

# Disponibilidade de fitoterápicos e plantas medicinais na atenção básica do estado de Goiás: resultados do PMAQ-AB

Availability of phytotherapics and medicinal plants in primary care in the State of Goiás: results from the PMAQ-AB

*Disponibilidad de fitoterapia y plantas medicinales en la atención primaria en el Estado de Goiás: resultados del PMAQ-AB*

Brunna Costa e Silva<sup>1</sup> , Fabiana Ribeiro Santana<sup>1</sup> , Thaís Rocha Assis<sup>1</sup> , Claudio Morais Siqueira<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** A disponibilidade de plantas medicinais e fitoterápicos já está estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com políticas públicas e programas para a sua implementação. **Objetivo:** Neste trabalho intenta-se mostrar se essa disponibilidade dos medicamentos fitoterápicos e de plantas medicinais efetivamente ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do estado de Goiás. **Métodos:** Para isso, realizou-se um estudo ecológico, utilizando como base os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos seus três ciclos. **Resultados:** Evidenciou-se baixa disponibilidade de fitoterápicos no estado de Goiás, nos três ciclos (<20%) dos municípios do estado, considerando que nem todas as unidades das cidades possuíam fitoterápicos disponíveis. No ciclo 1, 53,42% (n=39) disponibilizaram, enquanto no ciclo 2 houve uma queda para 26,03% (n=19) e um discreto aumento no ciclo 3 para 41,10% (n=30). **Conclusões:** Neste estudo, percebeu-se que a baixa disponibilidade de fitoterápicos encontrada e a falta de investimentos na educação permanente dos profissionais podem ser reflexo do baixo investimento governamental para a expansão da prática no estado.

**Palavras-chave:** Fitoterapia; Plantas medicinais; Atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde.

### Autor correspondente:

Fabiana Ribeiro Santana  
E-mail: fabianasantana@ufg.br

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica.

### TCLE:

não se aplica.

### Procedência:

não encomendado.

### Editor associado:

Thiago Dias Sarti

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 19/12/2022.

Aprovado em: 29/04/2025.

**Como citar:** Silva BC, Santana FR, Assis TR, Siqueira CM. Disponibilidade de fitoterápicos e plantas medicinais na atenção básica do estado de Goiás: resultados do PMAQ-AB. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):3628. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3628](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3628)



## Abstract

**Introduction:** The availability of medicinal plants and phytotherapeutic compounds is already established in Brazil's Unified Health System (SUS) and relies on public policies and programs for its implementation. **Objective:** The aim of this study was to show whether the availability of herbal medicines and medicinal plants actually occurs in the basic health units in the State of Goiás. **Methods:** An ecological study was carried out on the basis of results of the Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB), in its three cycles. **Results:** There was low availability of phytotherapeutic medicines in the State of Goiás, in all three cycles (<20) of the municipalities in the State, considering that not all the units in the cities had herbal medicines available. In cycle 1, 53.42% (n=39) were available, while in cycle 2 there was a drop to 26.03% (n=19) and a slight increase in cycle 3 to 41.10% (n=30). **Conclusions:** This study showed that the low availability of herbal medicines and the lack of investment in continuing education for professionals may be a reflection of low government investment in expanding the practice in the state.

**Keywords:** Phytotherapy; Plants, medicinal; Primary health care; Unified health system.

## Resumen

**Introducción:** La disponibilidad de plantas medicinales y fitoterápicos ya está establecida en el Sistema Único de Salud (SUS) y depende de políticas y programas públicos para su implementación. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es demostrar si la disponibilidad de hierbas medicinales y plantas medicinales realmente ocurre en las Unidades Básicas de Salud del Estado de Goiás. **Métodos:** Se realizó un estudio ecológico, basado en los resultados del Programa de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB), en sus tres ciclos. **Resultados:** Hubo baja disponibilidad de medicamentos a base de hierbas en el Estado de Goiás, en los tres ciclos (<20%) de los municipios del Estado, considerando que no todas las unidades de las ciudades tenían medicamentos a base de hierbas disponibles. En el ciclo 1, 53,42% (n=39) estaban disponibles, mientras que en el ciclo 2 hubo una caída a 26,03% (n=19) y un ligero aumento en el ciclo 3 a 41,10% (n=30). **Conclusiones:** En este estudio, nos dimos cuenta de que la baja disponibilidad de fitoterápicos encontrada y la falta de inversión en la formación continua de los profesionales puede ser un reflejo de la baja inversión del gobierno en la expansión de la práctica en el estado.

**Palabras clave:** Fitoterapia; Plantas medicinales; Atención primaria de salud; Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

A disponibilidade de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, em forma de planta fresca, manipulada e/ou industrializada, já está estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis de complexidade, porém com ênfase na Atenção Básica (AB).<sup>1</sup>

Consideram-se planta medicinal uma espécie vegetal, cultivada ou não, com fins terapêuticos e o fitoterápico um medicamento obtido de matérias-primas ativas vegetais. Tanto um quanto o outro têm eficácia e riscos advindos de seu uso conhecidos, assim como a reprodutibilidade e constância de sua qualidade.<sup>1</sup>

Atualmente, o Brasil conta com políticas públicas voltadas para o uso das plantas medicinais e fitoterápicas, instituídas através da Portaria 971 e do Decreto 5.813, de 2006, que publicaram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicas (PNPMF), respectivamente, melhorando o acesso da população aos medicamentos e aumentando suas opções terapêuticas e a atenção à saúde dos usuários do SUS.<sup>2,3</sup> O uso de plantas medicinais e fitoterápicos no contexto do SUS também torna possível o diálogo do saber tradicional com o técnico-científico, contribuindo para a redução da sobremedicalização presente na AB.<sup>4</sup>

Durante os anos de 2011, 2013 e 2017, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi utilizado para avaliar a AB quanto à padronização nacional na qualidade da atenção e infraestrutura. O programa foi organizado em quatro fases, que contemplavam a adesão ao programa, o desenvolvimento de ações para melhoria na AB, a avaliação para averiguar condições das equipes e a recontractualização, sem participação da comunidade no processo. Em relação ao bloco de

avaliação, foram levantadas questões sobre a disponibilidade e o uso de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais na AB.<sup>5</sup>

Nesse contexto, foram desenvolvidos alguns estudos para avaliar a disponibilidade de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ou, especificamente, de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais na AB, com base nos dados nacionais<sup>6-9</sup> ou estaduais<sup>10-12</sup> do PMAQ-AB.

Amado et al.,<sup>6</sup> Tesser et al.,<sup>7</sup> Barbosa et al.<sup>8</sup> e Valente et al.<sup>9</sup> analisaram os dados do segundo ciclo do PMAQ-AB e evidenciaram que 1.854 equipes da AB, de 616 municípios brasileiros, ofertavam plantas medicinais e fitoterápica, concentrando-se nas regiões Sudeste (734), Nordeste (580) e Sul (427).

Caccia-Bava et al.<sup>10</sup> analisaram os dados do primeiro ciclo e identificaram que cerca de 467 unidades de AB, do estado de São Paulo, ofertavam fitoterápicos ou plantas medicinais. Também evidenciaram uma maior disponibilidade em municípios de grande porte e com indicadores socioeconômicos mais altos (63,9% dos classificados nos estratos 4, 5 e 6).

Lima et al.<sup>11</sup> analisaram os dados provenientes do terceiro ciclo, coletados em 1.147 equipes da AB no estado do Pará. Evidenciaram uma maior frequência de uso de plantas medicinais e de fitoterápicos entre as PICS, totalizando aproximadamente 79,0% de disponibilidade na AB.

Losso e Freitas<sup>12</sup> analisaram os dados do segundo ciclo coletados no estado de Santa Catarina. Dos 293 municípios avaliados, cerca de 42,1% ofertavam plantas medicinais e fitoterápicos na AB.

Nesse contexto, o presente estudo traz resultados pertinentes sobre a disponibilidade de plantas medicinais e fitoterápicos em Goiás, sendo o primeiro do estado a utilizar dados do PMAQ-AB. Com isso, contribui com a literatura na disseminação de resultados que subsidiem a implementação de políticas públicas voltadas à disponibilização de plantas medicinais e fitoterápicos na AB e com a educação permanente e a capacitação de profissionais de saúde da AB.

Diante disso, objetiva-se descrever a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de saúde da AB do estado de Goiás.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico,<sup>13</sup> realizado a partir de dados secundários, de acesso público, em um banco nacional oriundo das avaliações externas, levantados pela terceira fase do censo do PMAQ, nos ciclos 1, 2 e 3, que foram realizados nos anos 2011, 2013 e 2017, respectivamente, e fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

### Participantes

Goiás é dividido geograficamente em 246 municípios e possui uma população de 7.056.495 pessoas, segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022. Em junho de 2020, Goiás possuía 2.763 estabelecimentos cadastrados como Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS), estratificados em 6 regionais de saúde. As regiões de saúde foram criadas com o intuito de organizar e compartilhar o planejamento de ações e os serviços prestados da saúde, sendo um agrupamento de municípios limítrofes e com cultura, economia e infraestrutura compartilhados.

O estado de Goiás, em 2011 (ciclo 1), contou com a participação de 1.216 UBS, distribuídas entre 244 municípios; do ciclo 2, realizado em 2013, participaram cerca de 975 unidades, de 242 cidades; e do ciclo 3, realizado em 2017, um total de 1.100 unidades, divididas em 246 cidades. As cidades Santa Rita do Novo Destino, Morro Agudo de Goiás, Inaciolândia e Barro Alto não fizeram parte do ciclo 2. As cidades de Iporá e Lagoa Santa se envolveram apenas nos ciclos 2 e 3.

A população do estudo foi constituída de todas as UBS avaliadas nos PMAQ nos três anos/ciclos. O PMAQ desenvolveu observação na UBS e entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da equipe e verificação de documentos na UBS.

## Variáveis analisadas

Os módulos I e II dos três anos/ciclos apresentados foram aqui utilizados, analisando-se, especificamente, as perguntas da seção intitulada “Medicamentos Componentes da Farmácia Básica”, do módulo I, com o bloco de perguntas “Medicamentos Fitoterápicos”. No módulo II, foi analisada a seção intitulada “Práticas Integrativas e Complementares”, especialmente a pergunta que abordou a atividade de educação em saúde e uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

As perguntas analisadas no módulo I do primeiro ciclo foram as seguintes: “O município disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?”, “Planta Fresca?”, “Planta Seca (droga vegetal)?”, “Planta Manipulada?”, “Industrializados?”, “Espinheira-Santa?”, “Guaco?”, “Alcachofra?”, “Cáscara-Sagrada?”, “Garra-do-diabo?”, “Isoflavona de soja?”, “Unha-de-Gato?”. As variáveis referentes à distribuição dos tipos de fitoterápicos no banco original tinham como categorias “Sim”, quando disponível, “Não”, para quando a unidade ofertava fitoterápicos, mas não disponibilizava aquele específico, e “Não se aplica” para quando a unidade não disponibilizava fitoterápicos. No módulo II do primeiro ciclo a variável analisada foi a seguinte: “A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: uso de plantas medicinais e fitoterápicos?”. Nesse sentido, as possíveis respostas à pergunta foram “uso de plantas medicinais e fitoterápicos”, “uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC e práticas da medicina antroposófica” ou “nenhuma das anteriores”.

As perguntas analisadas nos ciclos 2 e 3 se repetem no módulo I, sendo elas: “A UBS disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?”, “Planta *in natura*?”, “Droga vegetal (planta seca)?”, “Medicamento fitoterápico manipulado?”, “Medicamento fitoterápico industrializado?”, “Espinheira-Santa?”, “Guaco?”, “Hortelã?”, “Salgueiro?”, “Babosa?”, “Plantago?”, “Alcachofra?”, “Cáscara-Sagrada?”, “Aroeira?”, “Garra-do-Diabo?”, “Isoflavona de soja?”, “Unha-de-Gato?”. As opções de resposta mantiveram o padrão do primeiro ciclo (sim ou não).

No módulo II do segundo ciclo, as perguntas foram as seguintes: “Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos: plantas medicinais e fitoterapia?” e “A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: uso de plantas medicinais e fitoterápicos?”. As possíveis respostas à primeira pergunta foram: “Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura”; “Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura”; “Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)”; “Plantas medicinais e fitoterapia”; “Homeopatia”; “Medicina Antroposófica”; “Termalismo Social/ Crenoterapia”; “Nenhuma das anteriores”. As possíveis respostas à segunda pergunta foram: “uso de plantas medicinais e fitoterápicos”; “uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica”; “outro(s)”; “não realiza atividades de educação em saúde abordando as práticas integrativas e complementares”.

No terceiro ciclo, também no módulo II, analisamos a variável a seguir: “A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: uso de plantas medicinais e fitoterápicos?”. As possíveis respostas à pergunta foram: “uso de plantas medicinais e fitoterápicos”; “uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica”; “a equipe não realiza atividades de educação em saúde”; “nenhuma das anteriores”.

## Análise dos dados

Os dados foram analisados no *software* R (*R Core Team*, Viena, Áustria) versão 4.3.3. Inicialmente, foi realizado o *linkage* determinístico entre as bases de dados dos três ciclos, sendo as Unidades Básicas de Saúde (variáveis individuais dos bancos do PMAQ-AB) a referência para o link entre os três bancos de dados. A variável desfecho do presente estudo foi a disponibilidade de fitoterápicos, criada a partir das perguntas disponíveis nos bancos de dados de cada ciclo, referentes à disponibilidade de algum tipo de fitoterápico. Foram consideradas disponíveis aquelas unidades que disponibilizavam pelo menos um tipo de fitoterápico.

A análise descritiva da disponibilidade de fitoterápicos foi apresentada por meio de frequências absolutas e relativas do quantitativo de Unidades de Saúde que disponibilizam tais medicamentos, agregados por Região de Saúde do Estado de Goiás, forma de distribuição e tipo de fitoterápico disponibilizado. Para analisar a evolução temporal da disponibilidade de fitoterápicos no período entre as Regiões de Saúde e o tipo de fitoterápico, utilizou-se o teste  $\chi^2$  de tendência linear.

Adicionalmente, foi realizada a análise de regressão de Poisson multinível, considerando as seguintes variáveis: a disponibilidade de fitoterápicos (variável de desfecho); os municípios (variável de efeito aleatório); o ciclo de avaliação do PMAQ-AB (1, 2 e 3) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal (variáveis de efeitos fixos dicotomizado em tercis). Para esta análise, foi utilizado o pacote estatístico *lme4*.<sup>14</sup> Foram criados três modelos de regressão para testar a associação da disponibilidade com as variáveis estabelecidas. No primeiro foi incluído apenas o ciclo, enquanto no segundo modelo foram incluídos o ciclo e o IDH municipal. No terceiro modelo, foi acrescentada a relação entre o ciclo e o IDH para verificar se, em algum momento de avaliação do PMAQ-AB, o IDH do município foi determinante para a disponibilidade de fitoterápicos. Todos os modelos foram acrescentados da variável de efeitos aleatórios relativa aos municípios, utilizada para capturar variações dentro de unidades agrupadas (*clusters*), que representam amostras de uma população maior (UBS).

Para a análise de regressão multinível, as unidades que não dispunham de dados referentes à disponibilidade ou não de fitoterápicos foram imputadas como “não”. A Razão de Verossimilhança (*Likelihood test*) foi utilizada para testar a adequação do modelo, utilizando como parâmetro o modelo nulo. Em todos os modelos de regressão, os valores faltantes foram excluídos. Foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

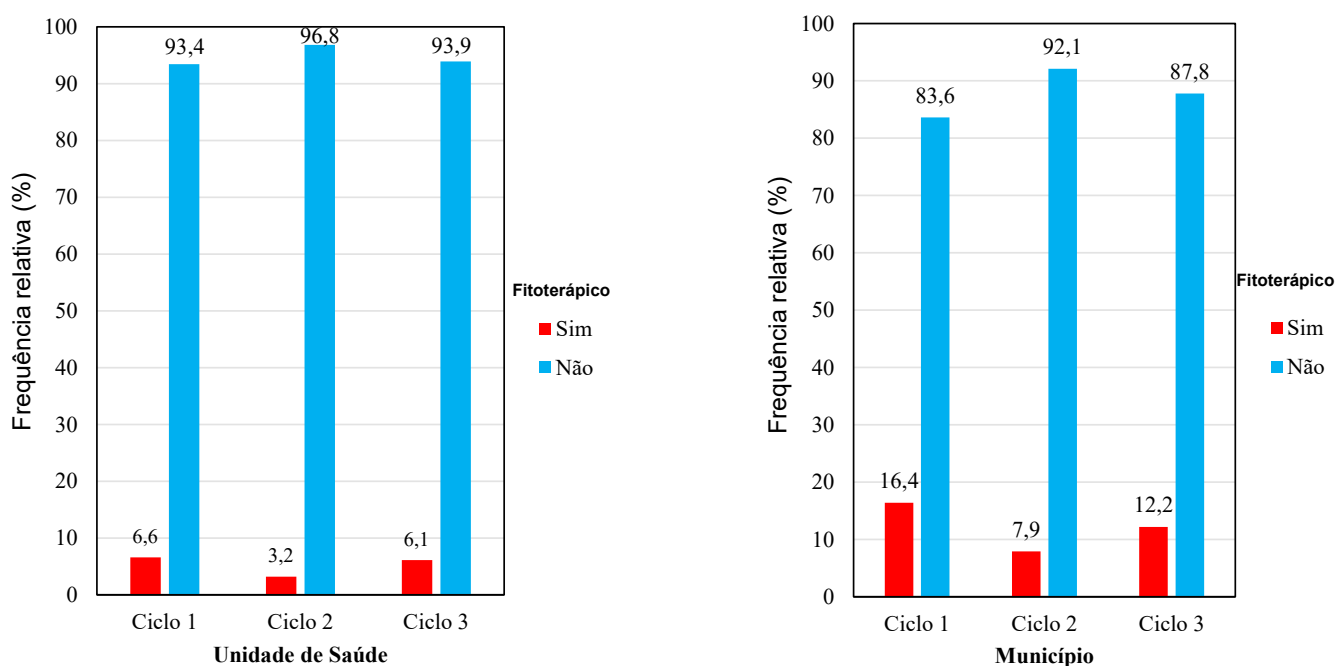
## Aspectos éticos

O estudo apresentou dados com informações de acesso público, sem restrição ao acesso do pesquisador e cidadão em geral e com participantes não identificados, respeitando, assim, as diretrizes e normas preconizadas na Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016.<sup>15</sup>

## RESULTADOS

O PMAQ avaliou 244 cidades no ciclo 1, 242 no ciclo 2 e 246 no ciclo 3. Evidenciou-se que a maioria das cidades do estado não dispõem de fitoterápicos na AB. Em 2011, o ciclo 1 obteve maior quantitativo de cidades com oferta desse tipo de terapêutica (16,39%; n=40). O teste  $\chi^2$  de tendência linear evidenciou que não houve relação entre os anos, sugerindo não haver diferença na disponibilidade ( $p=0,156$ ) (Figura 1).

O PMAQ avaliou 1.216 unidades da AB no ciclo 1, 975 no ciclo 2 e 1.100 no ciclo 3. O teste  $\chi^2$  de tendência linear evidenciou que não houve diferença no quantitativo de unidades ofertantes dos fitoterápicos, durante os anos avaliados, no estado de Goiás ( $p=0,536$ ), conforme demonstrado na Figura 1.



**Figura 1.** Disponibilidade de fitoterápicos nas unidades da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, Brasil, 2022.

Na avaliação por equipe de Saúde da Família (eSF), 4,4% (n=30) realizaram atividades de educação em saúde abordando o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, em contraste com o segundo (4,5%; n=54) e o terceiro ciclos (6,6%; n=90), resultado que representa uma tendência de aumento nas ações de educação em saúde ( $p=0,02$ ).

Quando avaliada a disponibilidade de fitoterápicos segundo as regiões de saúde do estado de Goiás, foi identificado que apenas as regiões Serra da Mesa e Sudoeste I apresentaram tendência de diminuição na disponibilidade de fitoterápicos (Tabela 1).

Além da baixa disponibilidade evidenciada, nem todas as cidades apresentaram unidades com disponibilidade de fitoterápico em todos os anos/ciclos, evidenciando descontinuidade na oferta, especialmente no ciclo 2, exceto nas cidades de Goiás e Santa Isabel, que tiveram disponibilidade nos três ciclos avaliados.

**Tabela 1.** Disponibilidade de fitoterápicos segundo as Regiões de Saúde no estado de Goiás, Brasil, 2022.

Região de Saúde	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3		Valor p*
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	
Central	1 (7,7)	24 (92,3)	2 (11,5)	23 (88,5)	2 (7,7)	24 (92,3)	1,000
Centro-Sul	7 (28,0)	18 (72,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	3 (12,0)	22 (88,0)	0,109
Entorno Norte	1 (12,5)	7 (87,5)	-	8 (100,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	1,000
Entorno Sul	1 (28,6)	5 (71,4)	1 (14,3)	6 (85,7)	2 (28,6)	5 (71,4)	1,000
Estrada de Ferro	-	18(100,0)	1 (5,6)	17 (94,4)	2 (11,1)	16 (88,9)	0,145
Nordeste I	1 (20,0)	4 (80,0)	-	5 (100,0)	-	5 (100,0)	0,204
Nordeste II	1 (9,1)	10 (90,9)	-	11 (100,0)	1 (9,1)	10 (90,9)	1,000
Norte	1 (7,7)	12 (92,3)	2 (15,4)	11 (84,6)	2 (15,4)	11 (84,6)	0,557
Oeste I	2 (13,3)	13 (86,7)	3 (18,7)	13 (81,3)	2 (12,5)	14 (87,5)	0,940
Oeste II	-	13(100,0)	1 (7,69)	13 (92,3)	-	13 (100,0)	1,000
Pirineus	1 (10,0)	9 (90,0)	-	10 (100,0)	2 (20,0)	8 (80,0)	0,456
Rio Vermelho	1 (5,9)	16 (94,1)	2 (11,8)	15 (88,2)	3 (17,6)	14 (82,4)	0,287
São Patrício I	4 (20,0)	16 (80,0)	1 (5,3)	18 (94,7)	5 (25,0)	15 (75,0)	0,673
São Patrício II	1 (12,5)	7 (87,5)	2 (33,3)	4 (66,7)	-	8 (100,0)	0,466
Serra da Mesa	4 (44,4)	5 (55,6)	-	9 (100,0)	-	9 (100,0)	<b>0,007</b>
Sudoeste I	7 (41,2)	10 (58,8)	1 (5,6)	17 (94,4)	1 (5,6)	17 (94,4)	<b>0,005</b>
Sudoeste II	4 (40,0)	6 (60,0)	-	10 (100,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	0,071
Sul	1 (8,3)	11 (91,7)	1 (9,1)	10 (90,9)	2 (25,0)	9 (75,0)	0,243

\*Teste  $\chi^2$  de tendência linear.

Em geral, os medicamentos fitoterápicos disponibilizados na AB foram predominantemente os industrializados, e, ao longo dos anos, a disponibilidade da planta *in natura* foi a única com tendência de aumento ( $p < 0,001$ ). Com relação aos fitoterápicos disponibilizados em quantidade suficiente, o guaco foi o único que apresentou tendência de aumento ( $p < 0,001$ ), conforme Tabela 2.

A regressão logística avaliou a disponibilidade de fitoterápicos e se esta esteve associada ao IDH dos municípios participantes em cada ciclo, sendo evidenciado que essa relação foi significativa no modelo, quando associada com o ciclo. O modelo utilizado para regressão foi o multinível, ajustado pelo ciclo. Nos ciclos 2 e 3, a relação no modelo foi positiva, indicando que quanto maior o IDH do município, maior a chance de este disponibilizar fitoterápicos em suas unidades de saúde (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Diante da análise do banco de dados do PMAQ-AB, nos ciclos 1, 2 e 3, no estado de Goiás, os resultados chegam a ser inferiores aos nacionais e regionais investigados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos em 2015, que evidenciaram a disponibilidade desses medicamentos em 8,5% (6,6–10,7%) das unidades investigadas no país e de 12,4% (0,5–24,3%) nas unidades da Região Centro-Oeste.<sup>16</sup>

**Tabela 2.** Medicamentos fitoterápicos disponibilizados na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás, Brasil, 2022.

Medicamentos fitoterápicos disponibilizados	Ciclo 1			Ciclo 2			Ciclo 3			Valor p
	Sim (%)	Não (%)	NA (%)	Sim (%)	Não (%)	NA (%)	Sim (%)	Não (%)	NA (%)	
<i>Forma de distribuição do fitoterápico</i>										
Planta "in natura"	6 (0,5)	0 (0,0)	1210 (99,5)	0 (0,0)	1 (0,1)	974 (99,9)	19 (1,7)	48 (4,3)	1033 (93,9)	<0,001
Droga vegetal (Planta seca)	2 (0,2)	0 (0,0)	1214 (99,8)	2 (0,2)	0 (0,0)	973 (99,8)	6 (0,5)	61 (5,5)	1033 (94,0)	0,100
Medicamento fitoterápico manipulado	5 (0,4)	0 (0,0)	1211 (99,6)	12 (1,2)	0 (0,0)	963 (98,8)	11 (1,0)	56 (5,1)	1033 (93,9)	0,113
Medicamento fitoterápico industrializado	30 (2,5)	20 (1,6)	1166 (95,8)	14 (1,4)	3 (0,3)	958 (98,2)	38 (3,4)	29 (2,6)	1033 (93,9)	0,146
<i>Medicamento fitoterápico disponibilizado</i>										
Espinheira-santa	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	0 (0,0)	38 (3,5)	1062 (96,5)	-
Guaco	5 (0,4)	0 (0,0)	1211 (99,6)	2 (0,2)	0 (0,0)	973 (99,8)	27 (2,5)	11 (1,0)	1062 (96,5)	<0,001
Hortelã	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	1 (0,1)	37 (3,4)	1062 (96,5)	-
Salgueiro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	0 (0,0)	38 (3,5)	1062 (96,5)	-
Babosa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	0 (0,0)	38 (3,5)	1062 (96,5)	-
Plantago	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	974 (99,9)	1 (0,1)	37 (3,4)	1062 (96,5)	0,932
Alcachofra	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	974 (99,9)	3 (0,3)	35 (3,2)	1062 (96,5)	0,06
Cáscara-sagrada	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	0 (0,0)	38 (3,5)	1062 (96,5)	-
Aroeira	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	974 (99,9)	1 (0,1)	37 (3,4)	1062 (96,5)	0,366
Garra-do-diabo	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	0 (0,0)	38 (3,5)	1062 (96,5)	-
Isoflavona de soja	0 (0,0)	0 (0,0)	1216 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	1 (0,1)	37 (3,4)	1062 (96,5)	0,216
Unha-de-gato	0 (0,0)	50 (4,1)	1166 (95,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	975 (100,0)	1 (0,1)	37 (3,4)	1062 (96,5)	0,216

\*Teste  $\chi^2$  de tendência linear.

Sobre a utilização e disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de saúde da AB, identificou-se que a maior parte das cidades do estado não oferta fitoterápicos. O guaco foi descrito, em uma revisão de literatura acerca de aspectos do uso de fitoterápicos, como um dos mais utilizados na prática clínica em unidades de saúde do SUS.<sup>17</sup> A ampla tradicionalidade de uso do guaco, por sua ação expectorante e broncodilatadora, pode ser uma das possíveis explicações da tendência de aumento encontrada nesse estudo.<sup>10</sup>

**Tabela 3.** Regressão logística avaliando a relação da disponibilidade de fitoterápicos com o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios do estado de Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Prevalência (n)	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
		RPajust	IC95%	Valor p	RPajust	IC95%	Valor p	RPajust	IC95%	Valor p
<b>Ciclo</b>										
1	6,58 (80)	Ref.			Ref.			Ref.		
2	3,18 (31)	0,48	0,31–0,72	<0,001	0,48	0,31–0,72	<0,001	0,01	0,00–0,27	0,006
3	6,09 (67)	0,94	0,67–1,30	0,689	0,93	0,67–1,30	0,689	0,61	0,37–1,00	0,050
<b>IDH</b>										
≤0,689	4,49 (73)				1,75	0,15–19,92	0,650	6,55	0,52–82,57	0,146
Entre 0,690 e 0,711	3,26 (27)				3,20	0,36–28,31	0,296	1,35	0,12–15,71	0,809
≥0,733	9,30 (78)				Ref.			Ref.		
<b>Relação Ciclo*IDH</b>										
<i>Ciclo 1</i>										
≤0,689	8,54 (52)							Ref.		
Entre 0,690 e 0,711	6,04 (18)									
≥0,733	3,24 (10)									
<i>Ciclo 2</i>										
≤0,689	0,21 (1)							18,25	0,51–657,72	0,112
Entre 0,690 e 0,711	1,21 (3)							0,49	0,17–1,40	0,186
≥0,733	10,89 (27)							Ref.		
<i>Ciclo 3</i>										
≤0,689	3,72 (20)							455,44	14,16–14.652,40	0,001
Entre 0,690 e 0,711	2,14 (6)							8,67	3,58–20,96	<0,001
≥0,733	14,54 (41)							Ref.		
<b>Efeitos fixos</b>										
Coeficientes			-8,98			-9,48			-9,49	
Erro Padrão			0,88			1,14			1,39	
<b>Efeitos aleatórios</b>										
Variância (Desvio Padrão)			46,96 (6,85)			44,51 (6,67)			38,68 (6,21)	
LR test (p-value)			15,08 (<0,001)			16,18 (0,002)			88,48 (<0,001)	

Corroborando com os resultados acerca da disponibilidade, ainda é incipiente o número de eSF que realizam atividades de educação em saúde sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Apesar disso, observa-se um aumento no número de equipes que realizaram tal ação a cada ano/ciclo, reforçando o papel da educação em saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças da população.<sup>11,18</sup>

Quando comparado com outros estados do Brasil, evidenciou resultados inferiores a São Paulo, com disponibilidade de fitoterápicos em 11% das unidades do estado,<sup>10</sup> e ao Rio Grande do Norte, com disponibilidade >25% em todos os ciclos do PMAQ. Além disso, semelhante ao estado do Rio Grande do Norte, não houve mudanças significativas no aumento da disponibilidade ao longo dos anos investigados pelo PMAQ.<sup>19</sup>

A baixa disponibilidade de fitoterápicos na AB no estado de Goiás pode indicar uma falta de investimentos, evidenciada pela dificuldade de implementação de políticas de PICS no país,<sup>16,20</sup> o que pode ser corroborado por um estudo que indicou que, no mapeamento dos municípios que ofertavam PIC, apenas 22% possuíam ao menos uma unidade com alguma oferta referente a política.<sup>9</sup> As fragilidades de implementação dessas relacionam-se aos processos de formação de profissionais de saúde em relação à temática; ao engajamento de gestores, às práticas colaborativas entre profissionais e instituições; e ao desenvolvimento de novos estudos sobre a aceitação e o conhecimento das práticas pela população, por profissionais e gestores em saúde.<sup>10</sup>

A falta de investimento é enfatizada, neste estudo, pela tendência estacionária na distribuição de fitoterápicos nos três ciclos do PMAQ, que não demonstrou uma diferença significativa entre os anos avaliados. Tal dado também pode mostrar que, além da baixa disponibilidade, não houve incentivos à expansão da fitoterapia na AB no estado de Goiás, especialmente ao considerar que cidades com unidades ofertantes da terapêutica nos ciclos iniciais não se mantiveram nos ciclos seguintes, com exceção de duas cidades.

Quando avaliado segundo as Regiões de Saúde do estado de Goiás, foi possível evidenciar que, tal qual os resultados para o estado, a maioria das regiões não obteve diferença na disponibilidade entre os anos/ciclos, destacando, portanto, a falta de investimento nessa abordagem terapêutica.

Os resultados evocam a necessidade de oportunizar aos profissionais da AB momentos para aprendizado e discussão, bem como implementação na prática clínica da prescrição de fitoterápicos,<sup>20</sup> ação que pode ser potencializada com a implantação de Farmácias Vivas<sup>21</sup> e com a já referida educação permanente aos profissionais de saúde.

O medicamento industrializado predominou, alinhado à crescente expansão nacional dos programas de fitoterapia na AB entre 2004 e 2012, potencializada pela massificação da produção de fitoterápicos industrializados.<sup>22</sup> Apesar de benéfica, tal massificação vai de encontro à fitoterapia, que utiliza a biodiversidade local e os saberes culturais de cada região.<sup>23,24</sup> Em contrapartida, houve um aumento significativo na disponibilidade de fitoterápicos na forma de planta *in natura*, salientando a importância da biodiversidade local.<sup>23</sup>

Cabe mencionar que, se tratando de fitoterápico industrializado, na embalagem do medicamento consta a concentração de princípio ativo, o que não acontece com a planta *in natura*, o que pode dificultar o monitoramento da efetividade e da segurança da terapia farmacológica a partir da planta *in natura*.<sup>25</sup>

Semelhantemente a outros estudos,<sup>10,26</sup> os resultados aqui mostrados evidenciaram maior disponibilização, em quantidade suficiente, de guaco, plantago, alcachofra, aroeira, isoflavona de soja e unha-de-gato, sendo o guaco o único com tendência de aumento. Apesar de outros estudos<sup>24,27</sup> identificarem a prescrição de outros fitoterápicos não apresentados nesta pesquisa, é fundamental compreender que os fitoterápicos devem ser prescritos de acordo com a preconização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente.<sup>28</sup>

Por fim, a regressão logística apontou que a relação do IDH com o ciclo foi um preditor da disponibilidade, evidenciando que cidades com maior IDH tiveram mais chances de disponibilizar fitoterápicos em suas unidades de saúde, especialmente nos ciclos 2 (2013) e 3 (2017), resultados corroborados por outro estudo.<sup>10</sup> Não obstante, os municípios que ofertam tais medicamentos possuem mais densidade populacional, bem como desenvolvimento socioeconômico, fatores que podem favorecer a existência de mais infraestrutura para a AB.

Evidenciou-se uma baixa disponibilidade de fitoterápicos nas unidades de saúde do Brasil (5,6%), porém, geralmente, essa disponibilidade está condicionada à densidade populacional e à rede de apoio farmacêutico mais organizada, ressaltando a importância do apoio matricial.<sup>1</sup>

Tais resultados evidenciam que a PNPIC ainda não é uma política consolidada e que demanda esforços governamentais, de forma que, quando implementada, está condicionada ao conhecimento dos profissionais sobre a fitoterapia.<sup>16,29</sup>

O presente estudo apresenta limitações comuns a estudos com banco de dados secundário. Cabe destacar que os resultados do PMAQ-AB são baseados nas respostas fornecidas pelos coordenadores ou responsáveis pelas unidades de saúde da atenção básica, e não em políticas públicas e programas municipais. Desse modo, neste estudo, a identificação de um município onde há o uso de fitoterápicos pode ser o reflexo de práticas isoladas de equipes de saúde, não descrevendo, portanto, as políticas e os programas oficiais.

Em contrapartida, ressalta-se a robustez do banco com dados de quase todos os municípios do estado de Goiás (244 cidades no ciclo 1, 242 no ciclo 2 e 246 no ciclo 3) e o caráter inovador, por ter sido o primeiro estudo do estado de Goiás a utilizar os dados do PMAQ-AB acerca da disponibilidade de plantas medicinais e fitoterápicos na AB.

## CONCLUSÃO

O estudo apresenta resultados pertinentes sobre a disponibilidade de fitoterápicos no estado de Goiás, sendo o primeiro a utilizar dados do PMAQ. A pesquisa contribui com a literatura na disseminação de resultados que subsidiem a implementação de políticas públicas voltadas para disponibilização de fitoterápicos na AB, bem como capacitação dos profissionais para oferta desse serviço nas unidades de saúde. Considerando que outros estudos com tamanho escopo não foram realizados anteriormente, destaca-se o pioneirismo desta investigação.

Trata-se de um banco de dados robusto e reconhecido nacionalmente, com informações importantes para a tomada de decisão em saúde. Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados para avaliar a situação atual das unidades de saúde, visto que o estudo contempla dados de até 2017. Além disso, estudos futuros podem identificar o impacto da implementação da fitoterapia na AB tanto na perspectiva da população quanto dos profissionais, buscando relações de causa e consequência.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

BCS: Conceituação, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Edição e Revisão.  
FRS: Conceituação, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Edição e Revisão.  
TRA: Supervisão. CMS: Supervisão.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
2. Oliveira AFP, Costa ICP, Andrade CG, Santos KFO, Anízio BKF, Brito FM. Phytotherapy in primary care: study with nurse professionals. *Rev Fundam Care Online*. 2017;9(2):480-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.480-487>
3. Borges FV, Sales M. Políticas públicas de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: sua história no sistema de saúde. *Pen Acad*. 2018;16(1):13-27. <https://doi.org/10.21576/pa.2018v16i1.18>

4. Silva AA da, Padilha WAR. Fitoterapia e desmedicalização na Atenção Primária à Saúde: um caminho possível? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):2521. [https://doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)2521](https://doi.org/10.5712/rbmf17(44)2521)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. Amado DM, Rocha PRS, Ugarte AO, Ferraz CC, Lima MC, Carvalho FFB. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *JMPHC*. 2018;8(2):290-308. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.537>
7. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):174-88. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
8. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR dos, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>
9. Valente M, Silva Junior MF, Peres Neto J, Sousa Maria LR. Análise espacial da oferta de práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde no Brasil. *Saúde Des Humano*. 2022;10(1):1-10. <https://doi.org/10.18316/sdh.v10i1.8017>
10. Caccia-Bava MCGG, Bertoni BW, Pereira AMS, Martinez EZ. Availability of herbal medicines and medicinal plants in the primary health facilities of the state of São Paulo, Southeast Brazil: results from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1651-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.16722015>
11. Lima MLC, Cavalcante TTR, Oliveira PTR. Práticas integrativas e complementares na atenção básica no estado do Pará. In: Cunha CLF, Alvarenga EC, Ferreira GRON, Cabral KV, Sá NNB (Eds.). *Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará*. Porto Alegre: Rede Unida; 2022. p. 117-25.
12. Losso LN, Freitas SFT de. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(spe3):171-87. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313>
13. Merchán-Hamann E, Taulil PL. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2018126. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>
14. Bates D, Mächler M, Bolker B, Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4. *J Stat Softw*. 2015;67(1):1-48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*. 2016.
16. Nascimento RC, Álvares J, Guerra AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl. 2):10s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>
17. Esteves CO, Rodrigues RM, Martins ALD, Vieira RA, Barbosa JL, Vilela JBF. Medicamentos fitoterápicos: prevalência, vantagens e desvantagens de uso na prática clínica e perfil e avaliação dos usuários. *Rev Med*. 2020;99(5):463-72. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p463-472>
18. Heringer TA, Vilichane IJ, Garcia EL, Krug SB, Possuelo LG. O uso de plantas medicinais no âmbito da promoção da saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e414101422223. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22223>
19. Gusmão CMG, Silva FAG, Lima PJC. Evolução da disponibilidade de medicamentos na atenção primária no RN segundo o PMAQ-AB. *RBits*. 2020;10(2):12. <https://doi.org/10.18816/r-bits.v10i2.23962>
20. Santos MRG, Rezende MA. Prescrição de fitoterápicos na atenção primária de saúde no Brasil e a contribuição do momento fitoterápico aos profissionais prescritores. *Revista Fitos*. 2019;13(4):299-313. <http://dx.doi.org/10.32712/2446-4775.2019.794>
21. Prado MAA, Matsuok JT, Giotto AC. Importância das farmácias vivas no âmbito da produção dos medicamentos fitoterápicos. *REIcEn*. 2018;1(1):32-7.
22. Ribeiro LHL. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(5):1733-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.15842017>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
24. Soares AAP, Silva ACR, Neto JHA, Cavalcante ALC, Melo OF, Siqueira RMP. Aceitação de fitoterápicos por prescritores da atenção primária à saúde. *SANARE*. 2018;17(2):40-48. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1260>
25. Souza GHB, Mello JCP, Lopes NP. *Farmacognosia: coletânea científica*. Ouro Preto: UFOP; 2011.
26. Gribner C, Rattmann YD, Gomes EC. Use of industrialized herbal medicines by patients attended at the basic health units in the County of Pinhais, Paraná, Brazil. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat*. 2018;17(3):238-48.
27. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, Helena ETS. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(8):2703-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
29. Pinheiro AC, Barbosa WL, Vasconcellos Sobrinho M. Recursos específicos e sua ativação para o desenvolvimento territorial: o caso da fitoterapia popular em Marapanim-PA. *Braz J Dev*. 2020;6(4):18022-36. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-102>