

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE  
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**STELLA MINASI DE OLIVEIRA**

**A UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NA PROMOÇÃO E  
NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES  
PERTENCENTES ÀS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO RIO GRANDE - RS**

**Rio Grande  
Dezembro 2003.**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE  
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NA PROMOÇÃO E  
NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES  
PERTENCENTES ÀS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO RIO GRANDE - RS**

**STELLA MINASI DE OLIVEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

**Orientadora: Dra. Ana Luíza Muccillo Baisch**

**Co-orientadora: Dra. Maria Cristina Flores Soares**

**Rio Grande  
Dezembro 2003**

## **STELLA MINASI DE OLIVEIRA**

A UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NA PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO  
DA SAÚDE NAS COMUNIDADES PERTENCENTES ÀS EQUIPES DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO GRANDE - RS.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca  
Examinadora para obtenção do título de

### **MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 22 de dezembro de 2003, atendendo às normas  
da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Dra. Marta Regina Cezar Vaz- Coordenadora do Programa

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Ana Luiza Muccillo Baisch – Presidente (FURG)

---

Dra. Maria Rosa Chitolina Schetinger – Membro (UFSM)

---

Dra. Marta Regina Cezar Vaz – Membro (FURG)

---

Dra. Daniela Marti Barros – Suplente (FURG)

**633.88Oliveira, Stella Minasi**

48U A Utilização de Plantas Mediciniais na Promoção e na recuperação da Saúde nas Comunidades pertencente às Equipes do Programa de Saúde Da Família do Município do Rio Grande, RS / Stella Minasi de Oliveira Rio Grande: FURG- 2003

110fls

Orientadora: Dra. Ana Luíza Muccillo Baisch

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Fundação Universidade Federal Do Rio Grande, Pós Graduação em Enfermagem – Curso Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

1.Cuidados de Enfermagem 2. Cultura 3. Plantas Mediciniais –Dissertação. I. Baisch, Ana Luíza Muccillo. II. Fundação Universidade Federal do Rio de Grande, Pós Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.III. Título

CDU 633.88

Maria Conceição Homnann

**CRB – 10/745**

**Bibliotecária responsável**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**CAIC** - Centro de Atenção Integrado à Criança

**CPRFB** – Comissão Permanente da Farmacopéia Brasileira

**CMS** – Conselho Municipal de Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PMRG** – Prefeitura Municipal do Rio Grande

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RS** — Rio Grande do Sul

**SP** – São Paulo

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Curso de Pós graduação em Enfermagem por terem acreditado no sonho e conseguir concretizá-lo, montando este Mestrado.

Aos meus colegas do Mestrado que foram companheiros, pacientes e amigos inigualáveis.

Aos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família do município de Rio Grande que me acompanharam e auxiliaram na coleta de dados da pesquisa.

As Equipe do Programa de Saúde da Família de Rio Grande por não terem medidos esforços em participar do estudo.

Ao Professor Romeu Selistre por estar sempre disposto em auxiliar no que precisei.

A minha orientadora Dra. Ana Luíza Muccillo Baisch, por ser não só orientadora mas amiga, companheira e muito prestativa.

A minha co-orientadora Dra. Maria Cristina Flores Soares por estar ao meu lado me guiando e auxiliando sempre que preciso.

Aos meus pais e irmãos por estarem sempre me incentivando.

Ao meu marido Alberto Oliveira pela relação de amor, paciência e companheirismo.

E a todas as outras pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para que este trabalho fosse possível para ser realizado.

*“ Tudo vale a pena se a alma não for pequena.”*

Fernando Pessoa

## ABSTRACT

OLIVEIRA, S. M. The Use of Medicinal Herbs to Promote and Recover Health in Communities which Belong to the Family Health Program in Rio Grande, RS. 2003. 111p. Dissertation (Master Program in Nursing) – Post-graduation Program in Nursing, Master Program in Nursing – FURG, Rio Grande, 2003.

The use of medicinal herbs as a therapeutic alternative has been encouraged lately. This study has evaluated the use of these herbs to promote and recover health in communities which are monitored by the health teams of the Family Health Program in Rio Grande, RS. Their uses, how knowledge about these herbs is transmitted, the most used ones, their manipulation and preparation, their popular indication compared to literature, the first action taken in case of sickness in the family, and their uses associated with allopathic medication, were investigated. Ninety five percent out of 360 interviewees reported that they use medicinal herbs. In this study, the knowledge about medicinal herbs was taught mostly by mothers to their daughters (55.68%), or by their grandmothers (19.82%). Thirteen herbs were used by more than 50% of the interviewees: *Egletes viscosa* L. (88.62%), *Mikania glomerata* (81.87%), *Foeniculum vulgare* (77.84%), *Peumus boldus molina* (77.55%), *Malva silvestris* L. (72.88%), *Plantago tomentosa* L. (71.26%), (68.22%), *Lippi alba* B. (67.25%), *Cymbopogon citratus* (66.18%), *Baccharis triptera* (63.63%), *Pimpinella anisium* (60.64%), *Pimpinella anisium* (58.53%), and *Mentha* (53.50%). Considering these herbs, most are used against illnesses in the digestive tract, specially, *Peumus boldus molina*, *Egletes viscosa*, *Foeniculum vulgare*, *Baccharis triptera* and the *Mentha*. To alleviate pain, infection, and inflammation, both *Malva silvestris* L. and *Plantago tomentosa* L. were suggested. *Mikania glomerata* was the herb most interviewees suggested in case of respiratory diseases. In case of emotional instability, *Pimpinella anisium* and *Cymbopogon citratus* were suggested. The use of teas made of medicinal herbs was mentioned by 68.03% of the interviewees as being the first step taken in case of sickness in the family. The use of these herbs associated with allopathic medication was mentioned by only 29.61% of the interviewees. These data show us that medicinal herbs play a very important role in the prevention and promotion of health in this community and that knowledge about them is transmitted mainly from one generation to another. There is some connection between popular knowledge and practice, and prescriptions found in literature. Aiming at building a public policy for medicinal herbs, this study offers subsidies so that it can be carried out in our city.

Key Words: Medicinal Herbs, Care, Popular Culture.



## RESUMEN

En los años pasados lo han estimulado el uso de plantas medicinales como forma de alternativa terapéutico. Este estudio evaluó el uso de estas plantas en la promoción y la recuperación de la salud en comunidades folloied para los equipos del programa de la salud de la familia del Río Grande-RS. El uso, la forma de transmisión del conocimiento en las plantas medicinales, las plantas uso principales, su forma de manipulación y preparación, su indicación popular compararon con la indicación de la literatura, el primer comportamiento adoptado en caso de que de enfermedad en la familia y el uso asociado hubiera sido investigado la medicación del alopática. De la 360 gente entrevistada con, el 95% habían dicho el uso de plantas medicinales. En este estudio el conocimiento en las plantas medicinales era excedente adquirido todo de la madre para el hijo (el 55.68%) o con la abuela (el 19.82%). Trece plantas habían sido utilizadas para más el de 50% entrevistadas con: macela (el 88.62%), guaco (el 81.87%), funcho (el 77.84%), boldo (el 77.55%), color de malva (el 72.88%), transagem (el 71.26%), palminha (el 68.22%), hierba-cidreira (el 67.25%), capim-cidrão (el 66.18%), carqueja (el 63.63%), anís (el 60.64%), hierba-caramelo (el 58.53%) y menta (el 53.50%). De éstos la mayoría es utilizadas para afecções del tratamiento gastrointestinal que es boldo distinguido, macela, funcho, carqueja y la menta. Para la relevación del dolor, las infecciones y las inflamaciones habían sido indicadas el color de malva y el transagem. El guaco era la planta indicada más para afecções del sistema respiratorio. Para los cuadros del malestar emocional la hierba-cidreira y el capim habían sido cidrão indicado. El uso de los tés de plantas medicinales era referenciado por el 68.03% entrevistados con como primero comportamiento adoptado en caso de que de la enfermedad en la familia. El uso asociado de estas plantas con la medicación del alopática fue relacionado por solamente 29.61% entrevistadas con. Estos datos en la demostración ellas que el excedente todo de las plantas medicinales tiene un papel muy importante en la prevención y la promoción de la salud de esta población que es este conocimiento transmitido de la Inter-geracional forma. Tiene un empalme entre saber y popular práctico y las indicaciones a ellas encontró en literatures. En la vista de la construcción de una política pública de plantas medicinales, este trabajo trae los subsidios para la implantación de esto en nuestra ciudad. PALABRAS CLAVE: 1.Enfermería cuidado, 2. Plantas Medicinales

## SUMÁRIO

<b>1- Introdução</b> .....	07
<b>2- Revisão Bibliográfica</b>	
2.1- Um pouco da história sobre as plantas medicinais como prática da cultura milenar .....	12
2.2- A Saúde e os Sistemas Assistenciais .....	15
2.3- O Uso Popular e o Conhecimento sobre as Plantas Medicinais .....	19
2.4- Enfermagem e Cultura .....	22
2.5- Programa de Saúde da Família e a Articulação com a Enfermagem .....	25
2.6- A Política Intersectorial de Plantas Medicinais .....	29
<b>3. Objetivos</b> .....	33
<b>4. Metodologia</b> .....	34
4.1 Delineamento do estudo .....	34
4.2 Local do estudo .....	34
4.2.1 Justificativa .....	35
4.3 Fases Iniciais do Estudo .....	35
4.3.1 Montagem do Estudo Piloto .....	36
4.3.2 Aplicação do Estudo Piloto .....	36
4.3.3 análise do Estudo Piloto .....	37
4.4 População do Estudo .....	37
4.5 Definição e desenho da amostra .....	38
4.6 Coleta de dados .....	38
4.6.1 Instrumento .....	38
4.6.2 Definição de variáveis .....	39
4.6.2.1 Variável dependente .....	39
4.6.2.2 Variáveis Independentes .....	39
4.6.3 Aplicação do Instrumento .....	41

<b>4.6.4</b> Capacitação dos Facilitadores .....	41
<b>4.7</b> Análise dos Dados .....	42
<b>5. Resultados</b> .....	43
<b>5.1</b> Caracterização da Amostra .....	43
<b>5.2</b> Utilização de Plantas Medicinais .....	44
<b>5.3</b> Formas de Transmissão do conhecimento .....	45
<b>5.4</b> Plantas Medicinais Utilizadas .....	46
<b>5.5</b> Existência de horta no Domicílio .....	55
<b>5.6</b> Conduta Adotada em Caso de Doença na Família .....	56
<b>5.7</b> Associação entre Plantas Medicinais e as Medicções Tradicionais .....	57
<b>6. Discussão</b> .....	59
<b>7. Considerações Finais</b> .....	79
<b>8. Bibliografia</b> .....	81
<b>ANEXO 1</b> .....	91
<b>ANEXO 2</b> .....	92
<b>ANEXO 3</b> .....	100

## 1- INTRODUÇÃO

Desde a pré-história, o homem foi obrigado, pela necessidade, de reconhecer plantas úteis para se alimentar, se vestir e se curar. Admite-se que dentro de cada etnia ou tribo, alguns indivíduos, mais capazes do que outros, especializaram-se neste tipo de procura, provavelmente porque possuíam capacidades de observação e de comunicação com a natureza (BROSSE, 1979).

Com o passar dos tempos formou-se um corpo de lendas e de conhecimentos populares a cerca das virtudes curativas das plantas. Os antigos curadores, observaram, não apenas os efeitos do consumo de plantas sobre o homem como também, sobre o comportamento animal. Os pastores sabem que um animal que sofre de problemas digestivos irá modificar seu regime alimentar e preferir um pasto a outro, principalmente escolhendo espécies ricas em tanino, conhecido como antidiarréico (PELT, 1981).

A prática do uso de plantas ou de suas partes com finalidade terapêutica – *fitoterapia*, já não pode ser considerada um modismo. A fitoterapia vem sendo utilizada há vários séculos e o seu uso generalizou-se em muitos países.

A 31ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu o termo planta medicinal e propôs que “planta medicinal é aquela que, administrada ao homem ou animal, por qualquer via ou sob qualquer forma, exerce alguma espécie de ação farmacológica.

De acordo com a OMS, a pobreza e a falta de acesso à medicina moderna obriga 65 a 80% da população mundial dos países em desenvolvimento a depender das plantas para assegurar cuidados primários de saúde (AKERELE, 1993).

O comércio de medicamentos no Brasil, em 1992 somou 2,9 bilhões de dólares, o que corresponde a um consumo médio de 20 dólares anuais (hoje em torno de R\$ 60,00). As estimativas de 1997 colocaram o mercado brasileiro entre o 4º e 5º do mundo, com vendas que atingiram 10,5 bilhões de dólares, correspondendo a um consumo de 50 dólares / percapita /ano. No entanto, não houve aumento das unidades de produtos vendidos em relação ao período anterior, o que indica a inacessibilidade do medicamento as classes menos favorecidas (FOLHA DE SÃO PAULO, 1997). Este comércio interno, atende a faixa da população economicamente ativa (30%) o que leva a supor que os restantes 100 milhões de habitantes utilizem produtos de venda não registrada para tratar da saúde. Dentro deste contexto social, as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos adquirem importância como agentes terapêuticos e portanto precisam ser analisados segundo os métodos modernos disponíveis.

Existe um pensamento de que as plantas medicinais, pelo seu uso tradicional, já estão testadas e homologadas. Isto as tornaria eficazes e seguras para a população. No entanto, a auto - medicação com plantas medicinais, a substituição de terapias clássicas e os atos de má fé com a comercialização de produtos naturais não isenta estes produtos do controle e rigor esperados na sua validação (LAPA *et al.*, 2000).

A planta medicinal é um produto estranho ao organismo, um xenobiótico. Não há porque considera-la inócua. O uso popular e o tradicional não servem para validar as plantas medicinais como medicamentos. A preconização ou a autorização oficial do seu uso, deve estar repousada em evidências experimentais que comprovem que o risco para quem as utiliza é superado pelo benefício (BRASIL, 1996).

Estas preocupações com a validação do uso popular são finalizadas nos estudos farmacodinâmicos e toxicológicos pré-clínicos e clínicos. Estes estudos visam garantir o cumprimento dos preceitos éticos enunciados pela Organização Médica Mundial (1964) na declaração de Helsinki, atualizados em Tóquio (1975), Veneza (1983), Hong Kong (1989), traduzidos nas Diretrizes Éticas Internacionais para investigação Biomédica envolvendo seres humanos (WHO, 1993).

No Brasil, apesar da imensa flora, da valorização dos aspectos culturais e do uso importante de fitoterápicos, pouco tem sido feito para garantir a qualidade, segurança e eficácia destes produtos. O Ministério da Saúde criou, em 1993, uma comissão para avaliar a situação da fitoterapia no país, instituindo um Grupo Consultor Técnico-Científico incumbido de estabelecer a normatização e o controle dos serviços, produção, armazenamento e utilização de substâncias e produtos naturais (portaria ministerial nº 546 de 21/5/93), seguida da Portaria nº 40 (10/1/94) a qual instituiu a subcomissão da Comissão Permanente da Farmacopéia Brasileira (CPRFB) para elaborar normas sobre fitoterápicos. Em 1995, a Portaria nº 6 (31/1/95), foi elaborada levando em conta todas as avaliações e sugestões apresentadas pelos grupos de trabalho e trouxe esclarecimentos sobre o conceito e termos técnicos, orientações de produção e controle, atendimento de critérios de segurança e eficácia, normas de qualidade para matéria prima e também para o produto final (BRASIL, 1996).

As práticas de saúde populares, dentre elas, o uso das plantas consideradas medicinais, tem uma participação importante no processo de cura dos males que assolam a saúde das pessoas.

ALVIM *et al.* (2002) consideram que há um resgate na utilização de plantas medicinais nos últimos anos. Seu uso constitui-se alternativo como tratamento único, ou como auxiliar, associado a outros métodos culturais e econômicos, em razão do alto custo da medicação alopática

Existem vários fatores que levam as pessoas a usarem esta alternativa terapêutica como os fatores econômicos, sociais e políticos, os quais contribuem para o desenvolvimento dessa prática da medicina alternativa.

Os fatores sócio-econômicos são os que mais levam a população em geral a utilizar as plantas medicinais para o seu cuidado, pois são de baixo custo, de fácil acesso e aquisição.

A propósito, este fato por si só poderia servir para justificar a sua utilização nos sistemas públicos de saúde reduzindo gastos, e também, porque servem para compatibilizar o programa de saúde com a cultura da população atendida (MEDEIROS & CABRAL, 2002).

Os profissionais de saúde, diariamente enfrentam obstáculos na atuação profissional. As dificuldades estruturais e a escassez de recursos requerem uma política de saúde atuante e preocupada em garantir o acesso aos serviços assim como a qualidade dos mesmos.

A experiência profissional pessoal como enfermeira, coordenadora, durante dois anos, de uma equipe de PSF em Ribeira – SP, bem como a especialização realizada em Saúde da Família permitiu compreender, na prática, que a atuação de uma equipe interdisciplinar pode possibilitar a identificação e a intervenção sobre as necessidades reconhecidas em conjunto com a comunidade onde se atua, assim como a busca de soluções para os problemas comuns.

Esta experiência proporcionou o contato com comunidades que usavam os produtos naturais, especificamente as plantas medicinais, como alternativas terapêuticas. Durante este período, evidenciou-se o desconhecimento a cerca da utilização de plantas medicinais, da política pública de fitoterápicos, assim como o despreparo dos profissionais que atuam na atenção básica, principalmente com relação ao uso da fitoterapia.

A partir da direção deste olhar sobre o fenômeno da utilização de plantas medicinais, pelos grupos populares, e nas bases que assentam seus saberes e práticas, enfatizando o cuidado e a sua cultura, fez surgir esta dissertação de mestrado que irá investigar **A UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NA PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES PERTENCENTES ÀS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO GRANDE - RS.**

### **3 - OBJETIVOS**

- Identificar a utilização de plantas medicinais por comunidades pertencentes à equipe de Programa de Saúde da Família de Rio Grande, RS, como estratégia para a promoção em saúde, enfatizando o cuidado e a cultura popular;
- Identificar o conhecimento da comunidade acerca da utilização de plantas medicinais como alternativa para o seu cuidado;
- Identificar as principais plantas medicinais utilizadas, sua manipulação e seus usos, para a proteção e prática da saúde;
- Comparar o uso popular das plantas com a indicação descrita na literatura;
- Contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a cultura popular, quanto ao uso de plantas medicinais pelas comunidades inseridas no PSF, subsidiando a prática dos profissionais que atuam neste programa;
- Fornecer subsídios para ajudar na implantação da Política Intersetorial de Plantas Medicinais do RS, principalmente no que diz respeito à adesão do município de Rio Grande em implantar a fitoterapia no SUS.



## 2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 - UM POUCO DA HISTÓRIA SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS COMO PRÁTICA DA CULTURA MILENAR

Atualmente vem crescendo o número de adeptos ao uso de produtos naturais para cura de suas enfermidades. A arte dos benzedores, curandeiros e xamãs, herdada dos magos e feiticeira de outrora, pode ser vista hoje, em teste, nos laboratórios científicos, os quais passaram a avaliar experimentalmente a veracidade destas informações, tendo em vista a descoberta de novos medicamentos, com base justamente nos conhecimentos que foram adquiridos durante milhares de anos e repassados de geração em geração por aqueles que são os ancestrais da ciência moderna (DI STASI, 1996).

Desde 3000 a.C, a China dedicava-se ao cultivo de plantas medicinais. O primeiro estudo sistemático com plantas medicinais foi realizado em cerca de 2700 a.C. durante o império de Shen Nung. Este inventário apresentava 365 drogas e entre elas encontravam-se espécies como a *Ephedra* (efedrina), indicada para asma, *Ricinus communialis* (óleo de rícino), como purgante e *Papaver somniferum* (morfina) como sonífero, sedativo. Essas substâncias eram utilizadas pelos chineses com as mesmas indicações que possuem na atualidade (MARTINS *et al.*, 2000). Ainda conforme este autor, por volta de 2300 a.C, os assírios e hebreus cultivavam diversas ervas e traziam de suas expedições tantas outras. Com estas plantas, chegavam a produzir purgantes, vermífugos, diuréticos, cosméticos e especiarias para a cozinha.

Na medicina do Egito antigo, um grande número de nomes de drogas estão relacionados no Papiro de Ebers (XVI a.C). Este documento contém cerca de 800 receitas com 700 drogas como goma arábica, babosa, absinto, hortelã, mirra, cânhamo, óleo de rícino e mandrágora. Este conhecimento milenar é atestado pelo excelente estado de conservação das suas múmias, ainda encontradas nos nossos dias (SAMUELSSON, 1992).

Na antiga Grécia, as plantas e o seu valor terapêutico ou tóxico eram muitos conhecidos. Hipócrates (460-377 a.C), denominado o “Pai da Medicina”, reuniu em sua obra “Corpus Hipocraticum” a síntese dos conhecimentos médicos de seu tempo, indicando para cada enfermidade o remédio vegetal e o tratamento adequado. Nesta época, outros nomes também são apontados pela sua contribuição para o conhecimento das plantas medicinais como Theophrastus (371-287 a.C.), Dioscórides (50-70 d.C) e Galeno (130-210 d.C).

Na Idade Média, a medicina e o estudo das plantas medicinais estagnaram-se por um longo período. Os eventos históricos que surgiram na Europa, como ascensão e queda do império Romano e o fortalecimento da igreja Católica, exerceram enorme influência sobre todo o conhecimento existente na época, incluindo-se aqui as informações acerca de plantas medicinais. Nesta fase houve o triunfo da “Medicina dos Signos”, que postulava a cura de determinadas partes doentes do corpo por meio de plantas que lhe fossem semelhantes (MARTINS *et al.*, 2000).

No curso da história, além dos já citados, outros personagens médicos, filósofos, botânicos e naturalistas exploraram as plantas medicinais. Tais estudos permitiram compreendê-las, descrevê-las e classificá-las. Eles deixaram nos seus relatos escritos, registros de suas experiências, os efeitos medicinais das plantas e que influenciam até hoje a ciência. Entre estes outros autores que descreveram plantas e animais usados como drogas, podemos citar, Plínio de Elder (23/24-79), Avicenas (981-1037), Hildegard de Bingen (1098-1179), Paracelso (1493-1541), Pietro Mattioli (1501-1577), Nicholas Culper (1616-1654), Carolus Linnaeus (1707-1778), Samuel Hahnemann (1755-1843), (LOW *et al.*, 1999).

Na atualidade, a Alemanha talvez seja o país que mais incentivou o uso da fitoterapia, tendo-se conhecimento da liberação de 700 produtos fitoterápicos comercializados. Hoje, 70% dos profissionais da saúde alemães prescrevem fitoterápicos. A Alemanha, através da Commission E (o órgão equivalente ao Food and Drugs Administration- FDA americano) reuniu monografias terapêuticas de mais

de 300 ervas medicinais utilizadas atualmente, o que assegura a segurança e a eficácia dos agentes fitoterápicos comercializados (FELTROW & AVILA, 2000).

No Brasil, a utilização de plantas no tratamento de doenças apresenta, fundamentalmente, influências de cultura indígena, africana e, naturalmente, européia, principalmente portuguesa. Martins *et al.* (2000), nos falam a respeito destas influências.

O conhecimento das propriedades medicinais das plantas, dos minerais e de certos produtos de origem animal é uma das maiores riquezas da cultura indígena. Uma sabedoria tradicional que passa de geração em geração. Vivendo em permanente contato com a natureza, os índios e outros povos da floresta estão habituados a estabelecer relações de semelhança entre as características de certas substâncias naturais e do seu próprio corpo. O índio tem um profundo conhecimento da flora medicinal, e dela retira os mais variados remédios, que emprega de diferentes formas. As práticas curativas das tribos indígenas estão profundamente relacionadas com a maneira que o índio percebe a doença e suas causas. Na filosofia indígena as plantas são responsáveis pela cura devido à presença de um espírito inteligente. O que os índios denominavam de espírito inteligente, hoje, graças aos estudos farmacológicos, sabe-se que nada mais é do que o princípio ativo, produzido pelos vegetais. Dentro desta visão mística, durante o uso da fitoterapia pelos índios, o pajé ou o feiticeiro da tribo fazia uso de plantas entorpecentes para sonhar com o espírito que lhe revelaria então a erva ou o procedimento a ser seguido para a cura do enfermo e, também, pela observação de animais que procuravam determinadas plantas quando doentes. Um exemplo importante é a ipecacuanha (*Cephaelis ipecacuanha*). O conhecimento desta planta surgiu da observação de um animal que procurava a sua raiz para se livrar de cólicas e diarreias; a partir dessa observação os índios começaram a usar a planta contra disenteria amebiana, sendo hoje reconhecida pela farmacopéia (MARTINS *et al.*, 2000).

Para os negros, a doença significava alguém estar possuído por um espírito mau. Um curandeiro encarrega-se de expulsar este espírito através do exorcismo ou pelo uso de drogas.

Os primeiros padres da Companhia de Jesus vieram para o Brasil, junto com Tomé de Souza e chefiados por Nóbrega (1579). Trouxeram formulações à base de plantas para o tratamento das doenças, conhecidas por receitas chamadas de “Boticas de Colégios”.

Essas influências que deixaram marcas profundas nas diferentes áreas de nossa cultura, sob o aspecto material e espiritual, constituem a base da medicina popular que, há algum tempo, vem sendo retomada pela medicina natural, que procura aproveitar suas práticas, dando-lhes caráter científico e integrando-as num conjunto de princípios que visam não apenas curar algumas doenças, mas restringir o homem à vida natural .

## **2.2 - A SAÚDE E OS SISTEMAS DE ASSISTÊNCIA**

Existe uma grande variedade de formas de se conceber e tratar as doenças, além do modelo científico adotado pela sociedade ocidental industrializada.

Quando se pensa em doença logo vem na mente o seu oposto, a saúde, desejo incontestável de todas as pessoas vivas. Tratamos da saúde e da doença enquanto processo pertinente à vida das pessoas e que ao longo dos anos tem sido compreendido ou enfrentado com as diversas formas de existir da sociedade, expressas nas diferentes culturas e formas de organização (SOUZA, 2000).

O conceito que se tem de saúde depende do entendimento que se tem do organismo vivo e da sua relação com o ambiente. Como esta compreensão, muda de uma cultura para outra e de um momento histórico para outro, as idéias de saúde – doença também mudam (SOUZA, 2000).

A saúde, segundo CEZAR-VAZ (1996)

“é um conceito radical no sentido concreto, universal. É abstrato enquanto não realizado mas, na sua concretividade, se expressa no sujeito e, como tal, dimensionado para cada um em particular. Saúde, portanto, é um universal concreto, é uma estrutura de organizações que consiste na rede de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo à produção de congruência interna e externa dos corpos. (...) Portanto, saúde constitui um sistema enquanto unidade concreta, que transforma e faz desenvolver esta rede de relações de produção de componentes, que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Estas por se situarem essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito, que é estruturalmente social”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que saúde resulta de um bem estar físico, mental, social e espiritual. Desde 1976, a OMS preconiza a utilização de terapias alternativas, integrando a medicina ocidental com a popular tradicional.

Na maioria das sociedades, o desconforto físico e o emocional leva as pessoas a procurarem ajuda, através das diferentes formas como por exemplo descansar, tomar remédios caseiros, pedir ajuda para um parente, vizinho ou amigo, procurar um padre, curandeiro ou consultar um médico. A escolha pode recair sobre um ou todas estas medidas independente da ordem.

A OMS recomendou formalmente, na conferência de Alma - Ata (1978) que os recursos de medicina tradicional e popular fossem utilizados pelos sistemas nacionais de saúde, recrutando os praticantes dessa medicina como aliados na organização e implementação de medidas para melhorar a saúde da comunidade.

Dessa forma, vemos que esta organização admite e apóia outras formas de saberes, além da, medicina tradicional, sendo portanto necessário que se conheça as relações que se estabelecem entre as diferentes formas de sistemas de assistência de saúde existentes.

No entanto, não é possível estudar o sistema de assistência à saúde de uma sociedade sem analisar outros aspectos. Os antropólogos mostram que este estudo precisa levar em conta a organização social, religiosa, política e econômica.

Segundo LANDY (1977) apud HELMAN (2003) existem dois aspectos inter-relacionados nos sistemas de assistência à saúde: o cultural, onde entram os conceitos básicos, teorias, práticas normativas e modos de percepção compartilhados e o aspecto social, incluindo a organização da assistência e as regras que regem as relações entre o paciente e o médico, nos ambientes especializados (hospitais e consultórios).

Além do sistema oficial de assistência à saúde, onde se encaixam as profissões de enfermagem e medicina, temos também outros sistemas menores e alternativos: homeopatia, herbalismo, cura espiritual, que HELMAN (2003) chama de subculturas de assistência à saúde. Cada um procura explicar e tratar da falta de saúde, identificando quem cura, quem é curado e como devem interagir durante o encontro terapêutico. Também encontram-se organizados em associações, possuem códigos de conduta e opções terapêuticas próprias.

MEDEIROS & CABRAL (2002) consideraram as plantas medicinais ou a fitoterapia como sendo o terceiro sistema terapêutico, ao lado dos outros dois, que é a alopatia e a homeopatia. A alopatia diferencia-se desta pelo uso preparados tradicionais padronizados, eficazes, com inocuidade e qualidade controladas, enquanto a homeopatia utiliza produtos elaborados de plantas medicinais, porém não preconiza o uso de substâncias quimicamente definidas, isoladas, purificadas e de estrutura molecular determinada.

KLEINMAN *et al.* (1978) apud HELMAN (2003) olhando a sociedade complexa, identificou três setores sobrepostos e interligados da assistência à saúde: profissional, o popular ou "*folk*" e o informal. Como nos sistemas menores e alternativos, aqui também cada setor tem suas próprias formas de explicar e tratar da falta de saúde, identificar curador e curado e das regras da interação.

O setor profissional engloba as profissões legais do tratamento de saúde, como o caso da medicina ocidental (alopatia ou biomedicina). Neste setor estão incluídos os médicos, os paramédicos, enfermeiros, parteiras, fisioterapeutas, etc.

No setor popular (*folk*), extenso em sociedades não-industrializadas, temos indivíduos especializados em formas de curas *sagradas* ou *seculares* ou ambas. Estes indivíduos chamados de curandeiros não pertencem ao sistema médico oficial e estão ocupando uma posição intermediária entre os setores tradicional e profissional (HELMAN, 2003).

O setor informal é de domínio leigo, não profissional e não especializado. Nele se reconhece em primeiro lugar a falta de saúde, se define e se iniciam as atividades de cura através do cuidado à saúde. Aqui são incluídas as opções terapêuticas que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consulta: auto-medicação, tratamentos recomendados por parentes, amigos, vizinhos, familiares, grupos de auto-ajuda, seitas, igrejas, consultas com outros leigos com experiência específica com tratamentos. A maior parte da assistência à saúde se dá entre pessoas que estão ligadas por laços, sendo a família a principal arena. Esta última é a principal provedora de serviços de saúde e segundo CHRISMAN (1977), as mulheres tanto diagnosticam as doenças como também as tratam. Tanto nas sociedades ocidentais como as não ocidentais 70 a 90% da assistência à saúde é concretizada neste setor (KLEINMAN *et al.*, 1978 apud HELMAN, 2003). Aqui são incluídas formas de tratamento com substâncias como remédios industrializados, remédios da tradição popular (plantas medicinais), crenças ou superstições além de mudanças na dieta e no comportamento (HELMAN, 2003).

QUEIROZ (2002) em estudo realizado em Campinas, SP, sobre as representações sociais dos profissionais da saúde de universidades e da rede básica, mostrou o significado simbólico relacionado ao termo “medicina alternativa” e enfatizou que a postura profissional frente a esta medicina não se coloca em oposição a alopática. No entanto, muitos profissionais de saúde ainda não aceitam que a população utilize as plantas medicinais como terapia e a oferta dos serviços de saúde baseia-se majoritariamente, em terapias alopáticas que atendem

prontamente a visão fragmentada do homem. Mas, independente da oferta de tais serviços, a população muitas vezes tem seus próprios recursos.

### **2.3 - USO POPULAR E O CONHECIMENTO SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS**

O ser humano sempre experimentou e utilizou substâncias vegetais, minerais e animais para a sua alimentação, proteção, vestuário e para combater enfermidades. É importante salientar que, apesar das experiências científicas sobre as plantas, sua utilização tem suas origens construídas na sabedoria popular.

O conhecimento sobre plantas medicinais representou e ainda representa o único recurso terapêutico de muitas comunidades e grupos étnicos. Essa prática, que se caracteriza pela utilização dos recursos naturais como forma de tratamento e cura de doenças, é tão antiga quanto à espécie humana (DI STASI, 1996).

Nogueira (1984) ressalta que

“o uso de plantas medicinais não é novidade, e que todos nós usamos ou já utilizamos em algum momento determinado tratamento caseiro aprendido com a família e, que a medicina popular sempre existiu, principalmente entre as camadas das populações menos favorecidas economicamente.”

A compreensão dos conceitos de saúde/doença da população usuária, da análise dos sinais e sintomas, do modo de preparo do remédio, da posologia do tratamento tradicional, do detalhamento da atividade terapêutica alegada e das observações sobre as conseqüências do tratamento, nos permite correlacionar o uso tradicional popular com conceitos biomédicos modernos de doenças (nosologia) e modo de ação dos fármacos (ELISABETSKY, 1986; LIPP, 1989; ETKINS, 1993).



Mesmo assim, nos tempos de hoje, a medicina ainda usa pouco esta terapêutica, ou seja, usa pouco as plantas medicinais, apesar do ser humano já conhecer seus benefícios.

A exploração científica interdisciplinar dos agentes biologicamente ativos, tradicionalmente empregados ou observados pelo homem é entendida como etnofarmacologia (HOLMSTED & BRUHN, 1983). No estudo de plantas medicinais, a abordagem etnofarmacológica permite combinar as informações obtidas junto a comunidades locais que usam as plantas com os estudos realizados em laboratórios de pesquisa.

Tanto a etnofarmacologia quanto a etnomedicina, (dedicada ao estudo aprofundado de sistemas médicos enquanto sistemas culturais), precisam compreender os conceitos, dos sistemas onde buscam as informações, pois as observações obtidas fora deste contexto, se tornam inúteis (ELISABETSKY, 2001).

Os trabalhos de pesquisa com plantas medicinais, via de regra, originam medicamentos em menor tempo, com custo muitas vezes inferior e, conseqüentemente, mais acessíveis à população. Esta muito freqüentemente, não possui recursos para arcar com os custos elevados da aquisição de medicamentos básicos utilizados como parte do atendimento das necessidades primárias de saúde, principalmente porque na maioria das vezes, as matérias-primas utilizadas na fabricação desses medicamentos são importadas (MARTINS *et al.*, 2000).

Por este motivo, e ainda pela deficiência da rede pública de assistência primária de saúde, cerca de 80% da população brasileira não tem acesso aos medicamentos ditos essenciais.

As plantas medicinais, que têm avaliadas a sua eficácia terapêutica, e a sua toxicologia ou segurança do uso, dentre outros aspectos, são cientificamente aprovadas a serem utilizadas pela população nas suas necessidades básicas de saúde. No entanto, ALVIM (1997) afirma que, é necessário esclarecer que o fato de

se valorizar no planejamento da educação e da assistência à saúde, recursos que a comunidade possui e nos quais acredita, não significa dizer que vá incorporar à assistência, qualquer prática. Mas é fundamental discutir com a população sobre a eficácia de determinadas práticas, assim como os efeitos neutros e nocivos de outras.

MEDEIROS & CABRAL (2002) ressaltam que o emprego das plantas medicinais, como integrante dos programas de atenção básica em saúde pode ser uma alternativa terapêutica, porque apresenta um baixo custo, facilidade de aquisição e pode vir a contribuir, compatibilizando o programa com a cultura da população atendida. Na visão desses autores :

”(...) a sociedade enfrenta na atualidade problemas que dificultam o alcance de sua saúde, tanto quanto ao conhecimento básico sobre medidas preventivas, como quanto ao emprego preventivo ou coadjuvante terapêutico das plantas medicinais ou fitoterápicos”

Por essas razões é que os trabalhos de difusão e resgate do conhecimento das plantas medicinais vêm-se difundindo cada vez mais, principalmente nas áreas mais carentes. Estes trabalhos podem ser regionalizados, pois cada região tem suas necessidades, em função das condições de saúde, clima e solo para o desenvolvimento das plantas.

O uso de plantas para fins terapêuticos está inserido num contexto sócio-cultural determinado. As particularidades de seu emprego só podem ser entendidas se consideradas nessa interação (ALVIN & FERREIRA apud FIGUEIREDO, 2003).

## **2.4 - ENFERMAGEM E CULTURA**

A abordagem antropológica permitiu a LEININGER (1979) desenvolver um novo campo da enfermagem, a enfermagem transcultural, definida pela autora como um sub campo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a

análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde –doença.

Mas o que é cultura? Cultura pode ser definida como

“um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma sociedade” (HELMAN, 2003).

A cultura na linguagem figurada ou metafórica pode ser vista como a “lente” herdada, para que o indivíduo perceba e entenda o seu mundo e para que aprenda a viver nele (HELMAN, 2003).

LEININGER (1991) define cultura como :

“...os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo aprendido, compartilhado e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada. Este mesmo autor relaciona o pressuposto de que os valores, as crenças e as práticas para o cuidado culturalmente relacionado são formadas e freqüentemente incorporadas no contexto de visão de mundo lingüístico, religioso (ou espiritual), de companheirismo (ou social), político (ou legal), educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental da cultura”.

Segundo Laplantine (1995),

“cultura é o conjunto de comportamentos, saberes e saber fazer característicos de um grupo humano ou de sociedade dada, sendo estas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto de seus membros.”

A importância em estudar a cultura popular e a saúde reside no fato de possibilitar a ampliação de novos horizontes, fazendo emergir assim, um novo modo de perceber o mundo instrumentalizado com conhecimentos da prática através de

estudos que permitam compreender o modo de cuidar das pessoas. Vivemos num mundo onde cada pessoa é única e aprende de um modo singular, procurando sua própria orientação quanto à promoção de suas ações de cura, de cuidado sempre embasado nas suas experiências de vida (SCHWARTZ, 1998).

É importante considerar a cultura dentro de seu contexto particular, levando em conta elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos. Isto significa que cultura nunca é estática. O fato de uma sociedade (ou pessoas dela) agirem de uma determinada maneira pode refletir não apenas o fator de que é a sua cultura, mas porque não tem condições (materiais, financeiras) de agirem de outro modo. Isto pode ser verdade quando se trata do uso popular de plantas medicinais e pode refletir tanto a cultura de uma sociedade para o hábito, como a falta de acesso aos serviços (sistema) clássicos de assistência.

Existe um argumento freqüentemente utilizado de que a cultura popular identifica sintomas, porém não caracteriza ou entende as doenças e portanto, não pode servir como base para o desenvolvimento de novos medicamentos. No entanto, o conhecimento tradicional torna-se interessante para a ciência, a partir do entendimento dos relatos verbais, das observações sistemáticas dos fenômenos biológicos, feitos por estas pessoas, talvez sem “cultura” mas providas de outras qualidades que as tornam tanto ou mais perspicazes do que os cientistas (ELISABETSKY, 1999).

Isto nos mostra que a utilização destas plantas está intimamente ligada com a cultura da população estudada, pois apesar do grande número de estudos nesta área ser significativo, o uso de plantas baseia-se freqüentemente na herança do meio familiar de uma determinada comunidade.

Não devemos e não podemos desconsiderar os aspectos quanto à crença, a cultura popular, os valores de uma determinada população, pois desta forma, poderemos tentar e até mesmo distinguir questões “mágicas” e “místicas”, daquelas que possuem um significado e um valor científico (ALVIM, 1997).

As pessoas que apresentam uma visão de cunho místico ou até mesmo mágico, quanto à cura e a própria doença em si, são as que mais usam as plantas como terapêutica para desmistificar e até mesmo, curar suas enfermidades. A transmissão e saberes (populares e científicos) reforçam este pensamento místico (MEDEIROS & CABRAL, 2002).

A rede de conhecimentos e a riqueza da flora brasileira incentiva o aprofundamento da pesquisa sobre o assunto a nível local, despertando inclusive o interesse de grupos internacionais a procurarem princípios ativos, que quando descobertos são vendidos ao Brasil (MEDEIROS & CABRAL, 2002).

Podemos exemplificar o uso popular das plantas medicinais e a iniciativa pública com o projeto implementado pela prefeitura do Balneário de Camburiú, no Estado de Santa Catarina, que tem como objetivo resgatar e valorizar a cultura popular das plantas medicinais, servindo como alternativa de medicamentos fitoterápicos cientificamente comprovados. Os medicamentos estão sendo distribuídos gratuitamente para a população de baixa renda, como alternativa aos medicamentos alopáticos de alto custo. O prefeito de Balneário Camburiú, Leonel Pavan, explica que a proposta é respeitar o conhecimento artesanal de "mateiros e raizeiros" da região que são os grandes conhecedores das plantas medicinais e repassam esses conhecimentos aos pesquisadores. Este é um dos projetos que comprovam que o uso popular de plantas pode ser útil para nos auxiliar na prática enquanto profissional, e poderemos auxiliar a comunidade quanto a eficiência e a eficácia do uso de plantas medicinais.

## 2.5 - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ARTICULAÇÃO DA ENFERMAGEM

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no "estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e coresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população" (BRASIL, 1997).

Dessa forma o PSF valoriza os princípios de territorialização, de vinculação com a equipe, com enfoque interdisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros (SOUZA, 2000).

Segundo VASCONCELOS (2001),

“(...) Um desafio central do programa é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, mostrando, como aconteceu em Cuba, que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país. Mostrar que, ao contrário de simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis”.

O indivíduo busca no serviço de saúde estabelecer uma relação de confiança e compromisso com o profissional de saúde e deseja ter priorizado seu problema / necessidade. Nesta busca, é importante a negociação das necessidades, já que nem sempre o que é um problema para o cliente, é um problema para o serviço de saúde. No entanto, a responsabilidade na produção de saúde é de ambos, diferentemente da concepção tradicional do sistema de saúde onde o trabalhador é o sujeito e o “usuário” é o objeto sobre o qual se irá intervir para melhorar a saúde (FRACOLLI & BERTOLOZZI, 2001).

O PSF busca através de sua atuação interdisciplinar e intersetorial, construir pessoas autônomas, capazes de cuidar de sua saúde, identificando situações de risco e definindo o que é melhor para si e para sua família. Incentivando as relações interpessoais tanto no ambiente intrafamiliar, quanto extra-familiar, promovendo a inserção da família na sociedade.

Portanto a atenção à família, deve se dar nos diversos contextos onde atuam os profissionais de saúde, seja na unidade de saúde, na comunidade ou no domicílio. Assim o profissional deve estar habilitado a executar ações de saúde

coletiva, entrar no contexto sócio-cultural das famílias assistidas, e, estar comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

No final do ano de 1993, o Ministério da Saúde iniciou uma discussão com os municípios já engajados com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além de haver o consenso com as limitações do PACS como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na forma de organização dos serviços de saúde, havia também, o reconhecimento da crise do modelo assistencial de saúde, que era necessário para consolidar o processo de reforma na implantação do SUS. O reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas (REVISTA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2003).

Com este propósito iniciou-se a formulação das diretrizes do PSF, lançado em 1994. Começou a ser implantado entre os anos de 1995 e 1996, e no ano de 2000 cerca de 2500 municípios e 7991 equipes estavam prestando atendimento a essas comunidades, segundo dados do Ministério da Saúde ([internet:www.saude.gov.br](http://internet:www.saude.gov.br)).

Em nosso município, a primeira iniciativa frente a esse novo modelo de atenção à saúde que está sendo implantado e ampliado no Brasil até os dias atuais, foi o PACS implantado em Rio Grande em 1996. No ano seguinte, 1997, começou a criação do projeto para a implantação do PSF e a sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). A Fundação Universidade do Rio Grande, FURG, lavrou um acordo com a Prefeitura Municipal de Rio Grande (PMRG) para permitir o desenvolvimento das atividades do PSF no Centro de Atendimento Integrado a Criança (CAIC) e atender a comunidade residentes nesta micro região.

Em março de 2001, foi implantada a primeira equipe do PSF do município com sede na Vila Maria, e alguns meses depois, a implantação de mais duas equipes, estas por sua vez, abrangendo o bairro Castelo Branco II, com sede no CAIC. Em 2002, houve a ampliação da equipe da Vila Maria, de uma para duas equipes do PSF, o que totaliza no município quatro equipes.

As Unidades de Saúde da Família atuam como uma equipe multiprofissional, composta minimamente, com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Desta forma se assume o desafio do trabalho em equipe, com uma responsabilização sobre o território onde vivem em torno de 4.500 pessoas, ou 1000 famílias.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com o PSF, podemos dizer que eles assumem um desafio de fazer a atenção continuada, resolutive e pautada pelos princípios da promoção da saúde. E ainda que, o PSF desenvolve ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso.

Existem também as atividades programadas, onde as consultas tanto de enfermagem como médica são agendadas com antecedência. São desenvolvidos programas para a saúde do adulto, reunindo grupos de pacientes hipertensos e diabéticos; ações de saúde da criança; programa pré-natal; ações de saúde da mulher; programa de imunizações, dentre outras. O PSF prevê também visitas domiciliares, realizadas pelos agentes comunitários, acompanhados, quando necessário, do auxiliar de enfermagem, enfermeiro, ou médico.

JAKOBO FINKELMAN (2003), representante no Brasil da OMS e da Organização Pan- Americana de Saúde, diz que:

“ o PSF promove a atividade de saúde de vários setores e assegura indivíduos mais saudáveis. Aborda principalmente a prevenção, que é o futuro da saúde. Permite fazer o atendimento de saúde de forma mais humana, o que não só beneficia a população, mas também o profissional” .



## 2.6 - A POLÍTICA INTERSETORIAL DE PLANTAS MEDICINAIS

Movimentos populares no Rio Grande do Sul, há muito tempo reivindicam políticas públicas, de caráter intersetorial, articulada com o projeto de desenvolvimento do Estado, para orientar e apoiar as ações integradas e articuladas no que diz respeito a plantas medicinais. Entidades da sociedade civil como espaços coletivos que vem demarcando uma trajetória de luta por melhores condições de vida, direitos sociais, cidadania, articulam-se para desenvolver um projeto na construção de alternativas de desenvolvimento, de solidariedade e de valorização à vida (DARON & CONY, 2002). Estas reivindicações deram-se por meio das reuniões realizadas, encontros, Conferências Municipais e Estaduais da Saúde, Meio Ambiente e da Mulher, nos seminários do Fórum pela Vida, coordenados pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do Estado.

No Rio Grande do Sul (RS) encontramos uma população heterogênea de etnias italiana, lusitana, alemã, indígena, africana, que contribuíram com as suas farmacopéias e seus hábitos de uso. Temos mais de cem plantas medicinais e aromáticas nativas do RS, onde 32 estão catalogadas pelos seus dados etnofarmacológicos (uso popular) e informações resultantes de pesquisa científica (CASTRO, 2001).

Na indústria farmacêutica gaúcha onde predominam linhas de produção de fitoterápicos há necessidade urgente de fortalecimento através da qualificação tecnológica e do aumento de produtividade. A fitoterapia é uma opção terapêutica eficaz e estratégica para o sistema de saúde.

A atividade com plantas medicinais é de grande importância tanto econômica quanto social, pois permite a geração de empregos e renda nos meio rural e urbano, a preocupação com a manutenção do material genético vegetal, o controle do extrativismo, a preservação do ambiente e a manutenção de cultura, bem como, a segurança do uso de plantas medicinais.

O uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos já é reconhecido como opção terapêutica e eficaz, e se configura em estratégias para o sistema de saúde, pois possibilita reforçar o suprimento de medicamentos dos usuários do SUS.

As experiências populares e comunitárias no uso de plantas, a biodiversidade, os recursos materiais e humanos, a realidade brasileira de dependência econômica e tecnológica, o acúmulo de conhecimento e competência das universidades, órgãos de pesquisa, a indústria farmacêutica, serviram de justificativa para que o governo do Estado do RS definisse a política intersetorial de plantas medicinais.

O RS pretende resgatar, valorizar, ampliar e qualificar a utilização de plantas medicinais como elemento estratégico de saúde, visando a preservação e a conservação do ambiente, a qualidade de vida e desenvolvimento sustentável do Rio Grande do Sul (Secretaria de Saúde do RS,2001). Isto se dará, através da implantação da fitoterapia nos serviços da rede básica de saúde, fazendo avançar a pesquisa sobre as plantas medicinais, com atenção especial para as espécies nativas do estado, qualificando a cadeia produtiva, protegendo, resgatando e valorizando a cultura tradicional e popular, e ainda, incluindo as questões relativas às prefeituras municipais na política de educação ambiental do estado do RS.

Nacionalmente, a secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, constituiu um grupo de estudos de fitoterápicos, para elaboração da "Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos", consonante à Política Nacional de Medicamentos e ao Programa de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde.

A Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos objetiva garantir acesso e uso racional das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, com segurança, eficácia e qualidade, contribuindo ao desenvolvimento deste setor no país.

Como metodologia para a implementação, foram criadas diretrizes contempladas no documento, elaborado por um Grupo de Estudos de Fitoterápicos, nomeado pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Políticas de saúde, onde deverá se:

-Estabelecer a Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos para a Atenção Básica;

-Estimular o desenvolvimento e a produção nacional de medicamentos fitoterápicos conforme critérios técnico-científicos;

-Estabelecer uma política de formação, capacitação e qualificação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias inerentes à viabilização do uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos; Incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país;

-Resgatar, valorizar, embasar e validar cientificamente o uso popular de plantas medicinais e;

-Implementar a regulamentação sanitária de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

A Proposta de Política encontra-se, atualmente, em fase de avaliação e aprovação junto às instâncias Ministeriais (Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2001)

A partir disto, faz-se uma reflexão acerca da importância da natureza para a vida e a saúde, destacando o uso de plantas medicinais como elemento estratégico para o desenvolvimento e a soberania da qualidade. A cultura milenar, que veio perpassando as culturas e os povos, resistindo ao monopólio cientificista que foi abafando as práticas não hegemônicas de atenção à saúde, faz parte da cultura gaúcha e seu resgate pelas políticas oficiais da mesma, a qual agrega complexidade

as ações de saúde e também resgata dimensões colonizadas da cultura da população (DARON & CONY, 2002).

O governo do RS encontrou justificativa para a Política Intersetorial de Plantas Medicinais no reconhecimento do uso de plantas medicinais como opção terapêutica, na possibilidade de contribuir para o suprimento de medicamentos aos usuários do SUS, nas experiências populares e comunitárias no uso de plantas, na riqueza da biodiversidade, nos recursos naturais e humanos, na realidade de dependência econômica e tecnológica, no acúmulo de conhecimento e competência das universidades, órgãos de pesquisa e indústria farmacêutica gaúcha.

## 4 - METODOLOGIA

### 4.1 - Delineamento do estudo

O estudo foi desenvolvido como um pesquisa quantitativa com uma metodologia exploratória, descritiva e analítica.

### 4.2 - Local do estudo

O estudo desenvolveu-se na cidade de Rio Grande, no Rio Grande do Sul, o qual possui uma população de 186.544<sup>1</sup> habitantes. Aproximadamente 2630 famílias do município são assistidas pelas quatro equipes de PSF de Rio Grande (segundo dados do SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica coletados em 04/06/2003, (anexo 1)). No município, no momento da realização deste estudo existiam quatro equipes em atividade, das quais duas estão localizadas no CAIC (Centro de Atendimento Integrado da criança) dentro da FURG - Campus Carreiros, as quais atendem as famílias do Bairro Castelo Branco II. A equipe de número quatro é responsável pelo acompanhamento de 526 famílias e a equipe de número cinco acompanha 470 famílias (SIAB, coletado em 04/06/2003).

Comentário:

As equipes de números três e oito têm sua sede no Posto de Saúde da Vila Maria. A equipe 03 acompanha as famílias dos Bairros Marluz, Cibrazén e metade da Vila Maria, e a equipe 08, é responsável pelo acompanhamento de 796 famílias, residentes nos Bairros Leônidas, Mate Amargo e na outra metade da Vila Maria (SIAB, coletado em 04/06/2003).

---

<sup>1</sup> FONTE: IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico de Estatística – On-line: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br) acessado em 04 de junho de 2003.

Para a análise dos resultados e afim de facilitar a identificação das equipes que acompanham os diversos bairros, iremos identificar as comunidades envolvidas como segue: Comunidade A (Bairro Castelo Branco II – ruas A/D – acompanhada pela equipe de número quatro do PSF), comunidade B (Bairro Castelo Branco II – ruas E/I – acompanhada pela equipe de número cinco do PSF), comunidade C (Parte da Vila Maria, Bairros Cibrazem e Marluz – acompanhada pela equipe de número três do PSF) e a comunidade D (Parte da Vila Maria, Bairros Leônidas e Mate Amargo - acompanhada pela equipe de número oito do PSF). As equipes que acompanham as comunidades A e B contam com o auxílio de quatro agentes comunitários de saúde (ACS) em cada uma delas, enquanto que nas comunidades C e D cinco agentes comunitários atuam em cada uma das equipes, totalizando um número de 18 agentes comunitários que participaram da pesquisa.

#### **4.2.1 - Justificativa**

Ao traçar como meta o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais como agente estratégico para o cuidado com a saúde, pensamos em iniciar o processo de construção a partir da investigação do uso das plantas consideradas medicinais.

Escolhemos os sujeitos da pesquisa que pertencessem às comunidades que fossem acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família, pois esta é uma nova estratégia de ação na atenção básica à saúde, que desenvolve a promoção da reorganização da prática assistencial, provocando reflexos em todos os níveis do sistema.

#### **4.3 - Fases Iniciais do Estudo**

Como fase preliminar do planejamento do estudo, foi procurado a Coordenadoria do Programa Saúde da Família em Rio Grande - RS, para verificar o interesse das equipes em participar da proposta. Das reuniões com a coordenadoria, resultou o total engajamento das mesmas, incluindo os profissionais da área da

saúde envolvidos no PSF, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes comunitários.

Também, nesta etapa considerada preliminar, foi possível organizar um grupo de acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da FURG, dispostos a participar do trabalho e estudar as questões relacionadas ao tema proposto.

#### **4.3.1 - Montagem do Estudo Piloto**

O estudo piloto consistiu em um ensaio que reproduziu todas as estratégias e métodos utilizados na coleta de dados, em uma amostra da população alvo. Esta amostra piloto foi de tamanho bem menor do que a amostra de estudo propriamente dita, suficiente para apenas um ou dois dias (MEDRONHO *et al.*, 2002).

A partir de uma revisão bibliográfica, fizemos uso do instrumento já validado por CHRISTOPHERSEN *et al.* (1991), adaptando-o para a realidade das comunidades estudadas. Este instrumento constava de perguntas abertas e abrangentes sobre o tema proposto. Abrange as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, quais as plantas que você usa para fins terapêuticos, para qual doença é usada a planta, a quantidade que se usa, a parte da planta que é usada, como se prepara para o uso.

#### **4.3.2- Aplicação do Estudo Piloto**

A partir da definição do local e da forma da coleta de dados, foi aplicado o questionário pré formulado, em meados de dezembro de 2002, na sala de espera do CAIC (Centro de Atendimento Integral à Criança), da sede de duas das quatro equipes que compõe o estudo. Participaram desta fase 22 pessoas, as quais foram questionadas quanto a utilização de plantas medicinais e/ou produtos naturais para a cura de suas enfermidades.

#### **4.3.3- Análise do Estudo Piloto**

Os principais resultados obtidos neste projeto piloto permitiram confirmar a utilização de plantas medicinais como uma prática comum no combate às doenças leves, quando se tem alguém doente em casa; o estudo piloto, também houve a identificação das 20 plantas mais usadas pela população em questão, dentre elas temos: carqueja, macela, boldo, guaco, gengibre, erva - doce, capim - cidrão, losna, caatinga de mulata (palminha), alcachofra, salsa, sabugueiro, anis, erva - cidreira, hortelã, funcho, malva, picão, transagem e o açai. Neste estudo, nos chamou atenção a citação por vários entrevistados, do Açai, uma planta que não é característica de nossa região; durante este estudo inicial vimos também que a maioria das pessoas entrevistadas assumem como primeira conduta, em casos mais leves, o uso de chás caseiros quando alguém da família adoecer, e como última alternativa, procuram a Unidade de Saúde.

Levando em consideração as respostas obtidas com a aplicação do questionário, observamos que o instrumento precisava de ajustes conforme as respostas dadas, adaptando mais para a realidade da população em questão.

#### **4.4- População do estudo**

A população alvo selecionada foi constituída por famílias residentes dentro da área geográfica coberta pelas equipes do PSF do município de Rio Grande, sendo entrevistados somente os maiores de 21 anos, e que mostraram interesse em participar da pesquisa.

Fizeram parte do estudo 20 famílias, sob a responsabilidade de cada agente comunitário de saúde nas diferentes comunidades investigadas, totalizando 360 famílias entrevistadas. As famílias que participaram da pesquisa, foram visitadas respeitando a agenda de trabalho dos agentes comunitários, e as mesmas foram questionadas quanto aos seus hábitos na utilização de produtos naturais para promover o seu cuidado.



#### **4.5. Definição e Desenho da Amostra**

A ausência de dados sobre o uso de plantas medicinais no município de Rio Grande - RS, nos levou a estimar que 5% das famílias acompanhadas pelas quatro equipes de PSF já usaram plantas medicinais alguma vez. O nível de confiança admitido foi de 95% com margem de erro de 2%. O tamanho desta amostra foi estimado segundo Triola (1999), sendo 360 famílias estudadas.

#### **4.6- Coleta de Dados**

##### 4.6.1- Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário, contendo perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao participante da pesquisa responder questões pré-formuladas, e assim expor sua opinião e conhecimento acerca do uso de plantas medicinais e da utilização na medicina popular (anexo 2).

O uso de formulários são técnicas que implicam interação entre o pesquisador e o informante, o qual consiste em colocação de estímulos verbais pelo primeiro, que recebe respostas verbais do segundo (ABRAMO *et al.*, 1988).

##### 4.6.2 - Definição das Variáveis

No instrumento utilizado na pesquisa foram identificadas as seguintes variáveis:

###### 4.6.2.1. - Variável Dependente

Utilização das plantas medicinais: foi questionado se o entrevistado tem o hábito de utilizar as plantas medicinais ou algum outro produto natural para curar doenças.

#### 4.6.2.2 - Variáveis Independentes

a - Identificação dos entrevistados: Foram anotados o nome, endereço, sexo, idade e estado civil dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

b - Forma de transmissão do conhecimento sobre as plantas medicinais: foram investigadas a forma de transmissão da aquisição da sabedoria quanto ao uso de plantas medicinais.

c - Identificação das plantas medicinais utilizadas: os entrevistados eram questionados se utilizavam cada uma das 20 plantas enumeradas no instrumento. No caso de resposta afirmativa quanto ao uso de uma determinada planta, o entrevistado era ainda questionado sobre os seguintes aspectos:

c.1 - Indicação terapêutica: identificação de quais os possíveis sinais, sintomas e/ ou patologias tratadas com a planta utilizada;

c.2 - Parte utilizada: determinação de qual (is) a (s) parte (s) da planta utilizada;

c.3 - Local de obtenção: identificação do local da compra ou coleta da planta;

c.4 - Particularidades quanto a coleta: investigação de alguma particularidade, ou, algum cuidado especial quanto a obtenção da planta;

c.5 - Forma de preparo: investigação de quais as formas utilizadas para a extração dos princípios ativos da planta, na preparação;

c.6 - Frequência de utilização: identificação da frequência de utilização da planta;

c.7 - Quantidade utilizada: identificação da quantidade da planta ou parte dela usada para prepará-la;

c.8 - Via de administração: identificação da via de administração da planta;

c.9 - Efeitos colaterais: investigação da presença de efeitos colaterais indesejáveis após o uso da planta.

d - Presença de horta nos domicílios: os entrevistados foram questionados quanto a possuírem horta em casa.

e - Conduta adotada frente a situação de doença na família: Os entrevistados eram investigados sobre a primeira conduta adotada no caso de doença de um dos membros da família.

f - Associação de plantas medicinais e medicação tradicional: Os entrevistados eram investigados sobre o hábito de utilizar plantas medicinais paralelamente a remédios prescritos pelo médico. Em caso afirmativo, eram ainda identificado os principais medicamentos.

#### 4.6.3 - Aplicação do instrumento

A pesquisa ocorreu no próprio domicílio do participante, com apenas uma pessoa entrevistada por família.

Os participantes foram esclarecidos previamente acerca dos objetivos e finalidade da pesquisa, respeitando-se os aspectos éticos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo-se também o anonimato das mesmas, através do termo de Consentimento Livre Esclarecido (anexo 1).

#### 4.6.4 - Capacitação dos facilitadores

Para a prática da coleta de dados, foram capacitados 28 acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. O treinamento constou do conhecimento da amostra, do número de famílias (estimativa) que fariam parte do estudo, do conhecimento do instrumento de pesquisa (formulário), do seu conteúdo, seu preenchimento, sua entrega.

Os pesquisadores de campo foram selecionados em função das suas características pessoais, segundo MEDRONHO *et al.* (2002) estas podem ser como classificadas pelo gênero, escolaridade, inteligência, experiência, personalidade, cordialidade, capacidade de persuasão e adaptabilidade a ambientes diferentes.

#### 4.7 - Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do Programa Statistic na versão 2000. As diferenças entre porcentagens foram analisadas através do Teste do Qui Quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo os valores em que  $p < 0,05$ . Nos casos em que a análise das porcentagens foi realizado entre mais de dois grupos, foi utilizado o Teste de “*Multiple Comparisons for Proportions*” (ZAR, 1984).

## 5 - RESULTADOS

### 5.1 – Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída de 360 entrevistados os quais habitavam as comunidades acompanhadas pelas quatro equipes do PSF, ou seja: comunidade A (Bairro Castelo Branco II – acompanhados pela equipe 04), comunidade B (Bairro Castelo Branco II – acompanhados pela equipe 05), comunidade C (Parte da Vila Maria, Bairros Cibrazém e Marluz – acompanhados pela equipe 03), comunidade D (Parte da Vila Maria, Bairros Leônidas e Mate Amargo - acompanhados pela equipe 08).

Como pode ser observado, 89,16% dos entrevistados eram do sexo feminino (**Tab. 1**). Quanto a faixa etária, a maioria deles (43,33%) tinham entre 21 e 40 anos (**Tab. 2**). Cabe salientar que no Bairro Castelo Branco II (comunidades A e B) predomina uma população mais jovem (entre 21- 40 anos), enquanto que nas comunidades C e D encontra-se uma população com idade mais avançada (entre 41-60 anos; **Tab. 3**). A tabela 4 nos mostra que quanto ao estado civil as pessoas questionadas são na maioria casadas (42,77%) ou vivem em união estável (25,83%).

**Tabela 1 - Caracterização da amostra – Sexo dos entrevistados**

<i>Sexo</i>	<i>Porcentagem de entrevistados</i>
Não informou	0,27%
Feminino	89,16%
Masculino	10,55%

n = 360

**Tabela 2 - Caracterização da amostra – Idade dos entrevistados**

<i>Idade</i>	<i>Porcentagem dos entrevistados</i>
21 – 40 anos	43,33%
41 – 60 anos	39,44%
61 – 80 anos	15,55%
Acima de 80 anos	0,55%
Não informou	1,11%

n = 360

**Tabela 3** - Caracterização da amostra – Idade dos entrevistados das comunidades acompanhadas pelas diferentes equipes do PSF.

	<i>não.inform.</i>	<b>21- 40 anos</b>	<b>41-60 anos</b>	<b>61-80 anos</b>	<b>Acima de 80</b>	<b>n</b>
<b>Comunidade A</b>	1,25%	68,75%	21,25%	8,75%	0,00%	80
<b>Comunidade B</b>	0,00%	62,50%	30,00%	7,50%	0,00%	80
<b>Comunidade C</b>	1,00%	33,00%	46,00%	20,00%	0,00%	100
<b>Comunidade D</b>	2,00%	18,00%	55,00%	23,00%	2,00%	100

n = 360

**Tabela 4** - Caracterização da amostra – Estado civil dos entrevistados.

<i>Estado Civil</i>	<i>Porcentagem dos entrevistados</i>
Casado	42,77%
União estável	25,83%
Solteiro	12,77%
Viúvo	12,50%
Divorciado	5,83%
Não informaram	0,27%

n = 360

## 5.2 – Utilização das plantas medicinais

A tabela 5 nos mostra que 95% dos entrevistados afirmam fazer uso de plantas medicinais como agentes terapêuticos. Quando os dados são apresentados levando-se em consideração o hábito de uso das plantas medicinais entre a população que é acompanhada pelas diferentes equipes do PSF, (Tabela 6) observa-se que a proporção de entrevistados que utilizam as plantas medicinais para o seu cuidado é significativamente ( $p=0,066$ ) maior na comunidade A (100%) e na comunidade C (98%).

**Tabela 05** – Valores percentuais do número de entrevistados que utilizam plantas medicinais.

<i>Utilização de plantas medicinais</i>	<i>Porcentagem de entrevistados</i>
Não informaram	0,27%
Que usam as plantas	95%
Que não usam	4,72%

n = 360

**Tabela 06** – Valores percentuais do número de entrevistados que utilizam as plantas medicinais acompanhados pelas diferentes equipes do PSF.

<b>Comunidades</b>	<b>Utilizam plantas medicinais</b>	<b>n</b>
Comunidade A	100,00%*	80
Comunidade B	93,75%	80
Comunidade C	98,0%*	100
Comunidade D	89,90%	100

n = 360

(\*) diferença significativa em relação as comunidades B e D

### 5.3- Forma de transmissão do conhecimento sobre as plantas medicinais

A figura 1 nos mostra a distribuição dos entrevistados quanto à aquisição do conhecimento sobre as plantas medicinais. A grande maioria dos atores sociais da pesquisa referem que aprenderam a utilizar as plantas medicinais com sua própria mãe (55,68%) ou com sua avó (19,82%). Dados mais detalhados podem ser vistos na tabela 7.

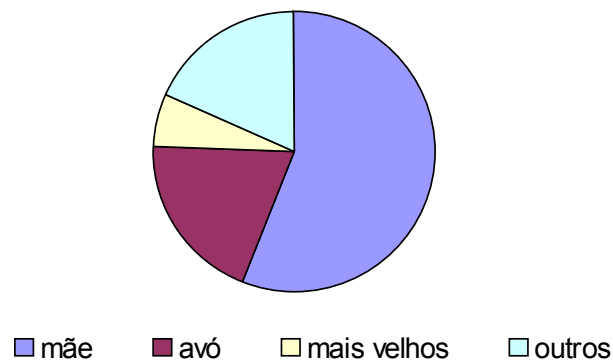


Figura 1 : Forma de obtenção do conhecimento sobre o uso de plantas medicinais.

**Tabela 07-** Valores percentuais do número de entrevistados distribuídos quanto à forma de transmissão do conhecimento sobre as plantas medicinais:

<i>Transmissão de conhecimento</i>	<i>Porcentagem de entrevistados</i>
Mãe	<b>55,68%</b>
Avó (ô)	<b>19,82%</b>
Mais velhos	6,12%
Eu mesma (o)	3,20%
Outros	3,20%
Sogra (o)	2,33%
Tia (o)	1,74%
Com a comunidade	1,74%
Médico	1,45%
Benedeira	1,45%
Com o tempo	0,87%
Vizinha (o)	0,87%
Rádio	0,58%
Televisão	0,58%
Não informou	0,29%

n = 342

#### **5.4- Plantas medicinais utilizadas**

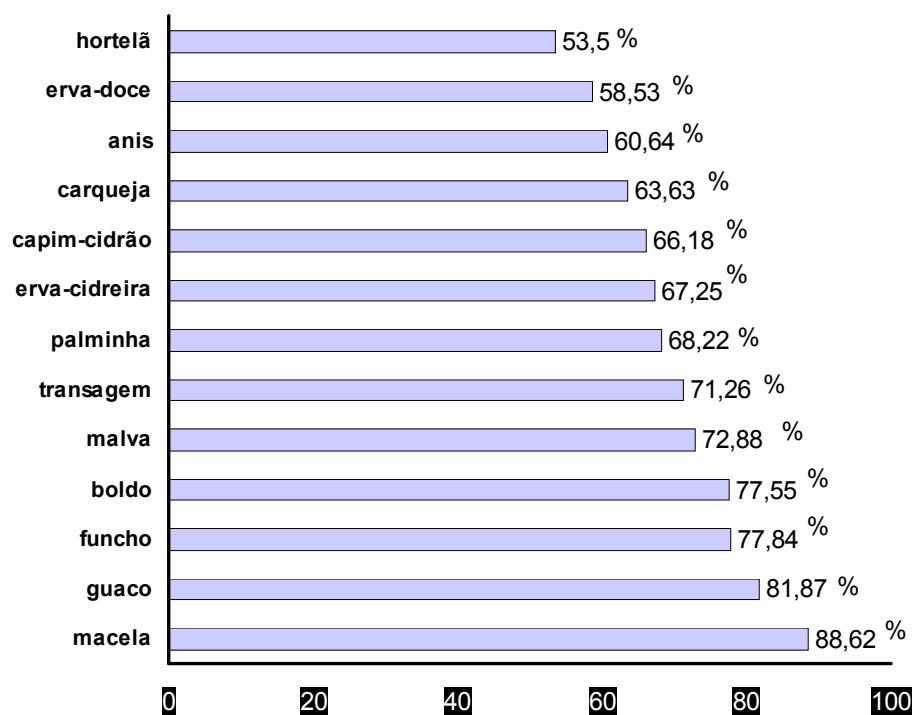
A tabela 8 nos mostra todas as plantas pesquisadas, treze delas são utilizadas por mais de 50% dos entrevistados, ou seja: anis, boldo, carqueja, capim-cidrão, erva-cidreira, erva-doce, funcho, guaco, hortelã, macela, malva, palminha e transagem (Figura 2). Para análise das demais variáveis relativas as plantas utilizadas, nos deteremos sobre estas treze plantas. Quadro 01 apresenta a relação de plantas medicinais utilizadas por mais de 50% dos entrevistados e seus respectivos nomes científicos. Cabe esclarecer que não foi feita identificação botânica de nenhuma espécie e portanto, os nomes científicos foram atribuídos consultando-se a literatura e associando com os nomes populares atribuídos pela população de usuários.



**Tabela 08 – Valores percentuais de utilização das plantas medicinais pesquisadas:**

<i>Plantas medicinais pesquisadas</i>	<i>Porcentagem de entrevistados</i>
Açaí	0,58
Alcachofra	21,63
Anis	<b>60,64</b>
Boldo	<b>77,55</b>
Capim –cidrão	<b>66,18</b>
Carqueja	<b>63,63</b>
Erva –cidreira	<b>67,25</b>
Erva – doce	<b>58,53</b>
Funcho	<b>77,84</b>
Gengibre	9,35
Guaco	<b>81,87</b>
Hortelã	<b>53,50</b>
Losna	37,94
Macela	<b>88,62</b>
Malva	<b>72,88</b>
Palminha	<b>68,22</b>
Picão	39,88
Sabugueiro	40,05
Salsa	38,19
Transagem	<b>71,26</b>

n=342



**Gráfico 2:** Valores percentuais de utilização das 13 plantas medicinais usadas por mais de 50% dos entrevistados.

**Quadro 01-** Nomes científicos das 13 plantas medicinais utilizadas por mais de 50% dos entrevistados.

<b>Nome popular</b>	<b>Nome científico</b>
Anis	<i>Pimpinella anisium</i>
Boldo	<i>Peumus boldus / Vernonia condensata Beker</i>
Carqueja	<i>Bacharis trimera</i>
Capim – cidrão	<i>Cymbobogon citratus Stap.</i>
Erva – cidreira	<i>Lippia Alba</i>
Erva – doce	<i>Pimpinella anisium</i>
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i>
Guaco	<i>Mikania glomerata Spreng</i>
Hortelã	<i>Mentha piperita L.</i>
Macela	<i>Achyrocline satureioides</i>
Malva	<i>Malva silvestris</i>
Palminha	<i>Tanacetum vulgare L.</i>
Transagem	<i>Plantago major/Plantago tomentosa</i>

Pode-se observar que a parte da planta mais usada pelos entrevistados são as folhas, ressalvando-se a macela e a erva doce, em que são usadas as flores e as sementes, respectivamente. A maioria das plantas utilizadas são obtidas nas residências dos entrevistados, seguido do campo, como no caso da macela e da carqueja, ou ainda comprando com o ervateiro ou solicitando aos vizinhos. Na tabela 09 são visualizadas somente os resultados considerados predominantes quanto a parte das plantas utilizadas, ao local de obtenção e a forma de preparo.

**Tabela 09** - Distribuição dos entrevistados segundo, as partes mais usadas das plantas, o local de obtenção do produto, e a sua forma de preparo.

Plantas	<i>Parte da planta</i>		<i>Local de obtenção</i>		<i>Forma de preparo</i>	
	Parte	%	Local	%	preparo	%
<b>Macela</b>	flor	83,88%	campo	59,54%	Infusão	91,45%
<b>Guaco</b>	folha	97,50%	vizinha	48,93%	Infusão	73,57%
<b>Funcho</b>	folha	82,40%	casa	46,07%	Infusão	94,76%
<b>Boldo</b>	folha	97,74%	casa	65,79%	Infusão	89,85%
<b>Malva</b>	folha	98,40%	ervateiro	42,80%	Infusão	94,40%
<b>Transagem</b>	folha	91,36%	casa	53,50%	Infusão	95,06%
<b>Palminha</b>	folha	97,86%	casa	55,98%	Infusão	67,52%
<b>Erva – cidreira</b>	folha	94,78%	casa	45,22%	Infusão	89,13%
<b>Capim – cidrão</b>	folha	96,92%	casa	46,26%	Infusão	90,31%
<b>Carqueja</b>	folha	87,96%	campo	49,07%	Infusão	89,81%
<b>Anis</b>	folha	96,63%	casa	62,98%	Infusão	90,87%
<b>Hortelã</b>	folha	92,35%	casa	54,64%	Infusão	91,80%
<b>Erva Doce</b>	semente	79,40%	ervateiro	46,23%	infusão	92,46%

n=342

A tabela 10 mostra que a maioria das pessoas entrevistadas usa plantas medicinais somente quando precisa. No entanto, também é grande o número de

peças que usam as plantas medicinais no dia-a-dia. Quanto a quantidade utilizada, a maioria deles usa menos de 03 folhas para a preparação da infusão, quando for o caso. No caso da erva-doce, são utilizadas as sementes (geralmente uma colher de chá). E quanto a via de administração, predominou a via oral, apenas aparecendo o uso tópico de Malva e da Palminha.

**Tabela 10-** Distribuição quanto a periodicidade do uso das plantas, a quantidade utilizada e a via de administração.

<b>Planta</b>	<b>Período de utilização</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Via de administração</b>	
	<b>Quando precisa</b>	<b>Dia-a-dia</b>	<b>Quant. Utilizada(*)</b>	<b>Porcentagem dos entrevistados</b>	<b>Via</b>	<b>Porcentagem dos entrevistados</b>
<b>Macela</b>	77,63%	22,36%	03	55,59	Oral	100
<b>Guaco</b>	76,07%	23,93%	03	77,50	Oral	100
<b>Funcho</b>	75,28%	24,66%	03	84,27	Oral	100
<b>Boldo</b>	80,45%	19,55%	03	83,08	Oral	100
<b>Malva</b>	76,40%	23,60%	03	86,40	Oral tópica	99,60 0,4
<b>Transagem</b>	77,37%	22,22%	03	85,60	Oral	100
<b>Palminha</b>	58,55%	41,46%	03	84,19	Oral tópica	89,74 10,25
<b>E. cidreira</b>	60,43%	39,57%	03	76,52	Oral	100
<b>C. cidrão</b>	62,56%	37,45%	03	81,50	Oral	100
<b>Carqueja</b>	69,91%	29,62%	03	76,39	Oral	100
<b>Anis</b>	69,71%	30,29%	03	82,69	Oral	100
<b>Hortelã</b>	75,41%	24,59%	03	72,68	Oral	100
<b>Erva Doce</b>	72,86%	27,14%	02	55,28	Oral	100

n=342

Quando os dados relativos à utilização das diversas plantas medicinais e as suas indicações são analisados em conjunto, verificamos que, a maior parte da população estudada utiliza as plantas medicinais para tratar afecções do estômago,

sendo, indicadas para este fim 15 das 20 plantas estudadas, dentre elas: palminha, carqueja, losna, boldo, macela, hortelã, funcho e outras. Também destaca-se a citação de 18 plantas em outras indicações. Entre elas são muito utilizados o boldo para o tratamento de afecções hepatobiliares, a carqueja como emagrecedor, e a palminha, losna, erva- cidreira e capim- cidrão para dar sabor ao chimarrão (Tabela 11) .

**Tabela 11-** Relação do uso terapêutico das plantas medicinais citadas pelos entrevistados conforme a indicação terapêutica.

<i>Usos populares</i>	<i>Número de plantas indicadas</i>
Estômago	15
Outras indicações	18
Infecção	09
Calmante	07
Cólica	06
Gripe	11
Dor de garganta	08
Expectorante	06
Vermes	04
Tosse	05

A fim de facilitar a visualização da indicação terapêutica das plantas medicinais utilizadas, separamos as diversas patologias, sinais e sintomas investigados em sete grupos distintos: Sistema Respiratório, Sistema Cardiovascular, Sistema Genito - gastrointestinal, Alterações Emocionais, Afecções Dolorosas, Infeciosas e Inflamatórias e Outras afecções sintomáticas investigadas (Quadro 2).

**Quadro 02-** Patologias, sinais e sintomas tratados com plantas medicinais distribuídos em sistemas.

<b>Sistemas / Afecções</b>	<b>Patologias/sinais/sintomas</b>
Sistema Respiratório	Asma, tosse, expectorante
Sistema Cardiovascular	Coração, pressão alta, colesterol alto
Sistema Genito-gastrointestinal	Diarréia, gases, prisão de ventre, cólica, estômago, vermes
Sistema Endócrino	Diabetes
Alterações Emocionais	Calmante, nervos, cansaço
Afecções dolorosas, infecciosas e inflamatórias	Dores de: dente, cabeça, garganta, ouvido, febre, gripe, inflamação e infecção
Outras afecções investigadas	Diversas

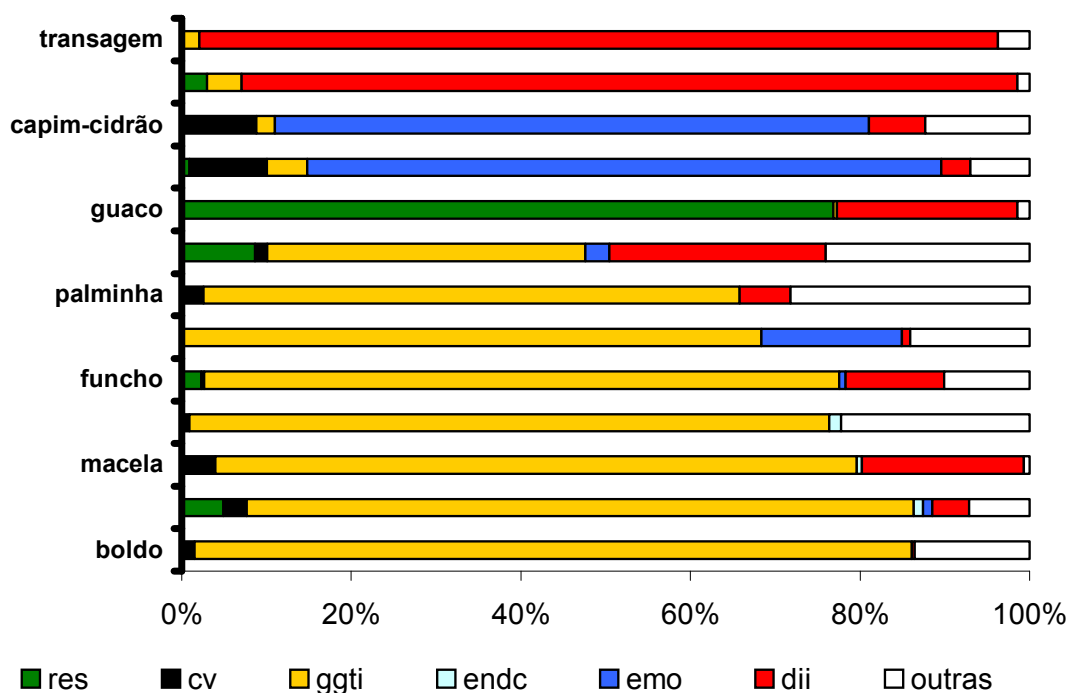
Na tabela **12** podemos observar as treze plantas medicinais utilizadas por mais de 50% dos entrevistados, distribuídos conforme a sua indicação terapêutica. De acordo com a divisão dos sistemas, as principais indicações das plantas medicinais pela população estudada foi o tratamento das afecções do sistema genito-gastrointestinal, seguido das afecções dolorosas, infecciosas e inflamatórias. As análises dos dados nos permite verificar que entre as principais indicações de cada uma das plantas destacam-se: guaco, para o tratamento de afecções do trato respiratório (76,87%).

O boldo, utilizado em 84,59% para problemas do sistema genito gastrintestinais; ainda para este mesmo sistema outras plantas também possuem a sua principal indicação, entre elas, a macela (75,66%), o funcho (74,91%), a palminha (63,25%), a carqueja (75,46%), o anis (37,50%), a hortelã (78,69%) e a erva doce (68,34%). A erva cidreira (74,78%) e o capim cidrão (70,04%) são mais usados em situações de desconforto emocional. A malva (90,80%) e a transagem (94,24%), são utilizadas, na grande maioria das vezes, para o tratamento de dores, infecção e/ou inflamação.

**Tabela 12**– Valores percentuais das principais indicações terapêuticas de cada uma das 13 plantas medicinais usadas por mais de 50% da população estudada.

<b>Plantas</b>	<b>Res.</b>	<b>Cv.</b>	<b>Ggti</b>	<b>Endc.</b>	<b>Emo.</b>	<b>Dii.</b>	<b>Outras</b>
Macela	0,33 %	3,62 %	75,66 %	0,66%	-	19,08 %	0,66 %
Guaco	76,87%	-	0,36 %	-	-	21,35 %	1,42 %
Funcho	2,25 %	0,37 %	74,91 %	-	0,75 %	11,61 %	10,11 %
Boldo	-	1,50 %	84,59 %	-	-	0,38 %	13,53 %
Malva	3,20 %	-	4,40 %	-	-	90,80 %	1,60 %
Transagem	-	-	2,06 %	-	-	94,24 %	3,70 %
Palminha	-	2,56 %	63,25 %	-	-	5,98 %	28,21 %
Erva-cidreira	0,87 %	9,13 %	4,78 %	-	74,78%	3,48 %	6,96 %
Capim-cidrão	-	8,81 %	2,20%	-	70,04%	6,61 %	12,33 %
Carqueja	-	0,93 %	75,46 %	1,39%	-	-	22,22 %
Anis	8,65 %	1,44 %	37,50 %	-	2,88 %	25,48 %	24,03 %
Hortelã	4,92 %	2,73 %	78,69 %	1,09%	1,09 %	4,37 %	7,10 %
Erva Doce	-	-	68,34 %	-	16,58%	1,01 %	14,07 %

Res. – Sistema Respiratório; Cv – Sistema Cardiovascular; Ggti. Sistema Genito –gastrintestinal; Endc.- Sistema Endócrino; Emo. – Afecções Emocionais; Dii. – Afecções dolorosas, infecciosas e inflamatórias; Outras. – Outras afecções investigadas no questionário.



Res. – Sistema Respiratório; Cv – Sistema Cardiovascular; Ggti. Sistema Genito –gastrintestinal; Endc.- Sistema Endócrino; Emo. – Afecções Emocionais; Dii. – Afecções dolorosas, infecciosas e inflamatórias; Outras. – Outras afecções investigadas no questionário.

Figura 3: Valores percentuais das principais indicações das 13 plantas mais utilizadas pelos entrevistados distribuídos pelos diversos sistemas.

Quando analisamos as treze plantas mais utilizadas pelas comunidades acompanhadas pelas equipes de PSF, verificamos que as Comunidades A e C são as que mais utilizam as plantas medicinais, conforme nos mostra a tabela 13.

Não foram referenciadas particularidades com relação ao cuidado na hora de coletar as plantas medicinais por um número significativo de pessoas entrevistadas. No entanto, alguns entrevistados disseram que coletam a macela na sexta-feira santa antes de amanhecer. E ainda, não foram relatados pelos entrevistados a observação de efeitos colaterais indesejados durante o uso das plantas medicinais investigadas.



**Tabela 13**– Distribuição das plantas medicinais quanto a utilização pelas diferentes comunidades acompanhadas pelas equipes do PSF.

<b>Plantas</b>	<b>% total total</b>	<b>Porcentagem dos entrevistados por comunidade</b>			
		<b>Comunidade A</b>	<b>Comunidade B</b>	<b>Comunidade C</b>	<b>Comunidade D</b>
<b>Anis</b>	60,64	72,50	64,00	62,24	45,56
<b>Boldo</b>	77,55	87,50	80,00	75,51	68,89
<b>Capim cidrão</b>	66,18	77,50	64,00	62,24	62,22
<b>Carqueja</b>	63,63	72,50	56,00	65,63	60,00
<b>Erva-cidreira</b>	67,25	75,00	60,00	72,16	61,11
<b>Erva-doce</b>	58,53	72,50	64,00	53,13	47,19
<b>Funcho</b>	77,84	87,50	86,67	73,47	66,67
<b>Guaco</b>	81,87	85,00	80,00	87,63	74,44
<b>Hortelã</b>	53,50	56,25	50,67	56,70	50,00
<b>Macela</b>	88,62	86,25	88,00	93,88	85,56
<b>Malva</b>	72,88	77,50	76,00	67,35	72,22
<b>Palminha</b>	68,22	80,00	65,33	72,45	55,56
<b>Transagem</b>	71,26	68,75	74,67	77,08	64,44

### 5.5- Existência de Horta no Domicílio

A tabela 14 nos mostra a porcentagem de famílias acompanhadas pelas quatro equipes do PSF que possuem horta em casa. Podemos observar que a maioria das famílias não possuem, não havendo diferenças significativas entre as comunidades.

**Tabela 14** – Valores percentuais do número de entrevistados que possuem horta em casa, distribuídos pelas suas comunidades de origem :

<b>Comunidades</b>	<b>Porcentagem dos entrevistados</b>	<b>N</b>
Comunidade A	17,50%	80
Comunidade B	15,00%	80
Comunidade C	20,00%	100
Comunidade D	18,00%	100

n = 342

### 5.6- Conduta Adotada em Caso de Doença na Família

A tabela **15** nos permite ver que a maioria das pessoas (68,03%) utiliza plantas medicinais, através do uso de chás caseiros, como primeira conduta quando alguém da família adoece. A segunda conduta mais adotada nessa situação é o deslocamento até o posto de saúde (23,75%), seguido pelo encaminhamento para o hospital (3,22%).

**Tabela 15-** Valores percentuais quanto ao número de entrevistados conforme a conduta adotada quando alguém da família adoece.

<b>Conduta adotada</b>	<b>Porcentagem dos entrevistados</b>
Faz o chá em casa	68,03%
Leva ao posto de saúde	23,75%
Leva no hospital	3,22%
Toma remédio em casa	2,05%
Outra conduta	1,46%
Leva na benzedeira	1,17%
Leva na farmácia	0,29%

n = 342

Ao avaliarmos a conduta adotada pelas diferentes comunidades acompanhadas pelas equipes de PSF, quando alguém da família adoece, podemos observar que as famílias pertencentes a comunidade C, seguida da comunidade A, utilizam chás com maior frequência quando comparadas com as famílias atendidas pelas outras equipes (Tabela 16). Por outro lado, as famílias pertencentes à comunidade B, procuram o posto de saúde com uma frequência maior (34,67%), quando comparadas com as demais. Interessante salientar que, estas últimas famílias são as que procuraram com menor frequência o hospital, com diferença significativa entre as demais comunidades estudadas.

**Tabela 16** – Valores percentuais do número de entrevistados acompanhados pelas diferentes equipes do PSF, distribuídas conforme a conduta adotada quando alguém adoece na família.

<b>Equipes do PSF</b>	<b>Faz o chá em casa</b>	<b>Leva ao Posto de Saúde</b>	<b>Leva no Hospital</b>	<b>n</b>
<b>Comunidade A</b>	69,62%	21,52%	2,53%	79
<b>Comunidade B</b>	64,00%	34,67%	1,33%	75
<b>Comunidade C</b>	*71,43%	19,39%	3,06%	98
<b>Comunidade D</b>	66,29%	21,35%	5,62%	89

n = 342

\* diferença significativa

### 5.7- Associação entre Plantas Medicinais e as Medicamentos Tradicionais

Quanto à utilização de remédios caseiros juntamente com aqueles prescritos pelo médico (Tabela 17), a maioria dos entrevistados (70,38%) respondeu que não costuma associar os dois tipos de tratamento concomitantemente.

Tabela 17 – Valores percentuais do número de entrevistados quanto à utilização de plantas medicinais juntamente com remédios prescritos.

<b>Uso paralelo de plantas com medicamentos</b>	<b>Porcentagem de entrevistados</b>
Usam	29,61%
Não usam	70,38%

A tabela 18 nos mostra que quando analisamos somente aquela população que tem o hábito de utilizar medicação caseira paralelamente com a medicação prescrita pelo médico, podemos observar que este uso concomitante dos dois tipos de medicação é significativamente maior ( $p < 0,05$ ) entre as famílias da comunidade C (45,92%) comparada com as demais.

Tabela 18 – Valores percentuais do número de entrevistados que utilização remédios caseiros juntamente com remédios prescritos pelos médicos, distribuídos conforme as comunidades de origem.

<i>Comunidades</i>	<i>Usam plantas medicinais juntamente com remédio</i>
Comunidade A	18,75%
Comunidade B	25,68%
Comunidade C	*45,92%
Comunidade D	24,72%

n = 342

Entre os medicamentos mais usados pela parcela da população que utilizam as plantas medicinais juntamente com medicamentos tradicionais, encontramos os analgésicos e antitérmicos, conforme nos mostra a tabela 19.

**Tabela 19-** Distribuição dos remédios prescritos pelo médico que são usados juntamente com os chás caseiros.

<b><i>Medicamentos tradicionais</i></b>	<b><i>Número de entrevistados</i></b>
Analgésicos / antitérmicos	51
Antibióticos	05
Xarope de Mel Guaco e Agrião	04
Anti-ulceroso	03
Antiespasmódico	03
Antiinflamatório	02
Anti helmíntico	02
Anti-micótico	01
Não sabem os nomes dos remédios que usam	34

## 6 - DISCUSSÃO

Tem sido recomendação da Organização Mundial de Saúde, que os países membros, principalmente os do terceiro mundo, ampliem o arsenal terapêutico para a saúde pública através do aproveitamento das práticas de medicina caseira empregadas pelas populações. O resumo destas recomendações pode ser feito da seguinte maneira: 1) proceder a levantamentos regionais das plantas usadas nas práticas caseiras de medicina popular ou medicina tradicional, identificando-as corretamente (identificação botânica); 2) apoiar o uso de práticas úteis selecionadas por sua eficácia e segurança terapêuticas; 3) suprimir o uso de práticas inúteis ou prejudiciais e 4) desenvolver programas governamentais que permitam cultivar e utilizar as plantas selecionadas (AKERELE, 1984).

Na tentativa de atender a estas recomendações e assim contribuir para o uso adequado das plantas, este trabalho foi realizado. O estudo foi planejado para a aplicação de questionários de levantamento elaborados de modo a permitir respostas precisas as questões que abordassem os seguintes tópicos: o uso das principais plantas medicinais utilizadas pelas comunidades atendida pelas equipes do Programa de Saúde da Família, suas indicações terapêuticas, a forma de preparo, a quantidade utilizada para o preparo e as partes das plantas utilizadas para o consumo, a forma de transmissão do conhecimento sobre as plantas, os procedimentos realizados quando alguém da família adoece, a utilização de medicamentos alopáticos associados às plantas medicinais, entre outros.

Participaram deste estudo os profissionais das equipes de saúde do PSF, bem como um grupo de acadêmicos do Curso de Graduação de Enfermagem e Obstetrícia da FURG, como facilitadores, pesquisadores de campo que foram selecionados em função das suas características pessoais, experiência, cordialidade, capacidade de persuasão e adaptabilidade (MEDRONHO *et al.*, 2000). O trabalho proporcionou a experiência da equipe multidisciplinar, formada por diferentes profissionais, mas que estão juntos para atender a um objetivo comum.

Foram entrevistadas 360 famílias, representadas pela pessoa (maior de 21 anos) presente no domicílio no momento da visita. As visitas foram, geralmente, acompanhadas do agente de saúde pertencentes às equipes de Programa Saúde da Família de Rio Grande. Este programa, implantado no país entre 1995 e 1996, faz parte da reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) e se constitui em uma estratégia operacional da atenção básica de saúde, o qual dá ênfase a atenção e consolidação dos sistemas locais de saúde (VIANA *apud* MEDEIROS, 2000).

Os questionários foram respondidos principalmente pelas mulheres (89,16%, tabela 01). As visitas domiciliares foram realizadas durante os horários considerados comerciais, respeitando o horário de trabalho dos agentes de saúde.

Quanto ao estado civil (tabela 04), a maioria dos entrevistados ou são casados (42,77%) ou vivem consensualmente (25,83%).

A tabela 03 nos mostra a distribuição por faixa etária dos entrevistados. Nas comunidades A e B, predominou a faixa etária mais jovem, situando-se entre 21 e 40 anos. Ao contrário, nas comunidades C e D, a idade das entrevistadas situou-se entre 41 e 60 anos. A amostra dos entrevistados refletiu as diferenças de faixa etária predominantes nas comunidades conforme os dados do SIAB (anexo III).

Quanto ao uso, 95% dos entrevistados utilizam as plantas medicinais, mostrando que a medicina doméstica e portanto o conhecimento popular são relevantes nesta área abrangida pela pesquisa. Estas comunidades utilizam as plantas medicinais para a promoção e recuperação da sua saúde.

Quando a análise do uso se dá através das diferentes comunidades e seus respectivos agentes de saúde, encontramos diferenças significativas entre elas. Na comunidade A bem como na comunidade C, a porcentagem de uso de plantas medicinais é maior (Tabela 06).

Interessante notar que estas duas comunidades citadas utilizam os chás como a primeira conduta a ser adotada quando alguém adoece, quando comparadas as demais comunidades e suas respectivas equipes de saúde (Tabela 15). Por outro lado, as comunidades que menos utilizam as plantas medicinais como primeira conduta quando alguém adoece (comunidades B e D) levam o doente primeiramente ao posto (tabela 16).

Para avaliarmos esta diferença, devemos considerar não apenas os fatores ligados à transmissão do conhecimento popular e a herança cultural. Precisamos levar em conta as limitações de acesso aos serviços e tecnologias de atenção à saúde, a população, principalmente dos segmentos mais empobrecidos, que adotam e/ou resgatam suas próprias formas de cuidado, incluindo-se aqui o uso de plantas medicinais (DARON & CONY, 2002) e também, levar em conta o alto custo dos tratamentos à base de medicamentos sintéticos.

O trabalho de DARWIN *et al.* (2003) relaciona principalmente motivos econômicos (20%) para o uso de plantas medicinais. Outros fatores como o aumento de práticas terapêuticas populares, precariedades da assistência prestadas pelos serviços de saúde pública poderiam também levar a população a recorrer ao uso de plantas medicinais. Também deve-se destacar as facilidades de acesso à planta, principalmente no próprio bairro ou periferia das cidades.

Também cabe contextualizar estas comunidades estudadas atendidas por um programa de saúde pública, voltado às pessoas na comunidade, podendo ser visto como uma terceira política que trata da utilização eficaz dos recursos privados, permitindo que o governo concentre seus recursos em programas que beneficie a comunidade em sua totalidade em lugar de beneficiar pessoas.

No Rio Grande do Sul as organizações sociais populares, movimentos sociais populares, pastorais sociais e entidades da sociedade civil, vêm demarcando uma trajetória de luta por melhores condições de vida, direitos sociais, cidadania e resgate da dignidade humana.

Este trabalho traz a perspectiva de construção de projetos para o desenvolvimento da sociedade e culmina com o desenvolvimento de ações específicas, desenvolvendo práticas populares de saúde através do uso de plantas medicinais, traduzida pelo uso da natureza na produção de saúde e de preservação da vida (DARON & CONY, 2002).

Cabe chamar atenção para o fato de que alguns agentes de saúde que atuam no PSF realizaram o curso sobre Plantas Medicinais, promovido pelo projeto Qualificar RS, do governo do Estado, coordenado pela EMATER (2001). Esta atividade de formação, dividida em duas partes constou, entre outras, de informações sobre a importância das plantas e dos critérios para a sua seleção, sugestões para cultivo, utilização como curativas, identificação de plantas tóxicas e receitas caseiras à base de plantas medicinais. Neste estudo identificamos dois profissionais que realizaram o curso e que estão inseridos, respectivamente, nas comunidades C e D o que poderia influenciar as comunidades a fazerem maior uso desses recursos naturais para o cuidado com a saúde.

Nas sociedades tradicionais, a transmissão oral do conhecimento é o principal modo pelo qual ele é perpetuado. No caso de plantas medicinais, é importante saber de onde vem o conhecimento do uso: se for tradicional, baseado na experiência direta dos membros da comunidade ou se surgiu através do contato dos indivíduos da comunidade com fontes externas à cultura local (AMOROZO, 1996).

Para a transmissão do conhecimento, são exigidos contatos intensos e prolongado entre os membros mais velhos com os mais novos. Neste estudo, observamos que os entrevistados aprenderam a utilizar as plantas medicinais, sobretudo com a mãe (55,68%) e com as avós (19,82%), confirmando a socialização do próprio grupo doméstico e de parentesco, dispensando instituições mediadoras (Tabela 07). Existe uma tendência de preservar os costumes das famílias, conservando os hábitos dos antepassados.



A questão do gênero, implicada dentro da transmissão do conhecimento, nos mostra o repasse do conhecimento sobre o uso de plantas de mãe para filha, ou seja, de geração para geração, dentro do espaço sócio-familiar, e a tarefa das mulheres da casa, ou seja, as mães e avós de procurarem algum recurso terapêutico em caso de ausência de saúde.

Na família, conforme aponta CHRISMAN (1977), as mulheres são as principais provedoras do serviço de saúde e normalmente são as mães e as avós que diagnosticam a maior parte das enfermidades comuns e as tratam com os materiais disponíveis. Segundo DAVIM *et al.* (2003)

“(…) considera-se que historicamente a mulher tem assumido para si o papel de cuidadora, proporcionando à sua família um cuidar verdadeiro, atencioso e dedicado, garantindo aos seus filhos e familiares um estado de saúde e breve recuperação dos quadros nosológicos. Essas mulheres adotam, de certa forma, um cuidar herdado culturalmente de seus ancestrais, construído a partir da leitura do mundo, da observação sensível e de certa dose de intuição.”

A influência dos hábitos culturais das famílias sobre a conduta de seus membros quanto ao cuidado das crianças, foi analisada através do comportamento de 72 mães. Entre estas, 94,4% utilizam plantas medicinais como medicamentos e aprenderam, principalmente, com a mãe, sogra ou avós. As mães acreditam que tanto os familiares quanto as benzedadeiras se interessam pelas pessoas como um todo, dividindo as preocupações e acompanhando a evolução do tratamento (BEVILÁQUA *et al.*, 1985). A porcentagem de uso das plantas medicinais encontrada no estudo desenvolvido por este autor, é muito semelhante ao verificado na nossa pesquisa.

Trabalho realizado em 18 municípios do Rio Grande do Norte, mostrou que o conhecimento e o uso das plantas referenciadas no estudo são passados de geração para geração, ou seja, aprenderam com avós e mães (transmissão

intergeracional), de modo muito semelhante ao encontrado nesta pesquisa (DAVIM *et al.*, 2003).

Da mesma forma PINHEIRO *et al.* (1995), também mostrou o uso popular de plantas medicinais em uma população rural no interior da Paraíba, PB. Eles observaram que 63,3% das entrevistadas, as mulheres da comunidade referiam ter aprendido a usar as plantas medicinais com suas mães e 13,3% com os mais velhos, reforçando a transferência cultural de mãe para filho.

Portanto como vimos, os resultados obtidos em nosso estudo quanto a forma da transmissão de conhecimentos a cerca das plantas medicinais é bastante semelhante do referidos por outros autores, ou seja, uma transmissão que se dá de mãe para filho. Não podemos também esquecer, de certo modo, que isto também poderia ser influenciado pela colonização portuguesa em nosso município, já que, dentro desta cultura o cuidado e o cultivo das práticas tradicionais familiares são muito incentivadas.

Um dos problemas freqüentemente encontrados com quem trabalha ou utiliza plantas medicinais está relacionado com a sua identificação e classificação, obtidas através dos meios próprios da taxonomia botânica. Nomes populares, comuns, vulgares são regionais e não devem receber importância nos trabalhos científicos. No entanto, estes mesmos nomes são úteis e importantes em trabalhos etnobotânico ou trabalhos como este, como fonte de informações sobre a cultura, bem como da utilização popular de espécies. Cabe destacar que uma mesma planta pode receber vários nomes, de acordo com a região. Um exemplo pode ser dado com a *Casearia silvestris* Swartz (família *Flacourtiaceae*), conhecida no nosso estado como chá-de-bugre e erva-de-bugre e por guaçatonga, guaçatunga ou língua-de-lagarto em outras regiões do país.

Também, o mesmo nome popular pode estar relacionado a diferentes espécies, como é o caso da macela ou marcela, que tanto pode ser duas espécies nativas de *Asteraceae* do gênero *Achyrocline* (*A. satureoides* (Lam.) DC. E *A.*

*vauthieriana* DC.), bem como *Anthemis nobilis* L., conhecida como camomila-romana.

Provavelmente, sobre esta última, foi-lhe atribuído o nome de marcela, pelos imigrantes portugueses, procurando plantas semelhante a sua, deixada em Portugal. O mesmo acontece em relação a planta conhecida como erva-cidreira. Este nome popular é usado para *Aloysia citrodora* Palau (família *Verbenaceae*), *Lippia alba* L. (família *Verbenaceae*), *Melissa officinalis* L. (família *Lamiaceae*) e *Cymbopogus citratus* (DC.) Stapf (família *Poaceae*) entre outras espécies (MENTZ & BORDIGNON, 2000).

Neste estudo, a comunidade identifica o anis e a erva-doce, como sendo duas plantas medicinais diferentes, porém, ambas se referem a mesma *Pimpinella anisium* L. A comunidade identifica como anis, quando utiliza as folhas e como erva-doce, quando usa as sementes. Na análise dos resultados, consideramos anis e erva-doce como plantas diferentes.

Independentemente da abordagem metodológica escolhida para o estudo de plantas medicinais, o estudo botânico adquire característica fundamental, para apoiar o levantamento antropológico, fornecimento de informações morfológicas e ambientais.

A obrigatoriedade do uso de plantas medicinais cientificamente validadas, onde sua eficácia e segurança foram comprovadas por meios científicos, garante ao usuário o acesso a plantas realmente medicinais e distingue programas de fitoterapia de base científica de outros implantados por leigos. Nestes últimos, a seleção das plantas é feita incorporando no receituário popular espécies onde nenhuma avaliação das suas propriedades foi feita, nem de suas propriedades terapêuticas, nem das propriedades tóxicas.

A legislação nacional preconiza, através da resolução RDC no 17, de 24 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, 11 plantas medicinais, registradas como medicamentos fitoterápicos. No entanto, há um conjunto bem maior de plantas medicinais que estão sendo utilizadas pelos agentes sociais, como alimentos, em forma de chás, de uso somente externo, ou em outras preparações. Estas formas de uso e preparo das plantas medicinais têm a orientação de pessoa conhecedora, e que geralmente herdou este conhecimento tradicional e popular (CASTRO, 2001).

As plantas medicinais são usadas em preparações diversas, ingeridas (uso interno), ou empregadas sobre a pele ou mucosas das cavidades naturais do corpo (ditas de uso externo). O uso é prática rotineira do cuidado à saúde no meio doméstico, e que encontra resultados terapêuticos satisfatórios.

Para o aproveitamento adequado dos princípios ativos de uma planta, há necessidade de um preparo correto, isto é, para cada parte da planta a ser usada, um grupo de princípios ativos a serem extraídos e doenças ou sintomas a serem tratados há uma forma de preparo e uso mais adequados (MARTINS *et al.*, 2000). No preparo dos chás ou infusões, pode-se utilizar todas as partes das plantas medicinais ricas em componentes voláteis, aromas delicados e princípios ativos que são extraídos pela ação da água e ou do calor prolongado.

Segundo MATOS (2000), existem várias maneiras de se preparar os chás. Por infusão, onde se incorpora água fervente, na proporção de 150 mL (uma xícara de chá) para 8-10 g da planta fresca, misturam-se e deixam-se coberto por um período de 5 a 10 minutos para depois então consumi-lo. Outra forma de preparo do chá chama-se decocção ou cozimento, onde partes (ou pedaços) da planta são misturadas com água fria e levadas à fervura, por um tempo que varia de 10 a 15 minutos. Deixa-se em repouso por um período de 10 a 15 minutos, cõa-se antes do consumo. Geralmente este método é escolhido para partes duras da planta como cascas, raízes e sementes. Ainda tem-se a possibilidade de preparar um chá utilizando o método da maceração, onde a planta limpa, amassada ou picada, é mergulhada em água fria, e permanece por um período que pode variar de 10 a 12

horas quando se utilizam as folhas e sementes e partes tenras e de 22 a 24 horas quando são usados cascas, raízes e talos.

Neste estudo, as comunidades utilizam as plantas referenciadas, principalmente na forma de chá ou infusão, preparados a partir das folhas (na maioria das plantas), das flores, como no caso da macela e das sementes, para a erva-doce.

A maioria dos entrevistados referiu o consumo das plantas medicinais através do preparo de infusão e chá do todo, o que nos levou a analisá-las em conjunto, como sendo a mesma resposta. Nosso instrumento não foi preciso, quando solicitou a forma de preparo, colocando como opções o chá (das partes e/ou do todo), a infusão, decocção e macerado. Uma porcentagem muito pequena, variando de 0,38% a 2,63%, referiu usar o chá das partes.

Na análise deste resultado, podemos pensar que a forma de chá é a forma mais simples de preparo e não necessita de técnica especial para a sua execução. As comunidades reconhecem o termo infusão e o usam corretamente tanto no seu conceito como na sua execução. No preparo dos chás, utilizando as folhas da planta, a forma mais indicada é a infusão, e percebe-se a correta escolha do método adotado pelas comunidades estudadas.

Nas treze plantas populares mais utilizadas, com exceção da erva-doce e da macela, onde são utilizadas as sementes e as flores, respectivamente, de todas as outras plantas, as comunidades empregam as folhas, servindo-se em média de 5 folhas para preparar a infusão.

Durante a realização do projeto piloto, evidenciou-se 20 plantas medicinais, as quais serviram de base para o trabalho. Dentre todas, listadas na tabela 08, pela utilização e indicação, selecionamos aquelas utilizadas por mais de 50% dos entrevistados. Foram elas: Hortelã (53,50%), Erva-doce (58,53%), Anis (60,64%), Carqueja (63,63%), Capim-cidrão (66,18%), Erva-cidreira (67,25%), Palminha

(68,22%), Transagem (71,26%), Malva (72,88%), Boldo (77,55%), Funcho (77,84%), Guaco (81,87%) e a Macela (88,62%), (Quadro 1; Figura 2).

São muito divergentes as informações sobre as doses utilizadas (quantidades) das plantas medicinais, sobretudo quando se trata de informações sobre as medidas de volume com utensílios domésticos (xícaras, colheres, etc.). Estas quantidades variam em função da planta que está sendo utilizada. Quanto à quantidade a ser ingerida (dose empregada), outro fator a ser levado em conta é a idade de quem irá consumir o chá.

Um exemplo pode ser obtido com a Erva-cidreira (*Lippia Alba*). Quando o produto é fresco, uma colher de sopa (cheia) pesa em torno de 2g, a mesma medida rasa, 1g, uma colher de chá (cheia), 0,7g. Quando a planta for seca, as mesmas medidas pesam respectivamente, 0,8g, 0,3g e 0,2g. No estudo, conforme visto na tabela 09, a maioria utiliza em média 5 folhas, porém, não sabemos precisar se se trata de produto fresco ou seco, o que faz com que não saibamos exatamente as doses utilizadas pela população estudada.

Ainda com relação as plantas medicinais um número significativo dos entrevistados diz obter o produto em sua própria casa (Tabela 09). Muitos deles cultivam as plantas medicinais em casa, normalmente em jardins ou pequenos espaços junto a cercas, barreiras, muros ou portões, valetas, nos pátios, porém, quando perguntados sobre possuir ou não horta em casa a maioria afirma não possuí-la. Na definição de Ferreira (1986) horta é “*um terreno onde se cultivam hortaliças, legumes*”. Acreditamos que é justamente na dificuldade em disponibilizar uma área física, já que em geral os terrenos das comunidades estudadas são pequenos, é que determina esse número reduzido de habitações com hortas. No entanto, vemos que a inexistência de uma horta bem definida não inviabiliza o cultivo nos domicílios de alguns das plantas estudadas.

Quanto à coleta das plantas medicinais, não existe nenhuma particularidade assinalada pelos participantes da pesquisa. Por questões regionais culturais, a macela é colhida no campo ao amanhecer, durante a semana santa, principalmente

na sexta-feira santa. Quanto às outras plantas medicinais, os entrevistados afirmam que colhem quando precisam, ou no pátio de suas casas, ou na vizinha, ou compram com o ervateiro ou, ainda colhem diretamente, no campo.

No Brasil, a experiência do Projeto Farmácias Vivas, idéia do professor da Universidade do Ceará Dr. Francisco José de Abreu Matos, trouxe uma nova concepção para as hortas comunitárias, onde são cultivadas espécies medicinais. Diferentemente das hortas medicinais já existentes, cuja seleção das espécies deu-se de forma empírica, a Farmácia Viva preconiza selecionar plantas regionais, com um histórico de comprovação científica da sua eficiência e grau de tolerância agrônômica (Matos, 2000).

Este programa, de assistência social farmacêutica baseia-se no emprego científico das plantas medicinais e produtos dela derivados. Cada programa é dotado de um horto matriz e a partir deste as hortas medicinais menores são instaladas nas comunidades, e fornecem através de pequenos laboratórios das próprias secretarias municipais de saúde, complementação farmacêutica ao Programa de Saúde da Família.

Para facilitar a análise dos dados obtidos com cada planta medicinal patologias, sinais e sintomas foram agrupados. Desta forma identificamos o tratamento popular com plantas para os problemas relacionados como sistema respiratório (asma, tosse, expectorante), sistema cardiovascular (coração, pressão alta, colesterol alto), sistema genito- gastrointestinal (diarréia, gases, prisão de ventre/ cólica, estômago, vermes), sistema endócrino (diabetes), alterações emocionais, psicossomáticas (calmante, nervos, cansaço), afecções dolorosas, infecciosas e inflamatórias (dores de dente, cabeça, ouvido, garganta, febre, gripe, inflamação, infecção) e outras afecções sintomáticas (Tabela 12).

Ao analisarmos as indicações terapêuticas, observam-se que a maioria das plantas citadas neste estudo, são indicadas para problemas digestivos, sendo citadas treze plantas medicinais no tratamento de problemas genito gastrintestinais (Tabela 12). Podemos destacar entre elas: o boldo 84,59 %, hortelã 78,69 %,

macela 75,66 %, carqueja 75,46 %, funcho 74,91 %, erva-doce 68,34 % e a palminha 63,25 %.

Também foi referenciado pelas comunidades o uso do guaco para o tratamento de problemas respiratórios (76,87%), erva-cidreira (74,78%) e o capim-cidrão (70,04%) para problemas emocionais e a malva (90,8%) e a transagem (94,24%) para infecções e inflamações (Tabela 12).

Apesar de existir diferença entre as comunidades quanto ao consumo de plantas medicinais, observa-se que a macela, o boldo e o guaco são plantas mais usadas em porcentagem muito semelhantes nas quatro comunidades estudadas (Tabela 13).

A macela é a planta símbolo do RS e na popularidade poderia corresponder no seu uso popular. Um outro aspecto, a ser considerado é a popularidade e a eficácia no combate a problemas digestivos, sendo usada em todas as faixas etárias. Acrescenta-se também, a informação de que ela é consumida com frequência, na água ou junto com a erva-mate do chimarrão, fazendo parte da tradição gaúcha.

A partir das principais indicações populares julgamos necessário aprofundar um pouco da dimensão sobre a utilização dessas plantas. Na medicina caseira, três plantas diferentes recebem a denominação popular de boldo: *Peumus boldus* Molina, *Plectranthus barbatus* Andr. E *Vernonia condensata* Baker. Todos os três têm em comum o sabor amargo e o uso popular como digestivo, hepatoprotetor e antidiarréico. No Brasil, os trabalhos de pesquisa com plantas medicinais referem-se apenas a *Vernonia condensata* Baker, visto que o *Peumus boldus* Molina não ocorre em nosso país, porém têm suas folhas encontradas no comércio, principalmente no Rio Grande do Sul onde encontramos o chamado boldo do Chile, *Peumus boldus* Molina.

A boldina é o principal alcalóide constituinte das folhas e da casca do arbusto. A principal indicação da planta constitui-se no tratamento de distúrbios digestivos e



hepatobiliares. Testes laboratoriais demonstraram ser o alcalóide um agente protetor dos sistemas enzimáticos do citocromo P450 contra lesões causadas por ataques peri-oxidativos (KRINGESTEIN & CEDERBAUM, 1995), o que justificaria seu uso como agente hepatoprotetor. Em seres humanos, o uso do boldo foi testado para avaliar o tempo de trânsito da boca ao ceco (GOTTELAND *et al.*, 1995), e parece validar seu uso nos distúrbios digestivos. Outro estudo mostrou que a associação de boldo com cáscara-sagrada foi efetiva no tratamento de queixas gastrintestinais (BORGIA *et al.*, 1981). Os estudos citados parecem validar seu uso nos distúrbios digestivos e hepatobiliares. Nosso estudo mostrou que as comunidades empregam o chá de boldo para problemas relacionados principalmente com o trato gastrintestinal (84,59%) e hepatoprotetor (13,53%).

Outra planta indicada preferencialmente para problemas gastrintestinais foi o funcho. O funcho é habitualmente obtido das sementes de *Foeniculum vulgare*, donde se extrai o óleo essencial. Atribuem-se propriedades estimulantes e antiflatulentas ao funcho e ao seu óleo. Alguns trabalhos mostraram a inibição do crescimento de *Salmonella enteritidis* e de *listeria monocytogenes* (FYFE *et al.*, 1997). Também foi relatada a inibição da contração da musculatura lisa do íleo de cobaia (LIS-BALCHIN & HART, 1997).

Outra planta medicinal utilizada por 37,5% dos entrevistados para problemas gastrintestinais é o anis. O extrato de anis contém 1 a 3 % de óleo de anis volátil, cujo principal componente é o anetol (80 a 90%). As ações terapêuticas atribuídas ao anis referem-se ao uso como antiflatulento e antiespasmódico. Esta última ação é referenciada no estudo por sua indicação para o combate de cólicas, sendo citado por 25,48% dos entrevistados. Constataram ainda que, o óleo de anis exerce efeitos variáveis sobre o músculo liso da traquéia e do íleo de cobaia (REITER & BRANDT, 1985).

Assim como o anis, a *Pimpinella anisium* também é reconhecido como erva-doce, quando são utilizadas as sementes. A erva-doce foi também indicada 68,34%

da população estudada para o tratamento de afecções gastrointestinais, sendo marcante o relato para combater as cólicas dos bebês.

A hortelã foi indicada neste estudo principalmente para problemas de origem genito - gastrointestinal, sobretudo para combater vermes. No entanto, sua indicação científica diz que é além de vermífugo, um antiespasmódico, digestivo e antiflatulento (MATOS, 2000; MARTINS et. al, 2000).

A carqueja, também bastante estudada é utilizada pelas quatro comunidades para combater problemas gastrointestinais (75,46%). As indicações populares de MATOS,2000; MARTINS et. al, 2000; ALVIM et al,2002, sugerem seu uso para o combater anemias, cólicas intestinais, obesidade, cálculos biliares, emagrecer, má - digestão, azia, gota, gastrite. Seu uso popular encontra-se respaldado nos trabalhos de pesquisa desenvolvidos com a planta.

Do extrato aquoso do vegetal extrai-se uma lactona diterpênica responsável pela inibição da contração da musculatura lisa, cujo mecanismo de ação envolve o bloqueio dos canais de cálcio voltagem-dependente (GAMBERINI *et al.* 1998). O extrato aquoso, obtido das partes aéreas da planta, reduziu o trânsito intestinal em preparações isoladas de jejuno de rato, pré-contraídas por acetilcolina, o que poderia caracterizar a ação antidiarréica preconizada pela população (GAMBERINI *et al.*, 1991). Um outro dado interessante sobre o extrato hidroalcoólico da carqueja mostrou um efeito protetor sobre a mucosa gástrica, protegendo contra lesões induzidas por indometacina (SOUSA BRITO *et al.*, 1994).

A palminha apresentou indicações tópicas, para lavar feridas e fazer unguento (cicatrizações de ferimentos), e oral, para colocar no chimarrão (outros fins), como vermífugo e chás digestivos, apresenta sua real indicação para ação vermífuga, anti-helmíntica (MARTINS et al,2000);

No tratamento de problemas respiratórios as comunidades empregam o guaco (76,87%) e também para o tratamento da dor, inflamação e infecção (21,35%). Popularmente esta planta tem sido empregada, como tônica, depurativa,

febrífuga e peitoral. Também é empregada no tratamento das inflamações da boca e garganta (Matos, 2002). De todas as propriedades atribuídas ao guaco, a confirmação só foi feita até agora quanto os efeitos benéficos sobre as vias respiratórias. Sabe-se que as ações antiinflamatórias e broncodilatadoras atribuídas ao guaco estão relacionadas a presença de cumarinas (1,2-benzopirona).

PIMENTEL *et al.*, (1996) relatou melhora em 65,3% dos pacientes que utilizaram o creme de *Mikania glomerata* a 5% para tosse. A análise dos efeitos de uma fração hidroalcoólica do extrato de guaco sobre a contratilidade da musculatura lisa, utilizando um modelo de anéis de traquéia isolados de cobaias evidenciou uma atividade relaxante sobre a musculatura lisa respiratória, corroborando para seu uso popular (SOARES DE MOURA *et al.*, 1996).

O uso popular do guaco contra a tosse e resfriados, encontra-se justificativa baseada no clima do município, frio e úmido, onde os problemas respiratórios são responsáveis por grandes partes das internações hospitalares.

Dois plantas medicinais foram citadas pelo seu uso como calmante no tratamento dos distúrbios emocionais: a erva-cidreira (74,78%) e o capim-cidrão (70,04%). Com os nomes populares de erva-cidreira, falsa melissa, erva cidreira do campo, erva cidreira brava, são conhecidas as plantas da espécie *Lippia Alba* Mill. e *Lippia citrata* Charm (DINIZ *et al.*, 1997).

Para as plantas conhecidas popularmente como capim-cidrão, capim-santo, capim-limão, capim-cidreira, capim-cheiroso, jaçapé (PIO CORREA, 1974), estão identificadas *Cymbopogon citratus* (D.C.) Stapf, a *Cymbopogon schoenanthus* Spring., *Andropogon citratus* D.C., *Andropogon ceriferus* Hack, *Andropogon schoenanthus* (PIO CORREA, 1974). Estudos clínicos com o chá de capim santo, realizado na Universidade Federal da Paraíba demonstrou efeito central depressor sobre o arco reflexo de Hoffmann, o que reforça o uso como calmante da planta (COSTA & ARAÚJO, 1995).

No XV Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, realizado em Águas de Lindóia em 1998, dois trabalhos de pesquisa apresentaram as propriedades anticonvulsivantes dos óleos essenciais extraídos de *Lippia Alba* e *Cymbopogon citratus*. Na primeira planta, os efeitos foram atribuídos ao citral, limoneno e  $\beta$ -mirceno, monoterpenos constituintes do óleo essencial (VALE *et al.*, 1998) e na segunda planta, também o óleo essencial rico em mirceno e citral (PINHO *et al.*, p.87,88, 1998). Interessante assinalar que estas duas plantas medicinais são popularmente usadas também para distúrbios gastrintestinais por suas ações antiespasmódicas. Na pesquisa sobre os efeitos farmacológicos, é provável que as plantas, pelos seus monoterpenos, interfira no sistema gabaérgico, explicando sua ação anticonvulsivante.

Cabe ainda ressaltar que as comunidades utilizam estas duas plantas freqüentemente no chimarrão, acrescentando suas folhas à água do mate ou dentro da própria cuia.

Sob o nome popular de tansagem, tanchagem, transagem, podemos referenciar as espécies *Plantago major*, *P. lanceolata*, *P. psyllium* e *P. ovata*. Das duas primeiras, os componentes ativos são extraídos das folhas e das duas últimas, das sementes e cascas secas (FELTROW & ÁVILA, 2000). A transagem é empregada, pelas comunidades estudadas principalmente para o tratamento de infecções e inflamação (94,24%). Em estudos sobre efeitos farmacológicos dos extratos de transagem, foi constatado atividade antiinflamatória com a aplicação tópica de dois constituintes isolados (acteosídeo e plantamajosídeo) no modelo de edema da orelha em camundongos (MURAI *et al.*, 1995). Popularmente, os extratos (chás) de tansagem (*P. major* e *P. lanceolata*) têm sido utilizados topicamente como adstringente nos casos de queimaduras e feridas, na inflamação de mucosas (como gargarejo na irritação da garganta) e da pele (FELTROW & ÁVILA, 2000).

Outra planta utilizada para as infecções e inflamações por 90,80% da população é a malva. Esta é mais popularmente usada para infecções, dores de

dente e inflamações, e ela tem sido recomendada para irritações das mucosas faríngeas e orais, tosse irritativa, bronquite, laringite, amigdalite, rouquidão e como adstringente leve. Também é aplicada topicamente para reduzir edema e a irritação cutânea alérgica, para aliviar a dor de escoriações da pele e picadas de inseto (FELTROW & ÁVILA, 2000).

Quanto à utilização de chás juntamente com medicações alopáticas, constatamos que muitas famílias das comunidades pesquisadas associam o uso de chás a medicamentos de prescrições, como os analgésicos, antitérmicos, antibióticos, xaropes, antiulcerosos e antiespasmódicos. No levantamento realizado por Bevilacqua *et al.* (1985), 54,9% dos entrevistados também associam chás caseiros a antitérmicos, analgésicos, antiespasmódicos, broncodilatadores, antibióticos e complexos vitamínicos.

A questão das interações medicamentosas, aparentemente é desconhecida junto a estas comunidades e podemos também supor que não há indagação, ao prescrever e/ou orientar quanto ao uso de plantas medicinais.

Os agentes fitoterápicos ou os chás populares, podem interagir com outras substâncias, aumentando ou diminuindo seus efeitos ou provocando reações tóxicas relacionadas com as substâncias alopáticas. Por exemplo, o anis está contra-indicado durante a gravidez devido a sua possível atividade estrogênica (FELTROW & ÁVILA, 2000).

FELTROW & ÁVILA (2000) dedicam um longo capítulo de sua obra as inúmeras possibilidades de interações medicamentosas entre os medicamentos alopáticos e as plantas medicinais. Se utilizarmos o exemplo da tansagem, vamos encontrar relatos de que a planta inibe a absorção gastrintestinal do lítio, indicado nos distúrbios psiquiátricos e da carbamazepina, indicada nas epilepsias. Além disso, a planta está contra indicada em mulheres grávidas por exibir efeito urotônico observado *in vitro* (FELTROW & ÁVILA, 2000).

Outro aspecto que nos chama a atenção neste estudo foram as referências relativamente freqüentes de entrevistados que possuem o hábito de adicionar diariamente ao chimarrão plantas medicinais com o objetivo de modificar o sabor do mesmo. Os princípios ativos das plantas medicinais são consumidas diariamente e em certos casos, mais de uma vez por dia. Este fato nos faz refletir justamente sobre a questão do julgamento popular que por ser natural não é inóculo.

Segundo SIMÕES *et al.* (1995) *apud* ALVIM *et al.* (2002), muitas pessoas desconhecem os efeitos colaterais que as plantas podem causar, elas utilizam sem temer os possíveis danos de sua utilização excessiva, o que é preocupante para a saúde humana. Sabemos que alguns estudos já comprovaram que existe toxicidade das plantas, e isto pode estar associado a maneira incorreta de se preparar o chá, a via, a quantidade e o número de vezes que é ingerido.

A utilização de plantas medicinais seja na forma de chás ou de um produto fitoterápico, não exime o consumidor de riscos, assim como os produtos farmacêuticos, os fitoterápicos e os remédios populares (chás), possuem riscos associados ao seu consumo.

Várias plantas, quando consumidas na sua forma mais natural, podem causar graves enfermidades e mesmo provocar a morte de seres humanos ou animais. Entre os usuários de plantas medicinais é comum o pensamento de que o uso tradicional já garante a eficácia e a segurança do consumo, e portanto dispensa a avaliação exigida para este tipo de produto. Além disso, a auto-medicação milagrosa de plantas medicinais, muitas vezes substituindo terapias heróicas em doenças graves é a prova desta prática (LAPA *et al.*, 2000).

A planta medicinal é um xenobiótico, um produto estranho ao organismo humano. Os produtos da biotransformação deste corpo estranho são potencialmente tóxicos. Sendo assim, deve-se considerar do ponto de vista toxicológico que uma planta medicinal (ou um fitoterápico) não têm somente efeitos imediatos mas também, efeitos que podem se instalar a longo prazo e assintomaticamente, tais como: carcinogênicos, hepatotóxicos e nefrotóxicos. Um bom exemplo disto é o

ocorrido no Brasil com os extratos de *Symphytum officinale* L., o confrei, cuja hepatotoxicidade já era conhecida desde a década de 80 (Garret *et al.* e no Brasil só foi proibido em 1992 (Portaria SNVS nº 19 de 30.1.92).

Além disso, algumas plantas como a macela e a carqueja, tem sido avaliadas quanto a sua capacidade de fixar metais como chumbo, cobre e zinco. Essas plantas tem sido inclusive consideradas como possíveis biomarcadores para estes metais. Este fato ressalta a necessidade de um controle adequado quanto ao local de cultivo de plantas tanto para o consumo doméstico quanto para a produção de fitoterápicos (DAL PIVA & PORTO, 1998).

Este trabalho de pesquisa permitiu identificar a utilização de plantas medicinais para o cuidado com a saúde, realizado por representantes das famílias atendidas pelas equipes do Programa Saúde da Família do município de Rio Grande, RS.

Pelos resultados, podemos ver que as comunidades experimentaram o uso de plantas medicinais, avaliaram sua eficácia ou sucesso junto a um problema de saúde e passaram a incorporá-la ao conjunto de práticas de cuidado com a sua própria saúde.

Os resultados nos apontam indicações terapêuticas específicas. Pode-se ver que existe uma relação intrínseca com a indicação popular e os estudos farmacológicos já realizados. Os usuários das quatro comunidades já possuem um conhecimento, talvez vindo do senso comum, que a faz indicar a planta para uma ação específica, seu modo de preparo, assim como as partes a serem utilizadas.

Através do uso terapêutico das plantas medicinais referenciadas, permitiu também evidenciar as alianças entre os dois saberes, o popular e o científico.

Concluimos que os resultados aqui encontrados poderão contribuir para a prática profissional das equipes multiprofissionais que atuam no PSF bem como

subsidiar as atividades para a expansão e implantação da política pública de plantas medicinais em níveis regional e local.



## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou resgatar os valores, os hábitos e a cultura, de parte da nossa população, explorando os saberes e práticas populares quanto à promoção e a recuperação da saúde, através da utilização de plantas medicinais.

Verificou também a existência de uma articulação com os saberes e práticas populares com o encontrado na literatura científica, com o intuito de validar a utilização popular.

Ao longo deste estudo, foi possível identificar as principais plantas consideradas medicinais, popularmente utilizadas e avaliar quanto a manipulação e preparo destas em relação a proteção e a prática da saúde das comunidades envolvidas na pesquisa. No entanto, apesar da existência dessa sobreposição dos saberes popular e científico, faz-se necessário esclarecimentos mais específicos junto a essa população para uma utilização dessas plantas de forma segura.

Acreditamos que seja de interesse das autoridades de saúde implantar nos serviços da rede básica uma política pública voltada para o uso de plantas medicinais. Pois desta forma, ajudaria a reduzir os gastos com medicação. Possibilitaria ainda, a perspectiva de promover e recuperar a saúde reconhecendo o saber popular e viabilizando a qualificação destas práticas articuladas ao fortalecimento do controle social do SUS e da construção de uma nova cultura em saúde no RS.

Tendo em vista o processo de construção da política pública sobre fitoterápicos no RS, este trabalho traz subsídios para que esta venha a ser implantada na cidade do Rio Grande, nos serviços de atenção básica à saúde. As comunidades estudadas poderão servir como base experimental para desenvolver todas as etapas do processo, desde a seleção das espécies vegetais de interesse medicinal para o plantio até preparo e comercialização.

Neste sentido torna-se imprescindível a interação entre Universidade, Secretarias de Saúde, Trabalho, Cidadania e Ação Social, Agricultura, Emater, entre outras organizações e órgãos públicos. Em Rio Grande, a Emater, através do curso Qualificar/RS, já formou um grupo de agentes comunitários de saúde num curso sobre plantas medicinais, a maioria destes ACS, encontram-se atuando junto ao PACS e PSF.

Este estudo poderá vir a contribuir para um trabalho futuro a ser desenvolvido com os profissionais da área da saúde que atuam em equipes de PSF, a fim de saber se os mesmos utilizam esta prática para o cuidado e a promoção da saúde dos usuários da rede básica.

Para tanto acreditamos ser importante que as universidades incluam nos seus currículos disciplinas voltadas para o ensino em fitoterapia com o objetivo de formar um profissional conhecedor desta prática e com capacidade para esclarecer as comunidades quanto aos benefícios e os riscos de sua utilização.

A Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), já mantém tradição no estudo de validação de produtos naturais, trabalhando com as plantas medicinais, através do Departamento de Ciências Fisiológicas, no setor de Farmacologia, tendo colaborado na elaboração da política pública intersetorial de plantas medicinais, participando das atividades desenvolvidas pelo Fórum Pela Vida.

A constatação de que 95% dos entrevistados utilizam plantas medicinais como alternativa para a resolução de problemas de saúde obriga a pesquisa, o estudo e a produção de fitoterápicos padronizados, eficazes, inócuos e de qualidade. Neste contexto, será preciso encontrar soluções alternativas para realizar estudos de eficácia, toxicidade, controle de qualidade, entre outros, sem representar custos muito elevados para que os medicamentos fitoterápicos não fiquem inacessíveis para a população.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMO,P.;BASTIDE,R.;FERNANDES,F.;HIRANO,S.;IANNI,O;NOGUEIRA,O;  
PRANDI,J.R.; RODRIGUES, J. A **Pesquisa Social – Projeto e Planejamento**. São Paulo,1988.

ALVIN, N.A.T., TEIXEIRA, M.L. de O., LESSA, M.C., REIS, V. **A Enfermagem Fundamental e seus anexos com as práticas naturais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ALVIM, N.T. **A Enfermagem e as Práticas Naturais de Saúde**. Rio de Janeiro: Grafline, 1997.

ALVIN, N.T;FERREIRA,M. A .Cuidado de Enfermagem pelas Plantas Medicinais. In: FIGUEIREDO, N.M.A .N **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar em saúde Pública**. Difusão Paulista de Enfermagem. São Paulo, 2003

AKERELE, O . **Summary of WHO guidelines for the assessment of herbal medicines**. HerbalGram,28:13-19,1993.

AKERELE, O .**WHO's tradicional medicine programme: progress and perspectives**.WHO Chronicle, v.38, n.2, p.76-81,1984.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA / RS. **Fórum pela Vida: Projeto Plantas Vivas**. Porto Alegre: Corag, 2001. 183P.

BORGIA, M., *et al.* **Pharmacological activity of a herbs extract. A controlled clinical study**. Curr Ther Res, v.29, p.525-536, 1981.

BRASIL, **Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** resolução nº 116/96 de 12.8.96. DOU, v.201, seção I, p.15198/21085, 10.10.1996.

\_\_\_\_\_ **A Estratégia de Saúde da Família.** , Brasília, 2001 Disponível pelo site [www.saúde.gov.br](http://www.saúde.gov.br) Acesso em 10 out. 2002.

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária** Portaria nº 196/96. DOU, v.201, seção I, p.21082/15199, 12.8.1996.

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Programa de saúde da Família.** Disponível na internet: <http://www.saúde.gov.br>. Acesso em maio de 2003.

\_\_\_\_\_ **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BROSSE,J. La Magie dès Plantes. Hachette,1979. In: PELT,J.M. **La médecine par lês plantes.** Fayard,1981.

BEVILÁCQUA, D.F.; HUERTA, N.; MADEIRA,L.M.; LAGANÁ, M.T.C; MIRANDA,M.M. **O uso popular de medicamentos de origem vegetal em lactentes.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, são Paulo, 19(1):21-42,1985.

CASTRO, L.O. Importância Social e Econômica das Plantas Medicinais e Nativas do RS. In: **Fórum pela vida. Projeto Plantas Vivas.** Assembléia Legislativa/RS, 2001

Cezar-Vaz,M.R. Trabalho em Saúde: Expressão viva da vida social. P.57-70. In: LEOPARDI,M.T;KIRCHHOF, A.L.; CAPELLA, B.B.;PIRES, D,P.;FARIA E.M.;RAMOS, F.R.S.;CEZAR-VAZ,M.R. **Processo de trabalho em saúde: Organização e Subjetividade.** Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed.Papa Livros,1999.

Chrisman NJ. **The health seeking process:na approach to the natural history of illness**. Cult Med Psychiatry 1: 351-377.

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO**. On-line: Disponível na internet: [http:// www.cremej.com.br](http://www.cremej.com.br). Acesso em 2003.

COSTA, M.M., ARAÚJO, F.G. **Estudo do efeito do capim santo, através da resposta neuro-motora do reflexo de Hoffmann (H)**. In: Encontro de Iniciação Científica da UFPB, 3, João Pessoa. 1995. Anais. P 288.

**CURSO BÁSICO DE FITOTERAPIA**. On-line: Disponível na internet: <http://www.geocities.com/HotSpringshttp://www.geocities.com/HotSprings/2477/fitoterapia>. Acesso: em 2002.

DARON,V.L.P.; CONY,J. Recuperando a capacidade da natureza de produzir saúde: A experiência da Política Intersetorial de Plantas Medicinais o RS. In:FERLA, A .A; FAGUNDES,S.M.S. **o Fazer em saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no RS**. Da casa Editora, Porto alegre, 2002.

DAVIM,R.M.B.;LIMA,J.F.V.; SILVA,R.A .R.;SILVA,D.A .R. **O Cuidado Materno: O Uso de Plantas Medicinais nas Doenças da Infância**. Revista Técnica de Enfermagem. 1(4):292-6,2003.

DI STASI, L.S. **Plantas Medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo Interdisciplinar**. São Paulo: Editora UNESP,1996.

**ELISABETSKY,E**. New directions in ethnopharmacology. **J. Ethnobiol. V.6,n.1, p.121-128,1986.**

ELISABETSKY,E. Etnofarmacologia como Ferramenta na Busca de Substâncias Ativas. In: SIMÕES,C.M. O .;SCHENKEL,E.P., GOSMANN,G., MELLO,J.C.P, MENTZ,L.A .,PETROVICK,P.R. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 2.ed. Porto Alegre/Florianópolis:Ed. Universidade /UFRGS/ Ed.da UFSC, 2000. 87-95p.

ETKINS, N.L. **Antropological Methods in Ethnopharmacology.** J. Ethnopharmacol. ,v.38,n.2-3,p.93-104,1993.

FERREIRA, A . B.H. **NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA,** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_ **MINI DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA.** 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FELTROW, C.W. E ÁVILA, J.R. **Manual de medicina alternativa para o profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 743p.

FOLHA DE SÃO PAULO. **A guerra dos remédios.** p.2-1, 17.02.1997

FRACOLLI, L.A & BERTOLOZZI, M.R. A Abordagem do Processo Saúde-Doença das famílias e do Coletivo. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família.** Brasília,2001.

FYFE L. **Inhibition if *Listeria monocytogenes* and *Salmonella enteriditis* by combinations of plant oils and dervatives of benzoic acid: the development of synergistic antimicrobial comnations,** Int J Antimicrob Agents 9: 195-199, 1997.

GAMBERINI MT, SKORUPA LA, SOUCCAR C, LAPA AJ. **Inhibition of gastric secretion by a water extract from *Baccharis tirmera*** Mart. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 86 (suppl. II): 137-139, 1991.

GAMBERINI MT, TORRES LM, ROQUE NF, LAPA AJ. **Efeito de uma lactona diterpênica isolada de *Baccharis trimera* LESS. (carqueja) em veia porta despolarizada de rato.** In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, XV, 1998, Águas de Lindóia, SP. **Anais** . São Paulo: Gráfica Laramara, 1998. 225p. p.78.

GOTTELAND, M. *et al.* **Effect of a dry boldo extract on oro-cecal transit in healthy volunteers.** Revista Medica Chilena, v.123, p.955-960, 1995.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 4 edição. Porto alegre: Artimed, 2003.

HOLMSTEDT, B., BRUHN, J. G. **Ethnopharmacology-a challeng.** J.

Ethnopharmacol. V.8, p.251-256, 1983.

FINKELMAN, J. S.O mais importante é a sinergia que o programa cria. In: 50 milhões de Brasileiros Atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Ano II, n.5, maio de 2003.

KRINGESTEIN, P., and CEDERBAUM, A. I. **Boldine Prevents Human Liver Microsomal Lipid Peroxidation and Inactivation of Cytochrome p4502E1.** Free Radic Biol Med.18:559-63,1995

LAPA, A. J., SOUCCAR, C., LADMAN-LIMA, M. T. R., GODINHO, R. O. J., LIMA, T. C. M. Farmacologia e toxicologia de produtos naturais. In: SIMÕES, C. M. O. J.; SCHENKEL, E. P., GOSMANN, G., MELLO, J. C. P., MENTZ, L. A. J., PETROVICK, P. R. **Farmacognosia: da planta ao medicamento.** 2.ed. Porto Alegre/Florianópolis: Ed. Universidade /UFRGS/ Ed.da UFSC, 2000. 87-95p.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991

LIPP, F. J. **Methods for ethnopharmacological field work.** J. Ethnopharmacol., v.25, n.2, p.139-150, 1989.

LEININGER, M. M. Madelaine M. Leininger. In: GEORGE, B. J. e colaboradores. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à Prática Profissional.** Quarta Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000

LIS-BALCHIN,M and HART,S., **A preliminary study of the effect of essential oils on skeletal and smooth muscle in vitro**. J. Ethnopharmacol.,58:183-87,1997.

MARQUES, L.C. **Normatização da produção e comercialização de fitoterápicos no Brasil**. In: SIMÕES, C.M.O., SCHENKEL, E.P., GOSMANN, G., MELLO, J.C.P., MENTZ, L.A., PETROVICK, P.R. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 2.ed. Porto Alegre/Florianópolis: Ed. Universidade/UFRGS/Ed. Da UFSC, 2000. 821p.

MARTINS,E.R.;CASTRO,D.M.;CASTELLANI,D.C.;DIAS,J.E. **Plantas Medicinais**. Viçosa,2000. Editora da Universidade Federal de Viçosa. 2000. 220p.

MATOS FJ de A. 2000. **Plantas Mediciniais: Guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil**. Imprensa Universitária (UFC), 2ª edição. 344p.

MEDEIROS, L. C. M.; CABRAL, I. E. **As plantas medicinais e a Enfermagem – a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes**. Rio de Janeiro. EDUFPI, 2002.136p.

MEDRONHO,R.A .;CARVALHO,D.de M.,BLOCH, K. V., LUIZ,R.R.,WERNECK,G.L.. **Epidemiologia**. Editora ateneu. São Paulo,2002.

MENTZ LA, BORDIGNON, SA DE L. 2000. **Nomenclatura botânica, classificação e identificação de plantas medicinais** In: Farmacognosia da planta ao medicamento. Simões, C.M.O *et al.*, Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Editora da UFSC. 821p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 50 milhões de Brasileiros Atendidos. **Desafios e conquistas do PSF**. Revista Brasileira Saúde da Família. Edição especial. Ano II, n.5, maio de 2002.



MURAI, M. *et al.* **Phenylethanoids in the herb of *Plantago lanceolata* and inhibitory effect on arachidonic acid-induced mouse ear edema.** *Planta medica*, v.61, p.479-480, 1995.

NOGUEIRA, M.J.C. **Fitoterapia: a volta à natureza.** *Enfoque*, v.12 (1), p.8-10, 1984

\_\_\_\_\_ **Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidados à saúde: utilização pela enfermeira.** *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.18 (2), p.177-186, 1984<sup>a</sup>.

**Plantas Medicinais do Balneário Camboriú.** On-line: [www.revistacidadeobrasil.com.br](http://www.revistacidadeobrasil.com.br). Acesso setembro 2003.

PELT, J. M. **La Medicine par les plantes.** Fayard, 1981.

PEIRO, F.A.; TORRES, G.V.; DAVIM, R.M.B.; FILHO, L.X. **UTILIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS Plantas Medicinais em uma Comunidade Rural.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1995.

PIMENTEL, E.C., PISAN NETO, V., CAMARGO, M.D., EGÍDIO, C.S.J. **Projeto de fitoterapia da secretaria municipal de saúde de Campinas.** In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, XIV, 1996, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 1996. 215p. p.62.

PINTO, A.C., JANSSEN, J.M., ALVES PEREIRA, S., FREITAS, M.C. **Efeitos do guaco (*Mikania glomerata*) na musculatura lisa respiratória.** In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, XIV, 1996, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 1996. 215p. p.114.

PIO CORREA, M. **Dicionário das Plantas Úteis do Brasil e das Exóticas Cultivadas.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1974. V.6.

QUEIROZ, M.S. **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio De Janeiro, 16(2):363-375,abr-jun,2000.

REITER M, BRANDT W. Relaxant effects on tracheal and ileal smooth muscle of the **guinea pig.**, Arzneimittelforschung 35:408-414, 1985.

SAMUELSSON, G. **Drugs of Natural Origin.** Södertälje,1992 .

SCHWARTZ, E. **Família teuto - gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites.** 1998. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 1998.147p.

**Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.** On-line. Disponível na Internet: <http://www.saude.rs.br> .Acesso em junho de 2002.

SOARES de MOURA, R.S., CARVALHO, L.C.R.M., LOPES, C.S., CRIDDLE, D.N., SOUSA BRITO ARM, COSTA M, ANTÔNIO MA, DIAS PC, BOSSHARD RR. **A valiação da atividade antiúlcera do extrato bruto e frações da Baccharia trimera (Carqueja).** XIII Simposio de Plantas Medicinarias do Brasil, Fortaleza, CE, res. 104, 1994.

SOUZA, H. M. **Programa Saúde da Família: entrevista.** In Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, V.53, nº especial, p.7-16, dez, 2000.

TRIOLA, Mario F. **Introdução à Estatística.** LTC. Rio de Janeiro, 1999

VASCONCELLOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2 Edição. São Paulo: Hucitec, Sobral:Uva,2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.** Geneva, 1992.

\_\_\_\_\_ **Division of Drugs Management & Policies Guidelines for Good Clinical Practice (GCP) for Trials on Pharmaceutical Products.** Geneva, 1992.

\_\_\_\_\_ **Regional Office for the Western Pacific Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines.** Manila, 1993.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis.** Second Edition, New Jersey, 1984

**ANEXOS**

Anexo 1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE  
*PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA*  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

Data:

Pesquisadora: Stella Minasi de Oliveira

Orientadora: Ana Luíza Muccillo Baisch

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa tem como objetivo principal identificar a utilização de produtos naturais (plantas e outros) por comunidades pertencentes as equipes de Programa de Saúde da Família de Rio Grande, RS, como estratégia para a promoção em saúde, enfatizando o cuidado e a cultura popular.

Se eu concordar em participar do estudo, ocorrerá o seguinte:

- receberei em minha casa os pesquisadores, onde tentarei responder as perguntas que me forem feitas;
- concordarei em responder de livre espontânea vontade;
- serei informado de todos os passos da pesquisa, até seu término;
- estou ciente de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me de participar do estudo;
- estou ciente de que estas são confidenciais.

Declaro ter sido informado das finalidades da pesquisa e concordo em participar.

---

Ass. Do Pesquisador

---

Ass. Do Sujeito pesquisado

