relativas à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais médicas.

- As recomendações das conferências nacionais de saúde e de seminários nacionais sobre plantas medicinais.
- O decreto presidencial, de 17 de fevereiro de 2005, que cria Grupos de Trabalho Interministerial, com vistas a elaborar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS de 2006.
- A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) de 2006, cujo objetivo é garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. E tem como diretrizes:
 - Regular o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, conforme as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização;
 - Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
 - Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos;
 - Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
 - Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;
 - Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
 - Garantir e promover segurança, eficácia e qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos; promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético; e
 - Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos; estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos.
- A portaria N° 2282/GM, do Ministério da Saúde, de 26 de novembro de 2009, que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco de Referência de Medicamentos e Insumos Complementares para Assistência Farmacêutica na Atenção Primária (Tabela 1).
- A Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (ReniSUS), divulgada em fevereiro de 2009, por meio do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do

Ministério da Saúde, que lista 71 plantas de interesse do SUS com intuito de orientar a cadeia produtiva e o desenvolvimento de pesquisas.

- A Portaria GM N° 886, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 1. Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária.

Nome Popular	Nome Científico	Forma Farmacêutica	Indicação
Espinheira-santa	<i>Maytenus illicifolia</i>	Cápsula, comprimido, emulsão, solução e tintura	Dispepsias, coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera duodenal
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	Cápsula, solução oral, tintura e xarope	Expectorante e broncodilatador
Alcachofra	<i>Cynara Scolymus</i>	Cápsula, comprimido, drágea, solução oral e tintura	Colagogos e coleréticos em dispepsias associadas a disfunções hepatobiliares
Aroeira	<i>Schinus terebenthifolius</i>	Gel e óvulo	Produtos ginecológicos anti-infecciosos tópicos simples
Cáscara-sagrada	<i>Rhamnus purshiana</i>	Cápsula e tintura	Constipação ocasional
Garra-do-diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>	Cápsula; comprimido revestido	Anti-inflamatório (oral) em dores lombares, osteoartrite
Isoflavona de soja	<i>Glycine Max</i>	Cápsula e comprimido	Climatério (coadjuvante no alívio dos sintomas)
Unha-de-gato	<i>Uncaria tomentosa</i>	cápsula, comprimido e gel	Anti-inflamatório (oral e tópico) nos casos de artrite reumatoide, osteoartrite e como imunostimulante

Com a PNPIC, as práticas de cuidado avançam na sua institucionalização, ampliando possibilidades terapêuticas aos usuários do SUS por meio do conhecimento, incorporação e implementação de experiências da medicina tradicional chinesa (acupuntura), medicina antroposófica, homeopatia, termalismo, cromoterapia, *reiki*, ioga, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, shantala, terapia comunitária integrativa, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia floral e também dos fitoterápicos e das plantas medicinais.

Nesse contexto, é importante lembrar que para analisar a PNPIC, sua implementação, suas diretrizes e seus objetivos é indispensável compreender sua lógica e o paradigma que a sustenta e reconhecer também que o sistema de saúde vigente ainda opera predominantemente segundo o modelo biomédico que admite outra lógica e outros referenciais. Reconhecer esse contraste e discuti-lo é importante, pois direciona a luta pelo estabelecimento de uma articulação lateralizada entre saberes e práticas de saúde e cria espaços e estratégias para efetivação da integralidade em saúde.

Na luta pela construção de um sistema de saúde que garanta integralidade, é fundamental que a concepção do binômio saúde-doença seja ampliada, e que os aspectos biológicos, psíquicos, físicos, sociais, culturais e filosóficos tornem-se lateralizados na composição de qualquer plano de cuidado. A implementação das PICs no SUS é importante nessa caminhada, pois reafirma o princípio da integralidade, valoriza de forma interessante os recursos e métodos não biomédicos relativos aos processos de cura, enriquece estratégias diagnóstico-terapêuticas e possibilita que o sistema incentive (e transporte para seu interior) a inserção dos saberes tradicionais e racionalidades populares. Com todo esse contexto passando agora a coexistir com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina, articulam-se novas estratégias de promoção e recuperação da saúde.

Tal discussão conduz-nos necessariamente aos fundamentos paradigmáticos desses cuidados em saúde já que

[...] as práticas integrativas em saúde, (PIS), são estratégias terapêuticas diferenciadas, voltadas para uma visão mais globalizante, valorizando o autocuidado e o uso de técnicas mais simples, seguras e baratas. Inserem-se no modelo assistencial holístico, que trata do ser como um todo, e não fragmentado em partes separadas, estabelecendo o equilíbrio entre a ciência, tecnologia e a humanização, alcançando ainda promoção de saúde como diferencial ao modelo tradicional biomédico (PARANAGUÁ, 2009).

Em relação aos objetivos da PNPIC para o SUS, foram enfatizados: (I) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (II) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (III) a promoção e racionalização das ações de saúde; (IV) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Entre as diretrizes que constam no documento estão:

- Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia;
- Ampliação da participação popular e controle social;
- Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país;
- Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS;

A partir desse contexto é nítido que para defender a legitimidade de práticas complementares, que no âmbito deste trabalho são chamadas de populares⁸, precisa haver um posicionamento de forma resistente frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade biomédica, buscando a produção de cuidado integral e lutando pela transformação do modelo tecno-assistencial para garantia da integralidade. Para ampliar os horizontes dos processos terapêuticos, o sistema é convocado a criar formas de legitimidade para sua intervenção social. Um caminho é operar por meio de ações que favoreçam a autonomia e participação do usuário. Quando falamos de autonomia, iniciamos um debate que permeia a valorização dos conhecimentos e práticas populares, já muito antes de se referenciar a medicina alopata e tecnológica ao estabelecimento da cura, o uso de saberes ancestrais, como a manipulação de ervas medicinais

LORENZI e MATOS (2008) registram, na introdução de *Plantas Mediciniais no Brasil, Nativas e Exóticas*, que:

Os primeiros europeus que no Brasil chegaram depararam-se com uma grande quantidade de plantas medicinais em uso pelas inúmeras tribos que aqui viviam. Por intermédio dos pajés, o conhecimento das ervas locais e seus usos eram transmitidos e aprimorados de geração em geração. Tais conhecimentos foram prontamente

⁸ No contexto da Política Nacional de Educação Popular para Saúde (Pneps-SUS), inserem-se as práticas populares de saúde (PPS), entendidas como saberes construídos coletivamente ao longo de gerações dentro de grupos populacionais com suas próprias características – religião, crenças, condições socioeconômicas –, e, de acordo com as condições que o ambiente específico lhes oferece, tais como vegetação, clima, geografia e história pregressa, objetivando curas, tratamentos e alívios para doenças e males (CARREIRA; ALVIM, 2002).

absorvidos pelos europeus que passaram a viver no país, principalmente aqueles que passaram a fazer incursões mais prolongadas no interior (nos “sertões”) com o intuito de aprender com os índios [...].

Assim, falamos em plantas medicinais amparando-nos em saberes que se atualizam na memória, nas vivências e na trajetória de comunidades que trazem a esperança nos personagens – *guardiões do saber* – que encarnam e cuidam dessa ancestralidade. Nessa perspectiva, lançamos o olhar para as PICs no SUS, aprofundando a análise sobre sua recente institucionalização e buscando conhecer alguns efeitos da utilização das plantas medicinais na atenção primária à saúde.

6. PISTAS E PERCURSOS METODOLÓGICOS⁹

Neste trabalho, balizamos-nos pela potência de criação de vínculos e autonomia na produção do cuidado articulado à dimensão pública das políticas de saúde. Nossa pretensão, dessa forma, foi compor com a comunidade de Patrimônio da Penha, buscando explorar as vivências e trajetórias de seus atores, suas relações com as plantas medicinais e as articulações com a Atenção Primária à Saúde. Assim, foi fundamental a escolha da observação participante, das entrevistas (com roteiros semiestruturados) e do registro em diário de campo como estratégias metodológicas no mapeamento desse território vivo.

Foram entrevistados profissionais da ESF, usuários e conhecedores locais de plantas medicinais (ambos consentidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). As entrevistas com profissionais foram conduzidas a fim de acessarmos sentidos e conhecimentos sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, uso de plantas medicinais na comunidade, recursos e formas alternativas de tratamento, aceitabilidade e caráter prescritor.

Já em relação aos conhecedores locais, as entrevistas foram conduzidas por questões norteadoras, de modo que o entrevistado poderia transitar de forma “livre” em seu relato de experiência. O foco foi voltado para sua trajetória de vida, suas experiências e práticas em relação ao uso de plantas medicinais. Realizamos também, em novembro de 2019, a roda de conversa: “*Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais*”, com o objetivo de dar visibilidade às ações em Educação Popular em Saúde. Tal estratégia foi uma tentativa de criar um espaço de diálogo entre a comunidade e os trabalhadores dos serviços de saúde, em um âmbito regional, e fomentar, assim, análises coletivas e intercâmbio solidário de saberes, a partir do uso das plantas medicinais e os respectivos modos de cuidado.

Em certo sentido, a discussão acerca do percurso metodológico confunde-se com o próprio texto, pois trata-se do trabalho incessante de inventar, ao mesmo tempo, tanto ferramentas e dispositivos para acessar o cotidiano e os sentidos das plantas medicinais na vida das pessoas, quanto estratégias para lidar com um conjunto de forças que terminam por enfraquecer a dimensão pública das políticas de saúde. Desse modo, para sistematizar e facilitar o compartilhamento de nossas análises, organizamos as questões principais em três momentos: O tempo do vínculo, O tempo do cuidado e O tempo do compartilhar.

⁹ Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. CAAE: 18046118.9.0000.5542.

7. O TEMPO DO VÍNCULO

7.1 TECER UM TERRITÓRIO

Uma fronteira só existe quando algo e alguém vindos de fora do que, a partir de um momento, a constituirá, como um “território de fronteira”, como uma “área de fronteira”, como no passado sucedeu com as “entradas e bandeiras”, ou uma “missão” e, hoje, segue sucedendo com uma “frente”. Quem já “ali está” vive em uma terra, um território, um lugar. Quem chega de fora faz acontecer, “ali”, uma fronteira. Uma vez constituído, um lugar existe. Uma vez existente, uma fronteira acontece (BRANDÃO & BORGES, 2014).

Chegar de fora e constituir um território de fronteira (porosa) é um desafio, pois estamos nos aproximando de espaços, dinâmicas e funções instituídas. O desafio torna-se ainda maior quando o lugar de pesquisadora é compartilhado com o de trabalhadora recém-formada. Entretanto, a possibilidade de criar vias de acesso para aproximação dos fluxos reais da comunidade impulsionaram e conduziram esse processo cartográfico. Nesse sentido, a tentativa de confluir com a dinâmica viva do território está diretamente ligada ao pertencimento e, conseqüentemente, à capacidade de estabelecer vínculos. Desse modo, cartografar implica uma política da narratividade que possibilite a dissolução de posições geralmente preestabelecidas na pesquisa, como quem investiga e quem é objeto de investigação.

Segundo a perspectiva cartográfica, a construção de um território existencial não nos coloca de modo hierárquico diante do objeto, como um obstáculo a ser enfrentado (conhecer = dominar, objeto = o que objeta, o que obstaculiza). Não se trata, portanto, de uma pesquisa sobre algo, mas uma pesquisa com alguém ou algo. Cartografar é sempre compor com o território existencial, engajando-se nele. Mas sabemos que o processo de composição de um território existencial requer um cultivo ou um processo construtivo (ALVAREZ & PASSOS, 2015).

Quando falamos de território existencial, aproximamo-nos do conceito proposto por Guattari, em *Caosmose* (p. 11, 108, 119; 1992). Em que o território está em constante movimento e produção, para além do espaço físico e das ações que o compõem. Não se limita a um ponto em um mapa, estático e delimitado em si. Destaca-se a dimensão rítmica das forças que ali se expressam, marcado simbolicamente e sustentado por linhas de segmentaridades duras, flexíveis ou abstratas. Falamos então de uma localização espaço-temporal, ou seja, de um território processual ou em constante processo de construção.

A territorialização, preconizada pelo SUS, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho da ESF. O mapa do território adscrito é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Assim, a territorialização

representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

Entretanto, a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Primária à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem em um dado território. Em verdade, a operacionalização da categoria ‘território’ por parte dos profissionais do SUS vem sendo tratada de forma um tanto banalizada, de modo que o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitado seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS & RIGOTTO, 2010).

ALVAREZ & PASSOS (2015), pontuam que o conhecimento não se relaciona apenas com a representação de um objeto ou o processamento de um “mundo supostamente constituído”, mas também presumem a implicação com o mundo, com um território e o “comprometer-se com a sua produção”. Nessa direção, apontam que a pesquisa faz-se pelo engajamento do pesquisador ao se aproximar do mundo a ser conhecido/produzido. Desse modo, a cartografia não se constitui de um “sobrevoo conceitual sobre a realidade investigada”, ao contrário, é construída do “compartilhamento de um território existencial em que sujeito e objeto da pesquisa relacionam-se e codeterminam-se”. Nesse sentido, falar de um território existencial é considerar a emergência de narrativas que trazem histórias, cronologias e transformações que ressignificam a todo instante o espaço delimitado. Assim, aproximamo-nos da ideia de que “território é antes de tudo lugar de passagem” (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 132).

Em nosso processo de pesquisa, tentamos nos aproximar das relações de cuidado que envolvem o uso de plantas medicinais, relações que se estruturam no campo (espaço rural) e tomam forma a partir da constituição de vínculos. Para estabelecer vínculos é preciso tempo de convívio. Esse tempo permite as trocas e faz emergir as experiências. No início do percurso foi difícil criar vias de acesso ao território, já que os processos de trabalho, a rotina clínica de atendimentos mantinham-me no consultório odontológico da Unidade de Saúde. E estar dentro do consultório, na maior parte do tempo, afastava-me desse espaço vivo de possibilidades. Era complicado criar tempo e condições para ver brotar as narrativas; o desafio institucional que se colocava era conseguir sair para conversar e ver os quintais.

Então, passei a tatear, de onde era possível, as pistas que montavam os arranjos desse território. Passei a ouvir com atenção as conversas na recepção, e registrar as experiências que chegavam até a clínica odontológica. Aos poucos alguns usuários passaram a saber do meu interesse por plantas medicinais, e começaram a levar mudas e a me contar histórias.

A escuta era uma tentativa de aproximação dos contornos e das especificidades desse espaço rural¹⁰. Momentos de produção de uma subjetividade¹¹ minoritária aproximavam-me de relações que operam outros modos de cuidar no território. Modos de cuidar que pareciam estar distantes do cotidiano do serviço de saúde. Um cotidiano que impõe uma prática amparada na diagnose, fria e acelerada. E um ritmo acelerado ditado pela necessidade de produtividade, como que uma tentativa de nos inserir em uma dinâmica de máquinas.

Cria-se então mais um impasse: trabalhamos com a dinâmica da vida, logo não damos conta da dinâmica das máquinas. Daí a necessidade de se afirmar o cuidado de outra natureza, o cuidado compatível com a dinâmica da vida.

Afirmar outros modos de vida e outras temporalidades no cuidado é também constituir territórios existenciais. Nesse caminho, esse trabalho faz um mapeamento dos processos de produção de subjetividade que fortalecem a dimensão pública das políticas de saúde. As narrativas que se apresentaram, então, são parte desse processo de constituição de território existencial e dos diversos elementos que estão em jogo em sua composição. Elementos como a memória, ancestralidade, identidades locais e saber popular¹², que a dimensão pública da política de saúde precisa incorporar para garantir a integralidade no cuidado. Um caminho para incorporar esses elementos é dar voz aos percursos de vida que seguem uma temporalidade distinta do tempo instituído nos serviços de saúde. Experiências e modos de vida que caminham na direção oposta dos protocolos de cuidado instituídos.

Diante das tentativas de aproximação do território, a primeira narrativa que se apresentou foi algo fora do percurso planejado na metodologia da pesquisa. Fui surpreendida. Saí do

10 Ruralidade: Neste trabalho ela é entendida como um modo de vida, como uma sociabilidade que é pertinente ao mundo rural, com relações internas específicas e diversas do modo de viver urbano.

11 A defesa da produção de subjetividades pode ser traduzida como “conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p.19)

12 “O conhecimento constrói-se sobre bases científicas compartilhadas por determinada comunidade epistêmica: teorias que juntamente com postulados observáveis e relacionais, produzem um conjunto de posições fundamentadas em um raciocínio suficientemente objetivo. A sabedoria é menos arraigada em conceitos epistêmicos, já que se baseia em conhecimentos diretos, empíricos e repetitivos sobre as coisas. [...] baseia-se na experiência concreta, e em crenças compartilhadas pelos indivíduos acerca do mundo que os rodeia sendo mantida e fortalecida mediante testemunhos.” (TOLEDO; BARRERA-BASSOLS, 2015, p.129,130.)

percurso, das entrevistas com os colegas de trabalho, e me vi no campo com um benzimento realizado por Dona Lili.

Passo por uma queda de imunidade. Duas semanas com uma tosse horrível. Uma usuária me indica um benzimento com Dona Lili. — Isso não é gripe. Isso é tosse de quebranto! Vai na Dona Lili que ela te benze. (Trecho do diário de campo; setembro de 2018)

Erlí Machado de Souza, conhecida como Dona Lili, mãe de dez filhos, todos nascidos em casa, foi benzedeira e parteira desde sua juventude. Nosso encontro aconteceu no dia 21 de setembro de 2018 e ela faleceu no dia 30 de março de 2020, com seus oitenta e sete anos.

Depois de me benzer, fomos até sua horta, e ela pegou um raminho e me entregou, dizendo que era o levante.

— O levante, mia fia, é bom, pra garganta. É bom pra tosse. Você toma o chá e planta no quintal que é bom nunca faltar. (Trecho do diário de campo; setembro de 2018)

Naquela cozinha, conheci o levante¹³. E com ele abre-se o primeiro acesso ao território. A narrativa de Dona Lili materializa um território rural¹⁴ com seu próprio ritmo. Como ela mesmo nos diz:

“Oh, meus filho, leitura eu não tive não. Mas eu vou ensinar vocês o que eu aprendio. É, foi o que eu aprendi! Viver conforme o tempo manda. No compasso do sol e da lua.”

Sua narrativa aproxima-nos de dinâmicas sociais e espaciais que constituem uma razão tempo-espaço distinta. O “viver conforme o tempo manda” é uma lógica que não pode ser apreendida, através de concepções formais desenvolvidas no âmbito das políticas de Estado, ou pelo conhecimento científico.

Ela revela-nos uma lógica que diz sobre a terra, sobre o plantar e o colher. E (re)monta um território da memória, onde o clima, os hábitos e os costumes eram diferentes dos que

13 O levante ou *Mentha viridis* é uma erva amplamente conhecida por suas propriedades aromáticas, condimentares e medicinais. Suas folhas apresentam aroma característico e apresentam diversos compostos químicos que exibem propriedades tônicas cardíacas, analgésicas, antiasmáticas, anti-inflamatórias e antipiréticas (HAMEED, et al, 2015). Esses compostos podem também constituir uma nova fonte de propriedades antioxidantes, antidiabéticas, dermatoprotetoras, antidermatófitas e antibacterianas (ABDELHAKIM BOUYAHYA, et al, 2020).

14 A recomposição deste meio rural diferenciado resulta, portanto, da inter-relação de múltiplos fatores, globais e locais, sendo consequência tanto de processos contingentes, como da ação de determinados dispositivos de governança. Além disso, importa considerar que as dinâmicas sociais e espaciais que constituem o que identificamos como “rural” não podem ser captadas, unicamente, por meio das concepções formais desenvolvidas no âmbito das políticas públicas, pelos projetos de desenvolvimento, pelas empresas ou pelo conhecimento científico. Para além dessas representações formais, congruentes e unificadas, existe também um rural heterogêneo, inscrito nas práticas espaciais das distintas localidades, e também um rural vivido, incorporado através de imagens e símbolos, à experiência cultural dos agentes sociais envolvidos na construção do rural como um espaço de representação (LEFEBVRE, 2006 ; HALFACREE, 2006).

comumente conhecemos hoje. Um tempo em que as chuvas eram ainda mais abundantes. Tão abundantes que em certa época deixava-os realmente sem acesso. Conta também sobre o trabalho no campo, que demanda dedicação e tempo, o que por si só estabelece relações estreitas com o alimento, com as ervas medicinais e com o corpo.

“Eu arrumava tudo em vorta de casa, de repente. E se gente tava doente, minha fia, eis vinha atrás de mim. E eu ia pra lá. Podia ser de noite, eu ia.

Meu marido zangava comigo. Ai que eu falava: Zanga comigo não. Me deixa eu cumprir minha missão com Deus. É o que eu falava com ele, né minha filha.

— **Então, de primeiro era a senhora que cuidava de todo mundo?**

“Todo mundo aqui era eu. Era eu que dava conta dos doentes. E trabaiava na roça para tratar dos meu filho, minha filha. Trabalhava. Panhava café. Roçava pasto. Capinava. Tudo que era serviço de roça. E fazia parto. Para o que precisasse eu tava de prontidão pra tudo, Graças a Deus. Fazia armoço de casamento pra esse Limo Verde afora todinho, que eis me chamava. Eis me chamava eu ia pra lá. É, trabaiei muito já.” — dois caminhões passam, enquanto fala isso.

Ai depois que fizeram o posto de saúde ali eis cortaram a gente de fazer parto em casa. Falaram que não podia mais. Que todo mundo tinha que ir pro hospital. Se não os médicos não tinha aonde trabalhar. Eu falei: concordo, tá certo. Eu saio. Peguei não olhar mulher mais. Não olhava doente mais. Pra levar pro hospital. Menina, quando a pessoa morria, eu botava, dava um banhozinho. Botava lá na sala, e ia fazer velório.

— **Tinha que dar banho também?**

“Tinha. Tudo era em casa. Fazia comida de noite, cuava café pra eles, vinha cá trocava minha roupa, tomava um banho. E ia pra lá fazer comida, outro dia era café. Era assim toda a vida. É... minha filha, eu sou nascida e criada aqui. Eu falei, eu tô cumprindo minha missão com Deus. Eu falava com meu marido: Óh meu filho, você pode cuidar do seu serviço. Eu não te atrapaio e nem ocê me atrapaia, o que você fazer é pro cê mesmo; o que eu fizer é pra mim mesmo. Eu falei que de tudo que a gente fizer nesse mundo é pra gente mesmo que a gente faz, né? Quando Deus levar a gente, a gente ter o descanso eterno. É, minha filha, donde eu te falo, então eu não tem esse negócio comigo não. Não tem luxo... a pessoa pode me bater aqui óh, chegô ali, se caí ali na rua, precisa tomar um cafézim, precisa tomar um água, qualquer coisa eu vô lá, levanto ele e dou o que precisar. Não tenho raiva não. É, eu sou uma pessoa diferente dozotro, minha filha.

— **É, Dona Lili?**

“Você não acredita! Então minhas menina falam, mamãe é muito boba cruz credo. Não! Quero ser boba mesmo. Graças a Deus, minha filha. Eu sei que eu tô aqui, tô com essa idade toda, sô nascida e criada aqui. Criei meus filho tudo em casa. Criei meus filhos tudo de baixo dos pé de café trabalhando, minha filha, pra ajudar meu marido a trabalhar, porque coitado também tinha um problema no coração. Então tinha que ajudar ele trabalhar né. Pra tratar dos filho né? E graças a Deus todo mundo comeu, bebeu. Todo mundo aqui.

— ***E a senhora tem quantos filhos, Dona Lili?***

“Dez! Dez filhos. Tuuudo em casa. Menina mulher eu tenho seis. Quatro homens. Morreu dois, ficou dois.”

— ***E foram tranquilos os partos?***

“Tudo.”

— ***E quem ajudava a senhora?***

“Era Deus e uma parteira. Quando ia lá, né, minha filha?”

— ***E parteira era de onde Dona Lili?***

“Daqui mermo. Era Dona Maria Geralda, Dona Antônia, Dona Maria Moreira”

— ***E essas parteiras moravam aqui?***

“Morava tudo aqui. Quando precisasse só ir atrás delas. E elas ajudavam no parto. Donde que eu te falo: graças a Deus que eu tô aqui. Muito difícil, minha filha. Muito difícil. Mas com Deus minha filha. Deus faz tudo pra gente. É... menino nascia de lado, menino nascia de bunda pra cima. Nascia minha filha. Nascia de bruço, coitadinho. Mas nunca morreu uma criança na minha mão e nem da cumadre Antônia, minha filha. Graças a Deus. Deus nunca deixou.”

— ***E o que a senhora fazia, como era Dona Lili?***

“Eu fazia o que Deus viu que precisava, minha filha. O que precisava de fazer, né.”

— ***E a senhora costumava usar alguma planta?***

“Chegava lá e fazia o parto dela. Só puxava a criança se tivesse garrado. E pronto. Tudo pra fazer. Pegava aqui assim óh. Não precisava machucar a muié. Só pegava na criancinha assim e ia puxando. Passando a mão nele e descia. Se precisasse usava planta né, minha filha. Erva-de-são-joão¹⁵. Fazia o chá, bebia e dava. E ajudava descer o nenê.”

— ***Mas o que a senhora usava de planta?***

“Era só que nós dava. A erva-de-são-joão ajudava a descer o nenê”
Na hora que a criança nascia nós preparava a criança. Panhava a criança naqueles paninho branquinho. Cortava imbiguinho.”

— ***E dava banho?***

“Na hora que nascia não. Enrolava naqueles paninho tudo branquinho. Depois que dava banho. No outro dia. Aqui toda vida foi muito frio. É mia fia já fiz muita coisa nesse mundo.”

— ***Que bom que eu vim aqui, Dona Lili!***

“Pode vim aqui em casa que todo dia que você chegar aqui em casa eu tô aqui. Eu não saio de casa. Não tem luxo pra nada, minha fia. Não tenho orgulho, mia fia. Minha comidinha é um feijãozinho com uma verdurinha. Um arrozinho. Se tiver uma carninha nós come também. Fica à vontade, mia fia. Aqui em casa não tem nada de luxo não. Pode vir sempre. Aqui em casa eu sou sozinha e Deus. Nem tem filho homem aqui que mora comigo. Meus filho é tudo casado.”

15 *Ageratum conyzoides* L. (Asteraceae), o nome popular é erva-de-são-joão ou mentrasto. O uso popular indica o banho como estimulante para o trabalho de parto. Relatos também indicam que o chá possui ação analgésica, anti-inflamatória, bactericida, relaxante muscular, inseticida, anti-hemorragica e para afecções das vias urinárias. É usada na forma de tintura alcoólica para reduzir as dores nas articulações.

Então vou te falar procê, eu crei todos meu fio. Ensinei todos a trabaiaá na roça. Tudo que eu aprendio. Falei ó meus fios o que eu aprendi fazer eu vou ensinar o cêis. Nunca aprendi leitura não minha fia, no meu tempo não tinha professora não tinha nada não. Tudo aqui era mato. Mata virgem. Não era igual esses matinho de hoje não. Era matona mesmo. Acabaram com tudo tão rápido, minha fia... Quando meu avô veio pra cá, que ele comprou isso aqui, ele fez um rancho pra ele lá na cachoeira da Vó Tuti. Era a cachoeira lá da Tuti. Minha mãe. O nome dela era Maria. Nós botemo o nome dela de Tuti.

Era mata purinha. Aí meu avô fez um rancho lá pra ele. Pra baixo da cachoeira lá. E dali eles trabaiaava na vargem, né, do meu vô. Aí vai depois meu vô fez um fazendão pra ele aqui, ó. Uma fazenda alta. Tinha até como ter um cavaleiro por baixo de tão grande. Aí meu pai casou, meu avô morreu. E a vovó ficou aqui mais uns tempos. Depois papai foi comprando as partes dos herdeiros. Ele foi comprando a parte dos irmãos. Ai depois minha mãe ficou aqui até morrer também, tadinha.

E aqui era tudo mata minha filha. Eles derrubava tudo a machado. Plantava café nisso tudo. Isso tudo aqui virou lavoura. Essa serra toda aí era cheia de lavoura. Tudo era do meu pai. Aqui era do meu pai, a virada ali era do meu sogro. Aí na outra ponta era do meu avô, pai da minha mãe. Então tudo aqui era parentaia, né. Tudo era café, tudo que você olhava aqui era café e pasto.

Então minha filha eu aprendio trabalhar na roça desde cedo. Com 5 anos de idade eu já trabaiaava. Papai me levava eu ia com ele. Nós era cinco irmãos. Eu era a mais velha. Minha mãe me batia muito. Ai o papai ia pra roça e me levava com ele. Minha fia vão pra roça comigo. Eu tinha até uma enxadinha... Ele arrumava uma foicinha pra mim. Levantava cedo.

Os porcos do papai, o chiqueirão, era uma ilha lá. Aonde tem um bicão da horta. Ali na cachoeira era usina e moinho. Aonde moia fubá.

No início era assim, ai depois que foi juntando um povinho aqui. De primeiro, por conta da tirada da madeira. Ai papai moia fubá pra eles, dava luz pra eles. Tinha luz elétrica, aquele bicão que tinha lá era pra luz.

Ai, mia fia, eu levantando madrugadinha com ele, panhava um balaio de milho, levava lá pros porcos. As porcas criadeira era pra lá. E os porcos de engordar era cá em casa.

Então minha filha, levava lá os milhos pros porcos. Era um balaio de milho por vez que levava. Todo dia. Vindo de lá tratava das galinha, dos capado do terreiro. Capado é os porco de engordar pra comer carne. Papai matava muito pra vender em Espera Feliz. Levava no balaio de burro.

Dia de matar aqueles porcos papai matava de madrugada. Botava nos balaio de burro e levava. Ai era assim. Tratava das criação e ia pra roça com papai. Era assim que fazia.

Eu sei que o serviço da roça tudo eu aprendio fazer. Capinar, roçar pasto, plantar milho, plantar feijão, panha café, banar café. Tudo eu aprendio.

É ajudei meu pai fazer tudo.

Aí quando eu tive meus filhos, meus filhos era pequeno, aí eu falei: Oh meus filho leitura eu não tive não. Mas eu vou ensinar vocês o que eu aprendio. Por que papai me ensinou a trabaiaá. Serrar essas madeiras tudo ai pra cima eu serrei. É foi o que eu aprendio. Viver conforme o tempo manda. No compasso do sol, da lua.

Agora meus fio aprenderam mucadinho de leitura. É que começou escola aqui né. Ai o papai pegou fez um barraquinho pra dar aula. A Maria Tereza do Jacir Carneiro que veio pra cá. Era professora. Foi a primeira professora daqui, mia filha. Era de fora, ela veio pra

cá pra dar aula. Nem tinha grupo ainda. Depois meu pai deu uma terra pra fazer o grupo.

Dona Lili fala de um tempo da experiência, tempo esse que se atualiza como memória do presente. TOLEDO (p.132, 2015), aponta a importância da *memória coletiva de espécie*, ela que se encontra no conjunto de sabedorias e que continua existindo como *múltiplas formas vivas do conhecer*. Para ele,

“saberes locais são sistemas de conhecimentos holísticos, acumulativos, dinâmicos e abertos, que se constroem com base nas experiências locais transgeracionais e, portanto, em constante adaptação às dinâmicas tecnológicas e socioeconômicas.”

Nesse caminho, o autor também destaca que a sabedoria local ampara-se na complexa inter-relação entre crenças, conhecimento e prática – considerando as experiências que o indivíduo tem do mundo, dos fatos, dos significados e dos valores, de acordo com o contexto cultural e social em que se desenvolvem.

Quando abordamos territorialização em saúde, é importante compreender o lugar da produção social da saúde como espaço de construção de identidade e vínculo entre equipe de saúde e comunidade. A trabalhadora 6 (T6) demonstra isso em sua fala, e releva um território do campo, com especificidades que precisam ser consideradas pela equipe para garantir acesso integral.

“[...] nós precisamos ter cuidado e carinho com esse pessoal que tá na safra, que eles passam muita dificuldade o ano todo, né. E agora enquanto tiver café, não pode tá perdendo. Porque se eles vier, eles perde o serviço lá, que eles panha a dia. Então, a gente tá acostumado assim: a gente vai fazendo a agenda de acordo com a possibilidade da pessoa. Igual as meninas que estão panhando café e não dá pra vir. Elas não vão perder a vaga de dentista. Chama o próximo da lista. Quando elas voltarem, a gente volta atrás na lista e chama. Isso por causa da safra do café. Depois que safra acaba, isso também acaba, é só um período que a gente muda pra ninguém perder vaga”(T6, ACS – explicando como será a organização da agenda semanal... lista de espera.)

Entretanto, ainda existem avanços que precisam se concretizar na garantia da equidade e da integralidade. Em Patrimônio da Penha, uma pluralidade cultural manifesta-se e reflete nos distintos modos de vida que coexistem na comunidade. Modos de vida – “fora da curva” — muitas vezes também são percebidos pela equipe de saúde como desafios na garantia da integralidade do cuidado. A trabalhadora 6 pontua;

“A comunidade daqui tem uma estrutura diferente, umas culturas diferentes, que não bate com os acompanhamentos da estratégia, então se você começar a bater de frente, aí que estraga tudo mesmo.” (Trabalhadora de saúde 6 (T6) Trecho de entrevista semiestruturada)

As narrativas sugerem, sem maiores pormenores, que a comunidade divide-se em nativos e alternativos (*hippies*)¹⁶, e alguns tensionamentos podem surgir dessa divisão por conta das assimetrias sociais e culturais. No trecho abaixo a trabalhadora 14 (T14), salienta a importância de considerar o contexto cultural da comunidade para o desenvolvimento das ações de saúde; e também pontua que o uso de plantas medicinais e da homeopatia é algo que pertence ao território mesmo antes da chegada dos trabalhadores da saúde. *“Quando eu fiz a pós-graduação em atenção primária à saúde muito se falava que a gente tinha que se adaptar à cultura. Aqui na comunidade da Penha, por exemplo, sempre foi muito cultural esse uso de plantas medicinais. Até antes da população hippie, eles falam né! Até mesmo antes deles chegarem aqui no município já faziam uso da homeopatia e das plantas medicinais. Isso aqui já é antigo. E nós estamos falando de uma comunidade que tinha muita dificuldade de acesso aos serviços de saúde também né? (Trabalhadora 14 - T14 - trecho de entrevista semiestruturada).*

A fala da trabalhadora 14 indica que as PICs estão presentes no território e fazem parte da vida das pessoas há bastante tempo. Com o trabalho de campo pode-se perceber que a homeopatia é de fato bem difundida. Essa começou a ser praticada pela pastoral da saúde vinculada à igreja católica e expandiu-se por meio de cursos de extensão realizados em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), a partir de 2008, e que ainda continuam sendo ofertados.

Sua fala também demonstra que a população nativa abriga saberes, práticas e experiências em relação ao uso de plantas medicinais. A imersão em campo corrobora com esse apontamento, uma vez que conhecimentos sobre uso, cultivo, manejo e indicações das plantas medicinais foram tema de vários diálogos durante o andamento da pesquisa.

Vale lembrar também que o aspecto religioso (ou mesmo ritualístico) do uso de plantas medicinais está presente na comunidade através da igreja do Santo Daime. A doutrina comunga o uso da Ayahuasca, uma infusão vegetal psicoativa que mistura o cipó *Banisteriopsis caapi* (jagube) e as folhas do arbusto *Psychotria viridis* (chacrona). Além disso, outro ponto que merece destaque é a existência de diversos terapeutas na vila de Patrimônio da Penha, os quais desenvolvem inúmeras práticas, entre as quais: homeopatia, medicina tradicional chinesa, *ayurveda*, ioga, *reiki*, massoterapia, biodança, dança circular, meditação e geoterapia.

16 Nesse trabalho, optamos por usar os termos nativo e alternativo (*hippie*) considerando o que surgiu nas falas dos moradores e dos profissionais de saúde. Segundo MASSINI (p. 723, 2015) a comunidade da Penha passou a ser conhecida devido ao processo de turistificação a partir da década de 1980. O autor aponta que nessa época “forasteiros” de variadas origens chegaram a Patrimônio da Penha em busca de novos estilos de vida em contato com a natureza, buscando de alguma forma a integração física e espiritual.

Já em relação à dificuldade de acesso citada pela trabalhadora 14 (T14), sua fala indica que antes da ESF a comunidade tinha ainda mais dificuldade de obter assistência à saúde. Isso devido às condições precárias das estradas na região. Atualmente o que se observa são estradas de chão batido, com manutenção esporádica, o que dificulta a locomoção no período de chuvas abundantes, e até mesmo do transporte escolar.

Os dados de cadastro domiciliar e territorial mostram que predomina o chão batido como tipo de acesso ao domicílio, o que influi diretamente na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, que percorrem todo o território, realizando visitas domiciliares. E no deslocamento dos usuários até ESF, o que justifica as consultas médicas realizadas em pontos de apoio em cada microárea.

A respeito do cuidado integral, percebe-se que ainda existem protocolos, fluxogramas e normas que dificultam o acesso aos usuários que transitam pelo território. Alguns não possuem documentos, cartão do SUS ou cadastro de usuário, e isso pode ser impeditivo na garantia do acesso, dependendo do trabalhador(a) que realiza o atendimento. Isso, inclusive, pode gerar tensões a respeito de como proceder para assegurar assistência em situações de urgência e emergência

“Muitas pessoas que não entendem o que é uma unidade de saúde da família. A estratégia é cadastramento, atualização e acompanhamento. Pronto socorro e hospital é lá na cidade. Aqui a gente trabalha com promoção e prevenção” (T5 - Trabalhadora 5)

A trabalhadora 5 faz-nos refletir sobre o papel da ESF na comunidade, reflexão pertinente, já que enfrentamos o maior desafio de saúde pública dos últimos tempos. O cenário de pandemia do Covid-19 reafirma o importante papel da ESF como estratégia para reorganização, expansão, qualificação e consolidação da APS no SUS.

Considerada porta de entrada ao SUS, ela associa-se a serviços ambulatoriais de baixa densidade tecnológica e assume papel de coordenação da rede de cuidado. E em tal papel, garante a possibilidade de articulação com outros níveis de atenção, sendo fundamental para garantia da integralidade do cuidado. Seu caráter capilar confere atributos de uma rede complexa, onde se inserem diversos campos de forças em disputa, materializando os mais distintos arranjos de acordo com a base territorial que está relacionada.

Por sua vez, quando falamos da composição dessas bases territoriais, é importante agregar também a ideia de multiterritorialidade e assumir, assim, critérios referentes ao meio ambiente, cultura, convivência social, historicidade, saberes e práticas populares, para desse modo configurar um território sanitário comum.

CECILIO et al (p.56, 2014) pontuam no livro *Os mapas do cuidado, o agir leigo na saúde*, que a Atenção Primária é “obrigatoriamente um espaço de relações”, com outros pontos do sistema de saúde e com o próprio território do qual é referência. Dessa maneira, é imprescindível aprimorar o vínculo, estabelecendo relações e promovendo aproximação dos contextos das comunidades para garantir a integralidade do cuidado.

Nessa perspectiva, AYRES (p.70, 2001) relaciona a integralidade mais à noção de cuidado do que à de intervenção, uma vez que procedimentos e técnicas tornam-se secundários às relações. O ato de cuidar requer, assim, a aceitação de um outro-sujeito. E a aceitação é o ato de se colocar diante do outro, compondo um mundo compartilhado com as perspectivas de ambos. Desse modo, o cuidado é captado como uma dimensão humana, que se dá no plano da intersubjetividade. Existem, portanto, várias formas de cuidar e de conhecimentos sobre esse cuidar.

Assim, diante das diversas dimensões do cuidado que se apresentam, o desafio é encontrar um caminho possível para ampla incorporação nas políticas públicas de saúde. Da mesma forma que a trabalhadora 5 lança reflexão sobre o papel da ESF na comunidade, Dona Lili atenta-nos para possíveis fragilidades da estratégia;

“Ai ,depois que fizeram o posto de saúde ali, eis cortaram a gente de fazer parto em casa. Falaram que não podia mais. Que todo mundo tinha que ir pro hospital. Senão os médicos não tinham aonde trabalhar. Eu falei: concordo, tá certo. Eu saio. Peguei não olhar mulher mais. E não olhava doente mais.”

O que fica nítido no cotidiano de trabalho-pesquisa é que são muitos os desafios no campo da gestão do trabalho em saúde. A lógica do imediatismo, que orienta o culto à competência e ao rendimento, afasta-nos da atuação territorial ampla. Com isso, os processos de cuidado que estão no campo relacional ficam invisibilizados, e a atuação da equipe de saúde muitas vezes limita-se aos protocolos. Estamos falando de um território riquíssimo em práticas de cuidado singulares, e que ainda apresenta pobre articulação entre comunidade e sistema de saúde.

Interessante é que, para além dessa articulação fraca, o movimento do partejar segue resistindo em Patrimônio da Penha há mais de 30 anos. No tempo de Dona Lili, parir em casa era costume, e acontecia devido ao isolamento geográfico que dificultava o acesso aos serviços de saúde. Atualmente, algumas mulheres escolhem parir seus filhos em casa acompanhadas por parteiras e doulas.

Esse movimento fortaleceu-se nos últimos anos devido a um curso de doulas comunitárias promovido por organizações não governamentais, que reuniu instrutoras de diversos estados. Joana, mulher nordestina que escolheu viver na comunidade da Penha, é uma

das parteiras que atuam na região. Ao perguntarmos sobre sua trajetória, ela nos surpreende com uma fala cheia de esperança nas possibilidades de articulação e diálogo com o SUS.

“A energia de mulheres na liderança paira sobre esse vilarejo. Minha trajetória começou com a transformação vivida após a maternidade. Após vivenciar meu primeiro parto, há 14 anos, vi a necessidade de um novo olhar, mais humano, amoroso e cuidadoso para os nascimentos. Desde então venho resgatando a herança ancestral, de minha bisavó que era parteira lá nas roças no Nordeste.

Acho importante criar uma articulação entre o SUS e as mulheres que optam parir em casa. Vejo extrema necessidade nesse diálogo, e capacitação das parteiras, para um melhor atendimento das parturientes. Muitas parteiras estão inseridas onde muitos profissionais de saúde não se dispõem estar. E muitas delas são reconhecidas como autoridades e médicas populares, auxiliando desde o planejamento familiar, métodos contraceptivos não hormonais, e se fazendo presente em toda primeira infância dos bebês, que assistiram nascer.

Acredito que se faz necessário o cadastramento das parteiras atuantes. Uma convocação e abertura para dialogar já é um grande passo para sairmos do olhar da marginalidade e sermos reconhecidas como patrimônio imaterial da humanidade. Estamos a serviço da vida! Somos muitas, resistimos!

Com sua fala, Joana afirma a força feminina presente no território e faz vibrar a dimensão do vínculo que pulsa nos processos singulares de produção de cuidado. Atualmente, as práticas das parteiras agregam desde estudos da fisiologia humana e do conhecimento médico, até aspectos relacionados a intuição, espiritualidade e utilização da homeopatia e das plantas medicinais.

Como já dito, este trabalho faz um mapeamento dos processos de produção de subjetividade que fortalecem a dimensão pública das políticas de saúde. Assim, no plano mais amplo da alteração dos modelos de atenção e gestão fica nítida a urgência do exercício do diálogo transdisciplinar em saúde e da Educação Popular como instrumento de gestão participativa.

Constituir um território existencial é constituir modos de vida. E território existencial no SUS é se conectar com essas narrativas inventando arranjos possíveis para o fortalecimento da dimensão pública das políticas de saúde. Como aponta Souza (2012) o desafio é criar e incorporar novas formas de agir entendendo que,

os modos como acompanhamos processos micropolíticos dizem respeito ao modo como (de)compomos nossas práticas nas relações com o mundo e com a produção de subjetividade. Agir é um movimento encharcado de sentido. Para além da pesquisa, são forças que movem a vida.

Pensar as plantas medicinais como elementos articuladores entre os saberes populares e as práticas de cuidado pode auxiliar na construção de caminhos paralelos à assistência médica curativista. Nesse caminho, ao fortalecer perspectivas coletivas do cuidado, somos convidados a ampliar os modos de fazer em saúde e assumir práticas mais humanizadas, compartilhadas e integrais.

Ao falar de um território em constante transformação, também é importante incorporar na análise as intervenções humanas que alteram continuamente o meio ambiente (antropização). Nesse aspecto, vale destacar a exploração de madeira, a monocultura do café, a pecuária extensiva e, mais recente, a monocultura do eucalipto. Seu Mateus, reside há 60 anos na comunidade da Penha, é agricultor e mateiro na região. Em sua fala aponta como a exploração de madeira deu-se na região;

Você já ouviu falar de dormente? Por que o que arrasou a mata aqui foi a Leopoldina[...] com a linha de trem de ferro e aí que veio entrando esse dormente pra construir estrada de ferro e arrasou as matas daqui. Tirador dormente ficou como uma profissão aqui. Morreu burro nessa Serra aqui de tanto sair com dormente. Era 17 de comprimento, 6 de grossura e 2 m de largura. Dois dormentes em um burro. Aqui tinha muita madeira boa. Aí foi essa serra arrasadinha pra atender essa linha de trem de ferro da Leopoldina... as madeiras boa caiu tudo (M.P.B – 73 anos; Agricultor, reside há 60 anos na comunidade).

Na conversa com Dona Lili, ela também recordara que a mata fora abundante antes do cultivo do café e da atual predominância das pastagens¹⁷;

“E aqui era tudo mata minha filha. Eles derrubavam tudo a machado. Plantava café nisso tudo. Isso tudo aqui virou lavoura. Essa serra toda ai era cheia de lavoura. Tudo era do meu pai. Aqui era do meu pai, a virada ali era do meu sogro. Ai na outra ponta era do meu avô, pai da minha mãe. Então tudo aqui era parentaia, né! Tudo era café, tudo que você olhava aqui era café e pasto. (E.M.S; Foi agricultora. Benzedeira, nasceu e viveu toda sua vida na comunidade).”

Os moradores V.M, de 61 anos, e I.S, de 76 anos, residem na comunidade desde que nasceram e suas falas demonstram como o clima sofreu alterações nos últimos tempos;

“[...]sou nascido e criado aqui, minha fia. E tô pra te dizer, nos tempo dos antigo. Ah... isso quando eu era menino, eu lembro bem. Aqui não tinha nada não. Nois buscava até sal em lombo de burro. Mas o tempo era outro né? Aqui tinha era muita raça de água. Ceis acha que aqui tem muita água? É que ceis num viram como era. E o

17 GOBBO (2016) foto interpretou o uso e ocupação da terra no entorno do Parque Nacional do Caparaó (PARNA-Caparaó) na face capixaba. Sua análise mostra uma área de 654,95 km², dos quais 7,88 km² são cobertos por eucalipto; 13,03 km² por reflorestamento de espécies nativas; 89,10 km² por fragmentos florestais, 180,60 km² por café, 314,60 km² por pastagens, e 49,74 km², por outros. Seu estudo reafirma percepção dos entrevistados a respeito da maior presença do café e das pastagens.

tanto que chovia? Ah minha fia era muito mesmo. Agora tá é seco.”
(I.S, agricultor)

“Porque aqui o mês de maio chovia o mês todo. Não era assim essas chuvas grossas, essas tempestades que dá hoje. Era aquela chuva mais fina, aquela chuva mais fraquinha sabe?! Um frio que a gente quase não aguentava o frio. Então agora hoje chove menos né?! E o tempo tá imprevisível, não é mais igual era. (V.M, dona de casa)”

As funções dos territórios modificam-se de acordo com a dinâmica de ocupação, ao passo que expansão urbana sem planejamento acaba por delimitar condições sanitárias incompatíveis com um desenvolvimento sustentável¹⁸. Quando se avalia o cenário nacional, observa-se a condição sanitária precária do país e como isso atinge diretamente uma parcela considerável das populações do campo. O último censo demográfico, realizado em 2010, aponta que cerca de 29% dos domicílios rurais brasileiros não possuíam água canalizada, 23,3% dos domicílios rurais possuem canalização interna de água proveniente de rede geral, e 37,5% proveniente de poço ou nascente (IBGE, 2011).

Em relação às condições de acesso a serviços de saneamento entre as macrorregiões, as disparidades são gritantes. No Norte, 52% dos domicílios não contam com água canalizada internamente ou no peridomicílio, e no Nordeste esse percentual é de 44%. E nas macrorregiões Norte e Nordeste, notam-se percentuais superiores a 50% dos domicílios sem instalações hidrossanitárias. Outro dado alarmante é que aproximadamente 30% dos domicílios rurais brasileiros não possuem banheiros. A respeito das formas de escoamento de esgotos, as fossas rudimentares predominam em todas as macrorregiões, servindo a 62% dos domicílios rurais brasileiros (IBGE, 2011).

Os dados de cadastro domiciliar mostram que a condição sanitária do território não se difere da nacional. Sobre a forma de escoamento de esgoto do banheiro, em um total de 682 domicílios, 24% relataram possuir fossa séptica, 24% relataram possuir fossa rudimentar, 12% escoamento direto para o rio, 13% a céu aberto. Sendo que 25% relataram escoar de outra forma não identificada e 2% não informaram. Em relação ao abastecimento de água, 51% são provenientes de poço ou nascente no domicílio e 44% de rede encanada no domicílio.

Vale lembrar que estamos falando de uma área que é zona de amortecimento do Parque Nacional do Caparaó, rica em biodiversidade e que possui grande quantidade de mananciais

18 Na década de 1980 surge a noção de desenvolvimento sustentável com o Relatório Brundtland, também conhecido como Nosso Futuro Comum. O documento propõe a conciliação entre conservação da natureza e crescimento econômico. A busca por maneiras de se fazer persistir um crescimento econômico sem degradar os sistemas naturais que sustentam a vida na Terra.

hídricos e cursos d'água. Entretanto, não existem ações concretas a nível de políticas públicas para manutenção da qualidade e a disponibilidade da água.

A maior parcela da população (61,50%), do município de Divino de São Lourenço está localizada em áreas rurais, e os serviços públicos para esgotamento em área rural correspondem apenas a 3,43%. Segundo o plano Municipal de Saneamento Básico, o cenário atual da situação dos serviços de esgotamento sanitário no Município compromete a saúde da população com degradação ambiental.

O termo *comunidades isoladas* foi cunhado pela Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (Abes-SP) para designar núcleos habitacionais que não estão conectados aos serviços públicos de saneamento básico. Nessas localidades, as redes de distribuição de água e de coleta de esgoto não existem ou são insuficientes, levando à adoção de soluções descentralizadas locais¹⁹. As comunidades isoladas também podem estar localizadas em territórios especiais, como unidades de conservação, terras indígenas, territórios quilombolas e outros de populações tradicionais. Todos esses territórios apresentam especificidades que os diferenciam consideravelmente dos núcleos com acesso aos serviços centralizados de saneamento, requerendo, portanto, uma abordagem diferenciada para a implantação e operação dos seus sistemas de saneamento básico (TONETTI, 2018). Nesse contexto, o desafio de criar soluções sustentáveis para o saneamento no campo é gigante, uma vez que as estratégias precisam respeitar a diversidade cultural e ambiental e envolver os atores locais para efetivar mudanças. E, para além do incentivo às políticas públicas, é necessário transformar modos de subjetivação que entram na constituição dos sujeitos e atuar na sensibilização e na educação ambiental.

Patrimônio da Penha também é um lugar de passagem que atrai turistas devido à facilidade de acesso às cachoeiras e à infraestrutura no que diz respeito a pousadas e restaurantes. Nesse aspecto, muito tem se discutido na comunidade a respeito de um turismo sustentável e um turismo predatório. Discussão que se ampliou com a pandemia da Covid-19, já que trouxe questões de organização para o campo da urgência.

Com muitas construções civis, a vila está em franca expansão e a cada temporada aumentam visitas turísticas sem um devido planejamento. Tal fato gera ainda mais impacto em relação à distribuição de água, à destinação do esgoto (que ainda permanece sendo jogado no rio sem qualquer tratamento) e do lixo.

19 De modo geral, sistemas descentralizados são aqueles que coletam, tratam e fazem a disposição final ou reuso do esgoto em local próximo à sua geração, diferentemente do que ocorre nos sistemas centralizados tradicionais.

Nesse aspecto, um ponto interessante na comunidade é seu poder de articulação mediante os conflitos. Assembleias gerais, reuniões e comissões movimentam o território, tecendo uma participação ativa da comunidade, que costuma se mobilizar para estabelecer melhores condições de vida para a população nos aspectos de saúde, cultura, educação e até para fomentar um turismo com qualidade e consciência ecológica.

Dentre as instituições coletivas que atuam na comunidade podemos citar: Ampa Associação de Moradores do Patrimônio da Penha, a ONG Associação para o Melhoramento Ambiental da Região do Caparaó (Amar Caparaó), Associação Produtores Rurais do Vale do Portal do Céu (Aprovap), Banco Comunitário Caparaó, Centro Cultural Multiverso, Grupo de Estudos Reflexões e Articulações (Gerar). Também vale pontuar a atuação do Horto de Plantas Medicinais São Francisco, Erva Mãe (ervas medicinais e espagíria) e o Coletivo de Homeopatas do Patrimônio da Penha.

Até aqui muito se falou sobre a vila de Patrimônio da Penha pois é onde a unidade de saúde se localiza; conseqüentemente, onde a imersão em campo foi maior. Todavia, vale lembrar que o território de que falamos é a área de abrangência da ESF, a base territorial para atuação da equipe de saúde. Essa divide-se em microáreas onde os agentes comunitários de saúde (ACS) atuam cotidianamente.

A ESF de Patrimônio da Penha localiza-se na rua principal do Distrito de Patrimônio da Penha, a 13 quilômetros de estrada de chão batido, do município Divino de São Lourenço. E a área de abrangência percorre as localidades: Baixada do Limo Verde, Jacutinga 1, Jacutinga 2, Córrego do Carvalho, Cachoeira do Granito, Ponte do Peroba, Patrimônio da Penha, Córrego do Veadinho, Córrego do Barracão, Córrego Santo Expedito, Cachoeira Alta, Córrego do Uru, Córrego da Onça, Córrego Furquilha, Córrego do Anízio, Portal do Céu, Córrego da Floresta, São Maurício, Serra Azul, Córrego Azul, Córrego da Onça e Córrego São Maurício.

Para uma melhor sistematização, algumas localidades foram agrupadas de acordo com a localização geográfica e atuação de cada ACS, resultando em 4 microáreas, sendo elas: M1 - Patrimônio da Penha, M2 - Limo Verde, M3 - Floresta e M4 - São Maurício e Córrego Azul.

Em 2013, os ACSs sob orientação da enfermeira iniciaram o processo de territorialização com a elaboração do mapa do território de abrangência. Desenharam então suas respectivas microáreas, apontando os domicílios cadastrados, e realizaram a classificação de risco. Assim, o mapa produzido²⁰ foi fixado na recepção da ESF e lá permaneceu sem alteração por 5 anos. Entendendo a territorialização em saúde como um instrumento importante para

20 Consultar Apêndice I.

organização do processo de trabalho e o território como espaço vivo e dinâmico, admitiu-se a necessidade de reconhecimento do território adstrito e da atualização do mapa.

Desse modo, foram realizadas sete visitas de campo em cada uma das 4 microáreas com os respectivos ACS. Percorremos toda a área física das microáreas, coletamos os pontos georreferenciados de todas as casas cadastradas, casas vazias, pontos de apoio a saúde, posto de saúde, pontos comerciais, igrejas, pousadas, hóspedes, *campings* e escolas. Além da coleta dos pontos, foram registradas no diário de campo impressões sobre os caminhos percorridos.

Após todo esse processo alguns tensionamentos surgiram em relação à dificuldade da garantia de cobertura de 100% de visitas domiciliares no território. Por conta das grandes distâncias percorridas pelos ACS, algumas áreas estavam sem cobertura, e a divisão de famílias por agente de saúde apresentava assimetria em alguns pontos.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) não define o número de ACS por equipe, entretanto, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Para além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Primária e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe. Esse novo parâmetro pode ser, de acordo com as especificidades do território, maior ou menor do que o parâmetro recomendado, assegurando-se a qualidade do cuidado.

Nesse contexto, após algumas reuniões com a equipe e a gestão, a unidade de saúde recebeu mais um ACS com objetivo de criar uma divisão das microáreas (Tabela 2 e Tabela 3). Esse processo definiu um novo mapa (Figura 1) do território de saúde da ESF de Patrimônio da Penha, onde foi criada uma nova microárea, totalizando 5 microáreas.

Tabela 2. Distribuição de domicílios e indivíduos por microárea, segundo dados do cadastro individual e domiciliar.

	Microárea	Número de domicílios	Número de indivíduos
Patrimônio da Penha, Córrego do Veadinho, Córrego do Barracão, Córrego do Veadinho, Córrego Santo Expedito Cachoeira Alta, Córrego do Uru, Córrego da Onça, Córrego Forquilha, Córrego do Anísio, Portal do Céu.	1	225	668
Baixada do Limo Verde, Jacutinga 1, Jacutinga 2, José Hoskem, Córrego do Carvalho, Cachoeira do Granito, Ponte Peroba, Patrimônio da Penha	2	182	415
Córrego da Floresta	3	95	310
São Maurício, Serra Azul, Córrego Azul, Córrego da Onça, Córrego São Maurício	4	158	361
Total		660	1754

Tabela 3. Distribuição de domicílios e indivíduos por microárea segundo dados do cadastro individual e domiciliar, após redivisão de área.

	Micro área	Número de domicílios	Número de Indivíduos	Ponto mais distante da ESF
Patrimônio da Penha, Córrego do Veadinho.	1	184	620	4,77 km
Baixada do Limo Verde, Jacutinga 1, Jacutinga 2, José Hoskem, Córrego do Carvalho, Cachoeira do Granito, Ponte Peroba, Patrimônio da Penha	2	142	391	10,5km
Córrego da Floresta	3	113	330	14 km
São Maurício, Córrego do Barracão, Córrego do Veadinho, Córrego Santo Expedito, Cachoeira Alta, Córrego do Uru, Córrego da Onça, Córrego Forquilha, Córrego do Aníszio, Portal do Céu.	4	120	1152	9km
Serra Azul, Córrego Azul, Córrego da Onça, Córrego São Maurício	5	101	261	11 km
Total		660	1754	

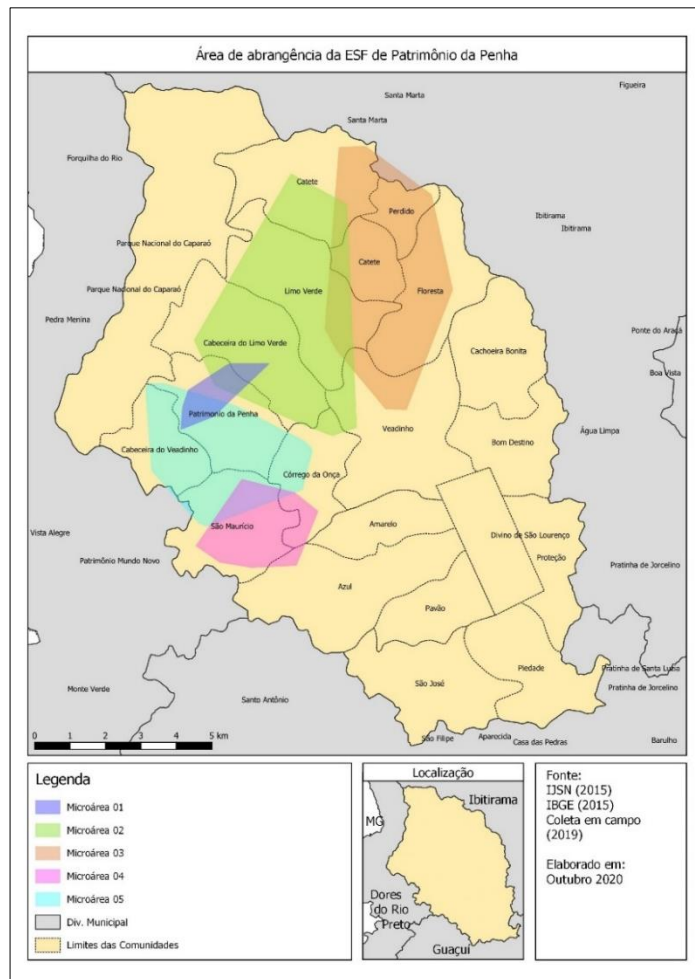


Figura 1. Mapa da área abrangência da ESF de Patrimônio da Penha.

Como resultado, tivemos a convergência das diversas potencialidades presentes no território e dos desafios a serem superados na produção de melhoria na qualidade dos serviços e conseqüente qualidade vida da população. No processo de construção do mapa, ficou nítido que a dificuldade de garantia de 100% de cobertura de visitas domiciliares deve-se à grande dimensão territorial percorrida pelos ACS em estradas de chão batido, que são bem vulneráveis às condições de precipitação e às manutenções pouco recorrentes.

Vale ressaltar o papel fundamental do ACS no processo de reconhecimento da complexidade e das especificidades dos territórios, pois, por também fazer parte da comunidade, desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade.

O processo de territorialização foi muito rico, justamente porque nenhum modelo matemático foi utilizado para redivisão numérica das famílias entre os agentes de saúde. De um modo geral, critérios como: quilômetros percorridos, distância entre os domicílios, distância

dos domicílios até o ponto de apoio da saúde e o ponto mais distante da ESF entraram na análise para redivisão.

Entretanto, o que direcionou a delimitação da nova área de abrangência foi a garantia de equidade para facilitar a equivalência entre os atendimentos oferecidos. Para isso foi preciso incluir especificidades das microáreas nas análises e realizar inúmeras reuniões entre os agentes comunitários de saúde, trabalhadores e a gestão. O interessante dessa produção foi exatamente a possibilidade de discutir sobre as práticas locais e criar condições para propor a reestruturação do processo de trabalho em saúde. E a ideia é que esse processo seja contínuo e acompanhe as transformações do território.

Tratar as plantas medicinais como dispositivo de produção de rede implica, nitidamente, nessa experiência poder, coletivamente, compor outros territórios, territórios vivos, poder analisar também coletivamente os desdobramentos e efeitos de certos modos de organizar o trabalho e, efetivamente, pensar esse processo de territorialização como uma cartografia.

Com as figuras (Figura 1 e Figura 2) a seguir, propõe-se expor a redistribuição de famílias em cada nova microárea. Para essa redistribuição foi priorizado concentrar as famílias de acordo com a distância percorrida pelos ACS e a distância dos domicílios até a Unidade de Saúde.

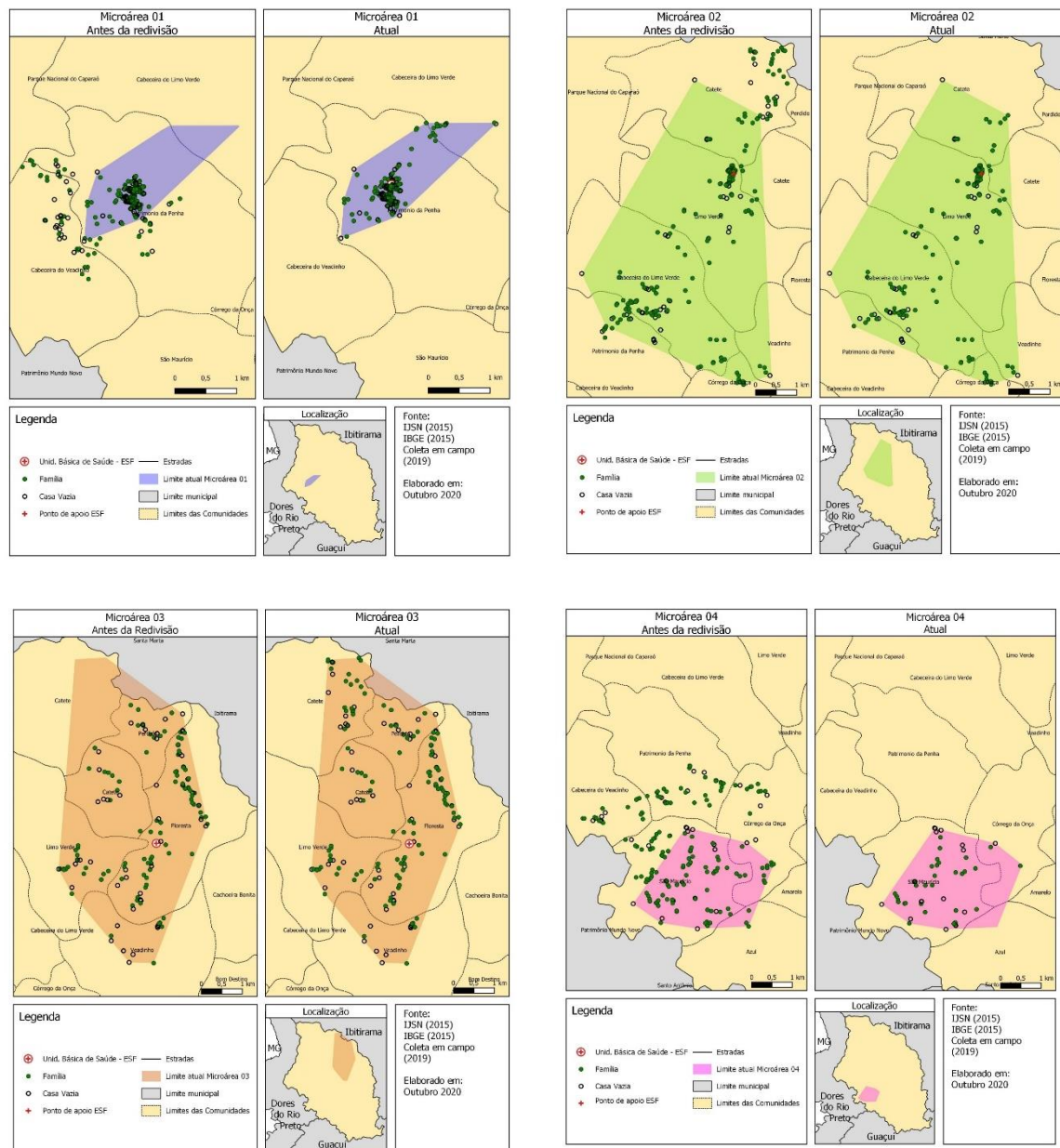


Figura 2. Mapas das microáreas evidenciando a redistribuição de famílias após redivisão de área. Os polígonos da esquerda representam a distribuição antes da redivisão e os polígonos da direita representam a nova redistribuição de famílias nas microáreas.

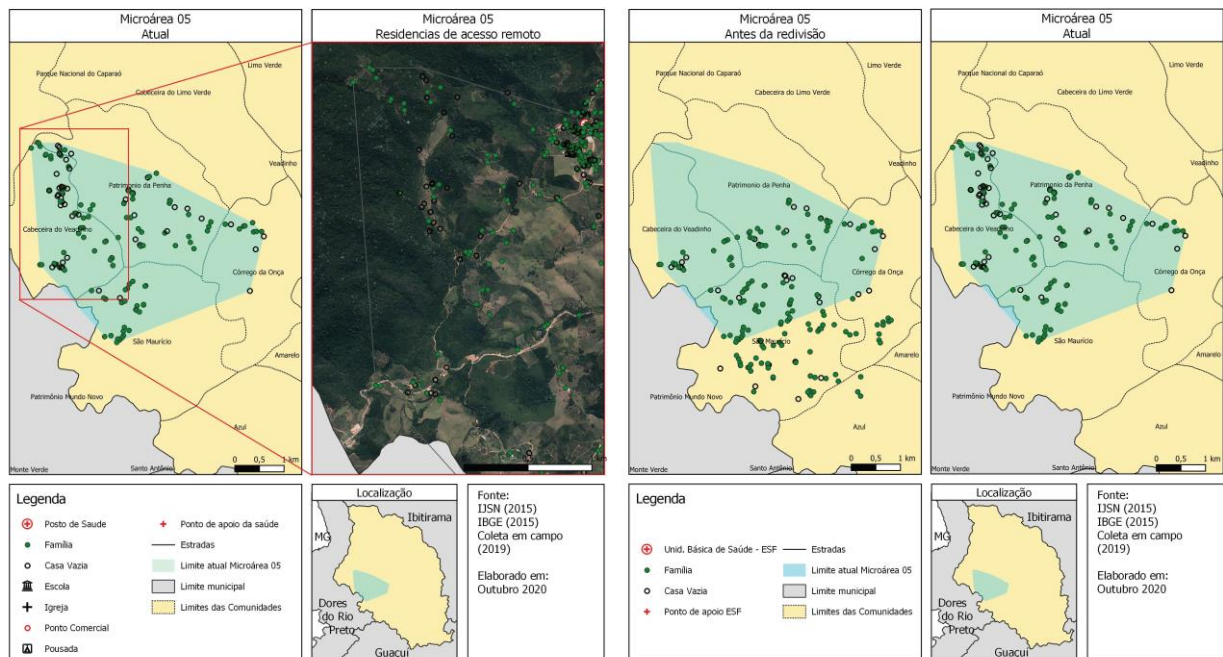


Figura 3. Mapa da microárea 05. Na esquerda, evidencia-se a redistribuição de famílias após redivisão de área. Na direita, as residências que se encontram em áreas de difícil acesso.

7.2 O LUGAR QUE OCUPO E A CLÍNICA QUE QUERO CONSTRUIR

Compor a Equipe de Saúde Bucal (ESB) da ESF de Patrimônio da Penha era o desafio que me propunha depois de três meses de formada. Assumo um contrato temporário, no dia primeiro de novembro de 2017, coincidentemente no dia da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB)²¹, cujo objetivo é incentivar as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos nos territórios. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. No primeiro dia, uma equipe perguntava sobre equipamentos, instrumentais e os processos de trabalho. Apontei em um questionário quais instrumentais e insumos o consultório possuía.

Não fazia ideia do que se apresentaria em relação às demandas, composições de forças e processualidade da gestão no cuidado à saúde. Os procedimentos, técnicas e as legislações estavam no meu arcabouço teórico, entretanto, os laços que envolviam a equipe e composição real da comunidade eram ainda completamente invisíveis.

O que se manifestava nesse início de jornada era um consultório sem prontuários odontológicos, com registros escassos, um cenário de não alimentação de dados e produção na plataforma e-SUS²², a biossegurança um pouco distante do cotidiano clínico, poucos insumos (o que interfere diretamente nos procedimentos que são oferecidos) e uma comunidade carente de assistência curativa, que culmina em uma lista de espera. A equipe de saúde bucal começou a atuar pelo simples²³. Organização do espaço físico do consultório, abertura de prontuários, escovações orientadas e ações de educação em saúde bucal. Diante da falta de insumos, fazia-se o que era possível. Ainda assim, os processos de trabalho foram tomando forma e pequenas coisas traziam alegrias ao serviço. Tudo realizado era registrado, inicialmente em livro ata e depois em registros eletrônicos (e-SUS). Vale pontuar a importância desse registro de

21 Desde dezembro de 2019 o PMAQ foi extinto, passando a prevalecer o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

22 O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Primária em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. DAB-SUS, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>.

23 Os leitores dentistas talvez me entenderão melhor: poder embalar cada broca em um único gral e esterilizar já é um passo grande. Usar papel filme, babador e óculos de proteção já causavam efeitos nos pacientes. Era notável que se sentiam entusiasmados com aquele cuidado, com aquela atenção.

informações para a avaliação e o monitoramento das atividades. Por essa via, pode-se fazer análise constante das práticas e ampliar e melhorar a qualidade no atendimento. Destaco a importância de deixar rastros, de registrar as práticas e os procedimentos que realizamos, exaustivamente, todos os dias. A partir do registro, nos aproximamos da demanda da comunidade.

Depois de algum tempo de trabalho, chegaram os insumos, e com isso iniciamos o atendimento clínico, estabelecendo vagas semanais na agenda periódica e um pronto atendimento (PA) de urgência e emergência com livre demanda. Conseguimos articular com a prefeitura a liberação de oito horas semanais para cursar o mestrado, e de acordo com as disciplinas que cursava existia um dia sem atendimento clínico na Unidade de Saúde. Tinha a impressão de que os problemas acabariam com o atendimento clínico regularizado. Entretanto, foi nesse ponto que comecei a conceber uma crítica da clínica que estávamos construindo.

“Vimos pacientemente construindo essa saúde bucal cotidiana, que é feita todos os dias nos serviços, essa com que nos colocamos em campo, e com ela produzimos nossa reflexão teórica, nossas narrativas, aquilo que podemos ver no trabalho que realizamos” (BOTAZZO, 2015, p.169).

E para além do consultório, conceber uma clínica que se constitui no mesmo nível de nossas formações e dentro do próprio Sistema Único de Saúde. Ao pensar sobre a demanda inesgotável, que nos frustra em nossa prática diária convém refletir que

sentar na cadeira do dentista continua sendo, no Brasil, um insuportável monopólio de classe social. Um privilégio, e não um “direito de todos” – mas uma cruel expressão das iniquidades que nos assolam (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Nesse ponto, é importante pontuar que a clínica que se realiza na esfera pública é, antes de tudo, social.

E parece não fazer sentido realizar um trabalho, seja de investigação ou de assistência, sem que a consciência social do trabalhador da saúde esteja presente e indique que a ação prática que realiza deve estar voltada para a promoção do bem. Isso implica considerar questões tais como classes, diferenças sociais, equidade, justiça, direito, acesso, possibilidades, capacidade de informação e de decisão, autonomia e vínculo que os sujeitos dessa saúde coletiva elaboram incessantemente (BOTAZZO, 2015, p.201).

Desse modo, pensar saúde bucal implica pensar políticas de intervenção, organização e trabalho e também pensar sobre outros modos de cuidar. Nesse ponto, entramos no terreno da ação coletiva em saúde e precisamos pensar sobre Atenção e Assistência.

A atenção à saúde engloba mais que serviços ofertados: designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. Expressa-se em políticas, programas e serviços de saúde em consonância com os princípios e

as diretrizes que estruturam o SUS. A compreensão do termo ‘atenção à saúde’ remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde, quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços – isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (PEREIRA, 2008).

Quando falamos de atenção em saúde articulamos ações coletivas em saúde. Assim, destaca-se a importância de romper os limites de cada campo de atuação e de cada disciplina para avançar na construção de uma Clínica Ampliada. Para que isso seja conquistado em nosso cotidiano clínico é necessário pensar sobre a possibilidade de construção de dispositivos para fortalecimento de redes dentro do SUS.

A implementação da atenção em Saúde Bucal no Brasil é uma importante conquista da proteção social, e os desafios a serem enfrentados só podem ser apontados devido ao fato de a experiência ter se materializado (LEME, 2019). Entretanto, ainda está presente o desafio de superar o histórico de exclusão e a falta de acesso da população aos serviços de saúde bucal.

O terreno da própria atividade clínica, de específica relação individual, corpo a corpo, profissional e paciente em um mesmo ambiente de trabalho. Igualmente, é o lugar de exercício de poder. É também o lugar duro onde se forma a ideologia privada da profissão; o seu sistema de crenças; as visões de homem e de sociedade; as teorias do adoecimento e o lugar aonde emergem dispositivos técnicos de controle (BOTAZZO, 2015, p.171).

Entendemos que todo e qualquer saber disciplinar constitui-se como um sistema de verdades (jogo de forças) que estabelece contornos para si e se legitima em suas práticas discursivas. Assim, é importante entender a relação dos processos formativos, as práticas clínicas e os processos de trabalho instituídos. Mas afinal, quais relações podem ser estabelecidas entre a formação e a prática clínica? E quais relações da formação com os processos de trabalho instituídos? Podemos afirmar que, pelo menos provisoriamente, essas três dimensões (processos de trabalho, formação e prática clínica) são efeitos coemergentes à desvalorização dos saberes populares e posição hegemônica dos saberes biomédicos.

Para iniciar nossas reflexões convém pontuar que o ensino na área da saúde, de um modo geral, ainda se estrutura, prioritariamente, em função da prática clínica. Compreende-se a necessidade do eixo estruturante da formação em saúde pautar-se sobre práticas e condutas clínicas, com o desejável desfecho de um atendimento assistencial ‘técnico’ de qualidade. Entretanto, tendo em vista que essa é apenas uma dimensão da atenção em saúde, e que, sozinha,

não responde aos anseios e necessidades de saúde da população, há que se repensar a formação em saúde com o olhar voltado para o cotidiano do “trabalho vivo” em saúde (FONSÊCA, 2016).

Emerson Merhy (2014), em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, aponta esse “trabalho vivo” com tecnologias leves²⁴ como se em uma dobra: de um lado, como certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos, sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a cara de um certo modelo de atenção. E também pontua que o trabalho vivo é o lugar central da transição tecnológica do setor da saúde, e, portanto, um território em disputas pelas várias forças interessadas nesse processo. Na odontologia, é reiterada a formação tecnicista, de cunho clínico assistencialista de onde provém a ênfase no adestramento da mão e no desenvolvimento de técnicas,

(..) o seu dispositivo pedagógico visa, antes, confirmar essas verdades e instituir tempos, os ritmos e os modos como deve ser praticada a sua clínica, e confirmar as relações de poder claramente instaladas e reproduzidas pelas disciplinas e departamentos acadêmicos (BOTAZZO, 2015, p.174).

Assim, pode-se designar a odontologia como disciplinar. E logicamente nenhuma disciplina isolada dá conta, por si só, do cuidado em saúde. Essa realidade reflete-se na constituição das práticas e demarca incompatibilidades entre o perfil profissional demandado para uma Clínica Ampliada²⁵ e os reais processos de trabalho do cotidiano da atenção primária. Há uma concordância de que os serviços de saúde precisem de uma readequação nas formas de organizar o trabalho, para garantir melhoria do processo de organização das ações de saúde e para construção de estratégias de fortalecimento do SUS. Nesse aspecto, construir uma via de transformação cotidiana do fazer/pensar saúde é contrapor a fragmentação dos processos de trabalho e priorizar processos formativos que potencializem a análise das relações de poder e a construção democrática das perspectivas de saúde.

Nesse caminho, a ampliação do objeto de trabalho é fundamental para que a organização do trabalho na esfera pública se dê com ênfase no trabalho coletivo e na transdisciplinaridade

24 As tecnologias envolvidas no trabalho podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2014)

25 A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto e trabalho para que pessoas responsabilizem-se por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para essa mudança. Poder pensar seu próprio objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas que se coloca. Os instrumentos de trabalho também se modificam e são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem comunicação transversal na equipe e entre equipes (BRASIL, 2009).

(dimensão que aponta para uma interferência mútua entre as disciplinas). A inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na ESF é um grande avanço para superar o perfil de odontologia de mercado²⁶ ainda sustentado em nossas práticas. Segundo CHAVES & MIRANDA (2008), trata-se de um cenário institucional e normativo novo para as práticas de trabalho, que tensiona mudanças em seu *modus operandi* e, conseqüentemente, gera inéditos significados por parte dos trabalhadores. A construção democrática das perspectivas de saúde dá-se por meio de articulações que incentivem a troca de saberes e que aportem também, a constituição coletiva e partilhada do cuidado. Mas por que é tão desafiadora essa construção? Por que trabalhadoras e trabalhadores da saúde (incluindo os da saúde bucal) seguem de forma automática os protocolos? Por que, na maioria das vezes, não se questionam os modos de fazer?

Essas questões apontam direções para análise das práticas que compõem a clínica odontológica. Essa clínica que, no contexto da Atenção Primária, assume o contorno de Equipe de Saúde Bucal e incorpora novos processos tecnológicos do cuidado. Daí a importância de criar espaços de diálogos e movimentos que privilegiem a produção do cuidado em saúde (e saúde bucal) de modos inovadores e criativos dentro da rede, para garantir integralidade da atenção e do cuidado.

Nessa ótica, para estabelecer uma clínica ampliada e compartilhada é preciso incorporar *técnicas relacionais*, onde a perspectiva do cuidado aconteça por meio da capacidade de escuta do outro e de si mesmo, da capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais subjetivos, com família e com comunidade (BRASIL, 2009).

Entretanto, para a odontologia, a incorporação dessas *técnicas relacionais* ainda é um desafio, já que a perspectiva odontológica, centrada no manejo de doenças, ainda prevalece e apoia a utopia de satisfazer os requisitos orais da comunidade através do reparo dentário, enquanto ignora as causalidades sociais e ecológicas mais amplas (LEME, 2019).

Nesse ponto, começamos a traçar pistas a respeito das relações estabelecidas entre a formação e a prática clínica. E de como a formação influi nos processos de trabalho instituídos.

26 O modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil ainda é o que denominamos de Odontologia de Mercado. Segundo esse modelo, as condições de saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada às pessoas mediante pagamento direto ou indireto pelos serviços clínico-cirúrgicos realizados. Esse modelo traz como consequência a segmentação das práticas de saúde em especialidades e a restrição do acesso, decorrente da transformação do cuidado odontológico em mercadoria. Vale apontar que como primeiras experiências de práticas odontológicas no setor público podem-se citar a odontologia escolar que produz uma primeira ruptura nos serviços odontológicos no país. Em 1960, com a publicação do *Manual de Odontologia Sanitária*, por Mário Chaves, ampliam-se os referenciais de produção de serviços odontológicos e inicia-se o pensamento da Odontologia Sanitária. Esta baseia-se na prevenção e aponta o trabalho organizado na comunidade e para comunidade (NARVAI, 2008).

Como já dito, os “regimes de verdades” que compõem a odontologia, demarcam contornos que perpassam a técnica, descritos na literatura como *modus operandi – perfurar e encher* – (“*drill and fill*”) que favorece as intervenções mecanicistas (LEME, 2019). Botazzo (2013), aponta que a odontologia é criticada por sua ineficiência epidemiológica; além do alto custo de produção/reprodução e o elitismo daí decorrente.

A odontologia é cara e usa procedimentos requintados, é iatrogênica e mutiladora, é tecnicista, odontocêntrica, elitista, que vive, enfim, em um isolamento forçado (BOTAZZO, p.173, 2013).

Warmling *et al* (2012) relataram a identidade profissional original, pontuando influências das políticas de ensino odontológico na formação da identidade dos cirurgiões-dentistas. Enfatizaram que o currículo odontológico original não faz menção a uma clínica, que foi restrito a cursos médicos. E mais adiante, quando se incorpora o termo clínica odontológica no currículo, ela está bastante associada ao ensino da prótese dentária. Nessa direção, ao pensar que a formação vai conduzir o olhar do profissional, não há como desvincular uma condução política desse processo e o reflexo nas práticas que se perpetuam no cotidiano clínico.

Perante o clínico, finalmente, o corpo positivo pode ser operado positivamente, isto é, do modo certo e seguro, o modo correto, o modo que deve ser como é. O modo de fazer isso é também um modo técnico. Por isso, as técnicas de intervenção serão consideradas tanto mais eficazes quanto mais certas e seguras forem. Muito frequentemente se afirma existir uma única técnica, isto é, um único modo de fazer [...] assim, a técnica é positiva e o que a aplica, isto é, o técnico, pode ser visto como um dispositivo de produção de verdades institucionais (BOTAZZO, p.203-204; 2013).

Mas por que mantemos as ações do regime de verdades²⁷ do núcleo de saber de uma profissão? Por que algumas *verdades institucionais* perpetuam-se e nos afastam da construção dessa “nova concepção de clínica”? Ouso dizer que às vezes parece que fizemos um acordo silencioso com essas verdades, e que muitas vezes somos alimentados pela fome de cumprir os protocolos. Entretanto, quando superamos o olhar do manejo clínico focado apenas na técnica, criamos possibilidades de construção cotidiana da dimensão subjetividade. E passamos a conceber a clínica como um lugar de encontros.

27 “Há efeitos de verdade que uma sociedade como a sociedade ocidental, e hoje se pode dizer a sociedade mundial, produz a cada instante. Produz-se verdade. Essas produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam.” (FOUCAULT, 2006, p.229)

Ao incorporar na clínica a dimensão de alteridade²⁸ assumimos a construção coletiva e partilhada do cuidado como um caminho para superar práticas odontológicas convencionais. Nessa direção, ampliar o olhar e abrir a escuta²⁹ são desafios que se colocam no cenário institucional da Equipe de Saúde Bucal no contexto da Atenção Primária. Quando enxergamos o trabalho do dentista dentro de um contexto comunitário, somos convocados a articular nossas ações em diferentes concepções de temporalidade, afetos, cuidados e práticas. Tendo em mente a necessidade de definição/redefinição do objeto de trabalho, assumimos a emergência contínua de reorganização da clínica e dos modelos de atenção e gestão.

Merhy (2014) aponta que uma das implicações mais sérias do atual modelo hegemônico é subestimar a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Tal dimensão propõe produzir processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para compor projetos terapêuticos.

A dimensão cuidadora do trabalho em saúde faz da clínica um lugar de encontros, onde exercício do diálogo transdisciplinar é primordial para sua composição. O caminho para ampliar o olhar é criar novas possibilidades, de modo que seja possível tensionar o *modus operandi* e repensar principalmente a dinâmica do tempo nos serviços de saúde. Uma vez que não há tempo hábil para abrir a escuta, cabe a pergunta: como ser inventivo, incluir a diferença e fomentar o intercâmbio de saberes por meio do diálogo com a comunidade?

Mais uma vez, um caminho possível para nos aproximar das respostas é conduzir as questões para o campo da experiência. Proponho a reflexão: como eu trabalhadora me senti seguindo exaustivamente os protocolos e me apoiando em verdades instituídas?

A demanda infinita é frustrante, a dificuldade de interação e comunicação com a equipe é real. Estamos dentro de uma ilha ambulatorial. Há possibilidades de atuação como equipe multi-interprofissional, mas a condução de um caso assim é rara. Os atendimentos são segmentados. Em alguns conseguimos atuar com uma abordagem interprofissional. As reuniões de equipe ajudam nesse processo, mas as conduções dos casos são superficiais ao envolver a odontologia.

Sinto que a odontologia pode atuar com maior intensidade na comunidade, no território, na educação em saúde. Mas não temos tempo hábil pra isso. E o processo de trabalho é fragmentado. Existe

28“Alter”: “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito copresente no mundo das relações intersubjetivas.” (Glossário, PHN)

29 A partir do século XVIII, na Europa, com o início das disciplinas, a potência de escutar foi sendo aprisionada em práticas diversas de poder-saber, ao ponto em que escutar se tornou, basicamente, uma prática autorizada e domínio de especialistas. O juiz, o delegado, o pedagogo, o médico, os assistentes sociais, os *psis*, todos escutam segundo um código, uma regra, um pressuposto no qual o que escutam deve se enquadrar. Nesse sentido, podemos dizer que os movimentos de subjetivação de nossas sociedades ocidentais modernas passam pela escuta especializada (ARANTES, 2012).

uma produção a cumprir, e isso é muitas vezes um fator limitante pra uma atuação mais ampla no território. A comunidade também deseja (e necessita da) intervenção. Os usuários demonstram a necessidade de que o dentista esteja dentro do consultório atendendo e realizando procedimentos.

A demanda é grande. Então as ações curativas (de intervenção?) prendem-nos na cadeira. Sair pra ir até a escola, por exemplo, é difícil com a nossa agenda de atendimentos. Os prontuários não são unificados, ou seja, a odontologia tem prontuários separados. Isso dificulta a atuação de forma ampliada. Somos como uma equipe dentro de uma equipe. Realizando trabalhos que parecem estar desconectados.

Existe uma cobrança clara de alimentação do sistema de dados e-SUS. Porém nossos relatórios de produção nunca conferem com o real realizado dentro do consultório. E nunca tivemos um momento de formação sobre a importância da produção de dados em saúde. Como alimentar da forma corrida. E assim, não existe uma avaliação e um monitoramento de forma sistematizada, clara e participativa.

Se estivéssemos realizando atividades de educação em saúde certamente a demanda por procedimentos curativos iria diminuir. Atuar com as crianças e os adolescentes é muito importante nesse processo. Elas estão inseridas em um contexto que demanda educação em saúde. E ao compreender processos biológicos do corpo, vão relacionando saúde à alimentação, ao meio ambiente e até à qualidade da água. Isso é educação em saúde. Isso é saúde coletiva. (Trecho do diário de campo)

Partindo da premissa de que a Saúde Coletiva é um campo extenso e diversificado de práticas que incorporam concepções das ciências sociais à arena da saúde, o que reflete na própria concepção ampliada de saúde e suas incontáveis interfaces, é importante também incorporar nessa discussão a odontologia como prática social.

Nesse contexto, ao pensar a organização do trabalho da Equipe de Saúde Bucal na esfera público, é importante traçar as distinções entre o trabalho odontológico e trabalho em saúde bucal. O trabalho odontológico limita-se aos procedimentos e ao diagnóstico. Por outro lado, quando o profissional entende melhor seu objeto, ele acaba estendendo os limites de sua atuação clínica. Com isso, cria possibilidades de diálogo com outros profissionais, incorpora outras práticas, considera a importância da educação em saúde como marco emancipatório do usuário e consegue assim superar as fragmentações do trabalho, assumindo o amplo aspecto do trabalho em saúde bucal.

Segundo LEME (2019), o foco odontológico restrito continua a guiar as ideias principais de prevenção, educação e reabilitação. O autor também aponta que o significado atribuído ao tratamento e à saúde raramente excede os limites de dente, biofilme, açúcar, higiene e restauração. Esse fenômeno pode ser considerado uma barreira para a ampliação da prática.

A concepção de uma clínica ampliada compreende pensar temporalidade compatível, e incluir atividades que vão além do consultório – articulando educação e promoção de saúde. O confinamento no consultório odontológico produz resultados clínicos pontuais e reduz a vida ao seu mínimo biológico. Ao pensar a natureza política da relação odontologia e sociedade, constatamos a necessidade de um funcionamento coletivo para produzir intercessão nas práticas de cuidado no SUS. Articular novos processos tecnológicos do cuidado significa, então, atribuir devida importância à clínica (trans)interdisciplinar, dialógica e emancipatória.

Muitos são os desafios que se apresentam, e, diante deles a alternativa é criar dispositivos para fortalecimento de redes dentro do SUS. Essa pesquisa propôs-se destacar a narratividade e os modos de vida contra-hegemônicos e, a partir dessas experiências, traçar outros caminhos institucionais. Assim, vale retomar a questão: Como as plantas medicinais relacionam-se com a odontologia e com o próprio SUS?

O uso de plantas medicinais inclui saberes e fazeres próprios e, geralmente, se associa a modos de vida contra-hegemônicos, além de assumir outras temporalidades no cuidado e incluir o conceito ampliado de saúde em sua prática. Ao agregar esse olhar na prática odontológica e no SUS, compomos novos sentidos para a equipe de saúde (e de saúde bucal) e fortalecemos a promoção de saúde, a integralidade e a Educação Popular para Saúde.



*Mas afinal, qual é o tempo do vínculo?
Qual é o tempo para estabelecer confiança?
O tempo para que o território se manifeste.*

8. O TEMPO DO CUIDADO

Ao vivenciar a dinâmica do território e o cotidiano de trabalho da equipe da ESF de Patrimônio da Penha, registrei em diário de campo: histórias, traços do cotidiano, memórias, envolvimento e experiências em relação ao uso de plantas medicinais que surgiram durante o percurso da pesquisa.

Para me aproximar dessas realidades (e dessas práticas de cuidado) foi necessário estar ali de forma integral. Conviver é estar junto! Então, estive presente não como observadora, mas como participante da realidade. Partilhei sensações, impressões e vivenciei alegrias e conflitos dentro do serviço e do convívio comunitário.

Devagar, a vivência cotidiana permitiu a criação de vínculos e, com isso, a abertura do *território do saber popular*. As práticas de cuidado que envolvem o uso de plantas medicinais deram visibilidade a outras lógicas e temporalidades. Elas convocaram uma memória viva do que dizer sobre a terra, o plantar e o colher. Nessa proposta, utilizando como fio condutor as anotações do diário de campo, vamos assumir como analisadoras as experiências com plantas medicinais que chegaram até a clínica. O algodoeiro foi primeiro analisador.

Com a tarde lilás, Mariana trouxe um presente. Na sacola pequena, havia centenas delas. A recomendação era: “espalha bem! Elas são difíceis de brotar.” E assim fiz, semeiei por todo o quintal. De todas as sementes, apenas uma brotou. Bem na porta da minha casa, invadiu a terra. Com força transformou-se em um broto curvo. Acompanhei as primeiras folhas aparecerem, e logo vieram as flores. Pétalas de seda amarelo sol.

O algodoeiro é um arbusto, mas aqui ele se tornou incrivelmente grande. Posso dizer uma árvore mágica. Mágica porque há muito ninguém vê um pé tão grande. E porque se apresentou. Chegou e revelou o valor que assume na vida das pessoas. Antes de se apresentar, seu significado e sua magia eram invisíveis!

Saluah, é uma conhecedora de plantas medicinais que reside há 20 anos na comunidade e cultiva o Horto São Francisco. Ela passava na minha rua, parou em frente ao algodoeiro e ficou olhando ele por um tempo em silêncio. Depois disse assim: “Menina, eu acompanho ele desde as primeiras folhas. Você devia tirar uma foto desse pé, ele merece estar em um livro. Nunca vi um pé tão viçoso... olha o tamanho.”

E assim foram chegando as pessoas, pedindo sementes para curar dor de ouvido, folhas para as mães que acabaram de parir, para os chás que curam a bronquite. E eu também comecei a colher o algodão. Tirar as sementes e doar. Agora, quero aprender a fiar. Fazer linha e tecer.

O termo analisador deriva de análise e significa decompor. Quando analisamos fazemos uma decomposição, como que removemos camadas. No nosso campo, o real é entendido como um campo de relação de poder, ou um campo de composição de forças. Fazer análise é tentar entender como esse campo se constitui. Fazer análise é trazer à tona relações que antes eram transparentes dentro dessa realidade. Como que se estivessem em algum ponto cego de difícil alcance e passassem a ser visíveis, trazendo outras conexões e outros sentidos.

“dar-se-á o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da instituição, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975, p.284)

Pensar o analisador é pensar aquilo que promove esse movimento de análise. O pé de algodão, ao participar da composição de uma paisagem (com a cena de uma demanda por cuidado), opera coisas, dá visibilidade e ao mesmo tempo é uma força que produz conexão. Relações de cuidado, que antes eram invisíveis, passam a compor um território existencial. Nessa composição, as plantas medicinais chegaram por meio de diálogos na recepção, visitas domiciliares, conversas entre as consultas odontológicas e de algumas experiências vivenciadas no território, e que também foram anotadas no diário de campo.

Um fato interessante é que, de um modo geral, as plantas que se apresentaram nesse processo estão ligadas à saúde bucal, sendo indicadas como antissépticas, anti-inflamatórias, analgésicas, hemostáticas, cicatrizantes e para controle antimicrobiano. E uma relação também interessante é que os relatos apontam que as ervas com indicações bucais apresentam também indicações para saúde da mulher. Incluindo: inflamações e infecções no sistema genito-urinário, cólicas, hemorragias e para cuidados no parto e no puerpério.



ALGODOEIRO³⁰

A enfermeira (recém-chegada na equipe) pede ao técnico de enfermagem pra me pedir folhas do algodoeiro. Então, colhi várias e levei pra Unidade de Saúde. Quando viu as folhas sorriu e disse:

— Hoje é mais difícil encontrar um pé de algodão! Minha mãe curou minha bronquite quando era criança com esse chá. Agora minha filha está com tosse e eu lembrei disso. Lembrei que me curei com o chá da folha do algodão.”



“Minha filha, eu tô precisando de umas sementes de algodão pra tirar o óleo.

— Tirar o óleo?

— É menina, minha neta tá com dor de ouvido. E é ótimo. Mas tem que usar bem pouquinho. Mas também rende tão pouco que é só pra aquele uso mesmo. É só você colocar na frigideira bem quente e ir mexendo bem devagarinho. Não pode deixar queimar, tem o ponto. Depois pega aquele olinho e pinga no ouvido.”



“Ôh de casa! Ôh de casa! Cê me dá licença pra pegar umas folhas de algodão?

— Claro! Fica à vontade. Mas pra que o senhor usa?

— Ah não é pra mim. Minha filha está sofrendo com dente nascendo. Sabe aquele do juízo? Pois é, né. O algodão ajuda baixar a inflação e o inchaço.

— Mas como faz pra usar?

— Faz o chá e pode beber e lavar bem a boca. Até o suco da folha é muito bom.”



Saluah, erveira e terapeuta homeopata, é moradora da vila há mais de vinte anos. Tivemos vários encontros e em nossas conversas também ensina sobre o algodoeiro:

“É uma planta muito antiga, o algodoeiro. Ah, ele é um potente anti-inflamatório. Até pra dor de ouvido ele é bom. Ele ótimo pro pós-parto. Usa a folha e flor. A cachopinha dela, quando você esquentar sai um óleo que é muito bom pra dor de ouvido. Aquela que forma a flor; você esquentar ela, sai óleo.

A flor, você sabe que a homeopatia é feita dela, né! Ela sai antes e depois sai a flor. Aquela cachopinha da flor. Usa a flor, a folha e a raiz. Usa tudo! A raiz dela é vasoconstrictora. Atua nos microvasos. Com arnica é muito poderosa. Faz banho de assento. Dá pra você ver que é uma planta muito poderosa. É muito usada na homeopatia porque é drenadora. Faz óleo de algodão também, pra comida. É comestível. Além de fazer tecido.”



Conversei muito com Joana, uma jovem parteira, que mora na vila. Um dia ela me conta sobre o algodão: “Ah, menina, você não sabia não? A semente do algodão é ótima pra hemorragia no pós-parto. Você tem que usar o chá. Começa com três sementes e vai aumentando se precisar. E dá pra fazer com a tintura também”

**MANJERICÃO³¹**

31 Ilustração realizada por Laíssa Gamaro.

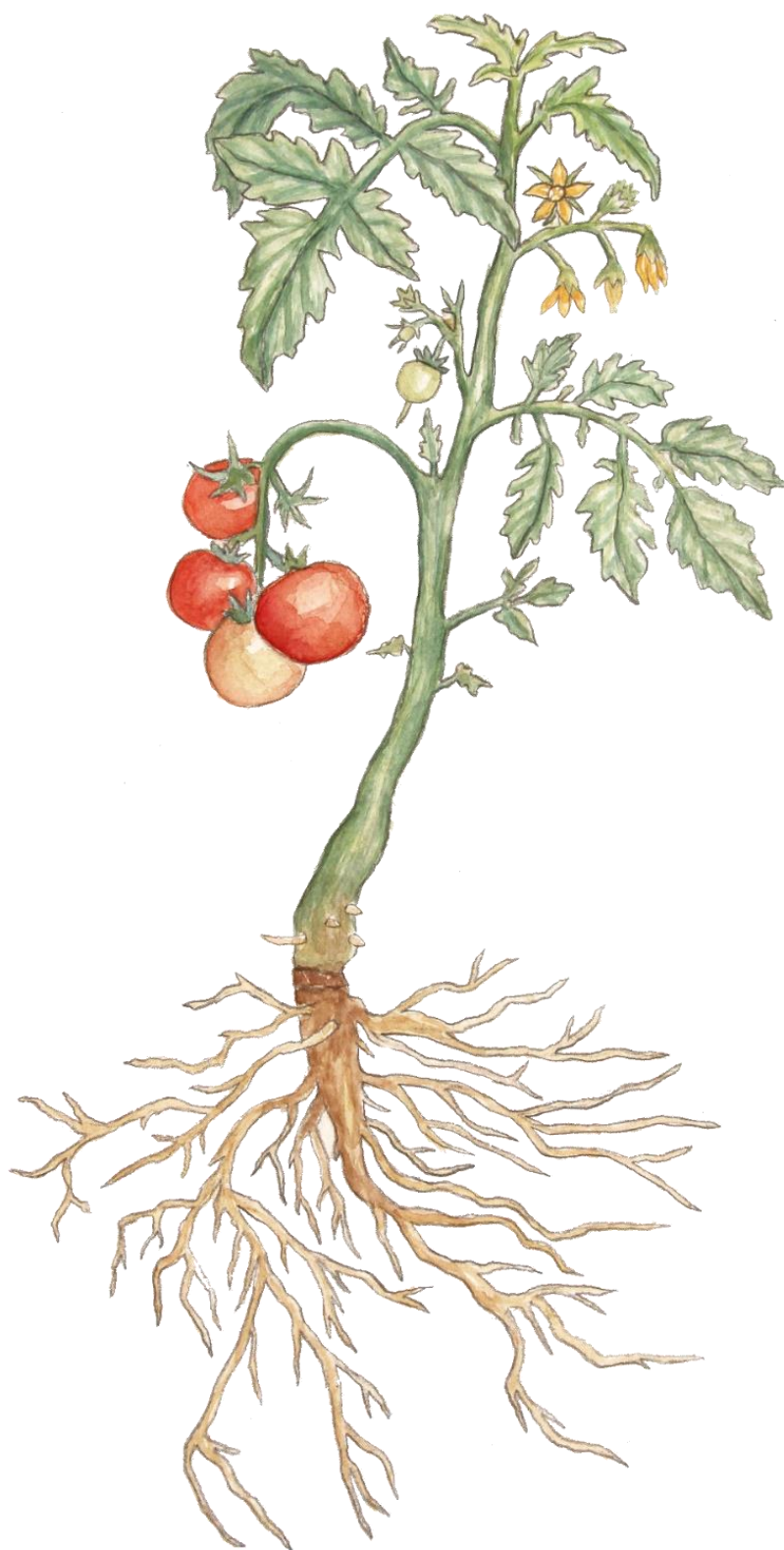
Digitando a produção da odontologia e ouvindo o que se passa na sala de espera. [Vale lembrar que na unidade de saúde a internet é intermitente. Um computador para toda equipe digitar a produção. O e-SUS não está consolidado de forma efetiva. Não tivemos uma capacitação para utilização da plataforma. As produções parecem não estar sendo alimentadas, nem sempre consigo gerar um relatório. Alguns conflitos giram em torno disso... Os médicos não digitam.... O enfermeiro não tem senha... sigo digitando a produção da odontologia e com a ajuda da Técnica em Saúde Bucal, fica mais possível executar essa atividade.] Mas tudo bem, voltando à sala de espera... Uma puérpera hippie estava na unidade... Isso por si só já é um motivo de alegria para toda equipe. Bem...As mães hippies sempre despertam debates na unidade... Algumas optam por não vacinar seus filhos. Não vão até a unidade com regularidade em consultas. Não costumam usar muitos medicamentos. Isso incomoda a equipe... é inegável. Sempre são levantadas várias discussões, principalmente em relação às vacinas. Não cabe aqui apontar ou refletir sobre as possibilidades de não tomar as vacinas e o quão obrigatório a nível institucional isso é. Nosso foco agora está voltado às práticas e relações de cuidado que se estabelecem. E eu ouvia o que elas conversavam. Estavam lá a recepcionista, a moça que faz a limpeza da unidade e algumas usuárias. A mãe hippie falava que não dormia mais. Que o bebê ficava muito agitado de noite. E que ela estava fazendo agora um banho de manjeriço para acalmá-lo. “Ah eu coloco a água no fogo e quando começa a dar bolhinhas coloco o manjeriço. Deixo ferver um pouco e depois abafa. Deixo ali quietinho um tempinho. E dou um banhozinho com a água temperada.” Depois ela explica da importância de submergir toda a criança. E garantiu que ele ficava muito mais calmo e conseguia dormir.



“O manjeriço é uma planta que abre caminhos, limpa as energias da casa. Se você faz um arranjo com muitas flores e coloca na sua casa vai ver como todos se alegram e como o ambiente fica diferente. Além do perfume ela purifica o ambiente.”



“Se eu te contar você nem acredita! Essa plantinha é poderosa porque age pra manter o equilíbrio do corpo. É boa pra todos os tipos de limpeza. É eficiente pra banhos bucais, reduz as bactérias”



TOMATINHO³²

“Ah o tomatinho, ele dá bem é no meio do mato! Se faz muita cerimônia, se dá muito cuidado ele não vinga. Ele gosta mesmo é de criar solto. Pode reparar: os tomatinhos que a gente acha no meio do mato são os maiores. E vou te dizer, pra fazer um bom remédio tem que ser com os que se cria solto por aí,”



“Pra gengiva inflamada? Ah você vai banhar boca com a água da folha do tomatinho. Não precisa nem fazer chá. A potência dele tá nele frio. É bom colher as folhas de manhazinha, com orvalho, sabe? Daí você coloca na água, pode amassar um pouco e deixa ali por uns minutos. Depois é só banhar a boca.”



“O bom medicamento é o bom alimento, e o bom alimento é o bom medicamento né?! Tá aqui nessa revista. E hoje em dia tá difícil. Eu mesmo não como tomate não. Só como esse tomatinho aqui da horta. Mas teve uma vez que eu passei mal com o tomatinho. Ele pode dar paralisia respiratória. Eu comi uns tomatinhos do mato, e parece que o ácido dele, sei lá, perturbou as vias respiratória. Eu fui comendo, comendo e comendo, ele docinho né?! Eu fui sentindo a respiração seca com coisa assim que eu tava meio asmático porque toda a vida, assim, graças a Deus a gente arruma um jeito. Mas eu tava sentindo mal, não tava sentindo bem não. Falei: ‘não sou assim não, não to normal. Vou arrumar um jeito’.”



“O tomatinho é uma planta bem rústica. Eles vão brotando por aí. Os frutos têm muita vitamina C. Mas a maioria das pessoas não sabem que as folhas também têm muitas propriedades curativas. Elas são antissépticas. Já sentiu como são perfumadas? Quando uma cândida está difícil de curar ele ajuda. Com banho de acento e o chá da folha.”



“Uma coisa que é ótima para a afta e você não vai acreditar... o sumo da folha do tomatinho. E bater e valer!”



Pelargonium graveolens

Miriam Bach de Oliveira
2001

GERÂNIO / MALVA-CHEIROSA³³

33 Ilustração realizada por Miriam Bach de Oliveira, sob orientação da Professora Dulce Nascimento.

“Ah o gerânio é uma planta feminina. Ela equilibra os hormônios e tranquiliza a mulher durante o período menstrual.”



“A malva-cheirosa é muito boa para limpar a boca porque é antisséptica. Dá uma sensação de frescor mais adocicada e suave que as mentas.”



“É bom usar para a cistite, ardência na urina. Nesse caso, você faz o banho de acento. O gerânio também é bom pra candidíase.”



“Para ativar os sonhos você coloca um raminho de gerânio debaixo de travesseiro. Pode observar como vai clarear sua visão e ativar a memória. Você passa a lembrar dos sonhos.”



“Quando está com nariz congestionado, é bom respirar o vapor do chá bem quentinho. Coloca o chá em uma tigela grande, cobre a cabeça com uma toalha. Fica ali um tempo respirando aquele vapor. Se agasalha bem e vai se deitar. É bom como expectorante e calmante.”



“O óleo essencial combate os fungos e as bactérias. Pode ser uma alternativa para odontologia.”



“O chá da malva-cheirosa é muito bom para a gengiva inflamada, com sangramento. Também ajuda a combater o mau hálito.”

**ALFAVACÃO-CRAVO³⁴**

34 Ilustração realizada por Cristina Siqueira, sob orientação da Professora Dulce Nascimento.

“Além de ser um bom remédio, essa erva tem o dom de proteção, por isso a gente a tem aqui mais perto da casa. Logo na frente! Afasta o que é ruim e aproxima o que é bom. O banho é protetor.”



Ah ela é muito boa para a pessoa que tem a pressão baixa. Sabe quando tem tonturas e fraqueza? O chá é um bom estimulante. Traz vigor e ânimo! Você também pode pegar um ramo e ir sentindo o cheiro, apertando as folhas e colocando próximo no nariz.



“Essa planta é ótima pra boca. Ela tem o poder de limpar mesmo. Você vai sentir um frescor depois de fazer o bochecho. Você pode banhar com o chá, com o hidrolato e até com umas gotinhas de óleo essencial em uma aguinha morninha. Sabe piorreia? Quando as gengivas ficam inflamadas, os dentes amolecem, o pus não para de sair mesmo tomando remédio... essa planta ajuda nesse momento. Ela atua muito na gengiva.”

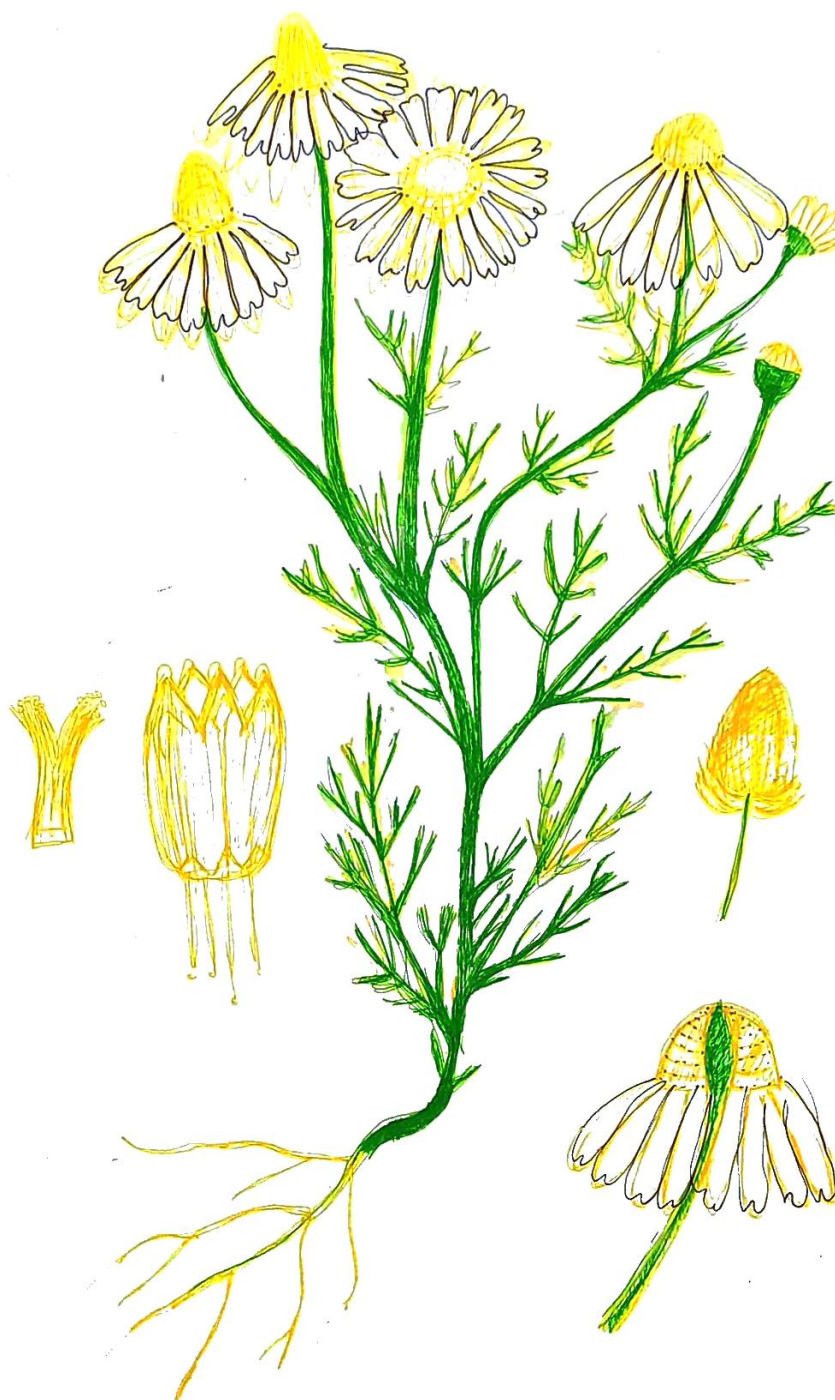


“Ela é uma planta muito digestiva, o chá depois das refeições é muito bom. Controla o ácido do estômago. Você se sente ativa, não deixa desanimar. E quando você tem diarreia é só usar as raízes. Ferve elas junto com a água e bebe. É bom até pra dor de cabeça”



“O chá do alfavacão a gente usa para os sintomas de gripes, e nos casos de inflamações na boca. E, claro, para combater o mau hálito! O xarope das folhas com mel é usado contra tosses e bronquites.”





CAMOMILA³⁵

“O nome dela já diz: é Matricaria chamomilla. É uma erva mãe porque sempre acalma. É um recurso importante no pós-parto. Também é um do primeiro chá que o bebê pode tomar. Por que também tem o funcho e o picão preto, né?”



“Muito boa no pós-parto imediato, usada como banho de acento, junto com algodão e a rosa branca. Traz calma e alívio pra mulher. O chá, melhora o sono também.”



“Camomila alivia as cólicas do bebê, acalma na época que vai vir os dentes”



“Traz muito alívio a dor e ao desconforto causado pelas aftas. Faz o chá com as flores e faz um banho bucal. Esse banho é diferente de bochecho. Você vai ficar com o chá na boca parado, sem fazer agitação e deixa ali agindo por um tempo”



“A camomila é calmante e digestiva, uma erva que não pode faltar no quintal porque é boa para as crianças. Trata gripes, cólicas e até quando a criança tem agitação pra dormir.”



Symphytum officinale
"Confrei"

Silvia Bergman
julho 2021

CONFREI³⁶

“O confrei não pode faltar no meu quintal. Ele é uma boa enfermeira. É bom para a gripe usando no xarope, pra luxações, contusões, é um ótimo cicatrizante de feridas.”

“As folhas do confrei são empregadas como anti-inflamatório e é um anestésico suave, de uso tópico.”

“Eu sempre soube que o confrei é bom para quem tem úlcera, gastrite, por que ele cicatriza as feridas de dentro para fora. É um santo remédio.”

“Eu acho que você vai gostar de conhecer o confrei. Os dentistas deveriam usar mais essa planta. Porque é muito boa para cicatrizar. Você pode usar depois de tirar um dente, quando a garganta está inflamada. Também é muito boa para reconstruir o osso quebrado.”

“O confrei é uma planta muito rica em nutrientes. Eu misturo com humus de minhoca, com folhas da gliricídia, mamona e banana e faço um ótimo fertilizante. Coloco em tonéis com água por uns três meses para se decompor tudo mesmo. Depois eu irriço a horta.”

“O confrei ajuda fechar feridas na pele. Então quem tem criança tem que ter confrei. A gente usa o sumo da planta mesmo, em cima dos machucados”

“A tintura das raízes do confrei é um ótimo cicatrizante. Costumo usar junto com barbatimão e fazer uma pomada,”

“É uma planta muito boa, porém tem que usar com cuidado. Porque pode causar lesões no fígado. Ela é hepatotóxica. Mulher grávida e amamentando também não deve usar. Eu digo sempre que pra ter segurança é melhor só usar na pele.”



Gervão
Starchytarpheta cayennensis


20
21


GERVÃO-ROXO³⁷

37 Ilustração realizada por Nívea Leite, sob orientação da Professora Dulce Nascimento.

“O gervão é uma planta que auxilia no campo espiritual. Repara que tem muita gente que já planta na porta de casa. Ela pode ser usada pra fazer banhos e limpar as energias ruins. Ela dá na beira da mata. Ela é nativa daqui, da Mata Atlântica.”



“O gervão é usado contra tosse, resfriados, gripe e até bronquite. Ele limpa o pulmão.”



“As folhas do gervão são usadas para combater infecções, inflamação com muita dor e inchaço.”



“Eu banhei meu dente com gervão-roxo e folha de lima, pra tirar o pus.”



“Dizem que essa planta é boa até para curar malária. Ninguém da nada por ela, porque ela dá na beira na mata, fica ali nos cantos. Ela não gosta de muito cuidado, dá no sol, na sombra, com água sem água. Você tem que ver: ela nasce de semente, fácil mesmo. Aqui eu uso para a gripe, pra problemas na próstata, garganta inflamada e banho pra gengiva.”



*TRANSAGEM*³⁸

“Estamos sem médico. Usuária aparece na ESF, queixando-se de dor na garganta há uma semana. Pede que eu avalie sua condição oral. Indico, pela primeira vez o uso da tansagem (Plantago major). Dona Flor, mora na cidade, está na vila a passeio na casa de sua irmã. No dia seguinte, levo a planta para a ESF e entrego-lhe. Ela adere à sugestão. Oriento fazer bochecho com a infusão simples (chá). A irmã de Dona Flor retorna na próxima semana, relata que a garganta melhorou e que ela levou muda pra plantar na cidade em que mora e que as plantas estão grandes no apartamento.



“É uma ótima anti-inflamatória. Você sabia que pode comer até na salada? É PANC também A semente usa para parar de fumar. Uso para a garganta, dor de dente não tem melhor.”



“Toda inflamação interna ou externa. É chamada de erva coadjuvante. Por ela entrar em tudo.”



“A tansagem é uma planta completa. Pode usar a raiz, as folhas, as flores e até as sementes. Tudo é ótimo para combater inflamação. As sementes são altamente nutritivas. E é uma planta rústica, ou seja, ela não precisa de muitos cuidados e ela dá em todo canto. Cresce espontaneamente por aí.”



Casearia sylvestris

Café do Mato / Guaçatonga³⁹

“As folhas do café do mato são utilizadas na medicina tradicional brasileira, principalmente para o tratamento de queimaduras, ferimentos e lesões de pele.”



“É uma planta que atua nas gengivas como anti-inflamatória. Você pode usar para gengivite, quando os dentes começam amolecer. É só fazer um banho bucal ou um bochecho. Faz o chá das folhas espera esfriar e banha a boca por dois minutos umas três vezes no dia.”



“É muito boa para diminuir a vermelhidão das gengivas. Quando as gengivas estão sangrando é bom fazer o suco das folhas e tomar. Sem açúcar”



“Poucas plantas são capazes de tratar a herpes. Essa é uma das plantas que tem essa capacidade. O sumo das folhas é muito bom para colocar em cima dos machucados na boca”



“Além de tratar o sapinho de criança essa planta é uma ótima opção para pessoas com problemas de gastrite e úlcera. O chá também pode ser usado como digestivo.”



“O café do mato é muito bom para tratar feridas na pele. Dizem que ajuda quando a pessoa foi picada por cobra. Você coloca as folhas sobre a picada. Também é bom usar o extrato da casca. Nesse caso, você precisa curar a planta no álcool de cereais ou na cachaça por uns 21 dias. Depois dilui uma colher de chá na água e pode tomar. Dizem que alivia muito a dor, quando toma o extrato da planta”.



“É uma planta depurativa. Limpa o sangue. Quando você se propõe fazer um tratamento para se curar a cura acontece, sabe? Essa planta renova as energias do corpo igual o cipó da suma roxa. E o bom do café do mato é que é mais fácil de achar. Você cura na cachaça por uns 20 dias e pode tomar.”



Physalis angulata L.

Phisális / Camapú / Juá de Capote ⁴⁰

“O fruto do Camapú é rico em vitamina C. Então é bom comer pra prevenir gripes e resfriados”



“As pessoas em geral não fazem ideia de que esta planta tem muitas propriedades medicinais. O chá das folhas do Physalis é um ótimo diurético e anti-inflamatório. As folhas também podem ser usadas para combater hemorragias”



“O chá do camapú é bom para combater infecções pós-parto, além de reduzir hemorragias. É muito bom para cólica e para o tratamento de hemorróidas.”



“O juá de capote é uma planta muito boa para tratar inflamações da garganta. Para infecções no trato gastrointestinal e outros problemas no estômago usamos junto com o macaé na forma de tintura alcoólica. Mas nesses casos é um tratamento que se faz. Tem que tomar 21 gotas, duas vezes a dia por uns trinta dias. Eu uso o pêndulo para confirmar o tempo exato do tratamento”



9. TEMPO DO COMPARTILHAR

Ao refletir sobre o processo de institucionalização das plantas medicinais no SUS, deparamo-nos com alguns desafios. De um modo geral, esses desafios relacionam-se com os processos de formação dos trabalhadores e com os modos de gestão do cuidado. Assim, com a intenção de ampliar o diálogo e as possibilidades de compartilhamento e para contribuir com a transformação da atenção à saúde, apostamos em publicizar, na forma de dois artigos, as experiências em relação ao uso das plantas medicinais na Atenção Primária em Patrimônio da Penha/ES, e as estratégias encontradas para ampliar a interlocução entre comunidade e o SUS.

ARTIGO 1:**Percepções de profissionais da saúde sobre o uso de Plantas Medicinais na Atenção Primária em Patrimônio da Penha/ES**Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock ⁴¹Fábio Hebert da Silva⁴²**Resumo:**

Este estudo parte de apostas ético-políticas que fundamentam a produção de vínculos, o cuidado compartilhado, a valorização dos saberes populares. O objetivo é conhecer as experiências dos profissionais em relação ao uso das plantas medicinais na Atenção Primária. Amparados pela abordagem socioanalítica e com intuito de fortalecer perspectivas coletivas de cuidado, esta pesquisa-intervenção utilizou a cartografia como instrumento para produzir dispositivos de análise das práticas e dos processos de formação em saúde. Foram realizadas 15 (n=15) entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe de saúde da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na vila de Patrimônio da Penha/Espírito Santo, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019. Com base nos principais temas polarizados nas falas dos participantes elegeram-se eixos temáticos direcionais, e, a partir deles, categorias de análise para conduzir as reflexões. O cotidiano de trabalho-pesquisa revelou desafios no campo da gestão do trabalho em saúde que ainda dificultam o uso de plantas medicinais. Apesar de compreenderem a noção ampliada de saúde, os profissionais ainda vivenciam processos de trabalho fragmentados e centrados na doença. O uso de plantas medicinais é encarado como paralelo aos protocolos instituídos. E apesar de haver consenso de aceitabilidade comunitária, a falta de tempo e de conhecimento afastam da clínica práticas de cuidado que demandam tempo de relação e produção de vínculo. A roda de conversa aparece como alternativa para ampliar a habilidade comunicativa e o exercício de escuta dos profissionais, criando condições para haver troca de conhecimentos entre os profissionais e articulações comunitárias.

Palavras-chaves: Plantas Medicinais, Práticas Integrativas e Complementares, Atenção Primária à Saúde.

41 Programa de pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, Brasil (nayararudeck@gmail.com). ORCID:0000-0002-5525-1603

42 Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, Brasil (fabiohebert@gmail.com). ORCID: 0000-0002-2809-6409

Introdução:

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incorpora um cenário de expansão de práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Sua inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita o incremento de diferentes abordagens e opções terapêuticas aos usuários, e com isso torna-se uma alternativa na garantia da integralidade do cuidado e na articulação de estratégias para promoção da saúde.

Quando nos referimos às plantas medicinais, articulamos saberes e práticas populares em saúde. Desse modo, agregá-las ao SUS implica a atualização de práticas tradicionais milenares, onde se imbricam, nos dias de hoje, o conhecimento científico e popular, seus diferentes entendimentos sobre o adoecimento e formas de conduzi-lo, e, principalmente, a noção de saúde (FIGUEREDO, 2013). Nesse sentido, é importante combinar a disputa no campo simbólico com o das práticas, a fim de reafirmar a noção de saúde como processo social, essencialmente coletivo e de interesse público (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Pesquisas realizadas com profissionais de saúde apontam que ainda existem muitos desafios no processo de institucionalização do uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Entre eles: “falta de conhecimento”, receio dos efeitos adversos, necessidade de formação adequada para a aplicação e a indicação das plantas, a necessidade de programas de educação permanente, falta de apoio institucional e até mesmo financeiro (NASCIMENTO JUNIOR, 2016; DA ROSA, 2011; THIAGO, 2011; VEIGA, 2008)

Nessa perspectiva, o objetivo desta pesquisa é investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, e destacar os desafios e as potencialidades desenvolvidas no processo de sua institucionalização na Atenção Primária, no distrito de Patrimônio da Penha do município de Divino de São Lourenço-ES.

Patrimônio da Penha está localizado na zona de amortecimento do Parque Nacional do Caparaó (ParNa Caparaó) (MASSINI, 2015), elemento basilar na construção discursiva da “identidade cultural” do território (GOBBO, 2015). A região atrai turistas e visitantes, já que é rica em biodiversidade e recursos hídricos (COSENDEY, 2015). Entretanto, estamos falando também de um território onde a vegetação nativa foi intensamente alterada pelo desmatamento (MASSINI, 2015), apresenta 68% de esgotamento inadequado, e está entre os três piores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Espírito Santo.

Outra característica peculiar da vila de Patrimônio da Penha é a presença de indivíduos que, na década de 1990, elegeram a localidade para firmar moradia permanente (GOBBO, 2015). Com isso, foram inseridos novos costumes, integrando uma *comunidade alternativa*. Nesse contexto, merece destaque a existência de diversos terapeutas na vila, os quais desenvolvem inúmeras práticas entre elas: homeopatia, medicina tradicional chinesa, *ayurveda*, ioga, *reiki*, massoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação e também o uso de plantas medicinais. Além disso, o aspecto religioso do uso de plantas medicinais também está presente na comunidade por meio da igreja do Santo Daime. A doutrina comunga o uso da *Ayahuasca*, uma infusão vegetal psicoativa que mistura o cipó *Banisteriopsis caapi* (jagube) e as folhas do arbusto *Psycotria viridis* (chacrona).

Para além da vila de Patrimônio da Penha, o território de que falamos é a base territorial de atuação da equipe de saúde da ESF. Essa abrange 05 microáreas (Patrimônio da Penha, Limo Verde, Córrego Floresta, São Maurício, Córrego Azul/Portal do Céu) com aproximadamente 1772 usuários cadastrados. O território é predominantemente rural, com grande extensão e várias especificidades oriundas dessas características. De um modo geral, as comunidades do campo ainda enfrentam muitos desafios para o desenvolvimento e a organização dos processos de trabalho locais. Dentre tantos fatores destacam-se os culturais, socioeconômicos, geográficos e organizacionais.

Desse modo, conduzir esta pesquisa é também uma tentativa de apoiar o desenvolvimento comunitário e a efetividade das políticas públicas de saúde. O intuito, assim, é problematizar a gestão dos serviços de saúde para superar os desafios e criar alternativas frente aos processos universalizantes de produção cuidado. Assim, ao analisar a organização dos processos de trabalho e a experiência dos profissionais, implicamo-nos também em pensar interlocuções entre aspectos dos processos de trabalho e a formação.

Percursos Metodológicos

Esta pesquisa parte da abordagem socioanalítica no campo da Análise Institucional na Saúde Coletiva, para “*interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições e trabalhar com contradições*” (L’ABBATE, 2003), [ou 2013?] instituindo processos coletivos de autoanálise (HESS & SAVOYE, 1993). Como instrumento, faz-se a cartografia por meio da pesquisa-intervenção e apontam-se pistas que orientam o percurso investigativo, sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (PASSOS & BARROS, 2009). Assim, o método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva (LOURAU, 1993). Nesse caminho, é importante pontuar

que não se tratou somente de coleta de dados, mas de abertura de questões durante o processo; somando qualidades para que a investigação possa continuar e amadurecer após este estudo e para dar visibilidade aos sentidos produzidos pelos profissionais.

Desse modo, com intuito de compor um repertório de diálogos e nos aproximar das perspectivas dos profissionais a respeito do uso das plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária, foram realizadas 15 (n=15) entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe de saúde da família da ESF de Patrimônio da Penha, distrito do município de Divino de São Lourenço-ES, no período de setembro de 2018 a outubro de 2019. A intenção é analisar o perfil de conhecimento e aceitabilidade dos profissionais (em relação ao uso de plantas medicinais), quais recursos e formas alternativas de tratamento incorporam em suas práticas e quais conhecimentos possuem sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o uso de Plantas Medicinais.

Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais que trabalham na ESF e aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: os profissionais que não aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram gravadas após concordância por meio de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e transcritas para posterior análise qualitativa. Os profissionais foram identificados de T1 a T15. Após a leitura das transcrições, elegeram-se eixos temáticos direcionais com base nos principais temas polarizados nas falas dos participantes. Assim, foram selecionados como eixos analíticos: Delinear um conceito de Saúde: processo contínuo e inacabado; A dimensão do vínculo nas práticas de cuidado; Desafios no caminho da institucionalização do uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária; Clínica Ampliada e Educação Popular: caminhos para fortalecer perspectivas coletivas de cuidado. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. CAAE: 18046118.9.0000.5542.

Resultados

Nessa experiência de pesquisa tentamos nos aproximar das percepções e dos sentidos atribuídos ao uso de plantas medicinais pelos profissionais da equipe de saúde. Foram entrevistados da ESF: uma profissional auxiliar de consultório dentário (ASB), uma enfermeira, um enfermeiro, um médico, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); uma fonoaudióloga, uma psicóloga, um assistente social e o coordenador da Atenção Básica. Uma médica não aceitou participar da pesquisa.

As perguntas direcionadas aos profissionais de saúde, conforme roteiro utilizado, visaram indagar sobre o conceito de saúde e aspectos do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos na APS. Ao identificar categorias analíticas de acordo com as temáticas presentes nas falas dos profissionais, foi possível criar dispositivos de análise das práticas. O cotidiano de trabalho-pesquisa revelou inúmeros desafios no campo da gestão do trabalho em saúde que ainda dificultam o uso de plantas medicinais na Atenção Primária.

Delinear um conceito de Saúde: processo contínuo e inacabado

Ao questionar os profissionais sobre o conceito de saúde há um consenso a respeito da noção ampliada. De modo geral, expressam correlação da saúde ao contexto social, ao cenário cultural e à conjuntura política.

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

“Inclui saúde física e biopsicossocial. É um conjunto. Uma pessoa saudável está física e emocionalmente bem. Ser saudável depende de onde a pessoa vive, quais as questões que ela tem. É todo um contexto social.” (T5)

“Muita gente acha que saúde é marcar consulta pros outros aqui no posto. Mas as consultas a gente marca pras pessoas que já estão doentes. A saúde em si é também o acompanhamento e a orientação pra que as pessoas se sintam bem e se mantenham saudáveis” (T11)

“Para pessoa ser saudável tem que estar cuidando de sua saúde. E isso está relacionado ao ambiente, à alimentação, o psicológico.” (T8)

Ao incluir o uso de plantas medicinais na Atenção Primária pressupõe-se a incorporação efetiva de uma concepção mais ampliada de saúde e do próprio sistema de saúde, já que essas práticas vão muito além da concepção médico-assistencial de saúde, de cuidado individual e dos processos de saúde e doença. Ao conversar sobre a questão da concepção de saúde, abrem-se pontuações relativas a cuidados e práticas de saúde. Algumas falas demonstram que o uso de plantas medicinais inclui saberes e fazeres próprios e isso pode articular novas estratégias de promoção e recuperação da saúde no SUS.

“Sempre quando eu posso, e às vezes até pra descansar a mente, eu vou pra terra. Vou pra horta, vou pra roça. Planto as coisas porque eu gosto. O plantar se torna uma terapia. E você não vai deixar o quintal virar mato, né... Você plantou, você é obrigada a cuidar. Você limpou, você é obrigado a colher. Na horta, tem um amendoim maduro eu sou obrigada arrancar ele porque senão ele vai brotar. No arrancar, o mato sai junto e a terra fica limpa. Com a terra limpa, você fica com dó vai lá e semeia uma sementinha de alface. A semente

nasce, você fica com dó de não jogar água. Com a água, ela cresce, e aí o que acontece: é tanto terapia pra sua mente como pra terra. E você ficou lá em um lugar diferente, sem ninguém te encher o saco, sozinha, e a terra ficou limpa. Se você for olhar assim, pode observar uma coisa ajuda a outra.” (T4)

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

Importante ressaltar que, pelas questões trazidas pelos trabalhadores, o uso das plantas medicinais explicita, a todo momento, outras temporalidades, outras formas de cuidado. Trata-se da visibilidade de uma memória viva, da ancestralidade se expressando como presente; e essa visibilização é um modo de afirmar a dimensão pública do SUS, um modo de se incluir como “problema” o próprio meio de ser comunidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal dispositivo de reorganização da Atenção Primária no Brasil, sua atuação territorial propõe que a atenção à saúde enfoque na família a partir de seu ambiente físico, social e cultural. Para tanto, os profissionais deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos diversificados (OLIVEIRA, 2013). Entre eles, destaca-se a aptidão de incorporar *técnicas relacionais* que são capazes de afirmar uma Clínica Ampliada e Compartilhada, em que a perspectiva do cuidado dê-se por meio da capacidade de escuta do outro e de si, da capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, com a expressão de problemas sociais subjetivos, com família e com comunidade (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a competência cultural é importante pois reconhece necessidades especiais que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. E admite que as orientações e as ações educativas devem estar em consonância com o universo sociocultural dos usuários (STARFIELD, 2002).

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

A fala da profissional T4 demonstra que para garantir integralidade, as singularidades precisam ser vistas, e que deve haver uma articulação capaz de lidar com as assimetrias culturais da comunidade. Todo esse processo dá-se pela construção e pelo fortalecimento de vínculos.

Ao ampliar a concepção do binômio saúde-doença e incorporar aspectos biológicos, psíquicos, físicos, sociais, culturais e filosóficos, caminhamos na garantia da integralidade. Isso porque o atual modelo hegemônico empenha-se em diminuir a dimensão cuidadora do trabalho em saúde,

compartimentalizando a rede de cuidado em um escopo de protocolos e procedimentos, e impondo a dinâmica de tempo do imediatismo, tal como expresso no seguinte discurso:

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

É um consenso, entre os profissionais, a necessidade de tempo para desenvolver PICs e a ausência de tempo durante os processos de trabalho para o desenvolvimento dessas práticas. As falas apontam para lógica do imediatismo, que orienta o culto à competência e ao rendimento e afasta a equipe de uma atuação territorial ampla. Com isso os processos de cuidado que estão no campo relacional ficam invisibilizados, e a atuação da equipe de saúde muitas vezes limita-se aos protocolos.

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

“As pessoas entenderam que o medicamento, realizar exames, realizar procedimentos, seria mais fácil... e aí foi se tornando cultural isso. É muito fácil fazer tudo mais rápido. As pessoas não querem se responsabilizar sobre seus problemas. Então imaginemos assim... o que é mais fácil? Eu ter na minha casa uma hortinha de plantas medicinais, em que eu preciso cuidar dessa hortinha, preciso adubar, jogar água, eu preciso limpar a horta, por que vai ter praga, vai ter bicho... ou é mais fácil eu ir ali rapidinho na farmácia e comprar um medicamento e quase que instantaneamente estou melhor?” (T5)

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

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

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

As falas demonstram que a contemporaneidade trouxe a cultura da praticidade. Com isso, as relações e as práticas de cuidado também se estabelecem de modo rápido e superficial. De um outro lado, o uso de plantas medicinais demanda tempo para o estabelecimento de vínculo, pois envolve processos relacionados ao cultivo, manejo, preparo e o próprio tempo de atuação no organismo. Desse modo, para que essas práticas efetivem-se no SUS é fundamental criar alternativas que tensionem o *modus operandi* e transformem principalmente a dinâmica do tempo nos serviços de saúde. Uma vez que não há tempo hábil, por exemplo, para abrir a escuta, cabe a pergunta: como ser inventivo, incluir a diferença, e fomentar o intercâmbio de saberes por meio do diálogo com a comunidade?

No cenário do SUS é importante destacar que estamos discutindo políticas que se afirmam na construção democrática das perspectivas de saúde. E para que essa construção seja possível é importante exercitar o diálogo transdisciplinar e criar espaços coletivos que privilegiem a troca de saberes com a comunidade.

Quando enxergamos o trabalho da equipe de saúde em um contexto comunitário, somos convocados a articular nossas ações em diferentes concepções de temporalidade, afetos, cuidados e práticas. Tendo em mente a necessidade de definição/redefinição do objeto de trabalho, assumimos a emergência contínua de reorganização da clínica e dos modelos de atenção e gestão.

A dimensão do vínculo nas práticas de cuidado

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

A maioria dos profissionais possuem vínculos trabalhistas instáveis. As equipes diluem-se a cada nova contratação. O que configura atuação de “*equipes voláteis*” no território, dificultando o estabelecimento de vínculos entre os próprios profissionais e com a comunidade. Os trabalhadores pontuam a troca de profissionais como grande empecilho para o estabelecimento de vínculos e para garantia da continuidade do cuidado. Podemos observar isso nas falas dos trabalhadores T15, T10 e T2.

“Em relação aos vínculos estabelecidos entre a equipe e da equipe com a comunidade, acho que primeiramente o caminho é diminuir essa troca de profissionais. Acontece muita troca de profissional. Então isso quebra o trabalho. Toda vez que muda o profissional, sai um e entra outro, isso faz com que o vínculo seja quebrado. Até você construir esse vínculo com a comunidade novamente é muito difícil, já que a população tem que confiar em você. Tem que saber, que você

está ali pra fazer um bom trabalho. Ajudar em todos os aspectos de saúde. Então tem que ter uma confiança na equipe da ESF. Se não tiver confiança, fica tudo mais complicado. Não vai ter a liberdade de conversar, de chegar e contar o que está acontecendo” (T15)

“Olha, na minha opinião não acontece essa fixação dos profissionais nas ESF por questão política, né. É política, infelizmente, né! Principalmente em cidades pequenas. Principalmente em lugares como o que a gente trabalha. Aqui todo mundo conhece todo mundo, e se fulano não vota no ciclano, fulano não vai ficar. Então tem essas coisas. E tem os processos seletivos, que geralmente são feitos de dois em dois anos. Eu acho que seria viável um concurso público mesmo. Por que a Estratégia é um programa. Um programa muito valioso! Então eu acho que não poderia ter fim. Vejo necessidade de fixar os profissionais por meio de um concurso público. Assim ampliaria os vínculos também. Quando tem vínculo tudo flui muito melhor. Eu acho que a dificuldade maior é a permanência dos profissionais nessas unidades. Infelizmente, a política parece não ter intenção clara de fixação dos profissionais.” (T10)

“Mesmo que não haja um concurso público, os processos seletivos deviam ter um tempo maior de contratação. Em um ano você não consegue estabelecer vínculo. E se não renova no próximo ano, a equipe toda pode mudar. Dentro de um ano você não consegue criar um vínculo com a população. Você não consegue! E às vezes, quando começa a se criar vínculo, você tem que sair. Aí começa um novo trabalho, desfaz aquele vínculo todo. Cada profissional tem um jeito de trabalhar. E a gente tem que respeitar. Acho que seria mais viável um concurso público, ou até mesmo prolongar os prazos das contratações temporárias. E, lógico, uma coisa muito importante é o perfil desse profissional (T2).

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

“Dentro desses 14 anos de serviço já passou várias equipes, várias enfermeiras. E muitos, muitos médicos. E é assim mesmo, parece que não vai mudar. O que deveria ser regra é contratar quem tem perfil para atuar na Atenção Primária.” (T4)

“Precisa haver contratações bem direcionadas ao perfil profissional pra estimular a prática de atributos da Atenção Básica.” (T1)

O que se espera do profissional que atua na Atenção Primária são habilidades compatíveis à perspectiva da Clínica Ampliada. Ou seja, que seu foco seja dirigido à promoção e manutenção da saúde e que seja capaz de compreender que a Atenção Primária é “obrigatoriamente um espaço de relações” (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014). Por sua vez, o trabalho em saúde também é essencialmente relacional. E essas relações podem assumir contornos duros, em que a assistência se faz centrada no saber biomédico hegemônico, constituindo um caráter meramente de reprodutor de prescrições e procedimentos. Ou, por outro lado, podem delinear práticas que operam tecnologias leves, centradas na dimensão da

produção do cuidado integral, que operam em relações do tipo de produção de vínculo (MERHY, 2014).

“Eu posso orientar os usuários que pra ter saúde não precisam só não estar doentes. Eles podem promover sua saúde. Mas pra isso acontecer, a unidade de saúde ela tem que estar com o vínculo muito forte com o usuário. Esse vínculo, a gente percebe que inicia com os agentes de saúde. Mas sempre digo que cada usuário que entra na rede, seja vindo pelo agente ou não, se a gente consegue estabelecer esse vínculo com ele já estamos promovendo informação e automaticamente promovendo saúde.” (T12)

“O principal caminho pra estabelecer o vínculo é o acolhimento. Se acolhemos o usuário seja qual for a necessidade, naquele momento começamos criar um vínculo.” (T7)

“O vínculo começa com um: — oi estou aqui, posso te ouvir, quero ajudar no que você precisa! Nem sempre o paciente chega pra gente com aquilo que ele realmente acha que tem, pode ser outra coisa. Mas se eu não direcionar, se eu não souber acolher ele e direcionar ele pra dentro do que ele precisa. realmente pro que ele necessita, ele vai ficar perdido na rede. Ele é um usuário perdido, sem resolução do seu problema. Então eu acredito na hipótese de que o acolhimento é um dos principais fatores que ajudam a criar... e fortalecer... eu não falo nem criar..., mas fortalecer esse vínculo entre quem está na unidade e quem está fora.” (T1)

O vínculo entre equipe e a comunidade é a base para a efetivação do cuidado no trabalho vivo em saúde (DANILEVICZ, 2020), esse que é “o lugar central da transição tecnológica do setor saúde” (MERHY, 2014). A fala da trabalhadora T4 demonstra que produzir vínculo é conhecer o território e os indivíduos, o que indica que os processos de territorialização podem atuar como estratégias de produção de rede e/ou ferramentas para produzir cuidado.

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

Vale destacar que é impossível sair do modelo hegemônico, sem que ações de saúde estejam articuladas a questões territoriais. Para garantir que a equipe desempenhe ampla atuação territorial, é preciso ter em mente a constante necessidade de reconfiguração de fronteiras para construção de um território sanitário comum. Nesse contexto, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é fundamental no processo de produção de vínculos, já que atuam lado a lado com a comunidade, conhecem suas especificidades e realizam um papel de mediação com a equipe de saúde.

Como já dito, os serviços de saúde compõem-se por meio de relações. Nesse sentido, o vínculo é reflexo da potência dos encontros e, à medida que se exercita a habilidade comunicativa e a capacidade de escuta, fortalecem-se relações entre profissionais, profissional/usuário, equipe/usuário.

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

Primeiramente, estamos falando de um território riquíssimo em práticas de cuidado singulares e que, nesse aspecto, infelizmente ainda apresenta tímida articulação entre comunidade e sistema de saúde. Os trabalhadores, de modo geral, estão de acordo que Práticas Integrativas e Complementares e as Plantas Medicinais sejam ofertadas no SUS. Entretanto, o que acontece na prática está bem distante dessa concepção ampla. Apesar de haver consenso de que a comunidade é receptiva com o uso das plantas medicinais e com as PICs, os profissionais encaram tais práticas como paralelas aos protocolos instituídos pela concepção biomédica, e o que se observa são práticas ainda sustentadas pelo caráter curativo de intervenção.

“Se não houver Educação em Saúde com os profissionais também em nível médio, não vamos ter muitos avanços. Primeiro a gente tem que conscientizar até mesmo os profissionais que estão ainda enraizados em medicação e exames” (T1)

“Não concordo em hipótese nenhuma da gente sair do perfil da unidade, e sair do perfil que o governo federal e estadual manda pra gente, por causa de cultura de cada um. A gente trabalha dentro de um perfil que o município e o estado dizem. A gente não faz o que a gente quer. A gente faz o que vem pra gente fazer, já prescrito.” (T4)

“Estou de acordo com o uso de plantas medicinais. O que precisa é formação e difundir o conhecimento sobre essas possibilidades no SUS. Por que a medicina ainda é muito fechada.” (T7)

“Sim, com certeza estou de acordo que essas práticas sejam ofertadas no SUS. Porque, que a gente tem que pensar, mais uma vez, que o usuário é o objetivo final da gente. Trazer saúde a esse usuário seja como for, de uma forma que seja estudada, que tenha uma comprovação científica e que vai trazer benefício pra esse usuário. Então eu não vejo mal nenhum no uso dessas práticas.” (T10)

“Sim eu estou de acordo com essas práticas no SUS. Eu acredito muito nelas, inclusive. Estou de acordo que elas sejam incluídas. Mas claro, não tirando o tratamento tradicional. Eu acredito muito que o complemento dessas terapias ajuda muito.” (T13)

“Então, me diz por que a médica não quis participar? Porque ela não concorda com as terapias complementares. O treinamento acadêmico dela foi direcionado pra quê? Pra remédio. Pra medicina tradicional. Então não é eu nem você que vai fazer a cabeça dela mudar. O que vai fazer a cabeça dela mudar é conhecimento científico e o que se aprende na faculdade.” (T15)

A maioria dos profissionais não conhece o termo Prática Integrativa e Complementar (PIC) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), apesar da aceitação geral de implementação de *práticas alternativas* na Atenção Primária. Apenas uma profissional entrevistada soube apontar de forma correta a diferença entre plantas medicinais e fitoterápicos. E de um modo geral há uma grande confusão entre os termos Plantas Mediciniais, Fitoterapia e Homeopatia.

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

“Sobre a questão da fitoterapia tem uma proposta do Ministério da Saúde que dá até um custeio pra fazer um trabalho. E a gente tem aqui várias pessoas que trabalham com a homeopatia na região. Então, acho que a questão da fitoterapia pode avançar; agora, a questão das plantas eu não aprofundi tanto.” (T12)

“Acredito que os remédios fitoterápicos, homeopatas, já vêm de muito tempo e é uma cultura que muitas famílias têm... aquele chazinho da tia, né? Aquele remedinho que fica ali de um dia pro outro pro fígado, tem gente que realmente não acredita que funciona, mas tem gente que usa até hoje.” (T3)

As falas dos profissionais apontam que a falta de conhecimento⁴³ é efeito da formação e da ausência de educação permanente voltada à temática do uso de plantas medicinais e das PICs no SUS. Nesse aspecto, é interessante observar que acham válido o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS; entendem que têm o papel de recomendar, orientar e prescrever, na medida em que tenham conhecimento e se sintam seguros para realizar tais práticas. Ao mesmo tempo, destacam que não tiveram contato algum com as recomendações sobre o uso de plantas medicinais e com as práticas integrativas durante a formação.

Logicamente, também só é possível pensar plantas medicinais como dispositivos de produção de rede se colocarmos essas questões em agenda, dando visibilidade à problemática dos processos de formação dos trabalhadores do SUS. BARROS (2013) afirma que a “formação que opera em rede tem como estratégia o dialogismo e não os especialismos”; nesse sentido, é importante afirmá-la como construção coletiva e aposta ético-política, de modo que a aprendizagem seja criativa e “na contramão dos processos que buscam enquadrar os sujeitos em rígidas fôrmas de ação”.

43 Essa “falta de conhecimento” por outra perspectiva, poder-se-ia se expressar como positividade, ou melhor, como produção, efetivação de um projeto hegemônico.

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

A ampliação da clínica reside em identificar potência na fragilidade (DANILEVICZ, 2020). Desse modo, para avançar na institucionalização de “novas” práticas de cuidado no SUS, é preciso encarar os desafios como potenciais ferramentas de articulação para inclusão de diferentes enfoques nos processos de trabalho. O intuito é que diversos atores possam se constituir enquanto sujeitos dos seus processos terapêuticos e que, para isso, seja possível possam lançar mão das ferramentas que julguem mais adequadas.

Nesse aspecto, os profissionais queixam-se da atuação fragmentada da equipe e apontam que existe grande necessidade de ampliar o diálogo, entre a equipe e com a comunidade. Também aparece nas falas a noção da importância de reuniões de equipes periódicas e a busca por uma capacitação em Educação em Saúde que estimule o trabalho em grupo e o compartilhamento de saberes.

— E quais são os meios de aproximar essa equipe?
 “Tem que haver sem sombra de dúvidas muita discussão de casos, muita educação em saúde. É sentar mesmo... hoje nós não vamos abrir essa unidade... Porque nós precisamos discutir... precisamos entender o caso. Priorizar a realização de projetos terapêuticos singulares, pra que o profissional entenda o que o paciente tem. Eu não falo doença..., mas o que mais esse paciente vivencia? Ele tem uma vida socialmente boa? Ele tem uma vida emocionalmente boa? Ele é muito triste? Então, eu preciso entender o que mais tem por trás da doença. E, aí, se a gente não senta, não discute, não compartilha, isso não avança... vai ser sempre um paciente da dentista, o paciente do dr. fulano de tal, paciente da fonoaudióloga. Sempre atuando separado... E ele não é o paciente da unidade...” (T3)

“O que poderia melhorar é troca de informações e conhecimentos. Por meio de estudos de caso e das reuniões de equipe. O que infelizmente nesse ano não aconteceu ainda. Isso é só pra somar. Se a gente enxergar o nosso companheiro de trabalho como alguém que esteja ao nosso lado e não adversário, iríamos avançar muito. Na minha opinião é o que tá faltando muito, o diálogo. E isso tem que partir da gente, estamos esperando isso vir de cima pra baixo. Mas infelizmente isso não tem acontecido.” (T2)

Surgem das narrativas pistas que apontam direções para construção de dispositivos que fortaleçam perspectivas coletivas de cuidado. As plantas medicinais são vistas como uma possível estratégia para promoção de integração profissional; agregando novos saberes e práticas ao trabalho das equipes na APS, tal como expresso no seguinte discurso:

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

aproximação. Isso ainda, infelizmente, é muito distante de nossa realidade.” (T8)

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

A Educação Popular à qual nos referimos é atribuída a um processo histórico e ao conjunto de princípios éticos, políticos e epistemológicos que afirmam a participação popular na construção e na transformação da realidade. E o diálogo é um dos princípios que orientam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (Pneps-SUS). Assim, ao pensar a saúde em sua dimensão de política pública, cabe a nós criar espaços participativos que contribuam para a construção compartilhada do conhecimento e assumam formas integrativas de se pensar/fazer saúde. A roda de conversa aparece como sugestão para ampliar a habilidade comunicativa e o exercício de escuta dos profissionais, criando condições para haver troca de saberes, como pode ser observado nas falas a seguir:

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

“Na minha opinião, acredito que ajudaria muito a equipe aprender se comunicar melhor com a comunidade. Simplesmente tirar um tempo pra ouvir o que a comunidade tem a dizer. Talvez as rodas de conversa poderiam ser espaços interessantes para fazer esse troca acontecer, mas pra isso tem que ter certa regularidade, né?! Temos que ter tempo pra isso.” (T2)

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

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

Tendo em vista que só é possível contrapor a fragmentação dos processos de trabalho se priorizarmos processos formativos que visem a construção democrática das perspectivas de saúde, vale pensar que o diálogo parte do reconhecimento das diferenças de cada participante,

e os conflitos fazem parte do processo para construção compartilhada do conhecimento. O propósito é garantir um ambiente seguro para partilha de saberes, onde seja possível fortalecer práticas emancipatórias e a constituição coletiva e partilhada do cuidado.

Considerações Finais

É nítido que os serviços de saúde precisam de uma avaliação rigorosa da organização dos processos de trabalho para superar os desafios que se apresentam no caminho da institucionalização das PICs e do uso de plantas medicinais no SUS. Nesse sentido, tal investigação produziu, principalmente, dispositivos para análise das práticas e dos processos de formação em saúde.

Um ponto interessante é que apesar da aceitabilidade da maioria dos profissionais em relação ao uso de plantas medicinais, e de reconhecerem seu uso pela comunidade; a “falta de conhecimento” e a formação técnica e política extremamente fragilizada ainda são grandes entraves para sua implementação na Atenção Primária. Essa realidade traz à tona algumas questões, entre elas: Como superar a fragmentação das práticas e vivenciar outros tempos e cuidados dentro do sistema?; Quais são os caminhos possíveis para fazer circular saberes, fazeres, afetos, apostas e experiências?; E, afinal, que formação requer o trabalho em saúde?

Propomos o debate a partir do ponto que, de um modo geral, a prática clínica ainda segue como eixo central no ensino na área da saúde no Brasil (COCK, 2020, LEME, 2019, BARROS, 2011). Entretanto, tal perspectiva exclui a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe e por si só não dá conta dos anseios e das necessidades dos indivíduos e das comunidades. Fonseca (2016) aponta que é “preciso ir além do agir sobre o corpo biológico, orgânico e mecânico, para compreender que o cuidado deve operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário”. Nesse sentido, ao minimizar o potencial das relações, objetificamos o cuidado e nos aproximamos do modelo biomédico centrado na doença. De um outro lado, quando se afirma a importância da criação de vínculos, aproximamo-nos de um cuidado voltado à promoção da saúde.

A partir desse contexto, fica nítido que, para estender os horizontes das práticas de saúde, os processos formativos devem afirmar a integralidade como princípio ético-político. Assim, o sistema também é convocado a “desmanchar territórios de saber-poder” para ampliar a clínica e garantir diversas possibilidades para sua intervenção social. E, desse modo, operar por meio de ações que permitam circulação de saberes, favoreçam a autonomia, a participação do usuário e a construção compartilhada do conhecimento.

Referências Bibliográficas do Artigo 1

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n.º. 46, p.615-633, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2021. Epub Aug 23, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de, SILVA, Fábio Hebert da, GOMES, Rafael da Silveira. Incubadoras da integralidade e trabalho em equipe: exercícios formativos. Incubadora: do que estamos falando? In: *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação* / Roseni Pinheiro, Júlio Strubing Müller Neto, Fátima A. Ticianel, Maria Angélica dos Santos Spinelli, organizadores. – Rio de Janeiro: UERJ/IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*/ Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos, organizadores.– Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

BARROS, N.F., SIEGEL P, OTANI MAP. *O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec; 2011.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Cien Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v. 16, n.º. 11, p. 4337-48, 2011.

COSENDEY, G. G. Hidrografia. In: Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio). Parque Nacional do Caparaó. 2015. Disponível em: <http://www.icmbio.gov.br/parnacaparao/natureza-local.html>. Acesso em: 12 dez. 2017.

COCK, Nayara Rudeck Oliveira Sthel; VICENTE, Creuza Rachel; SILVA, Fábio Hebert da. Horta terapêutica e saúde bucal: desafios na utilização de plantas medicinais na promoção da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 30, n.º. 4, e300419, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312020000400614&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2021. Epub Dec 14, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300419>.

DANILEVICZ, Vatsi Meneghel. SEMEADURAS: UMA CARTOGRAFIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 32, e218672, 2020, Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822020000100228&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2021. Epub Sep 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32218672>.

DA ROSA C, CÂMARA SG, BÉRIA JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Colet*. 2011 January; 16(1): 311-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>. PMID:21180838

FIGUEREDO, Climério Avelino de. A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa-PB. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FONSÊCA, Graciela Soares *et al.* A clínica do corpo sem boca 10 projeto de pesquisa do qual o estudo foi derivado foi financiado pelo CNPq – edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 10/2012. Saúde e Sociedade [on-line]. 2016, v. 25, nº. 4 [Acessado 14 Junho 2021], pp. 1039-1049. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163946>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163946>.

GOBBO, S. A. A.; GARCIA, R. F., ALVAREZ, C.R.; EUGENIO, F. C., AMARAL A. A. Caracterização sociocultural das propriedades rurais do entorno do Parque Nacional do Caparaó. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.11, nº.22; 2015.

HESS, R. & SAVOYE, A. L'Analyse Institutionnelle. 2.^a ed. Paris:PUF,1993.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, vol.8, nº 1,2, pp.265-74, 2003.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde soc., São Paulo, v. 20, nº. 4, p.867-874, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEME, PEDRO AUGUSTO THIENE *et al.* A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. Physis: Revista de Saúde Coletiva [on-line]. 2019, v. 29, nº. 01 [Acessado 16 Junho 2021], e290111. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290111>>. Epub 19 Jun 2019. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290111>

LOURAU, R. René Lourau na Uerj – 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da Uerj, 1993.

MASSINI, V.S.; BEDIM, B.P.; FONSECA-FILHO, R.E. O turismo em Patrimônio da Penha (ES) e suas interfaces com o Parque Nacional do Caparaó. Revista Brasileira de Ecoturismo, São Paulo, v.7, nº.4, pp.715-734, 2015.

MERHY EE. Ver a si o ato de cuidar. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p.248-267.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. (Coleção Temas em Saúde) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

NASCIMENTO JUNIOR, 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. Rev. bras. plantas med., Botucatu, v. 18, n. 1, p. 57-66, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151605722016000100057&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_031.

ALVAREZ J. E PASSOS E. Cartografar é habitar um território existencial / 131. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p.17-31, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p.17-31, 2009.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

VEIGA JÚNIOR VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev Bras Farmacogn.* 2008; 18(2): 308-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2008000200027>.

THIAGO SCS, TESSER CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias Complementares. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(2): 249-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>. PMID:21271210

ARTIGO 2:

Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais: Roda de Conversa como instrumento de gestão participativa em Patrimônio da Penha/ES

Resumo

Neste trabalho, admite-se a gestão participativa como uma diretriz ético-política. Seu intuito é democratizar instituições, incluindo fazeres e saberes comunitários para criar formas inovadoras de gerir práticas de saúde. Parte-se da necessidade de ampliar a comunicação entre gestão e equipe de saúde, e abrir diálogo sobre o uso de Plantas Medicinais na comunidade em Patrimônio da Penha/ES. Assim, relata-se a experiência da roda de conversa: *Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais* que aconteceu em 1º de novembro de 2019. A Educação Popular, o método da roda e as metodologias ativas foram ferramentas utilizadas para conduzir a troca de saberes. O diálogo produziu questionamentos sobre a gestão dos processos de trabalho, que para avançar na garantia de integralidade precisam incluir saberes/fazeres da experiência e apostar na pluralidade das práticas. As plantas medicinais convocaram perspectivas amplas de saúde, e revelaram outras dimensões de temporalidade e outros modos de relacionar-se com o corpo e com a vida. Ficou nítido que a criação de espaços públicos de debates é uma alternativa eficaz para ampliar comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, articulando estratégias para transformação dos serviços e fomentando a criação de redes no SUS.

Palavras-Chaves: Plantas Medicinais, Atenção Primária à Saúde, Educação Popular para Saúde, Gestão Participativa, Participação Comunitária.

Introdução

Quando falamos de gestão participativa, queremos ir além dos espaços instituídos, dos conselhos locais de saúde, dos colegiados gestores e dos colegiados de gestão regional. Nesta proposta, a intenção é experimentar dispositivos que possam promover interlocução entre gestores/trabalhadores de saúde e as experiências comunitárias e práticas de cuidado relacionadas ao uso de Plantas Medicinais. A gestão participativa, nesse aspecto, é adotada como uma diretriz ético-política, que visa democratizar instituições, partilhando e descentralizando o poder para incluir fazeres e saberes comunitários, e assim fomentar outros modos de cuidar como política de saúde, afirmando continuamente sua dimensão pública.

Nessa conjuntura, em meio a um contexto marcado por redes assistenciais organizadas a partir de modelos centralizados e verticalizados de gestão, resultando em uma atuação fragmentada das equipes de saúde e articulações frágeis entre comunidades e o Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade ganha uma dimensão sociopolítica ampla. Com o propósito de superar esse quadro, faz-se urgente o investimento na produção de espaços de diálogo entre as comunidades e os vários atores que interagem nos serviços de saúde.

A Educação Popular surge como estratégia para afirmar a gestão participativa no SUS. Segundo Pedrosa (2008), ela se constitui como um campo de práticas pedagógicas onde a produção de conhecimento e a sistematização de experiências apontam novos desenhos para práticas de saúde, desde o âmbito do cuidado às práticas de gestão. Entendemos também que os espaços onde se propõe o exercício do diálogo e das práticas participativas são ambientes de formação para os profissionais de saúde.

E, nesse caso, formar não significa instrumentalizar com metodologias e/ou tecnologias inovadoras, mas, sim, investir em processos de produção de subjetividade minoritários, uma vez que a formação baseada estritamente em saberes disciplinares e especialismos não favorece a gestão compartilhada do cuidado. Uma formação inventiva, por sua vez, permite a partilha de saberes e favorece a autonomia dos sujeitos (BARROS, 2005).

Também vale destacar que no cotidiano das práticas de saúde não é possível desvincular o cuidado e a atenção dos modos de gestão (BARROS, 2005), já que as ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e os projetos terapêuticos misturam-se com as propostas de melhor desempenho e produção de indicadores (ABRAHÃO, 2013). Nesse caminho, a constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de corresponsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, autonomia dos sujeitos envolvidos (MERHY, 2007).

Nessa experiência, a intenção é sentar-se em roda e, por meio do compartilhamento de ideias e da potência de diálogo, conceber outros modos de produzir saúde. Gestores, profissionais de saúde e usuários foram convidados a conversar sobre o uso de plantas medicinais e sua articulação com o SUS em Patrimônio da Penha. Distrito do município de Divino de São Lourenço/ES, Patrimônio da Penha é a base territorial de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se divide em 05 microáreas com aproximadamente 1772 usuários cadastrados. O território é predominantemente rural, onde se localiza a maior parcela da população (61,5%). Está inserido na zona de amortecimento do Parque Nacional do Caparaó (ParNa Caparaó), apresentando grande biodiversidade e abundância de recursos hídricos. Vale

destacar que, na história de ocupação do território, além dos índios puris e das famílias agricultoras que agregam saberes tradicionais, a comunidade recebeu, na década de 1990, indivíduos que trouxeram novos costumes (GOBBO, 2015) integrando na vila uma *comunidade alternativa*. Assim, é notável que o território apresenta características interessantes que se manifestam na pluralidade cultural e refletem nos distintos modos de vida que coexistem na comunidade. Além disso, os dados do cadastro domiciliar e a imersão em campo mostram que a comunidade é conhecedora e faz uso de plantas medicinais.

Percurso Metodológico - E o método? Se faz.

Essa pesquisa parte do referencial da Análise Institucional em Saúde Coletiva. Assim, a instituição é entendida como um conceito produzido por (e para) análises coletivas (LOURAU, 1996). Nesse movimento, “duas forças agitam as instituições” (ABRAHÃO, 2013): o instituído – que desenvolve uma lógica para manutenção do agir centrado na ciência biológica; e o instituinte – que questiona a instituição sobre a verdade que o fundou. Em nosso contexto, as plantas medicinais e as práticas de cuidado que as envolvem são consideradas práticas instituintes, já que excluem a produtividade e o imediatismo e operam a nível de relações que demandam tempo para produção de vínculo.

Partimos da constatação de que estamos falando de um território rico em práticas de cuidados singulares e que infelizmente ainda apresenta, sob esse aspecto, pobre articulação entre equipe de saúde e a comunidade. Um caminho possível, apontado pelos próprios profissionais, para abrir a comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, foi a criação de espaços para troca de saberes. Assim, com intuito de abrir diálogo sobre o uso de plantas medicinais articulou-se a construção da roda de conversa: *Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais*.

Nessa construção, auxiliam-nos a Educação Popular e a pedagogia crítica de Paulo Freire, que priorizam a ação pedagógico-transformadora, e por meio das trocas de experiências sugere que o conhecimento seja construído de forma coletiva e compartilhada. Segundo Vasconcelos (2004, p.71) um elemento fundamental no método é tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. Nesse caminho, o autor aponta que na Educação Popular

[...] não se enfatiza o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação.

Também contribui no percurso o que Campos propõe em *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (2007). O autor faz uma crítica ao movimento da Administração Científica,

concebido por Frederik Winslow Taylor, que enxerga o trabalho apenas como meio de subsistência, e, com isso, indivíduos são reduzidos a seres incapazes de pensar e criar. Em contrapartida, sugere-nos ir além dessa racionalidade gerencial com o Método da Roda. Esse método apoia a construção de sujeitos e coletivos organizados. Os *settings* são as rodas humanas, e há, simultaneamente, geração, coleta e análise de informações criando subsídios para gerir processos em coletividade.

Assim, a roda *Ruralidade, Memória e Plantas Medicinais* foi pensada para que o diálogo fosse o fio condutor de análise das práticas de cuidado que se articulam com as experiências vivenciadas no território. O intuito é construir perspectivas democráticas de saúde e fomentar o intercâmbio de saberes, de modo que a equipe de saúde possa também experimentar o que pulsa no território.

Para compor a roda foram convidadas duas mulheres referências nos conhecimentos sobre ervas medicinais. Saluah Martins, terapeuta homeopata, erveira e moradora da vila de Patrimônio Penha há mais de 20 anos, é proprietária do Horto São Francisco, onde cultiva diversas espécies e atua no resgate da medicina natural e dos saberes populares. E Henriqueta Tereza Sacramento, médica homeopata, fitoterapeuta e coordenadora da fitoterapia no município de Vitória/ES.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) convidaram os usuários a estarem presentes, e foi realizada divulgação por meio da internet, onde foi disponibilizado um formulário *on-line* para realização de inscrição prévia. Dos 54 inscritos, 81,5% eram mulheres, 51,9% dos inscritos relataram não conhecer o termo PIC (Prática Integrativa e Complementar) e 90,7% relataram fazer uso de plantas medicinais. Ao perguntar sobre como ouviram falar da roda de conversa: 63% relataram que foi por meio de amigos, 24,1% por meio da Estratégia de Saúde da Família de Patrimônio da Penha e 11,1% por meio da internet.

A roda estruturou-se em três momentos: o primeiro destinado a uma rodada de apresentações, em que foi utilizado recurso de metodologia ativa para estimular a participação dos presentes, sendo que cada participante recebeu duas tarjetas de papel e foram convidados a responder com uma palavra cada pergunta disparadora; o segundo momento foi destinado à fala das convidadas. E, por fim, o grupo refletiu sobre caminhos possíveis para ampliar a interlocução entre o SUS e as práticas comunitárias de saúde.

E se fez roda, e circulou a palavra.

Com as Plantas Medicinais e as Práticas Integrativas no centro, a roda compôs-se com 46 indivíduos. Estavam presentes da equipe de saúde: agentes comunitários de saúde, recepcionista, técnico de enfermagem, dentista, técnica de saúde bucal e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf-AB) composta por psicóloga, assistente social, fonoaudióloga e nutricionista. A gestão foi representada pela presença do secretário de Saúde do município. E os mais diversos usuários também integraram o espaço: agricultores, servidores públicos, estudantes, terapeutas, artistas, artesãos, doulas, fitoterapeutas, professores, instrutora de ioga, naturóloga, bióloga, técnico em massagem, técnico agrícola, engenheira florestal e fotógrafa. No primeiro momento, cada um recebeu duas tarjetas de papel e foi convidado a responder, com uma palavra, as seguintes questões:

*Por que você considera esse diálogo importante?
Qual planta medicinal você se identifica e/ou costuma fazer uso?*

Cada pessoa levava sua palavra ao centro da roda e traziam expectativas sobre o diálogo e conhecimentos a respeito do uso de plantas medicinais. Assim, desde a rodada de apresentações o grupo foi estimulado a priorizar a escuta das experiências compartilhadas. De forma dinâmica e fluída ocorria partilha de saberes. Para ilustrar, esse registro utilizou-se da ferramenta livre EdWordle, que cria nuvem de palavras, sendo que as palavras que apresentaram maiores frequências, aparecem em maior tamanho. A Figura 4 exibe as palavras respondidas às questões: Por que você considera esse diálogo importante? Qual planta medicinal você se identifica e/ou costuma fazer uso?



Figura 4: Nuvens de palavras produzidas com as respostas às questões – Por que você considera esse diálogo importante? Qual planta medicinal você se identifica e/ou costuma fazer uso? – respectivamente.

A intenção ao analisar as nuvens de palavras não é criar um juízo de valor a respeito das que aparecem em maiores frequências. Essas palavras são consideradas como pistas que podem nos orientar no diálogo, e que de algum modo indicam por que é importante abrir tal comunicação. Também vale pontuar que não olhamos as plantas citadas como espécies, mas, sim, como dispositivos capazes de convocar uma memória viva do território.

Ao falar sobre plantas medicinais, articula-se o “conjunto de sabedorias que existe como múltiplas formas vivas do conhecer” (TOLEDO; BARRERA-BASSOLS, 2015?, p.129,130). Por sua vez, a inclusão dessas práticas no SUS requer que outras dimensões do cuidado sejam incorporadas no fazer/pensar da gestão e dos profissionais de saúde.

Um caminho possível para ampliar as perspectivas do cuidado no SUS é afirmar a dimensão pública das políticas de saúde. Isso implica conceber a circulação de saberes e poderes, e abrir espaço para que práticas legitimadas popularmente possam também ser uma possibilidade nos itinerários terapêuticos⁴⁴ da Atenção Primária à Saúde.

As plantas medicinais convocam perspectivas amplas de saúde, porque trazem outras dimensões de temporalidade e outros modos de relacionar-se com o corpo e com a vida. Com isso, produzem também questionamentos a gestão dos processos de trabalho, que para avançar na garantia de integralidade precisam incluir saberes/fazeres da experiência e apostar na pluralidade das práticas.

A concepção hegemônica de saúde prevê que a organização dos processos de trabalho dê-se de acordo com uma hierarquia. Nessa condição, igual fala com igual, sob regimes verticais ou horizontais de comunicação. A roda contrapõe essa lógica e permite que surja a transversalidade, ou seja, os espaços de lateralização. Nesses espaços, a comunicação estabelece-se de forma conjunta, participativa e negociada.

Merhy (2013) aponta que as redes de conversação são formas de materialização de um fabricar permanente de agentes institucionais. No ato da própria conversação os agentes atualizam-se para configurar novos arranjos institucionais. Dessa maneira, no coletivo presentifica-se a construção de conceitos-ferramentas que podem auxiliar na criação de dispositivos para a análise e intervenção.

Mas por que esse movimento de análise das práticas é importante? No campo da saúde, um grande desafio é romper com a visão linear do trabalho e incluir perspectivas que se diferem dos padrões das práticas reinantes. Esse cenário de disputa de forças cria a necessidade de constante reorganização dos modelos de gestão e atenção, para garantia da integralidade no cuidado.

A roda, por sua vez, produziu circulação da palavra e provocou reflexões sobre o cotidiano no ambiente institucional, trazendo para a análise coletiva a organização dos processos de trabalho

44 O termo Itinerário Terapêutico (IT) refere-se à busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. GERHARDT TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública 22(11):2449–2463,2006.

– que, infelizmente, ainda reproduz ações fragmentadas focadas na doença e voltadas ao caráter curativo. Ao falar sobre “novos” modos de fazer, e afirmar outras formas de vivenciar a saúde, elaboraram-se concepções por meio do intercâmbio solidário de saberes, e, a partir do uso das plantas medicinais e dos respectivos modos de cuidado que as envolve, foi possível pensar estratégias para transformação dos serviços.

A atuação comunitária das equipes das ESF requer relações de acolhimento e vínculo para compor projetos terapêuticos de forma partilhada e não impositiva. Nesse sentido, em vários momentos a fala dos participantes apontava a necessidade de ampliar a escuta e o próprio movimento da roda permitia esse exercício. Como afirma Paulo Freire em *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à Prática Educativa*:

“O espaço do educador democrático, que aprende falar escutando, é “cortado” pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso, e não silenciado, fala.”

Em alguns momentos, o silêncio tomou conta da roda. Daí, subvertendo qualquer possibilidade de planejamento, surgiram algumas canções, puxadas ora por uma ora por outra pessoa:

“Escuta... escuta, o outro a outra já vem! Escuta, acolhe. Cuidar do outro faz bem. Desde o tempo em que nasci eu aprendi algo assim: Cuidar do outro é cuidar de mim; cuidar de mim é cuidar do mundo; cuidar do outro é cuidar de mim!

Outro ponto abordado no diálogo é que usar plantas medicinais como recurso terapêutico demanda outras formas de se relacionar com o corpo e com os processos de adoecimento. E inclui no campo do cuidado sabedorias e concepções que diferem dos princípios da lógica. O benzimento, a fé e até o carinho ganham importância para os processos de cura. E mais uma vez a roda silencia. Um participante anuncia:

“*Todo chazinho é um carinho.*”

As práticas que envolvem plantas medicinais mostraram-se vivas no território, e as experiências partilhadas trouxeram a noção de que não há somente um único saber válido para o cuidado à saúde. Nessa Roda, Saluah compartilhou mais de 70 exemplares de espécies de plantas medicinais *in natura*, identificadas com nome popular e científico. Priorizando espécies da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (ReniSUS), fazia uma breve introdução sobre a planta que ia circulando na roda, e cada participante também tinha oportunidade de agregar sua experiência.

Como um espaço de formação, esse encontro propôs a democratização do poder nas instituições, fortalecendo a participação social no SUS. A comunicação aberta com a comunidade permitiu aos profissionais da ESF enxergarem a Atenção Primária à Saúde como um ambiente de amplas possibilidades, favorável ao diálogo e com possibilidade de intercâmbio entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades em saúde. Entre os participantes, de modo geral, criaram-se expectativas para que outros encontros como esse acontecessem novamente.

Conclusões:

Ficou nítido, por meio da troca de saberes, que a criação de espaços públicos de debates é uma alternativa eficaz para ampliar a comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade e para fomentar a criação de redes no SUS. Ao analisar as falas produzidas na Roda, fica evidente que, para efetivar a construção de um sistema de saúde que garanta integralidade no cuidado, é necessário criar ferramentas capazes de superar uma organização dos processos de trabalho fragmentada e desconectada com a vida, repensando as dinâmicas de temporalidade instituídas e os modos de organizar o trabalho.

As experiências que envolvem o uso de plantas medicinais trouxeram outros sentidos para as práticas de saúde, já que articularam o trabalho a partir da produção do cuidado que surge da criação de vínculos. Nesse sentido, o “perfil” compatível para atuação comunitária nas ESFs exige dos profissionais poder de criação e produção de sentidos mais ampliados para as práticas de cuidado. Por isso, também, o modo como se concebe a indissociabilidade entre clínica e gestão é tão fundamental. Portanto, há de se construir outros modos de fazer gestão em saúde, incorporando práticas dialógicas, solidárias, participativas, complementares, transdisciplinares e intersetoriais.

Referências Bibliográficas do Artigo 2

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; CHAGAS, M. S.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; VIANNA, L. “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde”. Lugar Comum (UFRJ), v. 39, p.133-144, 2013

BARROS, M. E. B. DE Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Org. Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos, Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CAMPOS, G. W. DE S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda / São Paulo; HUCITEC; 3ª ed; (Saúde em Debate, 131). 236 p, 2007.

CECILIO, CARAPINEIRO E ANDREAZZA. Os mapas do cuidado, o agir leigo na saúde. 1.ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp. 2014.

GOBBO, S. A. A.; GARCIA, R. F., ALVAREZ, C.R.; EUGENIO, F. C., AMARAL A. A. Caracterização sociocultural das propriedades rurais do entorno do Parque Nacional do Caparaó. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.11, n.º.22; 2015.

JESUS, A.F., PEZZATO, L.M., ABRAHÃO, A.L. O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde: o caso do Dom Queixote. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, (Orgs), Análise institucional e saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 2013. p.206-35.

LOURAU, R. A análise institucional. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1996.

MERHY E.E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 4a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R.(orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3.a ed. São Paulo: Hucitec, 2007, pp.71-111.

MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, (Orgs), Análise institucional e saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 2013. pp. 579-596.

PEDROSA, J. I. D. S. A educação popular em saúde como prática emancipatória nas equipes de saúde da família / The popular health education as an emancipatory practice in family health teams *In*. Souza, Maria de Fatima de; Franco, Marcos da Silveira; Mendonça, Ana Valeria Machado. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, Saberes, 2014. p.755-787.

TOLEDO, V. M.; BARRERA-BASSOLS, N. A memória biocultural: a importância ecológica das sabedorias tradicionais. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao assumir um modo de fazer pesquisa que permite pensar uma pesquisadora que coemerge com o campo e trazer como categoria analítica a subjetividade como produção, como modo de vida, criam-se possibilidades distintas de acompanhar percursos, de implicar-se em processos e tecer conexões de rede capazes de reinventar condutas para si e para os outros.

Partimos da ideia de pensar as plantas medicinais como dispositivo de criação de redes no SUS. O desafio era aproximar das questões no campo da experiência, nos lugares institucionais e nos entre caminhos que relevassem a construção do cuidado de forma coletiva, partilhada e conectada ao território vivo. Diante de tantos obstáculos revelados no caminho da institucionalização do uso de Plantas Medicinais e das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, surgem também possibilidades inovadoras capazes de transformar o cotidiano do fazer/pensar saúde e romper com modos convencionais de fazer gestão.

A experiência de integrar espaços onde se compartilham múltiplas perspectivas de produção de saber permitiu produzir um conjunto de instrumentos de análise das práticas, dos processos de trabalho e dos processos de formação. Tais instrumentos, podem conduzir e estimular a produção de cuidado de um modo inovador e criativo na APS.

A concepção de uma clínica próxima da vida das pessoas pressupõe a necessidade constante de (re)definir o objeto de trabalho, assumindo a urgência de (re)organização da clínica e dos modelos de atenção e gestão. Nesse contexto, as plantas medicinais teceram novas abordagens em saúde na Atenção Primária pois permitiram aproximação de itinerários terapêuticos plurais com diferentes concepções de temporalidade, afetos, cuidados e práticas.

Ao produzir espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, criamos condições para uma melhor percepção das necessidades dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Por sua vez, essas provocações encorajam-nos a contrapor a fragmentação dos processos de trabalho, priorizando formações que potencializem a análise das relações de poder e a construção democrática das perspectivas de saúde. Por fim, ao compor com a comunidade uma política de saúde, avançamos na garantia da integralidade e criamos estratégias para o fortalecimento do SUS.

Referências Bibliográficas

ABDELHAKIM BOUYAHYA, FATIMA LAGROUH, NASREDDINE EL OMARI, ILHAME BOURAIS, MERYEM EL JEMLI, ILIAS MARMOUZI, NAJOUA SALHI, MY EL ABBES FAOUZI, OMAR BELMEHDI, NADIA DAKKA, YOUSSEF BAKRI. Essential oils of *Mentha viridis* rich phenolic compounds show important antioxidant, antidiabetic, dermatoprotective, antidermatophyte and antibacterial properties. *Biocatalysis and Agricultural Biotechnology*. Volume 23, 2020.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia [Org]. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs..* – Porto Alegre: Sulina, 2015.

ANDRADE, JOÃO TADEU DE. Medicina complementar: eficácia e humanização no relacionamento terapeuta/paciente / *Complementary medicine: efficacy and humanization in the therapist / patient relationship* Público Priv. (Online); 1(6)2005.

ARANTES, E. M. M. Escuta. (in) *Pesquisar na diferença: um abecedário / organizado por Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, Cleci Maraschin.* – Porto Alegre: Sulina, 2012).

ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, nº. 1, p.169-173, Mar. 2015 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100169&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, nº. 1, p.63-72, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>

BADUY, Gabriel Assad. *Perspectivas para o emprego de plantas medicinais como recurso terapêutico em saúde bucal.* 2013. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

BARCELLOS, CHISTOVAM [Org.]. *Território, ambiente e saúde / organizado por Ary Carvalho de Miranda, Cristhovam Barcellos, Josino Costa Moreira et. al.* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.)

BARROS, N. F.; SIEGEL P.; OTANNI M. A. P, [Org.]. *O ensino das Práticas integrativas e Complementares: experiências e percepções.* São Paulo, Hucitec, 2011.

BOSI, Ecléa. *Memória e Sociedade: lembranças de velhos.* 3ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca.* São Paulo: Hucitec, 2013

BOTAZZO, C. *Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate.* *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, nº. 1, p. 7-17, 2006.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. O lugar da vida: comunidade e comunidade tradicional. CampoTerritório, Uberlândia, edição especial do XXI ENGA, 2012, p. 1-23, jun. 2014.

_____, C. R, Diário de Campo: a Antropologia como Alegoria. São Paulo: Brasiliense, 1982.

_____, C. R. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. 127 p, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAPRA, Fritjof. As conexões ocultas – ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARREIRA, L; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. Acta Scientiarum Health Sciences, Maringá, v. 24, nº. 3, p. 791-801, 2002.

GUATTARI, Félix. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

CECILIO, CARAPINEIRO E ANDREAZZA. Os mapas do cuidado, o agir leigo na saúde. 1ª.ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp. 2014.

CHAVES, M. C. MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface comun. saúde educ. Botucatu, v.12, nº. 24, p.153-67, 2008.

COSENDEY, G. G. Hidrografia. In: Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio). Parque Nacional do Caparaó. Disponível em: <http://www.icmbio.gov.br/parnacaparao/natureza-local.html>. Acesso em: 12 dez. 2017.

DIAS, DE OLIVEIRA ROSIMERI. Estetizar/eticizar. Pesquisar na diferença: um abecedário / organizado por Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, Cleci Maraschin. – Porto Alegre: Sulina, 2012.

DELEUZE, G. Qu'est-ce qu'un dispositif? In: Michel Foucault philosophe. Rencontre internationale. Paris 9, 10, 11 janvier 1988. Paris, Seuil, 1989.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. O que é Filosofia? 3ª. ed. Tradução: Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. São Paulo: Editora 34, 2010.

ESPÍRITO SANTO. Programa de fitoterapia. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/fito1.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2017

FIGUEREDO, CLIMÉRIO AVELINO DE. A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa-PB. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, Graciela Soares et al [N.I. no miolo]. A clínica do corpo sem boca. Saude soc., São Paulo, v. 25, nº. 4, p.1039-1049, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000401039&lng=en&nrm=iso>.access on 26 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163946>.

FOUCAULT, MICHEL. 1926-1984. Estratégia, poder-saber / Michel Foucault; org.e seleção de textos, Manoel Barros da Motta; tradução: Vera Lucia Avellar Ribeir. – 2ª.ed.- Rio de Janeiro, (Ditos e escritos; IV) Forense Universitária, 2006.2w

FOUCAULT, M. Estratégia, poder-saber. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GUATTARI, Félix. Da produção da subjetividade. In: _____. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34,1992.

GOBBO, S. A. A.; GARCIA, R. F., ALVAREZ, C.R.; EUGENIO, F. C., AMARAL A. A. Caracterização sociocultural das propriedades rurais do entorno do Parque Nacional do Caparaó. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.11 nº.22; 2015.

GOBBO, Sâmia D'angelo Alcuri et al. Uso da Terra no Entorno do ParNa-Caparaó: Preocupação com Incêndios Florestais. Floresta Ambient., Seropédica, v. 23, nº. 3, p.350-361, Sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-80872016000300350&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2021. Epub May 24, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2179-8087.110114>.

HAMEED, I. H., HUSSEIN, H. J., KAREEM, M. A. & HAMAD, N. S. Identification of five newly described bioactive chemical compounds in Methanolic extract of Mentha viridis by using gas chromatography – mass spectrometry (GC-MS). Journal of Pharmacognosy and Phytotherapy 7, 107–125, 2015.

- HALFACREE, K. Rural space: Constructing a three-fold architecture. In P. Cloke, T. Marsden, & P. Mooney (Eds.), *Handbook of rural studies* (pp. 44–62). London: Sage Publications, 2006.
- INOJOSA, R. M. – Revisitando as redes. *Divulgação em Saúde para o Debate*, 41: 36-46, 2008.
- L'ABBATE, Solange. *Org. Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*. 1ª ed. São Paulo, Hucitec, 2013
- LATOUR, B. *Reagregando o Social*. Bauru, SP: EDUSC/ Salvador, BA:EDUFBA, 2012.
- LEME, Pedro Augusto Thiene et al . A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e 290111, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100610&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2021. Epub June 19, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290111>.
- LEME PAT, VEDOVELLO SAS, BASTOS RA, TURATO ER, BOTAZZO C, MENEGHIM MDC. How Brazilian dentists work within a new community care context? A qualitative study. *PLoS ONE* 14(5):e0216640, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal>
- LEFEBVRE, Henri. *O direito à cidade*. Trad. Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2006.
- _____. *A produção do espaço*. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: *La Production de l'espace*. 4. ed. Paris: Éditions Anthropos, 2000). Primeira versão início – fev. 09, nº 4. ISSN 2317-7721 pp. 1815-1833 1833 2006.
- LIMA JÚNIOR, José Ferreira. *Perspectivas dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde*. 2006. 108 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social; Periodontia e Prótese Dentária) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.
- LORENZI, H. & MATOS, F.J.A. 2008. *Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. 2ª ed. Nova Odessa, Instituto Plantarum.
- LOURAU R. *A Análise Institucional* 1. Edição. Petrópolis: Vozes; 1975.
- LOURAU, R. René Lourau na UERJ, 1993. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. da Uerj, 1993. *Mnemosine*, vol.3, nº 2, 2007.
- LUZ, MADEL T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]., v. 15, n. suppl pp. 145-176. 2005.
- MAGNANI, J.G.C. *O velho e bom caderno de campo*. Sexta-Feira, nº1, p.8-12, 1997.
- MASSINI, V.S.; BEDIM, B.P.; FONSECA-FILHO, R.E. *O turismo em Patrimônio da Penha (ES) e suas interfaces com o Parque Nacional do Caparaó*. *Revista Brasileira de Ecoturismo*, São Paulo, v.7, nº.4, nov2014-jan2015, pp.715-734.
- MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. *Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº. 3, p.898-906, maio-jun. 2005.

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde. 2006.p 57

NASCIMENTO, Maria Valquíria Nogueira do. Práticas interativas e complementares grupais nos serviços de saúde da atenção básica: possibilidades de diálogo com a educação popular. 2016. 251f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

NARVAI, P, FRAZÃO P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca / Paulo Capel Narvai;. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

OUVERNEY, A. M. – Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 42: 12-22, 2008.

PEDROSA, J. I. D. S. A educação popular em saúde como prática emancipatória nas equipes de saúde da família / The popular health education as an emancipatory practice in family health teams *In*. Souza, Maria de Fatima de; Franco, Marcos da Silveira; Mendonça, Ana Valeria Machado. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, Saberes, 2014. p.755-787.

PEREIRA, I. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2ª.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, nº. 94, p.482-499, jul/set. 2012.

SANTOS, Antônio Bispo dos. Colonização, Quilombos, Modos e Significações. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde (On-line)*, Rio de Janeiro, v. 8, nº. 3, p. 387-406, Nov. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462010000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.

SILVA JUNIOR. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde / Tatiana EngelGerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolo di Francescato Ruiz, Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2017.

SILVA, JAEL BERNARDES DA. A implementação da política de plantas medicinais e de fitoterápicos em municípios com programas estruturados. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27022018-152556/>>. Acesso em: 2018-05-07.

SOUZA, A. M P. (in) *Pesquisar na diferença: um abecedário* / organizado por Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, Cleci Maraschin. – Porto Alegre: Sulina, 2012.

STARFIELD, BARBARA. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. p.28.

TONELI, MARIA JURACY FILGUEIRAS; ADRIÃO, KARLA GALVÃO, ARTHUR GRIMM CABRAL. *Pesquisar na diferença: um abecedário* / organizado por Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, Cleci Maraschin. – Porto Alegre: Sulina. 2012.

TONETTI, Adriano Luiz. *Tratamento de esgotos domésticos em comunidades isoladas: referencial para a escolha de soluções*. /Ana Lucia Brasil, Francisco José Peña y Lillo Madrid, et al. Campinas, SP.:Biblioteca/Unicamp, 2018.

TOMAZZONI MI. *Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR* [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e atenção á saúde da família*. São Paulo: Hucitec. (2010).

TOLEDO. V. M., BARRERA-BASSOLS N. *A memória biocultural: a importância ecológica*. Barcelona: Icaria Editorial, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. *WHO traditional medicine strategy 2002–2005*. Geneva.

Apêndice I

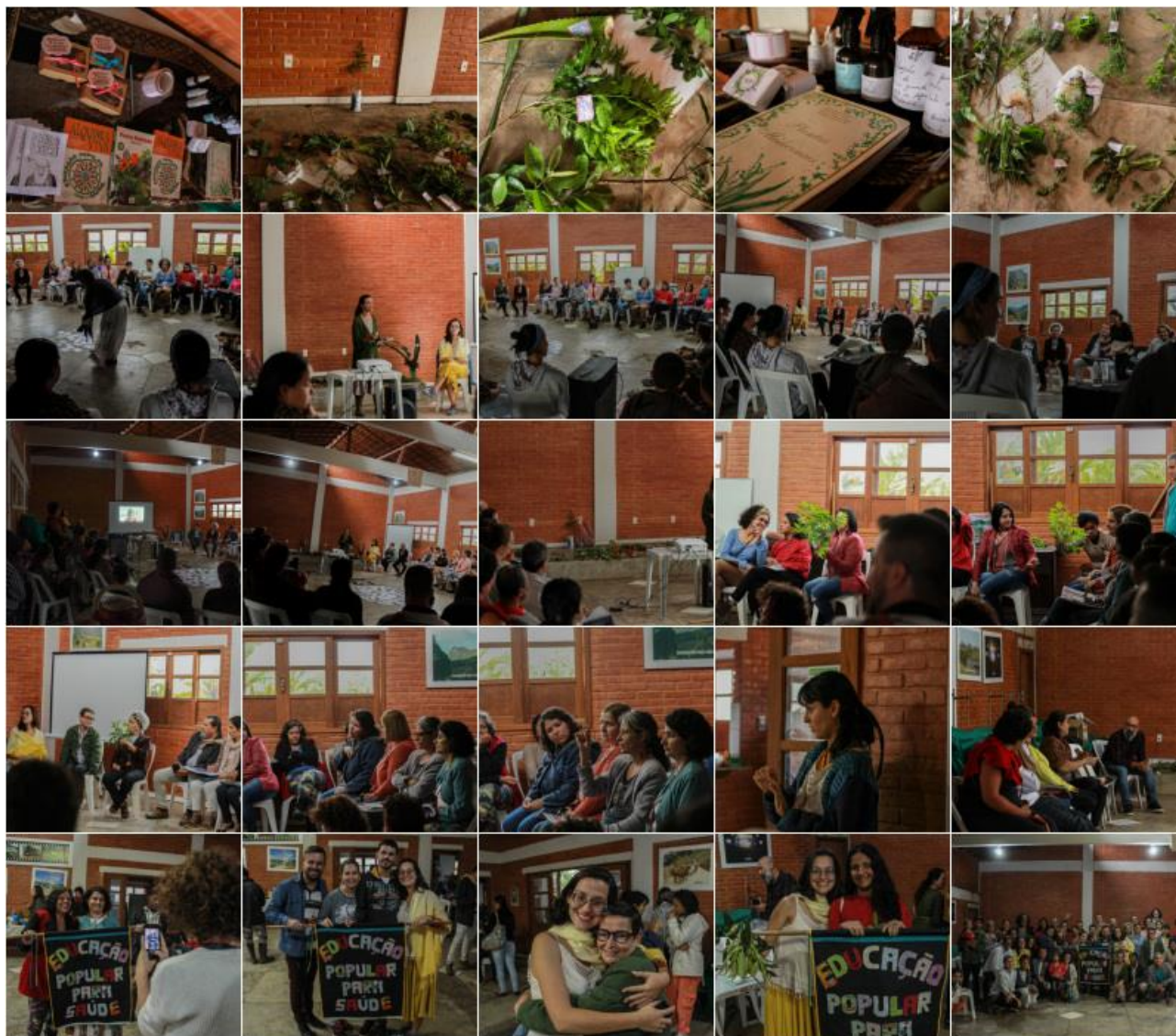
Processo de Territorialização

Em 2013, os Agentes Comunitários de Saúde, sob orientação da enfermeira, elaboraram o mapa do território de abrangência da ESF de Patrimônio da Penha. As fotos a seguir foram cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.



Apêndice II

Registros Fotográficos da Roda de conversa: Ruralidade Memória e Plantas Medicinais.





Apêndice III

Desdobramentos da Pesquisa

O presente projeto de mestrado contou com a parceria das professoras Dr^a Juliana de Lanna Passos e Dr^a Karla Maria Pedra de Abreu para realizar um levantamento etnobotânico cooperativo em rede interinstitucional, envolvendo o Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), *campus* Vitória; o Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde (CCENS) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) *campus* Alegre; e o Instituto Federal do Espírito Santo (Ifes), *campus* Alegre.

Com o subprojeto de iniciação científica “**Etnobotânica e caracterização de plantas medicinais na comunidade do Patrimônio da Penha, Caparaó-ES**”, desenvolvido em parceria com a estudante de ciências biológicas Roberta Lopes Ribeiro, foi realizado levantamento etnobotânico a respeito do conhecimento e utilização das plantas medicinais dos conhecedores locais de plantas medicinais da comunidade do Patrimônio da Penha.

Foram entrevistados 05 *stakeholders* (conhecedores locais) a partir da técnica de amostragem intencional “bola de neve” (*snowball*), seguida de coleta botânica com a técnica “caminhando na floresta”, de Alexiades (1996). Além do levantamento científico etnobotânico, a pesquisa contribui para um maior reconhecimento e valorização do conhecimento tradicional que envolve os saberes e práticas em torno do uso das plantas medicinais.

A tabela a seguir é resultado preliminar dessa investigação, e traz espécies vegetais citadas como medicinais pelos conhecedores locais em Patrimônio da Penha, organizadas em famílias, nomes científicos, nomes populares e principais usos.

Tabela 1 –Espécies vegetais citadas como medicinais pelos conhecedores locais em Patrimônio da Penha (Espírito Santo), organizadas em famílias, nomes científicos, nomes populares, hábito, distribuição geográfica, partes utilizadas e principais usos

Família/Nome científico	Nome Popular	Hábito	Distribuição Geográfica	Parte utilizada	Uso Popular Terapêutico
Adoxaceae					
<i>Sambucus australis</i>	Sabugueiro	Árvore	Nativa	Flor/folha e casca	Escarlatina/tosse/coqueluche/sarampo/gripe
Amaranthaceae					
<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Erva-de-santa-maria	Subarbusto	Exótica	Folha	Verme
<i>Gomphrena arborescens</i> L.	Para Tudo	Erva	Exótica	Folha	Febre/estresse/fadiga
<i>Pfaffia glomerata</i>	Ginseng Brasileiro	Subarbusto	Nativa	Raiz	Psoríase/problemas cutâneos/fito hormonal
Apiaceae					
<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Funcho	Erva	Exótica	Folha	Cólica
Aristolochiaceae					
<i>Aristolochia cymbifera</i>	Cipó-mil-homens, cassau, papo de peru	Trepadeira	Nativa	Cipó	Ameba/bixeira/diabete/preguiça/antiviral/dor de cabeça/ problemas renais/ afecções gástricas/picada de cobra
Asteraceae					
<i>Achillea Millefolium</i> L.	Mil-em-ramas	Erva	Exótica	Folha	
<i>Achyrocline satuireioides</i>	Macela	Erva	Nativa	Folha	Cólica
<i>Baccharis trimera</i>	Carqueja	Subarbusto	Nativa	Folha	Dor de barriga/ febre intestinal
<i>Bidens pilosa</i> L.	Picão	Erva	Nativa	Planta inteira	Diabete/depurativa

<i>Cichorium intybus</i>	Almeirão Branco	Subarbusto	Exótica	Folha e flor	Inflamações/sinusite/diabete/antibiótico
<i>Chamomilla recutita</i> L.	Camomila	Erva	Exótica	Folha e flor	ótico
<i>Mikania glomerata</i>	Guaco	Trepadeira	Nativa	Folha	Fitohormônio/PANC
<i>Porophyllum ruderale</i> Cass.	Arnica	Subarbusto	Nativa	Folha	Calmante
<i>Sonchus oleraceus</i>	Serralhão	Erva	Nativa	Folha	Antibiótico/broncodilatador
<i>Stevia rebaudiana</i>	Estévia	Erva	Exótica	Folha	Antiinflamatório/dor/resguardo/Intoxicação
<i>Vernonia polyanthes</i> Less.	Assa-peixe	Arbusto	Nativa	Folha	Diabete Gripe/trauma na pele
Bignoniaceae					
<i>Handroanthus impetiginosus</i>	Ipê Roxo	Árvore	Nativa	Casca e folha	Câncer no colo do útero
Boraginaceae					
<i>Tournefortia paniculata</i> Cham.	Marmelinho	Erva	Nativa	Folha	Problema intestinal
Brassicaceae					
<i>Nasturtium officinalis</i> R.	Agrião	Erva	Exótica	Folha	Gripe
Costaceae					
<i>Costus spicatus</i>	Cana-de-macaco	Erva	Nativa	Folha/raíz e caule	Diurético/hipnótico/sedativo/calmante/perturbação mental
Crassulaceae					
<i>Kalanchoe brasiliensis</i> L.	Saião	Erva	Exótica	Folha	Dor/furúnculo/tosse/PANC

Rosaceae <i>Rosa alba</i> L.	Rosa Branca	Arbusto	Exótica	Folha e flor	Anti-inflamatório/alergia
Rubiaceae <i>Cinchona officinalis</i> L. <i>Psychotria viridis</i>	Quina Rosa Chacrona	Árvore Arbusto	Nativa Exótica	Casca Folha	Febre/fortificante Bom para tudo
Rutaceae <i>Ruta graveolens</i> L. <i>Citrus aurantium</i> <i>Citrus medica</i>	Arruda Laranja Amarga Folha de Cidra	Erva Árvore Árvore	Exótica Exótica Exótica	Folha Folha Folha	Gripe/resfriado Estimulante/antidepressivo/gripe Pressão alta
Solanaceae <i>Atropa Belladonna</i> <i>Solanum americanum</i> Mill. <i>Solanum cernuum</i> Vell. <i>Solanum paniculatum</i> L.	Belladona Erva Moura Panacéia Jurubeba	Subarbusto Subarbusto Arbusto Arbusto	Exótica Nativa Nativa Nativa	Folha Folha Folha Frutos	Dor de cabeça/febre Cicatrizante Diverticulite Fígado/digestiva
Smimilacaceae <i>Smilax aspera</i>	Salsa Parrilha	Trepadeira	Nativa	Raiz	Reumatismo
Urticaceae <i>Cecropia pachystachya</i>	Embaúba	Árvore	Nativa	Folha	Hipotensora/catabólica

Verbenaceae					
<i>Lippia sidoides</i>	Alecrim Pimenta	Arbusto	Nativa	Folha	Antisséptico bucal
<i>Stachytarpheta cayennensis</i> L.	Gervão	Erva	Nativa	Folha	Dor de estômago/catarro
Violaceae					
<i>Anchieta pyrifolia</i>	Suma Roxa ¹	Trepadeira	Nativa	Raiz	Depurativo do sangue/antiespasmódico
Zingiberaceae					
<i>Alpinia zerumbet</i>	Colônia	Arbusto	Exótica	Folha e flor	Hipotensiva

¹ Segundo alguns dos entrevistados a espécie *Anchieta pyrifolia* tem grande potencial toxicológico, por isso, indicam a não utilização ou o acesso a orientação específica quanto ao seu modo de preparo e dosagem.

A identificação das espécies foi realizada por comparação com amostras de coleções dos herbários *on-line* Jabot (jabot.jbrj.gov.br/), Herbário Virtual Reflora (<http://reflora.jbrj.gov.br/reflora/herbarioVirtual/>) e Species Link (splink.org.br) e com auxílio de literatura pertinente como revisões taxonômicas. As famílias botânicas das angiospermas serão classificadas de acordo com o sistema atual da APG IV (THE ANGIOSPERM PHYLOGENY GROUP) e a nomenclatura taxonômica, as autorias oficiais dos nomes científicos, as sinonímias e a distribuição geográfica das espécies serão obtidas por meio de consulta à base de dados *on-line* da Lista de Espécies da Flora do Brasil (<http://floradobrasil.jbrj.gov.br/>).

Referências Bibliográficas:

CHEVALLIER, A.; O grande livro das plantas medicinais, São Paulo. Publifolha, 2017.

LORENZI, H.; MATOS F. J. A.; Plantas medicinais do Brasil: nativas e exóticas cultivadas, Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2ª ed. 2008.

SOUZA, V.C.; LORENZI, H. Botânica Sistemática: guia ilustrado para identificação das famílias de Angiospermas da flora brasileira, baseado em APG II. 2ª edição - Instituto Plantarum. Nova Odessa, SP. 2008.

REFLORA. Herbario virtual. 2015. Disponível em: <<http://reflora.jbrj.gov.br/jabot/herbarioVirtual/ConsultaPublicoHVUC/ConsultaPublicoHVUC.do>>; Acesso em: 18 jul. 2021.

Anexo 1



Universidade Federal
do Espírito Santo



PPGPSI
Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional

Av. Fernando Ferrari, 614 - Goiabeiras | Vitória, ES - Brasil | CEP 29076-910
Centro de Ciências Humanas e Naturais - CCHN
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos lhe convidando a participar da Pesquisa intitulada: “Saberes e Práticas Populares: O uso de plantas medicinais no cuidado e na promoção da saúde”, coordenada pelo Professor Fábio Hebert da Silva do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e pela mestrandia Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock, da mesma instituição.

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que você terá como participante. A pesquisadora poderá esclarecerá quaisquer dúvidas que você possa ter sobre este termo e sobre este estudo. Por favor, leia-o cuidadosamente. Concordando em participar, você assinará este termo em duas vias e receberá uma via.

O objetivo principal da pesquisa é conhecer experiências desenvolvidas no território de Patrimônio da Penha - Divino de São Lourenço em relação ao uso de plantas medicinais e sua articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica. Os relatos e as informações cedidas contribuirão para a implementação de práticas de saúde locais, para melhoria do processo de organização das ações de saúde na região e para conhecer a realidade do processo de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS em relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços de saúde do município.

Assim, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do nosso projeto, contando com sua autorização para uma entrevista, o que nos possibilitará dar sequência a este estudo. Seu nome será mantido em sigilo e as informações pessoais serão consideradas confidenciais. Você poderá decidir dentre as informações fornecidas, quais poderão ser tratadas de forma pública.



Universidade Federal
do Espírito Santo



PPGPSi

Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Institucional

Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras | Vitória, ES - Brasil | CEP 29076-910
Centro de Ciências Humanas e Naturais – CCHN
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional

Os relatos, submetidos à sistematização por protocolo de produção de conhecimento e observação científica, compõem o conjunto das experiências a serem estudadas, mediante a realização de uma pesquisa, de caráter exploratório, criada especificamente para este fim, no qual serão utilizadas técnicas de coleta, registro e análise de dados qualitativos. O uso das informações oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.

A sua participação é voluntária e não acarretará em nenhum custo. Ainda assim, garantimos aos participantes do estudo o ressarcimento de despesas (caso houver) com a participação da pesquisa. Caso sinta algum desconforto, seja pelo assunto a ser tratado, por compartilhar informações que julgue pessoais ou confidenciais ou ainda pelo tempo da entrevista a mesma poderá ser interrompida de acordo com a sua vontade não sendo necessário responder a qualquer pergunta. Ao participar dessa pesquisa terá como benefício possibilidade de colaborar para melhoria do processo de organização das ações de saúde em nossa região contribuindo com estratégias de fortalecimento dessa iniciativa no âmbito do SUS.

Caso aceite colaborar você será entrevistado com um roteiro guiado com questões norteadoras para o estudo, essa entrevista será gravada e transcrita para posterior análise qualitativa. E a qualquer momento da realização desta investigação você pode se retirar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Podendo ser indenizado por caso de eventual dano dessa investigação, nos termos da lei. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - deve ser acionado no caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa: pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP

29.075-910.



Universidade Federal
do Espírito Santo



PPGPSI

Programa de Pós-graduação em
Psicologia Institucional

Av. Fernando Ferrari, 614 - Goiabeltas | Vitória, ES -Brasil | CEP 29076-910

Centro de Ciências Humanas e Naturais – CCHN

Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos lhe convidando a participar da Pesquisa intitulada: **“Práticas Populares de Saúde: O uso de plantas medicinais no cuidado e na promoção da saúde”**, coordenada pelo Professor Fábio Hebert da Silva do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e pela mestranda Nayara Rudeck Oliveira Sthel Cock, da mesma instituição.

Temos como objetivo principal conhecer experiências desenvolvidas no território de Patrimônio da Penha - Divino de São Lourenço em relação ao uso de plantas medicinais e sua articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica. Os relatos e as informações cedidas contribuirão para a implementação de práticas de saúde locais, para melhoria do processo de organização das ações de saúde na região e para conhecer a realidade do processo de implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS em relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços de saúde do município.

Assim, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do nosso projeto, contando com sua autorização para uma entrevista, o que nos possibilitará dar sequência a este estudo. Seu nome será mantido em sigilo e as informações pessoais serão consideradas confidenciais. Você poderá decidir dentre as informações fornecidas, quais poderão ser tratadas de forma pública.

Os relatos, submetidos à sistematização por protocolo de produção de conhecimento e observação científica, compõem o conjunto das experiências a serem estudadas, mediante a realização de uma pesquisa, de caráter exploratório, criada especificamente para este fim, no qual serão utilizadas técnicas de coleta, registro e análise de dados qualitativos. O uso das informações oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.



Universidade Federal
do Espírito Santo



PPGPsi

Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Espírito Santo

Av. Fernando Ferrari, 614 - Goiabeiras | Vitória, ES -Brasil | CEP 29075-910

Centro de Ciências Humanas e Naturais – CCHN

Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional

A sua participação é voluntária e não acarretará em nenhum custo. Ainda assim, garantimos aos participantes do estudo o ressarcimento de despesas (caso houver) com a participação da pesquisa.

Caso sinta algum desconforto, seja pelo assunto a ser tratado, por compartilhar informações que julgue pessoais ou confidenciais ou ainda pelo tempo da entrevista a mesma poderá ser interrompida de acordo com a sua vontade não sendo necessário responder a qualquer pergunta.

Ao participar dessa pesquisa terá como benefício possibilidade de colaborar para melhoria do processo de organização das ações de saúde em nossa região contribuindo com estratégias de fortalecimento dessa iniciativa no âmbito do SUS.

Caso aceite colaborar você será entrevistado com um roteiro guiado com questões norteadoras para o estudo, essa entrevista será gravada e transcrita para posterior análise qualitativa. E a qualquer momento da realização desta investigação você pode se retirar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Podendo ser indenizado por caso de eventual dano dessa investigação, nos termos da lei. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - deve ser acionado no caso de denúncias e/ou intercomências na pesquisa: pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 614 - Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

Este termo será assinado pelo pesquisador e pelo participante e rubricado em todas as suas páginas, em duas vias, sendo que uma ficará com o participante.

Qualquer dúvida você pode contatar os pesquisadores responsáveis no endereço eletrônico e telefone abaixo:

Nayara Rudeck – navararudeck@gmail.com (027 998348460)

Fabio Hebert – fabiohebert@gmail.com (027 999246286)