UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CONHECIMENTO POPULAR SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Marcio Rossato Badke

Santa Maria, RS, Brasil
2008

CONHECIMENTO POPULAR SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

por

Marcio Rossato Badke

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Cuidado Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Profª. Drª. Maria de Lourdes Denardin Budó

Santa Maria, RS, Brasil
2008

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

CONHECIMENTO POPULAR SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

elaborado por
Marcio Rossato Badke

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

_____
Maria de Lourdes Denardin Budó, Profª. Drª. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

_____
Neide Aparecida Titonelli Alvim, Profª. Drª. (UFRJ)

_____
Zulmira Newlands Borges, Profª. Drª. (UFSM)

_____
Lucia Beatriz Ressel, Profª. Drª. (UFSM) **- Suplente**

Santa Maria, 04 de dezembro de 2008.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde e sabedoria necessária para elaborar esta pesquisa;

Aos meus pais Manoel Renato Teles Badke e Maria Goreti Rossato, os quais me trouxeram ao mundo e me criaram, sempre acreditando em mim e felizes com o meu sucesso;

Ao amigo, sempre presente, Alcionir Pazatto Almeida que me incentivou constantemente a permanecer nesta caminhada;

À Profª. Drª. Maria de Lourdes Denardin Budó, por acreditar em meu potencial e pelos ensinamentos realizados durante as orientações;

A Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade oferecida, em ser aluno da primeira turma de mestrado em Enfermagem;

A colega de mestrado Silvana Bastos Cogo Bisogno, que me acompanha desde os tempos da graduação e continua sendo até hoje, uma grande amiga;

Ao amigo Gilberto Dolejal Zanetti, doutor em Botânica, pelo auxílio e amizade;

Às funcionárias da Secretária da Pós-Graduação em Enfermagem, Zeli de Maria Carvalho e Luana Cardoso da Silva, por serem extremamente receptivas e comprometidas com o serviço;

A todos os funcionários da Unidade de Saúde Bela União, que aceitaram a realização desta pesquisa naquela região;

A todos os sujeitos da pesquisa, que me receberam gentilmente em suas residências e contribuíram significativamente para a construção deste trabalho;

Aos membros da banca examinadora, que aceitaram o convite para avaliar e colaborar com esta pesquisa;

As minhas colegas mestrandas, aos colegas do grupo de pesquisa, ao corpo docente do mestrado, aos colegas de serviço do Hospital de Guarnição Militar de Santa Maria e demais amigos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Epigrafe

Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas.

(Luis Fernando Veríssimo)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

CONHECIMENTO POPULAR SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

AUTOR: MARCIO ROSSATO BADKE
ORIENTADORA: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Data e Local da Defesa: Santa Maria 04 de dezembro de 2008.

Este trabalho tem como objetivo conhecer os saberes e práticas dos moradores da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família Bela União, localizada no município de Santa Maria/ RS, no que se refere ao emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado à saude. A pesquisa é qualitativa e apresenta como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada e de observação. Os entrevistados foram selecionados de acordo com a rede de relações construída, à qual envolveu dez sujeitos. O exame dos dados foi realizado por meio da análise temática, proposta por Bardin (2008), a qual permitiu organizar os dados de tal maneira que o surgimento de categorias temáticas fosse possível. Ao estudar as categorias emergentes pode-se perceber que a maior parte do conhecimento popular foi adquirido no ambiente familiar, tendo a mulher como a detentora e a principal difusora desse saber. Foi constatado também que o uso do chá caseiro, como prática utilizada para manter ou reabilitar a saúde, é bastante comum entre os partipantes que, além de utilizá-lo no seu cotidiano, mencionam ter vontade de cultivar ervas em sua própria residência. Os entrevistados demostraram vontade de adquirir novos saberes sobre o assunto, apesar de a maioria das plantas medicinais utilizadas por eles terem suas indicações terapêuticas populares semelhantes às encontradas na literatura científica. Portanto, acredita-se que a pesquisa tenha grande relevância não só para os enfermeiros, como também para a sociedade, pois aponta para uma necessária aproximação entre o saber popular e científico, bem como para a criação de projetos que trabalhem com essa temática. Além disso, sugere-se que o enfermeiro trabalhe na perspectiva da integralidade, respeitando as diferenças e o contexto social das pessoas. Para isso, torna-se necessário incluir, tanto na formação dos enfermeiros, como na educação permanente desses profissionais, conhecimentos sobre práticas complementares de cuidado com a saúde, como o uso de plantas medicinais.

Palavras-chave: plantas medicinais, cuidados de enfermagem, saúde coletiva e enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduation Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

POPULARIZED KNOWLEDGE ABOUT THE USE OF MEDICINAL PLANTS AND NURSING CARE

AUTHOR: MARCIO ROSSATO BADKE
ADVISER: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Defense Place and Date: Santa Maria December 4th, 2008.

This work aims at knowing the conceptions and practices of the inhabitants at the community attended by the Bela União Family Health Unit, located at the city of Santa Maria/ RS, regarding the therapeutic use of medicinal plants on health care. The research has a qualitative approach and its data collecting instrument is composed by a semi-structured interview scheme and by observations. The individuals to be interviewed were selected according built relations network which involved ten individuals. The data examination was made by means of thematic analyses as proposed by Bardin (2008), that allowed to organize the data in such a way to make possible the appearance of thematic categories. While studying the emerging categories we can perceive that most of the popularized knowledge was acquired in the familiar environment, being the woman the one to retain and diffuse this knowledge. It was also observed the use of the home-made tea as a practice used in health maintenance and rehabilitation; it is a very common practice among the participants who besides using it in their day-life also mentioned the intention to cultivate herbs in their own homes. The individuals interviewed demonstrated the desire to acquire new knowledge about this subject despite the fact that most of the medicinal plants used by them have its popularized therapeutic indications similar to those found in the scientific literature. Therefore, we believe that this research has a great importance not only for nurses but also to society, because it points towards the need of an approximation between popular and scientific knowledge and, the production of projects that deal with this topic. Moreover, we suggest that nurses work in the integrality perspective, respecting people differences and social context. To do so, it is necessary to include, in nurse formation as well as in their permanent education, the knowledge of supplementary practices on health care with the use of medicinal pants.

Key words: medicinal plants, nursing care, collectivity health and nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Mapa das regiões administrativas e bairros de Santa Maria.....42

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Rede de relações.....47

QUADRO 2 – Tipos de plantas medicinais, indicação popular e indicação científica.....59

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....88
APÊNDICE B – Roteiro de observação.....89
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido.....90

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética.....93
ANEXO B – Consentimento da equipe USF – Bela União..... 94
ANEXO C – Consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.....95

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14
2 REVISÃO DE LITERATURA..... 19
2.1 Um breve histórico sobre o uso das plantas medicinais pelos seres humanos..... 19
2.2 A utilização de plantas medicinais no Brasil..... 22
2.3 Os estudos brasileiros de Enfermagem sobre o uso das plantas medicinais..... 26
2.4 O cuidado e a cultura na Enfermagem..... 31
2.5 O cuidado na família..... 39
3 METODOLOGIA..... 42
3.1 Contexto de estudo..... 42
3.2 Coleta de dados e sujeitos da pesquisa..... 44
3.3 Organização dos dados e procedimentos de análise..... 48
3.4 Aspectos éticos..... 51
3.4.1 Relações risco- benefício**..... 52**
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS..... 53
4.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa..... 53
4.2 Origem do saber sobre as plantas medicinais..... 54
4.2.1 Eu me criei com isso..... **54**
4.2.2 Planto para ter em casa..... **56**
4.3 O saber sustentado na prática do cotidiano popular..... 58
4.3.1 Tipos de plantas e suas indicações..... **59**
4.3.2 Colho raminho verde na horta.....
4.3.3 Eu fiz assim..... **65**
4.3.4 Foi bom mesmo..... **68**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 77

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 80

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o poder curativo das plantas é tão antigo quanto o aparecimento da espécie humana na terra, pois, desde cedo as primeiras civilizações perceberam, que algumas plantas continham em suas essências princípios ativos, os quais ao serem experimentados no combate às doenças, revelaram empiricamente seu poder curativo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), plantas medicinais são todas as plantas que contêm em um ou mais de seus órgãos substâncias que podem ser utilizadas com propósitos terapêuticos ou que sejam precursoras de semi-síntese químico-farmacêutica. Ainda nesse sentido, Morgan (1994), afirma que toda planta que contém um ou mais princípios ativos em sua composição e que são úteis à saúde dos seres humanos, são consideradas plantas medicinais.

Conforme Cunha (2003), toda informação acumulada sobre o uso de plantas medicinais, foi inicialmente transmitida oralmente de geração a geração para só depois, com o advento da escrita, serem compiladas em livros.

Durante muito tempo, o uso de plantas medicinais foi o principal recurso terapêutico utilizado para tratar a saúde das pessoas e de suas famílias, entretanto com os avanços ocorridos no meio técnico-científico, sobretudo, no âmbito das ciências da saúde, novas maneiras de tratar e curar as doenças foram surgindo. Uma dessas maneiras consiste no uso de medicamentos industrializados, gradativamente introduzidos no cotidiano das pessoas modernas, através de uma campanha publicitária que prometia curar as mais diversas doenças. Desde então, o uso de plantas medicinais vem sendo substituído pelos medicamentos alopáticos.

No Brasil, mesmo com o incentivo da indústria farmacêutica para a utilização de medicamentos industrializados, grande parte da população ainda se utiliza de práticas complementares[1] para cuidar da saúde, como o uso das plantas medicinais, usada para aliviar ou mesmo curar algumas enfermidades.

Assim, antigas práticas complementares de tratamentos à saúde como a utilização de plantas medicinais, ainda são largamente utilizadas em países periféricos, como o Brasil, e que

[1] São práticas terapêuticas que podem complementar a prática médica alopática tradicional, neste caso o uso das plantas medicinais.

nos últimos anos estão sendo resgatadas, segundo Biazzi (2004), pela sociedade urbana industrial.

Atualmente, as mudanças econômicas, políticas e sociais que eclodiram pelo mundo afora, influenciaram não só na saúde das pessoas como também nos modelos de cuidado. O uso terapêutico de recursos naturais utilizados no cuidado humano, que antes estava situado às margens das instituições de saúde, hoje tenta legitimar-se nesse meio dominado pelas práticas alopáticas (ALVIM et al, 2004).

Nesse contexto, que se percebe uma necessidade constante de se construir métodos alternativos para o ato de cuidar, onde a prática possa ser desenvolvida mediante outras formas de tratamentos não convencionais como é o caso da utilização de plantas medicinais. Portanto acredita-se que esta prática possa contribuir significativamente não só para o resgate e preservação da diversidade cultural, mas, principalmente, para dar maior autonomia ao usuário no que diz respeito ao seu próprio cuidado. Portanto, negociar o emprego terapêutico das plantas pelos usuários do sistema público de saúde poderá transformar o cuidado realizado pela enfermagem, assim como a sua filosofia de cuidado, sua maneira de ver, pensar e fazer a enfermagem (ALVIM, 1999).

Acredita-se que esse cuidado realizado por meio de plantas medicinais, seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios. Isso resultaria numa menor dependência médica e medicamentosa, além de tornar a pessoa autônoma na busca pelo seu cuidado (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

É justamente nesse raciocínio que Teixeira (2001, apud CARREIRA, 2002, p. 44) entende que o cuidar da saúde "é um ato humano, e que, portanto, faz parte do cotidiano da vida das pessoas, automaticamente o percebe como não sendo privilégio de agentes profissionais e/ ou populares, mas de familiares que, de forma complementar, associam terapêuticas e práticas".

Assim, Distas (1996) faz apologias ao emprego das plantas medicinais nas práticas de cuidado a saúde das pessoas, ao enfatizar que toda planta que possui sua eficácia terapêutica e princípios ativos comprovados cientificamente pode ser utilizada pela população como forma de suprir as suas necessidades básicas de saúde. Ressalta-se ainda, que em âmbito mundial, as plantas medicinais são classificadas como produtos naturais e, portanto, podem ser comercializadas livremente, bem como cultivadas, desde que se tenha conhecimento adequado para o seu uso. Esses fatores têm, de acordo com Distas (1996, p.

57), “facilitado no Brasil a auto-medicação, principalmente nos casos considerados mais simples e corriqueiros, reduzindo assim a procura pelos profissionais de saúde e contribuindo para a redução de custos nos serviços de saúde pública”.

Em minha experiência como Enfermeiro coordenador das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Municípios de Restinga Seca - RS (comunidade urbana) e São Martinho da Serra - RS (comunidade urbana e rural) pude observar que grande parte da população desses municípios fazem o uso de plantas medicinais. Empiricamente, constatei que o uso dessa prática alternativa de cuidado à saúde sempre esteve presente na vida destas pessoas, e que independem de suas condições socioeconômicas, grau de instrução ou acesso aos serviços especializados de saúde. Justifico isso, por ouvir com freqüência relatos de práticas curativas envolvendo o uso de plantas medicinais por pessoas de diferentes camadas sociais, seja para combater o mal estar de uma azia ou para tratar de problemas mais complexos como distúrbios hepáticos e cardiovasculares.

Portanto, acredito que a auto-medicação sempre esteve presente na vida destas pessoas, pois, não raro éramos surpreendidos por perguntas sobre as propriedades terapêuticas de algumas plantas, assim como, qual era a melhor forma de utiliza-lás.

Infelizmente, na maioria das vezes, nenhum de nós, membros da equipe ESF (médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem) estava preparado para responder tais questionamentos.

Por isso, penso ser necessário um maior envolvimento dos profissionais de saúde com essa prática complementar de cuidado, pois, desta forma, estaremos articulando os saberes e práticas dessas pessoas com os cuidados especializados em saúde, aproximando assim, o conhecimento popular do científico.

É nesse sentido, que defendo a práxis do enfermeiro e demais profissionais de saúde de forma mais humanista onde o indivíduo possa ser respeitado em sua totalidade, ou seja, com suas crenças, hábitos culturais e conhecimentos populares como o uso de plantas medicinais no cuidado de sua saúde e de sua família.

Portanto, o desenvolvimento desse estudo foi de grande relevância econômica, social e cultural, pois procura estabelecer um elo entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, possibilitando assim, uma maior aproximação das pessoas da comunidade aos serviços de saúde e aos profissionais que nela atuam.

Além disso, o trabalho vai ao encontro das atuais políticas públicas desenvolvidas sobre o assunto no Brasil. A mais recente delas é a criação de um instrumento de

normatização que visa a orientar e a potencializar as iniciativas de saúde: "Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)", sendo instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). Essa portaria tem como objetivo ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, a fitoterápicos e a serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL ,2006).

Neste trabalho são consideradas plantas medicinais todas as plantas secas in natura e aquelas colhidas frescas, às quais são utilizadas para o consumo do chá caseiro, sendo desconsiderado, portanto, qualquer outro tipo de planta, como por exemplo, o chá industrializado.

Frente ao exposto, propus-me a desenvolver a presente pesquisa, cuja ***questão norteadora*** consistiu em saber; quais os saberes e as práticas dos moradores da comunidade assistida pela USF Bela União no município de Santa Maria/RS sobre o uso de plantas medicinais no cuidado a saúde?

A fim de responder esta questão estabeleceu-se o seguinte ***objetivo****:*

Conhecer os saberes e as práticas dos moradores da comunidade assistida pela USF Bela União sobre o emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado à saúde.

A presente dissertação encontra-se estruturada em três capítulos, o primeiro aborda a fundamentação teórica do trabalho, onde se buscou estudos já realizados nessa área, ou ainda, naqueles que apresentassem alguma familiaridade com a temática aqui apresentada. Para tanto foi realizado no primeiro momento da revisão de literatura um breve resgate histórico sobre o uso de plantas medicinais pelo ser humano, assim como, a sua utilização em território brasileiro. Ainda nesse item, tem-se a idéia-síntese de trabalhos até então realizados pela enfermagem que abordam o uso de plantas medicinais, bem como, a influência da cultura nos cuidados realizados na enfermagem e na família, e os conceitos de etnoenfermagem e enfermagem transcultural.

No segundo capítulo, está descrito o procedimento metodológico empregado para desenvolver esta pesquisa, desde a elaboração do instrumento de pesquisa utilizado nos trabalhos de campo (roteiro de entrevista e diário de campo), seleção dos sujeitos da pesquisa e os procedimentos adotados durante as entrevistas. Nesse capítulo foram destacados os aspectos físicos e humanos do bairro Caturrita, indicador espacial da presente pesquisa.

No terceiro capítulo, o enfoque foi para apresentação, análise e discussão dos resultados alcançados.

Por fim, são expostas as considerações finais deste trabalho e apresentada as bibliografias consultadas para a realização desta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de fundamentar o presente estudo, nesse capítulo realizou-se um breve resgate histórico sobre o uso de plantas medicinais pelos seres humanos; levantamento da utilização das plantas medicinais no Brasil; busca por estudos brasileiros de enfermagem sobre o uso de plantas medicinais, conceitos de cuidado e cultura na enfermagem e concepções sobre o cuidado na família.

2.1 Um breve histórico sobre o uso de plantas medicinais pelos seres humanos.

Desde a *Antiguidade,* os seres humanos já utilizavam plantas medicinais para o tratamento de suas doenças, portanto, o seu emprego com fins terapêuticos datam de épocas remotas.

De acordo com Almeida (1993), as plantas medicinais foram os primeiros recursos terapêuticos utilizados para o cuidado da saúde dos seres humanos e de sua família, sendo, portanto, um conhecimento milenar que faz parte da evolução humana, pois antes mesmo do aparecimento da escrita as pessoas já faziam o uso de plantas, ora como remédio, ora como alimento.

Existem, conforme Cunha (2003), algumas teorias sobre o início da utilização das plantas medicinais, como a pautada no conhecimento empírico, adquirido por meio da observação dos animais herbívoros domésticos ou ainda pela ingestão deste ou daquele vegetal pelo próprio organismo humano (instinto de sobrevivência).

Conforme os estudos realizados por Brosse (1993) outra hipótese para o descobrimento das virtudes curativas das plantas pelas pessoas foi dada pela teoria Paracelso, que consiste na seguinte premissa:

> Esta teoria defendia a cura pela semelhança, seja pela forma, pela sua consistência, cor ou odor. Eram estes os atributos que determinavam qual seria o remédio mais adequado para ser utilizado. Portanto, segundo esta teoria tudo que a natureza cria ela faz segundo a imagem da virtude que lhe pretende atribuir (BROSSE, 1993, p.35).

Assim, o suco vermelho da romã, por exemplo, por evocar o sangue, era recomendado contra os problemas circulatórios e para estancar as hemorragias; já as suas sementes, por apresentarem aspecto e disposição na polpa do fruto, semelhantes aos dentes

eram recomendadas mordê-las como forma de remediar os problemas dentários (BROSSE , 1993).

De acordo com Biazzi (2004) os primeiros registros históricos datam de 5.000 anos atrás, e mencionam a utilização de plantas medicinais como o louro e o tomilho pelos Sumérios.

Os estudos de Almeida (1993) mencionam que o início da história da fitoterapia provavelmente começou com Mitridates, rei de Ponto, na Anatólia (região do sudoeste da Ásia que corresponde, hoje, à porção asiática da Turquia) no Século II a.C. Ele foi o primeiro farmacologista experimental da história da humanidade. Até o presente momento, acredita-se que o primeiro livro que descreve o uso de plantas medicinais é de 2.700 a.C. vem dos Chineses com a obra intitulada de Pen Ts'ao (A Grande Fitoterapia), de Shen Nung, conforme Eldin; Dunford (2001 Apud TOMAZZONE et al, 2006, p.116). Entretanto, o primeiro tratado médico egípcio aceito e respeitado pela comunidade científica que inclui o uso de plantas foi o papiro decifrado em 1873 pelo egiptólogo alemão Georg Ebers. Esse papiro é datado de aproximadamente 1500 anos antes da era Cristã e tem como frase introdutória "Aqui começa o livro relativo à preparação dos remédios para todas as partes do corpo humano" (CUNHA, 2003).

Ao estudar outras civilizações Cunha (2003) menciona também a importante contribuição dos povos Helênicos, em descobertas na área médica, devido aos estudos de grandes médicos como Hipócrates, considerado o pai da medicina; Galeno, precursor de fórmulas farmacêuticas até hoje utilizadas e Teofrasto, autor da obra "história das plantas" na qual descreveu registros botânicos muito precisos, juntamente com as indicações e as propriedades curativas delas. Conforme o autor supracitado, posteriormente o médico Dioscórides destacou-se no campo das plantas medicinais. Conta a história que foi após ter recebido abundantes informações sobre as plantas das regiões da Península Ibérica, no Norte da África e da Síria é que Dioscórides escreveu o tratado "de matéria médica", o qual representa até hoje, um verdadeiro marco histórico sobre o conhecimento de fármacos.

Na Bíblia, tanto no Antigo como no Novo Testamento, há muitas referências a plantas curativas e seus derivados, como, por exemplo, o aloés, o benjoim, a mirra, entre outros (MARTINS et al.,2000).

No decorrer da *Idade Média***,** adventos históricos que ocorreram na Europa, tais como a ascensão e queda do Império Romano e o fortalecimento da Igreja Católica, provocaram uma enorme influência sobre o saber científico da época. Em virtude disso, não

só a medicina, como também o estudo e as informações sobre o uso das plantas medicinais se mantiveram estagnados por um longo período, pois todo o legado greco-romano tornou-se restrito aos mosteiros. Dessa forma, o cultivo e o emprego das plantas medicinais tornaram-se exclusividades da Igreja Católica, uma vez que, qualquer prática realizada fora dessas instituições religiosas eram consideradas por seus sacerdotes, como práticas de bruxarias ou alquimia (MARTINS et al., 2000).

Após a idade média, no período do *Renascimento* ocorre uma retomada dos estudos, dentre eles os que abordam o emprego de plantas medicinais como forma paliativa ou curativa de tratar as doenças. No entanto, a obra que relacionou os efeitos medicinais das ervas conforme conhecemos contemporaneamente foi, de acordo com Silveira (2005), a de Sebastian Kneipp, um religioso alemão do século XVIII, cujo trabalho foi traduzido por Benedict Lust, e trazido para a América em 1895.

Contudo, foi somente a partir de 1906 que iniciaram os estudos científicos sobre o poder curativo das plantas. Nessa época reconheceram a morfina proveniente do ópio; a quinina vindo da quina; a atropina vinda da beladona e a cocaína vinda da coca. Até mesmo a aspirina tão usada atualmente, tem o seu princípio ativo encontrado na casca do salgueiro, de acordo com as mais recentes descobertas (SILVEIRA, 2005).

Na *modernidade*, o uso de plantas medicinais, conforme menciona Fernandes (2004), apesar de ser um tratamento secular para as doenças e de estar presente em diversas culturas sofreu muitas alterações, sobretudo, a partir da segunda metade do século XX, quando o uso de medicamentos sintéticos e industrializados começou intensificar-se. Como reflexo desse contexto o uso de plantas passou a ser negligenciado em virtude da supremacia dos medicamentos industrializados que passaram a partir de então, a predominar nas terapias modernas.

Contudo, segundo Adeodado; Oliveira (1996), tem-se observado uma crescente redescoberta do valor curativo das plantas medicinais, pois os efeitos colaterais dos medicamentos industrializados e o seu elevado valor tem contribuído para que a população busque tratamentos mais saudáveis e mais baratos para combater as suas mazelas.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), o uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo, pois cerca de 80% da população já fizeram o uso de algum tipo de planta com o objetivo de aliviar alguma sintomatologia. Conforme Viera (1992), a OMS tem inclusive incentivado o uso de plantas medicinais, pois segundo esse autor, muitos são os fatores que vêm contribuindo para o

desenvolvimento de práticas de saúde que incluem o uso de plantas medicinais, dentre eles o econômico e o social.

No caso brasileiro, Martins et al. (2000), mencionam que das 200.000 espécies vegetais que possam existir no país, pelo menos a metade pode ter alguma propriedade terapêutica útil à população, entretanto, nem um por cento dessas espécies em potencial tem recebido estudos e tratamentos adequados.

2.2 A utilização das plantas medicinais no Brasil

Desde os tempos em que a América era conhecida como o Novo Mundo os colonizadores europeus demonstram ter grande interesse em saber e catalogar quais as práticas de saúde utilizadas pelos nativos. Entre elas estava o uso de plantas medicinais.

Sobre este aspecto Souza (1971, p.209) destaca que:

> O indígena não conhecia somente a localização do ouro ou onde poderia ser encontrado o pau-brasil, ele também era detentor de um saber que poderia significar a diferença entre a vida e a morte, em um biota completamente desconhecido para o europeu. Quais frutas poderiam ser consumidas? O que fazer quando da picada de uma cobra nunca antes vista? Que remédio tomar quando acometido de uma febre, por vezes letal, que era causada por uma simples picada de mosquito? O europeu então, resolvera poupar caminho, ou seja, absorveu do indígena todo um saber acerca do cuidar em se tratando de patologias que eram típicas de um continente: o americano.

Dessa forma, uma gama de conhecimentos ligados à prática de saúde, acumulada pelos índios há milênios começou a ser passada ao europeu, mas, infelizmente, conforme Carreira (2002, p. 35) "não dispomos na historiografia brasileira um estudo acerca de até que ponto as práticas de saúde indígena colaboraram para a adaptação do europeu ao novo mundo".

A utilização de plantas medicinais para o tratamento de enfermidades no Brasil está arraigada às culturas do europeu, do negro e do índio, resultando em uma produção multicultural, que de acordo com Coelho (1989), foi durante muito tempo, a principal forma de cura utilizada, sobretudo, pela população rural.

Essa predileção do povo pelo uso de plantas medicinais no Brasil deve-se em parte, segundo o autor supracitado, pelo fato de que o país possui uma das floras mais ricas do mundo, o que favoreceu a descoberta de algumas substâncias curativas.

De acordo com Tomazzone; Negrelle; Centa (2006), o sistema etnofarmacológico europeu foi introduzido no Brasil, inicialmente, pela colonização portuguesa e posteriormente por outros povos que aqui chegaram. A cultura européia, por exemplo, é mais forte no sul do país, cuja população predominante é descendente de imigrantes alemães e italianos. Nessa região o uso de plantas medicinais é grande, isso se deve em parte pelo fato do clima dessa área ser mais frio, semelhante ao europeu, onde essas plantas já eram cultivadas e conseqüentemente já estavam adaptadas. Pode-se citar a Erva Cidreira (*Melissa officinalis*), a Erva Doce (*Pimpinella anisum*), entre outras.

No que se refere ao sistema etnofarmacológico africano, ressalta-se que ele foi trazido juntamente com o tráfico negreiro para o Brasil, no decorrer dos séculos XVI, XVII e XVIII. Esse sistema associa rituais religiosos ao uso de plantas medicinais, comum em diversas culturas africanas. No Brasil, a maior expressão desse sistema ocorre no estado da Bahia. Foi através da cultura africana que se incorporou plantas como a Arruda (*Ruta graveolens*) e o Jambolão (*Syzygium jambolanum)*.

O sistema etnofarmacológico indígena é o mais amplo de todos e pode ser encontrado em praticamente todo o território nacional. Entre as plantas, atualmente conhecidas está a Caapeba (*Piper umbellatum*), o Abajerú (*Chrisobalanus icaco*) e o Urucum (*Bixa orellana)*. Além destes principais sistemas etnofarmacológico, Tomazzone; Negrelle; Centa (2006) destacam ainda no Brasil, o sistema etnofarmacológico Oriental trazido pelos imigrantes chineses e japoneses no final do século XIX, que contribuiu para a introdução de novas plantas na cultura brasileira tais como o Gengibre (*Zingiber officinale*), a Lichia (*Litchi chinensis*) e a Raiz Forte (*Wassabia japonica*).

Existem também outras plantas medicinais de origem oriental, que foram introduzidas pelos portugueses, quando as descobriram em suas navegações até a Ásia. Como exemplos têm-se a Canela (*Cinnamomum cassia*) e o Cravo (*Syzygium aromaticum*), que ficaram mundialmente conhecidas por seu uso culinário.

Em fins do século XVIII, chega ao Brasil um dos maiores contribuidores dos estudos de fitoterapia brasileira, Bernardinho Antonio Gomes, médico português que chega à cidade do Rio de Janeiro, como médico pessoal da princesa Leopoldina, então prometida a D. Pedro I como esposa. De acordo com Gomes (1972), Bernardinho ficou fascinado com a quantidade de fitoterápicos extraídos das matas brasileiras e resolveu empenhar-se em catalogar botanicamente tais plantas, bem como estudar os seus princípios ativos.

Dessa forma, até meados do século XX, o uso da flora medicinal era amplamente utilizada no país, sendo reflexo das uniões étnicas ocorridas entre os diferentes imigrantes que aqui chegaram e os povos autóctones que aqui viviam. Assim, a difusão e o conhecimento sobre as ervas locais e os cuidados na sua utilização, foram sendo transmitidos e aprimorados de geração em geração.

No entanto, Lorenzi; Matos (2002) mencionam que, com os adventos da industrialização, da urbanização e dos avanços científicos, a fabricação de fármacos sintéticos no Brasil aumentou. Este fato favoreceu uma maior utilização desses medicamentos por grande parte da população brasileira. Em contrapartida, o tradicional conhecimento sobre as plantas medicinais ficou preterido, sendo muitas vezes considerado pela comunidade científica como atraso tecnológico.

Nesse sentido Lopes (1996) destaca que, apesar de a medicina ter uma estreita ligação com a botânica, a fitoterapia foi sendo esquecida em detrimento dos medicamentos alopáticos, que começaram a surgir no início no século XX. Ainda de acordo com Lopes (1996) o rompimento total entre a medicina oficial brasileira e a fitoterapia ocorreu na metade do século XX. Foi a partir desse período que os profissionais da área da saúde deixaram de estudar as plantas medicinais, no máximo, estudavam os produtos químicos que delas são extraídos, ou seja, os medicamentos alopáticos.

Contudo, de acordo com Grams (1999), esse panorama começa a ser modificado, pois embora as drogas sintéticas ainda representem a maioria dos medicamentos utilizados pela população, as plantas medicinais vêm ganhando cada vez mais adeptos das chamadas farmácias caseiras.

Nos países periféricos, entre eles o Brasil, assim como nos países centrais, observa-se que a partir da década de 1980 ocorre um crescimento vertiginoso das “medicinas alternativas”, hoje, chamada terapia complementares, entre elas o uso da fitoterapia (TOMAZZONE; NEGRELLE; CENTA, 2006).

No Brasil, de acordo com o departamento de comércio e exterior, no ano de 1998 foram exportadas oficialmente 2.842 toneladas de plantas medicinais e entre o ano de 1999 e 2000 as vendas de fitoterápicos aumentaram em 15 %, enquanto que os medicamentos sintéticos subiram apenas 4%. Atualmente, os maiores exportadores de plantas medicinais no Brasil são os estados do Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso, que vendem para países como os Estados Unidos, Alemanha, França, Japão, Portugal, Itália entre outros (TOMAZZONE; NEGRELLE; CENTA, 2006).

De acordo com Rodrigues; Santos; Amaral (2006), o uso de fitoterápicos para fins profiláticos, curativos ou paliativos passou a ser reconhecido oficialmente pela OMS em 1978, quando essa passou a recomendar a difusão mundial de conhecimentos científicos necessários para o seu uso.

Ainda segundo a OMS, as práticas da medicina tradicional expandiram-se mundialmente no decorrer da última década do século XX, ganhando popularidade. Devido a isso, a OMS tem estimulado o desenvolvimento de políticas públicas, a fim de inserir os medicamentos fitoterápicos no sistema oficial de saúde dos 191 Estados-membro. A inclusão do Brasil na discussão dessa política sobre fitoterápicos deve-se ao fato do país possuir não só a maior diversidade genética do mundo, mas também ampla tradição no uso de plantas medicinais, que está intrínseca ao conhecimento popular dos brasileiros (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006).

Entretanto, conforme Ferreira (1998) apesar da riqueza da flora brasileira e da tradição no uso de plantas medicinais pela população, os estudos científicos acerca do assunto ainda são insuficientes.

Em seu papel institucional, o Ministério da Saúde vem segundo Rodrigues; Santos; Amaral (2006, p.15), "desenvolvendo diversas ações junto a outros órgãos governamentais e não governamentais para a elaboração de políticas públicas voltadas à inserção de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS e ao desenvolvimento do setor".

A política nacional de medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento tecnológico preconiza que deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas (BRASIL, 1998).

Diante deste quadro favorável, Cunha (2003) destaca que atualmente no Brasil multiplicam-se os programas de Fitoterapia, que são apoiados pelos serviços públicos de saúde, em que equipes multidisciplinares são responsáveis pelo atendimento com fitoterápicos por profissionais encarregados do cultivo de plantas medicinais, da produção, e das recomendações destes produtos mediante diagnóstico médico.

De acordo com Rodrigues; Santos; Amaral (2006) foi feito um levantamento entre os meses de dezembro de 2004 e janeiro de 2005, com o intuito de obter informações sobre as experiências com o uso de plantas medicinais no âmbito das secretarias estaduais e municipais

de saúde. Pode-se observar que existem diversos programas de fitoterapia implantados ou ainda em fase de implantação em todas as regiões brasileiras.

Neste sentido, Rodrigues; Santos; Amaral (2006 p. 20) mencionam que:

> A fitoterapia, além de resgatar a cultura tradicional do uso das plantas medicinais pela população, possibilita a ampliação do seu acesso, a prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribuindo ao fortalecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde –SUS.

Ainda sobre essa temática, tem-se hoje, o mais recente instrumento de normatização produzido para orientar e potencializar as iniciativas de saúde, que é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual foi instituída por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971, de 03 de maio de 2006. Essa portaria objetiva ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL ,2006).

Contudo acredita-se que o poder curativo das plantas não pode ser apenas considerado uma tradição passada de pais para filhos, mas sim um conhecimento que deve ser estudado e aperfeiçoado para que se possa aplicá-los de forma segura e eficaz pelos profissionais da área da saúde, sobretudo, pelos cuidados prestados pelo Enfermeiro.

2.3 Os estudos brasileiros de Enfermagem sobre o uso de plantas medicinais

Este levantamento do estado da arte sobre os estudos da Enfermagem brasileira e o uso de plantas medicinais teve como fonte de análise e estudo o banco de dados on-line e CD-ROM do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), elaborado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que publica o resumo de teses e dissertações de pesquisadores nessa área do conhecimento. O material analisado foi aquele encontrado no índice de assunto: *"plantas medicinais" e "ervas"*, registrados entre os anos de 1975 e 2005.

Com o levantamento realizado foi encontrado um total de treze pesquisas, porém, nove foram selecionadas devido à consonância com a temática apresentada neste trabalho.

Assim, de acordo com o estudo realizado acredita-se que a evolução dos estudos de enfermagem sobre o tema *plantas medicinais* no Brasil teve início, no final da década de 1980, mais especificamente no ano de 1989, com a defesa de dois trabalhos dissertativos. O

primeiro apresentado ao curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), realizado pela enfermeira Maria Francinete de Oliveira, intitulado *"Necessidade de saúde dos idosos e terapêutica popular"*.

Nesse trabalho, a autora se propôs identificar as necessidades de saúde de um grupo de idosos, por meio de questionários e observação direta. A enfermeira identificou por meio de uma investigação sócio-antropológica as necessidades de saúde de um grupo de idosos e o uso da terapêutica popular na cura de suas doenças. Nos resultados a autora menciona que as necessidades de saúde dos idosos não eram atendidas, e que todos usavam ervas medicinais para curar as doenças, havendo inclusive, na maioria das vezes, concordância entre a indicação literária e o conhecimento popular a respeito das ervas medicinais.

O segundo também realizado no ano de 1989, foi o da Enfermeira Elizabeth Ferreira Pires Paulo, cuja dissertação abordou "*A fitoterapia como terapêutica alternativa: estudo realizado junto aos clientes de um centro de saúde"*. Esse trabalho foi apresentando ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no Rio de Janeiro (UNIRIO). Nele, a autora abordou qualitativamente o conhecimento dos clientes de uma unidade de saúde sobre a utilização de plantas para o tratamento de suas doenças, utilizando-se de entrevistas qualitativas para coleta de dados. A autora concluiu com esse estudo que: os clientes assistidos pelo enfermeiro em nível institucional fazem uso de plantas medicinais para tratar doenças; o tipo de preparado mais utilizado é o chá; os conhecimentos sobre fitoterapia são oriundos da esfera familiar. E existe um espaço para o enfermeiro desenvolver ações que incorporem a fitoterapia como prática direcionada ao auto-cuidado em saúde.

No final da década de 1990, tem-se em 1998 o trabalho de Angela Renata Vasconcelos de Mendonça, intitulado "*Fitoterapia e Enfermagem: aproximando o sistema profissional e popular nos serviços de saúde e no domicílio"*. Com a defesa desse trabalho, Mendonça obteve o título de mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná (Convênio REPENSUL). Com essa pesquisa Mendonça (1998) introduz aos estudos de Fitoterapia na Enfermagem, o conceito de etnoenfermagem da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madalene Leininger. A pesquisa realizada pela autora deu-se por Observação – Participação - Reflexão. Nesse estudo, Mendonça (1998) procurou mostrar uma enfermagem mais humanística preocupada em identificar e sanar as lacunas desta ciência em relação aos cuidados prestados por meio de plantas medicinais/fitoterápicos. A pesquisa apresentou, entre outros resultados, a reflexão de que a

Enfermagem deve compartilhar conhecimento com a comunidade e vice-versa para possibilitar um cuidado cultural congruente.

Contudo, foi somente no ano de 1999 que a primeira tese em enfermagem envolvendo o uso de plantas medicinais foi defendida, essa intitulada "*Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: uma construção em espiral",* e tem como autora a professora Neide Aparecida Titonelli Alvim. Com essa pesquisa Alvim doutorou-se pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Desenvolvendo uma abordagem qualitativa do método Criativo-Sensível, descreveu o processo de construção do saber da enfermeira sobre o uso de plantas medicinais, ao analisar a intermediação do saber comum e o científico, além de discutir as possibilidades e os limites da aplicabilidade das plantas medicinais pelas enfermeiras em sua prática profissional. Nessa abordagem, a autora menciona que permitir o emprego terapêutico das plantas pelos usurários do sistema público de saúde, poderá transformar o cuidado realizado pela enfermagem, assim como a sua filosofia de cuidado, sua maneira de ver, pensar e fazer a enfermagem.

Em 2001, na Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) Lis Marinho Medeiros defende a segunda tese de doutoramento em Enfermagem sobre o uso de plantas medicinais, com o título de "*As plantas medicinais e a enfermagem: a arte de cuidar, de curar, de assistir e de transformar os saberes"*. Nessa tese a autora teve como objeto de estudo, as estruturas cognitivas dos saberes e práticas populares associadas ao uso das plantas medicinais pelas mulheres-mães no cuidado às crianças menores de cinco anos. Analisou em que condições de saúde e de doença as mulheres-mães empregam as plantas no cuidado dessas crianças, quais elementos do senso comum e do universo científico constituem as estruturas cognitivas associadas ao uso das plantas medicinais e como se articula a rede desses saberes e práticas. Sua tese juntamente com a de Alvim (1999) consistem até hoje, em uma valiosa contribuição para a Enfermagem, pois articulam a rede de saberes e práticas do senso comum com as do universo científico, estruturando assim, os conhecimentos que abordam o uso de plantas medicinais para o cuidado da saúde humana.

No ano de 2002, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) Maria Celina da Piedade Ribeiro aborda em sua dissertação o tema *"Utilização das terapias complementares de saúde associadas à terapia convencional, por pacientes portadores de patologias oncológicas e onco-hematológicas"*. Esse trabalho teve como objetivo caracterizar

e identificar os pacientes que usam a terapia convencional associada às terapias alternativas e complementares ao tratamento, visando a identificação do tipo de terapia, o motivo, o tempo de uso e os resultados obtidos. A análise dos resultados demonstrou que dos 86 pacientes portadores de patologias oncológicas e onco-hematológicas, 28 (32,56%) usam atualmente práticas complementares, sendo o uso das plantas medicinais o predominante entre as práticas utilizadas, correspondendo a 73,03%.

Em 2003, na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) a Enfermeira Stella Minasi de Oliveira, também se insere nessa linha de pesquisa ao defender sua dissertação sobre 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*". Oliveira (2003) avaliou, nesse trabalho, a utilização de plantas medicinais para a promoção e para a recuperação da saúde em comunidades assistidas pelas equipes do programa saúde da família em Rio Grande/RS. Investigou o uso, a forma de transmissão do conhecimento sobre plantas medicinais, as principais plantas usadas, a forma de manipulação e de preparo e comparação da indicação popular com a indicação literária. Das 360 pessoas entrevistadas, 95% relataram fazer uso de plantas medicinais, principalmente por meio de chás. O uso de chá de plantas medicinais foi referenciado por 68,03% dos entrevistados como a primeira conduta adotada em caso de doença na família. Segundo a autora, esses dados mostram que as plantas medicinais têm um papel importante na prevenção e promoção da saúde dessa população sendo esse conhecimento transmitido, sobretudo de forma intergeracional, havendo uma articulação entre os saberes e práticas populares e as indicações encontradas nas literaturas.

Foi também pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG), que Janaína Sena defendeu em 2004 a dissertação "*Conhecimento sobre o tema plantas medicinais enquanto instrumento tecnológico na formação acadêmica"*. Nessa pesquisa, a autora buscou visualizar se os docentes dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Universidade Federal de Pelotas e do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Campanha/Bagé abordavam o tema plantas medicinais como instrumento tecnológico na formação acadêmica, seja no seu processo de trabalho ou como terapia para o cuidado. Os resultados da pesquisa apontam que o tema é abordado em disciplinas profissionalizantes, da área básica, em atividades de extensão e pós-graduação. Na enfermagem da UFPEL o tema é abordado em 33, 31% das disciplinas profissionalizantes

e existe um maior interesse pelo assunto, principalmente quando comparado ao curso de medicina, pois, 81, 70% dos entrevistados consideram importante a inclusão do tema plantas medicinais nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

O último trabalho desenvolvido por enfermeiros/pesquisadores sobre o tema "plantas medicinais", foi a dissertação de Marisa Ines Tomazzone (2005), defendida na Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob o título "*Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde no município de Cascavel/PR"*. O objetivo da pesquisa foi ampliar o conhecimento sobre a relação da comunidade de Cascavel com o uso de plantas medicinais, a fim de gerar subsídios para o planejamento e introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do município. Além disso, procurou averiguar como esse conhecimento foi adquirido, quais as fontes de obtenção das espécies utilizadas e verificar se há discrepância quanto ao uso popular e o conhecimento científico das plantas indicadas. A amostra utilizada foi composta por 50 famílias pertencentes à área de abrangência da Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes. Os resultados mencionam que 96% das famílias entrevistadas relataram fazer uso de fitoterápicos e que o conhecimento foi adquirido por seus ancestrais; 100% deles responderam que fariam uso de fitoterápicos para tratar problemas de saúde, caso a fitoterapia fosse implantada na rede pública de saúde. Em relação aos profissionais da Unidade Saúde da Família (USF), 92% manifestaram-se favoráveis à implantação de um programa de uso de fitoterápicos. Frente a tais resultados Tomazzone (2005), considera ser oportuna e adequada a implantação de um programa de uso de Fitoterápicos na Rede Pública de Saúde do Município de Cascavel/PR, visto que a aceitabilidade tanto por parte dos usuários como pelos profissionais de saúde da USF são favoráveis à implantação.

Portanto, hoje o que se tem de vanguarda sobre o tema plantas medicinais na Enfermagem são as pesquisas realizadas no Sul e no Sudeste do País, com destaque para as Universidades Federais do Rio Grande (FURG) e Paraná (UFPR) ambas na região Sul e a Escola de Enfermagem Anna Nery no Rio de Janeiro que conta com um grupo de pesquisa que aborda o tema em questão. Este grupo é chamado de "A intermediação de práticas e saberes no cuidar/educar em enfermagem", tendo sido criado no ano de 2000, sob a liderança da professora Doutora Neide Titonelli Alvim, registrado no diretório de grupos de pesquisa do CNPq e vinculado ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEART).

Os resultados da pesquisa, no banco de dados on-line e CD-ROM do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), apontam para uma grande carência de

pesquisas sobre o tema, principalmente, acerca de reflexões teórico-metodológicas, pois de acordo com o levantamento realizado, a última tese de doutorado envolvendo essa abordagem (plantas medicinais) é da Enfermeira Lis Medeiros defendida em 2001, na Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

É notória a carência desses estudos, principalmente numa época em que se busca um desenvolvimento sustentável e ecologicamente correto, eficaz e que possa contribuir para a assistência da saúde do ser humano, mediante um olhar integral desse ser, respeitando a sua singularidade, ou seja, a sua cultura e possibilitando uma maior autonomia em seu próprio cuidado.

2.4 O cuidado e a cultura na Enfermagem

Ao longo da história evolutiva do ser humano o cuidado, segundo Collière (1989), sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer.

Ao abordar sobre o tema cuidado Budó (2002, p. 29) enfatiza que: "torna-se importante buscar em sua gênese as raízes que possibilitaram o crescimento da enfermagem como profissão, pois a história da enfermagem foi escrita junto com a história dos cuidados".

Conforme Neves (2002, p. 79) o desenvolvimento teórico do cuidar em enfermagem "iniciou na década de 1950 com Madeleine Leininger quando essa passou a defender as concepções de que o cuidado é uma necessidade humana essencial e cuidar é a essência da enfermagem e um modo de alcançar saúde, bem estar e a sobrevivência das culturas e das civilizações".

A partir dos anos de 1980, surgiram outras perspectivas teóricas sobre o cuidado humano em enfermagem; a maior contribuição dessa época adveio com a proliferação de pesquisas qualitativas. Como exemplos de abordagens qualitativas, têm-se a fenomenologia, a teoria fundamentada nos dados, a da representação social, a etnografia e a etnometodológica (NEVES, 2002).

Ainda de acordo com Neves (2002, p. 81) "foi a partir da década de 1990 que o movimento profissional sobre o cuidar em enfermagem se difundiu mais amplamente no mundo e se incrementaram as perspectivas teóricas e/ou filosóficas e as pesquisas para a compreensão dos significados de cuidar".

De acordo com Alves; Ximenes; Oriá (2005), Leininger foi a pioneira em abordar o cuidado como parte integrante de uma diversidade e universalidade cultural, onde a prática do cuidar deve ser vista e compreendida holisticamente.

A enfermagem numa perspectiva cultural surgiu a partir do reconhecimento de que os seres humanos vivem em diferentes lugares e contextos, tendo na cultura o maior expoente desta diferença (ALVIM; CABRAL, 2002).

Na década de 1980, Leininger formalizou a teoria transcultural do cuidado que posteriormente, no ano de 1991 ficou denominada como "Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural": uma teoria de enfermagem. Nessa obra, Leininger destacou os aspectos conceituais e operacionais de seu método de pesquisa, o qual denominou de etnoenfermagem (NEVES, 2002).

O cuidado para Leininger, (1991 p. 46) é definido como: "um fenômeno relacionado com o comportamento de assistência, apoio ou capacitação para um indivíduo (ou grupos) com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou modo de vida humana". Esse cuidado pode ser demonstrado por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes. É nesse raciocínio que Leininger, (1991 p. 47) conceitua o cuidado cultural como sendo:

> Os valores, as crenças, e os modos de vida padronizados aprendidos, subjetiva e objetivamente, e transmitidos que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida, ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte.

É nessa visão que a autora supracitada reflete sobre a necessidade da enfermagem conhecer o universo cultural de seus usuários, a fim de melhor entender as diversas formas de cuidados por eles utilizados. A partir desse entendimento Leininger (1991, p.79) cria então o conceito de etnoenfermagem como sendo:

> Um método de pesquisa qualitativa, que permite a utilização de diversas estratégias e técnicas que são usadas para descrever, compreender e interpretar os significados e os símbolos que as pessoas atribuem a suas crenças, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores.

Leininger (1991, p.49) conceitua também enfermagem trancultural como:

> Um subcampo ou ramo da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise das culturas, no que diz respeito à Enfermagem e às práticas de cuidados à saúde, doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em

> enfermagem significativo e eficaz às pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença.

Com base nos conceitos acima, acredita-se que o enfermeiro deve levar em consideração o contexto sociocultural no qual o usuário dos serviços públicos de saúde está inserido. Dessa forma, ele irá encontrar outros métodos e conceitos sobre o cuidado, pois o ato do cuidar, tratar ou mesmo de promover a saúde recebe em algumas culturas significados e atenções diferentes como é o caso, do uso de plantas medicinais nos cuidados da saúde das pessoas.

A esse respeito Alvim; Ferreira (2003, p. 287- 288) mencionam que a arte de curar por meio do uso de plantas medicinais é:

> Uma prática milenar que remonta ao início das civilizações e esteve quase sempre atrelada a práticas mágicas, místicas e religiosas. Ainda hoje, com todo o avanço da ciência, inclusive sobre as propriedades terapêuticas das plantas, determinados grupos sociais as utilizam envoltas num conhecimento que mistura ciência, arte e magia. Dentre tantas outras práticas difundidas pela cultura popular, as plantas sempre tiveram fundamental importância por suas potencialidades terapêuticas. Elas perpassam gerações e transcendem etnias, raças e classes sociais.

Ainda de acordo com as autoras supracitadas o uso de plantas medicinais como recurso terapêutico, consiste de um saber popular, tradicionalmente utilizado no cotidiano familiar e socializado entre a vizinhança.

Nesse sentido, deve-se destacar o entendimento que Teixeira (2001, apud CARREIRA, 2002, p. 44) faz sobre o cuidado cotidiano "é o cuidar do eu, do outro, da família, da casa e do lugar, desenvolvido por moradores (as), em seu lugar de vida".

Em sociedades tribais, a arte de curar os doentes era uma tarefa desenvolvida por feiticeiros que utilizavam o conhecimento empírico sobre o poder curativo de raízes, ervas e frutos associando-os às práticas religiosas. O cuidado era realizado por mulheres cujo conhecimento era adquirido no seio familiar, não necessitando de nenhum conhecimento especializado e, portanto, isento de prestígio e poder social (ALVIM et al, 2004).

Acredita-se que as práticas de cuidados vividas e transmitidas de mulher para mulher, seja uma prática secular que persiste até os dias de hoje. Ainda nesse sentido Collière (1989, p 40) destaca que:

> As mulheres sempre foram curandeiras, trataram por meio de plantas e trocaram entre elas os segredos de suas práticas. Como parteiras deslocavam de casa em casa [...] formaram o seu saber no contato uma com as outras, transmitindo no espaço e no tempo, de vizinha a vizinha, de mãe para filha.

Segundo Budó (2002), são essas experiências, muitas vezes seculares, às quais se caracterizam por cuidados como a descoberta das propriedades das plantas, que fundamentaram muitos cuidados do cotidiano da evolução histórica dessas práticas e chegaram até os nossos dias.

Essa forma de cuidado, segundo Alvim; Cabral (2002) tem aumentado nos últimos anos, pois o número de usuários que utilizam plantas terapêuticas vem crescendo significativamente, forçando a legitimação institucional dessa prática alternativa do cuidar por meio do uso de plantas medicinais.

De acordo com um dos princípios do Sistema Único de saúde os serviços de saúde pública devem cuidar de seus usuários em sua integralidade, de forma coletiva ou individual, respeitando suas singularidades culturais, sociais e econômicas, pois a arte de cuidar, tratar ou mesmo curar as doenças estão fortemente condicionadas a alguns valores, costumes e hábitos culturais.

Geertz (1989, p.15) defende o conceito de cultura através da seguinte premissa: "o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, e ele assume a cultura como sendo estas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa a procura do significado".

No entender de Helman (2003, p.12) cultura é:

> Um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade, princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural.

Para Damatta (1986, p. 123), a cultura em Antropologia Social e Sociologia é "um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas".

É justamente pelo fato de compartilharem dos mesmos códigos (cultura), que um grupo de indivíduos com características heterogênicas, ou mesmo contrárias, pode transformar-se em um grupo e viver juntos, fazendo parte de uma mesma totalidade, podendo assim, estabelecer relações harmônicas entre si, pois a cultura em comum lhe fornece normas sobre os modos mais ou menos apropriados de comportamento diante de certas situações (DAMATTA, 1986).

Sob esse contexto, os valores culturais influenciam fortemente a arte de cuidar e tratar os enfermos, como é o caso das índias brasileiras que, após o ato de parir usam algumas plantas para conter o sangramento e raízes para evitar a concepção (MENDONÇA, 1998).

Na cultura africana, por exemplo, o processo saúde-doença, ganha características mais espirituais, pois se utilizam de plantas de diferentes maneiras, principalmente para o ato de defumar-se e banharem-se como formas de proteção e purificação (BENDER, 2007).

De acordo com Helman (2003), com o decorrer do tempo alguns grupos sofrerão certo grau de aculturação, pois inevitavelmente irão incorporar alguns dos atributos culturais daquela sociedade considerada maior (a mais forte política e economicamente). Sobre esse aspecto Helman (2003, p. 13) menciona o seguinte:

> A formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, inclusive suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de tempo e de espaço e atitudes frente à doença, à dor e a outras formas de infortúnio – podendo, todos, ter importantes implicações para a saúde e para a sua assistência. Contudo, a cultura na qual o indivíduo nasce ou vive nunca é a única influência desse tipo; é apenas uma das diversas influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados á saúde, que incluem: fatores individuais [...] educacionais [...] socioeconômicos [...] ambientais [...].

O conceito de cultura muitas vezes tem sido mal interpretado, pois as culturas jamais serão homogêneas, deve-se evitar generalizações ao tentar explicar o comportamento e a crença das pessoas. Sabe-se que as culturas não são estáticas, pois sofrem constantemente modificações, seja pelos meios de comunicação, seja pelo próprio processo mundial da globalização. Portanto, a saúde de uma população não é o reflexo exclusivo de sua cultura, mas também de sua situação socioeconômica, por isso, a cultura não deve ser considerada isolada, mas sim como uma mistura complexa de influências que refletem no modo de vida e na crença das pessoas (HELMAN, 2003).

Somando-se a isso, Mendonça (1998) afirma que o conhecimento de um povo, qualquer que seja, está sujeito a influências culturais de outros povos, pois o que é importante para o tratamento e cura de uma doença pode ser completamente absurdo e ultrapassado para outra cultura. Portanto, não se pode dizer que uma ou outra tenha a verdade, já que em cada realidade a atitude tem um significado cultural diferente.

Afirma Geertz (1997, p.29) que "o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que os seres humanos têm de construir suas vidas no processo de viver".

No âmbito da Enfermagem, Madalene Leininger ao refletir sobre o cuidado e a cultura buscou explicar a Enfermagem como um fenômeno essencialmente cultural, pois sabia das diferenças e semelhanças transculturais quanto à saúde, à doença e o cuidado, por isso procurou uma teoria que entendesse os significados culturais e a suas influências no cuidado da saúde do ser humano.

Sendo assim, Leininger (1991, p. 47) cria o conceito de cuidado cultural, o qual "refere-se ao subjetivo e/ ou objetivo aprendido, transmissão de valores, crenças e modos de vida que auxiliam, facilitam ou tornam apto um indivíduo ou grupo a manter o seu bem estar/ saúde, a fim de melhorar as suas condições humanas, modo de vida ou enfrentar a morte e as deficiências". A partir desse pressuposto entende-se que o cuidado cultural deve ser holístico, a fim de conhecer, explicar e interpretar o fenômeno do cuidado de Enfermagem, bem como guiar a sua prática. O cuidado cultural é constituído por formas, conceitos e padrões diferentes ou similares de cuidar entre as culturas do mundo.

Na visão de Leininger (1991, p. 47) a Enfermagem é:

> Um fenômeno transcultural, que envolve o contexto e o processo de cuidado ao ser humano, de diferentes orientações culturais ou estilos de vida específica dentro de uma determinada cultura. É uma disciplina humanística e científica, uma disciplina que focaliza o fenômeno do cuidado humano e as atividades ou condições para assistir, dar suporte, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos para manter o seu bem estar, em maneiras culturalmente significativas [...].

O cuidado realizado pela Enfermagem, para ser culturalmente congruente, tem que ocorrer quando um indivíduo, grupo, família ou comunidade têm seus valores culturais, reconhecidos e usados de forma apropriada pelo profissional de Enfermagem. Tratando-se da cultura humana em âmbito mundial, percebe-se a existência de diferenças e semelhanças de cuidado cultural entre o profissional que presta o cuidado e o cliente que dele compartilha. Quando os clientes recebem cuidados profissionais que falham em ser razoavelmente congruentes com suas crenças, seus valores e seu modo de vida ocorrem os conflitos culturais, prejudicando assim a relação do profissional da saúde com o usuário (LEININGER, 1991).

É oportuno enfatizar que a Enfermagem, assim como, a Medicina, apresentam, muitas vezes, dificuldades nas relações profissionais-usuários. A esse respeito, Boltanski (1979) aborda que a relação doente-médico, encontra-se fragilizada, pois a linguagem médica, muitas vezes separa o médico do doente, existindo uma barreira lingüística, constituída muitas vezes por palavras incompreensíveis pelas classes populares. Sobre esse aspecto Boltanski

(1979, p.59) traz ainda que: “o “colóquio singular” do médico e do doente reduz-se, assim na maior parte das vezes, ao monólogo do médico, [...]”.

O contrário ocorre com os profissionais alternativos como é o caso do curandeiro, que possuem uma linguagem imediatamente acessível aos membros da classe popular, favorecendo assim a procura por formas alternativas de cuidado (BOLTANSKI, 1979).

Sobre este assunto Mendonça (1998, p. 19) menciona o seguinte:

> A medicina alternativa e a oficial são determinadas pela cultura, seja ela baseada na ciência que é repassada através das Universidades ou na experiência baseada no cotidiano das pessoas. Ambas têm necessidade de serem providas permanentemente de conhecimentos sobre os respectivos assuntos, para que ocorra a sua perpetuação.

O exemplo de medicina alternativa baseada no cotidiano das pessoas é aquela prestada pelos curandeiros que conforme Van Gennep (1936, apud BOLTANSKI,1979) consiste no seguinte: “ são receitas herdadas da antiguidade, conservadas nos conventos e depois difundidas nos opúsculos populares de larga difusão e finalmente retomadas e anotadas nos cadernos de curandeiros, transmitidos de pai para filhos dentro das famílias em que circula o dom de curar”.

Para Helman (2003, p72) “as pessoas que ficam enfermas normalmente seguem uma hierarquia de recursos, desde a automedicação até consulta com outras pessoas”. Para este mesmo autor, o meio informal de consulta consiste num conjunto de diretrizes específicas a cada grupo cultural, que tratam do indivíduo e dos outros para evitar a falta de saúde.

Para melhor entender os sistemas de cuidado com a saúde, culturalmente constituídos busca-se em Leininger (1991) dois importantes conceitos que devem ser destacados, uma vez que, constituem-se numa das bases referenciais dessa pesquisa. Segundo Leininger (1991) existem dois sistemas de cuidados que interagem: o sistema de cuidado genérico (“folk” ou popular) e o sistema profissional de cuidados.

O sistema de cuidado genérico (“folk” ou popular), emerge de um conhecimento que não é transmitido oficialmente através de instituições formais de ensino. Abrangendo, portanto, todo o conhecimento que não é oficializado institucionalmente. Esse tipo de sistema ocorre desde o início da história humana na terra, através do cuidado dispensado às pessoas, colaborando assim, para sua sobrevivência. Historiadores de enfermagem enfatizam que o principal componente da sobrevivência humana é o cuidado que é transmitido, principalmente, pelo trabalho das mulheres com seus filhos(DENARDIN, 1999).

Nesse sentido, Collière (1989) afirma que nenhum tipo de vida pode sobreviver sem cuidado e em todas as sociedades do mundo, as mulheres desenvolveram cuidados, sobretudo, relacionados ao corpo e à alimentação. Em função de ter desenvolvido essas práticas, a mulher passou a ser designada de "sábia" ou ainda de "mulher adivinha", aquela que cuida dos outros nos momentos críticos da vida, como a morte e o nascimento.

Já o *sistema de cuidado profissional de saúde* é aquele que consiste no formalmente ensinado, o qual prevalece nas instituições profissionais. Esse sistema para Leininger (1991, p.48) é:

> O cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doenças, bem estar e preparados em instituições profissionais, normalmente com pessoal multidisciplinar para servir aos consumidores.

De acordo com a autora supracitada existem vários contrastes entre os dois sistemas de cuidado como pode ser observado no quadro a seguir:

SISTEMA DE CUIDADO POPULAR	**SITEMA DE CUIDADO PROFISSIONAL**
1)Primeiramente um foco humanístico. 2)Ênfase sobre fatores familiares, práticos, econômicos e sociais. 3)Usa um foco saúde-doença, holístico junto às pessoas. Isto é, cultural, religioso, parentesco, econômico e social. 4)O foco é principalmente cuidar. 5)Usa o cuidado familiar local e auxiliares de cura. 6)Usa recursos culturais e comunitários diversos para auxiliar clientes em ambientes caseiros e comunitários. 7)Ênfase sobre maneiras de permanecer bem através de modos locais. 8)Ênfase sobre o grupo, família, comunidade, nos processos de cura. 9)Usa explicações diversas para interpretar a boa saúde e a doença.	1)Primeiramente um foco científico. 2)Ênfase sobre os fatos não familiares, menos práticos e abstratos. 3)Usa sua abordagem fragmentada e parcialmente holística. 4)O foco é principalmente cura com alguns cuidados. 5)Usa ministradores de cuidado, não familiares. 6)Usa recursos limitadores, médico hospitalar. 7)Ênfase sobre a maneira de ser curado com valores profissionais. 8)Ênfase ao indivíduo nas práticas de cura. 9)Usa uma causa para explicar doenças e práticas.

MENDONÇA, 1998, p. 31 adaptado de LEININGER, 1985.

Embora o sistema popular e o profissional de saúde apresentem características distintas, é de suma importância uma maior aproximação entre ambos, pois, ao buscar um maior conhecimento acerca dos diferentes significados de ver e conceber a saúde sob a ótica de diferentes culturas, se romperá com a tradição de um modelo biomédico de saúde. Esse trata as pessoas uniformemente, a partir de suas doenças, não considera suas diferenças culturais.

Acredita-se que, ao ignorarem essa realidade cultural, os profissionais de saúde manterão um distanciamento do sistema popular, desconhecendo-o, cuidando das pessoas a partir de seus próprios valores pessoais e profissionais, causando, na maioria das vezes, conflitos entre os dois modos de ver o cuidado na saúde (GONZALES; BECK; DENARDIN, 1999).

Ainda nesse sentido Denardin (1999, p. 172) menciona que:

> O distanciamento entre o que as pessoas até então desenvolvem em suas vidas e o que realmente é proposto para fazerem, na situação de doença, é, muitas vezes, a causa da não participação ou participação parcial no tratamento [...] Isto tem demonstrado a necessidade de uma maior aproximação dos sistemas profissional e popular de saúde.

Portanto, estudar o cuidado no sistema popular de saúde e a sua maior ou menor aproximação com o cuidado profissional é de suma importância para o desenvolvimento do saber cuidar em enfermagem.

Existem hoje, algumas ações que tendem a uma prática profissional mais aproximada com a popular, como é o caso da política da Estratégia Saúde da Família (ESF). O Ministro da saúde, no ano de 1994, contribuiu com a seguinte afirmação: “ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a ESF priorizará as ações de proteção dos indivíduos e da família, tanto adultas, quanto crianças, aos sadios ou aos doentes, de uma forma integral e contínua” (BRASIL, 1994).

A ESF tem como finalidade transformar a prática atual em um modelo voltado para promoção e proteção da saúde, que seja resolutivo e organizado, onde o individuo passará a ser visto integralmente dentro de um contexto social-cultural, integrante de uma família e pertencente a uma comunidade (BRASIL, 2006).

2.5 O cuidado na família

Desde os primeiros tempos a prática do cuidar esteve vinculada ao seio familiar, principalmente, por meio do cuidado materno, considerado até hoje, como uma das ferramentas mais importantes para a manutenção e continuidade da vida humana.

Nesse sentindo, a família torna-se uma grande fonte de difusão de valores e formas de cuidar, e por isso, recebe diferentes significados e conceitos que variam de acordo com o sistema social, econômico, cultural, político e religioso. Não sendo possível, defini-la de forma única e limitada.

Considerando família e saúde Elsen (2002, p.12) a define da seguinte maneira:

> Um sistema de saúde para os seus membros, sistema este do qual fazem parte o modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença.

Dessa forma, entende-se que a família é a primeira forma de organização social e a principal responsável pela transmissão de conhecimentos, da visão do certo ou errado, dos cuidados populares de saúde, da opção religiosa, política, entre outras. Sendo, portanto, uma fonte de aprendizado e transmissão dos valores culturais a ela agregados.

O exposto acima, é ratificado por Boehs (1990) e Patrício (1990), ao afirmarem que a instituição familiar é fundamental à sobrevivência humana através das diversas formas de cuidado, sendo essas diretamente influenciadas pela cultura, condição social e ambiente físico.

Nessa linha de pensamento, Elsen (2002, p.12) menciona que "o sistema familiar de saúde está inserido em um contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles".

Assim, Angelo; Bousso (2001, p.14) aludem que: "devido as suas características próprias de proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e doença de seus membros".

Dessa forma, a assistência à família, como unidade de cuidado à saúde implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidade (ELSEN, 2002).

Portanto, o tipo de cuidado prestado pela família varia de acordo com a sua cultura e a classe social na qual está inserida, pois esses fatores influenciam diretamente no funcionamento e na saúde do grupo familiar. A cultura, por exemplo, é o reflexo da sociedade em que a família vive e são manifestados pelo estilo de vida, valores, ideais, crenças e práticas, os quais são transmitidos de geração para geração, afetando o comportamento e, consequentemente o estado de saúde dela (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Ainda conforme Angelo; Bousso (2001, p.15), o efeito da cultura sobre a saúde da família, pode ser compreendido pelas seguintes dimensões:

> *Crenças e práticas de saúde:* cada família possui um sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e a doença que inclui desde o que um sintoma significa, quando e onde levar a pessoa dente, e até o que é melhora ou cura. O sistema de crenças é transformado em práticas de cuidado a saúde, que, por sua vez afetam o

> estado de saúde da família. Eles dão sentido as ações da família e reforçam a coesão familiar[...].
> *Valores familiares:* os valores guiam o desenvolvimento de normas e de regras e servem como guia geral dos comportamentos. Eles envolvem a dimensão de tempo, o relacionamento entre as pessoas e a orientação em atividades da vida [...].
> *Papeis familiares e padrões de comunicação*: é considerável o impacto da cultura sobre os papéis e os padrões de comunicação da família. Assim, os papéis de homem, mulher e criança na família são afetados e transformados pela cultura e modificados em função de novas realidades e desafios familiares [...].
> *Enfrentamento familiar*: a cultura também influencia a maneira como a família se adapta e enfrenta as demandas e alterações internas e externas [...] o enfrentamento pode ser definido como respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental que a família utiliza para resolver ou reduzir o estresse produzido por um evento ou problema[...].

Com base na premissa supracitada deve-se considerar a importância da família em responder pela saúde dos seus, por isso, o profissional da saúde ao atuar nesse meio deve levar em consideração suas crenças, opiniões e valores culturais, pois, a família é a principal responsável pelo cuidado de saúde de seus membros.

3 METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho são do tipo exploratório/descritivo e encontram-se estruturados a partir de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Triviños (1994), permite que o pesquisador conheça o contexto onde o fenômeno ocorre, sem criar situações artificiais, as quais poderão mascarar a realidade e levá-lo a interpretações equivocadas. Minayo (2001) destaca que a metodologia qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das essências, das relações humanas, das atitudes, das crenças e dos valores, explorando assim, uma realidade que não pode ser captada pelos dados quantitativos.

Portanto, justifica-se a escolha dessa metodologia, por acreditar ser a mais adequada para compreender os significados, as experiências e as percepções que as pessoas têm sobre determinado assunto, no caso, o uso de plantas medicinais no cuidado da saúde humana.

3.1 Contexto de estudo

Para conhecer os saberes e práticas sobre o uso terapêutico de plantas medicinais pela população urbana do município de Santa Maria-RS, tem-se como indicador espacial a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Bela União, localizada na Região Administrativa Norte, bairro Caturrita conforme Figura 1.

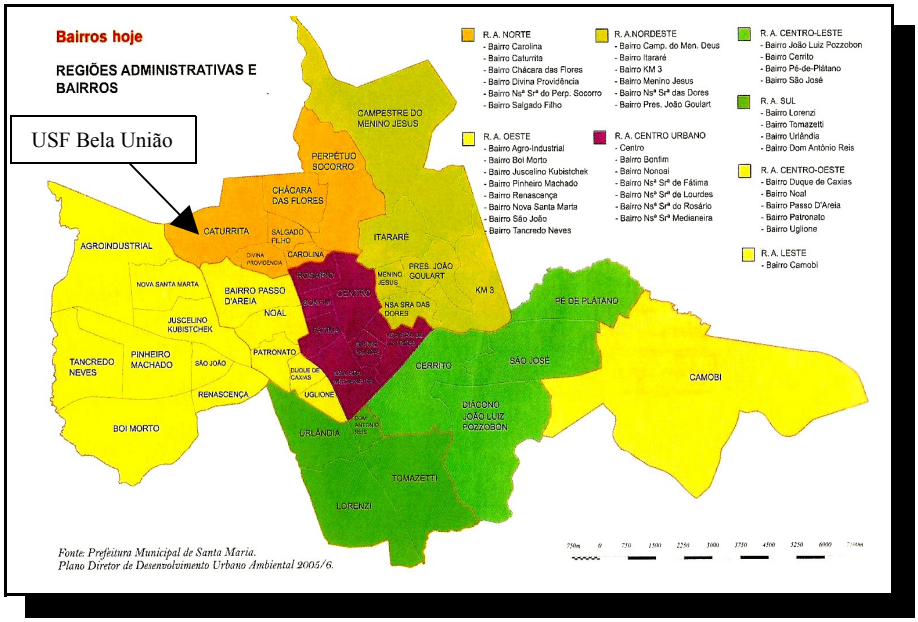


Figura 1–Mapa das Regiões Administrativas e Bairros de Santa Maria.
Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria/Plano Diretor de desenvolvimento Urbano Ambiental de 2005/06.

A escolha por essa comunidade deve-se a algumas peculiaridades como: ser uma área totalmente urbana onde são desenvolvidos trabalhos de assistência e pesquisa em parceria com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), é um dos locais de aulas práticas e de Estágio Supervisionado dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM e é de fácil acesso.

Conforme o estudo realizado por Budó et al. (2008), o total de população assistida pela USF Bela União é de 710 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino (52,39%) da população total. A faixa etária mais representativa vai dos 20 aos 39 anos, o equivalente a 31,13% da população, seguida pela faixa dos 40 e 59 anos de idade (21,55%).

Quanto às condições de moradia, a maior parte delas é de propriedade dos moradores, representando 83,64% dos domicílios. No que se refere à estrutura utilizada, mais da metade (52,99%) são de alvenaria e apresentam condições favoráveis de habitação. Entretanto, tem-se também a existência de moradias paupérrimas que não oferecem condições mínimas de sobrevivência aos seus moradores.

Em relação ao grau de instrução dos maiores de 18 anos, a maior parte é de pessoas com o ensino fundamental incompleto (66,05%), já o percentual de pessoas não alfabetizadas chega a 8,42% e as que possuem curso superior completo totalizam apenas 0,26%.

A maioria das famílias (37,7%) tem renda mensal entre um e três salários mínimos; seguido por aquelas que ganham de 3 a 5 salários (36,5%). Outras 9,68% apresentam renda mensal entre 5 e 10 salários mínimos e 7,37% sobrevivem com menos de um salário mínimo por mês.

Quanto ao vínculo empregatício destaca-se que 26,55% são “trabalhadores do lar”, 25, 31% são empregados com carteira assinada e 14,39% são autônomos. Teve-se ainda um percentual de desempregados (7,2%), de aposentados/pensionista (10,7%) e um número significativo de trabalhadores informais (11,66%).

Os indicadores de saúde analisados por Budó et al. (2008) foram as condições de saneamento e meio-ambiente, e os índices de morbidade referida pelos moradores da comunidade. O estudo traz como resultados as seguintes informações: a água consumida pela maioria dessa população é proveniente da rede pública de abastecimento, representando 94,9% dos domicílios e apenas 5,1% desses são abastecidos por poços ou nascentes; com relação ao destino do lixo, predomina a coleta realizada pela prefeitura municipal, pois, de acordo com os domicílios pesquisados, 93,08% deles fazem uso desse serviço. O restante

referiu dar ao lixo outros destinos como queimá-lo, enterrá-lo, colocar a céu aberto ou enviá-lo à coleta seletiva.

No que se refere aos índices de morbidade, as doenças crônicas não transmissíveis mais citadas pelos moradores são a hipertensão arterial sistêmica, referida por 11,69% da população, seguida de cardiopatia (5,47%), diabetes (3,94%), depressão (3,8%) e obesidade com 3,1% das respostas.

Quanto à oferta dos serviços públicos de saúde a população da região Administrativa Norte, do bairro Caturrita, tem como principal oferta de serviços a equipe da Estratégia de Saúde da Família Bela União e outras instituições públicas de média e alta complexidade presentes no município, como pronto-socorros e pronto-atendimentos, e o Hospital Universitário.

3.2 Coleta dos dados e sujeitos da pesquisa

A coleta de dados para esta pesquisa ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada e observação como participante.

Referentes ao uso de entrevistas semi-estruturadas têm se em Minayo (2007, p.191), a sua sustentação teórica e metodológica, uma vez que, a descreve da seguinte maneira: "A entrevista semi-estruturada deve ser construída de forma que permita flexibilidade nas conversas e que absorva novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância". Com base nessa definição, elaborou-se um roteiro de entrevista composto por duas partes, a primeira, contém questões fechadas sobre os dados pessoais dos entrevistados como: sexo, idade, profissão, entre outros, que serviram para traçar o perfil dos dez informantes da pesquisa. A segunda é formada por cinco questões abertas, devidamente elaboradas para deixar o entrevistado mais à vontade no momento de respondê-las, com isso tornando mais agradável e descontraído o momento das entrevistas, a fim de evitar qualquer tipo de inibição por parte do entrevistado.

Justifica-se o uso de questões abertas nesse tipo de pesquisa (qualitativa), justamente para que o entrevistador tenha maior liberdade para perguntar ou fazer intervenções, além, é claro, de permitir a captação mais fidedigna dos saberes e práticas sobre o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde humana (BLEGER, 2003).

Salienta-se que o roteiro de entrevista (Apêndice A), foi elaborado pelo próprio pesquisador e que as entrevistas, além de registradas em um diário de campo foram gravadas em MP4, para que, em um segundo momento, fossem transcritas e seus dados aproveitados.

Antes de aplicar o instrumento de pesquisa adrede elaborado realizou-se duas entrevistas (teste-piloto), com pessoas pertencentes a outras comunidades e escolhidas aleatoriamente para responder às questões trazidas no roteiro. A realização dessa pesquisa-piloto serviu tanto para verificar se as perguntas contidas no roteiro estavam adequadas aos objetivos propostos, como também para ter noção do tempo despendido em cada uma delas, e com isso, eliminar qualquer tipo de imprevisto quanto ao tempo necessário para realizá-las.

Concluída a pesquisa-piloto, verificou-se que a duração média de cada uma ficaria em torno de uma hora, oscilando para mais ou para menos, dependendo do entrevistado e que as perguntas elaboradas, não apresentaram nenhum tipo de rejeição ou dificuldade que pudesse influenciar no seu entendimento ou nas suas respostas. Entretanto, para melhor compreensão, foi reorganizada a sua ordem de apresentação, mas a essência delas preservada, já que estavam adequadas e com linguagem acessível, satisfazendo, portanto, integralmente aos objetivos aqui pretendidos.

Destaca-se que além das entrevistas, foi utilizado também observação do tipo *observador-como-participante* para coletar os dados Conforme Minayo (2007, p. 281) "[...] ela é uma modalidade de observação que costuma ser utilizada, freqüentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa". Por considerá-las importantes foram realizadas antes, durante e após as entrevistas, com a finalidade de complementar os dados registrados no roteiro das entrevistas e os gravados no MP4. É necessário mencionar que os momentos destinados às observações serviram para melhor conhecer a realidade em que vive cada entrevistado, assim como as características individuais.

A fim de ordenar as observações-como-participante, criou-se um roteiro de observações (Apêndice B), com seis importantes itens, a serem observados e anotados no diário de campo. Sobre esse tipo de anotação Minayo (2007, p. 194), menciona ser no diário de campo "[...] que o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversas informais [...] expressões que digam respeito ao tema da pesquisa". Nesse diário foram registradas as observações realizadas em cada residência, e em cada encontro e conversa informal com os entrevistados.

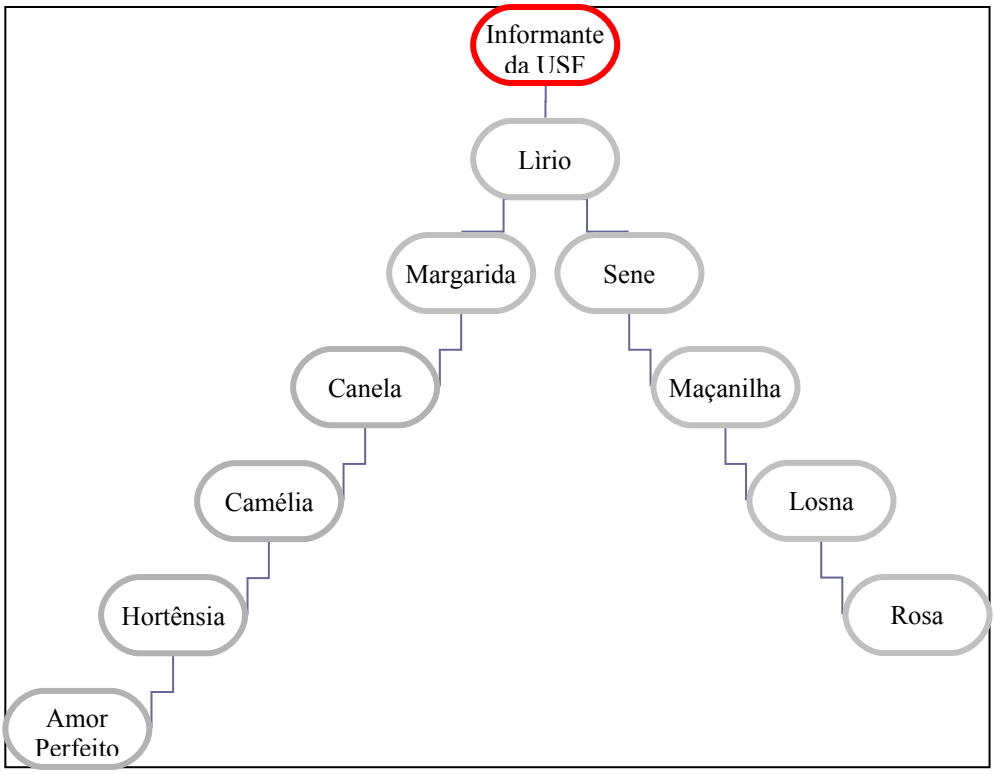
A seleção dos sujeitos da pesquisa foi realizada por indicação da rede de relações, que segundo Victória; Knauth; Hassen (2000, p. 69) consiste em um processo no qual "cada informante remete o pesquisador a outros membros da sua rede para investigações subseqüentes".

A partir desse entendimento, em março de 2008 entrou-se em contato com a Enfermeira responsável pela equipe da USF Bela União. Nesta ocasião, lhe foi solicitado um encontro com toda equipe da USF, para que a proposta de estudo pudesse ser apresentada e apreciada por todos. Realizado o encontro, a proposta apresentada foi aceita, pediu-se então o consentimento da equipe para que a pesquisa fosse realizada naquela área, pois, além das questões éticas do consentimento, sem a colaboração do grupo seria praticamente impossível realizar o trabalho.

Deferida a pesquisa, foi solicitada aos integrantes da equipe a indicação de um morador da comunidade que fizesse o uso de plantas medicinais para o cuidado de sua saúde.

Nesse momento, uma agente comunitária de saúde disse conhecer uma pessoa que fazia tal prática, e se propôs entrar em contato com o usuário de plantas medicinais a fim de verificar o seu interesse em participar da pesquisa e se tinha disponibilidade de dia e horário para dar a entrevista. Aceita a participação na pesquisa, realizou-se a primeira entrevista e a partir dela o contato com os demais informantes via rede de relações, pois, ao término de cada entrevista era solicitado ao informante a indicação de uma outra pessoa que também fizesse o uso de plantas medicinais. Assim, a cada entrevista a rede de relações ia sendo formada como pode ser visto no Quadro1.

Cabe ressaltar ainda, que durante os trabalhos de campo o pesquisador se apresentou aos sujeitos da pesquisa como pesquisador da Universidade Federal de Santa Maria/RS e não como Enfermeiro para evitar constrangimentos e possíveis influências no momento das entrevistas e observações.



Quadro 1 – Rede de relações

Org.: BADKE, Marcio Rossato, 2008.

Ao observar e interpretar o Quadro1 pode-se afirmar que a rede de relações teve início quando a Agente comunitária de saúde da USF, moradora do bairro e conhecedora de grande parte da população local, entrou em contato com o senhor Lírio [2] e marcou a primeira entrevista. Após conceder a entrevista o Sr. Lírio indicou outras duas pessoas, que segundo ele, também fazem uso de plantas medicinais para cuidar da saúde, a Srª. Margarida e a Srª. Sene, que ao término de suas entrevistas também indicaram outras pessoas, a primeira mencionou o Sr. Canela e a segunda a Srª. Maçanilha e assim sucessivamente, até que a rede de relações estivesse suficientemente formada para satisfazer os objetivos aqui propostos, constituída de dez sujeitos, todos moradores da área adscrita a USF Bela união e maiores de 18 anos.

Ao iniciar cada entrevista o informante era esclarecido sobre os objetivos da investigação e da importância de se ter uma informação precisa, assim como, o que é considerado "*plantas medicinais*" neste trabalho.

Para fins de esclarecimento, salienta-se que apenas as plantas medicinais secas in natura ou aquelas colhidas frescas para serem utilizadas no preparo do chá caseiro foram

[2] Visando o anonimato dos participantes, foram utilizados nomes de plantas para designá-los.

consideradas. Sendo, portanto, desconsiderado qualquer outro tipo de planta, como por exemplo, o chá industrializado.

As entrevistas foram realizadas no período de março a junho de 2008 e ocorreram pelo turno da manhã das 8h às 12h.

Paralelo às entrevistas foram realizadas também as observações-como-participante, o que só foi possível retornando outras vezes à residência de cada entrevistado (no mínimo duas vezes), pois, para realizá-la fidedignamente foi preciso um maior tempo de contato entre o entrevistador e o entrevistado, e isso, só se concretizou em um segundo momento, ou seja, além do período destinado às entrevistas, embora algumas das observações tenham sido registradas já no primeiro encontro.

É mister destacar que cada encontro foi único, sobretudo aqueles realizados após as entrevistas, pois, pode-se observar com mais atenção e clareza o local de moradia, o terreno, o local de plantio das plantas medicinais, seu armazenamento e cuidados de higiene ao preparar o chá, além, é claro, de conhecer melhor a realidade local e o modo de vida dos participantes da pesquisa.

3.3 Organização dos dados e procedimentos de análise

A sustentação teórica/metodológica utilizada para analisar e interpretar os dados desta pesquisa é a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2008, p.42), consiste em:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Pelo fato da análise de conteúdo buscar outras realidades através de mensagens, palavras, entrevistas, etc., ela tem a capacidade de decifrar qualquer comunicação, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor (BARDIN, 2008).

Entre os domínios possíveis de aplicar a análise de conteúdo está a análise dos significados (análise temática) de entrevistas, discussões ou conversações. É por essas características que a análise temática foi empregada nesse trabalho. De acordo com Bardin (2008), é uma das técnicas de análise de conteúdo, cuja operacionalidade é composta por três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e as interpretações.

Para entender os procedimentos adotados em cada etapa será descrito o que consiste cada uma delas:

A pré-análise: Nessa fase ocorre a organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, pois seu objetivo é sistematizar as idéias iniciais, através de um retorno à questão norteadora e ao objetivo inicial da pesquisa.

É nessa etapa que ocorre a *leitura flutuante*, caracterizada por Bardin (2008) como sendo o primeiro contato do pesquisador com os documentos a analisar deixando-se impregnar por seus conteúdos. Após esta leitura flutuante, ocorre a escolha do que analisar nos documentos, essa escolha, dependerá dos objetivos de cada pesquisa, e é denominada *constituição de um corpus*.

O corpus é o conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos e a sua constituição implica em escolhas, seleções e regras como: a regra da exaustividade, à qual consiste em reunir todos os elementos do corpus, não deixando de fora qualquer elemento por esta ou por aquela razão; regra da representatividade que traz referência ao tamanho da amostra utilizada, ou seja, um universo de análise heterogêneo requer uma amostra maior do que um universo homogêneo para ser representativo; regra da homogeneidade enfatiza o fato de que as entrevistas efetuadas sobre um dado tema, devem ser obtidas por meio de técnicas idênticas e aplicadas em indivíduos semelhantes; por fim a regra da pertinência que menciona a relevância dos documentos retidos, a fim de que eles possam corresponder aos objetivos que suscitam a análise (BARDIN, 2008).

Ainda na pré-análise, tem-se a *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos e a preparação do material.* A primeira consiste numa retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura do material e o conhecimento a priori do pesquisador sobre o assunto, levando-o a pensar que tal fato ocorre por este ou aquele motivo. Enquanto que a segunda faz referência à organização dos dados para análise, por exemplo, as entrevistas gravadas são transmitidas e transcritas na íntegra, as respostas a questões abertas são anotadas em fichas etc (BARDIN, 2008).

A exploração do material: essa fase longa e fastidiosa consiste essencialmente de operações de codificações, categorização do corpus e de conceitos teóricos importantes que orientaram a análise da pesquisa. Essa busca por categorias, nada mais é do que a procura por palavras ou expressões significativas dentro de um documento ou fala, às quais devidamente organizadas se pretende analisar.

A última etapa, segundo Bardin (2008), é a do *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, nessa fase coloca-se em relevo as informações coletadas, é o momento de se extrair dos dados brutos e significativos, informações relevantes para análise.

Para efetuar cada uma das etapas da metodologia supracitada, realizou-se, num primeiro momento, um retorno à questão norteadora e ao objetivo deste trabalho, a fim de melhor sistematizar as idéias iniciais da pesquisa. Além disso, foi realizada a leitura flutuante do material a ser analisado, ou seja, escutou-se cada uma das entrevistas gravadas no MP4 impregnando-se do seu conteúdo.

Após a escuta, as entrevistas foram integralmente transcritas em um documento criado no programa Microsoft Office Word 2003. Realizado esse primeiro contato, o corpus, composto por todas as entrevistas realizadas foi constituído, pois segundo a regra da exaustividade todos os documentos devem ser reunidos, sem que nenhum deles fique de fora.

Quanto à regra da representatividade, foi realizada um total de dez entrevistas, número considerado suficiente para os objetivos pretendidos, uma vez que, o universo analisado é bastante semelhante, ou seja, composto por pessoas que usam plantas medicinais no cuidado da saúde e moram na mesma localidade.

Para coleta dos dados foi utilizado em todas as entrevistas o mesmo roteiro (com perguntas idênticas), relacionadas a mesma temática (plantas medicinais), garantindo à pesquisa a exigência da homogeneidade. Por fim, a regra da pertinência foi considerada ao verificar a relevância das entrevistas como documentos a serem analisados.

Cumprida cada exigência e transcritas as entrevistas, foi realizada a exploração do material, nessa etapa buscou-se palavras ou expressões significativas que surgiram nas transcrições, e que por isso, constituíram e categorizaram o corpus. Constituído o Corpus as categorias emergentes foram divididas em três grupos: o primeiro intitulado Origem do saber sobre as plantas medicinais, com as seguintes categorias "*Eu me criei com isso"; "Planto para ter em casa"*. O segundo, intitulado O saber sustentado na prática do cotidiano popular, com as seguintes categorias *"Tipos de plantas e suas indicações"; "Colho o raminho verde na horta"; "Eu fiz assim" e "Foi bom mesmo"*. O terceiro, intitulado Fatores intervenientes no uso das plantas medicinais, com as categorias *"Plantas medicinais ou remédio de farmácia"; "Acesso aos serviços de saúde"*.

A partir disso, cada uma das categorias foi posta em relevo para que as informações coletadas fossem analisadas e as interpretações construídas no decorrer dessa etapa.

A fim de complementar as entrevistas, realizou-se também as observações-como-participante que foram registradas em um diário de campo, portanto é um material de fundamental importância para este trabalho. Essas observações serviram para complementar e, em alguns casos, para sanar certas dúvidas que permearam o decorrer da análise. As interpretações acerca das práticas de cuidado à saúde envolvendo o uso de plantas medicinais, na área adscrita a USF Bela União, foram construídas a partir dessas informações coletadas em campo (entrevistas e observações).

3.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa está em consonância com os princípios da Bioética, sobre os trabalhos que envolvem os seres humanos e que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde sob a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Além disso, a fim de obter um parecer favorável a sua realização a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Após o seu deferimento (Anexo A) a pesquisa foi realizada, respeitando os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes da população investigada. Paralelamente, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) das pessoas envolvidas na pesquisa garantindo a privacidade e o sigilo de seu nome e as informações prestadas durante as etapas de divulgação dos resultados.

Os participantes foram informados individualmente, em linguagem acessível e clara, sobre os objetivos da pesquisa, bem como dos benefícios que essa proporcionará, e de que não haverá riscos nem obrigatoriedade de sua participação. Foram informados também sobre qual o período em que suas práticas serão observadas e os momentos de conversa que serão utilizados como entrevistas, além de estarem cientes de que a exclusão da pesquisa poderá ser solicitada a qualquer momento da pesquisa.

Os entrevistados estão representados neste trabalho pelo codinome de plantas, para que seu anonimato possa ser mantido. A opção pelo codinome partiu dos próprios participantes, que de acordo com o seu livre arbítrio, escolheram o nome de uma planta para serem designados. Dessa forma, têm-se como codinomes os senhores Lírio e Canela e as senhoras Margarida, Sene, Canela, Maçanilha, Camélia, Losna, Rosa, Hortência e Amor-Perfeito.

Para a realização da pesquisa, foi agendado o horário e o local para as entrevistas e observações, garantindo o direito de privacidade e anonimato, não havendo exposição pública

da pessoa ou de suas informações durante a etapa de divulgação dos resultados. Foi explicado também que as informações desse estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem e que o diário de campo e as gravações no MP4 ficarão sob guarda e responsabilidade do pesquisador até início de dezembro de 2013, totalizando cinco anos, quando serão destruídos.

Da mesma forma, foi solicitado o consentimento da equipe da USF Bela União (Anexo B) e da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS (Anexo C).

3.4.1 Relação risco-benefício

Como o objetivo da pesquisa foi conhecer os saberes e práticas dos moradores da comunidade assistida pela USF Bela União no emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado da saúde, foi necessário estabelecer um vínculo de confiança entre o pesquisador, a equipe da USF e a comunidade. Esse vínculo foi desenvolvido por meio da inserção do pesquisador juntamente à equipe e à comunidade. A partir disso, se estabeleceu uma relação de diálogo, respeito e transparência, no intuito de possibilitar a apreensão dos dados da pesquisa sem causar qualquer dano aos participantes. Para isso, o primeiro contato com o entrevistado, foi realizado por um integrante da comunidade como relatado anteriormente, na rede de relações, isso já possibilitou uma aproximação do pesquisador com a comunidade. Durante o diálogo, ocorreram momentos de descontração, onde o entrevistado ficou a vontade para relatar experiências pessoais e familiares, como histórias engraçadas, piadas, entre outras.

Acredita-se que a pesquisa aqui realizada contribuiu para formar um elo entre o conhecimento popular e científico, assim como possibilitou uma maior aproximação da comunidade para com os serviços de saúde, o que refletiu numa maior valorização do indivíduo, através do respeito a suas crenças e hábitos culturais.

Isso pôde ser percebido durante as entrevistas e observações, visto que os entrevistados relataram a importância do profissional de saúde estar interessado na realidade local, assim como, no conhecimento do uso das plantas para tratar as doenças. Houve ainda, relatos da importância do profissional ter o conhecimento das reais necessidades da comunidade por ele assistida, diminuindo assim, o distanciamento que existe na maioria das vezes, na relação entre profissional/paciente.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo é constituído por quatro itens, onde são apresentados os resultados da pesquisa. No primeiro, é feito uma caracterização dos sujeitos da investigação; no segundo, é abordada a origem do saber sobre as plantas medicinais e análise de cada categoria emergente desse tópico, no terceiro, o saber sustentado na prática do cotidiano popular e as suas categorias é que são analisadas. No quarto e último item é abordado os fatores intervenientes no uso das plantas medicinais e as suas categorias.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Fizeram parte dessa pesquisa dez sujeitos, sendo oito mulheres e dois homens. Acredita-se que essa prevalência do sexo feminino seja pelo fato de a mulher ser: a cuidadora por excelência, pois, culturalmente, foi escolhida para realizar os cuidados no seio familiar. A esse respeito Budó et al.(2008, p. 93) mencionam o seguinte:

> É conhecido, em diferentes trabalhos na enfermagem, que na família, a mulher possui importante papel como disseminadora da cultura à sua prole, e que o cuidado se faz presente às atribuições por ela assumidas. Isso faz com que este papel seja transmitido de geração a geração, perpetuando-se no domínio familiar.

Quanto à idade dos entrevistados, constata-se que varia dos 54 aos 89 anos, sendo que dois têm idade entre 54 e 59 anos e oito com mais de 60 anos. Considerando o Estatuto do Idoso, Lei nº. 10.741 de 1º. de outubro de 2003, conclui-se que oito entre as dez pessoas são idosas, pois de acordo com o referido Estatuto, são idosos todos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL,2003).

Acredita-se que esse perfil seja favorável aos estudos que abordam a utilização de plantas medicinais no cuidado da saúde do ser humano, uma vez que, possivelmente são as pessoas idosas as detentoras de um maior conhecimento acerca dessas práticas complementares de cuidado, que em sua maioria, foram adquiridas ao longo dos anos, de geração para geração, ou construídas no decorrer de sua própria vivência.

Esse resultado vai ao encontro do que Collière (1989, p. 46) diz sobre o processo de transmissão dos conhecimentos acerca das plantas medicinais, afirma que eles são "transmitidos através de várias gerações pela tradição oral [...] transmitindo a sua experiência de vizinha a vizinha, de mãe para filha".

No que se refere à ocupação dos informantes, constatou-se que seis entre os dez entrevistados são aposentados. Antes de se aposentarem, dois trabalhavam em serviços gerais, dois de pedreiro, um de costureiro e um agricultor. Outros dois são pensionistas, antes de se tornarem pensionistas, um era agricultor e outro do lar. Os outros dois restantes se dedicam aos labores domésticos. Os dez entrevistados apresentam uma renda média mensal que varia de um a cinco salários mínimos nacionais (R$415,00) assim distribuídos: quatro deles recebem até um salário mínimo, cinco recebem entre um a três salários e apenas um recebe algo em torno de três a cinco salários mínimos. Esse perfil de renda familiar permite inferir que o maior grupo de sujeitos entrevistados possui uma renda mensal inferior a três salários mínimos. Apesar de apresentarem reduzida condição financeira, constatou-se no decorrer dos trabalhos de campo, que todos possuíam casa própria, água tratada, luz elétrica e banheiro com fossa séptica, com exceção de um entrevistado que fazia uso de latrina.

Quanto à escolaridade observa-se que a maioria dos entrevistados têm como grau de instrução o ensino fundamental incompleto, havendo um predomínio de indivíduos que cursaram apenas as primeiras séries da educação básica. Além disso, verificou-se também que dois entre os dez sujeitos da entrevista dizem ser analfabetos.

No quesito naturalidade, todos relatam ser de Santa Maria ou de municípios limítrofes, como São Martinho da Serra e São Pedro do Sul. Todos pertencentes a uma mesma região sócio-cultural.

Sobre a religiosidade dos entrevistados, ocorre uma predominância no número de Católicos (sete ao total), seguido pelos evangélicos (três indivíduos).

4.2 Origem do saber sobre as plantas medicinais.

Na busca pela compreensão da origem do saber sobre as plantas medicinais, por meio de entrevista e observação, obteve-se durante a análise temática do material, o surgimento de categorias. Dessa forma, têm-se como categorias emergentes dessa análise as seguintes: "*Eu me criei com isso" e "Planto para ter em casa"*.

4.2.1 Eu me criei com isso

Com as entrevistas, pode-se verificar que a maioria das respostas sobre como aprenderam a utilizar as plantas medicinais, mencionam que foi na infância o seu primeiro contato, pois sete dos entrevistados referiram que desde pequenos, viam esse tipo de prática

ser realizada por suas mães e avós. Os outros três entrevistados disseram ter aprendido usar plantas medicinais após a vida adulta, motivados pela necessidade e/ou interesse pessoal.

Observa-se que a maioria do aprendizado foi aquele transmitido de pessoa para pessoa, indo ao encontro do que afirma Collière (1989) ao mencionar que as primeiras manifestações desse conhecimento começam na infância passando de geração para geração.

Um exemplo desse tipo de aprendizado pode ser observado mediante a fala da Senhora Sene que, ao ser indagada sobre quando aprendeu a utilizar as plantas, menciona o seguinte:

> *"Desde a nossa infância... [...]... desde que nós éramos crianças. Eu me criei com isso(Chá). A minha mãe(ensinava). A mãe era muito prestativa com essas coisas para chá..."(SENE).*

Essa manifestação reforça o modo de transmissão do conhecimento milenar que é a utilização das plantas medicinais, mostra a relação de afeto entre a mulher (mãe) e seus filhos, na tentativa de passar seu conhecimento às próximas gerações.

Tais constatações vão ao encontro do já mencionado por Farias; Ayres; Alvim (2004) e Tomazzoni; Negrelle; Centa (2006). Ao pesquisarem sobre o uso das plantas medicinais e os cuidados de enfermagem destacam que grande parte da população faz uso de plantas medicinais para cuidar da sua saúde ou da saúde de algum membro da família e a transferência desse conhecimento ocorre, na maioria das vezes, no contexto sócio-familiar, portanto passado de geração para geração.

A maioria dos entrevistados menciona ter aprendido a usar plantas medicinais com as mulheres, oito deles citaram a figura da mãe, da avó e da irmã mais velha como a principal transmissora desse conhecimento. Uma das entrevistadas diz ter aprendido sozinha, testando as propriedades das plantas consigo mesma. Já um dos sujeitos menciona ter conhecido o poder curativo das plantas por meio de uma mulher mais velha, desconhecida, que casualmente passou em frente a sua casa, conversou com o entrevistado, soube de sua dor lombar e lhe indicou o uso de salsaparrilha, como chá caseiro.

Nota-se a importância da mulher, sobretudo da figura materna na transmissão desse tipo de conhecimento, nos seguintes relatos:

> *"Aprendi com a minha mãe, que ensinava. Ela fazia quando a gente era pequena. Depois ela mandava a gente fazer. Botava no copinho, ela vinha e colocava a água fervendo por cima..." (MAÇANILHA).*

> *"A minha mãe. Foi ela que me ensinou desde pequeno... Ela tinha este negócio de fazer o chazinho..." (LOSNA).*

Observa-se que, dependendo do contexto em que vive, a mulher é muitas vezes sobrecarregada, pois valores culturais são agregados a ela, o que as obriga a assumir responsabilidades que poderiam ser compartilhadas com outros membros da família (BUDÓ et al. 2008).

No decorrer das entrevistas e observações realizadas com os sujeitos da pesquisa, pode-se perceber o quanto foi bom para os entrevistados lembrarem das relações familiares, do afeto e do carinho recebido de quem lhes ensinou essa prática complementar de cuidado à saúde. Esse aprendizado persiste até os dias atuais, pois se observou que cinco dos entrevistados possuem livros, revistas ou cadernos de anotações referentes aos ensinamentos sobre o uso das plantas medicinais. Observou-se, nesse instante, o interesse por parte dos entrevistados em continuar estudando e aperfeiçoando seus conhecimentos sobre as finalidades terapêuticas das plantas medicinais. Teve-se também o relato de dois desses cinco entrevistados na participação em palestras sobre ervas, como forma também de ampliar seus conhecimentos. Constatou-se, ainda, o relato de cinco sujeitos que mencionaram guardar todo o conhecimento adquirido no decorrer dos anos em sua cabeça (memória).

4.2.2 Planto para ter em casa

Ao serem questionados como obtinham as plantas, todos afirmaram que a maioria delas é cultivada em sua própria residência como: boldo, erva-cidreira, guaco, alecrim, e outras. Enquanto outras são compradas em feiras ou ainda trazidas do meio rural, de campos (macela e camomila) ou florestas (guabiroba e cavalinha). Entre os participantes da pesquisa, constatou-se que um deles, além de cultivar plantas medicinais em sua casa, as vendia em feiras no centro da cidade.

A forma preferida de obter as plantas é, de acordo com os entrevistados, aquela oriunda de seu próprio cultivo, pois os sujeitos da pesquisa mencionam a importância de

cultivá-las em ambientes limpos e sem utilizar agrotóxico. Essa afirmação foi feita pela maioria dos entrevistados que relataram a importância de conhecer a procedência das ervas, uma vez que, segundo eles, as condições de plantio, a forma de colheita e a maneira de armazená-las interferem em suas propriedades curativas. A preferência por plantas de procedência conhecida é justificada pelo fato de algumas delas, quando compradas, apresentam coloração diferente, odores de mofo e aspectos de sujidade, colocando em dúvida não só as suas condições de uso, como também as sua propriedades terapêuticas.

Essa preocupação pode ser constatada mediante as seguintes afirmações:

> *"Hoje se vê que têm poucos vendedores de ervas. E os que têm não trabalham como deveriam, pois os remédios depois de serem colhidos para vender no dia a dia, deveriam ser colocados num saquinho plástico com uns furinhos para não ficar ar dentro e não mofar o remédio. Então eles não estão fazendo isso. Uma vez eu presenciei um índio, que já morreu, ele colocou remédio de ervas para vender ali no centro da cidade, ele colhia macela e coisa e tal e as pessoas deitavam por cima, até cachorro. Índio grosso, não tinha higiene. E o remédio seja ele qual for, tem que ter higiene, pois higiene faz parte da saúde" (LIRIO).*

> *"Nunca comprei (plantas medicinais), porque eu não sei como é que eles fazem (com a planta), como são preparadas aquelas plantas" (HORTÊNCIA).*

Em linhas gerais, as entrevistas e as observações em campo permitiram constatar que o gosto e a vontade de cultivar ervas em sua própria residência é um sentimento comum entre todos os participantes da pesquisa. As formas de cultivo das plantas medicinais observadas foi a horta que consiste em canteiros de tamanho, geralmente, entre três a quatro metros de comprimento, por dois a três metros de largura, situada ao redor da residência, mas tendo o cuidado de estar distante de fossa séptica ou qualquer outro tipo de contaminação. Teve apenas um entrevistado que não possuía os devidos cuidados no plantio de suas ervas medicinais. Nessa residência havia animais, como cachorro, gato e galinhas por todo pátio, inclusive dentro de casa. Ao ser observada a realização do chá, o proprietário tomou o

cuidado de lavar bem a planta e referiu que até pode o animal estar junto, mas na hora de fazer o chá tem que ter higiene.

Nas residências que possuíam hortas, verificou-se a existência de algum tipo de proteção ao redor, com a finalidade de evitar a entrada de animais que estragassem a plantação ou a contaminasse. Esse cercado, geralmente, era feito por tela, mas diferenciado, pois o entrevistado utilizou garrafas plásticas de refrigerantes de dois litros. Essas garrafas são fechadas com água no seu interior, as quais, segundo o entrevistado, tem a finalidade de pesar e sendo assim, ao ser colocado em posição invertida, mas em pé, protege a horta dos animais rasteiros que escorregam e não conseguem subir para transpor as garrafas e também servem para evitar que as águas da chuva levem as adubações dos canteiros. Referente à adubação de seus canteiros, foi observada a colocação de adubo orgânico, como restos de frutas, verduras e legumes.

Verificou-se, também, outros locais de plantio, como o realizado em floreiras e vasos plásticos, esses localizados também ao redor das casas ou até dentro do domicílio. Esse plantio ocorre tanto nas residências dos sujeitos que não possuíam horta, seja por não ter espaço ou por não quererem, como por aqueles que possuíam horta em seu domicilio. Exemplos disso são as senhoras Sene e Maçanilha as quais devido às obras que estão sendo realizadas em suas residências tiveram suas hortas destruídas. No momento da entrevista, as duas enfatizaram o quanto lamentavam por não ter um lugar para construir sua horta e cultivar suas plantas, e que estavam ansiosas para o término dos trabalhos a fim reconstruí-las. Um fato interessante, e merecedor de ênfase, é que sabendo que ficariam algum tempo sem plantas medicinais em seus terrenos as duas entrevistadas plantaram em pequenos vasos as ervas de maior uso para elas e sua família. As duas também prepararam e guardaram algumas folhas em vidros, pouco antes das construções estragarem suas hortas, garantindo a continuidade da produção de seus chás.

4.3 O Saber sustentado na prática do cotidiano popular

Para relatar e discutir o saber sustentado na prática do cotidiano popular, dos entrevistados, decidiu-se abordar, num primeiro momento, quais as plantas utilizadas e suas indicações populares com a categoria "*Tipos de plantas e suas indicações"*. Num segundo momento a forma como as plantas são obtidas e armazenadas com a categoria "*Colho o raminho verde na horta"*. Num terceiro, como os chás são preparados e conservados, com a

categoria *"Eu fiz assim"* e num quarto e último momento os resultados obtidos com o seu uso, com a categoria *"Foi bom mesmo"*.

4.3.1 Tipos de plantas e suas indicações

Quando foi solicitado que os entrevistados fizessem uma descrição da última vez que utilizaram plantas medicinais para cuidar de sua saúde ou para a saúde de algum membro de sua família, foi surgindo um rol, que, somadas, totalizaram dezessete plantas medicinais utilizadas como: alcachofra, alecrim, alho, arnica, boldo, cancorosa, cavalinha, chapéu de couro, erva-cidreira (capim-cidró), folha de laranjeira, guavirova, guaco, insulina da horta, macela, mentruz, salsaparrilha e sene. [3]

Para melhor analisar este rol de plantas que foram citadas criou-se o Quadro 2 que traz o nome e a indicação científica de cada planta medicinal, assim como o nome e a indicação popular mencionada pelos entrevistados.

Nome científico/ Nome popular	Indicações populares referidas	Algumas indicações científicas
Cynara scolymus L. Alcachofra	• Fígado	• Digestiva • Diurética • Distúrbios hepáticos 1
Rosmarinus officinalis L. Alecrim	• Calmante	• Calmante • Carminativas(reduz a flatulência) • Digestivo 1
Allium sativum L. Alho	• Colesterol	• Hipertensão arterial • Redução dos níveis de colesterol e triglicerídeos • Antigripal 2
Solidago chilensis Meyen Arnica	• Rinite	• Contusões • Reumatismos • Traumatismos 2
Plectranthus barbatus Andrews Boldo	• Nervos • Estômago • Coração	• Anti hipertensivo • Digestivo • Auxiliar na atividade cardiovascular 3
Maytenus ilicifolia Mart. Cancorosa	• Dor de estômago	• Distúrbios digestivos • Diurético • Anti tumoral • Analgésico 2

[3]Embora, durante o transcorrer da coleta de dados fossem mencionadas outras plantas, nesse momento, serão descritas apenas as referidas nessa questão, porque o objetivo dessa pesquisa não é a comprovação do uso adequado das plantas medicinais.

Equisetum giganteum L. Cavalinha	• Dor • Machucadura • Gripe	• Problemas renais • Anti-viral	4
Grandiflorus (C.&S.) Chapéu de couro	• Dor • Limpa o sangue • Faz bem a saúde	• Depurativo do sangue • Diurético • Anti-reumática	2
Cymbopogon citratus (DC) Stapf Erva-cidreira(Capim-cidró)	• Calmante	• Calmante • Antiespasmódica • Analgésica	3
Citrus sinensis (L.) Osbeck Folha de Laranjeira	• Nervosismo	• Calmante • Febrifugo • Problemas digestivos	2
Campomanesia xanthocarpa Berg. Guavirova	• Colesterol	• Hipocolesteremiante • Hipoglicemiante • Emagrecedor	5
Mikania glomerata Spreng. Guaco	• Sono • Gripe	• Broncodilatador • Expectorante • Antiasmático	2
Sphagneticola trilobata (L.) Pruski Insulina da Horta	• Glicose alterada	• Não encontrado	
Achyrocline satureioides (Lam.) DC Macela	• Dor de cabeça • Vômito	• Analgésico • Sedativo • Antiespasmódico	3
Coronopus didymus (L.) Sm Mentruz	• Rinite	• Infecção respiratória • Expectorante • Bronquite	6
Smilax sp. Salsaparrilha	• Dor lombar	• Anti-reumático • Antitérmico • Diurético	2
Senna occidentalis (L.) Link. Sene	• Diurético • Prisão de ventre	• Purgativo • Laxativo	1

Quadro 2 – Tipos de plantas medicinais, indicação popular e indicação científica.

Legenda: 1-SANTOS; TORRES; LEONORT (1988); **2**-MARTINS, et. al.(1995); **3-** SIMÕES, et. al.(1989); **4-** CÁCERES (1999); **5**-SOMAVILLA; CANTO-DOROW(1996); **6-** LORENZI; MATOS (2002).
Org.: BADKE, Marcio Rossato, 2008.

Ao ler e interpretar os dados contidos no Quadro 2 pode-se inferir que, das dezessete plantas medicinais citadas e utilizadas pelos entrevistados, quinze delas apresentam indicações terapêuticas populares semelhantes as encontradas na literatura científica. Isso permite dizer que, o seu uso e indicação, já sedimentados pela prática e saber popular ao longo dos anos, conta hoje com um elemento favorável à sua utilização, o respaldo cientifico, uma vez que suas propriedades curativas já são conhecidas pela comunidade científica atual.

Não raro o uso popular das plantas é ratificado a cada nova pesquisa desenvolvida por alguns ramos do conhecimento científico como o da Biologia e o da Farmácia. É nesse contexto que se insere a alcachofra (*Cynara scolymus* L.) citada pelos entrevistados como um excelente chá para as doenças que acometem o fígado. Esse conhecimento popular vai ao encontro das recomendações científicas acerca dessa planta, que, de acordo com Santos; Torres; Leonort (1988) pode ser usada como chá para tratar os distúrbios hepáticos. A macela (*Anchyrocline satureioides* (Lam.) DC) é outra planta medicinal citada nas entrevistas, cujas propriedades curativas (dor de cabeça) foram e continuam sendo até hoje passadas de geração para geração como uma boa fonte de remédio natural e que tem suas propriedades comprovadas pelo meio científico que a indica como analgésico (SIMÕES, et al.1989). Deve-se mencionar o alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.), alho (*Allium sativum* L.), boldo (*Plectranthus barbatus* Andrews), cancororsa *(Maytenus ilicifolia* Mart.), carvalinha (*Equisetum giganteum* L.), chapéu de couro (Grandiflorus (C&S)), erva-cidreira/ capim-cidró (Cymbopogon citratus (DC) Stapf), folha de laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck*.),* guavirova (*Campomanesia xanthocarpa* Berg.), guaco (*Micania glomerata* Spreng.), mentruz (*Coronopus didymus* (L.) Sm), salsaparrilha (*Smilax* sp.) e sene (*Senna occidentalis* (L.) link.) cujas indicações científicas são as mesmas indicações populares referidas pelos entrevistados.

No que se refere às plantas medicinais, cujas propriedades curativas mencionadas nas entrevistas não correspondem às indicações científicas encontradas nas bibliografias consultadas estão, a arnica (*Solidago chilensis* Meyen) e a insulina da horta (*Sphagneticola trilobata* (L.) Pruski). A primeira é citada pelos sujeitos da pesquisa para tratar da rinite, porém ao procurar as indicações científicas constata-se que a erva é, segundo Martins et al. (1995), indicada para outras finalidades tais como: reumatismos, traumatismos, contusões etc. Essa constatação permite considerar duas situações: uma, que a planta citada possui propriedades de cura, mas não para o fim que foi mencionada na entrevista (rinite); a outra, a possibilidade dessa prática curativa estar correta, mas por falta de estudos mais específicos, não exista, até o presente momento, comprovações científicas para tal uso, necessitando, portanto, ser mais estudada.

Tratando-se ainda do uso da arnica, deve-se salientar que, ao ser indicada para o tratamento de rinite, o entrevistado mencionou usá-la junto com o mentruz (*Coronopus didymus* (L.) Sm), na forma de chá. Salienta-se que o mentruz, segundo as indicações científicas, serve para o tratamento nos casos de infecções e problemas respiratórios, indo, portanto ao encontro da indicação popular referida. Portanto, tendo como base apenas a

indicação científica acredita-se que a entrevistada esteja fazendo o uso de apenas uma planta medicinal devidamente comprovada para esse fim, o mentruz, uma vez que, a arnica não tem indicações científicas para tal uso.

Contudo, deve-se ainda considerar a possibilidade de a arnica funcionar como potencializadora das propriedades curativas do mentruz ou também que a combinação destas duas ervas possa desencadear uma nova reação, cujas propriedades químicas terapêuticas sejam benéficas para o tratamento da renite. Frente a isso, tudo leva a crer que os benefícios dessa combinação sejam conhecidos apenas pelo saber popular, mas que, sem dúvidas, merecem maiores estudos para fins de comprovações.

A segunda planta cujas indicações referidas nas entrevistas não constam nas mencionadas pela literatura científica é a insulina da horta (*Sphagneticola trilobata* (L.) Pruski) que serve, segundo o conhecimento popular, para o tratamento de glicose alterada, ou seja, como hipoglicemiante. No entanto, ao buscar comprovações científicas sobre tal propriedade medicinal, não se encontrou, em nenhuma das bibliografias consultadas, algo que pudesse comprovar a eficácia dessa planta para essa finalidade.

Em outras situações também ocorreram relatos de usos concomitantes de duas ou mais plantas medicinais na prática de cuidados à saúde. Um foi o uso da infusão do alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.) com a erva cidreira/ capim-cidró (Cymbopogon citratus (DC) Stapf) como calmante. Ao buscar comprovações científicas sobre os benefícios dessas plantas como calmante encontrou-se na literatura que ambas apresentam propriedades curativas para este fim.

Outro relato merecedor de menção é a utilização da infusão de várias ervas ao mesmo tempo como a cancorosa (*Maytenus ilicifolia* Mart.), carvalinha (*Equisetum giganteum* L.), chapéu de couro (Grandiflorus (C&S), guavirova (*Campomanesia xanthocarpa* Berg.) e salsaparrilha (*Smilax* sp.), cujo chá é mencionado para prevenir doenças e manter a saúde. Nesse caso, verifica-se que cada planta possui uma indicação terapêutica específica, e todas são boas de alguma forma para a manutenção da saúde, mas não foram encontrados estudos científicos com o uso de todas elas no mesmo chá, carecendo dessa forma de estudos mais detalhados. A respeito do uso concomitante de várias plantas medicinais, Simões et al. (1989) e Alvim; Ferreira (2003) previnem que essa prática é perigosa, pois nem sempre o processo de preparo mais indicado é o mesmo para plantas diferentes e a combinação pode resultar em efeitos imprevisíveis, portanto, deve-se ter cautela com as combinações de plantas.

No que se refere às finalidades da utilização dos chás, observa-se pelo Quadro 2 que os relatos de maior freqüência, (cinco) são os chás, cujas, propriedades curativas, funcionam como analgésicos, pois, são considerados bons no alívio da dor pelos entrevistados. Assim, tem-se, conforme o Quadro 2, chás específicos para combater a dor de estômago (um), de cabeça (um), lombar (um) e outras dores de um modo geral (dois). Em segundo, tendo quatro indicações, aparecem os chás usados como calmantes (dois) e os usados nas gripes e/ou resfriados (dois). Em terceiro, com três relatos, tem-se os chás para os problemas gastrointestinais. Além desses, foi também referida a utilização de algumas plantas para controlar o colesterol (dois), rinite (dois), tratar dos problemas do coração (um), problemas do fígado (um), machucadura (um), aumentar a diurese (um) e propiciar uma melhora no sono (um).

A análise do Quadro 2 permite observar que a maioria das plantas medicinais citadas tem suas propriedades curativas comprovadas cientificamente, com exceção da insulina da horta (*Sphagneticola trilobata* (L.) Pruski) cujo chá, é indicado pelos entrevistados para tratar de glicose alterada, mas não dispõe ainda de estudos que comprovem a sua eficácia.

Verifica-se, portanto, a necessidade de maiores estudos sobre ela, assim como sobre outras plantas medicinais, pois de acordo com as bibliografias consultadas, por esta pesquisa, ainda existem inúmeras plantas cujos potenciais curativos são pouco estudados ou desconhecidos. Por isso, espera-se que num futuro breve, amplie-se o conhecimento acerca dos fins terapêuticos de algumas plantas, uma vez que, a riqueza da flora brasileira é imensa e a tradição do uso de plantas medicinais pelas pessoas é constante.

4.3.2 Colho o raminho verde na horta

Quanto à colheita das plantas medicinais utilizadas no momento do preparo do chá caseiro, oito dos entrevistados relataram as plantar e as colher em sua própria horta e usá-las de acordo com as suas necessidades, ou seja, quando acreditam ser necessário tomar determinado chá.

Um aspecto importante mencionado nas entrevistas é o processo da colheita, que deve ser feita preferencialmente pela manhã, pois segundo os saberes populares as plantas murcham à medida que os raios solares vão ficando mais alto no céu. Esse aspecto é claramente observado pelo relato a seguir:

> *"...eu colho o raminho verde na horta, bem cedo, para não murchar pelo sol... diz que não é bom (a planta) estar murcha, (pois) perde os princípios da planta. Daí faço o chazinho naquela hora..."(SENE).*

Os outros dois entrevistados mencionam usar plantas secas, mas preferem as verdes, as recém colhidas, todavia, devido não terem, no momento, espaço físico adequado para plantá-las, as utilizam secas.

Em ambos os casos são constantes as preocupações dos entrevistados com a higiene das plantas, do seu plantio até o seu armazenamento, pois, tanto o local do plantio como as vasilhas usadas para armazenar as plantas devem estar bem protegidas e longe de qualquer sujidade que possa contaminar as ervas.

Nas poucas vezes que são adquiridas fora da horta domiciliar, os entrevistados dizem evitar colhê-las próximas às estradas, aos esgotos, aos depósitos de lixos ou em locais com freqüente presença de animais, sejam eles domésticos ou não.

No que se refere ao uso das plantas secas, além dos cuidados supracitados os entrevistados mencionam alguns cuidados durante a sua secagem e ao seu armazenamento. A secagem deve ser feita à sombra, para que as propriedades curativas das ervas não sejam estragadas pelo sol. A duração desse processo varia, segundo os relatos, de uma planta para outra, ou seja, umas levam mais tempo para secar. Salienta-se que a planta seca e pronta para o uso é aquela sem qualquer parte verde e sem umidade em suas folhas.

Para o armazenamento das ervas, os entrevistados mencionam a importância de atentar para a validade das plantas secas. Embora não exista uma validade específica para cada uma, é preciso tomar alguns cuidados para que ao armazená-las não fiquem mofadas ou com odor fétido, o que passa a impossibilitar o seu uso.

Dessa forma, para evitar esses problemas, indica-se guardar as plantas em vidros ou em sacos plásticos com pequenos furos, colocando-os em locais secos e protegidos da claridade. Para proteger da claridade foi indicado colocar papel alumínio ao redor dos vidros ou guardá-los em armários fechados.

Esses conhecimentos populares sobre a colheita e armazenamento das plantas, relatados pelos entrevistados estão de acordo com o estudo de Alvim; Ferreira (2003). Segundo as autoras, deve-se tomar cuidado com os locais de plantio, esses não devem ser próximos de locais poluídos, como águas poluídas, terras contaminadas por produtos químicos ou fezes de animais. Deve-se também atentar para não realizar a coleta de plantas

próximas a locais poluídos por gazes poluentes, como os que provêm dos veículos nas estradas.

Alvim; Ferreira (2003) também trazem que a secagem das plantas devem ser realizadas à sombra, em ambientes arejados até se tornarem quebradiças. Seu condicionamento deve ser realizado em vidros bem vedados e ao abrigo da luz.

Nesse instante é percebida a importância do conhecimento popular andar junto com o conhecimento científico, pois os profissionais devem reconhecer as reais necessidades das pessoas.

Boltanski (1979) menciona que os curandeiros por possuírem uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares, favorecem assim a procura de formas alternativas para o cuidado. Helman (2003) nos traz que as pessoas ao ficarem enfermas normalmente seguem uma hierarquia de recursos, desde a automedicação até consulta com outras pessoas, as quais não são profissionais.

Neste contexto, cabe ressaltar que o curandeiro por ser uma pessoa popular e por na maioria das vezes morar na localidade, apresenta uma linguagem semelhante e mais acessível aos membros desta comunidade que o procura para resolver seus problemas de saúde. Ao contrário, do que geralmente ocorre com os profissionais de saúde, que utilizam terminologias específicas para designar as doenças, que na maioria das vezes é incompreendida pela comunidade em geral, favorecendo, com isto, para um distanciamento entre o profissional da saúde e a comunidade por ele assistida.

4.3.3 Eu fiz assim

Durante as entrevistas, observou-se a realização do preparo dos chás de três maneiras diferentes, que segundo Simões, et al.(1989) podem ser assim classificadas: a infusão, a decocção e a maceração.

A infusão, segundo Simões, et al.(1989), consiste em despejar água fervendo numa vasilha bem fechada com a planta dentro e deixá-la repousar por mais ou menos dez minutos. Utilizam a infusão sete dos dez entrevistados da pesquisa, verifica-se que sua forma de preparo se assemelhava ao descrito pelo autor. O ato de abafar a infusão serve, segundo os relatos, para que as propriedades medicinais das plantas não saiam junto com o vapor de água fervida, como pode ser visto na fala seguir:

> *Foi (o chá) de alcachofra, eu estava ruim do fígado, eu tomei o chazinho e foi muito bom. Eu fiz assim, eram duas folhinhas (secas) que eu tinha em casa, eu piquei, lavei bem e coloquei em um copo e depois coloquei água fervendo e abafei, para depois tomar, porque o remédio se a gente ferver sai todo, no vapor sai, a química do remédio (o princípio ativo), o que vai fazer bem do remédio, então a gente abafa... (LOSNA).*

O outro processo utilizado é o de decocção, que conforme Simões, et al.(1989) consiste em colocar a erva numa vasilha com água fria e cozinhar de cinco a trinta minutos, dependendo do tipo de erva que se quer utilizar. Geralmente é utilizado para cozimento de raízes e ervas secas. Esse processo foi observado na experiência de dois entrevistados, os quais, ao prepararem o seu chá, foram ao encontro do mencionando pelo autor, pois realizaram o cozimento por dez minutos de plantas secas.

Os entrevistados também relataram que só utilizam esse cozimento para plantas secas e raízes, pois as ervas verdes, segundo eles, não precisa cozinhar, mais uma vez une-se ao exposto por Simões, et al.(1989). Foi justificado o cozimento pelos participantes da pesquisa, como uma forma de melhor extrair as propriedades curativas das ervas secas. Como visto neste relato:

> *"...coloco a erva (verde) em um copo e coloco água fervida por cima e abafo naquele copo com um pires em cima e deixo até quase ficar frio,morno e pego e tomo, mas se for erva seca daí tem que ferver para poder extrair a propriedade dela, aí deixo fervê- la um pouquinho, casca raiz tem que ferver uns 5 a 10 minutos, elas não soltam a fortidão (propriedades) tão fácil ...daí é bom colocar ferver um pouquinho..."(LIRIO).*

O último processo de preparo do chá mencionado e observado em apenas um dos sujeitos participantes foi o de maceração, que consiste, conforme Simões, et al.(1989) em colocar de molho as ervas, geralmente verdes, em água fria, por um período de dez a vinte e quatro horas, antes de fazer o uso. O participante disse colocar a erva recém colhida de molho por um período de mais ou menos doze horas antes de realizar a sua ingestão. Esse processo foi observado e relatado pela Senhora Hortênsia:

> *"...as vezes me dava uma dor de cabeça que "Deus nos livre",era aquele boldo (que eu usava), eu só esmagava ele e colocava na água fria, aguardava um pouco e tomava, mas é uma maravilha aquilo..."(HORTÊNSIA).*

Além desses três processos de preparar o chá foi bastante enfatizada a escolha da vasilha. Sobre esse aspecto todos os entrevistados mencionam que ela deve ser de inox ou de louça e nunca de alumínio, pois, o alumínio, segundo os seus conhecimentos, é prejudicial à saúde, como nesse relato:

> *"eu coloco (o chá) em uma chaleira de inox, antigamente colocava o remédio (chá) até em uma lata de azeite, colocava água e fazia (o chá), vendo (lendo) assim no livro eu aprendi que se deve usar uma vasilha de inox e não se deve utilizar alumínio para ferver o remédio de erva, porque o alumínio é contra indicado"(LÍRIO).*

Ao buscar-se comprovações científicas sobre os efeitos prejudiciais do alumínio à saúde, encontrou-se o estudo realizado por Ferreira et al. (2008) onde verificou-se, que a ingestão do alumínio está associada, muitas vezes, a doenças crônico-degenerativas como a doença de Alzheimer, uma vez que o alumínio intervém em diversos processos neurofisiológicos que são responsáveis pela degeneração neural, característica dessa doença. Segundo Alvim; Ferreira (2003, p. 296), deve-se dar preferência "sempre pelas panelas de vidro, cerâmica ou esmalte na decocção das plantas".

Sobre a conservação do chá após esse estar pronto, foi observado e relatado pelos entrevistados que, setes deles, não costumam guardar o chá de um dia para o outro, justificando que o chá é bom fazer e utilizar no mesmo dia. Os demais referem que guardam o chá na geladeira, no máximo de um dia para o outro, pois, segundo eles, depois desse período o chá estraga, não fica bom para o uso.

4.3.4 Foi bom mesmo

Ao se questionar os sujeitos sobre como foi o resultado da utilização dos chás, todos relataram que tiveram resultados positivos, pois melhoraram. Seis dos dez sujeitos mencionaram ter resultados praticamente imediatos (considerado uma variação entre o momento do uso até duas horas após) como podemos verificar nos relatos a seguir:

> *"... foi a folha de laranjeira, usei para nervosismo, apanhei na árvore aqui em casa, preparei (o chá) e após tomar melhorei dali uma a duas horas (após o uso)"(CAMÉLIA).*

> *"eu tenho usado estes ai (alecrim e erva-cidreira), antes de dormir, eu coloco um galinho de cidreira e um galinho de alecrim também, eles são calmantes, estes eu tenho aqui em casa (eu) planto, ele demora uma meia hora (para fazer efeito)"(HORTÊNSIA).*

Três dos entrevistados relataram um pouco de demora, pois referiram realizar o uso de chá por dias, que ficou compreendido entre no mínimo três dias a no máximo quinze dias consecutivos, como podemos observar na menção a seguir:

> *"...a insulina da horta, que a gente planta (em casa) eu estava com a glicose alterada (elevada), tomei um chazinho, por quinze dias, e quando eu voltei lá (no hospital) a glicose estava baixa e marquei a minha cirurgia, ficou normal..."(SENE).*

Apenas um dos entrevistados relatou fazer uso por três meses consecutivos do chá de guavirova como relatado a seguir:

> "*Eu tomei a folha de guavirova (chá), por 3 meses, todos os dias, daí eu fiquei boa (baixou o colesterol), não tinha mais nada, fui lá(no médico), foi até de se admirar, o doutor até (me)perguntou o que foi que eu fiz, que foi bom mesmo (o tratamento), e eu disse (contei para o doutor) e ele disse até que um irmão dele se curou com este remédio (chá)."(MAÇANILHA).*

No caso do uso de plantas medicinais como a laranjeira, alecrim e erva-cidreira, citada pelos entrevistados como calmante, o resultado obtido com o chá caseiro se aproxima dos resultados alcançados com o uso de medicamentos industrializados, isto é, seu efeito ocorre em até 2 horas após a sua ingestão. Tratando das enfermidades crônicas, como a hiperglicemia e a hipercolesterolemia, os entrevistados relatam que os resultados são mais demorados, pois segundo eles é preciso usar o chá por um período maior de tempo para que o remédio caseiro faça efeito. Entretanto, isso também ocorre com os medicamentos industrializados, uma vez que para tratar do diabetes, o indivíduo precisa fazer uso de medicamentos por um período mais prolongado, geralmente por toda vida.

Relativo à eficácia dos resultados obtidos com o uso das plantas medicinais, no tratamento das doenças, Matos (2002, apud RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006, p.20) menciona que "a planta medicinal, quando usada corretamente, só difere do medicamento industrializado da qual se originou, pela embalagem e pelas substâncias secundárias que acompanham o princípio ativo".

Com base nos resultados obtidos torna-se necessário, uma maior valorização do saber popular, seja pelos profissionais de saúde ou pelos centros de produções científicas, pois, os resultados indicam que o saber popular está presente na vida das pessoas, na maioria das vezes, desde a infância.

Sabe-se que esse conhecimento é passado de geração para geração, e que até hoje, se perpetua em diversos contextos sócio-culturais. Acredita-se que um dos motivos desse sucesso esteja no fato de que as receitas, apesar de antigas e de atualmente concorrerem com os medicamentos industrializados, ainda são consideradas fórmulas simples, seguras e eficazes de combate às doenças. O gosto pelo uso de plantas medicinais para combater as doenças está, de acordo com os entrevistados, imbricados nos seus cotidianos, pois muitas vezes, eles as utilizam, antes de procurarem os profissionais especializados em saúde. Esse cuidado complementar de saúde é oriundo, geralmente, de crenças e de valores que cada família tem a respeito do cuidado em situações de saúde e de doença. É, portanto, importante considerá-lo para que o indivíduo e sua família se sintam à vontade no decorrer dos cuidados prestados nos serviços oficiais de saúde.

Por isso, quando o profissional Enfermeiro, procurar dar uma assistência de Enfermagem adequada à comunidade por ele assistida, o mesmo deve preferencialmente estabelecer um elo entre o conhecimento científico e o popular de saúde, para que ao invés de

rivalizarem possam complementar-se de forma que o maior beneficiado seja o usuário e sua família.

Entretanto, para que isso ocorra efetivamente os profissionais devem estar preparados para reconhecer os saberes populares e permitir ou mesmo incentivar o seu uso, uma vez que, a maioria dos estudos, entre eles este trabalho, mencionam que existe uma grande semelhança entre as indicações populares referidas pelos entrevistados e as indicadas pela literatura científica.

4.4 Fatores intervenientes no uso das plantas medicinais

Na procura por entendimento dos fatores intervenientes no uso das plantas medicinais, por meio das entrevistas e observações, a análise do material permitiu o surgimento das seguintes categorias: "Plantas medicinais ou remédio de farmácia" e "Acesso aos serviços de saúde".

4.4.1 Plantas medicinais ou remédios de farmácia?

Ao pedir que os entrevistados comparassem o uso de medicamentos industrializados com o uso de plantas medicinais, sete deles mencionaram que o medicamento industrializado faz mal a saúde, e tem contra indicações, pois são bons para uma coisa e ruins para outra como nos seguintes relatos:

> *"... o remédio comprado, às vezes (a pessoa), toma em vez de fazer bem, ele faz mal..." (CANELA).*

> *"...medicamentos(industrializados) geralmente fazem mal para outras partes do organismo..."(ROSA).*

Segundo um dos entrevistados, o uso de medicamentos industrializados não funciona, porque a doença retorna depois de algum tempo, ao contrário do uso de plantas medicinais que é eficaz no tratamento das enfermidades. Essa visão em prol do uso de plantas medicinais pode ser observada no relato abaixo:

> *"...o remédio de erva cura sem problema algum,a maioria não tem contra indicações, depois que a pessoa fizer um tratamento a doença não volta mais. Já o remédio de médico(industrializado) tu muitas vezes toma um vidrinho de remédio receitado, dali a um tempo volta tudo de novo. Um exemplo disso, foi o meu filho que teve pontada de pneumonia, ficou internado na Casa de Saúde desenganado e quando nós saímos o próprio médico me indicou dar a água da erva de passarinho por três meses. Eu fiz a água e nunca mais ele teve (pneumonia). Ele está hoje com 35 anos e nunca mais teve problemas de saúde. A partir daí fiquei com muita fé neste remédio, pois a pontada se deixar ela vai e vem"(LIRIO).*

Em contrapartida, três entrevistados mencionam que os medicamentos comprados têm um efeito mais rápido e são mais fáceis de tomar, conforme pode ser visto no depoimento:

> *"... a cura mais rápida é com o remédio de farmácia (industrializado). O remédio de farmácia eu acho mais fácil tu pega ali e já toma..." (LOSNA).*

Observa-se pela fala da senhora Losna que, embora prefira usar medicamentos industrializados, a sua predileção por esses remédios deve-se a sua praticidade, ou seja, por estar sempre pronto para o uso, ao contrário das plantas que requerem um preparo prévio e adequado, e também pela rapidez na cura.

Outro fato que interfere na escolha do tipo de medicamento são os meios de comunicação, como o rádio, a televisão, o jornal, entre outros, os quais geralmente incentivam o uso dos medicamentos industrializados em detrimento do uso das terapias complementares, como a utilização das plantas medicinais. Verificado na fala a seguir:

> *"Agora eu não sei se eu continuo tomando os meus chás... eles são tão bons! Deram-me tantos medicamentos (industrializados) que eu tenho dúvidas. Acho que faz mal tomar junto. Até a televisão fala que o remédio (industrializado) é melhor..."(Hortênsia).*

Esse relato reforçou as dúvidas encontradas por grande parte dos entrevistados, pois muitos deles encontravam-se perdidos, ao referirem que gostavam e acreditavam no poder curativo das plantas, mas agora muitas revistas, jornais e outros meios de comunicação falam o contrário, dizendo que os remédios industrializados são melhores.

Segundo os sujeitos da pesquisa, há também, por parte dos profissionais da saúde, um incentivo ao uso de medicamentos industrializados em detrimento ao uso das terapias complementares, como a utilização das plantas medicinais, os quais, geralmente, não levando em consideração o contexto sócio-cultural da comunidade por eles assistida, estimulam o uso dos medicamentos. Estes profissionais podem estar realizando este tipo de assistência voltada ao incentivo do medicamento industrializado, seja pela ideologia de formação ou talvez pelo fascínio a tecnologia de ponta. Isso pode ser percebido na seguinte fala:

> *"Vou te contar sobre o dentinho de alho. Eu consultei com o doutor. Fiz um exame de colesterol e deu que tava alto. Aí ele me orientou uma dieta, que acabei não fazendo. O que eu fiz foi o que uma vizinha me ensinou...Tu bota um dentinho de alho de molho em um copo de vidro com água fervida, coloca uma tampa em cima e deixa uns dez minutos, depois tu vai tomando aos poucos aquela água durante o dia todo, isto por quinze dias seguidos ... Não pode falhar. Depois de fazer isso tu vai repetir o exame que ele pediu. Quanto a tua alimentação tu segue comendo de tudo, não tira nada...não toma remédio...só toma o preparo e tu vai ver o que acontece. Depois de fazer isso fui fazer o tal do exame e tava baixo até demais. Daí o doutor disse como a senhora fez direitinho(a dieta). Consegui fazer baixar o colesterol, mas eu não contei para ele que eu não tinha feito nada do que ele tinha pedido, foi só tomando o remedinho(alho) que me ensinaram... eu menti né... risos..."(LOSNA).*

Nesse relato, pode-se observar a falta de confiança que as pessoas têm em expor suas crendices, seus conhecimentos populares, enfim de compartilhar conhecimentos adquiridos informalmente com medo de serem repreendidas pelos profissionais. Esses representam o conhecimento científico, aceito pela maioria como a única verdade, desconsiderando por

completo a realidade sócio-cultural em que os sujeitos estão inseridos, pois, muitas vezes, o recurso terapêutico complementar é o único que está ao alcance do usuário naquele momento. Essa situação vai ao encontro da afirmação de Boltanski (1979) que, ao abordar o assunto, menciona a fragilidade da relação médico-doente, pois existe um distanciamento entre o conhecimento científico e o saber popular, o que muitas vezes separa o médico do doente.

Isso ocorre, muitas vezes, porque o profissional está tão inserido no saber acadêmico, que não percebe nem valoriza os conhecimentos daqueles usuários. Grande parte dos profissionais desconhece essas práticas complementares de cuidados como a utilização das plantas medicinais, como nos traz Ferreira (1998), ao mencionar que apesar da tradição da população brasileira sobre o uso de plantas medicinais, ainda existe uma insuficiência de estudos científicos acerca do assunto. O desconhecimento da realidade local dificulta o cuidado integral ao usuário dos serviços de saúde. Acredita-se que essa atitude seja devido ao pouco conhecimento desses profissionais sobre as terapias complementares de cuidado para com a saúde, o que tem favorecido o menor uso de ervas medicinais, que são conhecimentos milenares passados de geração para geração.

No decorrer das entrevistas, ficou evidente que a terapia complementar, para os sujeitos da pesquisa, é mais benéfica à saúde do que os medicamentos industrializados. Além disso, observou-se em alguns relatos a preocupação dos mais antigos quanto ao desinteresse dos mais novos pelo uso de plantas medicinais. Isso, segundo eles, tem prejudicado a continuidade desse cuidado milenar à saúde. Esta preocupação fica evidente neste relato:

> *"... eu não sei o porquê, mas os mais novos não acreditam no chá sendo que para mim o chá é bem melhor..." (CAMÉLIA).*

Com o advento da industrialização, da urbanização e com os avanços da tecnologia, sobretudo no que diz respeito à fabricação de fármacos sintéticos, resultaram em um aumento na utilização desses medicamentos por grande parte da população brasileira. Em contrapartida, o conhecimento tradicional das plantas medicinais começou a ser visto, pela comunidade científica, como sendo um atraso tecnológico (LORENZI; MATOS, 2002).

De acordo com dois dos entrevistados, independente de qualquer tipo de comparação com os remédios industrializados, o uso de chás é, em alguns casos, mais acessível e eficaz, pois a pessoa tem a saúde restabelecida, não necessitando ir ao médico e não precisando pagar nada.

Vale considerar entretanto, que o uso de plantas medicinais pela maioria dos entrevistados não se justifica por questões financeiras, embora tenham relatado que algumas vezes já usaram chás por não disporem de dinheiro, ou mesmo por difícil acesso à farmácia. Nesse sentido, Adeodado; Oliveira (1996) mencionam que se tem observado uma crescente redescoberta do valor curativo das plantas medicinais, pois os efeitos colaterais dos medicamentos industrializados, assim como, o seu elevado valor tem contribuído para que a população busque tratamentos mais saudáveis e mais baratos para combater as suas enfermidades.

4.4.2 Acesso aos serviços de saúde

Quando se perguntou "*como era o acesso aos serviços de saúde"* metade dos entrevistados responderam ter algum tipo de convênio privado, como a CAUZZO serviços assistenciais, o CARIMED plano de saúde e a UNIMED. A outra metade mencionou utilizar somente o Sistema Público de Saúde, nesse caso o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e a Unidade de Saúde da Família Bela União (USF), pois alegaram não ter condições financeiras para manter um convênio privado.

No que se refere à resolutibilidade e acesso aos serviços de saúde todos que possuíam convênios privados mencionaram ter fácil acesso à resolução de seus problemas, enquanto os demais responderam ter insatisfação com os serviços prestados pelo Sistema Público de Saúde, em função da demora e da precariedade no atendimento. Apenas um dos entrevistados, que mencionou não ter plano de saúde particular, disse ter fácil acesso aos serviços prestados pelo Sistema Público de Saúde, pois mora em frente à Unidade Básica de saúde Bela União, destacando sua localização geográfica como fator determinante ao fácil acesso.

Durante as entrevistas e observações em campo ficou evidente, na maioria dos casos, a insatisfação com os serviços de saúde pública. Tal fato pode ser em parte explicado pela carência de recursos humanos, materiais e principalmente de medicamentos, sendo esse último a reclamação de maior freqüência entre os entrevistados como pode ser constatado nas falas a seguir:

> *"Uso a saúde pública, não tenho convênio de saúde (privado), mas quando precisei tive atendimento, embora muito demorado. Antes as*

> *farmácias públicas tinham remédio de montão agora é que não tem...” (SENE).*
>
> *“Ah! Estou muito indignado, insatisfeito... acabo de sair do posto de saúde e não consegui o remédio que precisava. Está braba a nossa saúde... falta tudo...” (CANELA).*

Acredita-se que essa situação seja desfavorável para uma boa assistência à saúde, pois, conforme os relatos é grande a insatisfação dessas pessoas com os serviços públicos de saúde. No entanto, sabe-se dos avanços ocorridos nos últimos anos, sobretudo no âmbito das políticas públicas em saúde, como a criação dos Programas Saúde da Família, instituído no ano de 1994, cujo objetivo é de aproximar os profissionais de saúde aos seus usuários, por meio de visitas domiciliares e atividades educativas junto à comunidade (BRASIL,2006).

Esse programa é importante para que ocorra uma reeducação dos usuário, sobre as concepções do processo saúde/ doença, uma vez que, a maioria da população ainda tem em mente uma visão voltada ao uso de medicamentos industrializados, como o constatado pelas entrevistas. No trabalho de campo, observou-se também a pouca aproximação do saber popular com o científico e o não incentivo por parte dos profissionais da saúde referente ao uso de práticas complementares, nesse caso plantas medicinais, segundo a comunidade entrevistada. Talvez isso ocorra pelo desconhecimento da equipe a respeito das práticas complementares de saúde.

Sobre esse assunto Leininger (1991) menciona que o cuidado realizado pela Enfermagem, deve ser culturalmente congruente, e ocorrer quando um indivíduo, grupo, família ou comunidade tiver seus valores culturais, reconhecidos e usados de forma apropriada pelo profissional de Enfermagem. Leininger (1991) enfatiza que os clientes ao receberem cuidados profissionais que falham em serem congruentes com suas crenças, valores e modo de vida, acontecem os conflitos culturais, prejudicando assim a relação do profissional da saúde com o usuário.

Entretanto, isso não deveria ocorrer, uma vez que, já existe, um instrumento de normatização produzido para orientar e potencializar as iniciativas de saúde, que é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por objetivo ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de

acesso a plantas medicinais, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL ,2006).

Ainda sobre esse assunto, tem-se hoje, um exemplo bem sucedido que envolve as potencialidades terapêuticas das plantas medicinais do Brasil, que é o projeto Farmácias-Vivas, criado em 1985 pelo farmacêutico Francisco José de Abreu Matos, da Universidade Federal do Ceará. O projeto, mantido pelo sistema público de saúde é direcionado para atender as necessidades da população de baixa renda, que para tratar aproximadamente 80% de suas enfermidades utiliza-se de plantas medicinais, este projeto serviu e serve até o presente momento, de modelo para outros estados do Brasil (BARATA 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se conhecer os saberes e práticas de cuidados realizados por meio do uso de plantas medicinais na comunidade assistida pela Unidade Básica de Saúde Bela União, no município de Santa Maria/RS.

A investigação teve como base de análise e de estudo o conhecimento do próprio ser humano, advindo de sua cotidianidade, experiência e vivência, pois os sujeitos da pesquisa permitiram que elementos importantes acerca de seus conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais fossem descortinados e decodificados.

Salienta-se que ao entrevistar e observar a comunidade adscrita a USF Bela União deparou-se com um mundo de significados, experiências e peculiaridades que foram fundamentais para construção das considerações deste trabalho. Entre as constatações da pesquisa, está o fato de que a maior parte dos saberes e das práticas referentes ao uso das plantas medicinais foram adquiridas no ambiente familiar e tem a figura da mulher como a principal detentora e difusora desse conhecimento.

A pesquisa indica ainda um grande interesse dos entrevistados em cultivar a sua própria planta medicinal, assim como, o sentimento de querer dar continuidade a essa prática complementar de cuidado à saúde. A justificativa apresentada pelos entrevistados foi de que os produtos naturais, colhidos na hora e sem o uso de agrotóxicos são menos agressivos e prejudiciais para a saúde, principalmente se comparados aos medicamentos industrializados. Assim, o uso de plantas medicinais assume grande valor na vida destas pessoas.

O gosto pelo chá caseiro como prática utilizada para manter ou reabilitar a saúde ficou bastante evidente no transcurso das entrevistas e, sobretudo, nas observações. Uma dessas evidências é o fato de que todos os participantes, embora tivessem um prévio conhecimento sobre as plantas que utilizavam, buscavam conhecer novos saberes sobre o assunto, seja ele popular, oriundos das conversas informais entre vizinhos e amigos ou científicos, adquiridos em livros, revistas e palestras ministradas por profissionais qualificados.

Um dos medos relatados entre os que usam as plantas medicinais é o grande desinteresse por parte dos mais novos em dar continuidade a essa prática de cuidado milenar. Acredita-se que esse desinteresse seja fruto de uma sociedade de consumo que, por meio de uma propaganda de mercado, tem influenciado cada vez mais a opinião das pessoas, principalmente, na formação de valores e hábitos dos mais jovens. Somos freqüentemente

bombardeados, ora assistindo televisão, ora ouvindo rádio ou lendo revistas por anúncios milagrosos de medicamentos industrializados que prometem combater as mais diferentes doenças.

Como conseqüência o poder curativo das plantas é desvalorizado, pois o gosto pelo novo e prático, em especial entre os mais jovens, tem contribuído, juntamente com outros fatores, para que o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais seja preterido.

Portanto, acredita-se que a pesquisa aqui realizada tenha grande relevância não só para os enfermeiros, como também para toda a sociedade, pois, é inaceitável que a sabedoria popular não seja valorizada pela academia ou pelas novas gerações. Além disso, é relevante enfatizar a necessidade de um maior domínio desse saber pelos profissionais de enfermagem, a fim de poder ministrar cursos sobre o uso de plantas medicinais na saúde para as comunidades, bem como, implantar farmácias vivas e laboratórios de produção de medicação caseira.

Isso só será possível se ocorrer um redirecionamento da postura dos profissionais de saúde frente às práticas populares de cuidado para com a saúde que envolve o uso de plantas medicinais. É nesse contexto de conflitos entre o saber científico e popular que a Enfermagem assume grande importância, pois ao valorizar a pluralidade das culturas o enfermeiro intermediará o saber científico com o popular, tendo em vista ser ele o profissional que trabalha mais diretamente com as classes populares.

Diante disso, a Enfermagem não pode continuar negligenciando esse tipo de saber tão utilizado pelas pessoas em seus contextos de vida, principalmente, hoje, que o Enfermeiro procura trabalhar o indivíduo em sua totalidade, respeitando suas diferenças e contextos sociais, na perspectiva da integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

No Brasil, apesar de alguns avanços, ainda é incipiente a conscientização de que a relação custo/benefício dos produtos naturais é melhor do que os produtos industrializados.

Ao refletir sobre a possibilidade de implantar um projeto semelhante aos moldes do projeto Farmácias-vivas, desenvolvido no Estado do Ceará, na comunidade assistida pela USF Bela União em Santa Maria/RS, acredito enquanto enfermeiro ser de grande valia para esta comunidade, além de ter grandes chances de dar certo. Visto que, os dados levantados na pesquisa permitiram inferir que a comunidade supracitada apresenta algumas características favoráveis como: o gosto pelo uso de plantas medicinais como prática de cuidado à saúde, o conhecimento popular sobre as potencialidades curativas de algumas plantas, a vontade de

saber mais sobre o uso de plantas medicinais, acreditam na eficácia do chá caseiro, apresentam vontade de transmitir e dar continuidade a este saber adquirido.

Portanto, são vários os motivos para que a inserção de um projeto como esse seja viável nessa comunidade, pois, a população, certamente, ficará mais segura e confiante para pôr em prática seus saberes provenientes do seu contexto sócio-cultural, uma vez que, devidamente testados seriam então revalidados e aceitos pela equipe de profissionais da área de saúde que atuam na referida USF.

Os dados da pesquisa também revelaram a importância destes saberes e práticas de cuidados complementares, serem incluídos na formação dos profissionais enfermeiros e na educação permanente dos profissionais que já atuam na prática profissional.

Salienta-se que ao considerar o saber popular das pessoas atendidas, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, estará valorizando outros saberes, que devem ser compreendidos como valor cultural, pois, têm significados concretos na vida de quem os pratica. Por isso, os profissionais da saúde devem procurar conhecer os valores culturais da clientela por eles assistida, a fim de melhor compreender os saberes e práticas de seu auto-cuidado, para que assim, o cuidado possa ser prestado de forma mais abrangente e significativa.

Sabe-se que a enfermagem como profissão tem como objeto de ação e estudo o cuidado humano, sob os mais diferentes contextos, por isto, procurou-se por meio desta pesquisa ampliar o conhecimento sobre as práticas de cuidado à saúde que envolve o uso de plantas medicinais, assim como, refletir sobre a relação custo/benefício desta terapia para os cuidados em saúde. Portanto, refletir sobre essas implicações no cuidado de enfermagem torna-se urgente, principalmente, hoje, quando se busca um desenvolvimento ecologicamente sustentável em praticamente todos os países do mundo, objetivando uma vida mais saudável não só para a atual como também para as futuras gerações. É neste tocante que a enfermagem pode compartilhar experiências sobre o seu objeto maior de estudo, o cuidado humano, para que o mesmo possa ser realizado de maneira saudável. Para isto torna-se necessário o estímulo àqueles que por iniciativa própria já o fazem, e a conscientização para aqueles que ainda desconhecem o valor curativo das plantas medicinais nas práticas complementares de cuidados a saúde, sobretudo, em um país de grandes dimensões territoriais como o Brasil, cuja diversidade de sua flora é de tamanha grandeza.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODADO, S.; OLIVEIRA, L.; OLIVEIRA, V. **Uma farmácia no fundo do quintal**. São Paulo: Globo. 1996.

ALMEIDA, E. R. **As plantas medicinais brasileiras**. São Paulo: Hemus, 1993. 339p

ALVES. M.D.S.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M.O.B**. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural** – um resgate histórico. UFC, Fortaleza, jul. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm. Acessado em: 20 de jun.2007.

ALVIM, N.A.T. **Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras:** uma construção em espiral. 1999. 164 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional**. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, UFRJ; v. 5, n. 2, p. 201-210, Ago. 2002.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M. A.Cuidado de enfermagem pelas plantas medicinais.In: **Práticas de Enfermagem. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. Livro editora: Difusão Paulista de Enfermagem. Cidade São Caetano do Sul/São Paulo, 2003, 340 p.vol.1.

ALVIM, N. A. T. ; FERREIRA, M. A. FARIA, P. G. AYRES, A. V. . Tecnologias na enfermagem: o resgate das práticas naturais no cuidado em casa, na escola e no trabalho**.. In:** Nébia Maria Almeida de Figueiredo. (Org.). **Tecnologias e técnicas em saúde:** como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem.. São Paulo: Difusão Editora, 2004, v. 1, p. 338-355.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. Em: BRASIL. **Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde –Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (p. 14-17).

BARATA, G. Medicina popular obtém reconhecimento científico. **Cienc. Cult. [online].** 2003, v. 55, n. 1, pp. 12-12. ISSN 0009-6725. Disponível em

<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100010&lng=en&nrm=iso > acesso em: 13 de agosto de 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Presses Universitaires de France, 2008.

BENDER, R. Pausa para um chá. In: **Revista Novolhar:** partilhando esperança. São Leopolodo/ RS, Set. 2007. Disponível em: < http://www.novolhar.com.br/noticia_edicoes.php?id=4625>. Acesso em: 14 de mar. 2008.

BIAZZI, E. **O maravilhoso poder das plantas.** 18 ed.Tatui-SP:Casa Publicadora Brasileira, 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE-ENFERMAGEM. BVS. Disponível em: < http://enfermagem.bvs.br>. Acesso em junho de 2007.

BOEHS, E. A. Prática do cuidado ao Recém nascido e sua familia baseada na teoria de Leiniger e na teoria do desenvolvimento da família. 1990. Dissertação. (mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Santa Catarina, 1990.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BUDÓ, M. L. D**. A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**.(Teses de Enfermagem). Florianópolis-SC: UFSC/PEN, 2002. P.193.

BUDÓ, M.L.D. et.al. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. **Online Brazilian Journal of Nursing,** v. 7, n. 1, Jan. 2008.

BUDÓ, M.L.D. et.al. Práticas de cuidado em relação à dor - a cultura e as alternativas populares. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, UFRJ; v. 12, n. 1, p. 90-96, Mar. 2008.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. Tradução: Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo: Martins fonte, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa-Programa Saúde da Família.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde: 1994.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**: Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Saraiva 1996.
_____. **Ministério da Saúde**: Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

_____. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**: Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF, 2004.

_____. **Ministério de Estado da Saúde**: Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Saraiva, 2006.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia em Insumos Estratégicos. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Brasília, 2006.

BROSSE, J. **As plantas e sua magia.** Tradução: Pina Bastos. RJ: Rocco, 1993.

CÁCERES, A. **Plantas de Uso Medicinal en Guatemala.** Guatemala: Ed. da Universidade de San Carlos de Guatemala, 1999.

CARREIRA, L. **O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR** (Dissertação de Enfermagem). Rio de Janeiro- RJ: EEAN/UFRJ, 2002. P 134.

COELHO, S. R. Levantamento de plantas medicinais em comunidades de Rio Novo do Sul, Iconha, Itapemirim e Cahoeiro de Itapemirim**.** In: ENCONTRO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS,1., 1989, Rio Novo do Sul. **Anais**.Vitória: EMATER- ES/ MEPES, 1989.P.13-27.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução do Francês: Maria Leonor Braga Abecasis: Inter Editions. Paris,1989.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Resolução Alma-Ata, set. de 1978. **Cuidados primários de saúde***,* relatório, Alma-Ata, **OMS**, 1979. p. 64.

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

DAMATTA, R. **Explorações:** ensaios de sociologia interpretativa. RJ: Rocco, 1986.
DENARDIN, M. L. Cuidado e sendo cuidado um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Paloti,1999.

DISTAS, L.C. **Plantas medicinais:** arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: Ed. da UNESP/SP, 1996.

ELSEN, I. Cuidado Familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs.). **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 11 - 24.

FARIAS, P. G.; AYRES, A.; ALVIM, N. A. T. **O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais:** contribuições/ para os cuidados básicos de saúde. **Acta sci., Health sci**; 26(2): 287-jul.-dez. 2004.

FERREIRA, S. H. (Org.) **Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 1998, 131p.

FERREIRA, P. C.; PIAI, K. A.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; SEGURA-MUÑOZ, S. I. Aluminum as a risk factor for Alzheimer's disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2008, vol.16, n. 1, ISSN 0104-1169. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>
Acessado em 11 de setembro de 2008.

GOMES, B. A. **Plantas medicinais do Brasil** (séc. XIX). São Paulo: Fac-similar Edusp, 1972.

GEERTEZ,C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro**:**LTC,1989

GEERTEZ,C. **O saber local:** novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ**:**Vozes, 1997.

GRAMS, W.F.M.P. **Plantas medicinais de uso popular em cinco distritos da ilha de Santa Catarina** – Florianópolis, SC [dissertação]. Curitiba (PR): Setor de Ciências Biológicas da UFPR; 1999.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories, reseach & pratices. New York: Mc Graw-Hill, 1991.

LOPES, A.M.V. Uso de plantas medicinais no RS**.** In: 1º ENCONTRO ESTADUAL DE PLANTAS MEDICINAIS**.**,1, 1996, Porto Alegre. **Anais**.Fundação de Pesquisa Agropecuária-FEPAGRO,1996.P.26-30.

LORENZI, H, MATOS FJA. **Plantas medicinais no Brasil**: nativas e exóticas. São Paulo: Instituto Plantarum; 2002.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Cuidado** : as fronteiras da integralidade. RJ: CEPESC/UERJ, ABRASCO,2006.

MARTINS, E. R. et al. **Plantas Medicinais**. Viçosa: Ed. da Universidade de Viçosa/Minas Gerais, 1995.

MARTINS ER, CASTRO D.M, CASTELLANI DC, DIAS JE. **Plantas medicinais.** Viçosa: Ed. UFV; 2000.

MEDEIROS, L. C. M. **As plantas medicinais e a enfermagem**: a arte de cuidar, de curar, de assistir e de transformar os saberes. 2001. 165 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de janeiro, 2001.

MENDONÇA, A. R. V. **Fitoterapia e enfermagem**: aproximando o sistema profissional e popular nos serviços de saúde e no domicílio. 1998. 87f. Dissertação. (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Paraná, Universidade conveniada- Expansão – pólo I- UFPR- Convênio REPENSUL, Curitiba, 1998.

MINAYO.,M.C. de S.**O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed.- São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C. d s. (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORGAN, R. **Enciclopédia das ervas e plantas medicinais.** São Paulo: Hemus, 1994.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas**.** **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, UFRJ; v. 6, n. 1, p. 79-92, Dez. 2002.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.

OLIVEIRA, M. F. **Necessidade de saúde dos idosos e terapêutica popular**. 1989, 148f. Dissertação. (mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1989.

OLIVEIRA, S. M. **A Utilização de Plantas Medicinais na Promoção e Recuperação da Saúde nas Comunidades Pertencentes às Equipes do Programa de Saúde da Família do Rio Grande/RS.** 2003, 106f. Dissertação. (Mestrado Em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Rio Grande do Sul, 2003.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** 1990. Dissertação (mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

PAULO, E. F. P. **A fitoterapia como terapêutica alternativa:** estudo realizado junto aos clientes de um Centro de Saúde. 1989. 130f. Dissertação. (mestrado em Enfermagem)-Universidade do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro,1989.

RIBEIRO, M.C.P. **A utilização das terapias complementares de saúde associadas a terapia convencial, por pacientes portadores oncológicas e onco-hematológicas.** 2002. 84f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo – EEUSP, São Paulo, 2002.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos. In: **A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisas de plantas medicinais da central de medicamentos;** 2006, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 148 p.

SANTA MARIA. **Lei Complementar nº. 34 de 29 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a Política de desenvolvimento Urbano e sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental do Município de Santa Maria. Santa Maria: Câmara Municipal, 2005.

SANTOS, C. A. M.;TORRES, k. R.; LEONORT, R. **Plantas Medicinais:** herbariun, flora et scientia. 2. ed. [S.l.]: Ícone, 1988.

SENA, J. O **conhecimento sobre o tema plantas medicinais enquanto instrumento tecnológico na formação acadêmica.** 2004. 148f Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, FURG, 2004.

SILVEIRA, I. M. M. **O Conhecimento popular sobre o papel curador das plantas e a sua educação na escola.** 2005. 51f. Monografia (Especialização em Gestão Educacional) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

SIMÕES, C.M.O. et al. **Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul**. 3. ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1989.

SOUSA, G.S. **Tratado descritivo do Brasil em 1587**. São Paulo: Companhia Editora Nacional e Editora da USP, 1971.

TOMAZZONE, M. I. **Subsídios para introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR**. 2005. 113f. Dissertação. (mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, UFPR, 2005.

TOMAZZONE, M.I.; NEGRELLE, R.R.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Rev. texto contexto**, Florianópolis, 2006; v15, n1, p.115-21, Fev. 2006.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 60-77

APÊNDICES

APÊNDICE A
UFSM – CCS – PPGEnf

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Codinome do entrevistado:_____
Data da coleta de dados:_____
1- Sexo: ( ) M ( ) F 2. Idade: _____
3. Endereço: _____
4.Microárea: _____
5. Naturalidade: _____ 6.Descendência étnica:_____
7.Profissão:_____
8. Grau de escolaridade: _____
9. Número de pessoas que compõe a familiar: _____ 10. Religião_____
11. Renda familiar estimada: Salário mínimo nacional R$ 415,00 reais.
( ) Até 1 salário
( ) 1 a 3 salários
( ) 3 a 5 salários
( ) mais de 5 salários
( ) Sem rendimentos

Saberes e Práticas em relação ao uso de plantas medicinais

1. Como você começou a utilizar as plantas medicinais? Por que utiliza?
2. Obtenção das plantas: comprada, cultivada, colhida ou ganhada.
3. Comparações entre remédios de farmácia e o uso das plantas.
4. Acesso aos serviços de saúde.
5. Descreva a última vez que você utilizou uma planta medicinal (em que situação, com quem, qual a planta, como foi o preparo, resultados obtidos).

APÊNDICE B
UFSM – CCS – PPGEnf

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

O que observar?

1. A origem da planta (comprada, plantio próprio ou doação).
2. Colheita, higienização , armazenamento e conservação das plantas.
3. Modo de preparo do chá (uso de água fervida ou ferver junto com a água), parte da planta utilizada (folhas, caule, flor, fruto, semente e raiz).
4. Condições das plantas (conservação, limpeza, cor, cheiro, gosto)
5. O chá é feito na hora, é conservado aquecido ou gelado em garrafa térmica, é mantido na geladeira ou é conservado em temperatura ambiente.
6. Local de plantio: cercado, acesso a animais doméstico, próximo a fossas sépticas, esgoto a céu aberto, próximo a criadouro.

APÊNDICE C
UFSM – CCS – PPGEnf

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O conhecimento popular sobre o poder curativo das plantas e o cuidado de enfermagem

Pesquisador:- Marcio Rossato Badke (Enfermeiro – Aluno do Mestrado em Enfermagem da UFSM). **Tel:** (55) 99687997**; e-mail:** marciobadke@yahoo.com.br
Orientadora:- Profª. Drª. Maria de Lourdes Denardin Budó (Enfermeira – Profª coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM - PPGEnf , trabalha com a linha de pesquisa cuidado e educação em enfermagem e saúde. . **Tel**: (55) 32208029.
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM; Centro de Ciências da Saúde - CCS; Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem-PPGEnf.
Local da coleta de dados: Casa dos residentes no bairro Caturrita, pertencentes à Unidade Saúde da Família Bela União do Município de Santa Maria - RS

Prezado (a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado (a) a ser entrevistado (a) de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, ser entrevistado(a) e observado (a) , é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.
- **Objetivo do estudo**: Conhecer os Saberes e práticas dos moradores da comunidade assistida pela USF Bela União no emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado à saúde. **Procedimentos**. Sua participação nesta pesquisa consistirá de entrevista e observação.
- **Benefícios**. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.
- **Riscos**. A entrevista e observação representarão risco mínimo de ordem física ou psicológica para você, como cansaço.
- **Sigilo**. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhuma etapa de divulgação dos resultados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ----- de ---------- de 2008

---------- ----------

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal N. identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ----- de ----------de 2008 ----------.

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Santa Maria, 07 de novembro de 2007.

ANEXOS

ANEXO A
UFSM – CCS – PPGEnf

PARECER DO COMITE DE ÉTICA

ANEXO B
UFSM – CCS – PPGEnf

CONSENTIMENTO DA EQUIPE USF – BELA UNIÃO

ANEXO C
UFSM – CCS – PPGEnf

CONSENTIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA