

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

RENATA GIAMLOURENÇO LANTE ALCÂNTARA

**O CONHECIMENTO POPULAR E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS
POR USUARIOS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO/SP**

**São Carlos
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

RENATA GIAMLOURENÇO LANTE ALCÂNTARA

**O CONHECIMENTO POPULAR E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS
POR USUARIOS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO/SP**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para
obtenção do Título de Mestre junto ao
Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica
Orientação: Prof^a Dr^a Regina Helena Vitale Torkomian
Joaquim
Co-orientação: Prof^a Dr^a Sueli Fatima Sampaio

**SÃO CARLOS
2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A347cp

Alcântara, Renata Giamlourença Lante.

O conhecimento popular e o uso de plantas medicinais por usuários de três Unidades de Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo/SP / Renata Giamlourença Lante Alcântara. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
127 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Plantas medicinais. 2. Medicina popular. I. Título.

CDD: 581.634 (20ª)

FOLHA DE APROVAÇÃO

RENATA GIAMLOURENÇO LANTE ALCÂNTARA

O CONHECIMENTO POPULAR E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS
POR USUARIOS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO/SP

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para
obtenção do Título de Mestre junto ao
Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica

DEFESA APROVADA EM: 04/04/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim – DTO/UFSCar

Prof^ª. Dr^ª. Sueli Fatima Sampaio – DEnf/UFSCar

Prof^ª. Dr^ª. Maria Waldenez de Oliveira – DME/UFSCar

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto – DMed/UFSCar

Profa. Dra. Cristiane Miryam Drumond de Brito – DTO/UFMG

AGRADECIMENTOS

“Que darei eu ao Senhor por todos os benefícios que me tem feito?”: “em tudo darei graças” (Sl 116-12/I Ts 5:18^a).

Ser grata pelo que tenho, ser grata pelo que já vivi, pelas dores e alegrias, pela vida, agradecer pelo meu esposo, pelos meus pais, meu irmão, todos meus familiares, amigos... Agradeço aos amigos da trajetória, todos que fizeram parte da minha vida.

Em especial, quero agradecer à minha primeira professora, minha mãe, que me ensinou o que tenho de mais precioso, que sempre muito paciente e amorosa, me ensinou o amor pelas pessoas, pelos animais e pela natureza, especialmente, as plantas medicinais. Nunca mediu esforços para cuidar de nossa saúde, quantas vezes, plantou, cultivou, colheu e preparou os mais diversos tratamentos... ah, mãe, muito obrigada!!!

Às minhas orientadoras, professoras das ciências e da vida, agradeço pelo tempo dedicado, pelo aprendizado...

Agradeço às professoras que estiveram na Banca de Aprovação do Projeto proposto, e tão abertamente permitiram-me dizer quem sou, o que penso e embasar esses conhecimentos de maneira científica, ampliando-os aos que se interessarem...

Agradeço às Equipes das USFs que me auxiliaram nesta etapa, me conduziram, estiveram comigo nas coletas, sempre amigos, auxiliares... pessoas especiais.... agradeço aos gestores municipais que permitiram-me o acesso à estas casas.

Agradeço aos participantes deste levantamento, sem os quais seria inviável qualquer intenção: muito obrigada por me acolherem em suas casas e compartilharem comigo o que têm de mais especial: seu coração.

...em tempos modernos ainda há o que não é tão moderno assim, pode não ser pra você, ah! mas é pra mim.... Traz tão vivo o cheiro daquele chá, morninho, gostoso, e o sorriso da minha avó preocupada, me perguntando se melhorei, e me indicando repouso, pra sarar de verdade.

Minha mãe cultivando aquelas plantinhas, que minha avó, meu avó também, meus tios, ah, tanta gente sabia o que era, pra quê servia, e enfim minha mãe mantinha aquele jardim!

E nem sabia, que um dia, eu que achava tão belo, cheiroso e alegre de ver aquele viver das plantinhas, e feliz de ver gente sarar, um dia ia também tomar, de novo, de novo e de novo, aprendendo sobre outras que nunca tinha ouvido falar...

E vendo tanta coisa boa, não podia deixar de falar pra vocês: faz parte de mim, se você quiser te dou um pedacinho.... eh tão bom pra mim, que seja pra você também.... (ALCÂNTARA, 2013)

Resumo

Pesquisa populacional-territorial, descritiva e transversal, cujo objetivo geral foi descrever o conhecimento popular em relação às plantas medicinais junto à três Unidades de Saúde da Família (USF) no interior do Estado de São Paulo/SP, no ano de 2013. Os objetivos específicos se detiveram em relacionar essas plantas medicinais quanto ao nome popular, partes usadas, modo de preparo, conservação, finalidade terapêutica, frequência e a origem do uso. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas padronizadas, totalizando 25 participantes indicados pelas equipes das USFs. A caracterização dos participantes aponta que o maior número é do sexo feminino, 19 (76%) e 6 do sexo masculino (24%), com idade entre 32 e 80 anos. Os resultados revelam que o início desta prática, para a maioria dos participantes, aconteceu a partir de um aprendizado com os pais. Dentre as plantas apontadas, mais de 100 são para uso medicinal, caracterizando-se desde algumas frutas até resina e resíduos de madeira. As mais citadas foram: o guaco, a hortelã, o boldo e o rubim. Em relação à finalidade de uso, a mais citada é usada para afecções do trato respiratório (como tosse, expectoração, rinite, sinusite, estado gripal), fato em consonância com a literatura científica. Entende-se que valorizar esta prática contribui para o resgate e preservação da diversidade cultural, permitindo ao usuário um maior cuidado de si e conferindo-lhe autonomia. Assim, é possível uma revalorização do conhecimento popular; visando resgatar conhecimentos outrora excluídos do modo de entender a vida, saberes da cultura herdada e adquirida conciliado aos conhecimentos científicos.

PALAVRAS-CHAVE: plantas medicinais, conhecimento, programa de saúde da família, medicina popular.

Abstract

Study population-territorial, transverse survey, whose general objective was to describe the popular knowledge regarding medicinal plants, along in tree Family Health Units (USF) in the State of São Paulo, in year of 2013. The specific objectives tried to report the medicinal plants used by the community, collecting their popular name (and if it was used fresh or dried household plants), the parts used, the way of preparing them, conservation, therapeutic purpose, frequency and the source for the usage. The data collection occurred through standardized interviews, there were 25 participants, indicated by USF teams. The characterization of the participants shows that the largest number are from female gender, 19 (76%) and 6 were from male gender (24%), aged between 32 and 80 years. The results reveal that the beginning of this practice, for most participants, took place from lessons with parents. Among the plants mentioned, over 100 are for medical use, characterized by some fruit, even resin and wood waste. The most cited were: guaco, mint, bilberry and ruby. Regarding the purpose of the use, the most mentioned plant is used for disorders of the respiratory tract (such as cough, sputum, rhinitis, sinusitis, influenza-like illnesses), a fact consistent with the scientific literature. It is understood that this practice contributes to enhance the recovery and preservation of cultural diversity, allowing the users to access a better care for themselves and giving them autonomy. Thus, it is possible a reevaluation of popular knowledge, aiming to recover once deleted knowledge about the way one understands life, the knowledge about the culture inherited and acquired reconciled to scientific knowledge.

KEYWORDS: medicinal plants, knowledge, family health program, popular medicine.

Lista de Ilustrações

Figura 1:	Administrações Regionais de Saúde.....	41
Figura 2:	Administração Regional Vila Isabel.....	41
Figura 3:	Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos.....	58
Figura 4:	Formas de identificação das plantas medicinais.....	59
Figura 5:	Procedência na aquisição das plantas medicinais.....	60
Figura 6:	Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos.....	66
Figura 7:	Formas de identificação das plantas medicinais.....	67
Figura 8:	Procedência na aquisição das plantas medicinais.....	68
Figura 9:	Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos.....	77
Figura 10:	Formas de identificação das plantas medicinais.....	78
Figura 11:	Procedência na aquisição das plantas medicinais.....	79
Figura 12:	<i>Plectranthus barbatus</i>	90
Figura 13:	<i>Mikania glomerata</i>	92
Figura 14 :	<i>Mentha</i> spp.....	94

Lista de Tabelas

Tabela 1: Frequências de ocorrência da idade e sexo dos participantes.....44

Lista de Quadros

Quadro 1:	Naturalidade dos participantes apresentados por Estado.....	45
Quadro 2:	Ocupação e grau de escolaridade dos participantes.....	46
Quadro 3:	Frequência e porcentagem das descendências étnicas dos participantes.....	47
Quadro 4:	Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Jd. Gonzaga.....	50
Quadro 5:	Modo de preparo das plantas por decocção.....	56
Quadro 6:	Quantidade utilizada de água para preparo das plantas.....	57
Quadro 7:	Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Jd. Cruzeiro do Sul Equipe 1.....	62
Quadro 8:	Modo de Preparo das plantas por decocção.....	64
Quadro 9:	Quantidade utilizada de água para o preparo das plantas medicinais.....	65
Quadro 10:	Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Cruzeiro do Sul Equipe 2.....	70
Quadro 11:	Modo de Preparo das plantas por decocção.....	75
Quadro 12:	Quantidade utilizada de água para o preparo das plantas medicinais.....	76
Quadro 13:	Plantas medicinais comuns nas três regiões.....	83
Quadro 14:	Diferentes vias dos usos medicinais.....	84

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
COFID	Coordenação de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados
COMAFITO	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MCA	Medicina Complementar/Alternativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCS	Práticas Não-Convencionais em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de Saúde da Família
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos/SP
USF	Unidade de Saúde da Família
USFs	Unidades de Saúde da Família

Lista de Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	120
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	123

Lista de Anexos

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	126
ANEXO B – Consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP	127

Sumário

Introdução.....	16
Referencial Teórico	20
O modelo de atenção à saúde e sua relação com o uso de plantas medicinais	20
A Medicina Tradicional e as Práticas Integrativas e Complementares	27
O cuidado sob o foco da educação em saúde	31
Apresentação	37
Justificativa	38
Objetivos.....	38
Geral.....	38
Específicos	39
Metodologia	39
Resultados.....	43
USF Jardim Gonzaga.....	49
a. Modo de Preparo.....	56
b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas	57
c. Validade.....	58
d. Identificação	59
e. Aquisição	60
USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 1	61
a. Modo de Preparo.....	64
b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas	65
c. Validade.....	66
d. Identificação	67
e. Aquisição	68
USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 2	69
a. Modo de Preparo.....	75
b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas	76
c. Validade.....	77
d. Identificação	78
e. Aquisição	79
Análise e Discussão dos Dados.....	80
As plantas medicinais mais citadas	89
1. BOLDO - <i>Plectranthus barbatus</i> (<i>Coleus barbatus</i>).....	90
2. GUACO - <i>Mikania</i> spp (<i>M. glomerata</i> ou <i>M. laevigata</i>).....	92

3. HORTELÃ - <i>Mentha</i> spp (<i>M. crispata</i> , <i>M. piperita</i> ou <i>M. villosa</i>)	94
Considerações finais	104
Referências	108

Introdução

Como descrevem Cunha (2003), Simões et al. (1989), Badke (2008) e Lorenzi e Matos (2008); o uso das plantas medicinais inicia-se na formação dos saberes próprios e locais das comunidades primitivas (pois estas utilizavam-se das plantas com finalidades curativas), o que permitiu que ao longo da história da humanidade, essas experimentações efetivassem as pesquisas de cunho científico.

Considera-se que o uso das plantas é uma forma de cuidado e este é aqui analisado em duas dimensões: micro e macro. Micro, enquanto representação das relações interpessoais, familiares, entre comunidades; e, macro, quando se refere à estrutura assistencial oferecida, que engloba desde profissionais qualificados até políticas públicas embasadas na longitudinalidade, integralidade e a infra-estrutura física adequada para tais fins (MERHY, 2006).

A partir da hipótese de que o uso de plantas medicinais promove uma alternativa para o atendimento das necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações, entende-se que, ao descrever os critérios utilizados na escolha destas plantas (como sua utilização, quais são conhecidas e os efeitos esperados das mesmas), pode-se auxiliar na compreensão sobre as ações do uso das plantas medicinais como uma estratégia e alternativa no enriquecimento das práticas em saúde. Estas práticas englobam a prevenção de doenças, a manutenção e recuperação da saúde, assim como a melhoria da qualidade de vida de usuários e comunidades, considerando ainda, o uso sustentável e a minimização da dependência tecnológica e medicamentosa (BRASIL, 2012a).

São consideradas plantas medicinais, conforme Brasil (2012a), todas as plantas frescas (*in natura*) coletadas no momento do uso, e também as secas, que, após a coleta, são estabilizadas e secas (permanecendo íntegras, rasuradas, trituradas ou pulverizadas) e que podem ser utilizadas para o consumo do chá caseiro (preparadas de modo artesanal). Destacam-se ainda as formas do

fitoterápico manipulado (que consiste em uma planta medicinal produzida por farmácia de manipulação) e o fitoterápico industrializado (medicamento produzido industrialmente).

Em 2006, o cenário brasileiro teve no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidas as diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação e adequação de ações e serviços, com a preocupação da ampliação da assistência à saúde. Dentre as propostas, estabeleceu-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que abrange: a medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo, tais pontos favorecem a ampliação do cuidado, um dos objetivos do SUS (BRASIL, 2006a,b,c).

A PNPIC delimita suas abordagens nos “sistemas médicos complexos”, ou seja, se refere a teorias singulares sobre o processo saúde/doença e recursos terapêuticos, bem como as diversas ferramentas utilizadas em diferentes abordagens terapêuticas, denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (BRASIL, 2006c).

Tais abordagens, a relação entre os saberes oficiais e populares, teve, nos anos 80, seu marco fundamental em todo o continente, de acordo com Luz (2005), que considera o Brasil um dos pioneiros no reconhecimento das medicinas alternativas da América.

Para a abordagem terapêutica da medicina complementar e alternativa, as plantas medicinais e a fitoterapia são as mais presentes no Sistema de Saúde, segundo o Ministério da Saúde (MS). A maior parte dos relatos das experiências do uso destas está relacionado à atenção primária à saúde, mais especificamente na Saúde da Família, isto deve estar relacionado aos seus fundamentos e princípios constantes, que envolvem a interação entre saberes e as ações de promoção e prevenção, entre outras (BRASIL, 2012a).

Ao instituir a Saúde da Família (SF) como programa substitutivo e orientador da Atenção Básica, a proposta do MS abrange o cuidado como pilar estrutural da assistência qualificada em saúde; pois este elege como ponto central o

estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Nesse intuito, pensou-se na Estratégia em Saúde da Família (EFS) como a ponte para estes encontros, devido ao caráter acolhedor das ações que se desempenham no espaço intramuros (unidades de saúde) e extramuros (domicílios, espaços sociais). Estas principalmente acontecem no contexto das famílias, nas residências, no espaço mais acolhedor que existe: as relações familiares.

Destaca-se a Portaria do MS nº 971/2006, que tem como objetivo ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com a garantia do acesso a plantas medicinais, a fitoterápicos e a serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade: a perspectiva presente no projeto do MS é a da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006d). A Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) apresenta 71 espécies (mais utilizadas por diferentes comunidades em diferentes estados e cidades) com a finalidade de subsidiar pesquisas para o uso racional e seguro das plantas medicinais (BRASIL, 2009b).

Percebe-se a necessidade de um posicionamento profissional, pois a PNPIC propõe o desenvolvimento de estratégias de qualificação em práticas integrativas e complementares. Estas precisam estar em conformidade com os princípios da educação permanente, sob a ótica de identificar no cuidado o eixo norteador de toda e qualquer intervenção (BRASIL, 2006a,b,c).

A partir da tecnologia leve, fundamentada na interação do profissional frente aos saberes da comunidade por ele assistida, indaga-se: quais são os conhecimentos próprios da comunidade com relação às plantas medicinais e como relacionam-se com este saber? Como se relacionar com este sujeito singular em suas ações, sentimentos e valores? Quais são estes conhecimentos? Essa é uma prática cotidiana ou esquecida?

Acredita-se que o diálogo entre o conhecimento popular e os profissionais da saúde, o encontro, como nos ensina Merhy (2006), acontece no trabalho em saúde (micro), operando-se em processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações (vínculos) quanto a busca da saúde. Merhy entende que a interação profissional-usuário (em que pese

estes encontros interindividuais) produz um espaço intercessor, no qual a dimensão tecnológica do trabalho em saúde (clinicamente evidente) sustenta-se na tecnologia das relações, já que estas são território próprio das tecnologias leves.

A pesquisa em práticas integrativas em saúde anuncia o alvorecer de um novo paradigma na área, permitindo o aprofundamento do estudo comparativo de distintos sistemas médicos e sua aplicabilidade no sistema público de saúde. Assim, cria-se uma contribuição para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência que promova a integralidade do cuidado e a pluralidade dos saberes (LUZ; BARROS, 2012).

Acredita-se que essas propostas proporcionem o embasamento técnico dos profissionais quanto ao uso das plantas medicinais. Tal tópico permite um diálogo fundamentado e produtor de conhecimento e ampliação desse uso como prática instituída nos serviços de saúde (que podem ser definidos como modos de saber fazer atos de saúde que operem sobre as necessidades). Assim o concluímos, uma vez que os envolvidos (profissionais e usuários) validam o conhecimento dos saberes tecnológicos que agem no campo da saúde (MERHY, 2006).

Discutir, portanto, sobre o conhecimento relativo ao uso das plantas medicinais pode proporcionar um diálogo entre o saber técnico e o popular, fortalecendo as relações, validando o significado deste uso; além de ampliar as ofertas e institucionalizar esta prática nos serviços de saúde (macro), em que pese assegurar o direito ao cuidado por meio de políticas estruturadas, bem como minimizar o uso indevido e abusivo das plantas.

Referencial Teórico

O modelo de atenção à saúde e sua relação com o uso de plantas medicinais

Na década de 1970, foi proposto um reordenamento mundial aos sistemas de saúde, com vistas a contemplar as especificidades loco-regionais e o cuidado centrado na pessoa (não na doença). A proposta de políticas e estratégias sanitárias e sociais (fundamentadas numa perspectiva interdisciplinar), bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades, foram assuntos destacados, principalmente pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando a OMS convocou todos os países para um reordenamento dos serviços em saúde (CAMPOS ET AL. 2006; STARFIELD, 2002; OMS, 2002).

A OMS, objetivando a formulação de políticas nessa área, criou o Programa de Medicina Tradicional, lançando em 2002, o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”. Nos Estados-membros, o programa reafirma a criação e implementação de políticas públicas para o uso racional e integrado da MT/MCA, especialmente nos sistemas nacionais de atenção à saúde e nos estudos científicos para aprimorar o conhecimento sobre sua eficácia, segurança e qualidade (OMS, 2002).

Com esta abordagem de atenção à saúde, cabe destacar a compreensão de Starfield (2002) quanto aos princípios ordenadores da Atenção Primária: o sistema de saúde deve ser como uma porta de entrada (tendo como o foco a pessoa, e não a doença, a isso deve caber o primeiro contato), deve existir assistência ao longo do tempo (longitudinalidade), além de assistência da menor a maior complexidade (integralidade). E, no que se refere a casos não-comuns ou raros, faz-se necessário assumir a coordenação do cuidado (coordenação), o estabelecimento de vínculos e

a valorização das relações (com focalização na família) e, ainda, apresenta-se como essencial a participação da comunidade neste processo (orientação comunitária).

Enquanto o cenário mundial discutia a assistência em saúde igualitária e acessível, na área da saúde, o Brasil era dominado pelo regime militar. Conforme aponta Aleixo (2002), a saúde estava centralizada no “empresariamento subsidiado” e na “construção de custosos hospitais”, ou seja, o sistema de saúde era principalmente privatizado.

Todavia, na década de 1970, surgem os alicerces político-ideológicos para o início do movimento da Reforma Sanitária. A motivação para a implantação desta reforma deu-se devido à necessidade de expansão da atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas (moradoras das periferias e zonas rurais) (CAMPOS ET AL., 2006).

Em resumo, os autores supracitados apontaram que, a disseminação das propostas de reforma se expressou através de importantes eventos, tais como: o processo de municipalização da saúde, o Movimento de Secretários Municipais de Saúde (1983), a VII Conferência Nacional de Saúde (1979) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Estes visaram superar o modelo hospitalocêntrico de prestação de serviços de saúde, fixando as relações entre a saúde e as condições sociais nos aspectos de sustentabilidade e universalização do Sistema de Saúde.

Estes eventos político-sanitários são considerados os mais importantes, devido ao seu caráter democrático, simbolizado pela presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidade, parlamentares, ONGs, entre outros. Além disso, o processo social que se estabeleceu a partir das Conferências Municipais e Estaduais, trouxe a ampliação do debate para toda a sociedade. A Atenção Primária à Saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde (CAMPOS ET AL., 2006).

No Brasil, Luz (2005) considera que o modelo de atenção multiprofissional e o médico de saúde da família (inspirado na experiência cubana) são alguns

exemplos dentre os vários modelos de atendimento em serviços públicos experimentados em programas municipais, desde os anos 80. Privilegia-se a medicina preventiva para além do medicamento, em que se permita superar o modelo puramente medicalizador. A autora propõe que o modelo assistencial enquanto racionalidade pressuponha a construção de um novo modelo, além do desenvolvimento de novas racionalidades no contexto da Saúde da Família. Apontar, portanto, conforme Alves (2005) para o não conformismo a um modelo reducionista e fragmentado das práticas, com enfoque na doença e na intervenção curativa.

Nesta direção, a reorganização da Atenção Básica no Brasil, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e/ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Saúde da Família (SF), é considerada uma estratégia prioritária, que segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, através do Programa de Saúde da Família (PSF), o Brasil oficializou a assistência em saúde, mais especificamente a Atenção Básica, que passou a ter o cuidado focado nas famílias. 1994 foi o ano em que a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como o "Ano Internacional da Família" (ONU, 1994).

Considera-se esta proposta de saúde como diferencial por ter os principais fundamentos: acesso universal, integralidade, produção de vínculos, co-responsabilização, equidade, integração às instituições e organizações sociais específicas à sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. Quando possível, a extensão aos diferentes serviços também é desejável, tendo a função de suporte ou complementaridade e, ainda, a saúde deve ser vista como uma rede sistematizada e articulada; um espaço de construção de cidadania.

O estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde (equipe multiprofissional) e a comunidade elege esta estratégia assistencial, haja visto que trabalha na perspectiva da Vigilância à Saúde, devendo assumir responsabilidade integral sobre uma população adscrita (BRASIL, 2007b).

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) considera o sujeito em sua singularidade, norteando o cuidado em saúde a partir do entendimento do

contexto em que esta família está inserida, seus valores e crenças, sua cultura. A ESF tem a família como objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. É nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e a concepção de saúde (processo saúde-doença) (BRASIL, 2007b; ALVES, 2005; VASCONCELOS, 2001).

Ribeiro (2004) analisa que a família foi foco da atenção das políticas públicas, tendo sido incluída como instituição social permanente, devido à sua capacidade de mudança/adaptação e resistência. A família apresenta-se como espaço de acolhimento, segurança e cuidado, de transmissão da cultura e valores, de garantia de educação. A família constitui o espaço central para a transmissão de conhecimentos e informações, é nela que se elabora, em grande parte, o conhecimento crítico sobre a sociedade. No entanto, esse ambiente familiar passa por um intenso processo de desgaste, estando cada vez mais vulnerável, mas, muitas vezes encontra em si mesmo a cura (VASCONCELOS, 2001).

Nessa perspectiva de cuidado, a troca de saberes em relação ao uso das plantas medicinais foi, por muito tempo, o principal recurso terapêutico para a saúde das pessoas e de suas famílias, tendo inicialmente na transmissão oral (de geração a geração) sua disseminação (CUNHA, 2003).

Estima-se que 70 a 90% da população prefira o uso das plantas medicinais e/ou seus extratos nos cuidados à saúde, e que 80% não tenha acesso aos medicamentos industrializados (OMS, 2002; BRASIL, 2012a). Em muitos casos, a adesão às medicinas naturais ocorre por curiosidade, cultura familiar ou ainda insatisfação com as práticas convencionais de acordo com Rates (2001), Simões (2007)¹ e Newall, Anderson e Phillipson (2002)² citados por Maravai et al. (2011).

O uso das plantas medicinais, introduzidas como práticas complementares/integrativas aos serviços assistenciais, na ampliação das ofertas obtém a comunidade como co-participante na constituição do cuidado com a saúde (HEBERLÊ, 2013; S. THIAGO, 2009; AZEVEDO ET AL., 2004; ANTONIO; TESSER;

¹ SIMÕES, C.M.O. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 6a ed. Porto Alegre/Florianópolis: Universidade UFRGS/UFSC, 2007.

² NEWALL, C.A.; ANDERSON, L.A.; PHILLIPSON, J.D.. Plantas Medicinais: Guia para profissional de Saúde. São Paulo: Premier, 2002.

MORETTI-PIRES, 2013; DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008). Badke (2008) entende que, entre as comunidades, há um maior cuidado de si quando existe autonomia, devido ao resgate e preservação da diversidade cultural.

Quanto à origem dos usos populares, para Lopes et al. (2010) e Lorenzi e Matos (2008), os recursos terapêuticos disponíveis até o século XIX eram exclusivamente oriundos de plantas medicinais e extratos vegetais. Ou seja, isto indica que a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças pode ser considerado um hábito de baixo custo e culturalmente difundida. Além disso, pode-se acrescentar que este conhecimento esteve atrelado à medicina tradicional indígena, quilombola, dentre outros povos e comunidades tradicionais. Isto pode ocorrer pelo uso popular, quer pela transmissão oral entre gerações ou como proposta dos sistemas oficiais de saúde.

Na literatura, encontram-se registros na história do Brasil em que, os primeiros médicos portugueses, por não terem no país os medicamentos disponíveis como na Europa, utilizaram os conhecimentos indígenas na cura das enfermidades e, portanto, fizeram uso de plantas medicinais, como por exemplo, *Ilex paraguariensis* (mate), *Myroxylon balsamum* (bálsamo de Tolu), *Paullinia cupana* (guaraná), *Psidium guajava* (guava), *Spilanthes acmella* (jambu), *Tabebuia sp.* (lapacho), *Uncaria tomentosa* (unha-de-gato), *Copaifera sp.*(copaíba) (ALONSO, 2004; CARNEIRO, 2001³, citado por BRASIL (2012a, p. 3); LORENZI; MATOS 2008).

Sousa et al. (2010) mostram que o início do uso das plantas medicinais no Brasil tem sua origem na cultura indígena, que dispunha das raízes e ervas (provenientes das matas próximas às suas casas) como único recurso terapêutico.

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira também afirma isto quando diz que a maioria dos medicamentos hoje disponíveis advém da cultura popular. Assim, justifica-se a importância do conhecimento popular como pautado em bases farmacológicas, ou seja, no conhecimento científico quanto à indicação da planta, em efeitos esperados e os indesejados, e também no tempo e nas formas de uso (BRASIL, 2011).

³ CARNEIRO, N. M. Fundamentos da acupuntura médica. Florianópolis: Sistema, 2001.

Contribuem com esta proposição Simões et al. (1989), Lorenzi e Matos (2008), Badke (2008) e Cunha (2003), afirmando que, provavelmente, o uso das plantas com finalidades medicinais tenha-se iniciado com o homem primitivo, o que, de maneira empírica, não deve ser desprezado.

Simões et al. (1989) acreditam que o conhecimento sobre as plantas medicinais representou um papel importante para o surgimento de uma medicina popular rica e original, em que as plantas medicinais ocupem lugar de destaque, um acúmulo de conhecimentos que é próprio da formação das comunidades, seja devido à herança indígena, de escravos ou de imigrantes.

Afirmam ainda que, nos dias atuais, as plantas são utilizadas intensamente no meio urbano, como forma alternativa ou complementar aos medicamentos da medicina oficial, seu uso não está restrito às zonas rurais ou regiões desprovidas de assistência médica e farmacêutica. Em levantamento realizado em Porto Alegre, 64% dos moradores de um bairro de classe média e 84% dos moradores de bairro popular utilizam as plantas medicinais no cuidado à saúde, os autores ressaltam que a PNPIC propôs a inclusão das plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e termalismo social/crenoterapia como opções terapêuticas no sistema público de saúde (SIMÕES ET AL., 1989).

Já em 2009, foi lançada a RENISUS que visou priorizar a alocação de recursos e pesquisas em uma lista positiva de espécies vegetais medicinais, com vistas ao desenvolvimento de fitoterápicos. Trata-se de uma lista com espécies vegetais que podem ser utilizadas na forma *in natura*, seca (como droga vegetal) ou como fitoterápico manipulado e, estas demandam adaptação da espécie e produção local de matéria-prima. Tem por finalidade a orientação de estudos e pesquisas que possam subsidiar os usos populares, instituir este saber e disponibilizar insumos ou produtos para uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença (BRASIL, 2009b).

O MS constituiu a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (COMAFITO), por meio da Portaria nº 1.102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, objetivando consolidar as relações nacionais de plantas medicinais e de

medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2010c).

Portanto,

todas as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos constantes na RENAME, do Formulário Terapêutico Nacional de Medicamentos Fitoterápicos, do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e do Memento Terapêutico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e, ainda, das monografias de espécies medicinais, atualmente em fase de revisão/elaboração, irão facilitar a elaboração das relações estaduais e municipais, visto que as relações nacionais contemplarão ou deverão contemplar espécies nativas e adaptadas de várias regiões/biomas (BRASIL, 2012a, p. 76).

Baseada nas diretrizes das políticas nacionais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) promoveu uma ampla revisão das legislações para o setor, elaborou novas normas como, a RDC nº 10/2010, que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais, assim como promoveu, por meio do Formulário Nacional de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, a revisão das monografias de plantas medicinais. Com certeza, todas essas normas apresentam um avanço no setor de regulamentação brasileiro, sendo importantes para vários segmentos, desde as Farmácias Vivas até a industrialização (BRASIL, 2012a).

Conforme a citação anterior, o Ministério da Saúde (MS) enfatiza que dentre as práticas integrativas e complementares, as plantas medicinais e a fitoterapia são as mais presentes no Sistema de Saúde. Esclarece ainda, que essas ações acontecem prioritariamente na Saúde da Família, devido aos seus fundamentos e princípios (prevenção/promoção da saúde) e a interação entre saberes, dentre outras características.

Acredita-se que as ações com plantas medicinais acontecem prioritariamente na Saúde da Família, devido ao caráter dialético e a inserção das equipes nas comunidades, o que prevê a aproximação dos profissionais de saúde aos usuários e o conhecimento em loco dos diferentes modos de cuidado à saúde. Tais equipes são essenciais, uma vez que são consideradas facilitadoras na troca entre saberes, no fortalecimento dos vínculos, com vistas ao reforço da participação popular, autonomia dos usuários e o cuidado integral à saúde.

Devido ao vínculo estabelecido junto às comunidades e as relações que se estabelecem de fortalecimento, as práticas integrativas e complementares tem sua inserção facilitada. A aproximação é visível em ações como a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde, facilitadoras da troca de saberes entre os usuários e as equipes de saúde.

Desse modo, pensar o uso das plantas medicinais de forma complementar visa fortalecer o vínculo entre profissional-usuário, e ainda depreender um cuidado integral em saúde, permitindo uma integração com a Unidade de Saúde, a exposição dos saberes singulares da comunidade e a articulação de estratégias institucionalizadas para a assistência à saúde.

A Medicina Tradicional e as Práticas Integrativas e Complementares

Para os diversos modos de produção de assistência à saúde, temos as práticas integrativas e complementares, reformuladas junto ao sistema oficial, no esforço pela integração dos diferentes itinerários terapêuticos.

Nos próximos parágrafos, estão apresentados diferentes termos relacionados à essas práticas, no entanto, considera-se como medicina tradicional e/ou popular, os modos complementares de cuidado à saúde que não os oficiais e como medicina oficial, a alopatia e as tecnologias duras (equipamentos e máquinas) (MERHY, 2006).

S.Thiago (2009) considera os diferentes modos de agir em saúde como “pluralismo médico”, e entende que as discussões das políticas públicas sobre sistemas complementares (medicinas tradicionais e medicinas alternativas e complementares) tem sua inclusão com a Declaração de Alma-Ata.

Texeira, Lin e Martins (2004), denominam essas práticas como “práticas não-convencionais em saúde (PNCS)”, pensadas como coadjuvantes. Luz (2005)

apresenta o fato de as novas terapias serem propostas como “alternativas”, “paralelas” ou “complementares” à medicina contemporânea especializada e tecnocientífica, o que denomina de racionalidades médicas os sistemas médicos comparados. Conforme a autora, na América Latina, tais sistemas estão divididos em três grupos: a medicina tradicional indígena, a medicina de origem afro-americana e as medicinas alternativas; estas, derivadas dos sistemas médicos complexos, possuidoras de sua própria racionalidade.

Às medicinas alternativas, cita-se o reaparecimento da figura dos “herveiros” (vistos como agentes de cura) nas feiras populares, o desenvolvimento nos centros urbanos graças às farmácias naturalistas e, por fim, a mídia, atuando como propagadora das ações curativas de práticas terapêuticas não-convencionais.

Ainda que essa forma de medicina (antes não reconhecida) comece a conquistar uma legitimação institucional, à medida que dispute um lugar (não apenas entre a clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional), obtém, aos poucos, espaços de inserção na rede pública (LUZ, 2005).

Segundo Luz e Barros (2012), a justificativa para a produção do documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” se deve à constatação de que as práticas não-convencionais atingem 80% da população em países africanos, e até 70% e 75% no Canadá e na França, respectivamente. Barros esclarece que a OMS propõe os termos “Medicina Tradicional” para as populações da África e da Europa, e “Medicina Complementar e Alternativa” para a América do Norte e a Austrália.

A OMS (2002) define a Medicina Tradicional (MT) como diversas práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias, incluindo plantas, animais e/ou medicamentos baseados em minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, e também para tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades. E Medicina Complementar e Alternativa (MCA) são os cuidados em saúde não oficiais, que estão paralelos ao sistema dominante da assistência à saúde; contudo, ambos se fazem presentes nos sistemas nacionais de saúde.

Na Biblioteca Virtual em Saúde, a descrição destes termos como Descritores em Ciências da Saúde consta sob a seguinte definição: medicina tradicional, pensada como sistemas de medicina baseados em crenças culturais e práticas passadas de geração a geração. O conceito inclui rituais místicos e mágicos (terapias espirituais), fitoterapia e outros tratamentos; que podem não ser esclarecidos pela medicina atual. Para a medicina complementar, todas as terapias podem ser consideradas complementares e/ou alternativas.

Como as demais a terapia tradicional pode prescindir de outras terapias, se atuar individualmente; neste caso, a escolhida será a terapia alternativa de tratamento. Quando necessitam do auxílio de outras, são consideradas terapias complementares.

A medicina integrativa é reconhecida como a disciplina que abrange a combinação da medicina convencional (alopática) e a medicina alternativa. Esta última permite acessar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais da saúde e da doença.

Além disso, a medicina tradicional é definida por Luz (2005) como primitiva, aborígene, natural, não-formal. A OMS (2002) refere-se à esta medicina como sistemas, práticas, intervenções e aplicações de estratégias médicas, que na atualidade não estão inseridas no sistema médico convencional e dominante. Também conhecida como alternativa, no sentido de substituir algo que seria padrão e complementar, quando utilizada em conjunto com outras terapias.

A medicina popular pode ser pensada e entendida como conhecimento, em resposta ou não a uma necessidade social, além de ser uma estratégia de cuidado.

Sem preocupar-se se tal uso é ou não popular, a mãe usa chazinhos com o seu filho; a avó indica dieta à neta que acabou de dar à luz; o raizeiro manipula raízes de plantas para o diabético, para aquele que tem problemas no rim, fígado, pulmão, estômago ou na bexiga. No ato da *benzeção*, a benzedeira indica banhos, massagens e chás àqueles clientes que a procuram” (...) “a medicina popular é praticada na esfera familiar, na casa de nossos amigos, vizinhos e parentes, na comunidade onde moramos, na cidade onde vivemos. Ela é um fenômeno próximo a nós (OLIVEIRA, 1985, p. 7).

A autora ressalta ainda, que a medicina popular, considerada como “práticas sociais nascidas no meio de relações entre os homens, feitas por eles e como respostas às suas necessidades” (...) tem como seus médicos populares, as parteiras, os ervateiros e raizeiros, ou seja, a medicina popular é “um conjunto de formas de cura e de concepções de vida que se colocam como alternativas àquelas oferecidas pela ciência erudita” (OLIVEIRA, 1985, p. 9).

Tesser e Barros (2008) acreditam que as medicinas complementares e alternativas promovem saúde, devido aos saberes que as compõem. Aos profissionais que delas se utilizam na prática diária, destaca-se o envolvimento entre o aprendizado e o domínio das técnicas necessárias ao desempenho de tal forma de medicina. Estes profissionais desenvolvem um potencial em comunicação pedagógica, o que enriquece a clínica e permite a promoção da saúde, especificamente no SUS.

Mello e Carrara (1982), afirmam que, dentre as imposições colonialistas, a cultura popular foi fragmentada, marginalizada; se hoje essa cultura (popular) ainda sobrevive, é porque está na consciência popular que a reconhece, legitimando sua eficácia.

De acordo com Trovo, Silva e Leão (2003), as terapias alternativas e complementares, na maioria das vezes, embora não estejam totalmente esclarecidas, são tão eficazes quanto as terapêuticas “científicas”/aloterápicas. Se corretamente utilizados, tais métodos não ocasionam efeitos colaterais danosos ao organismo.

A prática de medicinas alternativas desempenha um papel simbólico (de ordenação de significados) e prático, possibilitando a incorporação de diferentes especialistas. Mas também exerce uma função política, na medida em que defende os saberes deslegitimados pelo modelo de saúde oficial (LOYOLA, 1984).

Portanto, considera-se ser imprescindível à não deslegitimação dos saberes, o diálogo entre educador-educando (sejam eles, profissional e usuário dos serviços), visto que, conforme discutiu-se até o momento, todos somos dotados de um conhecimento singular (próprio), todos temos um saber que não deve ser descartado; e o educador (profissional da saúde) ao permitir o diálogo, permite a co-

participação (do usuário) nas ações de cuidado; permite a autonomia, uma vez que: “o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade de sua própria capacidade para transformá-la” (FREIRE, 1980, p. 40).

Nessa perspectiva, faz-se imprescindível discutir como o cuidado pode ser concebido e desempenhado pelo profissional (que se espera que seja capaz de interagir em harmonia com outros profissionais) e às comunidades assistidas, criando para si mesmos e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico e gerador de saúde.

O cuidado sob o foco da educação em saúde

De acordo com Vasconcelos (2001), a Atenção Primária no Brasil tem na educação popular a mudança necessária ao perfil dos profissionais. Estes saem das especializações para as ruas, e tem na educação das comunidades o cenário da mudança de modelo de assistência em saúde, “a ação educativa é o instrumento mais importante para a organização do trabalho social e a concepção de educação sistematizada por Paulo Freire, que considera a hegemonia nas iniciativas” (VASCONCELOS, 2001, p. 13).

Luz (2005) destaca que, com as especializações ou generalizações da cultura da biomedicina, houve um distanciamento entre o profissional e o usuário, criando uma barreira cultural. Barreira estrutural poder-se-ia denominar quando se refere aos aspectos trazidos anteriormente, que veiculam as propostas do Ministério da Saúde na inserção das práticas complementares ao SUS.

Quanto a essa preocupação, Marsiglia (2008) discute o que se espera dos profissionais que atuam na Estratégia da Família (ESF). Uma tal expectativa que pode ser questionável, visto que as dinâmicas familiares são singulares, e que este aprendizado no lidar não é inato. Marsiglia ressalta que as abordagens (que se

fazem às famílias e comunidades) exigem dos profissionais a constituição de novas especialidades na área da saúde, uma vez que estes trabalham com outra unidade de trabalho, que não é constituída apenas por indivíduos isolados (como ocorre na abordagem clínica).

Quanto ao uso das plantas medicinais, discute-se também a importância da qualificação profissional para o embasamento científico, assim, a orientação das comunidades quanto ao uso seguro e ao diálogo com os conhecimentos populares pode acontecer de um modo mais pleno (BRASIL, 2012a).

Não se pode desconsiderar que a auto-medicação é uma realidade, conforme destaca Badke (2008), que, em sua prática assistencial, deparava-se com questionamentos sobre as propriedades terapêuticas, e as formas de utilização das plantas; conhecimento que os profissionais da saúde não detinham. Considera-se ser necessária a abertura e o envolvimento dos profissionais para apreender os saberes que permeiam essa prática complementar de cuidado, fazer-se trocas e diálogos entre o cultural e o científico.

Campos (2011) e Valla (1998) afirmam que a educação em saúde permite o diálogo, valoriza a cultura e os saberes ao longo da história, quando considera os conhecimentos prévios, de modo a agregá-los à medicina moderna. Campos (2011) reconhece que, para a saúde, é de vital importância entender o modo de vida das pessoas, além de afirmar que as “estratégias de prevenção e de promoção passaram a respeitar e a interagir com as escolhas existenciais das pessoas, cuidando para reduzirem-se riscos e eventuais danos decorrentes dos vários estilos de vida” (CAMPOS, 2011, p. 43).

Adler e Fosket⁴, citados por Teixeira; Lin e Martins (2004, p.53), destacam que os usuários que se valem de outras práticas (não oficiais) nos serviços de saúde enfrentam dificuldades; como evitar discutir o uso de outras práticas em saúde que não as convencionais, por temer as reações de seus médicos, como a reprovação, o desinteresse, o descrédito ou a falta de conhecimento no assunto. No entanto, quando esses profissionais promoveram o diálogo, ganharam admiração; visto que

⁴ ADLER, S.R.; FOSKET, J.R. Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter. J Fam Pract, 1999.

houve respeito à tomada de decisão dos pacientes, com disposição à escuta (sem preconceitos).

Oliveira (2010) discute que, a percepção do profissional da saúde, quanto ao conhecimento sobre as práticas populares, é construída sob o senso comum. Trovo, Silva e Leão (2003) propõem que haja o conhecimento dessas práticas na formação de alguns profissionais, contudo, de maneira “popular”, baseados na crença sobre sua eficácia e na experiência pessoal; portanto, não seria pelos meios oficiais a propagação dos conhecimentos relativos às terapias complementares e alternativas.

Pensa-se o cuidado como algo nato, não propriamente dos profissionais de saúde, considerando o aprendizado enraizado no desenvolvimento humano: o saber ser, o que é nato, a bagagem que cada sujeito carrega, o que é singular. Nessa perspectiva, Teixeira (2000, p. 273) refere-se ao cuidado aquém das ações em saúde,

(...) as comunidades não são apenas cuidadas pelos órgãos e instituições destinados para tal, nem (..) são apenas cuidadas por profissionais que detêm um saber científico, mas que se cuidam localmente, utilizando-se de estratégias, múltiplos saberes (..) Esse cuidar cotidiano, que resiste e se mantém, passamos a entender como um cuidar junto.

Dantas (2011) aborda o fato de que não se pode desconsiderar que a população se utilize de outros itinerários terapêuticos que não os oficiais; deste modo, é fundamental o diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários que dependerem de sua assistência e cuidado.

Na perspectiva de ampliação das ofertas (de cuidado); o usuário do sistema público de saúde tem no cuidado o alicerce, e não na clínica, visto que desta forma, os serviços de saúde defendem a vida, e não “remedeiam” a doença (BRASIL, 2012a).

Contribuem com esta ideia, Luz (2005), Campos (2003) e Cunha (2005), pois estes discutem que, se as ações em saúde devem objetivar a redefinição de ações ampliadas, tendo por objeto a pessoa, um grupo, uma família, um coletivo

institucional ou, ainda, a doença ou risco de adoecer, ou seja, se na clínica tradicional o objeto é a doença, aumentar o coeficiente de autonomia e autocuidado permite esta ampliação.

Estes mesmos autores propõem que, ao ampliar a gestão da clínica, abrange-se os meios de trabalho da assistência (tais como modificar a escuta, a entrevista, as intervenções terapêuticas). Tal fato descentraliza as ações de uso excessivo de medicamentos e procedimentos afins. Os profissionais de saúde devem valer-se, portanto, das técnicas que visem a prevenção, a educação em saúde, a reconstrução da subjetividade, a formação de vínculos e continuidade do cuidado.

O cuidado é um fenômeno universal que influencia a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e se comportam em relação ao próximo. Desta forma, Boff (1999) expõe o amplo significado do processo de cuidar que, para ele, deve ser viver com amor, ternura, carícia e convivência. O autor acredita que toda a existência, toda a vida, precisa do cuidado para sua sobrevivência.

Considera-se ainda, que um dos papéis imprescindíveis dos profissionais de saúde é ajudar aos usuários, satisfazer suas necessidades humanas básicas. Deste modo, faz-se necessário saber determinar a partir de qual momento a pessoa saudável torna-se doente, além de estar ciente de como os membros de outros grupos culturais podem pensar e agir.

Nesse sentido, acredita-se que as autoras Trovo, Silva e Leão (2003), reflitam isso quando destacam que o profissional da enfermagem (e aqui amplia-se à todas as categorias profissionais – acréscimo da autora) exerce um papel fundamental enquanto se torna educador, visto a proximidade que tem de seu cliente. Corroboram com esta consideração Alves (2005), que ressalta a importância de ações preventivas, não só curativas, utilizando-se da educação em saúde, e Vasconcelos (2001), que considera a educação como promissora do fortalecimento do profissional junto à comunidade, esta, produtora de vínculos.

A educação em saúde, no âmbito da Saúde da Família, configura-se como uma prática tanto necessária quanto atribuível a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. A capacidade à assistência integral e

contínua às famílias deve ser mantida, permitindo que os enfrentamentos estejam em diálogo com a comunidade, de acordo com Alves (2005). Este também afirma que “a proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde, o modelo dialógico” (ALVES, 2005, p. 47).

Valla (1998) sugere uma ponte para o diálogo entre profissionais e usuários, o encontro de saberes, a complementação e o objetivo comum, o cuidado. Nesta ponte, o autor afirma que há a necessidade de que, tanto profissionais como as classes populares, estejam envolvidas na construção comum dos saberes. Ou seja, nem o saber popular (experiências) e nem o saber científico são uma acumulação de conhecimentos por si, mas um é parte do outro.

Pensar esta proposta como uma alternativa é uma tentativa de garantir a oferta de cuidados individuais e coletivos à saúde das famílias residentes em um dado território. Para tanto, deve-se articular a promoção a saúde, a prevenção de doenças e o cuidado clínico, em outras palavras, pressupor uma ligação entre a clínica e a saúde coletiva (LUZ, 2005; CAMPOS et al., 2006 e CUNHA, 2005).

Acredita-se na valorização do saber previamente adquirido por um indivíduo, permitindo seu envolvimento de maneira racional nas ações, e também o estímulo à busca por novos conhecimentos já que, a educação é produtora de vínculos. Vínculo este construído com trocas vivenciadas na prática, o que estreita a relação estabelecida entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e seus usuários.

A educação em saúde é a integralidade do cuidado, um conjunto de saberes e práticas orientadas para a promoção e prevenção, segundo Alves (2005). A autora afirma ainda que, em relação às ações desempenhadas no SUS, a articulação destas, de fato, é que pode ser produtora de educação.

Na Atenção Básica, Vasconcelos (1997) considera que o desenvolvimento das práticas educativas é favorável (se comparado a outros serviços) devido à maior proximidade entre profissional-usuário, ao vínculo nas relações de cuidado, sobretudo pelo caráter preventivista e promotor de saúde. A educação popular em saúde passa a ser pensada como um modo de participação para a organização de

um trabalho político, como processo reflexivo e não como o autoritarismo estabelecido até meados da década de 1970.

De acordo com Freire (2005), não há nada melhor do que o diálogo, o que, de fato, surge como uma exigência existencial e de mão dupla, falar/ouvir/ouvir/falar. O mesmo propõe Valla (1998): o diálogo é o encontro entre seres.

Diálogo esse que permite a ampliação da assistência com o uso das plantas medicinais, o aumento na oferta; como propõe Merhy (2006), “a diversidade no cardápio” oferecido aos usuários do sistema de saúde público do Brasil. Portanto, um resgate da cultura popular; pois considera as características locais e a heterogeneidade dos saberes.

A educação popular em saúde tem apresentado várias experiências exitosas, uma vez que remetem à construção de uma nova forma de pensar a saúde, com foco na “consolidação de um trabalho efetivamente capaz de incluir comunidades e usuários no processo de cuidar e promover a saúde” (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004, p. 267).

O encontro de saberes, conforme propõe Oliveira (2007), é exemplificado pelo Mapeamento e a Catalogação de Práticas de Educação Popular e Saúde, que apresenta as práticas dos moradores dos bairros periféricos para promover a saúde. O mapeamento revela diversos encaminhamentos para problemas de saúde: unidades de saúde, benzedeiros, erveiros, igrejas, centros/grupos de reuniões. O documento demonstra que cada praticante promoveu o diálogo e teve um papel mediador na ampliação desses saberes à comunidade científica.

Luz e Barros (2012) afirmam que o proposto exige uma pluralidade científica que valide outros modos de saber, inclua as experiências subjetivas do indivíduo. Embora a validação dessas práticas seja por meio de estudos clínicos convencionais, a aplicação de métodos integrativos em saúde está diretamente ligada à relação entre terapeuta/doente.

A escolha do modelo Saúde da Família foi proposital, já que este permite a aproximação com os contextos socioculturais onde estão inseridas essas famílias, sob a compreensão de que o diálogo proposto é possível se conhecermos as comunidades das quais cuidamos. Acredita-se que o diálogo só é estabelecido, de

fato, através do conhecimento mútuo do “ser”: de quem estou cuidando? O que se sabe sobre o cuidado? Quais são suas preferências? Quem ele é?

Essas práticas, reconhecidas pela OMS e diversas outras Instituições (que visam o cuidado amplo, integral) somente consideram o sujeito na sua singularidade, na sua origem, inserido em seus próprios valores. Ao se incorporar tais práticas no pluralismo assistencial, agrega-se os saberes e crenças locais (sobre o que este sujeito sabe sobre a vida, acredita sobre a morte), aos modos singulares em defesa da sua própria vida e a vida daqueles que ama.

Na Atenção Primária, que tão singularmente se insere na ESF, o uso das práticas não instituídas atinge níveis percentuais significativos e, por essa razão, o assunto passou a ser uma relevante questão da saúde pública mundial, e, por fim obteve o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias (BRASIL, 2012a). Especificamente no que diz respeito à promoção da saúde, a OMS tem permitido discussões em relação aos múltiplos significados presentes nos usos populares. Há o incentivo à criação de um cuidado estratégico embasado nos conhecimentos locais e que faça sentido, que integre o viver local, ou seja, um cuidado multifacetado, integrado pelo saber profissional e popular.

Apresentação

A partir da vivência como enfermeira residente em um Programa Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família, pude perceber que a proposta da Estratégia em Saúde da Família permite a inclusão dos diferentes saberes ao cotidiano da atenção à saúde, já que propõe o vínculo nas relações usuários-profissionais, além da escuta qualificada e a ação por meio da proposta de clínica ampliada.

Nesta direção, estabelecem-se ações educativas de caráter individual e coletivo e nesse contexto, formou-se um grupo aberto para discutir as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, em que a acupuntura e as plantas medicinais foram as principais práticas medicinais apresentadas. E relativo ao uso das plantas

medicinais, foram questionadas as propriedades terapêuticas e a melhor forma de utilização destas.

Em virtude do término da Residência, mas ainda com o desejo de investigar esta prática, nesta pós-graduação com o caráter de mestrado profissional, prossigo com o estudo, pois acredito que seja necessário um maior envolvimento dos profissionais de saúde com o assunto, já que este propõe a articulação de saberes e fazeres dos usuários, reforçando a importância do conhecimento popular.

A escolha da Administração Regional de Saúde (ARES) Vila Isabel deveu-se à minha proximidade pessoal com estas comunidades, depois de exercer atividades profissionais junto à estas; o que me permitiu conhecer as singularidades locais e com uma prática em comum: o uso das plantas medicinais.

Justificativa

Descrever, o uso das plantas medicinais e seus pormenores, como no que consiste os critérios para identificação da planta, aquisição, finalidade terapêutica, modo de preparo, conservação e origem do uso, são questionamentos importantes na caracterização dessa prática popular. Todos estes princípios valorizam e resgatam esse conhecimento singular, e embasam cientificamente o profissional que desejar, no diálogo, estabelecer sua relação profissional-usuário.

Objetivos

Geral

Descrever o uso popular de plantas medicinais junto à usuários vinculados à Unidades de Saúde da Família (USFs), em um município do interior do Estado de São Paulo/SP.

Específicos

Caracterizar as plantas medicinais (*in natura* ou secas) quanto: ao nome popular, partes usadas, modo de preparo, conservação, finalidade terapêutica, frequência do uso.

Identificar a origem do uso.

Metodologia

Considerando as características da pesquisa qualitativa propostas por Rossman e Rallis⁵, citados por Creswell (2010), quais sejam: a pesquisa qualitativa ocorre num cenário natural, no qual o pesquisador capta detalhes sobre a pessoa ou sobre o local, estando envolvido nas experiências reais dos participantes; usa métodos múltiplos que são interativos e humanísticos, como observação, entrevistas, documentos, entre outros que envolvem textos (ou palavras) e imagens (ou fotos); é emergente e não pré-estabelecida, as questões de pesquisa podem mudar e ser refinadas à medida que o pesquisador descobre os melhores locais para entender o fenômeno; ela é fundamentalmente interpretativa, isso inclui o desenvolvimento da descrição de uma pessoa ou cenário, a análise de dados para identificar temas ou categorias e finalmente fazer interpretações ou conclusões sobre seu significado.

Assim, embora este estudo apresente predominantemente caráter de pesquisa qualitativa alguns aspectos podem ser referidos como quantitativos.

Teve esta pesquisa como desenho de estudo, três territórios adscritos à Unidades de Saúde da Família (USFs), no interior do Estado de São Paulo/SP, caracterizando-se como pesquisa com delimitação territorial, conforme Rouquayrol e Almeida Filho (2003). Foi desenvolvida num momento específico, no ano de 2013, portanto, transversal, conforme os autores citados, e contribuições de Medronho

⁵ ROSSMAN, G.B.; RALLIS, S.F.. Learning in the Field: An Introduction to Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage Public, 1998.

(2003) têm relação com a temporalidade, isto é, o período de coleta de dados, ou ainda, o planejamento da coleta dos dados para determinada quantidade de indivíduos, em um único momento.

A região do estudo é um município do interior do Estado de São Paulo, que segundo dados do IBGE tinha uma população estimada de 236.457 habitantes no ano de 2013, sendo esta assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Básica é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), todavia, nesta pesquisa, consideram-se as USFs como proponentes do cuidado aqui discutido (o cuidado singular), devido ao caráter relacional estabelecido, que pressupõe a existência de diálogo entre usuários e profissionais de saúde, considerando, que a troca e a construção de saberes é essencial, especificamente quanto ao uso das plantas medicinais pela comunidade.

Conforme indicadores do DATASUS, no município, constam cadastradas 17 (USF), denominadas como: USF Água Vermelha, USF Antenor Garcia, USF Astolpho Luiz do Prado, USF Cidade Aracy Equipe I, USF Cidade Aracy Equipe II, USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe I, USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe II, USF Jardim Gonzaga, USF Jardim Munique, USF Jardim São Carlos, USF Joquei Clube ESF Jardim Guanabara, USF Joquei Clube ESF Joquei Clube, USF Jose Fernando Petrilli Filho, USF Presidente Collor, USF Romeu Tortorelli, USF Santa Angelina, USF Santa Eudoxia. Sendo estas responsáveis pelo acompanhamento de 12.952 famílias (atualização Julho/2013). O município propõe uma organização da área da Saúde em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES): Cidade Aracy, Vila Isabel, Redenção, São José, Santa Felícia, conforme ilustra a Figura 1, a seguir:

Figura 1: Administrações Regionais de Saúde



FONTE: Manual RMSFC-UFSCAR (2009)

Conforme consta no site da cidade, a Secretaria Municipal de Saúde é representada nestas regionais, tendo a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência, o que, devido ao acesso, permite aos usuários do SUS um cuidado integral (Acesso em: março/2012).

O campo da pesquisa foi a Regional de Saúde Vila Isabel (Figura 2) ou ARES Vila Isabel, que é composta pelas Unidades de Saúde da Família (USF): Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 1 e Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 2 e Jardim Gonzaga.

Figura 2: Administração Regional Vila Isabel



FONTE: Manual RMSFC-UFSCAR (2009)

A escolha da Regional Vila Isabel deveu-se à proximidade da pesquisadora com essas comunidades, após um período com atividade profissional como enfermeira destes territórios. Através desta aproximação, foi possível visualizar a diversidade de contextos em que essas famílias estavam inseridas, além de

perceber a riqueza das histórias de vida, saberes, o que motivou o interesse pela busca das informações pretendidas nesta pesquisa.

O projeto de pesquisa foi apresentado às equipes (médicos, enfermeiros, dentistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)), que compreenderam os objetivos do estudo, indicando os usuários que fizessem uso ou tivessem conhecimento sobre as plantas medicinais no cuidado à saúde.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos adultos, moradores dos bairros Monte Carlo e Gonzaga, que tinham como referência a Unidade de Saúde da Família; o aceite na participação da pesquisa e o uso ou o conhecimento de qualquer planta medicinal e suas indicações (finalidades terapêuticas). Os critérios de exclusão considerados foram: presença de incapacidade mental e ou da fala decorrentes de deficiência(s) ou sequela(s); recusa em participar da pesquisa e, ausência, por três vezes consecutivas ao horário marcado para a participação.

A amostragem foi proposital (intencional) com a seleção dos participantes realizada a partir da indicação das equipes de saúde.

Foram indicados 40 participantes, que tiveram os dados levantados nos respectivos prontuários, onde solicitou-se o acesso à residência, com horário pré-estabelecido para a visita. Porém, alguns participantes não possuíam telefone, ou o número estava incorreto, assim sendo, através do endereço ou com auxílio dos ACSs, realizou-se uma visita para apresentação da pesquisa. Na ocasião da visita, alguns participantes já autorizavam a entrevista, após a compreensão, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); enquanto outros solicitavam nova visita.

Ressalte-se que as entrevistas ocorreram após a pesquisa ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde sob a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, e após obter um parecer favorável (Anexo A) à sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Durante a entrevista, esclareceu-se a intenção da pesquisadora como mestrande e não como profissional da enfermagem, para que os participantes pudessem falar livremente sobre seus conhecimentos, em função da pesquisadora

ter atuado como profissional junto às comunidades destas regiões. As anotações seguiram-se no Roteiro de Entrevista (Apêndice B).

Os dados foram organizados e quantificados com o emprego de planilhas do programa Excel® (Microsoft) que fornece tabelas e gráficos e com o software SSPS 17.0 e Office Word.

Resultados

Conforme a proposta das equipes de saúde para o estudo, dentre a população, foram indicados 40 indivíduos, dentre os quais não houve recusa, contudo, como previsto nos critérios de exclusão, parte destes indicados não foram encontrados no endereço ou no número de telefone registrados no prontuário; e outros não atenderam nas datas agendadas. Desta forma, como participantes da pesquisa totalizaram-se 25 indivíduos: 12 participantes da USF Gonzaga, 4 participantes da USF Cruzeiro do Sul Equipe 1 e 9 participantes da USF Cruzeiro do Sul Equipe 2.

A primeira parte desta apresentação mostra o perfil dos participantes no que se refere a sexo, faixa etária, naturalidade, descendência étnica, ocupação, escolaridade, religião e renda familiar.

O maior número de participantes é do sexo feminino, 19 (76%) e 6 do sexo masculino (24%). Dados do Censo 2010 (IBGE) mostram que a população residente no município era de 221.936 habitantes, sendo 108.875 homens e 113.061 mulheres. Um maior número de mulheres na pesquisa pode ter relação com a superioridade numérica feminina na população por si só, ou pelo fato de que as mulheres cuidam mais das famílias, sendo as multiplicadoras dos saberes aprendidos. Na pesquisa de Badke (2008), a maioria dos entrevistados mencionou ter aprendido a usar plantas medicinais com as mulheres (mãe, avó, irmã), principais transmissoras desse conhecimento. Alguns dos autores estudados encontraram resultados semelhantes, isto é, as mulheres são as que aprendem uma forma de cuidado e a disseminam aos outros membros de suas famílias, ou ainda às pessoas

do convívio social (FRANÇA et al., 2008; HEBERLÊ, 2013; LAPLANTINE, 1989; BUDÓ et al., 2008). Corroborando com este ponto, conforme Laplantine (1989), as medicinas paralelas tem maior adesão entre as mulheres. Quanto à idade dos participantes, verifica-se um intervalo entre 32 e 80 anos. O intervalo prevalente foi na faixa etária entre 59 e 69 anos (40%).

A Tabela 1, a seguir, ilustra o intervalo das idades, a frequência, o sexo dos participantes e suas porcentagens:

Tabela 1.: Frequências de ocorrência da idade e sexo dos participantes

Faixas Etárias	Frequência	Sexo	Porcentagem faixa etária
26 – 36	1	Fem	4%
37 – 47	1	Fem	4%
48 – 58	1	Masc	24%
	5	Fem	
59 – 69	3	Masc	40%
	7	Fem	
70 – 80	2	Masc	28%
	5	Fem	
Total	25		100%

A maior porcentagem (68%) dos participantes da pesquisa apresentavam idades entre 59 e 80 anos e a maioria mulheres. Este dado, embora limitado a uma parte da população do município, exemplifica o que já é esperado para esta década: o envelhecimento da população. Considerando o que nos diz o Estatuto do Idoso, que são idosos todos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Acrescente-se que no município estudado, conforme dados apresentados pelo IBGE, a maior parte dos habitantes, é do sexo feminino, e segundo a discussão acima, são as mulheres as precursoras das práticas populares em saúde.

Conforme Badke (2008) e Siviero et al. (2012)., estudos apontam que a utilização das plantas medicinais como prática de cuidado à saúde é predominante nessa faixa etária, devido ao conhecimento adquirido/construído ao longo dos anos.

Quanto à naturalidade, considerando-se os Estados, a pesquisa mostrou que 36% são provenientes do Estado de São Paulo, seguida pelo Paraná com 24%, Pernambuco e Minas Gerais com 8% e Mato Grosso do Sul, Sergipe e Rio Grande do Sul com 4%. O Quadro 1., a seguir, apresenta a naturalidade dos participantes por Estado:

Quadro 1: Naturalidade dos participantes apresentados por Estado

NATURALIDADE (Estado)		
	Frequência	Percentual
São Paulo	9	36,0
Pernambuco	2	8,0
Mato Grosso	1	4,0
Mato Grosso do Sul	1	4,0
Sergipe	1	4,0
Rio Grande do Sul	1	4,0
Paraná	6	24,0
Minas Gerais	2	8,0
Alagoas	1	4,0
Bahia	1	4,0
Total	25	100,0

Segundo Veiga Junior (2008), os estudos em relação ao uso das plantas medicinais são escassos ainda, portanto, não é possível fazer uma análise quanto às principais regiões que utilizam as plantas medicinais e suas principais causas. Não se sabe sobre as peculiaridades loco-regionais de todo o território brasileiro, entretanto, Badke (2008) refere-se ao fato de que, no sul do país, a população é predominantemente descendente de alemães e italianos (representantes da cultura europeia), região onde o autor afirma ser mais comum o uso das plantas medicinais.

Em relação à escolaridade, nove dos participantes responderam não ter concluído o Ensino Fundamental (1ª - 8ª séries), portanto, incompleto entre 36%, já 32% são analfabetos funcionais (reconhecem algumas letras, mas minimamente conseguem articular a interpretação e a escrita), identidade de oito dos participantes.

Desses ainda, três são analfabetos (12%), quatro (16%) possuem o Ensino Médio (1º - 3º séries) e um o Ensino Médio incompleto (4%).

Os participantes relataram que iniciaram as atividades laborais na idade escolar, não conseguindo concluir o currículo preconizado para o 1º. e 2º. Graus, não por escolha própria, mas pela necessidade de auxiliar nas despesas da família.

O supracitado está conforme ao exposto no Quadro 2., que apresenta os resultados sobre a ocupação e o grau de escolaridade:

Quadro 2: Ocupação e grau de escolaridade dos participantes

		GRAU DE ESCOLARIDADE				
				Ensino Fundamental	Ensino Médio	
		Analfabeto	Analfabeto funcional	Incompleto	Completo	Incompleto
OCUPAÇÃO	Trabalhador rural	3	4	1		
	Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação		1			
	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais			3	1	
	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral			1		1
	Operadores do comércio em lojas e mercados			1		
	Auxiliar de limpeza	1	1	2		
	Costureira em geral		1	1		
	Agente Comunitário de Saúde				3	
	Trabalhador nos serviços de manutenção de edificações		1	1		
	Trabalhadores da extração de minerais sólidos			1		
	Operador de caixa			1		
	Trabalhadores de manutenção de roçadeiras, motosserras e similares		1			

Fonte: Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
(<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>)

No Quadro 2., verifica-se que, entre os participantes, oito trabalharam na agricultura, entretanto, apareceram diferentes profissões, devido à multiplicidade de

funções que um mesmo participante ocupou ao longo da vida. Outro dado é que participaram da pesquisa três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois de uma mesma USF.

Mesmo que provenientes de diferentes regiões do Brasil, o perfil destes é semelhante, ou seja, todos tiveram uma vida predominantemente rural, com baixa escolaridade. O maior percentual de participantes tem o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade; sobre este assunto, relataram que não completaram os estudos devido à ocupação que concorria com o aprendizado: o trabalho na agricultura.

Quanto à descendência étnica, as respostas foram brasileiros, índios, portugueses, italianos, espanhóis, entretanto, as análises seguiram a classificação racial oficial do Brasil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde conforme o Quadro 3., há uma predominância de caucasianos (84%), seguido pelos indígenas (8%), e 8% de descendência desconhecida (alguns participantes não sabem sua origem familiar).

Quadro 3: Frequência e porcentagem das descendências étnicas dos participantes

Etnias	Frequência	Percentual
Caucasianos	21	84,0
Indígenas	2	8,0
Desconhecida	2	8,0
Total	25	100,0

O Censo Demográfico 2010 (IBGE) mostra que, em números, essas etnias no município representam: caucasianos 72,34%, negros 5,28%, pardos 21,56%, asiáticos 0,74% e indígenas 0,09%, e, conforme se observa nos resultados obtidos, há predominância de caucasianos.

Em relação à renda dos 25 participantes, uma respondente não obtém renda de nenhuma fonte, sendo amparada financeiramente pelo esposo (4%). Os demais e maioria (60%) relata obter a renda mensal de até um salário mínimo (15

participantes); de 1 a 3 salários para 8 participantes (32%), e de 3 a 5 salários, para 1 participante (4%). Amous, Santos e Beinner (2005), em estudo realizado em outra região do país, encontraram dados semelhantes, em que a renda da maioria dos entrevistados (71,8%) foi de até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários para 21,6% e de 3 a 5 salários para 3%.

Quanto à religião, os resultados mostram que 68% dos participantes são católicos (17 participantes), 4 são evangélicos (16%) e 4 não tem religião. De acordo com o último Censo do IBGE (2010), os católicos somam 65,56%, seguido pelos protestantes com 21,15%, sem religião 6,06%, espíritas 3,73%, budistas 0,11%, umbandistas 0,26% e judeus 0,02%, resultados estes que são semelhantes ao estudo realizado por Silva, Oliveira e Araújo (2008), em que dos participantes, 70% são católicos e 30% evangélicos.

A segunda parte do estudo abordou questões como: nomes das plantas utilizadas na prevenção e cura de doenças; como as mesmas são identificadas; quais ações são esperadas; qual parte da planta é usada; como se procede no preparo (infusão, decocção, maceração, cataplasma, nebulização); como se adquire as plantas, quando se as utiliza, como se as conserva; como iniciou-se tal prática e se há preferências pelas plantas medicinais ou pelos alopáticos. Em relação ao uso com finalidades medicinais, foram apresentados usos outros, que não só de plantas medicinais, como exemplo, foi citado o uso da casca da laranja, folha do abacate. Portanto, as tabelas abaixo apresentam plantas, frutos, e outros como, por exemplo, resina, resíduos de madeira. Estão apresentados por USF, devido à organização realizada para as análises, e para facilitar a visualização das especificidades (quando houver), que serão discutidas posteriormente.

USF Jardim Gonzaga

Foram apresentados 89 usos medicinais pelos 12 participantes, conforme o Quadro 4., que apresenta em ordem alfabética: o Nome popular, a Parte utilizada, a Finalidade e o Modo de preparo de cada uso. A coluna “Finalidades” apresenta as diferentes respostas para uma mesma citação, como por exemplo: o assa-peixe roxo é citado por um participante para bronquite, utilizando-se a raiz e a folha para “várias coisas”; já por outro participante, a mesma planta indica somente o uso da folha para bronquite, sinusite e asma. Em algumas citações, aparece ainda um número entre parênteses, quantificando que a mesma resposta foi dada por mais de um participante.

Quadro 4.: Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Jd. Gonzaga

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Abacate	folha (verde)	pedra no rim ou vesícula (+cabelo de milho+quebra pedra)	decocção
Alecrim	ramo	fígado	xarope
		tosse produtiva (+guaco+poejo)	defumação
		mau olhado (+guiné+arruda)	decocção
		nervosismo	alcoholatura
		dores nas pernas, dor muscular, machucados, picada de insetos	decocção
Alfavaca de galinha	planta inteira	gripe (+manjerona+manjerição+limão taití)	decocção
Alho	polpa	bronquite	xarope
		tosse com catarro	decocção
		lombriga (+hortelã+poejo)	decocção
Anis estrelado	fruto/semente	mal-estar estomacal, má digestão	decocção
Araçá	folha	Infecções regiões genitais	decocção
Arnica	folha	dores nas pernas, dor muscular, machucados, picada de insetos	alcoholatura
Aroeira	casca	coceira	decocção
Arruda	ramo	piolho, lêndeas	ramo colocado sob a orelha
	folha	dor de cabeça	maceração
	ramo	mau olhado (+guiné+alecrim)	defumação
Assa peixe roxo	raiz ou folha	raiz-bronquite/folha- para várias coisas	decocção
	raiz	bronquite, sinusite, asma	xarope
Avelóz	látex	tumores/câncer	gotas do látex em água
		câncer	
Avenca	folha/ramos	cicatrização	cataplasma
	folha	catarro	xarope
Bálsamo	folha	dor muscular	alcoholatura
Banana	coração	queda de cabelo, nutrição dos fios	decocção
Barbatimão	casca	anti-inflamatório	decocção
		ferimentos, abaixar pressão	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo	
Batata	folha	inflamação nos olhos	decocção	
Boldo	folha	má digestão (2)	maceração	
		fígado (2)	decocção ou maceração	
		fígado, má digestão, dor no estômago	maceração	
Breu	resina	fratura, dor	alcoholatura/in natura	
Bucha paulista	bucha	sinusite	inalação	
Caju	folha	cãimbras	decocção	
Camomila	flores	calmante, anti-gripal	Infusão	
	flor	calmante		
			queimação no estômago	decocção
Cana-de-açúcar	casca	emagrecer - "perder barriga"		
Canela	folha	anemia	Infusão	
Cânfora	folha	dores nas pernas, dor muscular, machucados, picada de insetos	alcoholatura	
Capim cidreira	folha	prevenção de resfriados ou tratamento de gripe	decocção	
Capim santo	folha	prevenção de resfriados ou tratamento de gripe		
Carambola	flor	dor de barriga (não para quem tem problema de coração)		
Carqueja	folha	colesterol, estômago, fígado, diabetes mellitus		
Cebola	casca	prevenção ou cura de gripe		
Cebola roxa	casca	Gripe		
Chuchu/Machuchu	folha/casca	abaixar pressão (3)		
Cipó limão/Capim limão	folha	quebrar pedra no rim		
Cipó mil homens	folha	má digestão		
Comigo ninguém pode	folha	mau olhado, dores no corpo		
Confrei	folha	inflamação		
		má digestão, dor no estômago		
Cana de macaco/Costus	folha	infecção de urina, desmancha pedra no rim		decocção/liquidificação
		infecção de urina, cólica de rim (400mL 3 dias)		decocção
Cravo de cipó/Cipó cravo	folha	não sabe		não sabe

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Erva cidreira	semente	mal-estar gástrico	sementes na água "em molho"
	folha	gripe	infusão
	folha/raiz	gripe (prevenção/cura)	decocção
	folha	calmante	
Erva cidreira de vara	folha	gripe	infusão
Erva cidreira do campo	folha	prevenir gripe, saboroso	decocção
Erva de bicho	folha	circulação sanguínea, rins, infecção de urina	
		prisão de ventre	
		varizes, hemorroida	
Erva de santa maria	folha	Lombriga	
Erva de touro	folha	várias coisas	decocção
Erva doce	semente	calmante, anti-gripal	sementes na água "em molho"
	folha	mal-estar gástrico	
	semente	gripe (+laranja)	
Eucalipto	óleo/folha	óleo- tosse/ alcoolatura para dor	inalação /in natura
	folha	dores nas pernas, dor muscular, machucados, picada de insetos	alcoolatura
		gripe (prevenção/cura) (+limão)	
Favacão/Alfavacão	folha	gripe (prevenção/cura) (+limão)	decocção
Fedegoso	folha/raiz	Febre	
Figo	folha (+nova)	cólica de rim	
Gengibre	polpa	Anti-inflamatório (2), gripe	
		prevenção resfriados ou tratamento gripe (+limão+laranja)	
Gervão roxo	folha	Vitiligo	
Girassol	flor/semente	manchas de pele, hidratação da pele	
Goiaba	folha	diarreia	
	broto	dor de barriga	
		desinteria, vômito, amarelão (banho/chá)	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Guaco	folha	tosse	xarope ou decocção
		tosse(2), gripe	xarope
		gripe, bronquite (+erva cidreira do campo+hortelã+poejo)	decocção
		catarro	xarope
tosse produtiva (+alecrim+poejo)			
Guaraná	folha	rubéola	decocção
Guiné	folha	tirar mau-olhado	defumação, banhos
	ramo	mau olhado (+arruda+alecrim)	defumação
		mau olhado, dores no corpo, sinusite	decocção/nebulização
		gripe	decocção
		prevenir gripe, saboroso	
		lombriga (+poejo+alho)	
prevenção de resfriados ou tratamento de gripe			
Hortelã	folha	calmante, anti-gripal	infusão
		gripe	decocção
		previne gripe, saboroso	
		lombriga (+poejo+alho)	
		prevenção de resfriados ou tratamento de gripe	
Jatobá	casca	gripe	decocção
João bolão/Jambolão	vagem	diabetes mellitus	
	folha	diabetes mellitus (+pau ferro)	
Laranja	folha	gripe	decocção
	casca	gripe	xarope
	folha	prevenção resfriados ou tratamento gripe (+limão+gengibre)	decocção
Limão	casca	gripe (prevenção/cura) (+favacão)	
	folha	prevenção resfriados ou tratamento gripe (+laranja+gengibre)	
Limão galego	polpa/casca	dor de dente	in natura
Limão taití	polpa/casca	gripe (alfavaca de galinha+manjerona+manjeriçã)	decocção
Losna	folha	colesterol, estômago, fígado, diabetes mellitus	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Malvavisco	flor	má digestão	liquidificação
Mamão macho	flor	expectorante	decocção
Mandioca	folha	mau cheiro no corpo	decocção
Manjericão	folha	calmante	
	planta inteira	gripe (alfavaca de galinha+manjerona+limão taití)	
Manjerona	folha	calmante	
	planta inteira	gripe (alfavaca de galinha+manjericão+limão taití)	
Maracujá	casca	diabetes mellitus	
Maravilha	folha/flor	dor	
Marianinha	folha	infecções nas regiões genitais	
Melão de são caetano	folha	fígado, depressão	
Melissa	folha	dor, gripe, febre	
Milho	cabelo	pedra no rim (+abacate+quebra pedra)	
		pedra no rim ou vesícula (+abacate+quebra pedra)	
Ora pronobis	folha	intestino preso	decocção
Pau ferro	vagem	diabetes mellitus (+joão bolão)	decocção
Picão	planta inteira	icterícia, hepatite C	decocção
Pinho	folha	bronquite/sinusite	nebulização
Pitanga	folha	abaixar pressão	decocção
Poejo	folha	gripe	decocção
		gripe, bronquite (+erva cidreira do campo+hortelã+guaco)	
		tosse produtiva (+guaco+alecrim)	xarope
		lombriga (+hortelã+alho)	decocção
prevenção de resfriados ou tratamento de gripe			
Quebra-pedra	folha	cálculo renal, infecção de urina	decocção
	planta inteira	pedra no rim ou vesícula (+abacate+cabelo de milho)	
	raiz	pedra no rim, cólica de rim	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Romã	casca	dores de garganta/tosse, desintéria	gargarejo/decoção
		diarréia, dor de garganta	decoção
		dor de garganta	gargarejo
Rosa branca	flor	conjuntivite	maceração
		infecções nos olhos	infusão
Rosário	folha	dor de estômago	decoção
Sabugueiro	flor/folha	sarampo, caxumba, gripe	
	flor	catapora, sarampo, gripe, reação alérgica	
Serragem	resíduo de madeira	sarampo	
Tanchagem/Catalona	folha	intestino preso	decoção/maceração
		antiinflamatório/labirintite, infecções	maceração
		labirintite	
Tiririca	folha	antiinflamatório	decoção
Uva	casca	afinar sangue	
		abaixar pressão	

Notas: Alcoolatura (para alguns também conhecida como tintura): “modo de preparo das plantas medicinais, que consiste na adição de álcool de cereais para ingestão oral, e para aplicações tópicas, álcool comum, sendo proporcional à quantidade de planta. Ambas as preparações são armazenadas em frasco tampado, em local arejado e o uso é indicado a partir de 7 dias, para “curtir” (potencializar o efeito)”. Barbatimão: “toma-se 1/2 copo do chá e banha-se o ferimento por 3 dias, se passar disso, o ferimento cicatriza só por fora”./ Boldo: 2 participantes indicaram para o fígado, e um deles disse “pode ser abortivo, mulher grávida não pode, tem que ter cuidado”./ Confrei: se não estiver amamentando./Figo: “tomar no máximo por 10 dias, porque depois disso amarga a boca”./ Gengibre: “cuidado, a folha acelera o coração, quem tem problema de coração não pode tomar”./Canela: tomar até 2 meses.”/Pode utilizar todas as partes das plantas, não tem diferença, para todas”.

A planta mais citada, com 50%, conhecida como guaco ou guapo teve indicada a folha como a parte usada; e como modo de preparo, usa-se a decocção ou o xarope, e é indicada para tosse(3), tosse produtiva(1), gripe(2), catarro(1), bronquite(1). A planta é associada, ainda, à erva cidreira do campo, hortelã, poejo e alecrim. A dose diária de 25 mL do xarope de 12/12hs foi indicada por uma (1) participante, e os demais não especificaram a dosagem, relatando a necessidade do uso até a melhora dos sintomas.

De maneira geral, os participantes responderam como procedem no preparo das plantas, surgiram diferentes respostas, o que demonstra a diversidade desta prática.

a. Modo de Preparo

Houve divergência entre os participantes quanto ao preparo por decocção (fervura). O ilustrado no Quadro 5. visa sistematizar os relatos em: tempo, recipiente e temperatura, para leitura das diferentes respostas.

Quadro 5.: Modo de Preparo das plantas por decocção

Decocção - modo de preparo					
Tempo		Recipiente		Temperatura	
Até 10 min	5	Com tampa	6	Fogo baixo	7
Maior que 10min	1	Sem tampa	4	Fogo alto	5
Sem tempo definido	4	Com/sem tampa	2		
outros	1				
sem definição	1				

O participante "A" relatou que *"casca e raiz fazem mal para o fígado, se for ferver, desligar o fogo quando começar aparecer tinta na água"* ("A").

Conforme se pode notar no Quadro 5., a maioria, 41% dos participantes reportou proceder com a fervura (decocção) pelo tempo de até 10 minutos, em

recipiente tampado; já em relação à temperatura, 58% disseram realizar o preparo em fogo baixo.

b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas

Os participantes não tem nenhum medidor específico, relataram colocar a quantidade de água para plantas aleatoriamente. No entanto, sistematizamos no Quadro 6., a seguir, a quantidade de água, a quantia da planta e a frequência da resposta:

Quadro 6.: Quantidade utilizada de água para preparo das plantas

Quantidade de água para preparo	
1L água	
1 punhado verde	6
De 5 a 8 folhas	1
De 4 a 5 folhas	1
5 folhas	1
8 a 10 folhas de figo	1
1L1/2 água	
1 punhado seca	1
1 punhado verde	1
Outros	
Sem medida	1
Não especificado	1

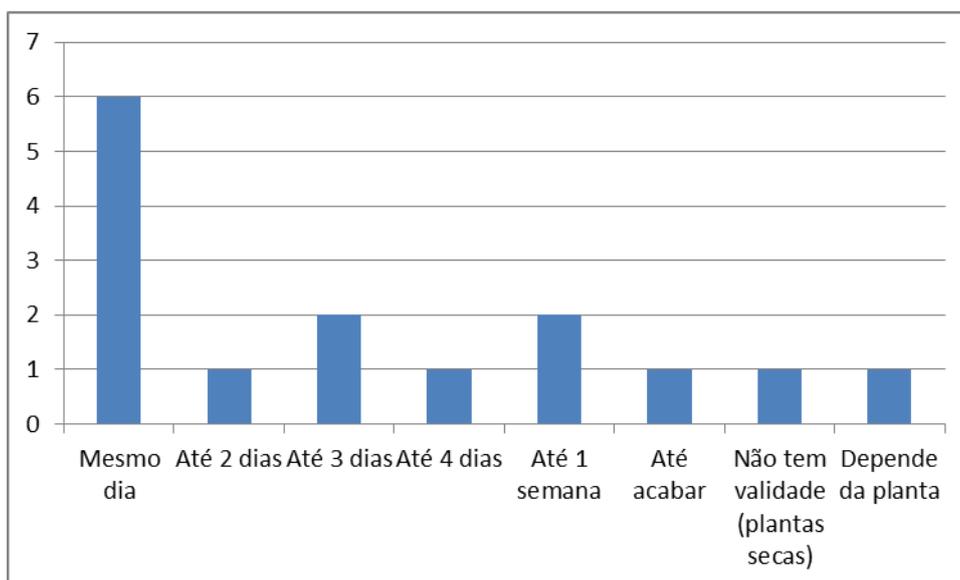
Como se observa, a quantidade de 1 litro de água para um punhado (mão fechada) de plantas medicinais é a medida mais utilizada pelos participantes.

c. Validade

Alguns participantes disseram preparar os usos medicinais para o mesmo dia, outros para mais tempo, como por exemplo, uma semana; outros ainda, esclareceram que a depender da finalidade, e, da planta, pode-se utilizá-los até a melhora no estado de saúde, ou seja, um mesmo participante respondeu diferentes prazos de validade para os preparos com as plantas medicinais.

A Figura 3., a seguir, mostra este tempo em relação à decocção e infusão.

Figura 3.: Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos



Conforme ilustrado, quando o uso estende-se para mais de um dia, os participantes mencionaram conservar o produto na geladeira e apenas um participante relatou conservá-los em garrafas bem vedadas fora da geladeira.

"quanto mais dias que o chá foi feito, fica melhor, mais forte" ("H").

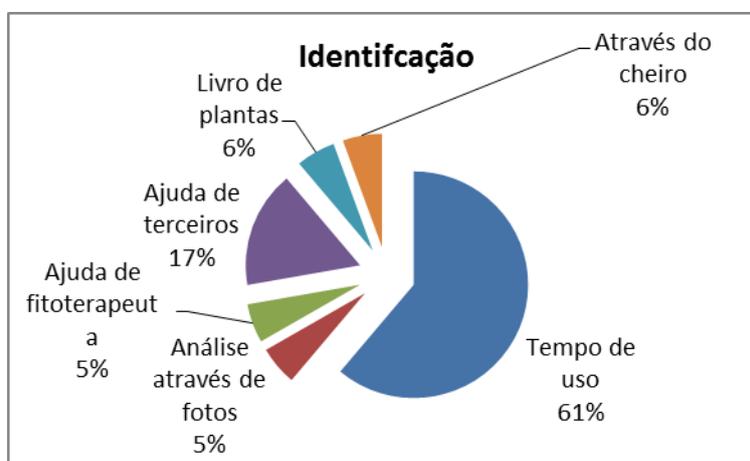
“alguns chás utilizo no mesmo dia, os que pode-se tomar prolongado, conservo na geladeira até acabar” (não especificou quais são esses chás) (“A”).

“depende da planta, do tratamento. Por exemplo, para gripe, bronquite, o xarope de guaco, erva cidreira, hortelã, poejo, toma-se 2 colheres até 7 dias, deixando em um pote tampado na geladeira na parte de baixo. Outros faz-se a quantidade para ser ingerida no dia” (“D”).

d. Identificação

Os participantes responderam que identificam as plantas medicinais de diferentes maneiras, representado pela Figura 4., a seguir:

Figura 4.: Formas de identificação das plantas medicinais



Dentre as respostas, a experiência (tempo) no uso das plantas medicinais, foi a réplica de 61% dos participantes, que narraram conhecê-las desde a infância.

e. Aquisição

Quanto à aquisição das plantas medicinais, considerou-se o cultivo, a compra ou a doação e as respostas constam na Figura 5., a seguir:

Figura 5.: Procedência na aquisição das plantas medicinais



Os modos de aquisição são variados para a maioria dos participantes. Destes, grande parte (83%) relata cultivar as plantas no domicílio; alguns, em grandes espaços de terra; outros, em pequenos canteiros; todos, nos quintais. Este fato também foi encontrado por Arnous; Santos e Beinner (2005); Siviero et al. (2012); Silva, Oliveira e Araújo (2008); Badke (2008), consideram que o conhecimento sobre a procedência, visa atender aos quesitos mínimos de viabilidade do uso (armazenamento, validade, conservação, higiene) e ainda a confiabilidade na origem, para que não seja uma planta de terrenos baldios, onde pode haver contaminação por eliminações de animais, lixo, etc.

USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 1

Quatro participantes relataram 35 formas do uso medicinal das plantas. O Quadro 7. apresenta em ordem alfabética: o Nome popular, a Parte utilizada, a Finalidade e o Modo de preparo de cada uso. A coluna, denominada “Finalidades”, demonstra diferentes respostas para uma mesma citação.

Quadro 7.: Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Jd. Cruzeiro do Sul Equipe 1

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Abacaxi	polpa/casca	gripe (+limão)	decocção
Abóbora	polpa	colesterol	liquidificação
Alho	polpa	gripe (+limão+canela)	decocção
		dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gingibre+alho+mel+canela+açúcar)	decocção/xarope
Amora	folha	cólica menstrual, menopausa	decocção
Anileiro	folha	sequela AVC, hipertireoidismo bócio, atrofia/paralisia muscular	
Assa-peixe roxo	raiz	bronquite	xarope
Avelóz	látex	câncer	in natura
Babosa	polpa		
Barbatimão	casca	cicatrizante (úlceras no duodeno, unha encravada)	alcoólatura
Camomila	flor	calmante	infusão
Canela	casca	gripe (+limão+alho)/tranquilizante	decocção
		dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gingibre+alho+mel+canela+açúcar)	decocção/xarope
Chá verde	folha	má digestão	decocção
Chapéu de couro	folha	limpeza do sangue/coceiras, feridas desinchar, abaixar pressão	
Chuchu	folha	abaixa pressão	
Costus	folha/caule	rins (pedras, cólicas)	decocção/liquidificação
Cravo	botão da flor seco	tranquilizante, estado gripal (+erva doce ou canela)	decocção
Erva de bicho	folha	má circulação	decocção/in natura
Erva de santa maria	folha	lombriga	infusão
Erva doce	semente	tranquilizante, estado gripal (+cravo ou canela)	decocção
		calmante	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Erva de touro	folha	mal-estar antes de ficar doente, dores no corpo, ou qualquer dor	decocção
Fava de sucupira	semente	garganta	alcoolatura
Gengibre	polpa	dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gengibre+alho+mel+canela+açúcar)	decocção/xarope
Guaco	folha	tosse dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gengibre+alho+mel+canela+açúcar)	
Hortelã	folha	tranquilizante, estado gripal	decocção
		calmante	decocção/xarope
		dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gengibre+alho+mel+canela+açúcar)	
Levante	folha	gripe (+levante+poejo)	decocção
Limão	inteiro	gripe (+canela+alho)	
	polpa	gripe (+abacaxi)	
Maracujá	não especificado	friagem, calmante	
Melissa	folha	dor de garganta, tosse, mal-estar (guaco+hortelã+melissa+gengibre+alho+mel+canela+açúcar)	decocção/xarope
Poejo	folha	tranquilizante, estado gripal	decocção
		gripe (+hortelã+levante)	
Romã	casca	anti-inflamatório	decocção
Sabugueiro	flor/folha	tosse	
Salsinha	folha	limpeza dos rins	
Sene	folha	intestino preso (2)	
Sete sangrias	folha	abaixa a pressão	
Unha de gato	não especificado	artrite	não especificado

Notas: Amora:” em excesso pode causar hemorragia”/ Anileiro: “vi uma paciente se levantar da cama, sequelada de AVC, hipertireoidismo”.

A mais citada, com 100%, a hortelã, teve a folha indicada como a parte usada da planta, tendo como modo de preparo a decocção; para estado gripal, calmante/tranquilizante e, ainda, para gripe acrescida de poejo e levante. Também é utilizada como xarope, juntamente com guaco, melissa, gengibre, alho, mel, canela e açúcar para dor de garganta, tosse, mal-estar. Como tranquilizante, estado gripal, ingerir a quantidade de 300 mL/dia. Como xarope, deve-se ingerir até melhora dos sintomas.

a. Modo de Preparo

O Quadro 8., sistematiza as respostas quanto à decocção e seu modo de preparo:

Quadro 8. Modo de Preparo das plantas por decocção

Decocção - modo de preparo					
Tempo		Recipiente		Temperatura	
Até 10 min	2	Com tampa	1	Fogo baixo	1
Maior que 10min	1	Sem tampa	3	Fogo alto	2
Sem tempo definido	1			Fogo alto ou baixo	1

Conforme se pode notar, metade dos participantes (50%) relatou proceder a fervura (decocção) pelo tempo de até 10 minutos, em recipiente sem tampa. Em relação à temperatura utilizada, 50% utiliza fogo alto, um participante faz uso tanto do fogo baixo quanto do alto e somente um participante faz o preparo em fogo baixo. O participante “M” relatou que “chá nenhum se toma quente, tem que ingerir morno”(“M”).

b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas

Mais uma vez, nenhum dos participantes utiliza-se de medidor específico, relataram colocar a quantidade de água para plantas aleatoriamente, no entanto, sistematizamos no Quadro 9., a seguir, a quantidade de água, a quantia da planta e a frequência da resposta:

Quadro 9.: Quantidade utilizada de água para o preparo das plantas medicinais

Quantidade de água para o preparo	
1L água	
1 punhado verde	1
1L1/2 água	
1 punhado seca/verde	1
2L água	
1 punhado seca/verde	1
Outros	
Não especificado	1

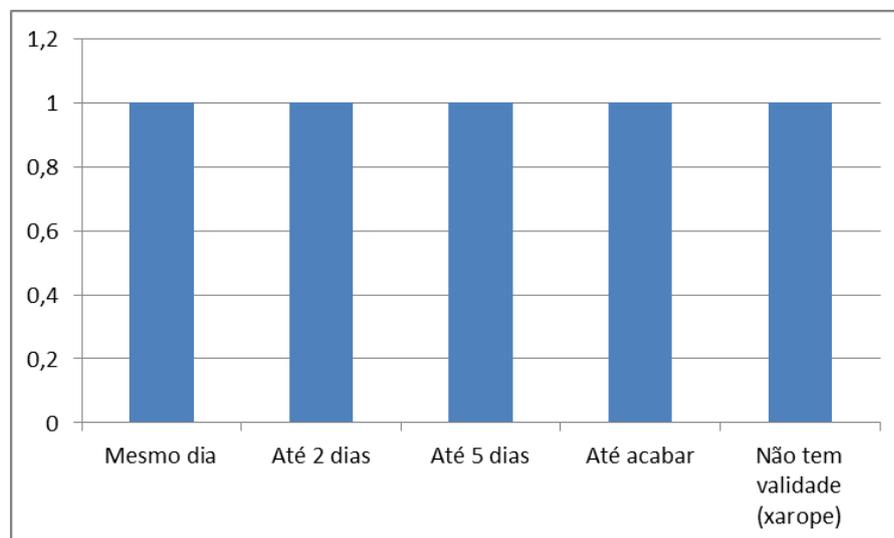
Como se observa, as quatro respostas são diferentes em relação à medida de água para o preparo das plantas; três participantes relatam a utilização de um punhado (mão fechada) de plantas (seja verde ou seca), e um participante não especificou a quantidade utilizada de água e/ou planta. Ainda o participante “M” alertou, “folhas secas, devem ser utilizadas, só se souber a procedência” (“M”).

c. Validade

Para um participante a validade é para o mesmo dia e para os outros de um á mais dias, como por exemplo, até acabar.

A Figura 6. mostra principalmente, decoção e infusão.

Figura 6.: Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos

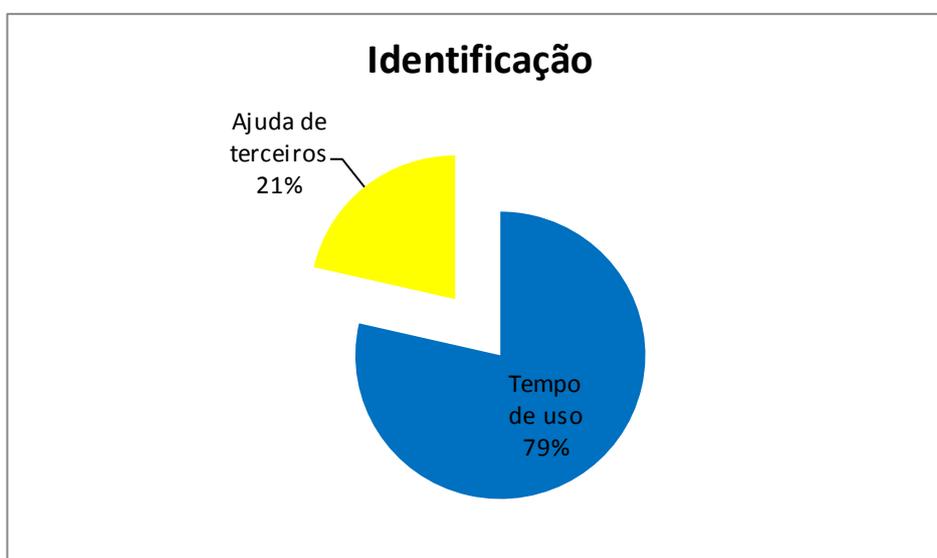


Conforme ilustrado, quando o uso estende-se para mais de um dia, dois participantes relataram conservar o produto na geladeira e apenas o participante “O” mencionou que conserva o produto em local fresco, em recipiente tampado. Ainda afirmou que “xarope não tem validade, conserva-se em pote com tampa, em local fresco, até acabar” (“O”).

d. Identificação

Os participantes responderam que identificam as plantas medicinais pelo tempo de uso (experiência) ou ainda com a ajuda de outras pessoas, como demonstrado na Figura 7. a seguir:

Figura 7.: Formas de identificação das plantas medicinais

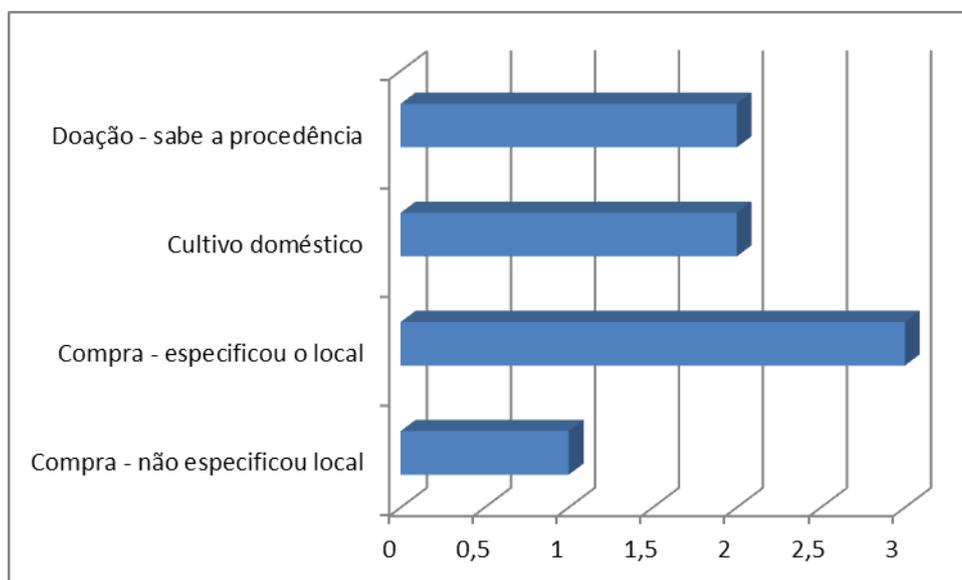


Dentre as respostas, o tempo de uso das plantas medicinais, novamente é a réplica dada pela maior parte dos participantes. Quando têm dúvidas, alguns participantes relataram solicitar ajuda a pessoas próximas que também utilizam as plantas ou profissionais da área.

e. Aquisição

Quanto à aquisição das plantas medicinais, considera-se o cultivo, a compra ou a doação, apresentadas na Figura 8., a seguir:

Figura 8.: Procedência na aquisição das plantas medicinais



Verifica-se que são três as formas de aquisição: cultivo no domicílio, doação (desde que se saiba a procedência) e a compra; ainda, para um mesmo participante, têm-se mais de um modo de aquisição. Dos quatro participantes, três compram as plantas no mesmo local, devido ao fato do proprietário ser um fitoterapeuta conhecido no município.

USF Jardim Cruzeiro do Sul Equipe 2

Os 9 participantes apresentaram 73 usos medicinais, conforme o Quadro 10., que apresenta plantas em ordem alfabética, o Nome popular, Parte utilizada, Finalidade e Modo de preparo de cada uso. A coluna “Finalidades” apresenta as diferentes respostas para uma mesma citação, ou ainda uma repetição (especificamente onde aparecer um número entre parênteses) quantificando que a mesma resposta foi dada por mais de um participante.

Quadro 10.: Usos medicinais indicados pelos participantes da USF Cruzeiro do Sul Equipe 2

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Abacaxi	polpa	tosse	xarope
Agrião	folha/caule	tosse	decocção
Alcachofra	não especificado	câncer de próstata (+crista de galo)	não especificado
Alecrim	galho	tosse, calmante	infusão
Alface	caule/folha	calmante	decocção
Alho	polpa	gripe, tosse (+guaco)	
	polpa/casca	antiinflamatório	
Amora	Folha	calores da menopausa, calmante, infecção de urina, ardor ao urinar	
Andu	Folha	antibiótico/dor de garganta	
Arnica	Folha	dor muscular	alcoholatura
Artemísia	Folha	enxaqueca	decocção
Assapeixe roxo	raiz/folha	bronquite, rinite	
Avelóz (3)	Látex	câncer (3)	in natura
Babosa	polpa	abaixar colesterol (+mel+pinga)	liquidificação
	folha/polpa/seiva	cicatrizante, para coceira	in natura
	polpa	dor de estômago/coceira, machucados	
Bálsamo	Folha	estômago, feridas	decocção/in natura
Banana de macaco	não especificado	dor muscular, no joelho	maceração
Barbatimão	casca	infecções genitais feminina	decocção
Boldo	Folha	dor de estômago/ má digestão (3)	maceração/liquidificação
		estômago, fígado	maceração
Camomila	Flor	tosse (+poejo)	infusão
		calmante, infecção de urina	
Canela	casca	tosse (+erva doce)	decocção
Capim cidreira	Folha	gripe (+guapo)	xarope

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Capim de galinha	Folha	anemia (+picão+lima)	decocção
Carrapixo	planta inteira	soltar urina	
Cavalinha	Caule	gota	
Cebola	polpa	picada de insetos	in natura
Cidreira de folha	folha	febre, calmante, dor de barriga	decocção
Cipó cabelo de anjo	ramos	dores musculares	alcoholatura
Cipó tawan	cipó	diabetes mellitus	decocção
Citronela	folhas	expelir insetos	defumação
Colônia	cacho (flores)	bom para o coração	decocção
	folha	febre	
Copaíba	óleo	depurativo do sangue, ácido úrico	não especificado
Copo de leite	planta inteira	torção no tornozelo	decocção
Costus	folha	infecção de urina (2)	liquidificação
		limpeza do corpo, infecção urina, pedra no rim	decocção/liquidificação
		ácido úrico (limpa o fígado) (+conta de rosário - folha)	decocção
Crista de galo	folha	câncer de próstata (+alcachofra)	não especificado
Erva cidreira de folha	folha	calmante	decocção
Erva de bicho	folha	circulação, dor nas pernas, varizes corrimento, coceira por baixo, câncer de próstata	
Erva de santa maria	folha	dores musculares (+rubi)	maceração
		lombriga	não especificado
Erva doce	folha	ácido úrico (+canela)	decocção
Espinheira santa	folha	dor no estômago	
Eucalipto cheiroso	folha	febre, rinite, sinusite	não especificado

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Fedegoso	Raiz	gripe, tosse (2) (+flor sabugueiro) gordura no fígado (2)	decocção
Figo	Folha	enfisema pulmonar (15 folhas+1l coca-cola+2 cp de açúcar) tosse (+mel)	xarope
Gengibre	Polpa	anti-inflamatório	decocção
Goiaba	Broto	diarréia (+limão)	xarope
Guapo/Guaco	Folha	gripe (+capim cidreira) gripe, tosse (+alho) tosse, gripe, calmante	infusão decocção/xarope
Hortelã	folha	estresse vermes tosse lombriga	decocção
Jatobá	casca	gripe tosse	xarope
João bolão	vagem	diabetes mellitus	decocção
Jurubeba	folha	fígado	
Levante/Elevante	folha	estresse (2)	
Lima	folha	anemia (+capim de galinha+picão)	
Limão	inteiro	gripe, tosse (+alho+hortelã ou guaco)	maceração/xarope
	sumo/inteiro	gripe (comprimido no café, ex. Doril)/tosse (+mel ou açúcar)	
Limão galego	sumo	doenças crônicas	maceração
Losna	folha	dor de estômago/ má digestão (2)	maceração/liquidificação
Marcelinha	folha	dor de barriga	decocção
Mentrasto	folha	icterícia/caroços no corpo	
Mentruz	folha	tosse, falta de ar	

Nome popular	Parte utilizada	Finalidade	Modo preparo
Olho de boi	semente	catarata, infecções nos olhos limpeza fundo olho	decocção
Orégano	folha	intestino solto, desregulado	
Painço	semente	dores no corpo, reumatismo	decocção
Pata de vaca	folha	diabetes mellitus (2)	
Pau d'alho	folha	circulação sangüínea	liquidificação
Pera (2)	polpa/casca	gastrite (2)	
Picão	planta inteira	amarelão dor no peito	decocção
	Folha	anemia (+capim de galinha+lima)	
Poejo	Folha	tosse (+camomila)	
Quebra-pedra	folha, raiz	infecção de urina, pedra e cólica no rim	
	Folha	rim (cólica e pedra) (2)	
Quina	Folha	dor de barriga, estômago	
Romã	Casca	dor de garganta	
		dor de garganta, amígdalas inflamadas/dor de barriga	
Rosário	Folha	ácido úrico (limpa o fígado) (+costus)	
Rubim/Rubi	Folha	dores/lesões	
		dores no corpo, feridas	maceração
		dores musculares (+erva de santa maria)	
		úlceras	
Sabugueiro	Flor	gripe, tosse (+fedegoso)	decocção
	flor/folha	rinite	
Sambacaitá	não especificado	úlceras, feridas, câncer	não especificado
Tanchagem	Folha	anti-inflamatório	Infusão
Uva	Folha	hemorragia	decocção

Nota: Artemísia: (2x/dia) – “mulher grávida não pode”.

Dentre as plantas medicinais mais citadas, destacamos:

- **Boldo:** teve a folha indicada como a parte usada da planta, que deve ser macerada ou liquidificada no modo de preparo e ingerida via oral. Indicado para dor de estômago, problemas no fígado e para má digestão (este último uso foi citado por três participantes). A ingestão foi indicada durante a vigência da doença ou como forma de prevenção.
- **Hortelã:** teve a folha indicada como a parte usada da planta, o modo de preparo é a decocção desta, que é ingerida via oral. Indicada para tosse, estresse, como vermífida/lombriga.
- **Rubim:** teve a folha indicada como a parte usada da planta, que deve ser macerada (cataplasma) para aplicação tópica para dores e lesões/feridas em geral, dores no corpo, dores musculares, associada ainda à erva de santa maria, ou, através da decocção, para via oral, para o tratamento de úlceras em geral.

a. Modo de Preparo

As respostas estão apresentadas no Quadro 11:

Quadro 11.: Modo de Preparo das plantas por decocção

Decocção - modo de preparo					
Tempo		Recipiente		Temperatura	
Até 10 min	5	com tampa	0	Fogo baixo	1
Maior que 10min	0	Sem tampa	6	Fogo alto	5
Sem tempo definido	1				
outros	1				
Não especificado	3				

Conforme se pode identificar no Quadro 11., a maioria dos participantes (55%) relatou proceder a fervura (decocção) pelo tempo de até 10 minutos, em recipiente sem tampa e em fogo alto. Um dos participantes não referiu o tempo da fervura e o participante “U” referiu que “o certo é colocar na panela de pressão, para cozinhar bastante e a planta soltar todas as propriedades. Quanto mais ferver, melhor” (“U”).

b. Quantidade utilizada de água para preparo das plantas

A quantidade referida de água e plantas está sistematizada no Quadro 12.:

Quadro 12.: Quantidade utilizada de água para o preparo das plantas medicinais

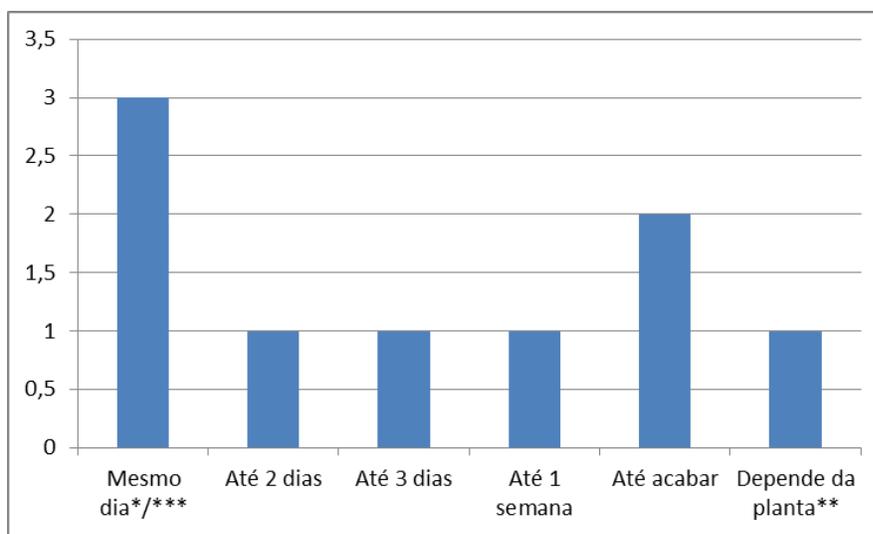
Quantidade de água para o preparo	
300mL água	
6-7 folhas	1
1L água	
10-12 folhas	1
1 punhado	1
2L água	
1 punhado verde/seca	1
10 folhas	2
10-12 folhas	1
Outros	
Não especificado	2

Verifica-se que a quantidade de água utilizada varia desde 300 mL até 2 litros de água. A quantidade de folhas citadas é de 6 a 12 folhas. Dois participantes referiram o uso de 1 punhado (mão fechada) de folha verde/seca, um para 1 litro e outro para 2 litros de água. Ainda, dois participantes não especificaram as medidas utilizadas.

c. Validade

Alguns participantes mencionaram preparar as plantas para o uso no mesmo dia, outros disseram que a depender da planta, o uso pode estender-se de um há sete dias, por exemplo, como também até a melhora dos sintomas. A Figura 9., mostra principalmente, decocção e infusão.

Figura 9.: Validade referida pelos participantes na preparação de decoctos e infusos



O participante "Z" que referiu preparar e utilizar o produto no mesmo dia, disse:

**faço a quantidade a ser tomada, a quantidade para uma xícara igual aos sachês comprados, que são para uma única vez. Se as plantas secas é pra ser feito assim, penso que as naturais também... ..não fazer aquele monte e deixar na geladeira. Penso que não faz efeito. Ah e outra coisa, o certo é fazer só infusão, mas faço os dois: infusão e

decoção"("Z").

Quando o uso estende-se para mais de um dia, sete participantes relataram conservar o produto na geladeira, o participante "S" afirmou que, para tal atitude, depende da planta:

** "depende da planta: algumas preparo para tomar no dia, outras conservo na geladeira e vou tomando até acabar" (não especificou quais) ("S").

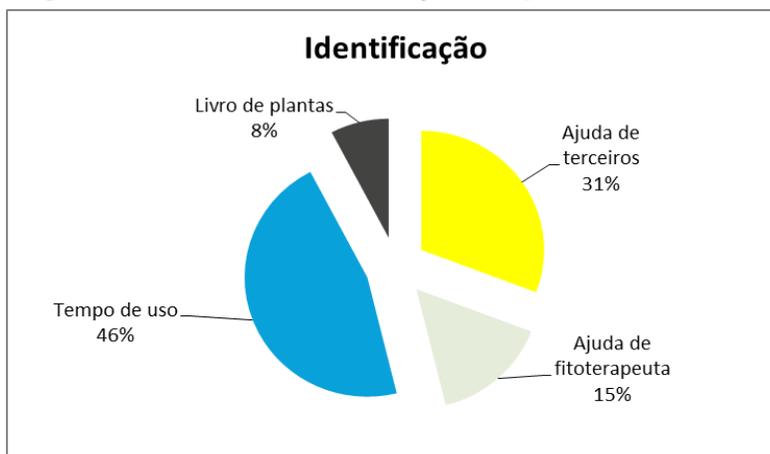
O participante "U" referiu que deixa o produto fora da geladeira, e relatou:

*** "preparo dois litros de chá e vou tomando feito água, que sobra de um dia para outro, deixo no canecão tampado, em local fresco, mas, fervero novamente antes de tomar por causa das bactérias" ("U").

d. Identificação

Conforme a Figura 10., os participantes relataram identificar as plantas medicinais de diferentes maneiras:

Figura 10.: Formas de identificação das plantas medicinais

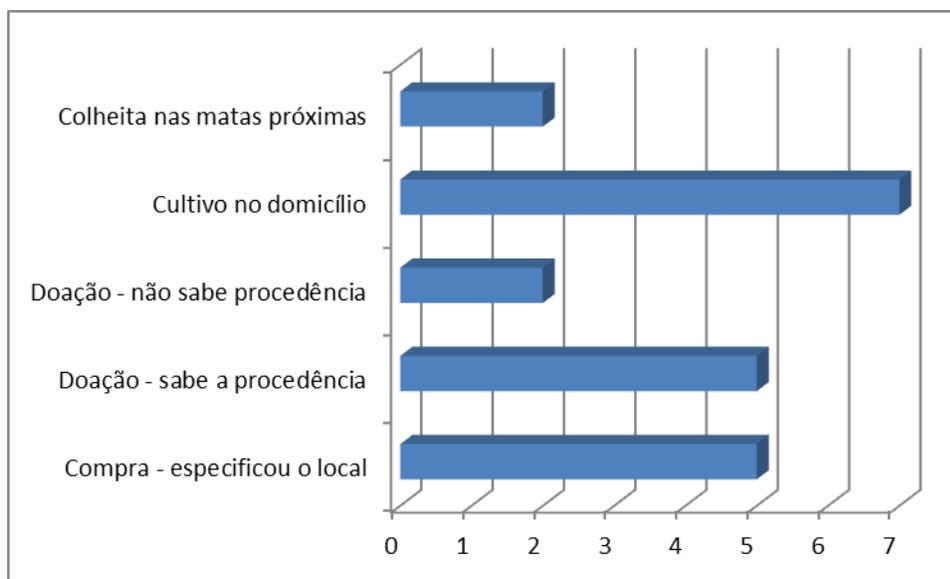


Nos resultados das entrevistas, a experiência com o uso das plantas medicinais, novamente, foi a resposta dada pela maior parte dos participantes.

e. Aquisição

Quanto à aquisição das plantas medicinais, considera-se o cultivo, a compra ou a doação, e as respostas apresentadas constam na Figura 11.:

Figura 11.: Procedência na aquisição das plantas medicinais



Conforme os relatos, as formas de aquisição são: compra com especificação de local; doação (de onde cinco participantes sabiam a procedência,

e dois não a sabiam); sete dos nove participantes cultivam as plantas no domicílio e dois relataram colher as plantas nas matas próximas aos seus domicílios.

Análise e Discussão dos Dados

Os detalhamentos apresentados sobre as especificidades na aquisição/cultivo e preparo, administração e conservação das plantas pelos participantes foram intencionais na forma de apresentação. Tal fato teve tanto o intuito de demonstrar os critérios usados pelos participantes, quanto a qualidade de suas práticas com plantas medicinais. Conforme Matos (1998), o idealizador das “Farmácias Vivas”, a seleção das espécies medicinais, a correta identificação botânica das matrizes, o cultivo segundo boas práticas agrícolas, em área livre de contaminação, com água de boa qualidade, são os primeiros cuidados a serem observados com o objetivo de assegurar a qualidade das plantas.

Observa-se que, em relação à duração para a fervura das plantas, o tempo estimado de até 10 minutos foi a resposta da maioria dos participantes. Estes contam que utilizavam recipientes com tampa em 50%, 75% e 66% das respostas. Quanto à temperatura do fogo, as respostas apresentaram que 58% dos participantes utilizavam as para baixas, enquanto 42%, 50 e 55% faziam uso das altas temperaturas. A fervura das plantas foi justificada, pelos participantes, como uma forma de melhor extrair as propriedades medicinais. Porém, segundo o que afirmam Arnous; Santos e Beininger (2005), esse modo de preparo é inadequado para folhas e flores, sendo indicado mais especificamente para raízes e caules.

Outras literaturas igualmente confirmam a citação acima: de acordo com Lorenzi e Matos (2008), a decocção (ou cozimento) consiste em colocar a planta em água fria para levá-la a fervura. O tempo de fervura varia geralmente entre 10

a 20 minutos, conforme a consistência da parte da planta utilizada, (o maior tempo é indicado para partes duras como cascas, raízes e sementes).

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira também confirma o mesmo procedimento: a decocção “é a preparação que consiste na ebulição da droga vegetal em água potável por tempo determinado”. Método indicado para partes de drogas vegetais com consistência rígida, tais como cascas, raízes, rizomas, caules, sementes e folhas coriáceas” (BRASIL, 2011, p. 10). Observamos o significado de coriáceo: ou seja, semelhante a couro, duro como couro cru. Note-se que a decocção é a ebulição por tempo determinado, e segundo o mesmo Formulário, há especificidades no tempo de ebulição, na temperatura, se o ambiente está abafado ou não, tudo de acordo com a planta a ser preparada. Com esses pressupostos, a Coordenação de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados (COFID) (na Resolução - RDC nº. 10 de 10 de março de 2010) acorda que, para cada planta, deverão haver orientações específicas (monografias). Tais manuais não estão acessíveis às comunidades, e ainda não há consenso sobre as orientações.

Portanto, é de extrema importância a continuidade dos estudos relativos às plantas medicinais preparadas por decocção; com vistas a tornar este conhecimento acessível às populações, uma vez que, neste levantamento, utilizavam-se respectivamente, 33%, 22% e 31% do método de preparo por decocção.

Ressalta-se que o método de preparo (aqui citado) é o tão conhecido “chá”, porém, conforme explicita Panizza (2013, p. 1), “chá propriamente dito é o nome dado à bebida preparada a partir do vegetal chamado *Camelia sinensis* ou *Thea sinensis*, mais popularmente conhecido como chá verde”. Entretanto, o nome “chá” foi associado de uma forma popular a qualquer bebida feita com água fervente e vegetais, contudo, os nomes corretos são infusão ou decocção.

Segundo o anteriormente descrito, o decocto é o cozimento e a infusão que, conforme Brasil (2011, p. 12) se define pela “preparação que consiste em verter água fervente sobre a droga vegetal e, em seguida, tampar ou abafar o recipiente por tempo determinado, indicado para folhas, flores, inflorescências e frutos, ou substâncias ativas voláteis”.

Quanto à medida utilizada pelos participantes de água e plantas medicinais, as respostas foram que: quando há de 1 à 2 litros de água, é utilizado um punhado (mão fechada) de planta (verde/seca), o que Jorge (20__) cita que equivalem de 20 a 30 g de planta seca e triturada. Já Carvalho (20__) apresenta que se utiliza de 2 a 5 g da planta em 200 mL de água. Lorenzi e Matos (2008) relatam que, para o preparo por infusão, a proporção é de 1 xícara de chá de água (150cc) para 8 a 10g da folha verde e 4 a 5g para a folha seca, ou seja, para 150mL de água, há uma generalização nas medidas, como se observa.

Brasil (2011) esclarece que o modo de preparo, a posologia e a formulação, devem ser específicas para cada espécie; entretanto, destacaremos posteriormente, essas especificidades somente para as plantas medicinais mais citadas.

Quanto aos usos apresentados, são comuns às três regiões do estudo: alho, assa-peixe roxo, avelóz, barbatimão, camomila, canela, costus/cana de macaco, erva de bicho, erva de santa maria/mentruz, erva doce, gengibre, guaco/guapo, hortelã, limão, poejo, romã e sabugueiro.

A seguir, o Quadro 13. apresenta estas plantas medicinais comuns aos participantes e divergentes em relação ao Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 2011), quanto ao modo de preparo e partes usadas.

Quadro 13: Plantas medicinais comuns nas três regiões

Citações				Farmacopeia Brasileira (2011)		
Planta	Parte Usada	Modo de Preparo	Via	Parte usada	Modo de Preparo	Uso
Alho	polpa/casca	Decocção	VO	bulbilhos secos	Tintura*	Interno
Assa-peixe roxo	folha/raiz	Decocção	VO	folhas secas	Infusão	Interno
Barbatimão	Casca	decocção/ alcoolatura	VO/Tópico	casca pulverizadas	Maceração	Externo
Camomila	Flor	infusão/decocção	VO	inflorescências secas	Infusão	Interno/ Externo
Canela	casca/folha	In natura/infusão/ decocção	VO	casca seca	Infusão	Interno
Erva de bicho	Folha	In natura/infusão/ decocção	VO	partes aéreas secas	Infusão	Externo
Erva doce	semente/ folha	sementes em molho na água/infusão/ decocção	VO	frutos secos	Infusão	Interno
Gengibre	Polpa	Decocção	VO	rizomas secos	Infusão	Interno
Guaco	Folha	infusão/decocção	VO	folhas secas	Infusão/ decocção	Interno
Hortelã	Folha	infusão/decocção	VO	folhas e partes aéreas secas	Infusão	Interno
Romã	Casca	Decocção	Gargarejo/ VO	casca do fruto (pericarpo) secas	Infusão	Gargarejo/ Bochecho (Externo)
Sabugueiro	flor/folha	Decocção	VO	flores secas	Infusão	Interno

*É a preparação alcoólica ou hidroalcoólica resultante da extração de drogas vegetais ou animais ou da diluição dos respectivos extratos (BRASIL, 2011).

Conforme demonstrado anteriormente, são apresentados (ao todo) 195 usos medicinais por todos os participantes, sendo que, deste total, 17 são usos comuns às três regiões de estudo.

E, quanto aos apontamentos que se fazem em relação aos usos indevidos das partes das plantas ou aos modos de preparo, cabem maiores investigações e embasamentos para uma prática segura.

É importante ressaltar que, destes usos, que em maioria tem como via de administração a oral (VO), as destacadas no Quadro 14. apresentaram a indicação de outras vias.

Quadro 14.: Diferentes vias dos usos medicinais

Nome popular	Uso	Nome popular	Uso
Alecrim	vo/tópico	Citronela	inalação
Araçá	tópico	Comigo ninguém pode	banho
Arnica	tópico	Copo de leite	escalda pés
Aroeira	tópico	Erva de santa maria	vo/tópico
Arruda	tópico/inalação	Eucalipto	tópico/inalação
Avenca	vo/tópico	Girassol	tópico
Babosa	vo/tópico	Guiné	banho
Bálsamo	vo/tópico	Mandioca	banho
Banana de macaco	tópico	Olho de boi	tópico
Barbatimão	vo/tópico	Picão	VO/banho
Batata	tópico	Pinho	inalação
Breu	vo/tópico	Romã	gargarejo/VO
Bucha paulista	inalação	Rosa branca	tópico
Cânfora	tópico	Rubi/rubim	vo/tópico
Cebola	vo/tópico	Tanchagem/catalona	vo/tópico
Cipó cabelo de anjo	tópico		

Conforme demonstra o quadro acima, há diferentes vias para os usos das preparações caseiras, necessitando de maior investigação e detalhamento das vias de administração das mesmas. Essa necessidade se confirma porque as

plantas citadas nas três regiões receberam diferentes nomes, como, por exemplo, a erva de santa maria também foi denominada de mentruz somente por um dos participantes.

Outros dois participantes citaram uma planta como capim-cidreira, quatro participantes indicaram a mesma como erva-cidreira, uma a denominou como cipó-limão (ou seja, capim-limão) e, ainda, por fim, a planta também foi designada como capim-santo. Os nomes de erva cidreira de vara (pode ser a erva cidreira de arbusto) e erva cidreira do campo, foram citadas por dois participantes.

O cipó cravo foi mencionado uma vez como cravo de cipó e o costus, citado por seis participantes pelo nome científico e uma vez pela designação popular, cana de macaco.

O alfavação foi lembrado como favacão; o eucalipto recebeu dois nomes: um simplesmente como eucalipto e outro como eucalipto cheiroso. O jambolão foi recordado três vezes sob o nome de João Bolão.

Igualmente designaram a planta levante com variações: para dois participantes, seu nome era levante e, para outro, elevante. O rubim foi citado três vezes como rubim e uma vez como rubi.

A designação de tanchagem também variou entre tanchagem (três recorrências) e catalona (uma).

Entretanto, segundo o referencial de Lorenzi e Matos (2008), acredita-se que as terminologias corretas para tais plantas sejam: a **erva de santa maria**, (*Chenopodium ambrosioides* L.), que é também conhecida como ambrisina, ambrósia-do-méxico, apazote, cacica, cambrósia, canudo, chá-do-méxico, chá-dos-jesuítas, cravinho-do-mato, erva-das-cobras, erva-do-formigueiro, erva-embrósia, erva-formigueira, erva-pomba-rota, erva-santa, lombrigueira, mastruço, mastruz, mata-cobra, mentrei, mentruço, mentrusto, **mentruz**, pacote, quenopódio. A **cidreira** (*Melissa officinalis* L.) é também chamada de **erva-**

cidreira, cidreira-verdadeira, melissa, cidrilha, melitéia, chá-da-frança, limonete, citronela-menor, melissa-romana, erva-luísia, salva-do-brasil e chá-de-tabuleiro.

O **capim-cheiroso** (*Cymbopogon citratus*) (DC.) Stapf pode ser denominado como **erva-cidreira**, **capim-cidreira**, **capim-limão**, **capim-santo**, capim-de-cheiro, capim-marinho, capim-cidró, chá-de-estrada, cidró, citronela-de-java, capim-cidrilho, patchuli, capim-catinga, capim-ciri, grama-cidreira, capim-citronela. O chá-de-tabuleiro (*Lippia alba*) (Mill.) N.E. Br igualmente recebe o nome de cidrila, **erva-cidreira-de-arbusto**, alecrim-selvagem, cidreira-brava, falsa-melissa, erva-cidreira, erva-cidreira-brasileira, falsa-melissa, **erva-cidreira-do-campo**, cidreira-carmelitana, salva, salva-do-brasil, salva-limão, alecrim-do-campo, salva brava e sálvia.

O **costus** (*Costus spicatus*) (Jacq.) Sw. é também conhecido como **cana-de-macaco**, cana-do-brejo, cana-mansa, periná, pobre-velha (AM), canafista (AP), canarana, cana-do-mato, heparena, ubacaiá, jacuacanga, caatinga, cana-branca, paco-caatinga, pacová.

A **alfavacão** (*Hyptis suaveolens*) (L.) Poit., pode ser chamada como alfazema-de-caboclo, alfazema-brava, alfavaca-brava, alfavaca-de-caboclo, cheirosa, salva-limão, bamburral, betônica-brava, mentrasto-graçu, são-pedro-caá, melissa-de-pson, pataquera, betônia-branca, batônia, celine, mentrasto-do-grande, erva-cidreira e cha-de-frança.

O **eucalipto** (*Eucalyptus globulus*) Labill. recebe o nome de árvore-da-febre, comeiro-azul, gomeiro-azul, mogno-branco, eucalipto-limão. A *E. citriodora* (Eucalipto cheiroso) tem uma semelhança com o *E. Globulus*, especialmente no que diz respeito ao óleo essencial, que não contém cineol e sim citronelal, contudo, possui algumas outras propriedades que são bem diferentes.

O **guaco** (*Mikania glomerata*) Spreng., é igualmente denominado como cipó-almécega-cabeludo, cipó-catinga, cipó-sucuriju, coração-de-jesus, erva-

cobre, erva-das-serpentes, erva-de-cobra, erva-de-sapo, erva-dutra, guaco-de-cheiro, guaco-liso, guaco-trepador e uaco.

O **jambolão** (*Syzygium cumini*) (L.) Skells é chamado como cereja, jamelão, jalão, jambol, jambu, jambul, azeitona-do-nordeste, ameixa-roxa, azeitona, murta.

O **rubim** (*Leonurus sibiricus*) L. pode ser designado como macaé, erva-macaé, erva-das-lavadeiras, erva-dos-zangões, João-magro, marroio, quinino-dos-pobres, mané-magro, pau-pra-tudo, mané-turé, lavantina, levantina, cordão-de-são-francisco, chá-de-frade, erva-de-santo-filho, amor-deixado, pasto-de-abelha, ana-da-costa, estrela. *Leonotis nepetifolia* (L.) R. Br. é conhecido como cordão-de-frade, cordão-de-são-francisco, catinga-de-mulata, emenda-nervos, pau-de-praga, ribim, corda-de-frade, cordão-de-frade-verdadeiro, cordão-de-frade-pequeno, cauda-de-leão, tolonga, rubim, rubim-de-bola e corindiba.

A **tanchagem** (*Plantago major*) L. recebe o nome de plantagem, sete-nervos, tançagem, tanchagem-maior, tanchagem-média, tanchás, tansagem, tranchagem, transagem. Segundo site consultado (Plantamed), o **cipó-cravo**, (*Tynanthus elegans*) Miers. pode ser chamado de cipó-trindade.

Por fim, a hortelã-peluda (*Mentha spicata*) L., é denominada como hortelã-rateiro, hortelã-vilhoça e **levante**.

Entretanto, não foi possível nesse levantamento descrever (na íntegra) se determinada planta é de fato aquela citada pelos participantes, pois isto só seria viável através da catalogação das plantas medicinais, além da comparação junto às amostras nas casas dos participantes, e talvez a contribuição de um especialista. Esse estudo teve apenas um caráter descritivo, valendo-se de escasso embasamento teórico disponível, onde cabe-se à continuidade das pesquisas e complementação.

Em relação à aquisição das plantas, entre os participantes predominou o cultivo no domicílio. Assim, as respostas quanto à identificação das plantas deveram-se, em grande parte, ao tempo de uso; além de aspectos de importância na planta como: a forma das folhas e flores, cheiro característico, superfície lisa ou áspera, sabor adocicado, amargo, ácido, entre outros.

Quanto aos resultados referentes à validade das preparações, algumas respostas foram “pode-se usar até acabar”, “não estraga”, “xarope não tem validade”.

Alguns participantes relataram sobre o aprendizado com familiares: “eles sempre fizeram assim, e nós sarávamos; éramos mais saudáveis do que hoje em dia”, “o chá pode ser tomado como água, você prepara de um a dois litros e vai tomando”. Percebe-se que há a compreensão de que as preparações caseiras têm a especificidade de ser caseiro, natural; conseqüentemente (segundo esta lógica), sem possibilidade de contaminação.

Lorenzi e Matos (2008) esclarecem que o chá deve ser preparado em doses individuais para pronta utilização ou, ainda, se preparado em quantidades maiores, o uso deve ser feito no mesmo dia, conservado em geladeira e em recipiente tampado.

Acrescenta Brasil (2012b, p. 23) que para xaropes, “se o consumo não for imediato, deve ser adicionado de conservadores antimicrobianos autorizados”. Outros autores relatam que o perigo presente no uso em longo prazo é a possível proliferação de fungos ou outras contaminações (CAVALLAZZI, 2006; BRASIL, 2010a; ALBUQUERQUE e ANDRADE, [20__]). Assim, tanto para infusos e como para decoctos, a orientação é de que não se ultrapassem 24 horas para o uso.

Deste modo, é imprescindível considerar que o não malefício à saúde pelo uso dos produtos naturais também pode estar relacionado ao recipiente e ao local

de armazenamento, além de substâncias presentes no produto e a validade do mesmo.

A seguir a discussão traz um maior detalhamento conforme Brasil (2011) quanto aos modos de preparos, as posologias e as formulações, às três mais citadas plantas medicinais.

As plantas medicinais mais citadas

Foram três as plantas mais citadas, boldo, guaco e hortelã, onde resultados semelhantes foram encontrados nos estudos dos autores Arnous; Santos e Beinner (2005), que de oitenta citações, tiveram dentre as mais citadas a hortelã-pimenta (*Mentha piperita*), poejo (*Mentha pulegium*), artemísia (*Chrysanthemum parthenium*), boldo (*Peumus boldus*), funcho (*Foeniculum vulgare*), erva cidreira (*Melissa officinalis*), alecrim (*Rosmarinus officinalis*), quebra-pedra (*Phyllanthus niruri* L.), tanchagem (*Plantago major*) e manjerona (*Origanum majorana*). Já a pesquisa de Badke (2008), teve um total de dezessete plantas medicinais citadas: alcachofra, alecrim, alho, arnica, boldo, cancorosa, cavalinha, chapéu de couro, erva-cidreira (capim-cidró), folha de laranjeira, guavirova, guaco, insulina da horta, macela, mentruz, salsaparrilha e sene. Almeida; Silva e Guimarães (2008), destacam que as ervas mais citadas foram: cidreira (*Lippia alba*), sambaicaitá (*Hyptis pectinata*), capim-santo (*Cymbopogon citratus*), boldo (*Peumus boldus*), aroeira (*Lithraea brasiliensis*), malva-branca (*Althaea officinalis*), barbateman (*Stryphnodendron* sp), hortelã (*Mentha spicata*), quebra-pedra (*Phyllanthus amarus*).

Oliveira; Simões e Sassi (2006) descrevem que as três plantas medicinais mais utilizadas no Estado de São Paulo na Rede Pública de Saúde são: Guaco (*Mikania glomerata*); Calêndula (*Calendula officinalis*) e Babosa (*Aloe vera*).

Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006) relatam que seus entrevistados apresentaram a hortelã e o capim limão como as plantas mais utilizadas, seguidas pelo alecrim, o boldo, a artemisia, o funcho e a losna-verde. Das quais, já apresentadas, a hortelã e o boldo, também estão presentes nos resultados desta pesquisa.

Conforme descrito anteriormente, as plantas citadas não foram catalogadas, entretanto, analisaremos o que preconiza a literatura, na catalogação das espécies realizada pela RENISUS (2009b), em relação as três plantas citadas acima.

1. BOLDO - *Plectranthus barbatus* (*Coleus barbatus*)

A maioria dos participantes indicou o boldo para má digestão, tendo como modo de preparo (mais indicado) a maceração/liquidificação. Um participante citou a decocção ou liquidificação. Um outro participante alerta para o fato da planta ser abortiva, não devendo ser utilizada no período gestacional.



Figura 12: *Plectranthus barbatus*

Fonte: Google Imagens

Os nomes populares desta planta são boldo-africano, boldo-brasileiro e boldo-nacional. O boldo do chile (*Peumus boldus* Molina) é bastante conhecido, porém, conforme o anteriormente dito, apresentaremos as plantas constantes na RENISUS (BRASIL, 2009b).

Lorenzi e Matos (2008) mencionam que a planta é utilizada para o tratamento das doenças do fígado e problemas da digestão, já que estudos mostram que a ação hipossecretora gástrica diminui não só o volume de suco gástrico, como também a sua acidez. Pode, portanto, ser usada no tratamento da gastrite, na dispepsia, azia, mal-estar gástrico, ressaca e como amargo estimulante da digestão e do apetite. Orientam os autores ao preparo por infusão, preferencialmente da folha verde (3 ou 4 folhas) para uma xícara (média) de água; a ingestão deve ser de 1-3 xícaras/dia, com ou sem açúcar.

Badke et al. (2011), relatam que a literatura científica apresenta como finalidades da planta as ações anti-hipertensiva, digestiva, no auxílio à atividade cardiovascular.

Referem-se à essa planta Bandeira et al. (2011) como podendo ser usada como tônico, digestivo, hipossecretor gástrico, para afecções do fígado e ressaca alcoólica, atividades analgésicas, antiinflamatórias, coleréticas, colagogas, antifúngica, anti-séptica, função antiviral, antitumoral, antibacteriana e, ainda, ação antioxidante e atividades citotóxicas. Brasil (2011), indica-a como antidispéptica, para a quantidade de 1 a 3g de folhas secas para 150 mL de água, preparadas por infusão; o que é confirmado pelos participantes. Acima de 12 anos, recomenda-se tomar 150 mL do infuso, de 2-3 vezes por dia.

A literatura (BRASIL, 2011) adverte o não uso por gestantes, o que é reafirmado por um dos participantes; a utilização está igualmente interdita para lactantes, crianças, hipertensos e portadores de obstrução das vias biliares, e também no caso de tratamento com metronidazol ou dissulfiram (medicamentos

depressores do sistema nervoso central e anti-hipertensivos). Há o alerta para que, se as doses se mantiverem acima das recomendadas e forem utilizadas por um longo período, podem causar irritação gástrica.

Tôrres et al. (2005) afirmam que a planta possui propriedades hepatoprotetora e colerética, devido ao alcalóide boldina. Segundo dados da literatura, o boldo, graças à presença de alcalóides, somente deve ser usado em crianças a partir dos seis anos de idade, sob o risco de causar convulsões nos ingestores.

2. GUACO - Mikania spp (M. glomerata ou M. laevigata)

Em síntese, os participantes indicaram o guaco para tosse produtiva, bronquite, catarro, dor de garganta, mal-estar, calmante, tosse e gripe, sendo as últimas as mais citadas. A planta possui como modo de preparo indicado o xarope e a decocção (houve uma recorrência de indicação para a infusão).



Figura 13 : Mikania glomerata

Fonte: Google Imagens

Como ilustração da sabedoria popular, Brasil (2010b); Lorenzi e Matos (2008); Badke et al. (2011); Cavallazzi (2006); Amaral et al. (2009); Ogava et al. (2003), Brasil (2011), Alonso (2004) apresentam o Guaco (*Mikania glomerata* ou *laevigata*), como possuidor de ação expectorante e broncodilatadora, o que se confirma nas falas dos participantes.

Ainda neste sentido, Czelusniak et al. (2012) descrevem que há comprovação científica de que o guaco é um potente fitoterápico contra a asma e bronquite: a cumarina (presente nas folhas da planta), apresenta ação contra doenças do trato respiratório, devido às ações broncodilatadora, expectorante, antiinflamatória e antialérgica da planta.

Brasil (2011) indica que 100mL do xarope simples de guaco correspondem a 5 mL do extrato fluido de guaco. As restrições no uso são para pessoas com diabetes *mellitus*, gestantes, lactantes, crianças menores de dois anos e pessoas em caso de tratamento com anticoagulantes. Quanto à dose para administração, seguem-se os seguintes critérios: crianças de 3-7 anos devem ingerir a quantidade de 2,5 mL do xarope, 2 vezes ao dia; crianças 7-12 anos, a quantidade de 2,5 mL do xarope, 3 vezes ao dia; acima de 12 anos, a quantidade de 5 mL do xarope, 3 vezes ao dia. Recomenda-se, ainda, nos casos de afecções respiratórias agudas, o uso do guaco por sete dias consecutivos. Em casos crônicos, deve-se usar por duas semanas.

Os resultados mostram a predominância do modo de preparo por decoção, contudo, Brasil (2011) orienta o método da infusão, utilizando-se da quantidade de 3g de folhas secas para cada 150 mL de água. Adverte-se o não uso em caso de tratamento com anti-inflamatórios não esteroides, pois a utilização pode interferir na coagulação sanguínea e, além disso, doses acima das recomendadas podem provocar vômitos e diarreia. Portanto, está indicado o uso

para as idades acima de 12 anos, devendo a quantia de 150 mL do infuso ser ingerida 2 vezes ao dia.

Quanto às contraindicações, Alonso (2004) orienta que a planta não deve ser utilizada no período de gestação, lactação, com crianças muito pequenas, o uso não deve ser concomitante ao de anticoagulantes, pois a cumarina pode potencializar seu efeito.

3. HORTELÃ - *Mentha* spp (*M. crispata*, *M. piperita* ou *M. villosa*)

Dentre as respostas dos participantes quanto às finalidades da planta, a maioria indicou-a para gripe, e, em seguida, para lombriga/vermes. A hortelã teve indicações para bronquite, como calmante e anti-gripal, para dor de garganta, tosse, mal-estar e estresse. O modo de preparo por decocção e para xarope são os mais indicados, e houve uma recomendação para o uso por infusão.



Figura 14 : *Mentha* spp
Fonte: Google Imagens

A *Mentha x piperita* L. (sinonímia de *Mentha citrata* Ehrh.) é popularmente denominada como hortelã-pimenta, indicada como antiespasmódico e antiflatulente. Mais uma vez, o modo de preparo por decocção foi o mais indicado,

entretanto, para a planta estudada, o modo mais adequado de preparo seria por infusão. A hortelã deve ser preparada pela infusão de 1,5 g das folhas e partes aéreas (secas) em 150 mL de água. Uma pessoa com idade a partir de 12 anos, deve ingerir 150 mL do infuso, 2 a 4 vezes por dia. A planta é contraindicada para pessoas com cálculos biliares e que tiveram obstrução dos ductos biliares, danos hepáticos severos e durante a lactação (BRASIL, 2011).

Os autores Ogava et al. (2003) apresentam que a *Mentha spp*, tem como finalidades terapêuticas a ação antiparasitária e antigripal. Já, outros autores, encontraram na hortelã as finalidades de cura para a inflamação, gripe, tendo como modo de preparo a decocção (ALBERTASSE, THOMAZ e ANDRADE, 2010), além de cólicas em criança, de acordo com Siviero et al. (2012).

A planta ainda é citada para o tratamento de dor de barriga, gripe, tosse, febre, verme, calmante, enjôo (em crianças), dor de estômago, úlcera, e há comprovação (segundo os autores) da ação antiparasitária da planta (COSTA e MAYWORM, 2011).

Lorenzi e Matos (2008) mencionam que a planta tem indicação para uso via oral, com finalidades terapêuticas, espasmolíticas, antivomitivas, caminativas, estomáquicas, anti-helmínticas e contra inflamações orais. Para uso tópico, indicam-na como antibacteriana, antifúngica e antiprurido. A hortelã também é recomendada para ser preparada por infusão.

Silva; Oliveira e Araújo (2008) destacam que, dentre as plantas medicinais mais citadas de seu estudo, a hortelã (cujas folhas e ramos são usadas para verminoses, dor de barriga, cólica menstrual) foi confirmada pela literatura investigada, como responsável pela cura de protozooses em 95%. Os autores relatam que o mentol pode ser letal, pela possibilidade de induzir à parada cardiorespiratória, ou ainda, por poder causar hipotensão e bradicardia. Consideram fundamental a análise junto à comunidade da espécie e da dosagem

utilizada, para que sejam minimizados os riscos relativos à essa prática. Afirma-se o que foi dito pelos autores, como a principal maneira de se garantir a segurança no uso das plantas medicinais pelas comunidades; é de suma importância que os profissionais de saúde sejam co-participantes nessas práticas populares.

Entretanto, tais definições são meramente descritivas, visto que o objetivo desta pesquisa foi o levantamento de algumas das práticas populares e não o total esgotamento do assunto. Pode-se sugerir que sejam feitas complementações futuras e novas investigações, com o propósito de auxiliar estas comunidades, valorizando os conhecimentos populares.

Entre as questões que foram apresentadas, uma que merece atenção especial, são os usos indevidos das plantas, os possíveis abusos, seja por desconhecimento ou a crença dos não-malefícios do que é natural.

Neste sentido, destacamos o que diz Lanini et al. (2009, p. 121)

“o que vem da terra não faz mal” (...) crença de que medicamentos à base de plantas são isentos de riscos à saúde faz parte da bagagem cultural da população afeita ao seu uso (...) o caráter “natural” de tais produtos não é garantia da isenção de reações adversas e outros problemas.

Neste pensamento de que a natureza não oferece nada que seja prejudicial, destaca-se o relato do participante “X”, “pode observar a natureza, passarinho não come veneno, então se quiser pode usar qualquer planta, desde que observando a própria natureza” (“X”).

Considera-se esse um aspecto complexo e que demanda pesquisas futuras, com o intuito de fortalecer o fato de que esta prática seja desempenhada com maior racionalidade e segurança. Assim, as comunidades (nos seus saberes regionais) e os profissionais de saúde podem obter maior embasamento científico,

favorecendo o diálogo entre si e a articulação no uso e o conhecimento sobre as plantas medicinais, com vistas ao cuidado integral.

É imprescindível a continuidade dessa discussão, tanto para manter o escopo técnico-científico em desenvolvimento, quanto para criar uma conscientização sobre os malefícios dessa prática (quando feita de modo indiscriminado). Conforme França et al. (2008), há uma tendência em generalizar-se o uso de plantas medicinais, devido ao entendimento de que o natural não é tóxico nem faz mal a saúde; contudo, o autor aponta o erro desse pensamento, visto que as plantas medicinais são tão providas de teor de toxicidade quanto os remédios sintetizados em laboratório.

Em relação ao conhecimento popular, aqui representado através dos significados do uso das plantas medicinais no cuidado à saúde, obteve-se também dados que se referem à origem do conhecimento sobre as plantas. De acordo com Luz (2005), interpretar os sentidos e significados construídos nas práticas de saúde é um desafio necessário a ser enfrentado, na busca pela compreensão da cultura atual.

Na discussão que segue, aborda-se que os itinerários terapêuticos seguem imbuídos na cultura local das comunidades, nas relações familiares estabelecidas, no desenvolvimento humano e ao longo da vida nos contextos locais, nas crenças. Contribuem com esta proposição Simões et al. (1989); Lorenzi e Matos (2008), Badke (2008) e Cunha (2003), afirmando que, provavelmente, o uso das plantas com finalidades medicinais tenha-se iniciado com o homem primitivo e de maneira empírica (com o método de tentativa e erro); e, portanto, não deve ser desprezado.

Nesse sentido, nas respostas dos participantes, pôde-se constatar o conhecimento herdado por eles: dentre os 25 que responderam à pesquisa, 20

mencionam ter iniciado o uso por indicação dos “pais”, “avó”, “mãe”. Sendo estes descritos por alguns participantes como “benzedeiro”, “erveiro”, “raizeiro”.

Dados semelhantes foram encontrados nas pesquisas dos autores a seguir em que, Almeida; Silva e Guimarães (2008), relatam que 73% de seus entrevistados, afirmaram ter aprendido os conhecimentos relativos ao uso das plantas medicinais com suas mães, pessoas mais velhas, através da busca pessoal (auto-aprendizagem), e, nenhum deles teve orientações de um profissional de saúde. Já Arnous; Santos e Beininger (2005), relatam que principalmente pais e avós são os responsáveis por esse ensinamento, e acrescentam que um dos entrevistados relatou ter aprendido a prática com um profissional de saúde. Também, confirmam os achados, Oliveira et al. (2011), apresentam que o “praticante ervaíro” teve o aprendizado do uso das plantas medicinais com a família.

Entretanto, algumas respostas incluíram o companheiro, amigos, vizinhos, profissionais da área, conforme as descrições a seguir:

“Eu já estava na cama fazia tempo, cada vez pior. Minha irmã aprendeu com fitoterapeutas, amigos, vizinhos. Foi aí que plantamos essas [plantas] que estão aqui no quintal. Agora continuo ouvindo o programa de rádio que ensina sobre plantas, me cuidando e ensinando pra quem quiser saber, porque cura mesmo”(“P”).

“Minha vizinha, que é ervaíra, me ensinou a insulina vegetal, e está usando há aproximadamente 2 meses” (“Q”).

“Aprendi com meu esposo. Todas as vezes que fico doente, ele que cuida de mim com as plantas” (“R”).

“Uma amiga me indicou” (“T”).

Os autores Faria, Ayres e Alvim (2004); Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006), Badke (2008), Maravai et al. (2011) confirmam que o aprendizado na

utilização das plantas medicinais é desenvolvido nas relações familiares, geralmente em que o cuidado está presente, sendo espontaneamente transmitido de geração a geração. Badke (2008) destaca que “grande parte da população faz uso de plantas medicinais para cuidar da sua saúde ou da saúde de algum membro da família e a transferência desse conhecimento ocorre, na maioria das vezes, no contexto sócio-familiar, portanto passado de geração para geração” (Badke, 2008, p. 56).

Em levantamento realizado por Veiga Júnior (2008), 90% dos sujeitos respondeu que são familiares que indicam os usos e finalidades das plantas medicinais.

Souza et al. (2006, p. 515) concluem suas pesquisas afirmando que, o homem, desde que compreenda uma prática como eficaz, extrapola o modelo biomédico, buscando fora dos serviços de saúde qualquer outra ação que solucione suas dores. Apontam que esta opção envolve “desde questões financeiras e facilidade de acesso até o fato de ser um costume difundido no meio familiar ou no círculo de amigos e conhecidos”.

Figueiredo⁶, citado por Almeida; Silva e Guimarães (2008) assegura que, por tratar-se de um recurso do saber popular (autêntico), as práticas populares são tradicionalmente utilizadas no seio familiar e socializadas nas relações de vizinhança; portanto, estas podem perpassar gerações e transcender etnias, raças e classes sociais.

Observou-se que, durante a pesquisa, o que os participantes definem como chá natural (uso das plantas medicinais) tem alguma distinção com o medicamento ou remédio (comprados em farmácias ou fornecidos pela Rede Assistencial, ou, como muitos denominaram, “Posto”).

⁶ FIGUEIREDO, N. M. de. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

Oito participantes atribuem igual valor ao uso de remédios de farmácia e os naturais, visto utilizarem alopáticos e preparações caseiras simultaneamente. Este ponto se exemplifica na fala do participante “N”:

“Utilizo tanto plantas, quanto os remédios do Posto, porque gosto dos dois. Estava fazendo chá pra abaixar a pressão, mas, é difícil conseguir as folhas. Se Deus deixou os médicos temos que seguir suas orientações né?” (“N”).

Quanto ao uso concomitante de alopáticos e plantas medicinais, duas citações de Brasil (nos anos de 2010a e 2012a,b) dizem que há interação entre as plantas medicinais e os medicamentos alopáticos, pois ambos possuem compostos químicos que podem interagir uns com os outros. Conforme a literatura, deve-se ter cuidado ao associar medicamentos, ou medicamentos com plantas medicinais, pois tal fato pode promover a diminuição dos efeitos ou provocar reações indesejadas.

A certeza de que algumas experiências, no cuidado com a saúde, somente foram satisfatórias com o uso concomitante dos alopáticos, foi uma declaração que ainda esteve presente nas falas:

“Uso insulina todo dia (tô passando com a endócrino) tomo os chás junto. Eles que me deixam melhor. Só a insulina não resolveu” (“C”).

“Já aconteceu do remédio do Posto não baixar minha pressão, eu vir para casa, fazer o chá do machuchu, e quando viram minha pressão de novo, ficaram surpresos como melhorou” (“L”).

“Continuo usando os remédios do posto, e acompanhando com a médica, mas, até por orientação dela, continuo usando os chás caseiros. Também sempre esclareço-me com fitoterapeutas” (“P”).

Ainda em relação ao uso simultâneo, algumas falas demonstram a preferência pelas plantas, mas, seguido pelo uso dos alopáticos, se não houver melhora nos sintomas:

“Só tomo remédio quando estou com muita dor ombro”(“U”).

“Tomo remédio também, faço acompanhamento no posto”(“V”).

Contudo, alguns participantes mencionam explicitamente o cuidado à saúde exclusivamente através das plantas medicinais, alguns por terem uma longa experiência de tempo de uso, ou resultados anteriores satisfatórios, ou a crença de que não há efeitos colaterais (que é um tratamento natural), ou, ainda, a crença de que somente as plantas podem curar:

“Prefiro as plantas porque conheço o que estou tomando, sei para que serve, na maioria das vezes, cuido-me com plantas”(“B”).

“Acredito que as plantas curam”(“C”).

“Prefiro as plantas porque é mais fácil de usar, e tem menos efeitos colaterais, são mais gostosas para tomar”(“D”).

“Prefiro as plantas por que eu confio mais, sei o que estou tomando, acredito que são melhores, por que vejo que o efeito é mais rápido”(“H”).

Há uma valorização dessa prática dentre os participantes, de tal forma, que se criou uma segurança no uso independente das dosagens, das interações, o que se espera é que as plantas promovam a cura.

Entretanto, alguns participantes preocupam-se com os efeitos indesejados do uso e afirmam:

"Uso plantas e remédios do posto ao mesmo tempo, quando necessário, mas na quantidade correta, não abuso não. As plantas não saram na hora, é um tratamento, tem que ter paciência. Os tratamentos são diários até 15 dias, depois dias alternados, não precisa dar intervalo"("A").

"Temos que ter cautela também, tomando uma planta por vez, em pequenas quantidades, ou quando tiver dúvida consultar quem sabe. Eu, por exemplo, consulto minha família, que ainda reside no Mato Grosso, e só se tratam com plantas. Não misturo plantas com remédios comprados, ou um, ou outro"("D").

Alguns dos participantes relatam que, tanto as plantas medicinais quanto os alopáticos, têm características que determinam os resultados esperados e inesperados ("contras").

Em relação às plantas medicinais, uma das entrevistadas ressalta:

"Prefiro as plantas porque causam menos efeitos colaterais, porém **podem matar**. Utilizo plantas e medicamentos industrializados desde que me orientem se não há interação" ("K").

Alguns participantes demonstraram insatisfação com o sistema de saúde e os profissionais de saúde, considerando que não favorecem a saúde, mas ao contrário, normatizam condutas e rotinas (que são rejeitadas), a seguir a narração de uma dessas falas:

"Não gosto de médico. Vou ao Posto só em último caso. Não faço a dieta, porque sou diabética. Quase morri, sentia fraqueza. Minha comida sempre foi forte, aí eu só podia comer alface! Não faço dieta" ("C").

Há ainda a descrença de que os alopáticos possam ser efetivos, ou que a saúde seja restabelecida, conforme a fala da participante “H”: “remédio do Posto além de demorar pra sarar, ficamos doentes sempre”. Concorde com esta fala a participante “O”, que diz: “o problema é que não estão mais fazendo efeito”.

Na afirmação do uso das plantas no cuidado à saúde, observa-se os mais variados sentimentos: a curiosidade no aprendizado das diferentes espécies de plantas, o resgate da cultura familiar, a descrença na medicina convencional e a crença na eficácia dos tratamentos feitos a partir das preparações caseiras das plantas medicinais.

Algumas respostas demonstraram que há valorização do conhecimento e da utilização das plantas medicinais, porém, esse uso é secundário nos dias atuais, tanto pelo sentimento de ser uma “prática do passado”, como pela dificuldade na aquisição das plantas medicinais. Algumas falas:

“Prefiro hoje os remédios do Posto porque as plantas podem faltar. Confio mais nos remédios prontos. Hoje que o Posto é na frente da minha casa, prefiro os remédios de lá” (“L”)

“Mas hoje em dia prefiro os remédios do posto por ser mais fácil de usar, ah tá pronto pra usar e porque é bem mais difícil de conseguir plantas hoje” (“J”)

“A gente nem acha mais as plantas quase. Já usei muitas plantas, mas hoje elas sumiram, acabaram com tudo já” (“E”)

Os avanços na indústria farmacêutica e o acesso aos produtos com custos mais acessíveis divide as opiniões quanto ao uso das plantas medicinais para alguns dos participantes. Embora algumas pessoas tenham realizado a prática por muitos anos, relatam que nos dias atuais preferem os alopáticos: tanto pelo

acesso facilitado junto aos serviços de saúde, quanto pela inviabilidade de cultivo ou aquisição das plantas medicinais.

Considerações finais

A proposta principal deste levantamento foi conhecer as plantas medicinais mais utilizadas; e, por fim, os resultados revelaram alguns outros produtos considerados medicinais, como a resina e resíduos de madeira.

Nos resultados apresentados, considera-se que há uma preferência pelas plantas medicinais, devido à experiência no poder curativo das mesmas, e a de que não existem ou são irrisórios os efeitos colaterais ou a interação destas com os alopáticos.

Todavia, conforme a literatura consultada, pode haver interação dos princípios ativos das plantas e dos alopáticos; e, o pensamento de que “o que é natural não faz mal” está em discussão. Segundo a RENISUS (BRASIL, 2009b), os principais usos populares foram e precisam continuar sendo mapeados, com a finalidade de propor pesquisas para que o uso de plantas medicinais se torne uma prática mais segura e racional. Conseqüentemente, os profissionais da saúde poderão apropriar-se desse conhecimento para dialogar com esses saberes e práticas populares tão comuns e vitais, nos dias atuais e entre o público que eles atendem.

Uma forma alternativa de validação das racionalidades médicas/práticas integrativas em saúde é por meio de um processo sociopolítico um novo modelo de atenção, não alienante e nem fragmentado. Este deve conter a conscientização da co-responsabilidade do indivíduo sobre sua própria saúde, reiterando-lhe a

oportunidade de autoconhecimento e o poder pessoal de autotransformação que o processo saúde/doença oferece.

É fato que o movimento político das práticas integrativas em saúde tem crescido de modo considerável nestas últimas décadas (BRASIL, 2006a,b,c; 2007; 2009a,b; 2011, 2012a,b) devido à falta de confiança na medicina contemporânea, no poder de cura de seus agentes oficiais e insatisfação no relacionamento profissional-usuário; ou ainda, pela necessidade de resgate da cultura herdada, vivenciada.

A institucionalização das práticas integrativas em saúde tem como proposta inicial de mudança (especificamente para o modelo de cuidado) o posicionamento dos profissionais a essas transformações. O profissional da saúde munido do conhecimento sobre plantas medicinais atuará como percussor desse pensamento abrangente de cuidado, e estenderá essa perspectiva às comunidades assistidas, através de uma prática assistencial humana, integralizadora.

A reflexão sobre a autonomia frente a essas mudanças, o chamamento do que é cuidado ao posicionamento de transformador, ou seja, o resgate do conhecimento popular, é tanto o reconhecimento dessa prática “não-oficial”, como da oficial, de modo a valorizar a autonomia do autocuidado.

Compreende-se que a dimensão da Estratégia de Saúde da Família traz aos profissionais, como também aos usuários, a coerência política da participação ativa da comunidade. Assim, de fato, insurge a co-responsabilização e autonomia, o que proporciona informação, educação em saúde e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

Embora haja uma proposta de política da institucionalização das práticas medicinais com plantas medicinais (tendo como um de seus eixos prioritários a ampliação de acesso dos usuários), há a preocupação de que isto se faça de

maneira segura e com qualidade. Desta forma, o que se espera dos profissionais que atuam na Estratégia da Família (ESF) é a constituição de novos investimentos nas áreas da saúde, com a superação da atual dicotomia do saber técnico-científico contra o conhecimento popular.

Sendo assim, a correta orientação às comunidades sobre o tratamento, com informações sobre doses, posologia e possíveis interações, facilitará a obtenção de um uso mais racional de plantas medicinais. É imprescindível a pesquisa em compêndios oficiais e não oficiais, nas referências científicas da área e nas informações de usos populares/tradicionais, a fim de validar o uso terapêutico de determinada espécie vegetal e/ou medicamento fitoterápico.

A promoção do uso seguro das plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS requer o desenvolvimento de estratégias de divulgação e informação aos profissionais da saúde, gestores e usuários de informações técnicas, monografias e compêndios das plantas medicinais; ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, ações que articulem e apoiem experiências de educação popular, informação e comunicação, sempre considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Deste modo, objetiva-se realizar encontros com as Equipes de Saúde da Família que permitiram este levantamento, no intuito da apresentação dos resultados obtidos, dialogando os saberes populares com as propostas já ativas do Ministério da Saúde, como por exemplo, a RENISUS (BRASIL, 2009b), que das 71 espécies em estudo, três foram fortemente indicadas nos resultados dessa pesquisa, como por exemplo, o guaco, a hortelã e o boldo.

A institucionalização da “ponte”, como bem nomeou Valla (1998), o encontro/complementação de saberes; a necessidade fundamental de que tanto profissionais como os usuários, estejam envolvidos na construção comum dos saberes, espera-se a continuação de posteriores investigações, visto que os

objetivos iniciais foram alcançados, principalmente no que se refere à catalogação dessas espécies e à essa discussão junto aos profissionais e os usuários sobre o que consiste o “saber popular”.

Referências

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.

ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da barra do Jucu, Vila Velha, ES. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.12, n.3, p. 250-260, 2010.

ALBUQUERQUE, U.P.; ANDRADE, L.H.C. **Fitoterapia**: uma alternativa para quem? Pernambuco: Departamento de Botânica, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, (20__). Trabalho elaborado e coordenado pela equipe de pesquisadores, estagiários e bolsistas do LEBA (Laboratório de Etnobotânica e Botânica Aplicada). Disponível em: <http://www.ufpe.br/proext/images/publicacoes/cadernos_de_extensao/saude/fito.htm>. Acesso em: jan. 2011.

ALEIXO, J.L.M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.1, a.1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, A.R.; SILVA, J.C.; GUIMARÃES, A.M.D.N. Cultura, tradição e terapias populares: um desafio para profissionais de saúde. **Revista da Fapese**, v.4, n. 2, p. 53-62, jul./dez. 2008.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALONSO, J. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas**. Buenos Aires: ISIS ediciones SRL, 2004.

AMARAL, M.P.H. et al. Determinação do teor de cumarina no xarope de guaco armazenado em diferentes temperaturas. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.19, n.2B, p. 607-611, abr./jun. 2009.

ANTONIO, G.D.; TESSER, C.D.; MORETTI-PIRES, R.O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária.

Interface – Comunicação, saúde, educação. Botucatu/SP: UNESP, v.17, n.46, p. 615-633, jul./set. 2013.

ARNOUS, A.H.; SANTOS, A.S. BEINNER, R.P.C. Plantas medicinais de uso caseiro – conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.2, p.1-6, jun. 2005.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

AZEVEDO, A.M. et al. O uso da medicina alternativa e complementar por pacientes com epilepsia: risco ou benefício? **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v.10, n.4, p. 201-204, 2004.

BADKE, M.R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem.** 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2008.

BADKE, M.R. et al. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 132-139, jan./mar. 2011.

BANDEIRA, J.M., et al. Composição do óleo essencial de quatro espécies do gênero *Plectranthus*, **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.13, n.2, p.157-164, 2011.

BARRACA, S.A. **Manejo e produção de plantas medicinais e aromáticas.** Piracicaba: Departamento de Produção Vegetal, Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz. Relatório do Estágio Supervisionado Produção Vegetal-II”, Julho de 1999. Disponível em: <<http://ci-67.ciagri.usp.br/pm/trabalho.html>>. Acesso em: dez. 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde.** 2011. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso: jan. 2011.

BOEHS, A.E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 307-314, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: out. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário Nacional da Farmacopeia Brasileira**. 2.ed. Brasília: Anvisa, 2012b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consolidado de Normas da COFID (Versão IV) e RDC 10/2010**, 2010a. Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6805ba804f5ea576920df79a71dcc661/ConsolidadoVersaoIVpublicar.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2006d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: jan. 2011.

_____. Portal da Saúde. **Plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plantas_fitoterapia_ab.pdf>. Acesso em: jan. 2011.

_____. Portal da Saúde. **Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS (Renisus)**. 2009b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: out.2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATA_SUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popestim/cnv/pop>. Acesso em: jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º. Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília: MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.217, de 28 de Dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.102, de 12 de Maio de 2010**. Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos - COMAFITO. 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1102_12_05_2010.html>. Acesso em: jan. 2011.

BUDÓ, M. de L.D. et al. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.1, jan., 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1104/291>>. Acesso em: jan. 2012.

CAMPOS, C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 190-200, abr./jun. 1993.

CAMPOS, G.W.S. A clinica do sujeito: por uma clinica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

_____. Educação paidéia, ciência e as práticas populares em saúde. A saúde como prática popular. **Em Pauta, Revista SESC**, n.5, a.18, p. 41-43, 2011.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, D.K. **Plantas Medicinais e Fitoterapia**. Santa Catarina: Curso de Enfermagem, Universidade do Sul de Santa Catarina, (20__). Unidade de Aprendizagem. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oX2Bdz7jOGYJ:ecaths1.s3.amazonaws.com/fitoterapia/1124953870.For mas%2520de%2520preparo%2520e%2520uso%2520das%2520plantas%2520medicinais.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oX2Bdz7jOGYJ:ecaths1.s3.amazonaws.com/fitoterapia/1124953870.For+mas%2520de%2520preparo%2520e%2520uso%2520das%2520plantas%2520medicinais.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: jan. 2011.

CARVALHO, W.O. Construção de questionário para uso em inquéritos de base populacional: notas metodológicas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, p. 92-98, 2006.

CAVALLAZZI, M.L. **Plantas medicinais na atenção primária à saúde**. 2006. 144f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CECCIM, R.B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 33-45.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: jan. 14.

COELHO, M.T.A.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro: Manguinhos, v. 9, n.2, p. 315-333, mai./ago. 2002.

COSTA, V.P.; MAYWORM, M.A.S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.13, n.3, p.282-292, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª. ed, Porto Alegre: Artmed, cap 4 a 8 e 10, 2010.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

CUNHA, A. P. **Plantas e produtos vegetais em fitoterapia**. Lisboa: Fundação Caloste Gulbenkiam, 2003.

CZELUSNIAK, K.E., et al. Farmacobotânica, fitoquímica e farmacologia do guaco: revisão considerando Mikania glomerata Sprengel e Mikania laevigata Schulyz Bip. Ex Baker. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.14, n.2, p. 400-409, 2012.

DANTAS, V.L.A. Diálogos entre as práticas populares de cuidado, a promoção e o cuidado em saúde. A saúde como prática popular. **Em Pauta, Revista SESC**, n.5, a.18, p. 43-45, 2011.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N.F. As práticas integrativas e complementares no sus: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. Ed. Especial, **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília: Ministério da Saúde, a.IX, p. 70-76, mai. 2008.

FARIA, P.; AYRES, A.; ALVIM, N. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n.2, p. 294-287, 2004.

FRANÇA, I.S.X. et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p. 201-208, mar./abr. 2008.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 44 ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

HEBERLÊ, M.O. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico**: resultados preliminares - São Carlos. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354890/http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010TI.asp>>. Acesso em: ago. 2011.

JORGE, S.S.A.. Plantas Mediciniais. Coletânea de Saberes. (20__). Disponível em: <http://www.fazendadocerrado.com.br/fotos_noticias/1280/Livro.pdf>. Acesso em: mar. 2011.

LANINI, J. et al. O que vêm da terra não faz mal - relatos de problemas relacionados ao uso de plantas medicinais por raizeiros de Diadema/SP. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.19, n.1A, p. 121-129, jan./mar. 2009.

LAPLANTINE, F.; RABEIRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LOPES, G.A.D. et al. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Revista Ciência em Extensão**, v.6, n.2, p.143, 2010.

LORENZI, H.; MATOS, F.J. A. **Plantas Mediciniais no Brasil: nativas e exóticas**. 2ª ed., Nova Odessa, SP: Insituto Plantarum, 2008.

LOYOLA, M. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 145- 176, 2005.

LUZ, M.T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACIEL, E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p. 773-776, out./dez. 2009.

MANO, M.A.M.; PRADO, E.V. (org.). **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: EdUFSCar, 2010.

MARAVAI, S.G. et al.. Plantas medicinais: percepção, utilização e indicações terapêuticas de usuários da estratégia saúde da família do município de Criciúma - SC vinculados ao PET- Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.40, n.4, p. 69-75, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed., 6. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

MARSIGLIA, R.M.G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F.(org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 2 ed., São Paulo: Cortez, PUC/SP, 2005. p. 169-174.

MATOS, F.J.A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 3 ed., Fortaleza: EUFC, 1998.

MATTA, G.C. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p. 371-396, 2005.

MEDEIROS, L.C.M.; CABRAL, I.E.. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-cuidadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 18-26, jan. 2001.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MELLO, C.G.; CARRARA, D. **Saúde oficial, medicina popular**. Coleção dois pontos: duas cabeças, duas sentenças, vol. 4, Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1982.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª. ed., São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M.C.S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed., Petrópolis: Vozes, 2011.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo**. Cairo, Egito, setembro, p. 39, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: fev. 2011.

NUÑEZ, H.M.F.; CIOSAK, S.I.. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.37, n.3, p. 11-18, 2003.

OGAVA, S.E.N. et al. Implantação do Programa de Fitoterapia "Verde Vida" na Secretaria de Saúde de Maringá (2000-2003). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.13, p. 58-62, 2003.

OLIVEIRA, E.R. **O que é medicina popular**. São Paulo: Editora Brasiliense, Abril Cultural, 1985. p. 7-39.

OLIVEIRA, M.J.R.; SIMÕES, M.J.S.; SASSI, C.R.R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil, **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.8, n.2, p. 39-41, 2006.

OLIVEIRA, M.W. Os serviços de saúde e os saberes populares. In: MANO, M.A.M.; PRADO, E.V. (org.). **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: EdUFSCar, 2010. p. 241-254.

_____. Educação popular e saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 6, p. 73-83, jan./dez. 2007.

OLIVEIRA, M.W. et al.. **Catálogo de práticas populares de Saúde de São Carlos-SP**, v.3. São Carlos: MAPEPS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: mar. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005**. Ginebra, 2002.

PANIZZA, S. **Chás**: conceito e modos de preparo. Fitoterapia. Disponível em: <<http://www.fitoterapia.com.br/portal>>. Acesso em: nov. 2010.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RATES, S.M.K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de Farmacognosia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.11, n.2, p. 57-69, 2001.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia e saúde**, 6ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

S.THIAGO, S.C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SÃO CARLOS. **Administrações Regionais de Saúde**. Site Oficial. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionaissaude/115412-administracoes-regionais.html>>. Acesso em: out. 2010.

SILVA, C.G.R.; SILVA, J.L.L.; ANDRADE, M. Fitoterapia como terapêutica alternativa e promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.2, p.15-17, 2007.

SILVA, F.L.A.; OLIVEIRA, R.A.G.; ARAÚJO, E.C. Use of medicinal plants by the elders at a family's health strategy. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.2, n.1, p. 9-16, jan./mar. 2008.

SIMÕES, C.M.O. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. 3 ed. Porto Alegre: UFRGS, 1989.

SIVIERO, A., et al. Plantas medicinais em quintais urbanos de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.14, n.4, p. 598-610, 2012.

SOUSA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p. 255-266, 2005.

SOUSA, M.J.M. et al. **Medicinal plants used by Itamaraty community nearby**. Anápolis, Goiás, Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.32, n.2, p. 177-184, 2010.

SOUZA, M.A. et al. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 512-517, out./dez. 2006.

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

TEIXEIRA, E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v.4, n.2, p. 269-278, agosto 2000.

TEIXEIRA, M.Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M.A. O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n.1, p. 51-60, jan./abr. 2004.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, abr./jun. 2012.

TOMAZZONI, M.I.; NEGRELLE, R.R.B.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 115-121, 2006.

TÔRRES, A.R. et al. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.15, n.4, p. 373-380, out./dez. 2005.

TROVO, M.M.; SILVA, M.J.P.; LEÃO, E.R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 483-489, jul./ago. 2003.

TSUCHIYA, K.K.; NASCIMENTO, M.J.P. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v.3, p. 37-42, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade 2007-2009**. São Carlos: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC)/UFSCar, 2007.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p. 7-18, 1998.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, fev., p.121-126, 2001.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. ampliada. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

VEIGA JUNIOR, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.2, p. 308-313, abr./jun. 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v18n2/27.pdf>>. Acesso em: abr. 2011.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

PESQUISA: “O CONHECIMENTO POPULAR E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR USUARIOS DE TRÊS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO/SP”

Sou enfermeira e estou cursando o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Estou fazendo um estudo sobre o uso de plantas para a prevenção e cura de doenças, com o objetivo de valorizar este conhecimento popular e fazer ligação com o conhecimento científico.

Você foi indicado por sua equipe de saúde, Unidade de Saúde da Família (USF), do Cruzeiro do Sul ou Gonzaga, por utilizar qualquer planta medicinal ou conhecer as finalidades terapêuticas de determinada planta. Para tanto, gostaria de conhecer os remédios caseiros que você usa quando está doente ou quando quer fortalecer sua saúde.

Você não é obrigado a participar, e se quiser, pode desistir a qualquer momento, mesmo depois que der esta conversa. Você pode pedir para que não se use mais os dados que você me forneceu.

Tenho como objetivos: saber quais são esses remédios, como se chamam, os motivos pelos quais você os usa, como ou com quem aprendeu a utilizá-los, se esses remédios são melhores que os da farmácia.

Para organização de tudo, farei algumas perguntas, anotando no papel e gravando sua voz num aparelho eletrônico para lembrar o que falamos. Mas somente eu terei acesso e, depois que utilizar, apagarei tudo o que foi gravado.

O que irá aparecer por escrito na pesquisa vai ser somente:

- sexo, idade, cidade que nasceu, de onde sua família é (Portugal, Itália, África), profissão, escolaridade, religião, renda familiar,
- nome das plantas ou remédios, quais partes das plantas são usadas, se você faz ou compra os remédios ou plantas, se cultiva na sua horta, ou seu amigo lhe dá, quem te ensinou a usar esses remédios, o que você sente quando lembra de quem te ensinou, se esses remédios caseiros são melhores do que os da farmácia.

Desta forma, você não será identificado por ninguém que ler o trabalho.

Você pode se sentir incomodado por tantas perguntas, pode não gostar do jeito com que falo com você, ou pensar que eu esteja julgando suas respostas, sentindo desconforto ao me falar da sua vida e, se você preferir, interromperemos a conversa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Com sua participação, você estará ajudando os profissionais de saúde da saúde a conhecerem melhor esses costumes, e quem sabe até buscar estudar sobre o assunto e aplicar na prática.

Eu sou Renata Giamlourença Lante Alcântara, pesquisadora responsável, e as professoras que estão me orientando são: Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (Prof. Dra. do Departamento de Terapia Ocupacional) e Sueli Fátima Sampaio (Prof. Dra. do Departamento de Enfermagem) da UFSCar.

Você pode falar comigo pelo mail: renatinhagialorenzo@hotmail.com.

Se tiver sugestões, elogios, dúvidas sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, Km 235, CEP: 13.565-905, São Carlos/SP, e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Renata Giamloureço Lante Alcântara

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1- Sexo: () M () F 2. Idade: _____
3. Naturalidade: _____
4. Descendência étnica: _____
5. Ocupação: _____
6. Grau de escolaridade: _____
7. Religião _____
11. Renda familiar estimada: Salário mínimo nacional R\$ 622,00 reais.
- () Até 1 salário () 1 a 3 salários () 3 a 5 salários
- () mais de 5 salários () Sem rendimentos

Saberes e Práticas em relação ao uso de plantas medicinais

- 1. Aponte o nome de uma ou mais plantas que utiliza com a finalidade de prevenir ou curar alguma doença.**

1.1 Como você identifica esta(s) planta(s)?

2. Quais as ações que você espera com o uso delas?

3. Como faz o preparo delas?

- Infusão (aplicação água fervente na planta)
 Decocção (fervura da planta)
 Maceração (amassar a planta)
 Cataplasma (compressa local com a planta)
 Nebulização (inalação da fumaça da planta em água fervente)

4. Quando utiliza a planta?

- mesmo dia S N
 - de um dia para o outro S . Conserva onde/como? _____

-outros: _____

5. Qual parte da planta que usa?

- Folha Flor Fruto Semente
 Casca Planta inteira Raiz Parte aérea

6. Como adquire as plantas?

- Compra Cultivo – onde _____
 Doação – sabe procedência? _____

7. Como as plantas são armazenadas? Por quanto tempo?

8. Como iniciou esta prática?

9. Você prefere o uso das plantas medicinais aos medicamentos que são industrializados? Se sim, por quê?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saberes e práticas populares: o uso das plantas medicinais

Pesquisador: RENATA GIANLOURENCO LANTE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01328612.1.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 306.367

Data da Relatoria: 11/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto é apresentado de forma clara expondo o estado da arte.

Objetivo da Pesquisa:

bem definidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram incorporados ao projeto e ao TCLE e estão adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de um tema interessante que visa determinar a partir de um questionário padronizado o conhecimento da população sobre as plantas medicinais utilizadas por esta comunidade e a relação do conhecimento popular ao embasamento científico. Trata de um assunto que visa contribuir com informações importantes que poderão ser utilizadas pela comunidade científica para entender melhor as propriedades medicinais destas plantas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados de acordo com as considerações feitas anteriormente.

Recomendações:

As recomendações foram seguidas adequadamente e o projeto pode ser agora aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cep@ufscar.br

ANEXO B – Consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua 9 de Julho, 1599 – São Carlos-SP

CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716 / 3372 8193

PARECER Nº 22/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: **“Saberes e práticas populares: uso das plantas medicinais”**, a ser desenvolvido pela mestranda Renata Giamlourengo Lante Alcântara do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, sob orientação da Prof. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (DTO) e Prof. Dra. Sueli Fátima Sampaio (D'Enf), tendo como objetivo geral analisar o conhecimento popular em relação as plantas medicinais e seu valor de uso, considerando o seu significado, contexto, crenças e culturas.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família Jardim Gonzaga, Cruzeiro do Sul equipe 1 e equipe 2, do município, caso haja necessidade de utilização do espaço das Unidades afetas ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 10 de Abril de 2013.

Michella Fiorin Libero

Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP