



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tesis Final

Tema:

Economía en salud: “Utilización de fitoterápicos, durante el primer nivel de atención en salud, Montes Claros, Brasil, años 2018 a 2019”

Autora: Mariella Miranda Evangelista

Directora: Prof. Dra. Mg. Silvia Vouillat

Marzo 26, 2023

Agradecimientos

A Dios y Nuestra Señora Aparecida (Virgen patrona de Brasil).

A la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES.

A mi directora Prof. Dra. Mg. Silvia Vouillat, que me impulsó con sumo agrado e intensivo direccionamiento, para llegar a esta instancia.

Al cuerpo docente de la Maestría de Administración de Servicios de Salud.

A mis padres Walter y Marilene por el estímulo; mi esposo Otávio por el permanente apoyo y para mi bebé Otávio Luís, que amo profundamente, para dejarle una cultura de trabajo y sacrificio en la vida, lo cual considero como un granito de arena ejemplificador para él.

A mi abuela Elza Evangelista por ayudarme en esta gran etapa formativa y no dejar que mi sueño borrrar.

A los médicos, dentistas, enfermeras y trabajadores comunitarios que me proporcionaron gentilmente el acceso a la información, lo que me permitió ampliar mi visión respecto a mi objeto de estudio de la presente tesis de Maestría.

A todos los que, de una u otra manera, participaron en la realización de este anhelado sueño.

A todos, mis sinceros agradecimientos.

Mariella Miranda Evangelista

"Nada puede derrotar al que Dios eligió para vencer."

1 Coríntios 15:57

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo describir el conocimiento, la actitud y las prácticas de la medicina complementaria a base de hierbas entre los profesionales de salud en el primer nivel de atención que trabajan en las unidades básicas de salud y familiares, en el municipio de Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil. Tal investigación es de tipo transversal, analítica y descriptiva realizada en los años 2018 y 2019, en la que ha utilizado una metodología mixta, con aplicación de técnicas e instrumentos cuantitativos y cualitativos, y fueron aplicados cuestionarios semi-estructurados, autoadministrados diseñados (AD-HOC) para esta investigación. La muestra estuvo compuesta por 183 profesionales de salud de los equipos de estrategias de salud de la familia que actúan en la unidad básica de salud del municipio de Montes Claros, MG. Su composición fue de: 55 médicos, 55 dentistas y 73 enfermeras. Los participantes fueron informados previamente sobre los objetivos y procedimientos de investigación y quienes aceptaron, firmaron el formulario de consentimiento informado (FCI) resolución N ° 466 de diciembre de 2012, del consejo nacional de salud. Una de las barreras fue la falta de implementación en la práctica clínica / de rutina, de dichas estrategias alternativas por falta de experiencia, aunque sólo algunos de ellos las prescriben por tener un mero conocimiento en base a evidencias científicas. Sin embargo, los profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Montes Claros, que participaron en la investigación, consideran que el uso de plantas medicinales en las unidades de salud donde trabajan, son de suma utilidad, ya que fueron aceptados por los usuarios, por ser una inversión de bajo costo para el gobierno y de fácil acceso para la población. Se concluye que es necesario capacitar a profesionales de la salud en relación con la medicina herbal, según la normativa vigente para que amplíen sus conocimientos y puedan mejorar su utilización de manera segura y efectiva. Cabe destacar que el presente estudio fue admitido por el comité de ética en investigaciones de la Universidad estatal de Montes Claros - UNIMONTES con su identificación de aceptación N° 761.625/2014.

Palabras clave: Fitoterapia. Plantas medicinales. Opción terapéutica. Salud pública y seguridad social. Profesionales de la salud. Prácticas integrativas y complementarias. Sistema único de salud. Unidad básica de salud y de salud familiar

(el primer nivel de atención de los profesionales en salud). Equipo de familia. Montes Claros, (MG), Brasil.

Índice general

Temario	Nº de página
Agradecimientos	2
Resumen y palabras clave	3
Índice general	4
Índice de tablas	6
Índice de figuras y gráficos	7
Nómina de siglas	8
1.- Introducción	9
1.1 Problema	9
1.2 Justificación	15
1.3 Objetivos generales y específicos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
2. Marcos Conceptuales	19
2.1 Antecedentes legales y políticos	19
2.2 Antecedentes del uso de plantas medicinales con fines terapéuticos	25
2.3 Política nacional de la práctica integral y a sus aspectos regionales	29
2.4 La importancia de la unidad básica de salud y equipos de estrategia de salud familia	31
2.5 Plantas medicinales en Brasil	313
2.6 Lineamientos de las cinco prácticas integrativas y complementarias utilizadas por el SUS (Sistema único de salud)	39
2.6.1 Medicina tradicional china/acupuntura	39
2.6.2 Homeopatía	42
2.6.3 Medicina antroposófica	44
2.6.4 Termalismo/crenoterapia	47
2.6.5 Fitoterápicos	48
2.7 Relación de los servicios de atención primaria, equipos de familia en el primer nivel de atención y las prácticas fitoterápicas	50

2.8 Relación nacional de medicamentos esenciales – RENAME	51
2.9 Conocimiento de los profesionales de la salud sobre la política nacional de prácticas integrativas y complementarias y plantas medicinales	53
2.10 Promoción y prevención de salud en las unidades básica de familia y uso de la fitoterapia por parte de los profesionales de la salud	55
3.- Marco Metodológico	60
3.1 Tipo de investigación	60
3.2 Estrategias metodológicas	60
3.3 Unidad de análisis	60
3.4 Tipo de muestra	60
3.5 Variables y categorías	60
3.5.1 Variables y categorías relacionadas directamente con las prácticas integrativas y complementarias del cuestionario Anexol	60
3.6 Criterios de selección de caso	62
3.6.1 Criterios de inclusión	62
3.6.2 Criterios de exclusión	63
3.7 Técnicas e instrumentos	63
3.8 Fuentes	63
3.9 Procedimientos	63
3.10 Diseño metodológico y datos de encuestas	64
3.10.1 Presentación general de los datos de clasificación-tema de estudio	64
4.- Análisis de resultados	78
5.- Discusión de resultados	82
6.- Conclusión	86
7.- Bibliografía	88
7.1 Bibliografía general	88
7.2 Sitios web consultados	93
Anexos	100
Anexo I: Encuesta (instrumento)	100
Anexo II: Término de consentimiento libre informado y de privacidad	102
Anexo III: Término de consentimiento libre e informado para coordinadora del programa farmacia viva	103

Anexo IV: Publicaciones académicas de investigaciones científicas sobre el tema de estudio	104
Anexo V: Autorización del comité de ética de investigaciones en Brasil	106
Anexo VI: Testimonios	107

Índice de tablas

Nº de tabla	Nº de página
1 - Nombre popular \ científico, indicación y presentación de los fitoterápicos de la relación nacional de medicamentos. Brasilia, 2012	37
2 - Variables de clasificación sociodemográfica	61
3- Dimensiones de las variables del tema de estudio	62
4- Matriz de datos de clasificación articulada con el número de pregunta del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I	66
5- Operacionalización de las variables de clasificación y sus dimensiones	68
6- Sexo de los encuestados por especialidad de los profesionales relevados (Cantidad de datos 183 en valores absolutos)	69
7.-Sexo, papel de los profesionales y tiempo en su unidad básica de salud (Cantidad de datos 183)	69
8- Tiempo de antigüedad en la unidad básica de salud en la que se desempeñan	71
9.- Variables y sub-dimensiones de variables del tema de estudio articuladas con el número de pregunta del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.	72
10.- Operacionalización de las variables del tema de estudio y sus dimensiones según el Diccionario de la Real Academia Española (D.R.A.E.)	73
11- Operacionalización de las dimensiones de las variables del tema de estudio	74
12- Conocimiento, actitud y práctica de la medicina herbal por parte de profesionales de la salud Montes Claros, MG, 2018	75
13 - Política nacional de plantas medicinales y fitoterapéuticas. Montes Claros, MG, 2018	78
14- Razones para creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias. Montes Claros, MG, 2018	78
15- Conocimiento, actitud y práctica de la medicina herbal por parte de profesionales de la salud Montes Claros, MG, 2018	78
16- Política nacional medicinales y fitoterapéuticas. Montes de plantas Claros, MG, 2018.	79
17- Razones para creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias. Montes Claros, MG, 2018.	80

Índice figuras y gráficos

Nº de figuras	Nº de página
1 - Mapa de ubicación del estado de Minas Gerais, Brasil	10
2 y 3 - Mapa de la ubicación de la ciudad de Montes Claros en el estado de Minas Gerais	10
4 - Organigrama general del primer nivel de atención de salud del municipio y de la ciudad de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil	11
3 - Perspectiva de la estrategia de salud de la familia	14
6 - Prácticas integrativas y complementarias	15
7- Sectores, fondos, compradores, proveedores y usuarios en M.G., Brasil	22
8 - Principios de atención del sistema único de salud (SUS)	23
9 - Parte de los puntos de acupuntura	41

Nº de gráficos	Nº de página
1. Sistema de salud pública de Brasil	24
2. Ocupación en la unidad de salud	68

Nómina de siglas

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Agencia nacional de vigilancia sanitaria.

APS: Atenção Primária de Saúde - Atención primaria de la salud.

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa - Comité de ética en investigación.

CEME: Central de medicamentos.

CFEN: Conselho Federal de Enfermagem - Consejo federal de enfermería.

CFF: Conselho Federal de Farmácia - Consejo federal de farmacia.

CFM: Conselho Federal de Medicina - Consejo federal de medicina.

ESF: Estratégia de Saúde da Família - Estrategia de salud familiar.

GM: Gabinete del ministro.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Instituto brasileño de geografía y estadística.

MS: Ministerio de salud.

NBR: Norma Brasileira - Normativa brasilera.

OMS: Organización mundial de la salud.

ONU: Organización de las naciones unidas.

PIC: Práticas integrativas y complementarias.

PNPIC: Política nacional de práticas integrativas y complementarias.

PNPMF: Política nacional sobre plantas medicinales y medicamentos a base de hierbas.

PPPM: Programa de investigación de plantas medicinales.

PSF: Programa de salud familiar.

RDC: Resolución de la dirección colegiada.

RE: Resoluciones específicas.

Rename: Relación nacional de medicamentos esenciales.

SUS: Sistema único de salud.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Término de consentimiento informado.

1.- Introducción

Este trabajo contempla en su marco legal, la constitución de Brasil, las ordenanzas y su implementación a través del ministerio de salud. De lo descripto previamente, se encuentran las estrategias alternativas medicinales directas y/o complementarias en el marco terapéutico medicinal. Esta última como una utilización alternativa a la medicación tradicional, que adquiere relevancia en un segmento medio/medio bajo y autóctono de la comunidad que posee dicha cultura.

1.1.- Problema

Las plantas medicinales tienen orígenes milenarios y han logrado superponerse con el tiempo, en pos de los beneficios para la salud sobre todo en Brasil. Donde, la historia de la utilización de plantas en el tratamiento de enfermedades, son medidas frecuentes en el hogar y tiene influencias culturales. El consumo de hierbas medicinales ha mostrado un alto crecimiento en el mercado mundial, debido a sus beneficios, como la utilidad preventiva, la terapia y la reducción de los efectos secundarios. Algunos avances en el área científica han permitido el desarrollo de medicamentos herbales seguros y efectivos reconocidos y el interés de la población por terapias menos agresivas dirigidas a la atención primaria de salud que pueden estar asociados con este crecimiento (Riveiro, 2022 <https://portals.iucn.org/library/sites/library/files/documents/traf-067.pdf>).

En referencia al contexto geográfico, el municipio brasileiro de Montes Claros se encuentra ubicado en el norte del estado de Minas Gerais. Es decir, al norte de Belo Horizonte (la capital del estado) a unos 418 km. de dicha capital; y 604 km. de Brasilia, la capital de Brasil. El mismo ocupa un área de 3.568.941 km², de los cuales 25.607 km² están en el perímetro urbano y los restantes 3.543.334 km² constituyen el área rural. Se presenta a continuación el mapa de la ubicación del estado de Minas Gerais, en Brasil (figura 1: <http://www.minas-gerais.info/maps-> mapa del estado de Minas Gerais 2019) y el mapa de la ubicación de la ciudad de Montes Claros, en el estado de Minas Gerais (figuras 2 y 3). Y el organigrama general de las unidades primarias de salud del municipio de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil, el cual se expone en la figura 4 (<http://www.montesclaros.mg.gov.br.>, M.G. de Montes Claros, 2019).

Figura 1

Mapa de la ubicación del estado de Minas Gerais, Brasil.



Fuente: <http://www.minas-gerais.info/maps>, basado en el mapa del estado de Minas Gerais, Brasil (2019).

Figuras 2 y 3

Mapas de la ubicación de la ciudad de Montes Claros en el estado de Minas Gerais



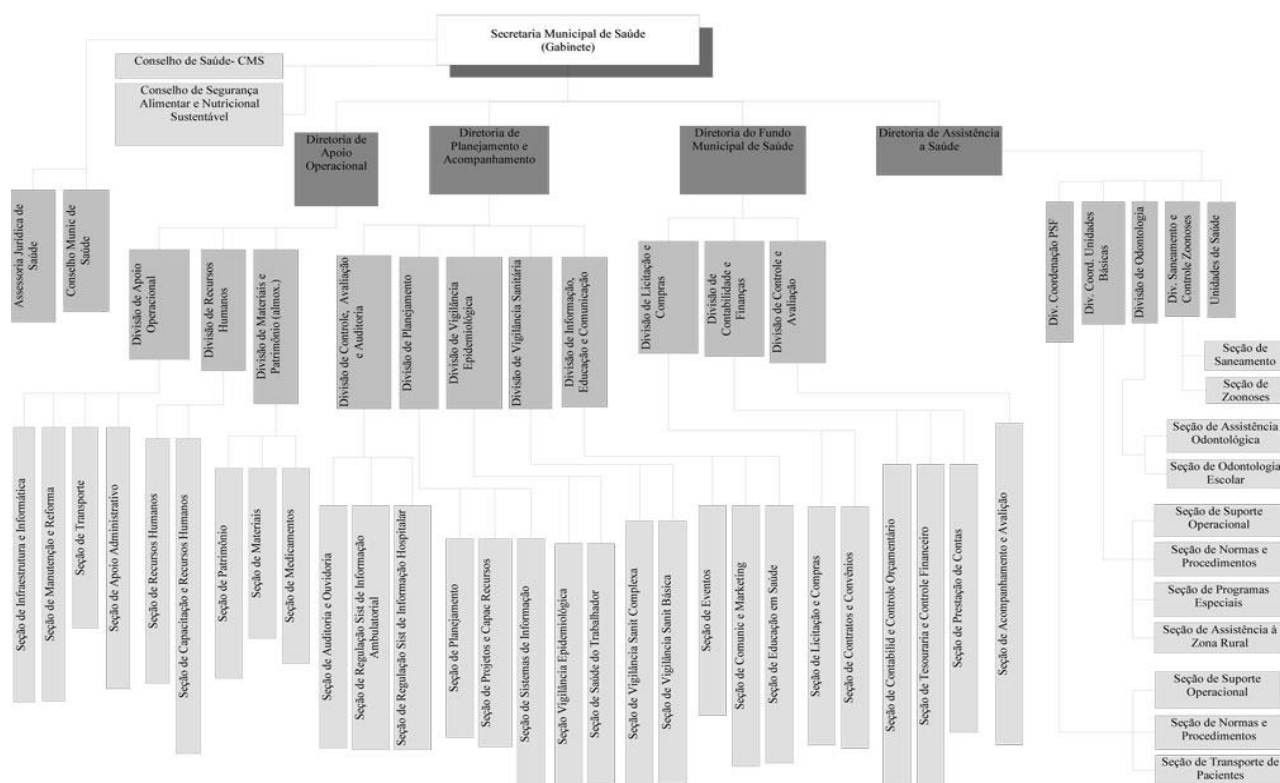
Fuente: <http://www.montesclaros.mg.gov.br>, basados en los mapas de la ciudad de Montes Claros, en el estado de Minas Gerais, Brasil (2019).

La microrregión Montes Claros comprende veintidós municipios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela,

Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia y Verdelândia (<http://www.montesclaros.mg.gov.br>., 2019).

Figura 4

Organigrama de las unidades primarias de salud del municipio de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil



Fuente: http://www.montesclaros.mg.gov.br/imagens/organograma_saude.jpg, basado en el organigrama de las unidades primarias de salud del municipio de Montes Claros, del estado de Minas Gerais, Brasil (2019).

A continuación, se exponen la misión, visión y valores sustentados en el sistema de salud del estado de Minas Gerais, y que se debe cumplimentar en el municipio de Montes Claros, M.G., Brasil (2019):

Misión

Se propende a la actualización permanente, fomentar y regular las políticas de salud al viabilizar las redes de atención de la misma en todas las regiones, y posibilitar el acceso a toda la población de Minas Gerais.

Visión

Ser referente a nivel nacional en salud pública en los próximos 10 años.

Valores

- Agilidad
- Austeridad
- Desburocratización
- Libre iniciativa
- Integralidad
- Equidad
- Simplicidad

Fuente: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/missao-e-visao>, basado en el sistema de salud con respecto a la misión, visión y valores del estado de Minas Gerais, y que se debe cumplimentar en el municipio de Montes Claros, Brasil (2019).

Con respecto al perfil de su población relacionada con el contexto geográfico antedicho, según la estimación del IBGE de 2019, la misma es de 409.341 habitantes, donde su gran mayoría son familias que poseen necesidades básicas insatisfechas, más aún en salud. A pesar de ello, Montes Claros es una ciudad al norte de Minas Gerais, un centro industrial regional, con la industria y el comercio como actividades económicas importantes. En donde se destacan los biomas de cerrado y caatinga los cuales constituyen la vegetación dominante (IBGE, 2018 <https://www.ibge.gov.br/>).

En referencia a la estructura organizacional, la misma está compuesta por el sistema municipal de salud que se encuentra organizado de acuerdo con las pautas y principios del SUS - sistema único de salud, y del estado de Minas Gerais; basada en acuerdo con la ordenanza N° 399 de febrero de 2006 que se refiere al plazo de compromiso entre los gerentes en el pacto para el pacto de salud por vida, pacto de gestión y pacto en defensa del SUS.

Conforme el sistema estructural de Montes Claros (2018), en relación con la red física se distribuye de la siguiente manera: 121 equipos de estrategia de salud familiar (ESF) (área urbana) 10 equipos de estrategia de salud familiar (área rural) ocho unidades básicas de salud (área urbana). Cabe destacar, que Montes Claros está ubicado en el polo de salud en la región norte de Minas Gerais. En lo que se refiere a los servicios de atención primaria a la salud, el municipio contiene 78 equipos de salud de la familia, 13 ubicados en la zona rural y 65 en la zona urbana, cuatro centros de salud, al ser estos últimos responsables por la asistencia a la población sin cobertura de las estrategias salud de la familia (ESF) (Secretaría Municipal de Salud Montes Claros, 2017).

En dicho municipio se contempló, en el año 2014 por el ministerio de salud, la implantación del programa farmacia viva que proporciona a la población el uso de las plantas medicinales de forma correcta y eficaz, el cual es utilizado en el período de estudio del presente estudio. Así como el conocimiento y el interés sobre los fitoterápicos por parte de los profesionales de salud, forma parte y es un componente de las estrategias de salud de la familia de Montes Claros de suma importancia (<http://www.montesclaros.mg.gov.br>, 2019).

Asimismo, la estrategia de salud de la familia (ESF) se compone de equipo multidisciplinario que tiene por lo menos un médico general o especialista en el cuidado de la familia o de la familia médico y la enfermera de la comunidad generalista o especialista en salud de la familia, la ayuda de enfermería o técnico y agentes salud de la comunidad, sumado a un equipo de salud oral, que consiste en un dentista general o especialista en salud familiar, auxiliar y / o técnico en salud oral (<http://portal.www.montesclaros.mg.gov.br>, en base al portal del municipio de Montes Claros, 2019).

Las perspectivas de la estrategia de salud de la familia, se exponen a continuación en la figura 5.

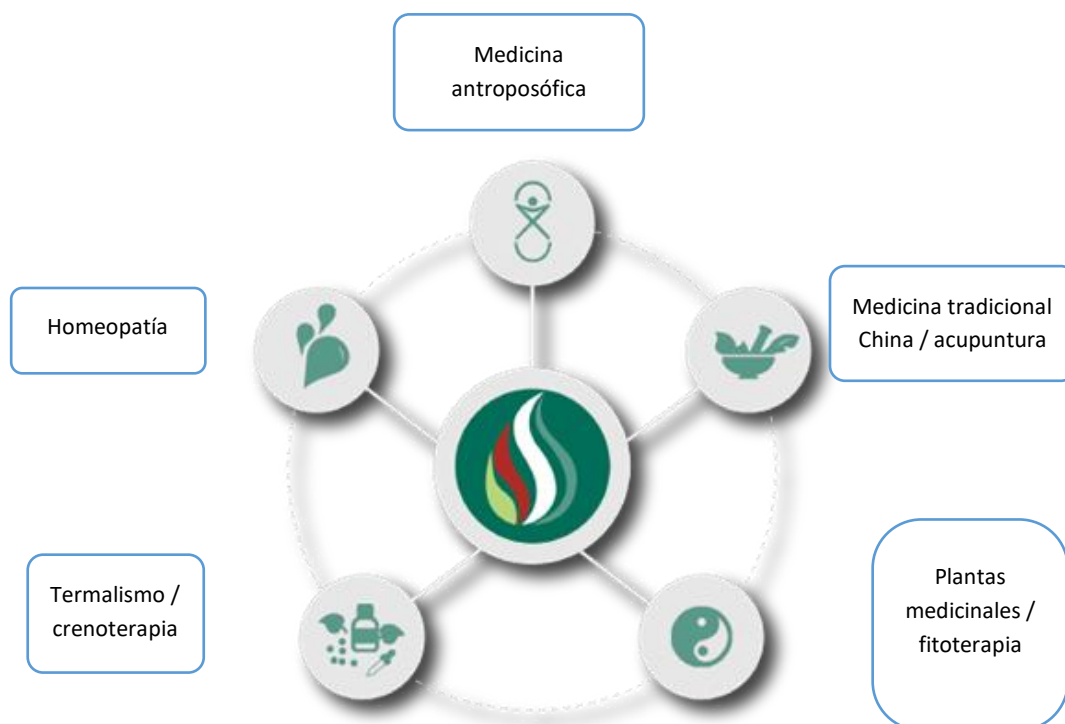
Figura 5

Perspectiva de la estrategia de salud de la familia

Fuente: <http://www.montesclaros.mg.gov.br.>, en base a la perspectiva de la estrategia de salud de la familia (2019).

La contextualización del problema sobre las prácticas integrativas y complementarias, como buenas prácticas, su método y su aplicación se supedita a que, dentro de la política nacional de las mismas, cuya gestión administrativa en servicios de salud son relevantes. Se conocen en sus lineamientos cinco de dichas prácticas integrativas y complementarias para ser utilizadas en el SUS con el fin de promover la recuperación, mantenimiento y prevención de la salud de los usuarios, además de la cura de algunas enfermedades, son ellos: medicina tradicional china / acupuntura, homeopatía, plantas medicinales / fitoterapia (medicina herbaria), termalismo / crenoterapia y medicina antroposófica, que se exponen a continuación en la figura 6 (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Figura 6

Prácticas integrativas y complementarias

Fuente: Elaboración propia (2019) en base a: <https://coffito.gov.br/campanha/pics>, en base a las cinco prácticas integrativas y complementarias.

1.2. Justificación

La importancia de llevar a cabo la presente investigación radica principalmente en conocer la relación de la política de salud, la gestión institucional, el aspecto socio-cultural y profesional con diversas técnicas en lo referente a la prescripción/administración en los procesos de gestión médico-administrativa-educacional en los servicios de salud, en referencia al suministro de fitoterápicos con evidencias científicas; y las injerencias de los laboratorios medicinales como barreras al objeto de estudio, en algunas patologías.

Sin descartar las implicancias financiadoras que posee el SUS y la automedicación de la población demandante por los costos de los medicamentos de

los laboratorios, es que algunos profesionales médicos, muchas veces adolecen de la información real de los fitoterapéuticos y sus consecuencias, por la formación educativa universitaria, que en pocas de ellas lo poseen en el plan de estudios de la carrera de medicina, a pesar que los usos y costumbres poblacionales así lo indican.

En el municipio de estudio, la implementación de prácticas integrativas y complementarias generó dudas a los profesionales de la salud en el primer nivel de atención (que se encuentra compuesto por 78 lugares de atención primaria de la salud de los cuales 13 son unidades básicas de salud y 65 de unidades de familia), por adolecer de la información pertinente y el sistema de capacitación de los mismos. Ante las restricciones enfrentadas para la aplicación de dichas prácticas integrativas y complementarias en el sistema único de salud (SUS) así como en el primer nivel de atención, se enfrentan a un tema de relevancia cultural y económica en la población demandante respecto a la utilización de plantas en el tratamiento de enfermedades, que son utilizadas, en gran medida, en el hogar; como así también en el SUS que financia los medicamentos de la población demandante de bajos recursos, en general.

Los niveles de atención de salud son una forma sistematizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados. Además, el sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el sistema único de salud (SUS), que da cobertura a 75% de la población (la gran mayoría carenciada), y un creciente sector privado, que incluye el sistema de atención médica suplementaria (SAMS) y lo que se llama sistema de desembolso directo, que cubre al 25% aproximadamente de la población de la ciudad de Montes Claros (MG). efectos de una mejor comprensión, se exponen a continuación los sectores públicos y privados, de dónde provienen los fondos, los compradores, proveedores y usuarios en Minas Gerais, y por ende en Montes Claros, Brasil. Es allí donde se considera un tema ético el abordaje de la fitoterapia (medicina herbaria), ya que está basado en evidencias, más allá de la legislación que lo contempla. Dicha evidencia, por ejemplo, indica que se realizó, por ejemplo, un estudio aleatorio de 109 pacientes con diabetes tipo 2,

y demostró que, el polvo herbal de la cassia (*cinnamomum cassia*), un tipo de canela, reduce los niveles de hemoglobina glucolizada en la sangre. Se efectuaron otros estudios similares de la autora (Evangelista, 2020) farmacia de atención y asistencia en la atención primaria de la salud, como ser los autores (Araújo, 2021); (Souza, 2012) y (Silva, 2021), entre otros. Como complemento de lo antedicho, tanto de la fitoterapia (medicina herbaria) en el SUS y el programa de investigación de plantas medicinales de la central de medicamentos; y el manual sobre uso racional de plantas medicinales, entre otros, se adjuntan carátulas de dichos libros y artículos en el anexo nro. IV de la presente investigación.

Es por ello la importancia y originalidad del tema ya que se relaciona tanto a nivel técnico profesional en el campo de la administración de empresas de salud (prestadoras y financiadoras), así como en la población demandante, ya que se revela con la finalidad de comprender los orígenes de dónde surgen los problemas en el uso de fitoterapéuticos, así como los distintos aspectos relevantes y/o barreras de accesibilidad en las unidades de atención primaria, en el municipio de Montes Claros.

En relación a lo expuesto precedentemente, surgen los siguientes interrogantes:

- 1.- ¿Cómo es la utilización de las prácticas integrativas y complementarias en el primer nivel de atención, en el municipio de Montes Claros, M.G., Brasil en el período de 2018 a 2019?
- 2.- ¿Cuáles fueron dichas prácticas integrativas y complementarias en el primer nivel de atención de los equipos profesionales sobre la utilización de los fitoterápicos, al promover, los saberes populares (autóctonos) en conocimientos científicos y en los sociales demandantes, así como su sistema de evaluación (control administrativo) como tal evidencia; y la demanda de los mismos?
- 3.- ¿Cómo y cuándo se determinan y evalúan los procesos administrativos respecto a niveles de conocimiento y percepción asistencial sobre el uso de plantas medicinales y fitoterápicos de los profesionales en la atención primaria de salud y el control administrativo de su difusión a través de las actividades de promoción y prevención de la salud?
- 4.- ¿Cuál es el grado de conocimiento de los médicos respecto del sistema político-administrativo referido a la planificación, gestión, control y retroalimentación de la comunidad demandante en la atención primaria de salud, sobre el objeto de estudio?

1.3. Objetivos generales y específicos

1.3.1 Objetivo general

Describir la utilización de las prácticas integrativas y complementarias: fitoterápicos, en el primer nivel de atención de los profesionales en salud, en Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, en los años 2018 a 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar y describir las prácticas integrativas y complementarias en el primer nivel de atención de los equipos profesionales sobre la utilización de los fitoterápicos, al promover los saberes populares (autóctonos) en conocimientos científicos y en los sociales demandantes, así como su sistema de evaluación (control administrativo) como tal evidencia; y la demanda de los mismos.

- Determinar y evaluar el proceso administrativo, en lo temporal, respecto al nivel de conocimiento y percepción asistencial en relación al uso de plantas medicinales y fitoterápicos por parte de los profesionales de la atención primaria de la salud y el control administrativo de su difusión a través de las actividades de promoción y prevención de la salud.

- Establecer el grado de conocimiento de los médicos respecto del sistema político-administrativo del objeto de estudio: su planificación, gestión, control y retroalimentación, en la comunidad demandante de la atención primaria de salud.

2.- Marcos Conceptuales

2.1. Antecedentes legales y políticos

Desde el aspecto legal derivado de la política, se considera que la atención primaria es la forma de organizar el primer nivel de atención de salud en el SUS, impulsada por el ministerio de salud. La misma, forma parte del movimiento mundial por la valorización de la atención primaria de salud y la construcción de sistemas públicos de salud (Ministerio da Saúde, Brasil, 2007).

Se caracteriza por uno conjunto de acciones de salud, a nivel individual y colectivo, que engloban la promoción y protección de la salud, prevención de lesiones, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud. Se desarrolla mediante el ejercicio de prácticas sanitarias y de gestión democrática y participativa, en forma de trabajo en equipo, dirigido a poblaciones en territorios definidos, para lo cual asume las responsabilidades de salud, al considerar las dinámicas existentes en el territorio en el que viven estas poblaciones (Ministerio da Saúde, Brasil, 2007).

Se utilizan tecnologías de alta complejidad y baja densidad, que deben resolver problemas de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio. Se orientan los principios de universalidad, accesibilidad y coordinación de la atención, vinculación y continuidad, integralidad, rendición de cuentas, humanización, equidad y participación social (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

Es por ello que, la atención primaria es la puerta principal y el centro articulador del acceso de los usuarios al sistema único de salud (SUS) y a las redes de atención de salud, guiados por los principios de accesibilidad, coordinación asistencial, vinculación, continuidad e integralidad. Para cumplir con estos principios, la atención primaria desarrolla programas y acciones, al considerar la diversidad de necesidades de salud de los usuarios (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Las unidades básicas de salud, que son las principales estructuras físicas de la atención primaria, se instalan próximas a la vida de los usuarios. Las mismas juegan un papel central para garantizar el acceso a una salud de calidad.

Las unidades ofrecen una variedad de servicios que realiza el SUS, entre ellos: recepción con clasificación de riesgo, enfermería, consultas médicas y de salud bucal; distribución y administración de medicamentos, vacunas, apósitos, visitas

domiciliarias, actividad grupal en escuelas, educación en salud, entre otros (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

La atención primaria permite resolver la mayoría de las necesidades sanitarias y, si es necesario, derivar a los usuarios a otros niveles de atención (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Según datos del ministerio de salud de Brasil del 2010 las acciones / servicios institucionalizados que involucran fitoterapia se ofrecen principalmente en la atención primaria, a través de la estrategia de salud familiar (ESF). Estas iniciativas acumulan varios avances y posibilidades para la estructuración de los servicios de fitoterapia en la atención primaria del SUS como posibilidad de financiar medicamentos a base de hierbas a través del componente básico de asistencia farmacéutica (ordenanza del ministerio de salud N° 4.217 del 2010), posibilidad de ampliar el alcance de las acciones de atención primaria a través de los centros de apoyo a la salud familiar (NASF), la regulación de las farmacias vivas en el SUS y el establecimiento de buenas prácticas para el procesamiento y manejo de plantas medicinales y fitoterapéuticas nace en la ordenanza N° 886, del año 2010, del ministerio de salud y consulta pública n° 85/2010 de la agencia nacional de vigilancia sanitaria, respectivamente (Ministerio da Saúde, Brasil, 2010). Además, el establecimiento de guías fitoterapéuticas, archivos terapéuticos y relaciones de plantas medicinales y fitoterápicos que componen el modelo de referencia en las tres esferas del gobierno. Entre las principales razones planteadas por el ministerio de salud para la implementación de los proyectos de fitoterapia indicados por los estados / municipios se encuentran: ampliar el acceso de la población a los medicamentos, ampliar la aceptación del rescate de la población / cultura popular / solicitud de la comunidad, un bajo costo, la necesidad de orientación a la población sobre el uso correcto de plantas medicinales, el bajo número de efectos secundarios y la eficacia probada (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

El desempeño seguro de estos servicios está vinculado al conocimiento previo del profesional de la salud sobre la terapia con plantas a base de hierbas medicinales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2010).

Asimismo, la estrategia salud de la familia (ESF) es el modelo prioritario y estratégico para la calificación de la atención y la mejora del acceso a la atención primaria, conformada por equipos multidisciplinarios, integrados por agentes de salud comunitarios, enfermeras, técnicos de enfermería, médicos de familia y comunitarios,

dentistas, auxiliares y / o técnicos dentales y farmacéuticos (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

Además, contiene los siguientes objetivos y metas: la atención a la salud de los ancianos, el control del cáncer cervical y de seno, la reducción de la mortalidad infantil y materna, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a enfermedades emergentes y endémicas, con énfasis en dengue, lepra, tuberculosis, malaria, influenza, hepatitis, la promoción de la salud; el fortalecimiento de la atención primaria; la salud del trabajador biopsicosocial, optimizar la capacidad de respuesta del sistema de salud a las personas con discapacidad; la atención integral a personas en situaciones o en riesgo de violencia y salud. prioritarias (ordenanza GM / MS Nº: 325, 2008).

La construcción del sistema único de salud (principal financiador público de la salud) en Brasil, redujo la segmentación en salud al unir los servicios de los estados, municipios y los del antiguo seguro de salud del instituto nacional de asistencia médica da previdencia social (Inamps). La consolidación del SUS en la constitución federal de 1988, además de establecer el acceso universal, promovió la descentralización / regionalización y la integración con la formación de redes de atención como lineamientos fundamentales. Al respecto, es importante recordar que el SUS se organiza en redes, según lo determina la constitución y, por lo tanto, este tema ha estado presente, explícita o implícitamente, en la agenda de la reforma de salud desde sus inicios (Silva, 2015).

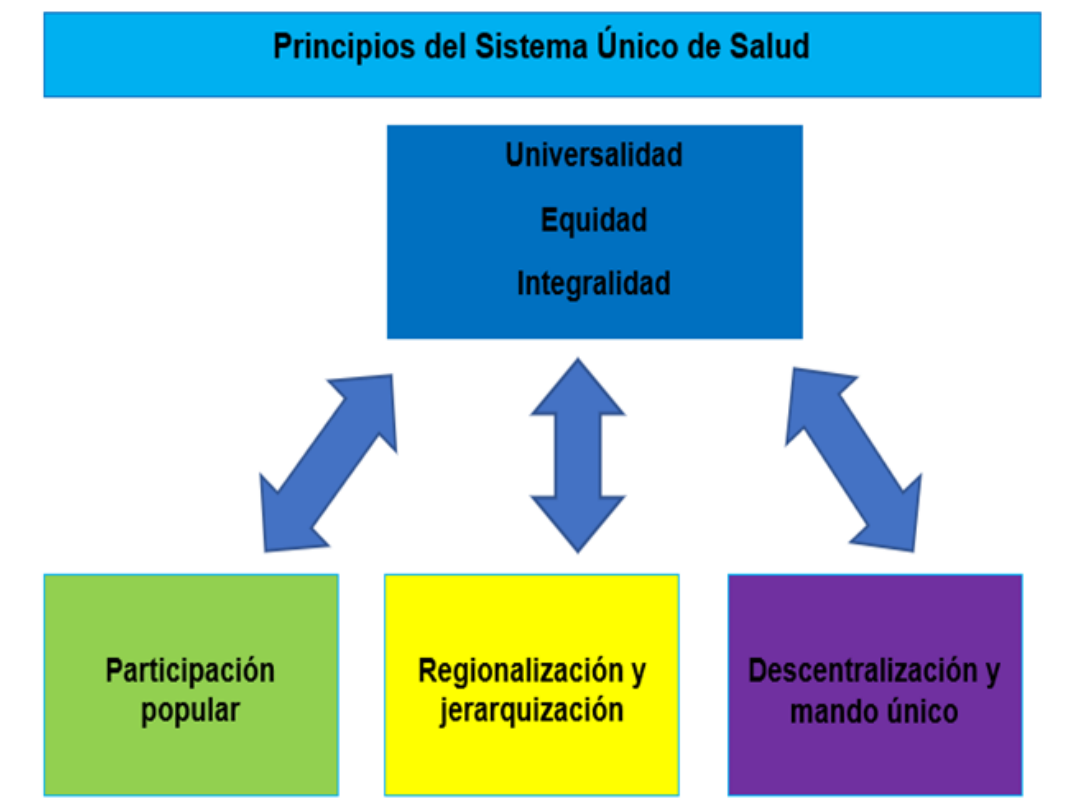
El proceso de descentralización con énfasis en la municipalización en la década de 1990 ha sido objeto de evaluación por varios autores.

En estos estudios, se identificaron la expansión del acceso a los servicios, la innovación en la gestión y el aumento de la participación de la población como los principales resultados favorables de la municipalización (Teixeira, 1997, ps.82-87).

Los principios del sistema único de salud se exponen en figura 7, y los niveles de atención de salud en el SUS constan en la figura 8.

Figura 7

Principios del sistema único de salud (SUS)



Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los principios del sistema único de salud (S.U.S.)

Figura 8

Niveles de atención de salud en el sistema único de salud (SUS)



Fuentes: Elaboración propia (2019), basado en los niveles de atención en el S.U.S.y en Bercerril Monteiko (2011) y en Sobral de Carvalho (2013).

Gráfico 1

Sistemas de salud pública de Brasil

Sistema de salud pública de Brasil	
• Sector:	Público de Brasil
• Fondos:	Impuestos y Contribuciones sociales federales, estatales y municipales.
• Compradores:	Sistema único de salud- S.U.S. SUS federal SUS estatales y SUS municipales En A.P.S. existen Programas como ser Unidad de salud pública
• Proveedores:	- Hospitales universitarios, del Ministerio de Educación, y de las Fuerzas Armadas. - Clínicas y hospitales estatales y municipales del SUS - A través de contratos con el sector privado
• Usuarios:	Todos los ciudadanos (y población con capacidad de pago en servicios de atención de alto costo).

Fuente: Elaboración propia (2020), en base a el Sistema de Salud de Brasil. (Becerril Montekio V. (2011).

2.1.1 Sistema de atención primaria en municipios y estados de Brasil

Este sistema pretende garantizar la salud como “derecho de todos y deber del estado”, pero permite a la iniciativa privada el libre acceso a la asistencia sanitaria. Los principios que la guían son la universalidad, equidad, integralidad, descentralización y participación social.

Los equipos: La ESF exige que los equipos estén compuestos por un médico, un profesional de enfermería y un auxiliar, además de un número de Agentes Comunitarios de Salud, con un máximo de un agente por cada 750 personas. Cada equipo es responsable de 3.500 a 4.500 personas.

El modelo ESF propone que el equipo multidisciplinar asuma la responsabilidad sobre un territorio donde viven y trabajan una cantidad cuantitativa de personas, con la familia como centro de intervención, al buscar imprimir atención continua, intersectorial y resuelta basada en los principios de promoción de la salud (Sobral de Carvalho, 2013).

2.2. Antecedentes del uso de plantas medicinales con fines terapéuticos

El uso de plantas con fines terapéuticos es tan antiguo como la humanidad (Ceolin, 2011). Las primeras civilizaciones se dieron cuenta de que algunas plantas contenían en sus esencias principios activos que, cuando intentaban combatir enfermedades, revelaban empíricamente su poder curativo (Badke, 2011). En Grecia, la época de Pericles (443-229 a. C.) existe un registro de brote de cólera que se habría eliminado con la infusión de tubérculos de una orquídea (Badke, 2011).

Las plantas y los extractos de plantas fueron los recursos terapéuticos más utilizados por la población hasta el siglo XIX. En la farmacopea de la época (farmacopea general para el reino y los dominios de Portugal en 1794 había alrededor de 400 especies de plantas para terapia, lo que representa la mayoría de los medicamentos disponibles (Simões, 2007). Sin embargo, desde mediados del siglo XX hubo un reemplazo de plantas medicinales por drogas sintéticas, una consecuencia del desarrollo de la química (Bello, 2002).

La inclusión en el sistema único de salud (SUS) que se denominan prácticas integrativas y complementarias (PICs), sin duda se remonta a los inicios que precedieron a la creación del SUS desde la constitución de 1988, como la octava conferencia nacional de salud de 1986, es por ello que se considera un hito de innegable relevancia para la garantía o el reconocimiento oficial de estas prácticas, que se pueden considerar como una cuenca hidrográfica, es ésta política nacional de prácticas integrativas y complementarias (PNPIC), definida o instituida por la ordenanza GM N° 971 del 3 de mayo de 2006 (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

Los documentos técnicos que constituyen la política nacional para prácticas integrativas y complementarias ya traen su propia historiografía, al trazar una retrospectiva de los antecedentes que la justifican y fundamentan teórica y políticamente, al informar en esta dirección el programa de medicina tradicional

establecido por la organización mundial de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

El informe de la 10ª conferencia nacional de salud, 1996, recomienda la incorporación en el SUS de terapias alternativas y prácticas populares; la inclusión de consultas médicas sobre homeopatía y acupuntura en la tabla de procedimientos de 1999 (Ministério da Saúde, Brasil, 1996).

El informe de la 11ª conferencia nacional de salud, recomienda la incorporación de prácticas de terapia no convencionales como la acupuntura y la homeopatía; la formación en el ministerio de salud de un grupo de trabajo sobre medicina natural y prácticas complementarias en 2003. Dicho informe recomienda la inclusión en el SUS de la medicina natural y prácticas complementarias (Ministério da Saúde, Brasil, 2000).

Es a partir de estos antecedentes que las políticas nacionales de prácticas integrativas y complementarias (PNPICs) reconoce su formación, su constitución, que estuvo preparado por un grupo de trabajo establecido en el año 2005 por decreto presidencial. Luego, el ministerio de salud comienza a elaborar las PNPICs de las racionalidades, o las prácticas complementarias, que ya estaban instituidas y de alguna manera ya operaban en el SUS a través de iniciativas municipales y estatales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

La política nacional de prácticas integrativas y complementarias tiene como objetivo incorporar e implementar dichas prácticas mencionadas, en el SUS, desde la perspectiva de la prevención de enfermedades y la promoción y recuperación de la salud, con énfasis en la atención primaria, centrada en la atención continua, humanizada e integral en la salud; contribuir a aumentar la capacidad de solución del sistema y aumentar el acceso a la PNPICs., cuyos objetivos además son asegurar la calidad, efectividad, eficiencia y seguridad en el uso; promover la racionalización de las acciones de salud, al estimular alternativas innovadoras y de contribución social al desarrollo sostenible de las comunidades y; estimular acciones relacionadas con el control / participación social, al promover la participación responsable y continua de usuarios, gerentes y trabajadores en diferentes instancias de implementación de políticas de salud (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Por lo tanto, se constituyen subgrupos de trabajo en cuatro áreas principales reconocidas como operativas en el SUS: medicina tradicional china / acupuntura (que comprendía la asociación brasileña de acupuntura médica y la sociedad brasileña de

acupuntura médica), homeopatía (incluida la asociación médica homeopático brasileña), plantas medicinales / hierbas medicinales (incluida la asociación brasileña de fitomedicina) y medicina antroposófica (incluida la asociación brasileña de medicina antroposófica) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Estos subgrupos elaboran la PNPICs que se presenta al consejo nacional de salud (CNS), que a su vez recomienda la inclusión de la práctica del termalismo / crenoterapia social, del grupo de aguas que ya funcionaba y disputaba internamente en Consejo nacional de salud, por lo tanto, la PNPICs se compone de cinco áreas principales. Según lo recomendado por el ministerio de salud, 2017, entre sus directrices, se destacan: la estructuración y el fortalecimiento de la atención en PICs en el SUS; en el desarrollo de estrategias de calificación de PICs para profesionales del SUS, de acuerdo con los principios y lineamientos establecidos para la educación continua; difusión e información de conocimientos básicos de PICs a profesionales de la salud, gerentes y usuarios del SUS, al considerar metodologías participativas y conocimiento popular y tradicional; fomentar acciones intersectoriales, al buscar asociaciones que proporcionen el desarrollo integral de acciones; fortalecimiento de la participación social; proporcionar acceso a medicamentos homeopáticos y fitoterapéuticos en vista de la expansión de la producción pública, al asegurar las especificidades de la asistencia farmacéutica en estas áreas en la regulación de la salud; garantizar el acceso a otros insumos estratégicos de la PNPICs, con calidad y seguridad de las acciones; fomentar la investigación de PICs para mejorar la atención médica mediante la evaluación de la eficiencia, efectividad, efectividad y seguridad de la atención brindada; desarrollo de acciones de monitoreo y evaluación del PICs, para instrumentalizar los procesos de gestión; promover la cooperación nacional e internacional en experiencias del consejo federal de investigación en los campos de atención, educación continua e investigación en salud y garantizar el control de calidad de las hierbas medicinales por parte del sistema nacional de vigilancia sanitaria. La utilización de la sabiduría popular basada en el conocimiento de las plantas medicinales es de relevancia considerable en el sistema de salud, al poder llevar a nuevas investigaciones e informaciones importantes de las plantas, y de esa forma, agregar un nuevo saber para posibles estudios farmacológicos y fitoquímicos (Brasileiro, 2008, ps.629-636) y (Silva, 2015).

La organización mundial de la salud recomendó que los recursos de medicina tradicional y popular fueran utilizados por los sistemas nacionales de salud y que sus

practicantes fueran reclutados como aliados en la organización e inserción de medidas para mejorar la salud de la comunidad (OMS, 2005). Existen diversos programas de fitoterapia (medicina herbaria) implantados o en fase de implantación, en todas las regiones de Brasil. Esto se debe a la búsqueda de las secretarías municipales de salud en facilitar el acceso de la población a las plantas medicinales / fitoterápicas al revisar continuamente el uso correcto de las mismas. Es práctica, a priori, fue implantada en el programa salud de la familia (PSF) de diversos estados. Cabe destacar además que, los medicamentos provenientes de las plantas medicinales son de gran importancia tanto cómo en las formas de utilizarlas, al garantizar un mejor aprovechamiento de la acción farmacológica de los principios activos y consecuentemente menores riesgos de efectos indeseables, al favorecer de esta manera una mayor seguridad. Para garantizar una mejor eficiencia, es esencial que los profesionales que actúan en el área en los servicios de la salud pública estén preparados y entrenados, para orientar a la población en relación a la forma más adecuada de utilizar los fitoterápicos (Silva, 2012, ps.1009-19) y (Santos, 2011).

De esta forma, el uso y el comercio de plantas medicinales se encuentran estimulados en las últimas décadas por la necesidad de una creciente población que busca una mayor diversidad y cantidad de plantas para ser utilizadas en el cuidado de la salud y también aplicadas en tradiciones religiosas. Se considera además que la organización mundial de la salud (OMS) reconoce oficialmente el uso de fitoterápicos. Para que la fitoterapia (medicina herbaria) se fortalezca en la red de salud, es imprescindible la participación de la población, que ella sea actuante, de modo que practique la ciudadanía, en lo que se refiere a la atención a la salud (Silva, 2012).

Asimismo, existen autores que observan que no hay iniciativa en la apropiación de los estudios científicos vinculados al uso de las plantas con fines terapéuticos, se asocia, al reducido número de profesionales de la salud que actúan de forma comprometida y multidisciplinaria, en donde se transforman los saberes populares en conocimientos científicos con el fin de rescatar la riqueza cultural (Borges, 2010) y (Antonio, 2014).

Las condiciones económicas limitadas de los países emergentes y subdesarrollados desfavorecen una asistencia completa a la población que, en gran parte, no tiene condiciones de asumir el tratamiento en la red particular de salud. De esta forma, el fácil acceso y el bajo costo, estimulan la utilización indiscriminada de

innumerables variedades de plantas y terapias alternativas, que incluso pueden perjudicar la salud de los individuos, sin la debida orientación de los profesionales capacitados al respecto. Las políticas públicas relacionadas a las plantas medicinales, fitoterápicos y terapias alternativas procuran acciones terapéuticas a los usuarios del sistema único de salud (SUS) con garantía de acceso a las terapias alternativas y complementarias con seguridad, eficacia y calidad, al promover la sostenibilidad y el desarrollo del país, a través de la inserción del uso de esas terapias alternativas en el ámbito del SUS. Por lo cual, es necesario que el profesional de la salud tenga instrucciones y conocimientos sobre las PNPICs para favorecer y mejorar la calidad de atención al usuario (Bastos, 2010).

2.3. Política nacional de la práctica integral y a sus aspectos regionales

El campo de la política nacional de las prácticas integrativas y complementarias (PNPICs) se incluyen sistemas médicos complejos y recursos terapéuticos, también llamados por la medicina tradicional (MT) y medicina complementaria / alternativa (MCA) por la organización mundial de la salud (OMS). Dichos sistemas y recursos involucran enfoques que buscan estimular los mecanismos naturales de prevención de enfermedades y la recuperación de la salud a través de tecnologías efectivas y seguras, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el medio ambiente de la sociedad. Otros puntos compartidos por los diversos enfoques cubiertos en este campo son la visión ampliada del proceso de salud-enfermedad y la promoción global de la atención humana, especialmente el autocuidado (OMS, 2002).

A fines de la década de 1970, la OMS creó el programa de medicina tradicional, destinado a formular políticas en el área. Desde entonces, en varios comunicados y resoluciones, la OMS ha expresado su compromiso de alentar a los estados miembros a formular e implementar políticas públicas para el uso racional e integrado de medicina tradicional (MT) y medicina complementaria / alternativa (MCA) en los sistemas nacionales de atención de salud y para el desarrollo de estudios y un mejor conocimiento de su seguridad, eficacia y calidad. El documento estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 reafirma el desarrollo de estos principios (OMS, 2002).

En Brasil, la legitimación e institucionalización de estos enfoques de la atención de salud comenzó en la década de 1980, especialmente después de la creación del SUS. Con la descentralización y la participación popular, los estados y municipios han ganado una mayor autonomía en la definición de sus políticas y acciones en salud, a través de la implementación de las experiencias pioneras sobre el tema (OMS, 2002).

El decreto N° 5.813, publicado en 2006, aprueba la política nacional de plantas medicinales y fitoterapia (medicina herbaria) (PNPMF) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a). Por lo cual, se consideran como dos instrumentos principales para orientar o desarrollar acciones y programas de plantas medicinales y fitoterapia en salud pública. Este decreto establece lineamientos para el desarrollo de la cadena productiva de plantas medicinales y herbales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a).

La política nacional de prácticas integrativas y complementarias de SUS (PNPIC), incluye lineamientos, acciones y responsabilidades de dos entidades federales, estatales y municipales para la inserción de servicios en la red pública, dentro de otras prácticas, como plantas medicinales y fitoterapia (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006b). Las acciones resultantes de esta política, expresadas en un programa, son esenciales para ayudarlo a: o acceder a la población de plantas medicinales y herbales; inclusión social y regional; o desarrollo agrícola, industrial y tecnológico; promover la seguridad alimentaria y nutricional; o el uso sostenible de la biodiversidad brasileña y la valoración / preservación del conocimiento tradicional de comunidades y comunidades tradicionales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2018).

El programa componente verde de la red farmacia de Minas Gerais fue lanzado por el departamento de salud de dicho estado en marzo de 2010, es también un canal de acceso a plantas medicinales a través del sistema único de salud (SUS) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2018).

Para iniciar el trabajo de inserción de fitoterapia (medicina herbaria) en el estado de Minas Gerais en SUS, el "componente verde" seleccionó a 16 especies de plantas medicinales, a saber: *allium sativum* L. (ajo), *calendula officinalis* L. (caléndula), *cordia verbenacea* dc. (ballenas) *cynara scolymus* L. (alcachofa), *lippia menosides* cham. (pimiento romero), *maytenus ilicifolia* (schr.) planch. (espinheira-santa), *melissa officinalis* L. (melissa), *mentha x piperita* L. (menta piperita), *mentha villosa* huds (menta piperita), *mikania laevigata* (guaco), *ocimum gratissimum* L. (lavanda), *passiflora alata* curtis (maracuyá dulce), *passiflora edulis* sims (maracuyá), *passiflora incarnata* L. (maracuyá silvestre), *plantago major* L. (plátano) y *stryphnodendron adstringens* (mart.) coville (barbatimão) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2010).

Las especies enumeradas anteriormente fueron preseleccionadas mediante validación científica. Este programa enfatiza la necesidad de un control de calidad equitativo entre los eslabones de la cadena de plantas medicinales, desde la producción hasta el consumidor final (Sant'Ana, 2011, p.138-44).

2.4. La importancia de la unidad básica de salud y equipos de estrategia de salud familia

El ministerio de salud lleva a cabo varios programas con la misión de acercar la salud al ciudadano y dotar al profesional de la especialización necesaria, para que pueda realizar su labor con más calidad. En estos programas deben observarse los principios básicos que rigen la organización de un servicio de salud, incluida la planificación (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

La estructuración de un servicio se da en base al diagnóstico de la realidad y una adecuada planificación, al considerar todas las variables posibles en este proceso. La identificación y análisis del contexto de la atención de la salud y los problemas respectivos pueden subsidiar y calificar las decisiones y acciones de los profesionales y gerentes de salud, de manera que exista participación, a fin de lograr metas con resolución, efectividad, al destacar las ventajas y desventajas para todos los involucrados (Kurcgant, 2005).

En la gestión de una unidad básica de salud-UBS, es necesario prestar atención a la organización de la misma y la respectiva política de atención a los usuarios. Las inquietudes van más allá de la actividad técnica de realizar un adecuado diagnóstico de la realidad y respectiva planificación con toma de decisiones

participativa y resolutive que cumpla con los principios del SUS. Estas preocupaciones tienen que ver con la expresión de significados y, por tanto, nos permiten acercarnos a la comprensión de las relaciones e interacciones experimentadas por las personas en el marco de una UBS. Para ello, se estableció el objetivo de este estudio: esclarecer los significados de la organización y el cuidado o cuidado que brinda una unidad básica de salud, según sus empleados y usuarios y familiares, así como obtener sugerencias para mejorar su gestión (Kurcgant, 2005).

La estrategia salud de la familia (ESF) busca promover la calidad de vida de la población brasileña e intervenir en factores que ponen en riesgo la salud, como la falta de actividad física, la mala alimentación, el tabaquismo, entre otros. Con una atención integral, equitativa y continua, la ESF se consolida como puerta de entrada al sistema único de salud (SUS). La proximidad del equipo de salud al usuario permite conocer a la persona, la familia y el barrio. Esto asegura una mayor adhesión del usuario al tratamiento y las intervenciones propuestas por el equipo de salud, y el resultado es más problemas de salud resueltos en atención primaria, sin necesidad de intervención de mediana y alta complejidad en una unidad de urgencias (UPA las 24 horas) y hospital (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

El equipo de salud de la familia está vinculado a la unidad básica de salud (UBS) local. Este nivel de atención resuelve el 80% de los problemas de salud de la población. Sin embargo, si la persona necesita una atención más avanzada / compleja, el equipo de salud de la familia ya realiza la derivación a los hospitales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

De esta manera, la salud de la familia se fortalece como puerta de entrada al sistema único de salud, basada en la reorganización de la atención primaria en el país, según los preceptos del sistema único de salud. La estrategia de salud de la familia (ESF) está compuesta por un equipo multidisciplinario con al menos un médico general o especialista en salud familiar o médico de familia y comunitario, médico general, asistente o técnico de enfermería y trabajadores de salud comunitarios (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Cada equipo de salud de la familia debe ser responsable de un máximo de 4.000 personas de un área determinada, que tendrán corresponsabilidad en la atención sanitaria. Las actividades básicas de un equipo de salud de la familia son: conocer la realidad de las familias de las que son responsables e identificar los problemas de salud y situaciones de riesgo más comunes a los que está expuesta la

población, realizar, según la calificación de cada profesional, los procedimientos de vigilancia de la salud y vigilancia epidemiológica, en los diferentes ciclos de vida, garantizar la continuidad del tratamiento, mediante la adecuada referencia del caso, brindar asistencia integral, al responder de manera continua y racional a la demanda, tendientes a buscar contactos con personas sanas o enfermas, a efectos de lograr el objetivo de promover la salud a través de la educación para la salud, promover acciones intersectoriales y alianzas con organizaciones formales e informales existentes en la comunidad para enfrentar conjuntamente los problemas, discutir, permanentemente, con el equipo y la comunidad, el concepto de ciudadanía, al enfatizar sobre los derechos a la salud y las bases legales que los legitiman y fomentar la formación y / o participación activa de los consejos locales de salud y el consejo municipal de salud (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

Los profesionales de atención primaria de salud deben ser capaces de planificar, organizar, desarrollar y evaluar acciones que respondan a las necesidades de la comunidad, en articulación con los distintos sectores involucrados en la promoción de la salud (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

La calidad de los servicios de salud, de esta manera, pasa a figurar como resultado de diferentes factores o dimensiones que constituyen instrumentos, de hecho, tanto para la definición y análisis de problemas como para la valoración del grado de compromiso de los profesionales y gestores de salud (alcaldes, secretarios y concejales municipales de salud, entre otros) con el estándares técnicos, sociales y humanos (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

2.5. Plantas medicinales en Brasil

Desde tiempos inmemoriales, el hombre ha buscado en la naturaleza recursos que mejoren su condición de vida, al aumentar así sus posibilidades de supervivencia al mejorar su salud. En todos los tiempos y culturas, se aprendió a aprovechar los recursos naturales locales. Asimismo, el uso de la medicina tradicional (MT) y las plantas medicinales en los países en desarrollo se ha observado ampliamente como una base normativa para mantener la salud (organización de naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura, 1996). La medicina, en estos países, basada en tradiciones y creencias locales, sigue un fuerte apoyo de la atención médica. Según la definición de la organización mundial de la salud (OMS), la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia (Carneiro, 2014).

Hasta la primera mitad del siglo XX, Brasil era esencialmente rural y utilizaba en gran medida una flora medicinal, tanto nativa como introducida. La medicina popular en el país es un reflejo de las uniones étnicas entre diferentes inmigrantes y los innumerables pueblos indígenas que difunden el conocimiento de las hierbas locales y sus usos, transmitidos y mejorados de generación en generación (Lorenzi, 2002). Además, las plantas medicinales, los preparados fitosanitarios y los productos naturales aislados representan un mercado que mueve miles de millones de dólares, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo (Souza, 2012).

Se estima que el 25% de los 8 millones de dólares en ingresos de la industria farmacéutica brasileña, registrados en 1996, proviene de medicamentos a base de hierbas (Nodari, 2003). También se estima que las ventas en este sector crezcan un 10% anual, con una estimación de haber alcanzado la cifra de U\$S 550 millones en 2001 (Kein, 2009).

El uso de medicamentos a base de plantas con fines profilácticos, curativos, paliativos y/o de diagnóstico comenzó a ser reconocido oficialmente por la OMS en 1978, cuando recomendó la difusión mundial de los conocimientos necesarios para su uso. Al considerar a las plantas medicinales como importantes instrumentos de asistencia farmacéutica, varias comunicaciones y resoluciones de la OMS expresan la posición del organismo sobre la necesidad de valorar el uso de estos medicamentos en el campo de la salud (Alonso, 1998).

En su rol institucional, el ministerio de salud de Brasil desarrolla diversas acciones con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales para la elaboración de políticas públicas orientadas a la inserción de plantas medicinales y fitoterapia (medicina herbaria) en el SUS para el desarrollo del sector. La cadena de producción de plantas medicinales tiene una interfaz con varias áreas del conocimiento y, por lo tanto, requiere acciones multidisciplinares (Matos, 1997). Los resultados esperados, en el ámbito de la salud, dependen de las reglas que regulen todas las etapas y las acciones responsables. Para buscar acciones conjuntas y complementarias, el ministerio de salud, previamente mencionado, aglutinó las distintas iniciativas del sector (Matos, 2001).

La política nacional de medicamentos, como parte esencial de la política nacional de salud, en el ámbito de sus lineamientos para el desarrollo tecnológico, aboga que el apoyo a la investigación encaminada a aprovechar el potencial terapéutico de flora y fauna nacional, es relevante destacar la certificación de sus propiedades medicinales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006b).

Las plantas medicinales son vegetales que, debido a que tienen principios de curación activos, se usan en terapias, que proporcionan una acción beneficiosa sobre el organismo enfermo (Ratera, 1980).

Los fitoterápicos son medicamentos obtenidos de plantas medicinales, que utilizan sólo derivados de medicamentos vegetales, y deben tener garantía de calidad, actividad farmacológica comprobada y composición estandarizada, respaldados por estudios científicos (ANVISA, 2004). La fitoterapia (medicina herbaria) es el área de la medicina que utiliza plantas, parte de ellas o preparaciones hechas de ellas, para la prevención y / o tratamiento de enfermedades (Rosa, 2012, ps.306-310).

Las plantas medicinales se pueden clasificar según su acción en el cuerpo, a saber: calmante, fortificante, diurético, hipotensor, estimulante, emoliente, coagulante, sudoración, regulación intestinal, reconstituyente, depurativa y remineralizante (Rudder, 2002).

La utilización adecuada de las plantas y sus ingredientes activos requiere una preparación adecuada, al tener en cuenta cada parte a utilizar, el ingrediente activo extraído o la enfermedad a curar (Arnous, 2005) y (Ferrão, 2015). Las plantas representan valores medicinales, cuando se usan correctamente, debido al riesgo de envenenamiento y pueden ocurrir varios efectos secundarios adversos. El aloe vera es un ejemplo citado por la agencia nacional de vigilancia sanitaria (ANVISA), donde tienen valores terapéuticos y un alto contenido tóxico debido a la presencia de aloína. Estos ingredientes activos pueden provocar inflamación renal y hepática (Ministerio da Saúde, Brasil, 2007).

El uso y el comercio de plantas medicinales también ha sido estimulado por la necesidad de la población de buscar una mayor diversidad y cantidad de plantas para ser utilizadas en el cuidado de la salud y también en tradiciones religiosas (Maioli Azevedo, 2007). El comercio de plantas medicinales involucra varias especies y partes de plantas, la mayoría de ellas comercializadas por el nombre popular regional, por grupos de comerciantes responsables del suministro de mercados libres por región (Dutra, 2009).

El consumo de plantas medicinales se basa en la tradición familiar y se ha convertido en una práctica generalizada en la medicina popular (Balbinot, 2013, ps.632-638). El uso de la sabiduría popular basada en el conocimiento de las plantas medicinales es de gran relevancia y puede conducir a una mayor investigación e información importante sobre las plantas, al agregar nuevos conocimientos para posibles estudios farmacológicos y fitoquímicos (Brasileiro, 2008) y (Silva, 2015).

La organización mundial de la salud ha recomendado que los recursos de medicina tradicional y popular sean utilizados por los sistemas nacionales de salud y que sus profesionales sean considerados como aliados en la organización e implementación de medidas para mejorar la salud comunitaria (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

En Brasil, el ministerio de salud ha creado resoluciones que establecen buenas prácticas en el procesamiento, el almacenamiento de plantas medicinales, la preparación y distribución de productos maestros y de taller para medicamentos medicinales y herbales dentro del sistema único de salud (SUS) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2017).

El ministerio de salud publicó el 28 de marzo de 2012 la ordenanza MS / GM Nº 533, que establece el listado de medicamentos e insumos de la relación nacional de medicamentos esenciales - RENAME.

En donde, doce hierbas medicinales se incluyen en el cambio de nombre, como ser la alcachofa, el lentisco, la barbosa, la cáscara sagrada, espiradeira, guaco, la garra del diablo, menta, isoflavona, plantago, sauce y la uña de gato (ordenanza MS \ G M Nº 533 de 28 de marzo de 2012 bajo el sistema único de salud (SUS) (Ministerio da Saúde, Brasilia, 2012).

Tabla 1

Nombre popular \ científico, indicación y presentación de los fitoterápicos de la relación nacional de medicamentos

Nombre popular / Nombre científico	Indicación \ acción	Presentación
Alcachofra (<i>CynarascolymusL.</i>)	Tratamiento de los síntomas de dispepsia funcional (síndrome de incomodidad postprandial) y de hipercolesterolemia leve y moderada. Presenta acción colagoga y colérica.	Cápsula, comprimido, gragea, solución oral y tintura
Aroeira (<i>SchinusterebinthifoliusRaddl</i>)	Presenta acción cicatrizante, anti-inflamatoria y antiséptica tópica, para uso ginecológico.	Gel y óvulo
Babosa (<i>Aloe vera L.</i>)	Tratamiento tópico de quemaduras del 1º y 2º grados y como coadyuvante en los casos de psoriasis vulgaris.	Crema
Cascara-sagrada (<i>Rhamnuspurshiana DC</i>)	Coadyuvante en los de obstrucción intestinal eventual.	Cápsula y tintura
Espinheira-santa (<i>MaytenusofficinalisMabb</i>)	Coadyuvante en el tratamiento de la gastritis y la úlcera gastroduodenal y los síntomas de la dispepsia.	Cápsula, emulsión, solución oral y tintura
Guaco (<i>MikaniaglomerataSpreeng</i>)	Presenta acción expectorante y broncodilatador.	Cápsula, solución oral, tintura y jarabe
Garra-do-diabo (<i>Harpagophytumprocumbens</i>)	Tratamiento del dolor lumbar bajo agudo y como coadyuvante en los casos de osteoartritis. Presenta acción antiinflamatoria.	Cápsula, comprimido
Hortelã (<i>Mentha x PiperitaL.</i>)	Tratamiento del síndrome del colon irritable. Presenta acción antiflatulenta y antespática.	Cápsula
Isoflavona-de-soja (<i>Glycine Max</i> (L) Merr)	Coadyuvante en el alivio de los síntomas del climaterio.	Cápsula y comprimido
Plantago (<i>PlantagoovataForssk</i>)	Coadyuvante en los casos de obstrucción intestinal habitual. Tratamiento del síndrome del colon irritable.	Polvo para dispersión oral
Salgueiro (<i>Salix Alba L.</i>)	Tratamiento de dolor lumbar bajo agudo. Presenta acción anti-inflamatoria.	Comprimido
Unha-de-gato (Uncariatomentosa) Willd. Ex Roem&Schult)	Coadyuvante en los casos de artritis y osteoartritis. Presenta acción anti inflamatoria e inmunomoduladora.	Cápsula, comprimido y gel

Fuente: Ordenanza MS \ GM N° 533 de 28 de marzo de 2012 bajo el sistema único de salud (SUS), Brasilia, Brasil.

El uso de plantas medicinales en la recuperación de la salud ha evolucionado desde las formas más simples de tratamiento local utilizadas por los hombres de las cavernas hasta las formas tecnológicamente sofisticadas de fabricación industrial utilizadas por el hombre moderno. A pesar de las enormes diferencias entre las dos formas de uso, el principio activo es el factor común entre ellas (Lorenzi, 2002).

La planta medicinal cuando se cosecha y usa correctamente, difiere de la droga industrial hecha con la sustancia sola por su empaque y por las sustancias colorantes, aromatizantes, de cuerpo completo y conservantes que acompañan al ingrediente activo (Matos, 2002). Asociado con la presencia del ingrediente activo, para que las especies de plantas se seleccionen adecuadamente, son necesarias algunas características deseables de las plantas medicinales, como su eficacia, bajo riesgo de uso, reproducibilidad y consistencia de su calidad (Arnous, 2005).

Los avances tecnológicos han contribuido al aislamiento y aclaración estructural de los ingredientes medicinales a base de hierbas. Varias sustancias activas con actividades farmacológicas, a menudo indicadas por el uso tradicional, han tenido sus actividades científicamente comprobadas (Kein, 2009).

En los tiempos contemporáneos, el hombre todavía busca varias soluciones para tratar enfermedades, por lo que las plantas medicinales contribuyen eficazmente a resolverlas (Lima, 2014).

El hecho de que las plantas medicinales tengan propiedades terapéuticas no niega los posibles efectos tóxicos. Paracelsus en la edad media declaró que todas las sustancias son venenosas y la dosis es la razón por la que se convierte en una droga (Nogueira, 2009).

El uso racional de las plantas medicinales incluye la identificación correcta, el conocimiento de cómo preparar, cultivar, almacenar, arriesgar e interactuar entre plantas y medicamentos. El uso empírico de plantas medicinales en ausencia de evidencia adecuada puede conducir a una intoxicación, a reacciones alérgicas y por ende a un tratamiento ineficaz. Los errores en la identificación de las especies empleadas o en la forma de cultivo, cosecha, almacenamiento y preparación pueden estar asociados con un mayor riesgo (Silva, 2012).

Al tener en cuenta la gran diversidad de especies de plantas, así como la riqueza étnica y cultural, las plantas medicinales ocupan una posición destacada en relación con la importancia del uso medicinal popular (Garlet, 2001, ps.9-18).

La humanidad, para curar sus males, siempre ha usado elementos medicinales que se encuentran en la naturaleza. Las plantas medicinales sirvieron como base para hacer medicinas. Este conocimiento ha sido mejorado y enriquecido a través de las generaciones, transmitiéndose en los entornos domésticos (Pires, 2014, ps.426-433).

El té (cocción con agua) fue la forma más comúnmente reportada del uso de plantas medicinales en Montes Claros (Pires, 2014). Esta forma de preparación de plantas, concuerdan con los conceptos de otros autores como (Veiga, 2005). Quienes también identificaron que las preparaciones crudas o frías, cocidas o calientes de la cocción en agua, eran la forma más utilizada. Sin embargo, en otros estudios, se identificaron otras formas de uso como el jarabe casero más común, y la infusión (Pires, 2014).

2.6. Lineamientos de las cinco prácticas integrativas y complementarias para ser utilizadas en el SUS

2.6.1. Medicina tradicional china/acupuntura

La medicina tradicional china fue legitimada en Brasil en 1985, a través del instituto nacional de asistencia médica de bienestar social (INAMPS). Las prácticas generalizadas de la medicina tradicional china son: acupuntura, tai chi chuan, qi gong y lian gong, que a través de técnicas terapéuticas promueven el equilibrio de qi (energía vital) y mejoran su circulación en los 12 meridianos del mundo cuerpo (Luz, 2005).

Existen registros que documentan la existencia de tratamientos de acupuntura tradicionales en China durante más de 5,000 años, pero sólo en el siglo XIX se conocieron los tratamientos con esta práctica en occidente (Gerber, 2000). Según algunos autores, la estimulación nerviosa ha sido la técnica más utilizada en ensayos clínicos para probar los efectos analgésicos y clínicos de la acupuntura en el sistema nervioso, y se utilizan exámenes de imágenes como el electroencefalograma y la resonancia magnética nuclear. Los estudios han demostrado la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de trastornos temporomandibulares, osteoartritis, neuralgia del trigémino, gastritis, migraña, trastornos psicológicos (Vickers, 2004). Así como debilidad muscular, hemiplejía y obesidad (Cabyoglu, 2006).

2.6.1.1 Puntos de acupuntura

Los puntos de acupuntura se han determinado empíricamente durante miles de años de práctica médica (Ristol, 1997, p.894-898). Acupunto es una región de la piel en la que la concentración de terminaciones nerviosas sensoriales es grande y está en estrecha relación con los nervios, vasos sanguíneos, tendones, periostio y cápsulas articulares (Wu, 1990, ps. 13-25).

Su estimulación permite el acceso directo al sistema nervioso central (Farber, 1994, ps. 125-131). Los estudios morfofuncionales han identificado los plexos nerviosos, los elementos vasculares y los haces musculares como los sitios más probables para los puntos de acupuntura. También se pueden observar otros receptores encapsulados, principalmente el órgano de golgi del tendón y los bulbos terminales de krause (Hwang, 1992, ps. 12-15).

Asimismo, varios estudios han demostrado una gran cantidad de mastocitos en los puntos de acupuntura. Se encontró que las ratas adultas tienen recuentos de mastocitos significativamente más altos en los puntos de acupuntura que en otros lugares (Hwang, 1992, ps. 12-15). Además, los puntos de acupuntura tienen diferentes propiedades eléctricas de las áreas adyacentes: alta conductancia, menor resistencia, patrones de campo organizado y diferencias en el potencial eléctrico (Altman, 1992, ps.454-459).

Por tanto, se denominan puntos de baja resistencia eléctrica de la piel (PBRP) y se pueden ubicar en la superficie de la piel a través de un localizador de puntos. En ratas, existe una correlación positiva entre el desarrollo de PBRP posnatal y el aumento del recuento de mastocitos en el tejido conectivo dérmico en estos PBRP. En los puntos de acupuntura de ratas y humanos, se pueden observar las uniones entre los mastocitos y las fibras nerviosas aferentes y eferentes inmunoreactivas a la sustancia neurotransmisora P (SP) (Kendall, 1989, ps. 251-268).

Según se observaron uniones específicas de mastocitos y células nerviosas en los puntos de acupuntura, así como informes de desgranulación de mastocitos en dicho punto después de su estimulación con aguja. Funcionalmente, los mastocitos están estrechamente relacionados con reacciones de hipersensibilidad inmediata, inflamación neurogénica y enfermedades parasitarias (Hwang, 1992, ps. 12-15).

Debido a la variedad de estímulos y agentes capaces de activar el mastocito, también se ha sugerido su participación como adyuvante o amplificador de respuestas inflamatorias agudas no relacionadas con la hipersensibilidad inmediata. Por ejemplo,

se sabe que los mastocitos producen interleucina 8 (IL-8), un potente agente quimiotáctico para neutrófilos (Moller, 1993, ps.3261-3266).

La combinación de las características descritas hace que el punto de acupuntura sea extremadamente reactivo al pequeño estímulo causado por la inserción de la aguja (Kendall, 1989, ps.251-268).

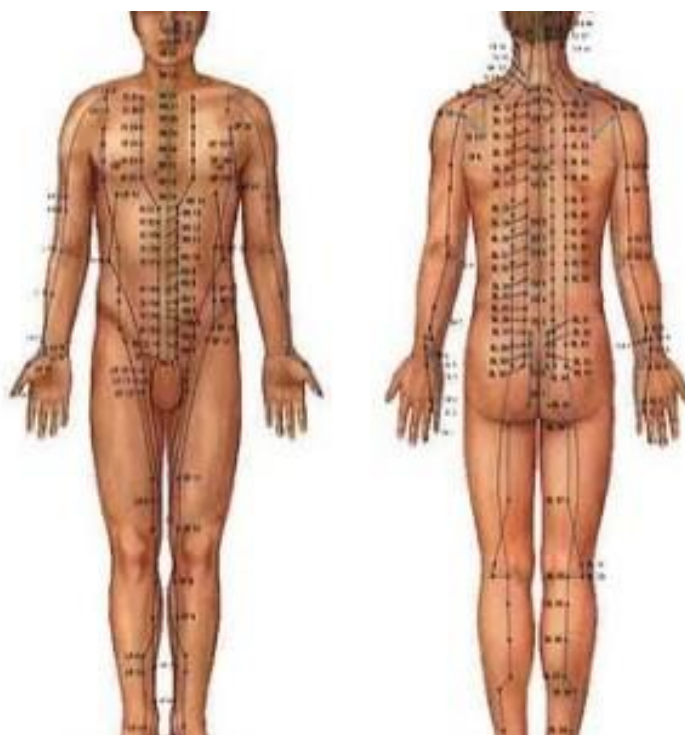
Los puntos de acupuntura se pueden dividir en puntos de tipo I o motores; el tipo II, ubicado en las líneas medianas posterior y anterior (o dorsal y ventral) del organismo y el tipo III, que tienen lectura difusa con neurómetro (Gunn, 1976, ps.183-195).

En cuanto a su ubicación, los puntos de acupuntura de las extremidades se ubican en líneas que siguen el recorrido de los principales nervios y vasos sanguíneos, los del tronco, a nivel de inervación segmentaria, donde los nervios y vasos sanguíneos penetran en la fascia muscular y los de la cabeza y la cara, cerca de los nervios craneales y cervicales superiores (Kendall, 1989, ps.251-268).

La figura 9 ilustra parte de los puntos de acupuntura.

Figura 9

Parte de los puntos de acupuntura.



Fuente: <https://alternativasterapeuticas.webnode.com.br/medicina-tradicional-chinesa/>, en base de parte de los puntos de acupuntura (1989).

Está contraindicado el uso de acupuntura durante el embarazo, en dermatitis o áreas tumorales y en pacientes con marcapasos. La institución del tratamiento con acupuntura antes de realizar un diagnóstico también está contraindicada, con el riesgo de enmascarar o alterar los signos clínicos. La respuesta inmune de la acupuntura y la moxibustión (calentar la piel sobre el punto de acupuntura con la ayuda de una varilla de moxibustión - *artemisia vulgaris* - al rojo vivo) en las funciones inmunológicas está estrechamente relacionada con el sitio de estimulación. Se nota una diferencia significativa cuando se estimulan o no puntos de acupuntura y también entre los estímulos dados a diferentes puntos de la misma. Es una característica de la acupuntura mantener la función inmunológica en un estado óptimo, al regular sus mecanismos (Altman, 1992, p.454-459).

En general, la acupuntura puede restaurar la homeostasis de un organismo, al disminuir las hiperfunciones y al activar los mecanismos de hipofunción. La clasificación de esta situación como un efecto regulador bidireccional, pero estas acciones dependen del estado de salud del organismo en cuestión (Meng, 1992, p.211-219).

2.6.2. Homeopatía

El origen de la homeopatía se basó en un método experimental y empírico: la experimentación fue realizada en personas sanas. En un momento en que la terapia médica no era científica, y propuso muchos tratamientos ineficaces y tóxicos, la homeopatía propuso la experimentación de sustancias en personas sanas y su uso posterior en personas enfermas cuyos síntomas eran similares a los de la experimentación. Los estudios de meta-análisis aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo también demostraron la eficacia de los medicamentos homeopáticos. A través de una evaluación bioquímica, se ha comprobado el efecto protector de la medicina homeopática *chelidonium majus* en el hígado (Banerjee, 1991). La investigación realizada en la escuela de medicina de Jundiaí sobre los efectos de los medicamentos homeopáticos en pacientes con depresión encontró una eficacia terapéutica similar a la fluoxetina (Adler, 2009).

La homeopatía sigue tres principios universales:

- (1) primero principio - ley de similitud - lo similar cura lo similar;
- (2) segundo principio experimentación en el hombre sano y

(3) tercer principio - dosis infinitesimales, el uso de la medicina diluida - fue descubierto en la práctica con sus pacientes. Inicialmente, se trataba con dosis ponderales, de acuerdo con la dosis farmacéutica en ese momento, pero la frecuencia e intensidad de los agravamientos fueron constantes. Luego se dio cuenta de que a medida que se diluían las dosis, el efecto curativo persistía y los agravamientos tendían a disminuir y desaparecer, hasta disminuir con dosis infinitamente pequeñas de la sustancia matriz. La terapia homeopática se diferencia de otros sistemas terapéuticos (alopático y enantiopático) en el razonamiento clínico, en el tipo y preparación de la medicación utilizada (Adler, 2009).

El principio de similitud expresado en el aforismo "similia similibus curantur" (lo similar cura lo similar) es el soporte filosófico de la homeopatía, inspirado en las enseñanzas de la medicina hipocrática (Duprat, 1974).

El sistema médico homeopático se basa en los mismos conocimientos anatómicos, fisiológicos y propedéuticos que son utilizados por la biomedicina, diferenciándose de éste en el abordaje semiológico y en el acto de prescripción, como se observa en la anamnesis del tratamiento homeopático (Monteiro, 1997, p. 232).

Sin embargo, es en la concepción de organismo, salud, enfermedad y terapia donde la comprensión diferente es más intensa y llamativa, una ya que el sistema terapéutico homeopático aboga por la búsqueda integral y holística del paciente y su realidad, en cuanto a su dinámica bio-psíquico-relacional, tanto en el enfermarse como en el tratamiento. Así dicho, la enfermedad no es la lesión; se trata, sin embargo, de un desequilibrio en el conjunto que se manifiesta de múltiples formas, que incluso puede traducirse en lesión (Monteiro, 2002, p. 232).

En 2006, el ministerio de salud aprobó el PNPIC, mediante decreto ministerial nro. 971. Entre las terapias incluidas en esta política se encuentra la homeopatía (Damasceno, 2016, ps. 292-295).

La implementación de la homeopatía en el SUS se basa en siete pautas de la ordenanza N° 971, que son: 1.- lineamiento H1 - incorporación de la homeopatía en los diferentes niveles de complejidad del sistema, con énfasis en la atención primaria, mediante acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud y recuperación; 2.- lineamiento H2 - garantía de financiamiento capaz de asegurar el desarrollo del conjunto de actividades esenciales para la buena práctica en Homeopatía, al considerar sus peculiaridades técnicas; 3.- directriz H3 – al proporcionar a los usuarios del SUS acceso a los medicamentos homeopáticos

recetados, con miras a expandir la producción pública; 4.- directriz H4 - apoyo a proyectos de formación y educación continua, al promover la calidad técnica de los profesionales y en línea con los principios de la política nacional de educación permanente; 5.- directriz H5 - seguimiento y evaluación de la inserción e implementación de la atención homeopática en el SUS; 6.- directriz H6: difusión e información de los conocimientos básicos de PICS a los profesionales de la salud, los administradores y los usuarios y 7.- directriz H7: apoyar el desarrollo de estudios e investigaciones que evalúen la calidad y mejoren la atención homeopática en el SUS (Lemonica, 2014).

En Brasil, la homeopatía fue introducida por el francés Benoit Mure en 1840, y experimentó un gran crecimiento hasta 1930. Sin embargo, entre 1930 y 1970 experimentó un declive, debido a los avances tecnológicos en la medicina y la industria farmacéutica. Después de 1970 se reintrodujo como medicina alternativa, en contraste con el modelo médico dominante, marcado por una fuerte comercialización y tecnologías (Oliveira, 2017, p. 241).

Ante los avances y retrocesos que ha sufrido la homeopatía desde su implementación en el SUS, es importante señalar que el PNPIC tiende a fortalecer el uso de esta terapia en el sistema público de salud, al poder garantizar una intervención segura y eficaz si aplicado correctamente, porque a través del tratamiento homeopático es posible promover cuidados individualistas, lo cual favorece la resolución de problemas de salud, al satisfacer a los usuarios del SUS (Lemonica, 2014).

2.6.3. Medicina antroposófica

La medicina antroposófica fue creada en Europa alrededor de 1920, al calor de las manifestaciones del arte moderno y las revoluciones culturales de la época, la medicina antroposófica destaca en su visión humanista y sus relaciones con la madre naturaleza. El ser humano se considera un portador del manejo de sus propias emociones, como manifestación de las fuerzas y los procesos creativos del cosmos y la patria, busca comprenderlos y utilizarlos para el beneficio común. La tierra, agua, aire y fuego: minerales, vegetales, animales y humanos. De esto emerge toda la manifestación de la vida (Hamre, 2012).

Como la medicina antroposófica (MA) se define como un sistema de tratamiento complementario o integrador, también se comenta el dicho contexto, las

demandas y necesidades que no están atendidas por el modelo de atención médica y cómo surgieron prácticas integrativas y complementarias, con una opción por una comprensión más amplia del proceso de salud y enfermedad y su tratamiento (Thiago, 2011).

Al discutir el paradigma en el que se desarrolló y se inserta la medicina convencional, se coloca el concepto de pluralismo terapéutico, o pluralismo en la atención de la salud, que busca el reconocimiento social, académico e institucional de las terapias alternativas y complementarias, a fin de reforzar el consenso de que la medicina convencional convive con otras formas de cuidado (Thiago, 2011).

El pluralismo médico cuestiona el pensamiento científico dominante, pero mantiene su compromiso con la ciencia. A nivel global, el pluralismo médico ha sido propuesto por la organización mundial de la salud (OMS), que reconoce las diversas tradiciones culturales de diferentes regiones del mundo (Hamre, 2012).

Finalmente, al colocar las bases epistemológicas y filosóficas de la maestría, se ofrece una posibilidad de diálogo con la medicina convencional, y un aporte a la ampliación de la visión del hombre, que incluye los aspectos psicosociales y las existencias biográficas, y se discute cómo este enfoque puede ser un aporte útil al modelo de atención médica. La medicina antroposófica es un sistema de tratamiento que hace uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos de la medicina convencional, pero que propone ampliar esta actuación a partir de su propia base filosófica, la antroposofía. En consecuencia, aporta una visión humanista de la medicina, ya que trabaja desde una imagen más completa del ser humano en salud y enfermedad. Este método de diagnóstico y terapia mira al hombre como un ser que tiene una unidad de cuerpo, alma y espíritu dentro del contexto del entorno social en el que vive (Hamre, 2012).

A partir de esta base y de esta cosmovisión, medicina antroposófica desarrolla su forma de trabajar y trabaja con la noción de que cada ser humano es único y debe ser tratado de forma individual. La atención se centra en los enfermos y no en la enfermedad. La vida de cada ser humano tiene un significado y un propósito, y la pérdida de ese significado a menudo se refleja en el deterioro de la salud. En este contexto, considera que la enfermedad puede brindar oportunidades para cambios positivos y para encontrar un nuevo equilibrio. El objetivo de la medicina antroposófica es comprender y abordar la multidimensionalidad del ser humano y apoyar su proceso de desarrollo (Moebus, 2017).

Con este objetivo, la medicina antroposófica se constituyó como un sistema de tratamiento complementario e integrador que reconoce dimensiones espirituales y existenciales en el ser humano que interactúan con logerundios niveles somático y psicológico en salud y enfermedad (Hamre, 2012).

Si se utilizan medicamentos de farmacología antroposófica, así como medicamentos a base de hierbas, producciones homeopáticas, entre otros, el médico antroposófico dirige su acción terapéutica a las condiciones de cura y superación, en contra de la visión académica temerosa habitual hacia la enfermedad, donde el uso excesivo de medicamentos químicos a menudo termina con un refuerzo a través de un choque de opuestos, en una espiral descendente que puede abrumar al cuerpo (Moebus, 2017).

De esta forma, la medicina antroposófica trabaja desde sus propias bases teóricas y de forma multidisciplinar, al comprender un sistema de tratamiento que incluye medicamentos y otro tipo de terapias como el asesoramiento, terapias no verbales como ejercicios de movimiento eurítmico, masaje rítmico y terapias artísticas que utilizan ejercicios de pintura o arcilla, música o habla (Hamre, 2012).

En la actitud de ayudar al otro, el médico antroposófico busca medicina en los cuatro reinos de la naturaleza. Ella estudia para comprender la biografía, los ritmos orgánicos y su vida emocional. Y, además de la medicina, utiliza varias terapias enriquecidas por sus conceptos: terapia de arte (dibujo, pintura, modelado, escultura), euritmia, masaje rítmico, psicoterapia, biografía, cuidados de enfermería, musicoterapia, entre otros. Se torna necesario que los procesos salutogénicos del cuerpo vital, así como el organismo calórico del ser humano, se estimulen adecuadamente para que las fuerzas crecientes de la salud interna se superpongan con la tendencia a la enfermedad. Debe mencionarse especialmente el medicamento antroposófico preparado a partir de la antigua planta mediana llamada *viscum album*.

La medicina antroposófica se propone no como una medicina alternativa, sino como una extensión de la práctica médica porque, al mismo tiempo que el médico antroposófico debe tener una formación convencional y también hacer uso de sus recursos diagnósticos y terapéuticos, trabaja con El recurso aportó una visión del ser humano que nos brinda la antroposofía (Moebus, 2017).

La formación de maestría se proporciona sólo a médicos capacitados, tiene una duración de tres años y se lleva a cabo en siete países de Europa. Fuera de dicho continente, hay programas de formación en la República Argentina, Brasil, Chile,

Israel, Perú, Filipinas y los Estados Unidos En algunas facultades de medicina, la educación de maestría es parte de la formación clínica en medicina integrativa (Hamre, 2012).

2.6.4. Termalismo/Crenoterapia

Del griego Thermai, se refieren a baños termales, baños calientes y se usan de forma genérica para designar el uso de aguas minerales (crenoterapia), clima (climatoterapia), mar (talasoterapia), lodo (fangoterapia), arenas y Emanaciones radiactivas (radioclimatoterapia) y microclima de ciertas cuevas, cuevas y galerías subterráneas (espeleoterapia) con fines curativos. El termalismo es el uso de agua termal de fuentes naturales o capturadas artificialmente con fines terapéuticos, y la crenoterapia utiliza agua enriquecida con minerales con propiedades fisicoquímicas para actividades medicinales. En Brasil, estas técnicas se introdujeron a principios del siglo XX, en la universidad de medicina de Minas Gerais y en la facultad de medicina de Río de Janeiro. Se demuestra que los resultados antiinflamatorios del termalismo / crenoterapia en afecciones reumáticas como la osteoartritis, la gota, el síndrome miofacial, la artritis y la artrosis desde la década de 1950 (Quintela, 2015).

Los nombres incluidos en la política nacional de prácticas integrativas y complementarias (PNPIC), crenoterapia indica más específicamente, la terapéutica del uso de agua mineral natural en salud y termalismo el uso de aguas naturalmente termominerales para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Por tanto, son prácticamente términos sinónimos. Sin embargo, PNPIC lo califica como termalismo "social". Este término se utiliza desde la década de 1950 para expresar el sistema mediante el cual el tratamiento térmico, accesible a la población acomodada y poco a la pobre, el cambio realizado radica en que se ofrece de manera satisfactoria y garantizada a toda la población (Hellmann, 2014). El termalismo social está asociado a la incorporación por parte de los seguros de salud, especialmente en el período posterior a la segunda guerra mundial, cuando nació un modelo de estado del bienestar social en los países europeos que incorporó el tratamiento térmico en los sistemas de salud. Aún así, con el fin de expandir el concepto de termalismo y cubrir no solo aspectos de ampliar el acceso al tratamiento térmico, sino también los componentes de sustentabilidad de los recursos naturales y el desarrollo local, el turismo y la cultura, se entiende que el termalismo social gana un nuevo disfraz en la salud colectiva brasileña. Por tanto, la promoción de la salud

en términos del termalismo social va más allá de los aspectos técnicos de la aplicación terapéutica del agua y sus beneficios orgánicos para involucrar a la salud en su determinación social, al requerir así un enfoque intersectorial e interdisciplinario, con miras a acceder a la salud como derecho a la salud de la ciudadanía (Hellmann, 2014).

Es necesario señalar la diferencia entre la terapia de inmersión en agua potable calentada intencionalmente, por lo tanto, no necesariamente agua mineral natural, del termalismo. La primera, normalmente denominada hidroterapia, se centra en las cualidades físicas del agua (flotabilidad, fluctuación, densidad, etc.), mientras que la segunda se centra en las propiedades físicas, pero también amplía y engloba las propiedades químicas del agua y sus fines terapéuticos (Hellmann, 2014). Es importante destacar que la termal / balneoterapia se puede realizar al calentar aguas minerales cuya temperatura en la fuente es fría. En otras palabras, no es solo donde hay aguas naturalmente cálidas donde el termalismo / crenoterapia se puede utilizar en atención primaria. Si existen características físico-químicas en niveles que confieren actividad terapéutica, se puede realizar el calentamiento de las aguas con el fin de ampliar los efectos terapéuticos, por ejemplo, mediante paneles solares, de acuerdo a las necesidades de prácticas asistenciales específicas. Ciertamente, en lugares con aguas minerales termales naturales, la relación costo-beneficio es mayor que calentar el agua, especialmente en el caso de un spa clásico (Hellmann, 2014).

Sin embargo, algunas prácticas se pueden realizar con poca agua, como las nebulizaciones con aguas minerales específicas que son fáciles de aplicar en atención primaria, aunque no exista termal en el municipio. Esta comprensión, aún poco explorada en la crenoterapia brasileña, significa que el potencial del uso de aguas mineromedicinales se extiende a más lugares (Hellmann, 2014).

2.6.5. Fitoterápicos

Las plantas medicinales, la fitoterapia (medicina herbaria) y sus derivados han sido durante mucho tiempo utilizadas por la población en su atención de salud, principalmente como recurso terapéutico en la medicina tradicional indígena, quilombola y por otros pueblos y comunidades tradicionales; en la práctica popular (medicina popular a base de hierbas), transmitida por vía oral entre generaciones o en los servicios de salud pública, como una práctica complementaria de carácter

científico, guiada por los principios y directrices del sistema único de salud (SUS) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

Los medicamentos a base de plantas son aquellos obtenidos con el uso exclusivo de las materias primas vegetales-activas. No se considera medicina herbaria aquella que incluya en su composición sustancias activas aisladas, sintéticas o naturales, ni sus asociaciones con extractos vegetales (Matos, 1998).

Los medicamentos a base de plantas, como todos los medicamentos, se caracterizan por el conocimiento de la eficacia y los riesgos de su uso, así como por la reproducibilidad y constancia de su calidad. La eficacia y seguridad deben ser validadas mediante encuestas etnofarmacológicas, uso, documentación tecnocientífica en bibliografía y / o publicaciones indexadas y / o estudios preclínicos y clínicos farmacológicos y toxicológicos (Matos, 2000).

La calidad debe lograrse al controlar las materias primas, el producto terminado, los materiales de empaque y los estudios de estabilidad (Matos, 2000).

La fitoterapia (medicina herbaria) ha sido la medicina integrativa que más ha crecido a lo largo de los años. En el mercado mundial de medicamentos, la venta de fitofármacos ronda los 15 mil millones de dólares. El factor más relevante para dicho crecimiento se resume en la evolución de los estudios científicos, en particular el descubrimiento de la eficacia de las plantas medicinales, principalmente las utilizadas por la población con fines terapéuticos, a través de estudios químicos y farmacológicos (Cechinel-Filho, 1998).

La población general confunde la fitoterapia (medicina herbaria) con el uso de plantas medicinales. La agencia nacional de vigilancia sanitaria (ANVISA) considera que la medicina herbaria: fitoterapia es aquella obtenida exclusivamente a partir de materias primas de origen vegetal, con calidad constante y reproducible y que tanto los riesgos como la efectividad se caracterizan por estudios etnofarmacológicos, documentación científica y técnica en publicaciones o ensayos clínico (Nicoletti, 2007).

Las profundas raíces culturales de la población brasileña han facilitado la supervivencia de la fitoterapia (medicina herbaria) hasta nuestros días, ya que la conciencia popular reconoce la efectividad y legitimidad de esta modalidad terapéutica (Sacramento, 2000). La creencia popular en los curanderos, parteras, médiums y la propia tradición oral ancestral convierte el uso de plantas medicinales en un verdadero sincretismo de concepciones (Santos, 1995).

Además, la fitoterapia (medicina herbaria) hace que el ser humano se reconecte con la naturaleza y así buscar en la vegetación una forma de ayudar al organismo de diversas formas, como restaurar la inmunidad debilitada, normalizar funciones fisiológicas, desintoxicar órganos e incluso rejuvenecer (França, 2008, ps. 201-8).

2.7. Relación de los servicios de atención primaria, equipos de familia en el primer nivel de atención y las prácticas fitoterápicas

La discusión sobre la medicina a base de hierbas se ha vuelto más consistente en la atención primaria por el hecho de que, simultáneamente con el uso de medicamentos industrializados, la población tratada en las unidades básicas de salud utiliza plantas medicinales con fines terapéuticos, a menudo ignorantes de la posible existencia de toxicidad e incluso su acción terapéutica comprobada, la forma correcta de cultivo, su preparación, e indicaciones y contraindicaciones, al creer que, al ser plantas medicinales, no son perjudiciales para la salud, independientemente de la forma y la cantidad utilizada (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

En Brasil, el sistema único de salud (SUS), a través de sus principios y pautas orientadoras, adopta la medicina de hierbas como un recurso terapéutico integrador y complementario para la salud y tiene políticas públicas y regulaciones específicas que buscan institucionalizar esta práctica. Las políticas iniciadas en 2006 (política nacional para prácticas integrales y complementarias - PNPICs y política nacional para plantas medicinales y fitoterapéuticas - PNPMF) incluyen pautas, acciones y responsabilidades de las tres esferas del gobierno para la provisión de servicios y productos. Estos van más allá de las dimensiones del sector de la salud, son intersectoriales y abarcan toda la cadena productiva de plantas medicinales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006).

El estado de Ceará, que fue uno de los primeros en Brasil en sistematizar el uso de plantas medicinales, medicamentos a base de hierbas y servicios relacionados con la medicina a base de hierbas del proyecto farmacias vivas (Matos, 1998). Asimismo, es regular este uso en el SUS, mediante la ley n° 12.951, del siete de octubre de 1999 y el decreto n° 30.016 del 30 de diciembre de 2009 (Ceará, 2010).

Al igual que en el estado de Ceará, existen varias experiencias exitosas y específicas de municipios y estados brasileños en todas las regiones con hierbas medicinales. Algunos ejemplos de ellas son el municipio de Río de Janeiro (RJ),

donde hay un recuerdo terapéutico del programa de fitoterapia y también una legislación estatal específica (Río de Janeiro, 2002); y el programa de salud verde en Curitiba (PR) donde, en el año 2001, el 81.9% de las unidades de salud ya usaban la medicina herbal como una opción terapéutica. La orientación para un uso apropiado, sin perder la efectividad de los ingredientes activos ubicados en las plantas y sin riesgos de envenenamiento debido al uso inadecuado es fundamental (Arnous, 2005).

Se descubrió que, además del uso de medicamentos alopáticos, la población que busca atención en las unidades básicas de salud (UBS) también usa plantas medicinales con fines terapéuticos, a menudo sin darse cuenta de la posible existencia de efectos tóxicos, y no tiene conocimiento con respecto a su acción terapéutica, cuál es la forma más correcta de cultivo, preparación y cuándo se puede indicar cada planta y en qué casos están contraindicadas (Schenkel, 2000).

Dos autores, entre otros, sugieren la existencia de una creencia de que no hay un efecto perjudicial en la salud con el uso de medicamentos a base de hierbas, con el direccionamiento correspondiente conforme la patología (Schenkel, 2000) y (Martín, 1994).

2.8 Relación nacional de medicamentos esenciales – RENAME

El ministerio de salud (MS) produjo listas oficiales de medicamentos desde el año 1964, incluso antes de la recomendación de la Organización mundial de la salud (OMS) y la publicación de la lista modelo de medicamentos en 1978 (Ministerio da Saúde, Brasil, 2007).

Inicialmente, los cambios fueron hechos por la central de medicamentos (Ceme), que a partir de la versión redactada en 1975 comenzó a recibir la designación de relación nacional de medicamentos esenciales (RENAME). La política nacional de medicamentos regulada por la ordenanza N° 3.916, del 30 de octubre de 1998, se considera el primer documento guía para la atención farmacéutica y la política de medicamentos publicado después de la creación del sistema único de salud (SUS). El mismo se estableció entre sus directrices y prioridades, la adopción y la revisión permanente de RENAME, considerándolo como una herramienta indispensable para promover el uso racional de los medicamentos. La relación nacional de medicamentos esenciales (RENAME) interrumpió su actualización, pero en 2005 se reanudó el proceso con la creación de la comisión de actualización técnica y multidisciplinaria de RENAME, que, bajo la coordinación del departamento de asistencia farmacéutica e

insumos estratégicos, permite revisar y publicar RENAME de su quinta edición en 2006. La política nacional de asistencia farmacéutica (PNAF), publicada por resolución N° 338 del consejo nacional de salud del 6 de mayo de 2004, en línea con las deliberaciones de la 12ª conferencia nacional de salud y la 1ª conferencia nacional sobre medicamentos y asistencia farmacéutica, conceptualmente amplía el alcance de su acción para la promoción de la salud, la protección y las acciones de recuperación desarrolladas en el SUS, al tener el medicamento como un ingrediente esencial, que debería haber asegurado el acceso con un uso racional. La PNAF enfatiza el uso de RENAME en uno de sus ejes estratégicos, al enfatizar la necesidad de su actualización periódica, para servir como un instrumento racionalizador de acciones en el campo de la asistencia farmacéutica (Ministerio da Saúde, Brasil, 2004).

El concepto de RENAME comprende la selección y estandarización de todos los medicamentos indicados para el cuidado de enfermedades dentro del SUS. En este contexto, RENAME presenta el conjunto de medicamentos que se pondrán a disposición y se ofrecerán a los usuarios del SUS, con el objetivo de garantizar la integridad del tratamiento farmacológico. La portaría (decreto) MS/GM n°1 del dos de enero de 2015, establece la lista nacional de medicamentos esenciales - RENAME 2014 dentro del sistema único de salud (SUS) al actualizar la lista de medicamentos y suministros de la relación nacional de medicamentos esenciales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2015).

Las plantas medicinales constituyen el componente básico RENAME, que incluye medicamentos y derivados de plantas para la manipulación de las preparaciones a base de hierbas. En el año 2015, hay 12 especies cubiertas por Brasil (2015) y pueden ser financiadas por los recursos del componente básico de asistencia farmacéutica: alcachofa, masilla, aloe vera, espinera - santa, garra del diablo, guaco, menta, isoflavona de soja, plantago, sauce y uña de gato (Ministerio da Saúde, Brasil, 2015).

El ministerio de salud mantiene una lista de plantas de interés terapéutico, la lista nacional de plantas de interés para el SUS, es la que enumera las plantas de uso medicinal popular y que necesitan más investigación. Las plantas con sus indicaciones validadas formarán parte de RENAFITO, que es la lista nacional de plantas medicinales y fitoterapéuticas, que respalda la prescripción de hierbas medicinales dentro del alcance de los servicios de salud del SUS, y es parte de la

política nacional de prácticas integrativas y complementarias (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006b). En 2015, la lista tiene 71 especies, la creación de esta lista en 2008 es parte de los avances de PNPICs y PNPMF (Ministerio da Saúde, Brasil, 2015)

2.9. Conocimiento de los profesionales de la salud sobre la política nacional de prácticas integrativas y complementarias y plantas medicinales

Los primeros intentos de estandarizar las prácticas integrativas y complementarias (PICs) ocurrieron en 1988, con la institucionalización de los servicios de salud en Brasil, mediante las resoluciones nº cuatro a ocho, del año 1988, por la comisión interministerial de planificación y coordinación. Sin embargo, sólo en 1999, el ministerio de salud incluyó consultas médicas sobre acupuntura y homeopatía en el sistema único de salud (SUS) (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a).

El tres de mayo de 2006, la portaria nº 971, por el cual el Consejo nacional de salud reguló la política nacional de prácticas integrativas y complementarias (PNPICs), mediante la cual se insertaron las siguientes prácticas en el SUS: medicina tradicional china (MTC), acupuntura, plantas medicinales, hierbas medicinales, homeopatía y termalismo / crenoterapia, considerándose que estas prácticas sugieren nuevas perspectivas y racionalidades médicas (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a).

El concepto de racionalidad médica fue creado en el año 1992 por el filósofo y maestro de sociología, quien insertó una visión médica diferente del modelo biomédico hegemónico al relacionar los PICs con tratamientos complejos, basados en una base teórica sólida y al valorar las dimensiones relacionadas con el precio, creencias y representaciones de la sociedad (Luz, 2012).

El concepto de medicina convencional, alternativa o complementaria varía ampliamente entre países y no está bien definido. La categoría médica brasileña a menudo llama prácticas no convencionales por el término 'medicina alternativa'. Sin embargo, este nombre no sería el más apropiado, ya que las terapias convencionales no siempre se pueden sustituir (Luz, 2012). El término medicina complementaria puede confundirse con la nomenclatura de las ayudas médicas de diagnóstico, llamadas exámenes complementarios, por lo que los consejos de salud han preferido el término medicina integrativa. Sin embargo, el estudio presentó aquí el término prácticas integrativas y complementarias, ya que sólo se abordaron las prácticas de la medicina tradicional china: acupuntura, homeopatía, fitoterapia, termalismo /

crenoterapia y antroposofía, que fueron las únicas institucionalizadas en el SUS por PNPIIC (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a).

La medicina tradicional china fue legitimada en Brasil en 1985, a través del instituto nacional de asistencia médica de bienestar social (INAMPS). Las prácticas generalizadas de la medicina tradicional china son: acupuntura, tai chi chuan, qi gong y lian gong, que a través de técnicas terapéuticas promueven el equilibrio de qi (energía vital) y mejoran su circulación en los 12 meridianos del cuerpo (Luz, 2005).

Existen registros que documentan la existencia de tratamientos de acupuntura tradicionales en China durante más de 5.000 años, pero sólo en el siglo XIX se conocieron los tratamientos con esta práctica en occidente. Las plantas medicinales también tienen orígenes milenarios y han logrado superponerse con el tiempo. En Brasil, la historia del uso de plantas en el tratamiento de enfermedades son medidas adoptadas frecuentemente en el hogar y tiene influencias culturales (Luz, 2005).

En Brasil, estas técnicas se introdujeron a principios del siglo XX, en la universidad de medicina de Minas Gerais y en la facultad de medicina de Río de Janeiro demuestran los resultados antiinflamatorios del termalismo / crenoterapia en afecciones reumáticas como la osteoartritis, la gota, el síndrome miofacial, la artritis y la artrosis desde la década de 1950 (Antonio, 2014).

Sin embargo, es muy común que a la vista de prejuicios acerca de los PICs y el no reconocimiento de sus contribuciones en el proceso de curación, sea un sesgo que puede explicar la falta de interés de muchos profesionales de la salud acerca de estas prácticas. Lo expuesto precedentemente, llevan a la discriminación entre médico / paciente y entre los compañeros practicantes de estas especialidades y la desaparición o reducción de tales prácticas en el presente siglo (Nogueira,2009).

Asimismo, se verificó la noción de que la homeopatía sólo serviría para problemas triviales y simples entre los profesionales médicos, en el entorno universitario y en el servicio público (Salles,2009).

Para la medicina tradicional (nomenclatura antigua), o PICs (como estas prácticas son nombradas por el ministerio de salud de Brasil), tiene una visión diferenciada, menos mercantilista y prioriza el proceso de atención de la salud-enfermedad con mayor énfasis para el tratamiento al paciente, al presentar un riesgo relativamente bajo y gran potencial desmedicalizante (Nogueira, 2009).

No hay duda de la contribución de la medicina alternativa en el conocimiento / práctica, busca la autonomía del paciente. Las PICs, a través de una terapia simple,

depende menos del cientificismo duro y rígido, al ser menos costosa y accesible para todas las clases sociales (Luz, 2005). Una organización internacional concluyó que las PIC tienen un impacto económico en el sistema de salud pública, ya que son de bajo costo y brindan grandes beneficios a la población, especialmente para los países subdesarrollados, por lo cual, la PNPIC vino a favorecer la institucionalización de la atención humanizada en el SUS (Organización Mundial de la Salud, 2002).

2.10. Promoción y prevención de salud en las unidades básica de familia y uso de la fitoterapia por parte de los profesionales de la salud

Las plantas medicinales siempre han sido de gran importancia en la cultura, la medicina y la dieta de las sociedades del mundo. Las poblaciones, a través de sus curadores y su uso autónomo, han acumulado experiencias y un vasto conocimiento sobre ellas. Sin embargo, los logros científicos de las últimas décadas y su amplia socialización han alentado el monocultivo del conocimiento científico en las prácticas profesionales de la salud, que desacreditan en gran medida otros conocimientos y prácticas que circulan en las sociedades (Santos, 2011).

En cuanto a la medicina herbal, este conocimiento se consideró sólo como una fuente empírica para la expansión de las verdades y tecnologías científicas, vinculadas al desarrollo industrial y la necesidad de un mercado para nuevas patentes (Barreto, 2011).

La fitoterapia y el uso de plantas medicinales son parte de la práctica de la medicina popular, y constituyen un conjunto de conocimientos internalizados en los diferentes usuarios y profesionales, especialmente por la tradición oral. Esta práctica disminuyó frente al proceso de industrialización que ocurrió en el país en las décadas de 1940 y 1950. No obstante, la fitoterapia es considerada una forma efectiva en la atención primaria de salud, y puede complementar el tratamiento generalmente empleado para la población de bajos ingresos.

El desempeño seguro de estos servicios está vinculado al conocimiento previo del profesional de la salud sobre la terapia con plantas medicinales. Es esencial una guía para el uso adecuado, sin la pérdida de efectividad de los ingredientes activos ubicados en las plantas y sin riesgo de envenenamiento debido al uso inadecuado (Arnous, 2005).

Un autor descubrió que, además del uso de medicamentos alopáticos, la población que busca la atención asistencial en las unidades básicas de salud (UBS)

también usa plantas medicinales con fines terapéuticos, a menudo sin darse cuenta de la posible existencia de efectos tóxicos, y no comprende su acción terapéutica; cuál es la forma más correcta de cultivo; su preparación, cuándo se puede indicar cada planta y en qué casos están contraindicados. El mismo autor, sugiere la existencia de una creencia de que no hay efectos nocivos en la salud con el uso de medicamentos a base de hierbas (Schenkel, 2000).

Las discusiones sobre la implementación de la medicina a base de hierbas en la red de salud municipal, o en la atención primaria de salud, se vuelven contradictorias en relación con los preceptos de la biomedicina, ya que los discípulos de esta doctrina se esfuerzan por eliminar las concepciones curativas que no se basan en normas científicas (Araújo, 2000).

El crecimiento del trabajo desarrollado con plantas medicinales y fitoterapéuticas se presenta como una alternativa a la referencia biomédica de la salud, pero prácticamente sigue inexistente en los servicios de salud públicos y privados (Arnous, 2005).

Hay un crecimiento en el uso de plantas medicinales por parte de la población brasileña. Dos factores podrían explicar este aumento. El primero serían los avances en el campo científico, que permitieron el desarrollo de plantas medicinales seguros y efectivos reconocidos. El segundo es la tendencia creciente de la población a buscar terapias menos agresivas para la atención primaria de salud (Yunes, 2001).

El interés de los gestores municipales en la implementación de programas de uso de plantas en la atención primaria de salud, aparece asociado sólo a la opinión de que esta sería una opción para hacer frente a la falta de medicamentos. Según el autor, sólo el aumento de los costos se explica por el uso de medicamentos a base de hierbas y no por los beneficios. El equipo de salud ayuda al paciente y a menudo a sus familiares en la UBS (Araújo, 2000).

Por lo tanto, con una planificación adecuada de la atención, se tienen en cuenta los factores culturales y al utilizar los recursos herbales existentes, se puede mejorar el nivel de salud de la población. Para esto, es necesario conocer a los profesionales de la salud que trabajan directamente con los pacientes en la UBS, con respecto a las propiedades terapéuticas de las plantas que utiliza esta población. El conocimiento técnico, que abarca desde la preparación terapéutica, indicaciones, cuidados y dosis, y el conocimiento sobre la percepción de la relación salud-enfermedad son esenciales (Araújo, 2000).

Los profesionales de la salud no delegan valor al tratamiento con medicamentos a base de hierbas. En su formación académica no han recibido conocimiento sobre esta terapia y terminan por crear una posición de que todo lo que es natural no tiene ningún efecto farmacológico (Tomazzoni, 2004).

Pero se cree en la cura por el consumo de medicamentos. La droga se convierte en un símbolo de salud, la enfermedad, considerada un factor orgánico, se enfrenta a través de su uso, al dejar de lado las esferas sociales y de comportamiento; al priorizar a los laboratorios medicinales (Tomazzoni, 2004).

En 2004, el ministerio de salud, para tratar de resolver esta educación superior en salud, lanzó el aprendizaje SUS. Esta propuesta de los ministerios de salud y educación tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población, para que la salud de los estudiantes de pregrado llegue a valorar la integralidad, y tendiente a cambiar así, la formación profesional en la cual ya se encuentra a finales de su graduación. Existen autores que proponen, para la democratización de la salud, un modelo que se llama asistencia técnica en defensa de la vida. La gestión democrática (cogestión entre usuarios organizados, proveedores de servicios y gobierno) entienden a la salud como un derecho de la ciudadanía y de un servicio de salud pública orientado a la defensa de la vida individual y colectiva, los cuales serían considerados los principios rectores de este modelo. Los mismos sugieren como estrategias para hacer frente a esta situación, intervenciones en los sistemas de salud, con el objetivo de implementar un modelo de atención que vaya más allá del concepto de salud como mera cura de enfermedades, al garantizar los derechos de ciudadanía en los servicios públicos que estarían destinados a defender la vida. Para estos autores, ésta es una práctica compleja que se construirá, lo que implicará numerosos factores que hoy impregnan las discusiones sobre el SUS (Moebus, 2017).

Asimismo, existe una falta de conocimiento entre los profesionales de la salud sobre esta posibilidad terapéutica. Ya que no se tiene en cuenta la gran diversidad de tratamientos aún no desarrollados, de las plantas existentes en el territorio nacional y, en particular, con respecto a la implementación de esta terapia en el SUS (Tomazzoni, 2004). Algunos autores expresan que, aunque existe una importancia cada vez mayor de las hierbas medicinales, no hay suficientes estudios para demostrar la eficacia y seguridad del uso de plantas medicinales como medicina, que continúan utilizándose en base al conocimiento popular (Turolla, 2006).

Pero se han hecho grandes progresos en esta área. Se señala un escenario prometedor, con avances en el área científica que condujeron al desarrollo de medicamentos herbales seguros y efectivos (Yunes, 2001). En los países en desarrollo, incluido Brasil, así como en los países desarrollados, desde la segunda mitad de los años setenta y ochenta, ha habido un crecimiento en las medicinas alternativas, incluida la medicina a base de hierbas (Luz, 2012).

En la misma línea, se destaca que un sistema de salud que adopte la medicina a base de hierbas debe incorporar un conjunto de actitudes, valores y creencias que constituyan una filosofía de vida y no simplemente una parte de los remedios (Hufford, 1997).

Además, el conocimiento popular puede ser una contribución a los profesionales de la salud en la implementación de programas de fitoterapia en la red de atención primaria de salud. También es posible desarrollar el potencial económico en relación con plantas con valor medicinal. La red de atención primaria de salud debe proporcionar a los pacientes todos los recursos de atención adecuados y disponibles. El uso adecuado de plantas medicinales es un tratamiento alternativo a la medicina alopática (Akerlele, 1988).

Para que el conocimiento científico se difunda mejor y se convierta en realidad, se necesitan proyectos e investigaciones tecnológicas que puedan apoyar y fortalecer la medicina a base de hierbas y que la política nacional sobre plantas medicinales y medicamentos herbales se implemente en todo el país, especialmente en las UBS (Tomazzoni, 2004). Está en juego lo que precede a la política de desarrollo tecnológico para la salud: El apoyo a la investigación destinada a aprovechar el potencial terapéutico de la flora y la fauna nacionales debe continuarse y ampliarse, al realizar hincapié en la certificación de sus propiedades medicinales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2006a).

Se espera que la implementación de esta política de hierbas medicinales en entornos de la atención primaria que cumplan con el SUS permita una reducción del gasto en salud en Brasil. El principal problema que enfrentan las UBS, es que padecen de la falta de medicación, ello puede mitigarse cuando la medicina convencional se complementa con la medicina herbal, a través de una orientación adecuada (Tomazzoni, 2004).

El equipo de salud ayuda al paciente, la familia y la comunidad, planifica la atención según la cultura de la población, utiliza los recursos disponibles, a fin de

ayudar así a la comunidad a mejorar su salud. Esto requiere el conocimiento de las propiedades terapéuticas de las plantas que se utilizarán, la preparación, la indicación, el cuidado y la dosificación (Araújo, 2002).

La utilización de plantas medicinales proviene de una población insatisfecha, a menudo debido a las reacciones adversas a los medicamentos; o a la búsqueda de soluciones alternativas a las enfermedades (Furnham,1993).

Por lo tanto, la práctica del uso de plantas permanece presente, dentro del uso creciente de terapias no convencionales. Pero todavía existe una creencia generalizada de que lo que es natural no duele, que las plantas sólo sanan, lo que finalmente conduce a un mayor consumo y aceptación de terapias alternativas, especialmente la medicina a base de hierbas, a la que los mismos autores se refieren.

La fitoterapia se presenta como una posibilidad para actuar como un complemento en los tratamientos alopáticos, siempre que se tengan en cuenta sus posibles complicaciones (Araújo, 2002).

3.- Marco Metodológico

- 3.1. Tipo de investigación: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo (período 2018 a 2019).
- 3.2. Estrategias metodológicas: Cuantitativas y cualitativas (mixtas).
- 3.3. Población: 220 profesionales de la salud, registrados por la ESF en las unidades primarias de atención en la ciudad de Montes Claros - MG – Brasil, y que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias, y su composición fue de: 55 médicos, 55 dentistas y 73 enfermeras.
- 3.4. Unidad de análisis: Cada uno de los profesionales asistenciales (médicos, enfermeros y odontólogos), pertenecientes a las unidades primarias de atención de la salud en Montes Claros, (M.G.), Brasil, registrados en la ESF urbana, que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias, con el acuerdo en participar libremente en la investigación; de ambos sexos, pero mayores de 20 años de edad.
- 3.5. Tipo de muestra: intencional. Profesionales de la salud registrados por la ESF en las unidades primarias de atención en la ciudad de Montes Claros - MG – Brasil, que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias. De 220 profesionales de la salud, registrados por la ESF en las unidades primarias de atención en la ciudad de Montes Claros - MG – Brasil, mayores de 20 años y que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias, a quienes se les ofreció participar a través del cuestionario, sólo 183 (83,2%) lo aceptaron y su composición fue de: 55 médicos, 55 dentistas y 73 enfermeras.
- 3.6. Variables y categorías (dimensiones de la variable)
 - 3.6.1. Variables y categorías relacionadas directamente con las prácticas integrativas y complementarias del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado adjunto en el Anexo I del presente estudio.

Variable general: Conocimientos e interés por la fitoterapia, así como su indicación terapéutica.

3.6.1.1. Variables de clasificación sociodemográficas:

Tabla 2

Variables de clasificación sociodemográficas

Variable	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador
Demográfica	Composición	<ul style="list-style-type: none"> • sexo • edad 	Femenino/masculino. Grupos por edad.
Laboral	Unidad de Salud	Tipología legal	<ul style="list-style-type: none"> • U.B.S • U.B.de Salud FLIAR • OTRAS
Cultural	Grado de Educación	Graduación	Médico/odontólogo/enfermero
Tarea que desempeña	Temporalidad laboral en la unidad de salud	Por rangos de años	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 2 años • De 3 a 7 años • De 7 a 20 años • Más de 20 años

Fuente: Elaboración propia (2020) en base a los interrogantes de clasificación del cuestionario.

3.6.1.2. Variables de interés en relación al tema de estudio:

Variables generales del tema de estudio:

Conocimientos e interés por la fitoterapia, así como su indicación terapéutica.

Tabla 3

Dimensiones de las variables del tema de estudio

Contenidos
- CONOCIMIENTO SOBRE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS DURANTE LA FORMACIÓN. (CUANTITATIVA).
- IMPORTANCIA DE UNA DISCIPLINA SOBRE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS DURANTE LA FORMACIÓN. (CUANTITATIVA).
- CONOCIMIENTO SOBRE EL PROGRAMA DEL GOBIERNO SOBRE LA POLÍTICA NACIONAL PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO FORMA TERAPÉUTICA. (CUANTITATIVA).
- USO DE LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN SU PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. (CUANTI).
- LA INCORPORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS PUEDEN EN LAS TERAPIAS. (CUANTITATIVA).
- EXPERIENCIA EN EL USO DE LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN TERAPIAS.(CUANTITATIVA).
- TIPOS DE TÉCNICAS FITOTERAPEÚTICAS UTILIZADAS (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) : FITOTERAPIA CHINA (FÁRMACOS); ACUPUNTURA; TUINA O TUINÁ (MASAJE Y OSTEOPATÍA CHINA); DIETATERAPIA (TERAPIA ALIMENTARIA CHINA); AURICULOTERAPIA (TRATAMIENTO POR LA OREJA) Y MOXIBUSTIÓN; AL AHUECAR LA TERAPIA. (CUANTITATIVA).
- LAS PRÁCTICAS FÍSICAS (EJERCICIOS INTEGRADOS DE RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN DE ENERGÍA, Y MEDITACIÓN COMO: CHI KUNG, EL TAI CHI CHUAN, YOGA Y ALGUNAS ARTES MARCIALES) CONSIDERADOS MÉTODOS PROFILÁCTICOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD O FORMAS DE INTERVENCIÓN PARA RECUPERARLA. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
- OBTENCIÓN DE BUENOS RESULTADOS CON EL USO DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS.
- INTERÉS EN PARTICIPAR EN ENTRENAMIENTOS Y ESTUDIOS SOBRE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
- VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN LA RED PÚBLICA DE SALUD. (CUANTITATIVA).
- INTERÉS EN TRABAJAR CON PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
- LA ACEPTACIÓN DEL USO DE LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN SU UNIDAD SERÍA POR LOS USUARIOS. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
-INTERÉS POR TRABAJAR CON PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
-CREENCIA QUE EL USO DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARIAS EN SU UNIDAD DE SALUD DE FAMILIA SERÍA BIEN ACEPTADO POR LOS USUARIOS. (CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS) .
- SI DESEA REALIZAR COMENTARIO ADICIONAL. (CUALITATIVA) .

Fuente: Elaboración propia (2020) en base a los interrogantes referidos al tema de estudio del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

3.6. Criterios aplicados sobre la unidad de análisis

3.6.1. Criterios de inclusión

Profesionales de atención primaria de la salud ubicados en el área urbana Montes Claros (M.G.) y registrados por la estrategia de salud familiar (ESF) en el municipio de Montes Claros. Estar de acuerdo en participar libremente en la investigación, de ambos sexos y mayores a 20 años de edad, que fueran sólo médicos, dentistas, enfermeros de atención primaria de la salud, y que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias.

3.6.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión adoptados fueron los profesionales del área de la salud de atención primaria que no estuvieron registrados por la ESF en el municipio de Montes Claros – MG y pertenecientes a la ESF rural. Además, los profesionales que no aceptaron participar de la investigación y que no participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias. Los menores a 20 años de edad, y quedaron exentos los profesionales que no fueran médicos, dentistas, enfermeros de atención primaria de la salud.

3.7. Técnica e instrumento

Técnica: Encuesta semi-estructurada.

Instrumento: Cuestionario semi-estructurado y autoadministrado. (Articula su matriz en el anexo N° I de la presente tesis).

Cabe destacar que, de 220 profesionales de la salud, registrados por la ESF en las unidades primarias de atención en la ciudad de Montes Claros - MG – Brasil, mayores de 20 años y que participaron en la reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias, a quienes se les ofreció participar a través del cuestionario, sólo 183 lo aceptaron y su composición fue de: 55 médicos, 55 dentistas y 73 enfermeras.

Nota: Se realizaron cinco pruebas piloto del instrumento, previo a la salida a terreno.

3.8. Fuentes:

- Primaria: Elaboración propia.
- Secundaria: Bibliografía, producciones textuales, documentos de encuestas de satisfacción del paciente, documentación relacionada con prácticas integrativas y complementarias, recuperación de sitios web, etc.

3.9. Procedimientos:

La construcción de la base de datos se realizó mediante el programa estadístico Predictive analytics Software (PASW® STATISTIC) versión 18.0, software de aplicación (programa informático) de tipo científico. Se utiliza para respaldar la toma de decisiones que incluye: aplicaciones analíticas, materiales de datos, materiales de texto y estadísticas que transforman los datos en información importante. Además de los sistemas informáticos Word y Excel.

3.10. Diseño metodológico y datos

3.10.1 Presentación general de los datos de clasificación y del tema de estudio:

Se define como diseño metodológico de una investigación al esquema en que quedan representadas las variables y cómo van a ser tratadas en el estudio. Por lo general se representa en un esquema matemático. Donde la simbolización sintetiza las relaciones de las variables, y como van a ser medidas a través de los estadígrafos o de los modelos matemáticos <https://www.gestiopolis.com/disenio-metodologico-de-una-investigacion/>.

Se destaca que el presente estudio es una investigación descriptiva, observacional, y retrospectiva (período 2018 a 2019). Las estrategias metodológicas fueron mixtas cuantitativa y cualitativas en algunas oportunidades que lo ameritaban, conforme las pruebas pilotos realizadas.

Los informantes calificados, participantes del relevamiento de datos fueron informados previamente sobre los objetivos y procedimientos de investigación y quienes aceptaron, firmaron el formulario de consentimiento informado (FCI) Resolución N° 466 de diciembre de 2012, del consejo nacional de salud. (El cual se adjunta en el Anexos N° II del presente trabajo).

Nota: Este estudio fue admitido por el comité de ética en investigaciones de la Universidad estatal de Montes Claros - UNIMONTES con su identificación de aceptación N° 761.625/2014. (Se expone en el Anexo N° V del presente trabajo).

La recolección de datos tuvo lugar en el segundo semestre de 2018 y se utilizó un cuestionario semi-estructurado y autoadministrado. Los mismos se dividieron en preguntas de datos generales /de clasificación (fueron cinco), y del tema de estudio (que fueron 11, de las cuales siete fueron cualitativas (que corresponden a las preguntas números siete, ocho, 10, 12, 13, 14 y 15). (Expuesto en el Anexo N° I del presente trabajo).

La recolección de datos fue realizada a partir de la aplicación del mencionado cuestionario semi-estructurado y autoadministrado (con cinco pruebas pilotos previas) que contiene interrogantes sociodemográficos y sobre la temática del presente estudio, propuesto y validado por Dr. Supo (2017). Dicho autor, tuvo un riguroso análisis psicométrico en lo que se refiere a la validación de instrumentos acerca de ese constructo.

Para el análisis de significancia, se evaluó el uso de plantas medicinales y / o plantas medicinales por parte de profesionales de la salud (no usar / usar) y la distribución de hierbas medicinales y / de plantas medicinales según indicación y conocimiento terapéutico (uso apropiado / uso inapropiado) entre profesionales de nivel medio y superior.

Los profesionales asistentes al evento denominado reunión de mejora en prácticas integrativas y complementarias fueron abordados en la sala de espera antes de su ingreso, invitados para participar de la investigación cuya presentación fue realizada personalmente por la suscripta y con lectura del término de consentimiento libre e informado. El proceso de consentimiento libre e informado se entiende como todos los pasos que deben observarse necesariamente para que el invitado a participar en una investigación pueda manifestarse de manera autónoma, consciente, libre e informada. (Se expone en el Anexo N° III avalado por la coordinadora del programa farmacia viva).

El análisis de los datos aportó orden a la información, organizado lo que existe en los patrones, categorías y unidades descriptivas básicas. Su interpretación implica adjudicar significado y relevancia al mismo, explica los patrones descriptivos y buscar relaciones y vínculos entre las dimensiones obtenidas.

3.10.2. Presentación de datos de clasificación:

Cabe destacar que, los resultados de los mismos se encuentran en el punto 4: Análisis de resultados de datos de clasificación. Se expone a continuación la matriz de datos sociodemográficos, con articulación de variables, sus dimensiones, operacionalización de las mismas y su correspondiente articulación con el número de pregunta del cuestionario del Anexo N° I con breves gráficos sobre dichas variables y dimensiones, que serán analizadas en el punto 4 del presente trabajo en los análisis de los resultados obtenidos.

Tabla 4

Matriz de datos de clasificación articulada con el número de pregunta del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I

Variable	Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Nº Preg. del Cuestionario
Demográfica	Composición	sexo edad	Femenino/masculino. Grupos por edad.	1 y 1.1.
Cultural	Grado de Educación	Graduación	Médico/odontólogo/enfermero/ Otros	2
Laboral	Unidad de Salud	Tipología legal	U.B.S U.B. de Salud Familiar Otras	3
Tarea que desempeña	Temporalidad laboral en la unidad de salud	Por rangos de años	Menos de 2 años De 3 a 7 años De 7 a 20 años Más de 20 años	3.1

Fuente: Elaboración propia (2022) según el instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Tabla 5

Operacionalización de las variables de clasificación y sus dimensiones (D.R.A.E.):

Variable / Dimensión	Definición del D.R.A.E.
Demográfica	Demografía es la ciencia que estudia la población humana en continuo cambio, al considerar los ámbitos cuantitativo (estado) y cualitativo (dinámica), al incluir el pasado y el presente, con el propósito de anticipar eventuales variaciones futuras.
Composición: sexo y edad	Sexo: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.
Laboral en el trabajo	Se refiere a las personas que están en sus lugares de trabajo. La noción de trabajo designa toda actividad ejercida con remuneración o beneficio, es decir, todo trabajo remunerado en el contexto de una relación empleador-empleado o todo trabajo independiente.
Unidad de Salud en A.P.S. (Brasil) y su tipología legal	Este sistema pretende garantizar la salud como “derecho de todos y deber del estado”, pero permite a la iniciativa privada el libre acceso a la asistencia sanitaria. Los principios que la guían son la universalidad, equidad, integralidad, descentralización y participación social.
Cultural	Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico. 3. f. Conjunto de modos de vida y costumbres , conocimientos y grado de desarrollo artístico , científico , industrial , en una época , grupo social , etc.
Grado de educación y título de graduación	Grado: Cada uno de los diversos estados o niveles que, en relación de menor a mayor, puede tener la educación. Derecho fundamental reconocido a todos los ciudadanos que incluye, como mínimo, el derecho de acceso a una enseñanza básica gratuita. Título que habilita para el ejercicio de una profesión, con o sin necesidad de realizar un ciclo de estudios previo.
Tarea que desempeña	Trabajo que debe hacerse en tiempo limitado.
Temporalidad laboral en la unidad de salud, por rangos de años	La temporalidad es definida como el “conjunto de acontecimientos que siguen un orden o distribución cronológica y una duración cuantitativa del tiempo transcurrido entre los límites de dichos acontecimientos” (Fraisie, 1989).

Fuente: Elaboración propia (2022) según la definición del D.R.A.E.

Las variables, género y tiempo en la estrategia de salud familiar se muestran en los siguientes gráficos y tablas. Se observa que la mayoría de los encuestados eran mujeres y tenían menos de 8 años en la estrategia de salud familiar. El sexo de los encuestados fueron 44 masculinos y 139 femeninos (Cantidad de datos 183).

Tabla 6

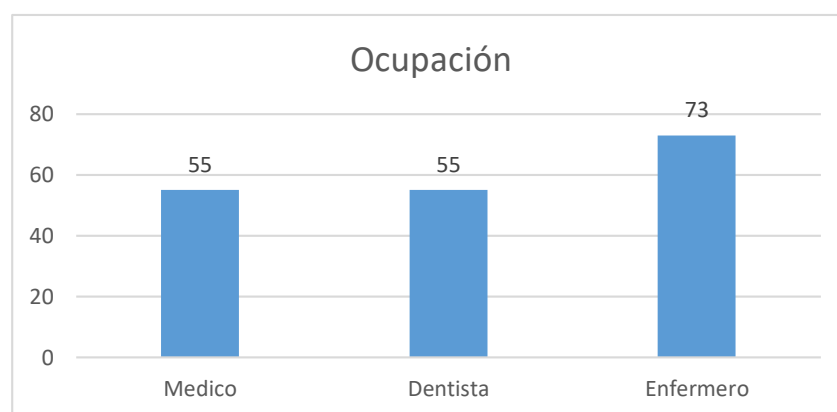
Sexo de los encuestados por especialidad de los profesionales relevados (Cantidad de datos 183 en valores absolutos)

Sexo	Médico	Dentista	Enfermería	Total
Femenino	40	42	57	139
Masculino	15	13	16	44
Total	55	55	73	183

Fuente: Elaboración propia (2019), en base al instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Gráfico 2

Ocupación en la unidad de salud (Cantidad de datos 183)



Fuente: Elaboración propia (2019), en base al instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Fe de erratas: Médico (con acento)

Se exponen a continuación: sexo, papel de los profesionales y tiempo en su unidad básica de salud en la tabla 7:

Tabla 7

Sexo, papel de los profesionales y tiempo en su unidad básica de salud (Cantidad de datos 183)

Variable	Médico	Dentista	Enfermero	Total
Sexo				
Femenino	40	42	57	139
Masculino	15	13	16	44

				183
Papel de los profesionales				
Tiempo en la UBS				
< 3 años	31	26	38	95
3 a 7 años	20	23	27	70
De 8 a 20 años	03	06	08	17
Más de 20 años	01			01

				183

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Tabla 8

Tiempo de antigüedad en la unidad básica de salud en la que se desempeñan

Tiempo de antigüedad en la USB que trabajan	Médico	Dentista	Enfermería	Total
Menor a 3 años	31	26	38	95
De 3 a 7 años	20	23	27	70
De 8 a 20 años	3	6	8	17
Más de 20 años	1	0	0	1
Total de cantidad de datos	55	55	73	183

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Tabla 9

Variables y sub-dimensiones de variables del tema de estudio articuladas con el número de pregunta del cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Variables	Sub-dimensiones de las variables	Pregunta del cuestionario
Conocimientos de la fitoterapia	a. Conocimiento sobre prácticas integrativas complementarias durante la formación profesional. . (cuantitativa).	4
	b. Importancia de una disciplina sobre prácticas integrativas complementarias durante la formación profesional. . (cuantitativa).	5
	c. Conocimiento sobre el programa del gobierno sobre la política nacional prácticas integrativas complementarias en la atención primaria como forma terapéutica. (cuantitativa).	6
	d. Utilización de las prácticas integrativas complementarias en su práctica clínica diaria.(cualitativa y cuantitativa).	7
Conocimientos e interés por la fitoterapia	e. La incorporación de las prácticas integrativas complementarias en las terapias. (cualitativa y cuantitativa).	8
	f. Experiencia en el uso de las prácticas integrativas complementarias en terapias. Si la pregunta 9 fuere afirmativa: Descripción de los tipos de técnicas fitoterapéuticas utilizadas. Fitoterapia china (fármacos); acupuntura; tuina o tuiNá (masaje y osteopatía china); dietaterapia (terapia alimentaria china); auriculoterapia (tratamiento por la oreja) y moxibustión; al ahuecar la terapia. Las prácticas físicas (ejercicios integrados de respiración y circulación de energía, y meditación como: chi kung, el tai chi chuan, yoga y algunas artes marciales) considerados métodos profilácticos para el mantenimiento de la salud o formas de intervención para recuperarla. (cualitativa y cuantitativa).	9
Fitoterapia en indicación terapéutica	g. Obtención de buenos resultados con el uso de prácticas integrativas complementarias. (cuantitativa).	10
Interés por la fitoterapia	h. Interés en participar en entrenamientos y estudios sobre prácticas integrativas complementarias. (cualitativa y cuantitativa).	11
	i. Viabilidad de un programa de prácticas integrativas complementarias en la red pública de salud. (cualitativa y cuantitativa).	12
	j. Interés en trabajar con prácticas integrativas complementarias en la atención primaria de salud. (cualitativa y cuantitativa).	13
Fitoterapia en indicación terapéutica	k. La aceptación del uso de las prácticas integrativas complementarias en su unidad sería por los usuarios. (cualitativa y cuantitativa).	14
Sobre las variables del tema de estudio	l. Realización de comentario adicional. (cualitativa).	15

Fuente: Elaboración propia (2022), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del tema de estudio del Anexo I.

Ref. Indicadores de Tabla 9:

1.- Cuantitativa: SI-NO-NS/NC

2.- Cuantitativa y cualitativa: Idem 1.- y cualitativas: Por qué-Otras-Justificar su opinión-comentario adicional

Tabla 10

Operacionalización de las variables del tema de estudio y sus dimensiones según el Diccionario de la Real Academia Española (D.R.A.E.)

Variables	Operacionalización de las variables
Conocimientos de la fitoterapia	Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas; acción y efecto de conocer, noción, saber o noticia elemental del tratamiento de las enfermedades mediante plantas o sustancias vegetales (fitoterapia).
Conocimientos e interés por la fitoterapia	Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas; acción y efecto de conocer, noción, saber o noticia elemental del tratamiento de las enfermedades mediante plantas o sustancias vegetales. Y su inclinación del ánimo y deseo de conseguir conocimientos por la fitoterapia.
Fitoterapia en indicación terapéutica	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la fitoterapia como la "Ciencia que estudia la utilización de los productos de origen vegetal, con fines terapéuticos, ya sea para prevenir, atenuar, u curar un estado patológico". Las indicaciones terapéuticas son una descripción de la enfermedad que se va a tratar con fitoterapia y la población a la que va dirigido.
Interés por la fitoterapia	Inclinación del ánimo y deseo de conseguir el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas; acción y efecto de conocer, noción, saber o noticia elemental del tratamiento de las enfermedades mediante plantas o sustancias vegetales.

Fuente: Elaboración propia (2022), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del tema de estudio del Anexo I.

Nota: No se considera susceptible el cambio del orden de las preguntas del instrumento, atento al orden de las variables expuestas, por la coherencia interna para su relevamiento.

Tabla 11

Operacionalización de las dimensiones de las variables del tema de estudio

Ref.	Operacionalización de las sub-dimensiones de las variables del tema de estudio
a	En la acción y efecto de graduar: obtuvieron conocimiento, noción, saber o noticia elemental en la doctrina, instrucción de una persona, especialmente sobre prácticas integrativas complementarias.
b	Posee firme asentimiento y conformidad con la cualidad de lo importante, de lo que es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia en la doctrina, instrucción de una persona, especialmente sobre prácticas integrativas complementarias.
c	El ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, noción, saber del programa de política del gobierno sobre prácticas integrativas complementarias en la graduación que significa otorgar un grado o acceder a él; apreciar o señalar los grados de la profesión.
d	Aprovecharse de algo en su utilización como prácticas integrativas complementarias en el ejercicio de ellas o en su facultad , conforme a sus reglas .
e	Firme asentimiento y conformidad de unir una persona o una cosa a otra u otras para que haga un todo con ellas sobre prácticas complementarias en el tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente haciéndole realizar las acciones y movimientos de la vida diaria.
f	Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo respecto al uso de prácticas integrativas complementarias al rehabilitar al paciente haciéndole realizar las acciones y movimientos de la vida diaria. Si es afirmativo, se entiende como técnicas kinésicas Manuales a las técnicas utilizadas por el kinesiólogo en el abordaje terapéutico de distintas patologías músculo esqueléticas, neurológicas y respiratorias, entre otras.
g	Alcanzar, obtener, lograr lo que se pretende o desea y el efecto y consecuencia de un hecho, operación o deliberación. De valor positivo , acorde con las cualidades que cabe atribuirle por su naturaleza o destino.
h	Interesar, satisfacer, querer, probar, ambicionar, desear, en tomar parte en algo con la acción y efecto de formar o formarse y aplicar la inteligencia para aprender, observar para comprenderlo y recibir enseñanzas en un centro docente sobre prácticas integrativas complementarias.
i	Firme asentimiento y conformidad de unir una persona o una cosa a otra u otras para que haga un todo con ellas sobre prácticas integrativas complementarias en el tratamiento terapéutico empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente, aunar, fusionar dos o más conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, en una sola que las sintetice, en el sistema de salud, con una organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada .
j	Interesar, satisfacer, querer, probar, ambicionar, desear, en trabajar en prácticas integrativas complementarias en la atención primaria de la salud.
k	Firme asentimiento y conformidad de unir una persona o una cosa a otra u otras para que haga un todo con ellas sobre prácticas integrativas complementarias en el tratamiento terapéutico empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente, en el sistema de salud, con una organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada. Con la acción y efecto de aceptar "Aprobación" de los dichos de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación, el usuario es aquella persona que utiliza o disfruta servicios con un propósito proclive a la mejora de su salud.
l	Juicio , parecer , mención o consideración que se hace , oralmente o por escrito , acerca de alguien o algo, en este caso del tema de estudio.

Fuente: Elaboración propia (2022), en base a D.R.A.E., los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del tema de estudio del Anexo I.

Tabla 12

Conocimiento, actitud y práctica de la medicina herbal por parte de profesionales de la salud Montes Claros, MG, 2018.

Variable	Médico	Dentista	Enfermero	Total
• Obtuvo disciplina en la graduación				
Sí	10	06	17	33
No	45	49	54	148
NS/NC		02		02 <u>Total 181 datos/ 2 NS-NC</u>
• Considera importante tener disciplina en la graduación				
Si	53	42	67	162
No	02	12	06	20
NS/NC		01		01 <u>Total 182 datos/ 1 NS-NC</u>
• Utiliza plantas medicinales en la práctica clínica / rutinaria				
Si	26	06	31	63
No	29	49	42	120 <u>Total 183 datos</u>
• Cree en la fiabilidad de las plantas medicinales				
Si	40	39	51	130
No	13	12	18	43
NS/NC	02	04	04	10 <u>Total 173 datos/ 10 NS-NC</u>
• Experiencia en el uso de plantas medicinales en terapias / consumo				
Si	22	14	28	64
No	30	41	45	116
NS/NC		03		03 <u>Total 180 datos/ 3 NS-NS</u>
• Buenos resultados terapéuticos con indicación de hierbas medicinales				
Si	25	10	29	64
No	20	33	30	83
NS/NC	10	13	13	36 <u>Total 147 datos/ 36 NS-NC</u>

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Muy pocos han tenido la disciplina de fitoterapia en su graduación. A pesar de que su gran mayoría está de acuerdo en tener dicha disciplina que aporta a usos y costumbres de los demandantes y es conveniente económicamente para el SUS.

Al articular con las respuestas de la primera pregunta, es lógico que no sean muchos profesionales de la A.P.S. los que utilizan plantas medicinales con respecto a no tener dicha disciplina en su graduación. Una gran mayoría tiende a creer en la fiabilidad de las plantas medicinales por los usuarios antecesores a ellos.

Se considera baja la experiencia en el uso de plantas medicinales atento a lo antedicho en su formación profesional y para la atención primaria de la salud. Lo mismo ocurre con los buenos resultados terapéuticos, en función a que no han utilizado como plantas integrales complementarias, en los casos que correspondan, a la terapéutica, a través de la indicación de las hierbas medicinales, conforme a su formación profesional de base y de allí surgen que son 36 profesionales que NS/NC.

Tabla 13

Política nacional de plantas medicinales y fitoterapéuticas. Montes Claros, MG, 2018.

Variable	Médico	Dentista	Enfermero	Total
Conocer la política nacional de plantas medicinales				
Si	13	16	27	56
No	42	39	45	126
NS/NC			01	01
Datos totales				182 datos/ 1 NS-NC
Viabilidad de un programa de plantas medicinales en la red pública				
Sí	51	51	67	169
No	04	04	05	13
		01		01
Datos totales				183 datos/ 1 NS-NC
Interés por trabajar con plantas medicinales en la atención primaria de salud				
Si	44	49(31,0)	65(41,1)	158
No	10	06	07	23
NS/NC			02	02
Datos totales				181 datos/ 1 NS-NC
Considera que el uso de plantas medicinales en la unidad sería bien aceptado por los usuarios				
Si	46	39	63	148
No	08	12	06	26
NS/NC	01	04	04	09
Datos totales				174 datos/ 9 NS-NC

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Se evalúa el interés por trabajar con plantas medicinales en la atención primaria de salud, que arrojó en valores absolutos 158 profesionales que brindaron su afirmación, sólo 23 se opusieron y dos no contestaron la pregunta. El uso de

plantas medicinales en la unidad donde se desempeñan sería bien aceptado por los usuarios mencionado por 148 profesionales que lo afirmaron, en tanto que 26 lo negaron y nueve no contestaron la pregunta. Las razones que llevan a creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias.

Tabla 14

Razones para creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias. Montes Claros, MG, 2018.

Variable	Graduados
<ul style="list-style-type: none"> • Coadyuvante en el tratamiento 	
Si	104
No	79 183 datos
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo costo 	
Si	114
No	69 183 datos
<ul style="list-style-type: none"> • Poco efecto secundario 	
Si	78
No	105 183 datos
<ul style="list-style-type: none"> • Fácil acceso 	
Si	94
No	89 183 datos
<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad del tratamiento 	
Si	40
No	143 183 datos

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

Afirman 104 profesionales de la salud que las plantas medicinales son complementarias al tratamiento tradicional. Al justificar los resultados obtenidos en la variable bajo costo, en donde 114 de los profesionales refieren ser más económico para los usuarios ya que asegura la mejora en la condición clínica del paciente, y del SUS.

4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se exponen a continuación los resultados del relevamiento sobre el objeto de estudio que articulará con su discusión pertinente:

Tabla 15

Conocimiento, actitud y práctica de la medicina herbal por parte de profesionales de la salud Montes Claros, MG, 2018.

Variable	Médico n (%)	Dentista n (%)	Enfermero n (%)	Total n
Obtuvo disciplina en la graduación				
Sí	10(30,3)	06(18,2)	17(51,5)	33
No	45(30,4)	49(33,1)	54(36,5)	148
NS/NC			02 (12,0)	02
Considera importante tener disciplina en la graduación				
Si	53(32,7)	42(25,9)	67(41,4)	162
No	2(10,0)	12(60,0)	06(30,0)	20
NS/NC		01 (14,1)		01
Utiliza plantas medicinales en la práctica clínica / rutinaria				
Si	26(41,3)	06(9,5)	31(49,2)	63
No	29(24,2)	49(40,8)	42(35,0)	120
Cree en la fiabilidad de las plantas medicinales				
Si	40(30,8)	39(30,0)	51(39,2)	130
No	13(30,2)	12(27,9)	18(41,9)	43
NS/NC	2 (39,0)	04(42,1)	04(18,9)	10
Experiencia en el uso de plantas medicinales en terapias / consumo				
Si	22(34,4)	14(21,9)	28(43,8)	64
No	30(25,9)	41(35,3)	45(35,0)	116
NS/NC	3 (39,7)			03
Buenos resultados terapéuticos con indicación de hierbas medicinales				
Si	25(39,1)	10(15,6)	29(45,3)	64
No	20(24,1)	33(39,8)	30(36,1)	83
NS/NC	10(29,4)	13(44,6)	13(38,2)	36

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

En la tabla 15 se puede observar que la falta de experiencia se justifica por la ausencia de la disciplina hierbas medicinales en su formación, a pesar de que los profesionales de la salud consideran importante ofrecer la disciplina en su graduación.

Al considerar la aplicación y los buenos resultados del uso de plantas medicinales, se encontró que los resultados están justificados por la efectividad de las hierbas medicinales.

Tabla 16

Política nacional medicinales y fitoterapéuticas. Montes de plantas Claros, MG, 2018.

Variable	Médico n (%)	Dentista n (%)	Enfermero n (%)	Total N
Conocer la política nacional de plantas medicinales				
Si	13(23,2)	16(28,6)	27(48,2)	56
No	42(33,3)	39(31,0)	45(35,7)	126
NS/NC			01 (16,1)	01
Viabilidad de un programa de plantas medicinales en la red pública				
Sí	51(30,2)	51(30,2)	67(39,6)	169
No	04(30,8)	04(30,8)	05(38,5)	13
		01(30,3)		01
Interés por trabajar con plantas medicinales en la atención primaria de salud				
Si	44(27,8)	49(31,0)	65(41,1)	158
No	10(43,5)	06(26,1)	07(30,4)	23
NS/NC			02(28,5)	02
Considera que el uso de plantas medicinales en la unidad sería bien aceptado por los usuarios				
Si	46(29,7)	39(30,0)	63(40,6)	148
No	08(40,0)	12(27,9)	06(30,4)	26
NS/NC	01(30,3)	04(42,1)	04 (29,0)	09

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

En la tabla 16 se evalúa el interés por trabajar con plantas medicinales en la atención primaria de salud, que arrojó, en valores absolutos, 158 profesionales que brindaron su afirmación, sólo 23 se opusieron y dos no contestaron la pregunta.

En referencia a la consideración por el uso de plantas medicinales en la unidad donde se desempeñan sería bien aceptado por los usuarios: 148 profesionales lo avalaron mientras que 26 lo negaron y nueve no contestaron el interrogante.

Tabla 17

Razones para creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias. Montes Claros, MG, 2018.

Variable	Graduados n (%)
Coadyuvante en el tratamiento	
Si	104(56,8)
No	79(43,2)
Bajo costo	
Si	114(62,3)
No	69(37,7)
Poco efecto secundario	
Si	78(42,6)
No	105(57,4)
Fácil acceso	
Si	94(51,4)
No	89(48,6)
Efectividad del tratamiento	
Si	40(21,9)
No	143(78,1)

Fuente: Elaboración propia (2019), en base a los resultados del instrumento cuestionario semi-estructurado y autoadministrado del Anexo I.

En la tabla 17 se discuten las razones que llevan a creer que las plantas medicinales pueden incorporarse a las terapias.

El 56.8% de los encuestados cree que es adyuvante en el tratamiento, 62.3% a bajo costo, 51.4% en fácil acceso, y el 57.4% informa que tiene poco efecto secundario, aunque el 78.1% no cree en la eficacia del tratamiento.

Asimismo, se observa que 104 profesionales de la salud afirman que las plantas medicinales son complementarias al tratamiento tradicional. Al justificar los resultados obtenidos en la variable bajo costo donde 114 de los profesionales afirman ser más económico para los usuarios, ya que asegura una mejora en la condición clínica del paciente.

La terapia con plantas medicinales de forma correcta y con prescripción médica genera pocos efectos secundarios e interacciones medicamentosas, al justificar los resultados de los efectos secundarios variables.

Cuando se observa que, ante los resultados de 143 profesionales de la salud que no creen en la eficacia del tratamiento, se justifica porque se sabe que hay bonificaciones y/o sistemas de motivación de los laboratorios, y económicamente no se torna tan viable la indicación de terapias alternativas, ante lo descrito previamente.

5.- Discusión de resultados

En el presente estudio se buscó investigar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de la medicina herbal entre los profesionales de la salud. Por cierto, los profesionales de salud han sido los principales usuarios de PIC en el SUS. Esto indica que los PICS deben aportar efectividad a su práctica, ya que han invertido tiempo y recursos en la capacitación y luego en el ejercicio de PIC (Antonio, 2012).

La Ley 8.080 del 19 de septiembre de 1990 define que el SUS (Sistema Único de Salud) es un conjunto de acciones y servicios de salud, regidos por organismos públicos municipales, estatales y federales. Según las pautas del art. 198 de la constitución federal, estos servicios de salud deben garantizar el acceso universal a los servicios de salud en todos los niveles de atención, al brindar servicios de salud de carácter curativo y preventivo, individual y colectivo, sin discriminación alguna de la población (Giraldi, 2014).

En el SUS se utiliza la medicina tradicional y complementaria, que son prácticas que no pertenecen a la medicina tradicional. Estas prácticas involucran principalmente la homeopatía, la acupuntura, la medicina herbal y la medicina antroposófica. Existe un registro del uso de la medicina tradicional y complementaria en el sistema público de salud desde la década de 1980, pero se intensificó luego de la aprobación de la PNPIC (política nacional de prácticas integrativas y complementarias) (Sousa, 2017, p. 2).

El PNPIC tiene como objetivo desarrollar el vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el medio ambiente y la sociedad, y también estimular los mecanismos naturales de prevención (Ferreira, 2016, p.85).

Sin embargo, aún existe un prejuicio en relación al uso de PICs (prácticas integrativas y complementarias), al estar relacionado con el desinterés de los profesionales de la salud, reflejándose en la relación médico / paciente. En 2006, el Ministerio de salud aprobó el PNPIC, mediante decreto ministerial número 971 (Gontijo, 2017).

Los principales hallazgos indican que la mayoría de los profesionales encuestados no obtuvieron una base teórica sobre la medicina herbal en su educación académica, y se sabe que es extremadamente importante tener la medicina herbal en las matrices curriculares de los cursos de pregrado en salud, no sólo para los

maestros e investigadores universitarios, así como profesionales que trabajan en el sistema único de salud (SUS), en el estudio de (Barreto, 2015), fitoterapia como contenido en cursos de pregrado en salud: importancia para la formación profesional, afirma que es necesario crear en los profesionales, este perfil, ya que muchos profesionales de la salud, especialmente aquellos en la profesión médica, no confían o creen en el uso de plantas medicinales y hierbas medicinales para tratar enfermedades.

En el trabajo de investigación sobre PNPIC en el proceso de enseñanza, que contempla investigación y extensión en pregrado médico sobre el origen del conocimiento sobre PIC, se obtuvo a través de la lectura y la experiencia familiar, y pocos profesionales de la salud. Consideró que la graduación era importante para obtener este conocimiento y credibilidad. Sin embargo, consideraron que los PIC eran importantes para la profesión y para el SUS y consideraron que deberían incluirse en el programa de pregrado. Aún, al seguir las líneas de investigación del conocimiento sobre PNPIC por parte de una minoría, las mismas muestran la necesidad de invertir en educación continua para los profesionales que trabajan en servicios de salud pública, ya que esta es una política del ministerio de salud (Gontijo, 2017).

Se observa entre los encuestados que la mayoría de ellos reconoce la importancia de tener dicha disciplina en la carrera, pero es muy visible que estos profesionales no usan plantas medicinales en la práctica / rutina clínica, incluso creen en su confiabilidad, a pesar que varios de ellos refieren no tener experiencia en el tema. Ya que en el uso de plantas medicinales en terapias / consumo, no se sienten seguros para agregar medicamentos a base de hierbas a su práctica clínica. No obstante, las plantas medicinales son un elemento de gran importancia para el mantenimiento de las condiciones de salud de las personas y representan una parte importante en la cultura de un pueblo que ha sido utilizada y transmitida por las poblaciones durante varias generaciones. (Hufford, 1997), señala que un programa de fitoterapia apropiado debe incorporar un conjunto de actitudes, valores y creencias que constituyen una filosofía de vida y no simplemente una parte de los remedios, y (Akerlele, 1988), indica que el conocimiento popular puede ser una contribución a profesionales de la salud en la implementación de programas de fitoterapia en la red de atención primaria de salud. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud conozcan y aprendan sobre los medicamentos a base de hierbas, para

incorporarlos a su práctica clínica, al considerarla como una estrategia importante para mejorar la salud y la vida de la población.

La política nacional de plantas medicinales y fitoterapéuticas (PNPMF) tenía como una de sus pautas la garantía de seguridad, eficacia y calidad en la obtención de plantas medicinales y fitoterapéuticas, se reconocen las populares preparaciones caseras y ello promueve buenas prácticas de cultivo y manejo, es decir, abarca toda la etapa de producción.

El PNPMF establece una parte esencial de las políticas públicas de salud, medio ambiente, desarrollo económico y social, al actuar como uno de los elementos fundamentales de la transversalidad en la implementación de acciones capaces de promover mejoras en la calidad de vida de la población de estos profesionales de la salud conocen la política con respecto a las plantas medicinales y las hierbas medicinales, ya que la mayoría de los encuestados de esta investigación justificaron no saber. La fitoterapia es una terapia integrativa muy útil, y en un estudio realizado por (Gontijo,2017), sobre el uso de plantas medicinales y hierbas medicinales en el sistema único de salud de Brasil, se destacaron varios aspectos positivos del uso de plantas medicinales y las ventajas de la inserción de hierbas medicinales en la red de servicios de salud pública, entre ellos: el bajo costo, la menor incidencia de efectos secundarios, además de la amplia aceptación por parte de los usuarios, se destaca también la importancia de la relación y aproximación entre el entorno científico y el popular. Por lo tanto, existe una prevalencia positiva en los resultados de esta investigación sobre la viabilidad de tener un programa de plantas medicinales en la red pública, ya que muchos de ellos están interesados en trabajar con plantas medicinales en la atención primaria de salud, ya que estos profesionales creen que el uso de las plantas medicinales en la unidad serían bien aceptadas por los usuarios debido a su bajo costo, fácil acceso, pequeños efectos secundarios y su tratamiento complementario, ya que una planta medicinal cuando se administra con algún otro medicamento o se agrega a su fórmula refuerza su acción.

El presente estudio, se demuestra que la enfermería ha sido una de las áreas más activas con el uso de PICS en la promoción de la salud, ya que prepara al equipo multidisciplinario para servir a estos usuarios y promover el uso de plantas medicinales y mantener viva la cultura de diferentes formas terapéuticas (Ferreira, 2019). En los artículos revisados, se abordan específicamente la importancia de la

información de las enfermeras sobre el uso de plantas medicinales, al considerar que Brasil es un país con la mayor biodiversidad del planeta.

El conjunto de políticas adoptadas en el período de estudio, indirectamente, estimula la investigación de plantas medicinales. El estudio de nuevas plantas medicinales y la prueba de eficacia y seguridad son extremadamente importantes para la inclusión de nuevas monografías en la farmacopea brasileña.

La regularidad en la actualización de la lista de incorporación de medicamentos a base de hierbas en el SUS (Renuis) es otro instrumento para aumentar las recetas a base de hierbas, ya que refleja las necesidades de los usuarios del SUS y, en consecuencia, estimula la investigación en el área de los productos naturales.

Según una investigación realizada por (Oshiro, 2016), muestra que es necesario alentar las acciones de sensibilización de médicos, enfermeras, farmacéuticos y profesionales de la salud para alentar la prescripción de medicamentos y productos herbales, cuando estén disponibles en la unidad de salud. Además de permitir que las pautas curriculares en Brasil incluyan en éste área en los planes de estudio, ya que es necesario promover junto con los cursos de mejora de los consejos de clase para la clínica de hierbas medicinales. También es necesario fomentar acciones que regulen la prescripción de medicamentos a base de hierbas por parte de los profesionales de la salud.

Se puede ejemplificar la acción tomada por el consejo federal de nutricionistas, a través de la resolución CFN No. 525, del 25 de junio de 2013, que regula la práctica de la medicina a base de hierbas por parte del nutricionista, dándole la competencia para recetar plantas medicinales, medicamentos vegetales y hierbas medicinales como complemento de la prescripción dietética, siempre que estén exentos de prescripción médica. Lo mismo ocurrió con la publicación de la Resolución N ° 586 del 29 de agosto de 2013 por el consejo federal de farmacia, que regulaba la prescripción farmacéutica de medicamentos herbales de venta libre.

Este estudio muestra la necesidad de tener una orientación en la educación académica, mejorar el nivel de información y capacitar a los profesionales de la salud para usar la medicina a base de hierbas, ya que ellos son los prescriptores, de modo que, al recetar al paciente, se haga de manera segura porque se trata de salud pública (además de la Privada que la aplica) y por eso se requiere más atención a esta realidad en función de los pacientes demandantes de la salud pública.

6.- Conclusión

En la presente tesis se determinó el sistema de utilización de las prácticas integrativas y complementarias: fitoterápicos, en el primer nivel de atención de los profesionales en salud, en Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, en los años 2018 a 2019.

Asimismo, se identificaron y describieron las prácticas integrativas y complementarias en el primer nivel de atención de los equipos profesionales sobre la utilización de los fitoterápicos, al promover los saberes populares (autóctonos) en conocimientos científicos y en los sociales demandantes, así como su sistema de evaluación (control administrativo) como tal evidencia; y la demanda de los mismos.

Con respecto a la biodiversidad de Brasil, y con el objetivo de mejorar la salud de la población, el ministerio de salud ha invertido recursos en el uso de la fitoterapia como prácticas/complemento del SUS. Sin embargo, para que esto ocurra de manera correcta y, sobre todo, segura, es necesario contar con profesionales capacitados que comprendan la química, toxicología y farmacología de las plantas medicinales y principios activos sin dejar de lado los conocimientos populares.

Hay varios programas de fitoterapia implementados y/o en implementación, en todas las regiones de Brasil. Ello se debe a la búsqueda de las secretarías municipales de salud para facilitar el acceso de la población a las plantas medicinales / herbales con el objetivo de su correcto uso. Esta práctica se implementa en los años de investigación en el programa de salud familiar (PSF) en varios estados, como lo es el caso de estudio de la presente tesis.

La inclusión de plantas medicinales y fitoterápicos en atención primaria de la salud y particularmente en unidad básica de salud, constituye una acción para ampliar el acceso y la calificación en calidad de los servicios, desde la perspectiva de la atención integral de salud para la población.

Para su consolidación, como otra estrategia terapéutica y promotora de la salud en las unidades de salud familiar del municipio de Montes Claros, se deben considerar las diversas influencias que interfieren durante este proceso: gerentes, políticas institucionales, sujetos involucrados (y sus competencias), cultura local y organizacional, entre otros factores.

Sin lugar a dudas, la realización de un proceso democráticamente guiado, discutido y sostenido, promueve la mejora y adecuación de las actividades y guía las acciones a implementar. La coparticipación en el establecimiento de acciones en unidades básicas de salud es tan importante como los resultados obtenidos, lo que refleja cambios en la percepción de los involucrados y en la cultura de la institución misma.

Estas consideraciones, entre muchas otras, condujeron al desarrollo de este trabajo, que buscó plantear aspectos desde la implementación de la política nacional de prácticas integrales y complementarias y medicamentos a base de hierbas medicinales hasta la extensión del conocimiento de los profesionales de la salud, en relación con la medicina basada en dichas prácticas complementarias en las unidades básicas de salud.

Además, se determinaron y evaluaron los procesos administrativos, en lo temporal, respecto al nivel de conocimiento y percepción asistencial en relación al uso de plantas medicinales y fitoterápicos por parte de los profesionales de la atención primaria de la salud y el control administrativo de su difusión a través de las actividades de promoción y prevención de la salud. Y se estableció el grado de conocimiento de los médicos respecto del sistema político-administrativo del objeto de estudio: su planificación, gestión, control y retroalimentación, en la comunidad demandante de la atención primaria de salud.

Se considera que la transformación en las prácticas de salud requiere la participación de todos los actores sociales, institucionales y profesionales y al parecer, la estrategia propuesta favorece el protagonismo y a la participación de los profesionales, se democratiza la gestión y se amplía la atención a la salud, con la responsabilidad acordada entre gerentes, trabajadores y usuarios, según lo estimulado por la política nacional de humanización.

El método presentado facilita el desarrollo de acciones sólidas y sostenibles, se fomenta a través de la gestión participativa, la construcción de la integralidad y la expansión responsable y cuidadosa de las prácticas y el conocimiento de la atención, además de proporcionar el registro de experiencias, al contribuir con la implementación de prácticas integrativas en las unidades básicas de salud de la ciudad de Montes Claros - Minas Gerais, al implementar el conocimiento de los profesionales de la salud en estas prácticas y a efectos de fortalecer el uso consciente y correcto de las hierbas medicinales.

7.- Bibliografía

7.1. Bibliografía general

- Akerele, O. (1988). *Medicinal plants and primary health care: an agenda for action*. Tradução de André A. R. de Meijer e Ceres B. Laus). Revista de Fitoterapia; 59(5). Brasil.
- Alonso, J. (1998). *Tratado de fitomedicina – bases clínicas y farmacológicas*. Ed. ISIS Ediciones. S. R. L. República Argentina.
- Altman, S. (1992). *Terapia pela acupuntura na clínica de pequenos animais*. In Ettinger, S.J. *Tratado de medicina interna veterinária: moléstias do cão e do gato*. 3ed. São Paulo, Brasil: Manole, v. 1.
- Antonio, G.D.; Tesser, D.C.; Pires, R.O.M. (2014). *Fitoterapia na atenção primária à saúde*. Revista Saúde Pública, v.48, n.3. Brasil.
- Araújo M.A.M. (2000). *Bactris e quebras-pedras*. Interface (Botucatu, Brasil); 4(7). DOI:10.1590/S1414-32832000000200008.
- Araújo, M.S. y Col. (2021). *Uso das plantas medicinais para fins terapêuticos por estudantes do Ensino Médio*. Revista Society and Development, v. 10, n. 4. Brasil.
- Araújo M.A.M. (2002). *Das ervas medicinais à fitoterapia*. São Paulo, Brasil: Ateliê Editorial.
- Arnous, A.H.; Santos, A.S.; Beinher, R.P.C. (2005). *Plantas Medicinais de Uso Caseiro – Conhecimento Popular e Interesse por Cultivo Comunitário*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.6, n.2, Brasil.
- Badke, M.R; Budó, M.L.D; Silva, F.M.; Ressel, L.B. (2011). *Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular*. Esc. Anna Nery. 15(1). DOI:10.1590/S1414-81452011000100019. Brasil.
- Balbinot, S.; Velasquez, P.G.; Dusman, E. (2013). *Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro–Paraná*. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v. 15. Brasil.
- Banerjee, D. D. (1991). *Text book of Homeopathic pharmacy*. New Delhi: B. Jain Publishers. Estados Unidos de Norteamérica.
- Bastos, R.A.A.; Lopes, A.M.C.A (2010). *Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o olhar da Enfermagem*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 14, Brasil.
- Bello, C.M.; Montanha, J.A.; Schenkel, E.P. (2002). *Análise de bulas de medicamentos fitoterápicos comercializados em Porto Alegre, Brasil*. Revista Brasileira de Farmacognosia, v.12, n. 2. Brasil.
- Borges, A.M.; Ceolin, T.; Barbieri, R.L.; Heck, R. M. (2010). *La inserción de las Plantas Medicinales en la Práctica de Enfermería: Un Creciente Desafío*. Enfermería Global, v. 9, n.1, Brasil.

- Brasileiro, B.G.; Pizziolo, V.R.; Matos, D.S.; Germano, A.M.; Jamal, C.M. (2008). *Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família"*. Governador Valadares, MG, Brasil. Rev Bras Cienc Farm. 44 (4). Brasil.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde Paidéia*. Ed. Hucitec. São Paulo, Brasil.
- Carneiro, F.F.; Krefta, N.M.; Folgado, C.A.R. (2014). *A Práxis da Ecologia de Saberes: entrevista de Boaventura de Souza Santos*. Tempus, Brasília, Brasil, v. 8, n. 2.
- Ceolin, T.; Heck, R.M.; Barbieri, R.L.; Schwartz, E.; Muniz, R.M.; Pillon, C.N. (2011). *Plantas Medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.45, n.1, Brasil.
- Cechinel-Filho, V.; Yunes, R.A. (1998). *Estratégias para a obtenção de compostos farmacologicamente ativos a partir de plantas medicinais. Conceitos sobre modificação estrutural para otimização da atividade*. Química Nova, v.21, n.1, Brasil.
- Damasceno, C.M.D.; Dantas, M.G.B.; Lima-Saraiva, S.R.G.; Teles, R. B. A.; Faria, M.D.; Almeida, J.R.G.S. (2016). *Avaliação do conhecimento de estudantes universitários sobre medicina alternativa*. Revista Baiana de Saúde Pública, Petrolina, Brasil, v. 40, n. 2.
- Duprat, H. (1974). *A teoria e a técnica da homeopatia*. Rio de Janeiro: Gráfica Olímpica Editora.
- Dutra, J. S. (2009). *Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectiva*. Ed. Atlas. São Paulo, Brasil.
- Eco U. (2000). *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Editorial Gedisa. México.
- Eco U. (2005). *Cómo se hace una tesis* (6ª ed.). Ed. Gedisa. España.
- Evangelista M.M. (2020) *Farmacía de atención y asistencia de salud*. De Ribeiro Pessoa D.L. Cap. 26 *Atención Primaria de la Salud*. Ed. Atena. Brasil.
- Farber, P.L, Timo-Iaria, C. (1994). *Acupuntura e sistema nervoso*. Jornal Brasileiro de Medicina, v.67, n.5-6, Brasil.
- Ferrão, B.H.; Abrantes, V.M.; Teixeira, M.B.; Brum, C. V.; Batista, E.O.; Oliveira, H.B. (2015). *Toxicología das plantas medicinais: um grande risco para a população mundial*. Anais Simpoc, v. 2, n. 1. Brasil.
- França, I.S.X. y Col. (2008). *Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais*. Revista Brasileira de Enfermagem, v.61, n.2, Brasil.
- Furnham A.; Bhagrath R. (1993). *A comparison of healthbeliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine*. Br J Clin Psychol; 32(2). Estados Unidos de Norteamérica.
- Garlet, T.M.B. e Irgang, B.E. (2001). *Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por mulheres trabalhadoras rurais de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil*. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, 4(1). Brasil.
- Gerber, R. (2000.) *Um guia prático de medicina vibracional*. 2da. Ed. Cultrix. São Paulo, Brasil.

- Guía Resumen del *ESTILO APA* Séptima edición (2020). UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales). Buenos Aires, República Argentina.
- Gunn, C.C., Ditchburn, F.G., King, M.H., y Col. (1976). *Acupuncture loci: a proposal for their classification according to their relationship to known neural structures*. *American Journal of Chinese Medicine*. v.4, n.2. Estados Unidos de Norteamérica.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio M.P. (2014). *Metodología de la investigación 6ta edición*. Ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Buenos Aires, República Argentina.
- Hwang, Y.C. (1992). *Anatomy and classification of acupoints*. *Problems in Veterinary Medicine*. v.4, n.1. Estados Unidos de Norteamérica.
- Iglesias G. y Resala G. (compiladoras) Adamovsky G., Amado Suárez A., Bernhardt F., Bongiovanni M., Etkin M.E., Gabrinetti M., Peña G.D., Rodríguez R.J., Vázquez N.O. (2009) *Trabajo final, tesis y tesinas: modalidades, estructura metodológica y discursiva, evaluación*. 1ª. Edic. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas. República Argentina.
- Kein, T.; Longhini, R.; Bruschi, M. L.; Mello, J.C.P. (2009). *Fitoterápicos: um mercado promissor*. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl*, v. 30, n. 3, Brasil.
- Kendall, D.E. (1989). *A scientific model for acupuncture*. Part I. *American Journal of Acupuncture* (California), v.17, n.3. Estados Unidos de Norteamérica.
- Kurcgant P. (2005). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Lemonica, R. (2014). *Compreendendo o impacto das diretrizes propostas pela política nacional de práticas integrativas e complementares em serviços de homeopatia do sistema único de saúde*. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.
- Lemus J.D. y Col. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. (1ª ed.). Editorial Corpus. Editorial Corpus. Rosario, República Argentina.
- Lemus, J. D. y Col. (2009). *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud*. 1ª ed. Editora Corpus Libros Médicos y Científicos, Rosario – Argentina.
- Lemus J.D. y Col. (2009). *Salud Pública, Sistemas y Servicios de Salud*. (1ª ed.). Ed. Fundación CIDES. Buenos Aires, República Argentina.
- Lima, D. F.; Pereira, D. L.; Francisco, F. F.; Reis, C.; Lima, V. S.; Cavalcanti, P. P. (2014). *Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 15, n. 3. Brasil.
- Lorenzi, H. y Matos, F.J.A. (2002). *Plantas medicinais no Brasil: Nativas e exóticas*. Instituto Plantarum de Estudos da Flora. São Paulo, Brasil.
- Luz M.T. y Barros F.B. (2012). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2012. ISBN: 978-85-89737-71-5.

- Maioli Azevedo V. y Da Fonseca, K.V.S. (2007). *Plantas medicinais e ritualísticas vendidas em feiras livres no Município*. Acta bot. Bras., v. 21, n. 2, Brasil.
- Meng, C. (1992). *Present status of reserach abroad concerning the effect of acupuncture and moxibustion on immunologic functions*. Journal of Traditional Chinese Medicine (Beijing, China), v.12, n.3.
- Moebus, R. y Merhy, E. (2017). *Genealogia da política nacional de práticas integrativas e complementares*. Saúde em Redes. 3. 10.18310/2446-4813.v3, n2, Brasil.
- Moller, A., Lippert, U., Lessman, y Col. (1993). *Human mast cells produce*. IL-8. The Journal of Immunology, v.151, n.6, Brasil.
- Monteiro DA. (1997). *Sintoma - o dialeto de cada um*. In: Nassif RG, organizadora. *Compêndio de homeopatia*. v. III. São Paulo, Brasil: Robe.
- Monteiro DA. (2002). *O corpo e o sintoma na semiologia homeopática*. Rev Homeopat; 4. Brasil.
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. (1994). *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. Tercera Edición. Barcelona, España.
- Matos, F.J.A. (1997). *As plantas das farmácias vivas*. Fortaleza, Brasil.
- Matos, F.J.A. (1998). *Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades*. Fortaleza, Brasil.
- Matos, F.J.A. (2000). *Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil*. 2. ed. Fortaleza, Brasil.
- Matos, F.J.A. (2001) *Contextualização histórica da fitoterapia no Brasil*. In: *Forum para a proposta de política nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos*. Brasília. Anais não publicado. Conferência proferida no Fórum para a Proposta de Política Nacional de Plantas Mediciniais e Medicamentos Fitoterápicos, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil, em 17 de dezembro de 2001.
- Matos, F.J.A. (2002) *Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades*. 4. Ed. rev. ampl. Fortaleza, Brasil.
- Nicoletti, M.A. y Col. (2007). *Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos*. Infarma, v.19, n.1. Brasil.
- Nogueira, L. J.; Montanari, C. A.; Donnici, C. L. (2009). *Histórico da evolução da química medicinal e a importância da lipofilia: de Hipócrates e Galeno a Paracelsus e as contribuições de Overton e de Hansch*. Revista virtual de química, v. 1, n. 3, Brasil.
- Oliveira, I. F.; Peluso, B. H. B.; Freitas, A. C.; Nascimento, M. C. (2017) *Homeopatia na graduação médica: trajetória da universidade federal fluminense*. Revista Brasileira de Educação Médica, Niterói, Brasil, v. 41, n. 2.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1978) *Alma Ata*. Estados Unidos de Norteamérica.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2002). *44º Consejo Directivo, 55º Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. Washington: 22 al 26 de septiembre de 2003, Estados Unidos de Norteamérica.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2005). *46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud* (CD/46/13). Washington, Estados Unidos de Norteamérica.
- Pires, I.F.B.; Souza, A.A.; Feitosa, M.H.A.; Costa, S. M. (2014). *Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v.16, n.2, supl. I.
- Ratera, E.L., Ratera M.O. (1980). *Plantas de la flora argentina empleadas en medicina popular*. Ed. Hemisferio Sur, Buenos Aires, República Argentina.
- Rosa, R.L.; Barcelos, A.L.V.; Bampi, G. (2012). *Investigação do uso de plantas medicinais no tratamento de indivíduos com diabetes melito na cidade de Herval D' Oeste*. SC. Rev. bras. Pl. Med., 14(2). Brasil.
- Ristol, E.G.A. (1997). *Acupuntura y neurología*. Revista de Neurología. (Barcelona, Espanha), v.25, n.142.
- Rudder, E.A.M.C. (2002). *Guia compacto das plantas medicinais*. Rideel, v.5, Brasil.
- Sacramento, H.T. (2000). *Legislação para produção, comercialização e uso de plantas medicinais*. In: Jornada Paulista de Plantas Medicinais, v.5. Botucatu Anais. Botucatu, Brasil: UNESP.
- Schenkel E.P.; Zannin M.; Mentz, L.A.; Bordignon, S.A.L.; Irgang, B.E. (2000). *Plantas tóxicas*. en: Simões, C.M.O. (C.M.O., Schenkel E.P., Gosmann G., Mello J.C.P., Mentz, L.A., Petrovick, P.R. (Org). *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. 2da. Ed. Porto Alegre/Florianópolis, Brasil: Editora da Universidade/UFRGS / Editora da UFSC.
- Salles, S.A.C. y Schraiber, L.B. (2009). *Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia*. Cad Saude Publica; Brasil ,25(1).
- Sant'ana, J.M.B. y Col. (2011). *Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública, Brasil, v.29, n.2.
- Santos, M.G.; Dias; A.G.P.; Martins, M.M. (1995). *Conhecimento e uso da medicina integrativa entre alunos e professores de primeiro grau*. Revista Saúde Pública, Brasil, v.29, n.3.
- Santos, R.L.; Guimarães, G.P.; Nobre, M.S.C.; y Col. (2011). *Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde*. Rev. Bras. Plantas Med., Brasil, v.13, n.4.

- Secretaria estadual do Rio de Janeiro, Brasil (2004). *Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº 1.590, de 18 de março de 2004. Aprova regulamento técnico para a prática da fitoterapia e funcionamento dos serviços de fitoterapia no âmbito do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências*. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro; 18 marzo.
- Silva, C.G.R.; Marinho, M.G.V.; Lucena, M.F.A.; Costa, J.G.M. (2015). *Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de Caatinga na comunidade do Sítio Nazaré, município de Milagres, Estado de Ceará, Brasil*. Rev. Bras. Pl. Med., v.17, n.1.
- Silva, D.S. y Azevedo, D.M. (2012). *Opinião de médicos e enfermeiros sobre o uso da fitoterapia e plantas medicinais na Atenção Básica*. Rev enferm UFPE on line. 6(5). Brasil.
- Silva, M.V. et al. (2021). *Uso de plantas medicinais: Histórico e relevancia*. Revista Society and Development, v. 10, n. 10. Brasil.
- Simões, C.M.O. (Org.) (2007). *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. 6. ed. Porto Alegre, Brasil.
- Souza, M.R.M.; Pereira, R.G.F; Fonseca, M.C.M. (2012). *Comercialização de plantas medicinais no contexto da cadeia produtiva em Minas Gerais*. Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, v.14, Brasil.
- Teixeira, C. F., (1997). *O desafio da qualidade em saúde*. Bahia. Análise & Dados, v.6.
- Tomazzoni, M.I. (2004). *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, Brasil.
- Veiga J.R.V.F.; Maciel, M.A.M. y Pinto, A.C. (2005). *Plantas medicinais: cura segura?* Ed. Química Nova, v.28, nro. 3, Brasil.
- Wu, D.Z. (1990). *Acupuncture and neurophysiology*. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. v.92, n.1. Estados Unidos de Norteamérica.
- Yunes, R.A.; Pedrosa, R.C.; Cechinel, F.V. (2001). *Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil*. Química Nova, Brasil, v.24, n.1.

Nota: La nómina de siglas se expone en la página 8 del presente estudio.

7.2. Sitios web consultados

- Adler, U.C. y Col. (2009). *Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double--blind, randomized non-inferiority trial*. Evidence Based in Complementary and Alternative Medicine, Bethesda, v. 17, p. 1-7, ago. <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nep114>. Recuperado el 22/10/2019.

Alternativas Terapêuticas (2020). *Pontos de aplicação de acupuntura*.
<https://alternativasterapeuticas.webnode.com.br/medicina-tradicional-chinesa/>.

Recuperado el 22/11/2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2004). *Resolução-RE Nº 88, de 16 de março de 2004. Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de fitoterápicos*.
<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/legis.htm>.

Recuperado el 22/10/2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). *RDC Nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos*. Brasília: ANVISA.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0026_13_05_2014.pdf.

Recuperado el 01/06/2019.

Bercerril Monteiko V., Medina G. y Aquino R. (2011) *Sistema de salud de Brasil*. Instituto de Salud Pública.

https://www.researchgate.net/publication/262501637_Sistema_de_salud_de_Brasil

Salud Pública Mex 2011,53 supl vol.20-S31. Cuernavaca. México. Recuperado el 02/01/2021.

Brasil (2004) *Ministério da Saúde. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.

Recuperado el 01/06/2019.

Brasil. (2006). *Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União 2006.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

Recuperado el 01/06/2019.

Brasil. (2006a). *Ministerio da Saúde. Decreto Nº 5.813. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências*. Diário Oficial da União 2006; 22 junho.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/decreto/d5813.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%205813&text=DECRETO%20N%C2%BA%205.813%2C%20DE%2022,%E2%80%9Ca%E2%80%9D%2C%20do%20art. Recuperado el 01/06/2019.

Brasil. (2006b). *Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: MS; 2006. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Recuperado el 01/06/2019.

Mg0IABDkAhDWBBCwAxgBMg0IABDkAhDWBBCwAxgBMg0IABDkAhDWBBCwAxgB
MhIILhDHARDRAxDIAxCwAxBDGAlYegguEMcBENEDEMgDELADEEMYAjlSCC4Qxw
EQrWEQyAMQsAMQQxgCSgQIQRgASgQIRhgBUABYAGDcGmgBcAF4AIABAlgBAJIB
AJgBAMgBEsABAdoBBggBEAEYCdoBBggCEAEYCA&sclint=gws-wiz-serp.

Recuperado el 18/12/22.

Diseño metodológico (2022). <https://www.gestiopolis.com/disenho-metodologico-de-una-investigacion/> Recuperado el 18/12/2022.

Fraisse G. (1989). <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-austral-de-chile/fundamentos-y-manifestaciones-de-la-motricidad-humana/ensayo-corporeidad-nocion-corporea-temporalidad-y-espacialidad/8919445>. Universidad Austral de Chile.

Hamre Zimmerman P., Winkler M., Arendt A., Bender A., Breitzkreutz T., Glökler M., y Col. (2012). *Facts and figures on anthroposophic medicine worldwide*. Brussels: International Federation of Anthroposophic Medical Associations. http://www.ivaa.info/fileadmin/editor/file/Facts_and_Figures_AM_WorldwideJuly2012_Final_Public_Light.pdf. Recuperado el 17/10/2019.

Hellmann, F. (2014). *Termalismo social no Sistema Único de Saúde: ampliando ações e olhares quanto ao uso terapêutico da água*. Cad Naturol Terap Complem.; vol.3 (nro.5) <http://dx.doi.org/10.19177/cntc.v3e520149-11>. Recuperado el 17/10/2019.

Hufford D.J. (1997). *Folk medicine and health culture in contemporary society*. [https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(05\)70307-9/fulltext](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(05)70307-9/fulltext). Recuperado el 17/10/2019.

IBGE. (2018). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)*. <https://www.ibge.gov.br/>. Recuperado el: 12/06/19.

Luz, M. T. (2005). *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX*. Rev. estudos avançados. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300008>. Recuperado el 08/12/2019.

Ministério da Saúde (1996). *10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 16 de setembro*. conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Recuperado el 12/06/19.

Ministério da Saúde (2000). *Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica: preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília: Brasil (Relatório Técnico). Recuperado el 15/06/19.

Ministério da Saúde (2001). *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. www.saude.gov.br . Recuperado el 12/06/19.

- Ministério da Saúde (2006). *Política nacional de atenção básica*. Série Pactos pela Saúde 2006, v.4. Brasília: Ministério da Saúde. www.saude.gov.br. Recuperado el 12/06/19.
- Ministério da Saúde (2007). *Atenção básica*. www.saude.gov.br. Recuperado el 12/06/19.
- Ministério da Saúde (2008). *Portaria Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html. Recuperado el 22/10/20.
- Ministério da Saúde (2012). *Portaria Nº 533, de 28 de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html. Recuperado el 08/12/2019.
- Ministério da Saúde BRASÍLIA - DF (2006) *A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Recuperado el 23 de junio de 2020.
- Nodari, R. O. y Guerra, M. P. (2003). *Plantas transgênicas e seus produtos: impactos, riscos e segurança alimentar (Biossegurança de plantas transgênicas)*. Rev. Nutr. [conectados]. Vol.16, n.1, pp.105-116. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732003000100011>. Recuperado el 17/10/19.
- Objetivos, misión, visión y valores de las unidades primarias de salud de (MG): <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/missao-e-visao> (Misión y Visión: Del 13 de marzo de 2013, actualizado el 15 de setiembre de 2020). Recuperado el 15/09/20.
- Organigrama de atención primaria de salud (MG): http://www.montesclaros.mg.gov.br/imagens/organograma_saude.jpg. Recuperado el 12/06/19.
- OMS. (2002) *Organização Mundial de Saúde. Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Geneva: WHO: Publications. Recuperado el 15/09/20.
- OMS. (2005) *Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10/11/20.
- Platillo I.F.B.A.A., Souza M.H.A., Feitosa M.H.A. y Costa S.M. (2021) *Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil* https://doi.org/10.1590/1983-084X/12_089. Recuperado el 20/10/21. (En Anexo IV).
- Project: *Uso e cultivo racionais de plantas medicinais e plantas alimentícias não convencionais (PANC) pelos agricultores de Magé e Guapimirim, RJ*. <http://www.farmacia.ufrj.br/labfbot/livros.html>. Recuperado el 17/10/19.

- Prefeitura de Montes Claros. (2017). *Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão*. Montes Claros. <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/>. Recuperado el 12/06/19.
- Programa Salud de la Familia (Brasil): <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Recuperado el 11/04/18.
- Quintela, M. M. (2015). *Curar e recrear em águas termais: um diálogo etnográfico entre Portugal (Termas de São Pedro do Sul e Termas da Sulfúrea) e Brasil (Caldas da Imperatriz)*. *Anuário Antropológico* [On line], II| 2011, posto online no dia 24 novembro 2015. URL:<http://journals.openedition.org/aa/1151>; DOI:<https://doi.org/10.4000/aa.1151>. Recuperados el 19/10/20.
- Riveiro Pessoa D.L. y Col. (2021) *Farmacia para la atención y asistencia de la salud* https://www.academia.edu/44712048/Farm%C3%A1cia_na_Aten%C3%A7%C3%A3o_e_Assist%C3%Aancia_%C3%A0_Sa%C3%BAde Capítulo 26: Evangelista M.M. Recuperado el 27/11/21.(En Anexo IV).
- Ribeiro Silva S., Buitrón X., de Oliveira L.H. y Martins M.V.M. (2022) *Plantas Medicinales de Brasil: Aspectos generales sobre legislación y comercio*. Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit – BMZ) y por el Instituto Brasileiro de Medio Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA). <https://portals.iucn.org/library/sites/library/files/documents/traf-067.pdf>. Recuperado el 05/03/21.
- Soares Costa da Silveira Y. M. y de Lima Ramires J.C. (2021) *El uso de plantas medicinales en el casco urbano de Montes Claros-MG: reflexiones de la población atendida en la estrategia de salud familiar en el barrio de Morrinhos*. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ceerrados/article/view/2984> del periódico de Unimontes, Brasil. Y <http://www.lapur.ig.ufu.br/pesquisadores/docentes/julio-cesar-de-lima-ramires> del archivo en pdf del co-autor de Lima Ramires J.C. investigador docente de Minas Gerais, Brasil. Recuperados el 20/10/21. (En Anexo).
- Sobral de Carvalho, B. y Schubert B. (2013) *El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito*. Ed. Monitor Estratégico. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/EI-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>. Recuperado el 28/03/2020.
- Supo, J. (2017). *Validación de instrumentos de medición documentales*. Médico Bioestadístico <https://validaciondeinstrumentos.com>. Recuperado el 30/11/2021.

- Thiago, S.C.S y Tesse, R.C.D. (2011). *Percepção de médicos e enfermeiros 1. da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares*. Rev Saúde Pública.;vol.45 (nro.2) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>. Recuperado el 17/10/2019.
- Turolla, M. S. R. y Nascimento, E. de S. (2006). *Informações toxicológicas de alguns fitoterápicos utilizados no Brasil*. Rev. Bras. Cienc. Farm. [online]. vol.42, n.2, pp.289-306. ISSN 1516-9332. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322006000200015>. Recuperado el 12/06/19.
- Vickers, A. J. y Col. (2004). *Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomized trial*. British Medical Journal, Bethesda, v. 328, p. 744-746. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC381326>. Recuperado el 20/10/2018.
- Vieira A., dos Reis Andrade S., Vieira de Seixas I.M. y Costa Medeiros T.K. (2018) *Plantas úteis da ordem zingiberales utilizadas pelos agricultores de Magé – Rio de Janeiro, Brazil : utilizações populares, indicações, cultivo e colheita*. <http://www.farmacia.ufrj.br/labfbot/livros.html> .Recuperado el 14/08/20. (En Anexo IV).

Anexos**Anexo I****Encuesta: Cuestionario semi-estructurado y autoadministrado**

Fecha: _____ / _____ / _____

Informante Calificado N°:.....

Encuestadora: Autora (M.M.E.)

CUESTIONARIO DIRIGIDO A MÉDICOS, DENTISTAS, ENFERMEROS:

I.1. Datos de clasificación:

01 – ¿Cuál es su edad? 01.1. ¿Cuál es su sexo? () Masculino () Femenino
02 - ¿Cuál es su grado de educación? () Médico () Dentista () Enfermero () Otros:.....
03 – ¿En que U.B.S. (A.P.S) de Minas Gerais se desempeña laboralmente? 03.1. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta Unidad de Salud? () Menos de 2 años () 3 a 7 años () 8 a 20 años () Más de 20 años
I.2. Datos del tema de estudio:
04 - Durante su graduación, ¿tuvo alguna disciplina sobre prácticas integrativas complementarias? () Si () No () NS/NC
05 - ¿Cree que es importante contar con disciplinas sobre prácticas integrativas complementarias en las titulaciones de salud? () Si () No () NS/NC
06- ¿Conoce el programa de política nacional del gobierno sobre prácticas integrativas complementarias en atención primaria como forma terapéutica? () Si () No () NS/NC
07 - ¿Utilizaría prácticas integrativas complementarias en su práctica clínica diaria? () Si () No () NS/NC ¿Por qué?:
08 - ¿Cree que se pueden incorporar prácticas integrativas complementarias a las terapias? () Si () No () NS/NC ¿Por qué?:.....

<p>09 - ¿Tiene alguna experiencia en el uso de prácticas integrativas complementarias en terapias?</p> <p>() Si () No () NS/NC</p> <p>Si la respuesta fuere afirmativa: ¿Qué técnicas utiliza?</p> <p><input type="checkbox"/> Medicina herbaria china (medicamentos)</p> <p><input type="checkbox"/> Acupuntura</p> <p><input type="checkbox"/> Tuina o TuiNá (masaje y osteopatía china)</p> <p><input type="checkbox"/> Dietoterapia (terapia de comida china)</p> <p><input type="checkbox"/> Auriculoterapia (tratamiento de oído)</p> <p><input type="checkbox"/> Moxibustión</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia de viento</p> <p><input type="checkbox"/> Prácticas físicas (ejercicios integrados de respiración y circulación de energía, y meditación como: Chi Kung, Tai Chi Chuan, Yoga y algunas artes marciales) consideradas como métodos profilácticos para mantener la salud o formas de intervención para recuperarla.</p> <p><input type="checkbox"/> Otras:.....</p>
<p>10 - ¿Obtuvo buenos resultados al utilizar las prácticas integrativas complementarias?</p> <p>() Si () No (NS/NC)</p> <p>Por favor, justificar su opinión:.....</p>
<p>11 - ¿Le gustaría participar en formaciones y estudios sobre prácticas integrativas complementarias?</p> <p>() Si () No (NS/NC)</p>
<p>12 - ¿Cree que es factible un programa de prácticas integrativas complementarias en el sistema público de salud con servicio a los usuarios?</p> <p>() Si () No () NS/NC</p> <p>Por favor, justificar su opinión:.....</p>
<p>13 - ¿Leesaría trabajar con prácticas integrativas complementarias en la atención primaria de salud?</p> <p>() Si () No () NS/NC</p> <p>Por favor, justificar su opinión:.....</p>
<p>14 - ¿Cree que el uso de prácticas integrativas complementarias en su unidad de salud de familia sería bien aceptado por los usuarios?</p> <p>() Si () No () NS/NC</p> <p>Por favor, justificar su opinión:.....</p>
<p>15.- ¿Desea realizar algún comentario adicional?.....<i>Muchas Gracias!!!</i></p>

Anexo II

Término de consentimiento libre informado y de privacidad

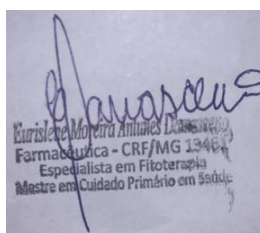
Mi nombre es Mariella Miranda Evangelista, fisioterapeuta, estudiante de Maestría del Posgrado en Administración de Servicios de Salud - UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales) , ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, y estoy desarrollando una investigación sobre evaluación de las condiciones de salud: “Descripción de la utilización de las prácticas integrativas y complementarias: fitoterápicos, en el primer nivel de atención de los profesionales en salud, Minas Gerais, Brasil, años 2018 a 2019.” con el objetivo de realizar mi tesis de maestría. Se realizarán encuestas semi-estructuradas y autoadministradas con médicos, dentistas y enfermeras de la red de salud pública, en atención primaria de la misma. Esta investigación está bajo la dirección de la Prof^a. Dr^a. Silvia Vouillat, profesora y Coordinadora Académica de la Maestría - UCES / Argentina. Aclaro que no traerá riesgos ni molestias a los profesionales contactados por participar en esta investigación, pero esperamos que traiga beneficios para aclarar la necesidad del uso de plantas medicinales en atención primaria de la salud. Si tienes alguna duda sobre el estudio o no quieres formar parte del mismo, puedes desistir en cualquier momento, incluso sin motivo, sólo para informar de la forma que creas más conveniente, tu baja. Si acepta participar, puedo garantizar que la información proporcionada será confidencial y sólo se utilizará para este trabajo. Al ser voluntario y sin interés económico, no habrá reembolso a los participantes.



Mariella Miranda Evangelista

INFORMACIÓN POSTERIOR DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dra. Eurislene Moreira Antunes Damasceno fui informada sobre la investigación de evaluación de las condiciones de salud: “Descripción de la utilización de las prácticas integrativas y complementarias: fitoterápicos, en el primer nivel de atención de los profesionales en salud, Minas Gerais, Brasil, años 2018 a 2019”, y acepto que se utilizarán mis datos para llevarlo a cabo. Montes Claros, 14 de diciembre de 2018.



Firma CRF/MG: 1346

Dra. Eurislene Moreira Antunes Damasceno
Farmacêutica - CRF/MG 13461
Especialista em Plantas Medicinais Manejo Cultivo e Manipulação
Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica
Especialista em Fitoterapia e Prescrição de Fitoterápicos
Mestre em Cuidado Primário em Saúde

Anexo III

Término de consentimiento libre e informado para coordinadora del programa Farmacia Viva

UCES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Maestría en Administración de Servicios de Salud

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y INFORMADO

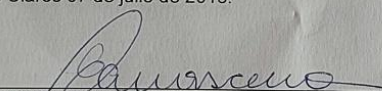
Yo, **Eurislene Moreira Damasceno** coordinadora del programa Farmacia Viva en el Municipio de Montes Claros - Minas Gerais - Brasil, a través de este término de consentimiento libre e informado autorizar a estudiante de posgrado en Maestría en Administración de Servicios de Salud **Mariella Miranda Evangelista**, aplicar un cuestionario de investigación referente al proyecto de investigación relacionado con el título: **PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LOS FITOTERAPICOS EQUIPOS DE LOS FITOTERAPICOS DURANTE EL AÑO 2018 EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE MONTE CLAROS - MINAS GERAIS-BRASIL**. Que tiene como objetivo describir y analizar el nivel de conocimiento y percepción en relación con el uso de hierbas medicinales por parte de profesionales de la salud familiar en las 78 unidades de UBS en el municipio de Montes Claros - Minas Gerais - Brasil durante el año 2018.

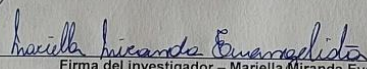
Soy consciente que el estudio, diseño, procedimiento no causa ningún daño físico o administrativo, no hay ningún riesgo en hacer la investigación con los profesionales de salud.

Estoy de acuerdo también a la realización del proyecto se dará de forma gratuita, por lo tanto, no reciben ningún honorario o propina relacionados con el proyecto de investigación, así como, la secretaria municipal de salud de Montes Claros no está sujeta a sufragar los gastos de la ejecución del proyecto.

Por lo tanto, creo que han sido suficientemente informado sobre la información que he leído o me han leído y explicado a mí, que describe el estudio. Fueron claro el propósito de la investigación, los procedimientos que se deben realizar, sus incomodidades y riesgos, garantías de confidencialidad y aclaración permanente.

Montes Claros 07 de julio de 2018.


 Firma del Coordinadora del programa Farmacia Viva en el Municipio de Montes Claros


 Firma del investigador - Mariella Miranda Evangelista

1

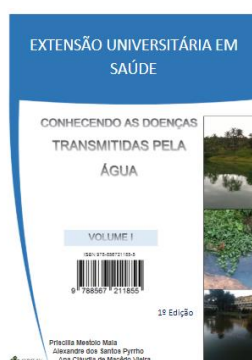
Anexo IV

Publicaciones académicas de investigaciones científicas sobre el tema de estudio

IV.1.- Manual sobre uso racional de plantas medicinales

- Manual Sobre Uso Racional de Plantas Mediciniais - Volume1 December 2016
- DOI:[10.17655/9788567211831](https://doi.org/10.17655/9788567211831) Edition: 1 Publisher: Cerceau
- Editor: Renato Cerceau ISBN: 9788567211831
- Project: Uso e cultivo racionais de plantas medicinais e plantas alimentícias não convencionais (PANC) pelos agricultores de Magé e Guapimirim, RJ
- Federal University of Rio de Janeiro

Authors: Vieira A., dos Reis Andrade S., Vieira de Seixas I.M., Costa Medeiros T.K.



Fuente: (2018) <http://www.farmacia.ufrj.br/labfbot/livros.html> de Plantas úteis da ordem zingiberales utilizadas pelos agricultores de Magé – Rio de Janeiro, Brazil : utilizações populares, indicações, cultivo e colheita. Recuperado el 14 de ago.de 2020.

IV.2.- La fitoterapia en SUS y el Programa de investigaciones de plantas medicinales de central de medicamentos



Fuente: MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASÍLIA-DF (2006) https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf en A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos. Recuperado el 23 de junio de 2020.

IV.3.- Farmacia para la atención y asistencia de la salud. Cap. 26 escrito por la autora de la presente Tesis en el libro de la organizadora Riveiro Pessoa D.L.



Fuente: (2021)

https://www.academia.edu/44712048/Farm%C3%A1cia_na_Aten%C3%A7%C3%A3o_e_Assist%C3%Aancia_%C3%A0_Sa%C3%BAde del libro de Riveiro Pessoa organizadora, Capítulo 26 de autora Evangelista M.M. (2021). Recuperado el 27 de nov. 2021.

IV.4.- Otros escritos científicos-académicos sobre el tema de estudio

a) Plantas medicinales como opción terapéutica en una comunidad de

Montes Claros, Minas Gerais, Brasil



Autores: Platillo I.F.B.A.A., Souza M.H.A., Feitosa M.H.A., Costa S.M.

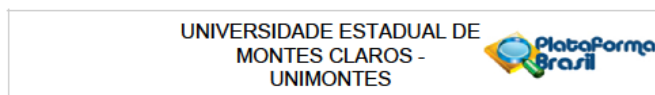
Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar la importancia de las plantas medicinales como primera línea de acción para enfermedades en una población residente en el territorio de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de Montes Claros / MG, Brasil. La investigación fue transversal y descriptiva, realizada en 2010, y la recolección de datos se obtuvo mediante un cuestionario semiestructurado. El cálculo de la muestra para el entorno del estudio se basó en el número de familias de la ESF. El tratamiento estadístico consideró el nivel de significancia $p < 0.05$. Para cada familia ($N = 253$), se entrevistó a una persona. De los entrevistados, el 75,5% utiliza plantas medicinales; sin asociación con ingresos, color de piel, educación y género ($p > 0.05$). Casi la mitad de los encuestados (45,1%) informaron que utilizan más de una planta a la vez. En caso de enfermedad, previa consulta y prescripción médica, una parte significativa de los usuarios de plantas (48,7%) usa solo la medicina alopática. Se concluyó que el uso de plantas medicinales como recurso terapéutico es independiente de la escolaridad y los ingresos familiares, se sugiere una incorporación cultural de la práctica integradora en la comunidad minera norte estudiada.

Fuente: Plantas mediciniais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2021) https://doi.org/10.1590/1983-084X/12_089. Recuperado el 20/10/21.

Anexo V

Autorización do Comité de Ética da Pesquisa em Brasil

Autorizaçã do Comité de Ética de Pesquisa em Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FITOTERAPIA E PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Mariella Miranda Evangelista

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34385714.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 781.825

Data da Relatoria: 15/08/2014

Apresentação do Projeto:

As plantas representam fontes renováveis de grande utilização e para diversos fins, dentre estes está à terapêutica popular. A implantação da política de medicamentos fitoterápicos nos locais de atenção primária que atendem o SUS permite uma redução nos gastos com saúde no Brasil, mediante uma orientação adequada. A realização segura desses atendimentos está vinculada ao conhecimento prévio do profissional de saúde sobre a terapêutica com fitoterápicos ou plantas medicinais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo será analisar a percepção e o perfil de profissionais da saúde sobre práticas da fitoterapia na atenção primária. Para a execução deste estudo, pretende-se realizar uma pesquisa de campo, retrospectiva, transversal, descritiva e com abordagem quantitativa. O estudo será desenvolvido em Montes Claros, a população alvo será profissional das equipes das Estratégias de Saúde da Família. Para coleta de dados serão utilizados dois questionários, o instrumento contemplará duas unidades de análise:

1) os profissionais médicos dentistas e enfermeiros 2) os técnicos em enfermagem e agentes comunitários. Em sequência a coleta, realizar-se-á análise e interpretação, tabulação, codificação por meio de gráficos e tabelas e subseqüente discussão com divulgação dos resultados observados.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univer Prof Darcy Rib
Bairro: Vila Maurício CEP: 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

Página 01 de 03



ANEXO VI

“Testimonios”

1. Mg. Lic. Prof. Júlio César Souza
Gerente de la Unidad de CASSI Minas Gerais
Ex MG. de la Maestría de Administración de Sevicios de Salud de Uces

"O pagamento/salário dos profissionais na unidade básica de saúde são realizados pelas prefeituras de cada município. É descentralizado. Normalmente pagam-se bem aos médicos de família que atuam na Atenção básica. A área privada/ saúde suplementar também está contratando muitos médicos de família com bons salários. Atualmente a maioria das operadoras pagam aos médicos conforme tabela previamente contratada e por produção. Estamos com algumas iniciativas, na área privada, "No Brasil, os médicos têm liberdade para prescreverem fitoterápicos. Não há nenhuma restrição. Para compensação conforme o desempenho apurado, em determinado período, após avaliação de alguns indicadores assistenciais e de qualidade, ou seja, bônus pelo desempenho".

- 1.1. Traducción al castellano:

"El pago/salario de los profesionales de la unidad básica de salud son realizados por los municipios de cada municipio. És descentralizado. Los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria son bien pagados. El área privada / salud suplementaria también está contratando a muchos médicos de familia con buenos salarios. Actualmente la mayoría de los operadores pagan a los médicos de acuerdo con la mesa previamente contratada y por producción. Tenemos algunas iniciativas, en el área privada, "En Brasil, los médicos tienen la libertad de recetar hierbas medicinales. No hay restricción. Para la compensación de acuerdo con el desempeño calculado, en un período determinado, después de la evaluación de algunos indicadores de atención y calidad, es decir, bonificaciones de rendimiento".

2. Lic. Amélia Sthefanie Noronha e Silva
Fisioterapeuta en el Programa de Salud de la Familia en el barrio Esplana – Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

"Meu nome é Amélia Sthefanie Noronha e Silva e sou Fisioterapeuta inscrita no CREFITO 4 - 266801-F. Eu trabalho no Programa Saúde da Família (PSF) do bairro Esplanada e atuo juntamente com o médico da Saúde da Família com promoção e prevenção da Saúde dentro do rol de procedimentos liberados pelo SUS para as Práticas Integrativas e Complementares. Após triagem da enfermagem e consultar com o médico da Saúde da Família o médico responsável pelo PSF encaminha os pacientes (usuário do SUS) para as atividades de Yoga e/ou Acupuntura, temos também a nossa Farmácia Viva que faz a liberação dos Fitoterápicos quando prescrito pelo médico. Já são 2 anos que atuo com as Práticas Integrativas e tenho excelentes resultados. A remuneração é via contrato com a Prefeitura local (Montes Claros)".

- 2.1 Traducción al castellano:

“Mi nombre es Amélia Sthefanie Noronha e Silva y soy Fisioterapeuta registrada en CREFITO 4 - 266801-F Trabajo en el Programa de Salud de la Familia (PSF) en el barrio Esplanada y trabajo junto con el médico de Salud de la Familia con la promoción y prevención de la salud dentro la lista de procedimientos divulgados por el SUS para Prácticas Integrativas y Complementarias. Después del tamizaje de enfermería y consulta con el médico de Salud de la Familia, el médico responsable del PSF encamina a los pacientes (usuarios del SUS) a actividades de Yoga y/o Acupuntura, también contamos con nuestra Farmacia Viva que libera los Medicamentos cuando son recetados por el médico. Llevo 2 años trabajando con Prácticas Integrativas y he tenido excelentes resultados. La remuneración es vía contrato con la Prectura local (Montes Claros).”

3. Cristina Barros Blazzio

Usuario del Programa de Salud de la Familia en el barrio Esplana – Montes Claros – Minas Gerais – Brasil

“Meu nome é Cristina Barros tenho 35 anos e sou usuaria da Farmácia Viva da cidade de Montes Claros. Procurei o atendimento no PSF Esplanada com queixa de dores na região dos rins, e após consulta médica e realizado o exame de ultrassom que detectou "pedras nos rins" de pequeno calibre fui encaminhada para o atendimento da Farma Viva, fui orientada a fazer o uso do Fitoterápico Phylanthus Ninuri popularmente conhecido como Chá de Quebra Pedra por ser diurético e auxiliar na eliminação de cálculos renais”.

3.1 Traducción al castellano:

“Mi nombre es Cristina Barros tengo 35 años y soy usuaria de la Farmacia Viva de la ciudad de Montes Claros. Busqué la atención en la PsF Esplanada quejándome de dolor en la región renal, y luego de la consulta médica y realicé el examen de ultrasonido que detectó "cálculos renales" de pequeño calibre me derivaron al cuidado de Farma Viva, me instruyeron para hacer el uso del fitoterapéutico Phylanthus Ninuri conocido popularmente como Stone Breaking Tea porque es diurético y ayuda en la eliminación de cálculos renales.”