

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOSIANE SANTOS PALMA

**AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
EM RELAÇÃO ÀS PLANTAS MEDICINAIS**

PELOTAS

2011

JOSIANE SANTOS PALMA

**AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
EM RELAÇÃO ÀS PLANTAS MEDICINAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Maria Heck

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P171a Palma, Josiane Santos

Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais / Josiane Santos Palma. Pelotas, 2011.
120 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação: Rita Maria Heck.

1. Enfermagem. 2. Equipe de saúde. 3. Atenção primária à saúde.
4. Plantas medicinais. I. Título.

CDD: 610.73

Folha de aprovação

Autora: Josiane Santos Palma

Título: Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Dr^a Rita Maria Heck (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Antonio de Miranda Wosny (Titular)
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr^a Luciane Prado Kantorski (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Márcio Paim Mariot (Titular)
Instituto Federal Sul-Riograndense

Dr^a Claudia Turra Magni (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Nomear e agradecer àqueles que contribuíram para que este momento chegasse constitui-se em uma difícil tarefa. Tentarei não esquecer ninguém, posto que, felizmente, foram muitos...

Agradeço, primeiramente, aos Seres de Luz, que guiaram meus pensamentos e conduziram minhas ações.

À minha Família, que sempre encorajou meu crescimento profissional e consentiu a minha ausência.

À coordenação de bolsas da CAPES, que possibilitou minha dedicação exclusiva ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.

Aos professores deste Programa e da Faculdade de Enfermagem da UFPel, por confiarem na minha capacidade de enfrentar os desafios. Especialmente, à Professora Luciane Prado Kantorski: levarei suas palavras no meu momento mais difícil e suas ações como bons exemplos para toda a vida! À Professora Maira Buss Thofehn, que promoveu minha ação para superar os obstáculos.

À minha orientadora, Professora Rita Maria Heck, por proporcionar meu desenvolvimento profissional e pessoal. Aliamos nossas distintas visões com tolerância e respeito, e construímos uma boa parceria.

Aos professores da banca examinadora, pelo apoio multiprofissional que culminou neste trabalho interdisciplinar.

A todos os colegas de turma, que compartilharam estes meses de estudo. Meu carinho especial à Adrize Rutz Porto, Fabieli Gopinger Chiavagatti, Jandro Moraes Cortes e Milena Hohmann Antonacci, que com visões multidiferenciadas, conselhos e “conversas de corredor” foram fundamentais nesta trajetória.

Às forasteiras Gabriela Barcelos Delpino e Gabriele Schek, pelo compartilhar de todos esses meses de muito trabalho.

Aos profissionais de saúde da Atenção Básica de Pelotas, que aceitaram o desafio de construir uma nova maneira de pensar o cuidado em saúde.

Muito obrigada!

Resumo

PALMA, J. S. Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

As plantas medicinais são recursos terapêuticos amplamente utilizados, denotando a busca dos indivíduos pela autonomia sobre o próprio corpo e o processo saúde-doença e o resgate da valorização da natureza. As plantas medicinais vêm ocupando espaços nas discussões sobre políticas e programas de saúde, recebendo destaque e suscitando estudos. O objetivo deste estudo foi compreender as ações dos profissionais de saúde de um serviço de atenção básica na zona rural do município de Pelotas/RS. O estudo foi qualitativo, descritivo e exploratório. A coleta de dados foi conduzida, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (027/2011) entre maio e julho de 2011, junto a nove profissionais de saúde, identificados pelo nome de plantas medicinais. As técnicas utilizadas foram questionários semi-estruturados auto-aplicados, observações participantes e grupo focal. Foi utilizada a análise temática, estruturada em três temas que abarcaram a atitude dos profissionais de saúde com relação às plantas medicinais, as perspectivas e as referências adotadas pelos profissionais de saúde ao interagirem com usuários da atenção básica que utilizam plantas medicinais, e os impedimentos para a utilização destes recursos terapêuticos na prática dos profissionais de saúde. Dentre os resultados, destacam-se que a utilização de plantas medicinais está presente no cotidiano privado dos profissionais de saúde, mas está ausente em seu espaço de trabalho, por conta da formação biomédica. As perspectivas dos profissionais de saúde refletem insegurança na indicação de plantas medicinais, justificada pela escassa divulgação de validações científicas. A maior parte das referências adotadas durante a interação dos profissionais de saúde com os usuários, no tocante à utilização de plantas medicinais, é incipiente e proveniente do saber popular adquirido na própria família. Como impedimentos para o emprego das plantas medicinais no contexto da atenção básica foram apontados os paradigmas positivistas da formação acadêmica e a falta de capacitações subseqüentes que contribuam para um cuidado holístico, voltado às necessidades dos usuários e aos recursos locais disponíveis. Deste modo, este estudo possibilita a reflexão e o planejamento da atenção básica, considerando as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao estímulo para o emprego de plantas medicinais e busca extrair, tanto do modelo biomédico quanto do modelo complementar, a essência que contribuirá para um cuidado em saúde mais qualificado.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Atenção básica; Plantas medicinais.

Abstract

PALMA, J. S. Health care professional actions in relation to medicinal plants. 2011. 120f. Dissertation (Masters) – Post-graduation Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Medicinal plants are therapeutic resources used widely, emphasizing the search for individual autonomy over his own body and health-disease process and recovering of the appreciation of nature. Medicinal plants have been occupying spaces in policy discussions and health programs, received attention and stimulating studies. The objective of this study was to understand the actions of health professionals from a primary care service on the city of Pelotas / RS. The study was qualitative, descriptive and exploratory. Data collection was conducted after approval by the Ethics Committee of the School of Nursing, Federal University of Pelotas (027/2011) between May and July 2011, along with nine health care professionals, identified by the name of medicinal plants. The techniques used were semi-structured questionnaires self-administered, participants observations and focus group. It was used thematic analysis, divided into three themes that embraced the attitude of health care professionals in relation to medicinal plants, the perspective and references adopted by health professionals to interact with users of primary care which use medicinal plants, and the impediments to therapeutic use of such resources in the practice of health professionals. Among the results highlighted that the use of medicinal plants is present in daily life private of health care professionals, but is absent from your work space on behalf of the biomedical training. The perspectives of health care professionals reflect insecurity in the indication of medicinal plants, justified by the limited release of scientific validation. Most of the references adopted during the interaction of health care professionals with the users as regards the use of medicinal plants, is weak and coming from popular knowledge acquired in the family. As impediments to the use of medicinal plants in the context of primary care were identified positivist paradigms of academic training and subsequent lack of skills that contribute to a holistic care, targeted to users' needs and local resources available. Thus, this study allows for reflection and planning of primary care, considering the recommendations of the Ministry of Health as the stimulus for the use of medicinal plants and seeks to extract as much of the biomedical model and the complementary model, the essence will help to care health more qualified.

Keywords: Health care professionals, Primary Care, Herbal medicine.

Lista de Figuras

Figura 1 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.....	55
Figura 2 – Espaço destinado à construção de horta medicinal..	66
Figura 3 – Localização da sede e dos distritos rurais do município de Pelotas/RS...	67
Figura 4 – Esquema de uma semana típica do processo de trabalho da equipe de saúde da UBS do estudo.	71
Figura 5 – Apresentação dos sujeitos do estudo.....	77
Figura 6 – Aproximações entre a nomenclatura popular e a nomenclatura científica de plantas medicinais citadas pelos profissionais de saúde.....	82

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.	54
Tabela 2 – Nomes populares de plantas medicinais utilizadas pelos profissionais de saúde.	77

Lista de abreviaturas e siglas

Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Atenção Primária à Saúde	APS
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	CAPES
Comitê de Ética em Pesquisa	CEP
Conferência Nacional de Saúde	CNS
Conselho Federal de Enfermagem	COFEN
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	CNPq
Estratégia Saúde da Família	ESF
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul	FAPERGS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Organização Mundial de Saúde	OMS
Organização Pan-Americana de Saúde	OPAS
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	PNPIC
Programa Saúde da Família	PSF
Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS	RENISUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Saúde da Família	USF

Sumário

1. Introdução	10
2. Pressupostos.....	14
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4. Revisão de Literatura	16
4.1 Saúde, Doença e Cuidado	16
4.2 O Modelo Assistencial em Saúde no Brasil: histórico, desafios e perspectivas	21
4.3 As Plantas Medicinais nos Cenários Político e de Produção de Cuidado	26
4.4 A tarefa profissional de promover saúde.....	35
5. Referencial Teórico	40
6. Metodologia.....	47
6.1 Caracterização do estudo	47
6.2 Local de estudo.....	47
6.3 Sujeitos de estudo.....	48
6.4 Critérios de seleção dos sujeitos.....	48
6.5 Princípios éticos	49
6.6 Procedimento de coleta de dados.....	50
6.7 Análise dos dados.....	52
7. Cronograma	54
8. Recursos do projeto	55
Referências	56
9 Relatório do trabalho de campo	65
Artigo 1 – Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais (em avaliação pela banca examinadora).....	87
Considerações finais	99

1. Introdução

O cuidado possibilita a sobrevivência das pessoas desde que se tem conhecimento da história humana, refletindo na qualidade de vida e consequentemente na saúde (BUDÓ, 2004).

Constituindo a essência da Enfermagem (LEININGER, 1991), o cuidado é um elemento universal condicionado pela cultura, que combina informações provenientes do sistema oficial de saúde e do sistema popular. Como exemplo desta associação, tem-se o uso de plantas medicinais¹.

No Brasil, apesar do processo de construção das identidades sociais ter se forjado na intensa valorização e dominância dos padrões culturais europeus e americanos tendendo ao mimetismo, hábitos e tradições culturais essencialmente locais permanecem. A utilização de plantas medicinais sob inúmeras formas de preparo advém de fontes variadas, como costume familiar, orientação religiosa ou de algum conhecedor.

Desta maneira e neste contexto, a percepção e o cuidado com o corpo e com a saúde diferenciam-se cultural, simbólica e tecnologicamente da medicina dominante, a qual reduz a ciência a fenômenos matemáticos e quantificáveis que entendem mente e corpo enquanto entidades independentes (GONÇALVES et al., 2008).

O homem moderno relaciona-se com técnicas, saberes, conhecimentos e estrangeirismos que marginalizam as plantas medicinais, por não apresentarem base científica segundo os padrões positivistas, sendo relegadas ao plano de modalidade alternativa de tratamento.

Triunfante durante o século XX, o modelo biomédico dominante trouxe inegáveis avanços no campo da saúde a partir da descoberta de novas

¹ Este estudo adotará o conceito de plantas medicinais como sendo todas aquelas que, sejam nascidas espontaneamente na natureza ou selecionadas para cultivo segundo determinadas características, podem ser utilizadas como recurso para prevenir, aliviar, curar ou modificar um processo fisiológico ou patológico (OMS, 2004).

possibilidades terapêuticas (GONÇALVES et al., 2008). Entretanto, Capra (1982) já alertava que este modelo não é o único, tampouco o mais eficaz ou a primeira opção para os indivíduos em sofrimento.

A utilização de plantas medicinais, no Brasil, vem apresentando um crescimento marcante nas últimas décadas devido à falta de acesso de grande parte da população aos medicamentos alopáticos ou convencionais, associada à precária estrutura e qualidade no atendimento médico e dos serviços de saúde pública; e é motivada pela facilidade de aquisição e compatibilidade cultural (CARVALHO et al., 2007; SERPELONI; VILEGAS; VARANDA; CÓLUS, 2008; MADIA; RODRIGUES, 2009). Oliveira (2011), por sua vez, destaca que as plantas medicinais representam a busca dos sujeitos por maior autonomia sobre o corpo e seus processos, bem como o retorno do sentimento de valorização da natureza e dos produtos a ela associados.

Utilizadas largamente na prática de cuidado à saúde, as plantas medicinais aparecem, desaparecem e reaparecem na História atual, despertando interesse de pesquisadores. Ocorre, todavia, que a maioria destas pesquisas, na atualidade, reportam-se exclusivamente ao saber popular, pouco contribuindo para o diálogo que possibilite uma concreta melhoria na qualidade de vida dos brasileiros a partir dos serviços formais de assistência a saúde.

Abordando especificamente profissionais de saúde da atenção básica ou estudantes em formação na área da saúde, a produção científica é incipiente, fato que justifica a realização deste estudo, em que pesem as importantes diferenças culturais entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços formais de saúde no Brasil.

Afirmando que a boa relação entre esses dois grupos distintos é fundamental para que um serviço ou tratamento atinja seu objetivo, Leite e Schor (2005) demonstraram que a compatibilidade cultural entre os profissionais de nível médio e a população atendida em um serviço de atenção básica catarinense é um fator que promove saúde em torno das plantas medicinais. Assim, os usuários preferiam conversar com estes profissionais sobre as plantas utilizadas, por manterem abertura e confiança. Já com relação aos profissionais de nível superior, o mesmo estudo explicou que eles detêm pouco conhecimento relacionado ao assunto

e distanciam-se das práticas populares de saúde, pois desconhecem o universo e o modelo explicativo da população.

Há que se estabelecer uma linha de entendimento entre as crenças e modelos explicativos populares sobre saúde e doença para promover uma aliança entre profissionais de saúde e usuários, que culmine na satisfação de ambos os lados.

Neste sentido, é adequado o modelo de cuidado cultural (LEININGER, 1991), o qual não antagoniza o sistema oficial e conta com a participação ativa tanto do enfermeiro e demais profissionais de saúde quanto dos usuários e suas famílias na busca por cuidados culturalmente congruentes (LEOPARDI, 2006).

Ainda sob alegação de desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as plantas medicinais, Veiga Junior (2008) declarou que estes optam por indicar outras terapias aos usuários da atenção básica, como a acupuntura em detrimento das plantas medicinais, por receio de efeitos adversos.

A fim de compreender a propensão dos profissionais em indicar plantas medicinais no âmbito da atenção básica de um município gaúcho, Rosa, Câmara e Béria (2011) afirmam que muitos deles utilizam-nas em sua vida pessoal, mas que não tomaram maior conhecimento sobre elas durante a formação profissional. Os autores, então, insistem na necessidade de aproximar a formação de graduação no Brasil e as necessidades da atenção básica para se construir o fortalecimento do SUS, o que é também corroborado por Gonçalves et al., 2008.

Dois estudos recentes, realizados com estudantes universitários do sul do Brasil, revelam que o conhecimento e a utilização das plantas medicinais nos ambientes oficiais de produção do cuidado encontram-se em compasso de crescimento e discussão nos espaços de formação (KÜLKAMP et al., 2007; FRANÇA et al., 2007).

Considerando que os profissionais de saúde da atenção básica sejam a interface entre o modelo assistencial em saúde e os usuários, torna-se importante conhecer suas ações em relação às plantas medicinais nesta instância de atenção à saúde, de maneira a cogitar sua aproximação do saber popular.

Consequentemente, optou-se pela utilização do referencial metodológico etnográfico para a realização deste estudo, pois demanda a descrição de valores,

crenças e práticas de um grupo cultural específico. No caso, dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família situada na zona rural de um município do sul do Brasil.

Durante séculos, a população rural permaneceu à margem da assistência à saúde no Brasil. Embora atualmente sejam garantidos constitucionalmente tanto à população urbana quanto à população rural os mesmos direitos no que se refere à saúde pública, a realidade ainda mostra-se desajustada. Ambas as populações possuem especificidades e demandas diferenciadas e, por isso, não podem ser pensadas de forma idêntica.

Neste sentido, compreender as ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais pode reorientar as práticas de saúde neste local, ao atentar para a cultura, para as crenças, para os valores da população que assistem, respeitando a integralidade dos indivíduos e da sociedade.

Diante do exposto, foi elaborada a questão de pesquisa:

Quais as ações dos profissionais de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas/RS em relação às plantas medicinais?

2. Pressupostos

Os profissionais de saúde da Atenção Básica mantêm atitude de aceitação e avidez por maiores informações referentes à utilização de plantas medicinais neste cenário.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica adotam uma perspectiva integralizadora diante dos usuários do serviço que utilizam plantas medicinais, pois os percebem como protagonistas do próprio cuidado. Procuram satisfazer as necessidades dos usuários a partir do acolhimento de sua história de vida e contexto atual, colocando em prática o cuidado culturalmente congruente.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica encontram como impedimento para a utilização das plantas medicinais em sua prática profissional a falta de informações que subsidiem o cuidar de acordo com os preceitos político-ideológicos atuais. O modelo biomédico e suas práticas de cuidado associadas distanciam profissionais e usuários, colocando as plantas medicinais em situação de marginalidade – fora dos padrões e classificações estabelecidas por nossa sociedade.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Compreender as ações dos profissionais de saúde de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas/RS em relação às plantas medicinais.

3.2 Objetivos Específicos

Averiguar a atitude dos profissionais de saúde com relação às plantas medicinais.

Identificar perspectivas e referências adotadas pelos profissionais de saúde ao interagirem com usuários do serviço de Atenção Básica que utilizam plantas medicinais.

Identificar fatores que impedem a utilização de plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família.

4. Revisão de Literatura

4.1 Saúde, Doença e Cuidado

Cotidianamente, as pessoas expressam compreensões de saúde e doença, alicerçadas no conhecimento sobre as doenças, seus sinais e sintomas, as quais possuem implicação direta sobre o cuidado. Batistella (2007) refere serem difíceis tais conceituações, já que são influenciadas pela objetividade científica que se mostra insuficiente perante a totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer. Mesmo que sejam recortes da realidade complexa, os conceitos promovem o questionamento e a renovação das intervenções servindo de referência para a prática.

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas e, ao longo da história, seus modelos de explicação sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas.

Já nas primeiras civilizações, a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais o indivíduo comum pouco ou nada poderia fazer, ou como possessão demoníaca. Apaziguando-se a ira dos demônios causadoras de doenças, seriam evitadas punições maiores (SEVALHO, 1993; ROSEN, 1994).

Causada por influências mágico-religiosas, a doença, segundo Ricardo (2009), seria curada recorrendo-se a bruxos e feiticeiros para desfazer o feitiço com rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local. Também, a cura era responsabilidade de indivíduos iniciados como os sacerdotes incas, os xamãs e pajés entre os índios brasileiros, as benzedeiras e os curandeiros na África amparados em cânticos, danças, infusões e emplastros de plantas medicinais, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificação ou produção de cicatrizes com materiais cortantes, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos que tratavam o indivíduo de forma integral (BATISTELLA, 2007).

Saúde e doença também passaram por denotações religiosas, nas quais seriam obras dos deuses superiores descontentes com a má conduta dos seres humanos. Percebe-se forte influência desta concepção nos tempos atuais a partir do recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e ritos de purificação originários de diversas crenças e religiões (SEVALHO, 1993; BATISTELLA, 2007; RICARDO, 2009).

A civilização grega, conforme Batistella (2007) rompeu com a superstição e as práticas mágicas trazendo explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Com o desenvolvimento do método científico, atribuindo a doença às causas naturais a qual deveria ser tratada por um médico baseado nos conhecimentos científico-experimentais, muda-se o foco de atenção das forças sobrenaturais para o portador da doença em substituição às forças divinas ou malévolas (RICARDO, 2009).

Partindo da observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social), Hipócrates (460-377 a.C.) desenvolveu uma teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio e a doença como um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (ROSEN, 1993; BATISTELLA, 2007).

Guiado pelas idéias de Hipócrates, Galeno trouxe importantes contribuições para o avanço dos métodos diagnóstico-terapêuticos das doenças, ao considerar que elas possuíam causas endógenas que levavam ao desequilíbrio (RICARDO, 2009). Contrário às idéias de Hipócrates e Galeno, Paracelso acreditava, então, que as doenças eram causadas por agentes externos e marcou o período de transição entre a escola galênica e o modelo biomédico.

Na Idade Média, segundo Rosen (1994), a doença era novamente enfrentada com profunda religiosidade. O cristianismo via no adoecimento a punição por pecados ou o resultado da possessão demoníaca. Como tratamento recorria-se à oração e à invocação de santos, realizando-se quarentena no interior de mosteiros.

Sob o poder da igreja, foram desautorizadas todas as iniciativas de avanço no conhecimento das causas das doenças e até mesmo de sugestão de qualquer explicação que estivesse além da fé. Aqueles que insistissem enfrentariam os tribunais da Inquisição (BATISTELLA, 2007).

Durante o século XIV, a Peste Negra devastou dois terços da população europeia e o período que a sucedeu, juntamente com o declínio da Idade Média, resultou em racionalidade humanista de cunho profundamente individualista, na qual o capital mercantil sobrepôs-se às relações sociais feudais. Neste contexto, então, de acordo com Sevalho (1993) e Rosen (1994) ocorreu a cisão total entre o ser humano e a natureza.

Durante o Renascimento, o surgimento de muitas cidades faz surgir a burguesia, classe social organizada no comércio e nas manufaturas. A expansão comercial patrocinou as grandes navegações que, paradoxalmente, geraram conquistas e perdas com riquezas financeiras e introdução de novos agentes infecciosos contra os quais não havia nenhuma defesa (BATISTELLA, 2007). No mesmo período, nasce a Teoria Miasmática, uma tentativa de explicar a origem das matérias que causavam as doenças (ROSEN, 1994; BATISTELLA, 2007; BACKES et al., 2009).

A Medicina Social (do final do século XVIII ao início do século XX) buscou oferecer condições adequadas de saúde à nova sociedade burguesa, abrindo espaço para que a prática médica individual gradativamente tomasse o lugar central nas práticas de saúde. No século XIX, passa a existir a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico capaz de ser combatido com produtos químicos ou vacinas (BATISTELLA, 2007).

O avanço científico lançou a fundação de um saber acurado da estrutura do corpo humano, sendo revelados os mecanismos de circulação do sangue, a evolução da epidemiologia e da observação clínica. Com isto, surge a individualização das doenças como resultado de desajustamento social e cultural (ROSEN, 1994). A evolução da ciência, para Rosen (1994), assentou-se sobre a anatomia e a fisiologia e, desta forma, a observação e a classificação dos causadores das doenças permitiram seu reconhecimento mais preciso.

Batistella (2007b) afirma que com o desenvolvimento da anatomia, procura-se a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais em órgãos e tecidos, evidenciando valores de localização, especificidade e intervenção. Desta maneira, se doença é o acometimento morfológico, orgânico e estrutural, a saúde é o seu oposto lógico. É esta concepção que assenta as bases do modelo biomédico, presente até os dias atuais: tendenciosa à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, traduzindo os acontecimentos por meio de formas demonstráveis e calculáveis (BACKES et al. 2009).

Seguindo nesta direção, autores da Antropologia como Kleinman, Eisenberg e Good (2006) diferenciaram doença a partir de dois conceitos: *disease* e *illness*. O primeiro refere-se a alterações ou disfunções biológicas e/ou psicológicas, definidas de acordo com a concepção biomédica. O segundo, por outro lado, incorpora a experiência e a percepção individual, dizendo respeito aos processos de significação da doença. A transformação de *illness* em *disease* e em objeto da atenção médica depende de cada cultura e ocorre através de um processo de atribuição de sentido.

Backes et al. (2009) referem que a pessoa doente utiliza palavras para expressar a sua doença e os profissionais da saúde, por sua vez, também fazem uso de palavras para significar as queixas dos pacientes. Dessa maneira, surge tensão entre a subjetividade da doença e a objetividade dos significados atribuídos pelos profissionais às queixas do paciente, que o levam a propor intervenções para lidar com esta situação.

Entendendo que saúde não é mera ausência de doença, Canguilhem (2006) afirma que saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Para o autor, a saúde é entendida enquanto possibilidade de enfrentar situações novas, como margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio, ou ainda um guia regulador das possibilidades de reação.

Criticando a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1948, - um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade -, Batistella (2007b) ressalta seu caráter utópico, inalcançável e carente de objetividade, uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar nem existe a possibilidade de medir o nível de saúde de uma população. Este conceito de saúde, porém, é justificado por Scliar (2007) como influenciado pelo momento histórico e social do

período pós-guerra, com o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo e significa, então, o direito a uma vida plena, sem privações.

Em decorrência destas críticas ao conceito da OMS, em 1977 surge o conceito de Christopher Boorse: saúde é ausência de doença. A classificação dos indivíduos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (SCLIAR, 2007).

A Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS, surpreendeu quando em sua declaração final ampliou o conceito de saúde considerando que os cuidados primários de saúde deveriam ser adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de cada região, incluindo educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros agravos frequentes à saúde e provisão de medicamentos essenciais (OPAS, 2010b).

Sob o reflexo de Alma-Ata, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil no ano de 1986, trouxe uma evolução no conceito de saúde pois a considera resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Promulgada na Constituição Federal em 1988 como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988), a saúde em sua definição está muito distante da realidade dos serviços de saúde.

O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível reorientar as práticas de saúde, a partir de profissionais de saúde que possuam percepção apurada de como eles mesmos e a população compreendem tais práticas, em construção conjunta. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação do modelo biomédico (BATISTELLA, 2007b).

Este desafio, conforme Backes et al. (2009), requer que as práticas de saúde voltem seu enfoque especialmente para a promoção da saúde, potencializando a capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde.

Equilibrando o plano individual e biológico, a antropologia relativiza estes sentidos, considerando que as crenças e as práticas de cuidado em saúde nascem e se desenvolvem no contexto social, influenciados pela cultura. Geertz (2008), neste sentido, afirma que entre a experiência corpórea e o que é preciso saber a respeito para significá-la existe um hiato de informações a ser preenchido por símbolos fornecidos pela cultura. Assim, segundo Herrera e Posada (2008), dá-se um toque humano ao cuidado e se favorece o alcance de objetivos terapêuticos.

Ao considerar a relação entre saúde e cultura, deve-se pensar em outros modelos além do biomédico, que abordem a doença não como um processo apenas biológico e corporal, mas também como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição (LANGDON, 2010).

Em concordância com Backes et al. (2009), é necessário que os profissionais de saúde ampliem a sua compreensão a respeito da importância e do significado da atenção diferenciada quando atuam com diferentes culturas para que não prejudiquem a assistência em saúde com o autoritarismo e o estranhamento da comunidade.

4.2 O Modelo Assistencial em Saúde no Brasil: histórico, desafios e perspectivas

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas e articuladas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Depende das compreensões de saúde e doença em dado momento histórico, bem como das tecnologias nele disponíveis e da priorização dos problemas de saúde a serem enfrentados pela política de saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Desta maneira, podem-se relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos no Brasil em diferentes momentos da história, organizados de acordo com as necessidades e contextos específicos de cada época, estabelecendo ligações com

os movimentos políticos, sociais e econômicos, seguindo as tendências vigentes da sociedade.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e estabelece o Sistema Único de Saúde, legitimado através da Lei nº 8.080/90. Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada; é único, organizado e descentralizado, com direção única nas três esferas de governo; presta atendimento integral a populações urbanas e rurais, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular (BRASIL, 1990).

Conforme Brasil (1990), o SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo e apresenta, conforme Brasil (2005), como princípios e diretrizes a Universalidade (saúde como direito de cidadania assegurada pelo Estado), Equidade (princípio de justiça social, com investimento onde há maior necessidade), Integralidade (pressuposto de prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação), Descentralização (sinônimo de municipalização), Regionalização e hierarquização (serviços organizados em área geográfica delimitada por níveis de complexidade crescentes) e Participação Popular (controle social por meio de Conselhos e Conferências de Saúde).

Segundo Brasil (2002), a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde nos quais a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo, participando, assim, de um processo dinâmico e contínuo, em que o aperfeiçoamento das políticas de saúde acontece na medida da qualidade da participação de cada cidadão.

Várias alternativas foram construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos 90, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida; porém, quanto a seus princípios básicos e aplicação o SUS ganhou sustentação após a implementação do Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) (ESCAVASSA; BACHILLI, 2003; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

O PACS foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientação sobre cuidados de saúde, no Nordeste, em 1991. Sua meta se consubstanciava na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre comunidades e unidade básica de saúde.

Segundo Sousa (2000), na medida em que o PACS se fortalecia nos municípios, demonstrando resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil e sendo bem avaliado pela população, as unidades atuavam em direção oposta ao que se preconizava com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuando no sistema tradicional, curativo e sem vínculo com a população, com baixa resolutividade, sucateadas e desestruturadas. Através de alguns municípios mais engajados e articulados ao fortalecimento do sistema de saúde, expandiu-se a idéia de que o Ministério da Saúde precisava ampliar os investimentos para melhorar as condições de saúde.

O Ministério da Saúde concebeu o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, embora se tenha notícia de experiências anteriores semelhantes implantadas em alguns municípios, como Niterói (RJ) em 1991 e Itacarambi (MG) em 1993. Em documento, de 1996, avalia-se que a assistência à saúde praticada na época era marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizada nos atendimentos médicos, com uma visão do processo saúde/doença voltada prioritariamente para ações curativas (BRASIL, 1996).

Então, o PSF foi criado com a finalidade de contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS; é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica de atuação, ampliando o acesso aos serviços de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população, em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2004).

A partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) por

considerá-la a tática escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Em sua operacionalização, propõe adequação às diferentes realidades locais, promovendo assistência humanizada baseada no vínculo de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a comunidade. A idéia predominante envolve a imagem de uma pirâmide de complexidade crescente em direção ao topo com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Para Lima (2005), a ESF vai ao encontro das pessoas onde elas vivem, procurando apreender suas necessidades e potencialidades, com a clareza de organizar as demandas sob o olhar da vida, contudo, ao estabelecer como porta de entrada unicamente a Atenção Básica, Silva Junior e Alves (2007) referem que este modelo acaba, como os anteriores, por não levar em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais.

Embora haja críticas a ESF, é inegável o seu caráter inovador, capaz de produzir o reconhecimento e a efetivação do direito à saúde e gerar avanços inquestionáveis nesse campo. Sua ideologia torna-se transformadora na medida em que os sujeitos sociais adequem a implantação a cada realidade encontrada.

Constituídas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, as equipes multiprofissionais da ESF devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar (PALMEIRA, 2007).

A Equipe de Saúde da Família trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população, tornando-se responsável pelas necessidades de saúde como um resultado, também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem (PINHEIRO; SILVA; STELET; GUIZARDI, 2004).

Segundo Brasil (2001), a Saúde da Família está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família, que está inserida na Atenção Básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os

diversos níveis do sistema, sempre que demandada maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados.

A Atenção Básica desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Contudo, Silva Junior e Alves (2007) advertem que não pode ser ela a única porta de entrada ao sistema, pois essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas implicando em desqualificação e isolamento; porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas; porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema; e porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

Apesar das importantes conquistas no âmbito sanitário no Brasil, ainda busca-se um modelo assistencial que proporcione maior autonomia aos sujeitos, onde se pretende desenvolver a prática integral de atenção, compreendendo o ser humano como um todo e não como um conjunto segmentado e desagregado de sua realidade socioeconômica e cultural. Repensando as práticas de saúde, será construído um modelo de atenção que esteja vinculado às condições de vida dentro das dimensões biológicas, políticas, psíquicas e sociais, dando prioridade à promoção e proteção da saúde (LUZ, 2005). Desta maneira, este novo paradigma deve assentar-se sobre a singularidade do sujeito ao considerá-lo de acordo com suas próprias convicções e concepções culturais de cuidado à saúde. O novo modelo deverá complementar o modelo biomédico, tratando efetivamente o sujeito em vez de apenas diagnosticá-lo.

De acordo com a autora, o novo contexto de atenção deverá aproximar o profissional de saúde do usuário. Uma vez que o modelo a ser superado defende a impessoalidade nas relações terapêuticas, faz-se necessário que o usuário seja considerado co-produtor de sua saúde, o que, consequentemente, promoverá sua maior satisfação. O objetivo central da intervenção passará a ser a recuperação e/ou promoção da saúde do sujeito, promovendo maior autonomia em face de seu processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção (ou de reconstrução) da sua própria saúde.

Boehs et al. (2007), percebe que esta aproximação já vem ocorrendo, pois os profissionais de saúde estão “sendo obrigados” a conviver e se aproximar de outros modelos ou sistemas de cuidado, como o familiar e o popular, objetivando

maior aproximação da lógica do usuário e de uma interface entre o profissional e o cliente.

A formação dos profissionais de saúde, orientada pelo modelo biomédico, não responderá a necessidade deste novo paradigma em saúde, pois é desvinculada do contexto de vida da população brasileira.

Estudo de Budó (2000), sobre o preparo recebido por enfermeiros para o cuidado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) à população rural em municípios da região centro-oriental Rio-grandense, evidenciou que a graduação não contextualizou o modo de vida destas populações, mas a educação continuada, em algumas situações, auxiliou neste processo.

Partindo do pressuposto de que os campos de práticas e de formação não se dissociam, e que um se oferece ao outro como território de possibilidades, revela-se de suma importância a aproximação, desde a formação inicial, das práticas dos profissionais às necessidades de saúde da população, assim como a preocupação com a contribuição para a autonomia dos sujeitos e para a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas (BRASIL, 2004b).

Budó (2000) sugere que para se desenvolver o cuidado que as pessoas precisam em comunidades rurais, deve haver uma complementaridade entre o saber profissional e o saber popular. Esta aproximação demanda a formulação de políticas públicas do setor da saúde em permanente diálogo com políticas do setor da educação em prol da mudança no processo formativo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exige-se que os serviços e os profissionais sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos inovadores, para escutar, traduzir e trabalhar necessidades de saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

4.3 As Plantas Medicinais nos Cenários Político e de Produção de Cuidado

O conhecimento e a utilização de plantas medicinais no tratamento e na cura de doenças são tão antigos quanto a espécie humana, simbolizando muitas vezes os únicos recursos terapêuticos de muitas comunidades e grupos étnicos.

De acordo com Cunha (2010), a utilização das plantas medicinais no cuidado à saúde esteve presente em todos estes períodos históricos, sendo-lhe atribuída maior valor enquanto os constructos sociais de saúde e doença aproximavam-se do carácter místico e religioso, declinando consideravelmente na medida em que a ciência se desenvolvia.

Os europeus, que chegaram ao Brasil à época de seu descobrimento, aprenderam com os pajés sobre o uso das plantas medicinais e o fundiram àqueles trazidos da Europa. Também os escravos africanos deram sua contribuição, alicerçando a tradição no uso de plantas medicinais no Brasil (LORENZI; MATOS, 2008). Apropriaram-se, desta maneira, de todo conhecimento construído e passaram a obter lucro sem nenhum retorno aos seus mestres.

As boticas, estabelecimentos comerciais de propriedade de cirurgiões-barbeiros, jesuítas, padres e mascates, tiveram importante papel na produção e difusão de práticas e conhecimentos terapêuticos sobre plantas medicinais: aproveitavam a grande disponibilidade e o fácil acesso às espécies, já que os medicamentos convencionais importados da Europa demoravam a chegar ao Brasil e permaneciam muito tempo nas prateleiras das boticas. Contudo, careciam de conhecimento sobre as dosagens a serem receitadas, o que se constitui num problema bastante atual (FERNANDES, 2004). Ocupando importante espaço na produção de medicamentos até fins do século XIX, as boticas foram substituídas por farmácias e pequenas indústrias que manipulavam receitas e comercializavam compostos de extratos vegetais.

Essencialmente rural até o século XX, o Brasil de urbanização e industrialização incipientes, passava a renunciar o conhecimento tradicional em detrimento dos medicamentos sintéticos (LORENZI; MATOS, 2008). A falta de apoio do governo e a carência de inovações tecnológicas não permitiram a manutenção da produção e do comércio, desestruturando o setor e substituindo as matérias-primas derivadas de plantas medicinais por outras substâncias sintéticas, a partir da década de 1940 (FERNANDES, 2004).

A História demonstra que, ao longo dos tempos, o desenvolvimento social colocou os homens em situação fortemente individualista, na qual as partes são superiores ao todo. O homem moderno destruiu 'os todos' que o cercavam e subordinavam. Com referência à sociedade moderna, Souza e Luz (2009, p. 395)

citam: “Ele [o homem] não é mais parte integrante da sociedade ou da natureza, mas busca ser seu senhor.” Um movimento da contracultura visou, portanto, inverter esta lógica, e manifesta-se ainda hoje no desejo individual de reinserção do homem na ordem da natureza; no movimento feminista, como processo de revalorização do feminino através de parâmetros não ditados pelo masculino; e na saúde, pela busca de novas formas de cuidado, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (SOUZA; LUZ, 2009).

Souza e Luz (2009) referem que a utilização terapêutica de práticas complementares, como as plantas medicinais, resulta de um conjunto de transformações denominado contracultura ocorrido ao final da década de 60 no qual a juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’. Assim sendo, a expansão atual da utilização das plantas medicinais como mais um recurso terapêutico não pode ser reduzida a meras questões de insatisfação ou ineficiência com relação ao modelo assistencial vigente ou aos sistemas públicos de saúde, apesar de sua inegável influência. Também se fundamenta em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas concepções de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura.

Observa-se que, diante da negação da validade das plantas medicinais, a população criou formas de lidar com sua própria saúde ou doença e, até hoje, mantém e fala de suas práticas tradicionais, evitando correr o risco de sofrer reprimendas. Isso pode ser observado quando da denominação de plantas com nomes comerciais de medicamentos industrializados. Araújo (2000) refere que isto provoca mal-entendidos que funcionam no sentido de fazer com que, no diálogo entre profissional e paciente, cada um acredite estar falando a mesma linguagem, embora estejam dizendo coisas diferentes.

Em virtude da ampla utilização popular de plantas medicinais através dos tempos, é necessário considerar que produtos naturais são também passíveis de provocar riscos importantes à saúde. O uso inadequado destes recursos terapêuticos pode originar efeitos adversos retardados e/ou assintomáticos, interações medicamentosas ainda não estudadas e dificilmente reconhecidas, além

de retardar o diagnóstico e tratamento apropriado (VENDRUSCOLO; RATES; MENTZ, 2005).

A falta de informações adequadas sobre as propriedades das plantas medicinais, seu consumo concomitante com os medicamentos tradicionais (alopáticos) muitas vezes sem aviso ao médico e a incapacidade de identificá-las são fatores preocupantes em caso de automedicação (VEIGA JUNIOR, 2008). Portanto, é imprescindível a correta identificação botânica da planta a utilizar, além de sua correta manipulação.

Discussões acerca do estímulo aos estudos científicos direcionados para a eficácia dos resultados que possibilitem sua validação científica, políticas direcionadas e programas de saúde existentes são responsáveis pelo reconhecimento do emprego das plantas medicinais para diversas situações de saúde (DI STASI, 2007).

No final da década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que 80% da população rural dos países em desenvolvimento dependiam da medicina tradicional² para as suas necessidades no campo dos cuidados de saúde. A Declaração de Alma-Ata de 1978 já salientava a importância da medicina tradicional e dos seus praticantes nos cuidados primários de saúde e estimulava a criação direcionada de políticas e legislação, a validação de provas sobre a segurança e a eficácia, o conhecimento das atitudes, práticas e comportamentos próprios da medicina tradicional a fim de integrá-la aos sistemas nacionais de saúde dos seus Estados-Membros.

Com ou sem a aprovação oficial, as plantas medicinais continuam a ser utilizadas como recurso terapêutico. Sabe-se que, comumente, os usuários não costumam declarar aos profissionais de saúde que fazem uso das plantas medicinais, a menos que haja alguma sinalização, por parte deste, de aceitação da prática daquele (ARAÚJO, 2000).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi considerada um marco pela abordagem democrática de acesso e participação do

² A OMS define a medicina tradicional como a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não explicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais, e que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou por escrito (OMS, 2004).

usuário na escolha da terapêutica. Dois anos depois, Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixaram normas e diretrizes para o atendimento em fitoterapia (BRASIL, 2006).

Conforme Brasil (2006b), o relatório final da X CNS, de 1996, aprovou a inclusão ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a fitoterapia contemplando as terapias alternativas e práticas populares. Percebe-se, pois, a valorização destas práticas, a tentativa de aproximação entre o sistema de saúde e a população assistida.

No ano de 2003, o Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos no SUS. No mesmo ano, a 12ª CNS deliberou para a efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS (BRASIL, 2006b).

O Brasil conta, desde 2005, com políticas públicas que promovem as práticas não convencionais em saúde. A primeira delas foi denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) (BRASIL, 2005b). Inspirada nas orientações da OMS, a PMNPC destaca que os diversos saberes e práticas da medicina natural constituem sistemas médicos complexos, com enfoques que estimulam mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde. Afirma também que a abordagem enfatiza a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, realçando a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (BRASIL, 2005b).

Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo decisivo com relação a esses cuidados em saúde, através da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que visou estimular ações e serviços relativos a essas práticas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2006).

Como condição prévia para essa política pública, o Ministério da Saúde realizou, em 2004, um levantamento que identificou práticas integrativas em 26 estados brasileiros, num total de 19 capitais e 232 municípios. As modalidades terapêuticas identificadas e amparadas pela PNPIC no SUS são: medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais, termalismo e

crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2006). A fitoterapia apareceu, em 2004, presente em 116 municípios, contemplando 22 estados (BRASIL, 2006b).

Em 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006b) é criada com a finalidade de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira a partir do conhecimento, apoio, implantação e estímulo sobre experiências já desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados brasileiros, para se promover a saúde.

Três anos depois, a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) divulgou uma lista com 71 plantas utilizadas com base na sabedoria popular e confirmadas cientificamente (BRASIL, 2010).

Em novembro do mesmo ano, a Portaria 2982/2009 do Ministério da Saúde elencou oito medicamentos fitoterápicos passíveis de distribuição gratuita nos serviços de saúde do SUS, à base de Espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), indicada para dispepsias, coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera duodenal; Guaco (*Mikania glomerata*), como expectorante e broncodilatador; Alcachofra (*Cynara scolymus*), com ação colagoga (que provoca a secreção biliar) e colerética (que aumenta a secreção biliar) em dispepsias associadas a disfunções hepatobiliares; Aroeira (*Schinus terebenthifolius*), como produto ginecológico antiinfecioso tópico simples; Cáscara Sagrada (*Rhamnus purshiana*), para constipação intestinal; Garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*), com ação antiinflamatória em dores lombares e osteoartrites; Isoflavona de soja (*Glycine max*), para o alívio dos sintomas do climatério e Unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*), como imunoestimulante e antiinflamatório nos casos de artrite reumatóide e osteoartrite (BRASIL, 2010).

A experiência mais antiga que influenciou a criação de programas de fitoterapia no Brasil foi o Programa Farmácias Vivas, vigorando na Universidade Federal do Ceará há mais de vinte anos. É o primeiro programa de assistência social farmacêutica baseado no emprego científico de plantas medicinais desenvolvido no Brasil, tendo por objetivo produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população carente (MATOS, 2004).

O município de Maracanaú (CE) foi o primeiro a implantar o Programa Farmácias Vivas no sistema público de saúde, possuindo estrutura básica composta por horto com canteiros para o cultivo das plantas medicinais e laboratório de

manipulação para a produção dos medicamentos fitoterápicos. A dispensação dos produtos à comunidade ocorre nas Unidades de Saúde da Família, mediante prescrição médica, com predomínio de fitoterápicos com ação anti-séptica, cicatrizante, calmante, amebicida e giardicida, antiinflamatória, analgésica, hipoglicemiante, diurética, anti-hipertensiva, expectorante e broncodilatadora (SILVA; GONDIN; NUNES; SOUZA, 2006).

No estado do Rio de Janeiro, o Programa de Plantas Medicinais também foi instituído na década de 90, com uma equipe multiprofissional desenvolvendo ações de cultivo de plantas medicinais, assistência farmacêutica e médica fitoterápica, promoção da saúde com grupos de usuários de plantas medicinais e educação permanente. No que se refere ao cultivo de plantas medicinais, existe a plantação de sessenta espécies medicinais em hortas nas unidades da rede municipal de saúde, como forma de apoio aos grupos de usuários, incentivando o cultivo domiciliar (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2010).

Estudo de Ogava et al. (2003) refere que a implantação da fitoterapia em serviços de Atenção Básica a saúde paranaenses a partir do Programa Verde Vida foi possível, no ano 2000, após a criação de uma comissão específica que definiu as plantas a utilizar segundo critérios epidemiológicos, da busca por literatura disponível e da adoção do formato de farmácia de manipulação. Assim, foram padronizados fitoterápicos nas formas de infusão (Espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), para gastrites e úlceras, Guaco (*Mikania glomerata*), como broncodilatador e expectorante, Cavalinha (*Equisetum arvense*), como diurético auxiliar no controle de hipertensão arterial, Hortelã (*Mentha* sp.), como antiparasitário e antigripal e Funcho (*Foeniculum vulgare*), como carminativo e galactagogo), gel (Calêndula (*Calendula officinalis*), como antimicrobiano e cicatrizante) e em cápsulas gelatinosas duras de Valeriana (*Valeriana officinalis*), como ansiolítico).

Alguns municípios do Estado de São Paulo também utilizam a fitoterapia como recurso terapêutico na Atenção Básica. Conforme Oliveira, Simões e Sassi (2006), os médicos da rede pública paulista prescrevem fitoterápicos, devido a esta terapêutica fazer parte de sua prática médica e ser bem aceita e acessível à população. Dentre as plantas medicinais mais utilizadas no estado de São Paulo destacam-se o Guaco (*Mikania glomerata*), Calêndula (*Calendula officinalis*) e Babosa (*Aloe vera*).

O Estado do Rio Grande do Sul possui política direcionada à utilização das plantas medicinais, seguindo as diretrizes nacionais. Nesse sentido, ações vêm sendo realizadas por diferentes órgãos para a criação da Rede de Implementação da Cadeia Produtiva de Fitoterápicos (Rede Fito-RS) e para a implementação da fitoterapia como prática terapêutica nos serviços do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2006). A rede é uma articulação entre o Estado, universidades, centros de pesquisa, empresas e agricultores, para promover e fortalecer a base tecnológica local para a produção de fitoterápicos.

A Política Intersectorial de Plantas Medicinais do Rio Grande do Sul considera a experiência popular no uso de plantas medicinais e sua repercussão nas atividades produtivas, na educação, na promoção da saúde e no resgate do saber popular.

Apesar das controvérsias e de certo preconceito, a valorização e o diálogo entre o saber popular e o saber profissional vêm crescendo e recebendo destaque. Conforme Bittencourt, Caponi e Falkenberg (2002) esta aproximação contribui no contexto da descoberta de novos conhecimentos, em que pese a aproximação do conhecimento empírico ao científico e na validação da utilização das plantas medicinais que contam com um uso centenário nas populações a partir de estudos clínicos.

Estudo de Almeida, Silva e Guimarães (2008) sobre a conduta dos profissionais de saúde da ESF mediante a utilização de terapias populares, como a fitoterapia em uma comunidade rural sergipana, evidenciou que estes ficam divididos: alguns orientam a população sobre a maneira correta de utilização; outros consideram o tratamento convencional indispensável e chegam inclusive a não influenciar na decisão dos usuários por desconhecer o emprego correto das plantas medicinais, o que é preocupante.

Conforme Vendruscolo, Rates e Mentz (2005), o intercâmbio entre o conhecimento científico e o conhecimento popular é um instrumento para a promoção do uso racional das plantas medicinais, bem como para a seleção de plantas para a implementação de investimentos em pesquisa e desenvolvimento, com vistas à implantação da fitoterapia nos serviços públicos de saúde, com garantia de eficácia, segurança e qualidade.

Diversas comunidades gaúchas utilizam as plantas medicinais respaldadas em seu conhecimento empírico, obtido através das gerações familiares (DORIGONI et al., 2001; RITTER; SOBIERAJSKI; SCHENKEL; MENTZ, 2002; SOUZA; HAAS; VON POSER; ELISABETSKI, 2004; VANINI, 2010).

Estudo de Piriz et al. (2010) realizado junto a usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família situada na zona rural de Pelotas/RS evidenciou que as plantas medicinais na forma de chás são muito utilizadas, existindo, inclusive, evidências científicas de ações benéficas à saúde que corroboram com o saber popular, proveniente das gerações familiares anteriores.

Para que a inserção segura das plantas medicinais nos serviços de saúde ocorra, é essencial que os seus profissionais conheçam as plantas medicinais, de acordo com os costumes, tradições e condição sócio-econômica da população (VEIGA JUNIOR, 2008).

Municípios como Pinhal da Serra e Nova Petrópolis, na Serra gaúcha, desenvolvem iniciativas locais amparadas no saber popular e na motivação de seus gestores de saúde locais. Em Pinhal da Serra, município com cerca de 2.000 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2009) o projeto Oficinas de Fitoterápicos foi implantado em janeiro de 2010, onde foram criados grupos de trabalho com representantes de diversas entidades e localidades do município e então instituído o Programa Municipal de Plantas Medicinais. O município pretende instalar uma farmácia onde possam ser preparados e distribuídos os fitoterápicos na Unidade Básica de Saúde local, aumentando assim, a oferta de produtos na rede pública (PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAL DA SERRA, 2010).

O trabalho inicial, segundo informações da Prefeitura Municipal de Pinhal da Serra (2010), contou com a coleta de dados referentes às plantas mais utilizadas no município, e de 15 em 15 dias são realizadas as oficinas, onde são trabalhadas questões relativas ao uso correto de chás, à identificação de plantas e preparos de produtos fitoterápicos, contando com a participação ativa da comunidade.

Por sua vez, Nova Petrópolis, com população estimada de 18.600 habitantes (IBGE, 2009) mantém, desde março de 2007, o programa de Uso de Fitoterápicos

na Saúde Pública com avaliação positiva da população e da gestão municipal de saúde.

É importante ressaltar, conforme Negrelle, Tomazzoni, Ceccon e Valente (2007), que mesmo os resultados da implantação de tais programas sendo avaliados como satisfatórios, tanto para os profissionais como para os usuários do sistema público de saúde, muitas vezes o interesse por parte de gestores municipais aparece associado apenas à concepção de que esta é uma opção para suprir a falta de medicamentos, já que na maioria das vezes contabilizam-se os ganhos em custos gerados pela utilização dos fitoterápicos.

A proposta de Matos (2004) para a implantação de hortas medicinais comunitárias pode ser também uma alternativa para a inserção das plantas medicinais no cuidado à saúde das comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família, melhorando a qualidade de vida dos grupos atendidos, por meio de atividades de promoção da saúde e do maior envolvimento dos usuários através do resgate e da valorização dos conhecimentos tradicionais e populares (MORAES; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Percebe-se, em consonância com Piriz et al. (2010) que, diante do modelo de assistência atual que necessita de modificações quanto à maneira de olhar o ser humano, as plantas medicinais podem proporcionar aos seus usuários um cuidado genuinamente integral, holístico e singular.

Por possivelmente fazer parte da cultura de determinada região, o uso de plantas medicinais é um desafio para os profissionais de saúde quanto a sua identificação, aperfeiçoamento e /ou adequação desta utilização como coadjuvante à medicina oficial (ALMEIDA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

4.4 A tarefa profissional de promover saúde

Nos capítulos anteriores, destacou-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que organizado a partir de um conceito amplo de saúde, continua atuando sob o conceito de saúde como ausência de doença. De tal modo, não leva em conta fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que interferem nas condições de vida e saúde da população.

Campos e Wendhausen (2004) ratificam esta afirmativa, complementando que este modelo focaliza o atendimento individualizado, voltado a práticas curativas

e procedimentos de alto custo, de maneira vertical, excludente, com baixo impacto social.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto proposta de reestruturação do SUS a partir da atenção básica com foco na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, tem seu modelo fundamentado na Promoção da Saúde. Assim, espera-se que seu referencial verdadeiramente ofereça uma forma mais ampla de pensar e agir em saúde, reforçando as propostas do SUS de melhoria nesse quadro, por meio da intervenção nesses fatores (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Constituindo-se numa das tarefas essenciais à medicina, a promoção da saúde está elencada entre prevenção, tratamento e reabilitação, conforme Sícoti e Nascimento (2003). Cerca de trinta anos mais tarde, a expressão, trazida no Relatório Lalonde destacou a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os determinantes da saúde biológicos, ambientais e os relacionados aos estilos de vida.

A Promoção da Saúde está presente em vários documentos, como Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Declaração de Sundsvall (1991); Declaração de Jacarta (1997); Declaração do México (2000) e Declaração de Bangkok (2005) (LOPES; SARAIVA; FERNANDES; XIMENES, 2010). Sob a análise das autoras, a expressão ou o conceito ampliou-se no decorrer do tempo, contribuindo para melhorar as condições de vida e saúde da população, mediante ações compartilhadas por todos os setores da sociedade.

Os sete princípios da Promoção da Saúde são: concepção holística, intersetorialidade, equidade, ações multi-estratégicas, sustentabilidade, participação social e empoderamento (OMS,1998). Adotando-se as definições sintetizadas de Sícoti e Nascimento (2003) para cada princípio, a **concepção holística** determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual, pressupondo a compreensão ampliada de saúde referida pela Organização Mundial da Saúde; a **intersetorialidade** é entendida como articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento e à inclusão social; a **equidade** aparece atrelada a reversão das desigualdades sociais, reorientando os serviços de saúde para ampliarem o acesso com políticas que viabilizem condições

de vida favoráveis à saúde; as **ações multi-estratégicas** dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, que incluem o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação; a **sustentabilidade** remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte. A **participação social** é o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas; e o **empoderamento** é o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde.

No que tange ao papel dos profissionais neste contexto, adverte Besen et al. (2007) que obter profissionais aptos a trabalharem nesse novo modelo e repensar suas práticas dentro da visão de Promoção da Saúde não se constitui uma tarefa fácil, devido aos seus modelos de formação fragmentados.

Esta afirmação também é trazida anteriormente por Brasil (2003), quando referiu que a atual formação das Universidades continua originando um padrão de trabalho na saúde que contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a integralidade da atenção onde as ações de saúde incorporem as práticas educativas promotoras de saúde.

Esta prática não fortalece a relação entre usuário e profissional e ainda, conforme Boehs et al. (2007), restringe a liberdade individual em nome da manutenção da saúde com prescrições comportamentais enunciadas por imperativos. Desapontado, o profissional tende a culpar os sujeitos pela não-adoção das medidas corretas conforme a orientação apresentada.

O trabalho realizado na ESF desenvolve-se na comunidade, onde as pessoas mais intimamente vivem os seus desejos, seus afetos, seus conflitos, suas emoções e sentimentos. Portanto, ao adentrar este espaço, o profissional de saúde deve estar sempre atento às coisas sensíveis e especiais, se tornando mais próximo e integrado com os valores culturais de famílias e comunidades (MOROSINI; PEREIRA; FONSECA, 2007; BOEHS et al., 2007).

Para que este encontro sirva como disparador de novos conhecimentos, práticas e relações com os serviços de saúde, é necessário que exista disposição e vontade de participar, motivação e sensibilidade para as expectativas e desejos do outro, para que se construam, conjuntamente, apostas em várias e múltiplas direções que possam incluir mudanças nas estruturas, nos processos, nas relações e nas práticas de saúde (PEDROZA, 2007).

Estudo de Sousa et al. (2008) revela que uma estratégia eficaz para o direcionamento das ações em saúde é trabalhar a partir das percepções coletivas, analisando as crenças, valores e comportamento do grupo específico perante determinada situação. Da mesma maneira, o investimento na formação profissional não pode limitar-se à qualificação puramente técnica, pois precisa responder também às necessidades da sociedade (BESEN et al., 2007).

O papel do profissional não deve ser desempenhado “sobre” a população, e sim “com” a população. Não existem receitas prontas (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2007). Quando a ação se desempenha “sobre” a população, a cultura comum é substituída pela cultura científica, unicamente, e a população fica aprisionada em um modelo no qual “você não sabe, eu te domino” (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Ao abordar a utilização das plantas medicinais na atenção básica, a partir da busca pelo conhecimento das ações dos profissionais de saúde envolvidos, entende-se que sua utilização atua no sentido de promover a saúde da comunidade, ao passo em que pode gerar um pouco de cada um dos sete princípios citados anteriormente.

Eixo principal da Promoção da Saúde, o empoderamento, conforme Carvalho (2004), possibilita que indivíduos e comunidade aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para que, desta maneira, tenham melhor saúde. Contudo, o autor alerta que se deve cuidar para que, em nome da luta contra a “tirania do indivíduo” do modelo biomédico, não se corra o risco de criar uma formulação que induza à “tirania do coletivo”.

Aproximando a proposta deste estudo à concepção de Campos e Wendhausen (2007), as plantas medicinais compõem as alianças capazes de ampliar o debate em torno da opressão do modelo biomédico, pois vêm sendo

utilizadas pela população e, neste momento, será discutida sua inclusão no espaço da Unidade Básica de Saúde como terapia complementar ao modelo biomédico e favorecendo a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político.

O empoderamento contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que este promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

A incorporação do empoderamento às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde incorporem como diretriz uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços (CARVALHO, 2004).

5. Referencial Teórico

A partir do momento em que foi definido o tema do referido estudo, iniciou-se a busca por um referencial que sustentasse a discussão com profissionais de saúde sobre plantas medicinais em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Encontrou-se, para tanto, na Antropologia Interpretativa e na Antropologia da Saúde o caminho para mediar tal discussão.

A busca do conhecimento pela Antropologia Interpretativa ocorre pelo esforço de entender o outro - o diferente. Considerado o criador da antropologia interpretativa, Clifford Geertz contribui para toda e qualquer reflexão sobre os significados de práticas sociais. A proposta de Geertz visa à interpretação das experiências, para depois utilizar os relatos daquelas interpretações a fim de chegar a algumas conclusões (PROCHNOW, LEITE, ERDMANN, 2005).

Da mesma maneira como um cristal gera muitas cores de diversas tonalidades diante do reflexo solar e a revelação somente acontece a partir da aplicação do sol, Geertz (2001) pressupõe que as interpretações ganham significado quando os acontecimentos são inspecionados por determinadas pessoas em determinados contextos.

A Antropologia da Saúde, representada aqui por Arthur Kleinman e Byron Good, fornece elementos-chave para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Na busca pelo exercício do método dialógico em torno de saberes interdisciplinares, a Antropologia da Saúde propõe que a experiência do sofrimento, nos grupos humanos, não é somente biológica, mas também econômica, política, social e psicológica (HECK, 2000).

Ao estudarem a forma como os aspectos sócio-culturais influenciam a saúde, a doença e os processos de cura, esses autores destacam que em todas as sociedades humanas, as crenças, atitudes e práticas relacionadas com problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, do complexo cultural dos indivíduos e das populações.

O enfoque da Antropologia da Saúde, portanto, considera a cultura como base para a organização do processo saúde-doença, do qual o aspecto biológico é apenas um dentre outros (HECK, 2000). Desta maneira, cada indivíduo possui suas percepções individuais que correlacionam-se às de seu grupo social.

O profissional de saúde, anteriormente à sua formação, já havia pré-estabelecido seus conceitos quanto aos cuidados de saúde. A cultura brasileira aceita e incorpora, via de regra, práticas de cuidado empregando plantas medicinais. As primeiras posturas adotadas diante de acometimentos ou manifestações patológicas são tratadas e frequentemente debeladas com a utilização de chás caseiros, que independe de comprovações científicas, sob a ótica do saber popular.

A compreensão da cultura, enquanto fator que pode vir a determinar e/ou contribuir para os agravos à saúde e o processo saúde-doença é fundamental na Estratégia Saúde da Família (ESF) porque os profissionais de saúde estão inseridos nos lares. Isto proporciona uma abordagem mais eficaz, com identificação de problemas vinculados ao processo saúde-doença que muitas vezes não seriam identificados em ambientes formais de atendimento (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Profissionais de saúde e usuários visualizam a doença de maneiras distintas, ainda que partam da mesma cultura. Durante o processo de formação profissional, os alunos sofrem “endoculturação” e adquirem, gradualmente, uma nova perspectiva sobre os problemas de saúde (HELMAN, 1994). Desta maneira, a apreensão de conhecimentos durante o transcorrer da vida e a incorporação de novos conceitos ou dogmas ao longo da formação profissional despe o indivíduo desta cultura popular e o reveste da sabedoria e poder da cultura científica.

Segundo a mesma autora, os fenômenos relacionados à saúde e à doença se tornam reais após a verificação segundo condições objetivas, empíricas e controladas. Assim, quando um fenômeno não atende estas condições, ele é considerado “menos real”. Com isto, o indivíduo sujeito à formação profissional influenciada pelo modelo biomédico – que percebe o corpo e a mente como instâncias totalmente independentes e visualiza o corpo como máquina passível de reparos – passa a adotar posturas céticas sobre tudo o que provenha da natureza.

O que se passa, na realidade deste estudo, é o fato de a equipe de saúde da família não deixar-se envolver pelo paradigma científico ao ponto de engessar sua

percepção de cultura que a gerou. Assim, aceita, preserva e estimula a utilização das plantas medicinais no cuidado à saúde da comunidade que assiste. Ocorre desta maneira, aproximação entre os distintos setores de um sistema de cuidado em consonância com a alegação de Kleinman (1980), de que a família é um sistema cultural de cuidado à saúde, diferente e complementar ao sistema profissional de saúde.

Kleinman (1980) afirma que a cultura fornece modelos "de" e "para" os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Segundo o autor, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural.

O mesmo autor ainda sustenta que este sistema é composto, de modo genérico, por três partes que por vezes se sobrepõem: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*. O setor popular, em geral, o maior deles, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante. É um espaço eminentemente leigo, no qual a doença começa a ser definida e são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura. Já o setor profissional representa a organização oficial ou formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por ser mais desenvolvido, organizado e poderoso, acabou submetendo todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Pela sua grande penetração e pelo poder de que dispõe em algumas sociedades, como a brasileira, o setor profissional busca impor-se sobre os demais setores. E por fim, o setor *folk*, que abrange todas as demais práticas de saúde não oficiais, como erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura.

Comumente, os três setores atuam de forma simultânea. Helman (1994) refere-se à coexistência dos diferentes setores como pluralismo médico, em que diferentes grupos oferecem ao paciente sua maneira particular de explicar, diagnosticar e tratar as doenças. Já o que importa para o doente não é a origem desses tratamentos, mas sim o alívio do sofrimento.

Em cada um desses setores, seus representantes possuem diferentes modelos explicativos para a etiologia, os sintomas, a fisiopatologia, o curso e o tratamento das enfermidades. Cada um possui crenças, normas de conduta e expectativas específicas (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 1994).

Monticelli (2003), referindo-se também aos setores de cuidado em saúde, cita ser de suma importância compreender que os mesmos não são estanques nem compartimentados, pois interpenetram-se continuamente, mantendo relações oscilantes de aproximação e distanciamento.

Os estudos de Good (1994) vão ao encontro de Kleinman (1980), na medida em que ambos concordam que a cultura influencia a experiência e a expressão dos sintomas das doenças, tecendo uma série de críticas à racionalidade médica ocidental e propondo um modelo cultural para a prática clínica.

Good (1994) introduz a noção de redes semânticas, estruturas profundas que ligam as concepções de saúde e doença a valores culturais fundamentais de uma civilização, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento explícito cultural e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais. As redes semânticas sustentam o discurso e o comportamento profissional e popular, significando a rede de palavras, situações, sintomas e sentimentos que estão associados a uma doença e que lhe conferem sentido para a pessoa que sofre.

Criticando o modelo biomédico, Good (1994) afirma que a atividade clínica de tal modelo baseia-se no conhecimento dos significados que atuam sobre o nível biológico, seguindo um roteiro de decodificação das queixas dos indivíduos, a fim de identificar o processo patológico, somático ou psicológico em ação e posteriormente estabelecer o diagnóstico e propor uma terapêutica.

Desta forma, toda prática terapêutica deve ser eminentemente interpretativa e implicar constantemente no trabalho de tradução, de decodificação e de negociação entre os diferentes sistemas semânticos (GOOD, 1994). O autor ressalta que as declarações dos indivíduos sobre saúde e doença vivenciadas precisam ser interpretadas no seu contexto social e simbólico.

Face ao exposto, percebe-se, com base em Monticelli (2003), que o setor profissional é somente uma alternativa dentre as demais disponíveis. Desta maneira, os indivíduos optam por este ou aquele setor de acordo com suas próprias concepções sobre o que seja estar doente, entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para eles e as que não fazem.

A doença é uma experiência biológico-cultural, dependente da forma de tratamento ofertado, do setor de saúde disponível e da variação da percepção individual sobre a doença (OLIVEIRA, 2002).

Em se tratando da percepção da doença, Kleinman (1980) estabelece a diferença entre *illness* e *disease*, termos que embora na língua portuguesa detenham significados análogos, possuem diferenças essenciais na língua inglesa. Young (1982) reinterpreta Kleinman (1980) e acrescenta o conceito de mal-estar social ou *sickness*.

Assim, equivale a *illness* a forma como os indivíduos entendem, categorizam, qualificam e experienciam os sintomas, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos especiais em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente.

Já *disease* refere-se à forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. É, portanto, uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico, as anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas.

De acordo com Young (1982), *sickness* é o processo pelo qual determinados comportamentos e sinais biológicos adquirem significados reconhecidos socialmente, transformados em sintomas e consequências socialmente significativas. Associados à doença (*sickness*) estão os fatores macrosociais, como economia e política.

A saúde ou normalidade, conforme Helman (1994), é definida pelo profissional de saúde através da obediência a parâmetros numéricos. Todo valor superior ou inferior aos parâmetros é anormal e indica presença de doença (*disease*). Portanto, a doença (*disease*) é universal em forma, desenvolvimento e conteúdo e possui identidade recorrente, e seja qual for a cultura ou sociedade em que apareça, sua causa, quadro clínico e tratamento serão sempre os mesmos.

Conforme Oliveira (2002), seria atribuição do profissional de saúde decodificar *illness* em *disease*, ou seja, a subjetividade do usuário na objetividade do diagnóstico da doença. Estas duas visões de mundo são intermediadas pela comunicação e o sucesso da intervenção dependerá da negociação – ainda que temporária – entre as partes envolvidas, considerando as construções culturais tanto de um lado quanto de outro.

Em uma perspectiva mais ampla, Monticelli (2003) refere que os profissionais de saúde precisam vislumbrar as diferentes redes terapêuticas, seus cenários e situações de saúde-doença, para que percebam que de fato existem e fazem sentido para a ciência ao contribuir para ajudar a pensar e a fazer o cuidado.

Quanto à perspectiva do paciente, Helman (1994) aponta que a doença (*disease*) é o que o órgão tem; a doença (*illness*) é o que o homem tem. Assim, uma mesma doença (*disease*) pode ser interpretada de maneiras completamente diferentes por dois pacientes provenientes de culturas e contextos distintos. Serão estas diferenças que irão influenciar seu comportamento subsequente e os tipos de tratamento procurados por eles.

Assim, os padrões de saúde e doença variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconômica e da cultura de quem os concebe: se um médico, um doente ou um agente de cura (KLEINMAN, 1980).

Além de investigar a doença (*disease*) cabe ao profissional de saúde interpretar tudo o que cerca o paciente, além dos dados fisiológicos. Deve estimular que o paciente traga seu próprio modelo explicativo, a fim de que a explicação seja contextualizada; deve estar atento para problemas de terminologia no caso de doenças (*illness*) de determinadas culturas. O tratamento deve envolver as várias dimensões da doença (*illness*) – emocionais, sociais, comportamentais e religiosas – de maneira que faça sentido para o paciente, sua família, sua comunidade e para a sociedade em que vive (HELMAN, 1994).

Para assumir estes conceitos como paradigmas apropriados para pensar e agir profissionalmente, é necessário incorporar o conceito de cultura à prática em saúde, reconhecendo que existem variadas alternativas de assistência, bem como

itinerários terapêuticos e imensa lacuna entre *disease* e *illness* (MONTICELLI, 2003).

6. Metodologia

6.1 Caracterização do estudo

Este projeto está vinculado à pesquisa *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul*³, desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Embrapa Clima Temperado, e terá abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória (MINAYO, 2008), influenciado pelo referencial etnográfico. Os dados serão obtidos por meio de questionários semi-estruturados (MINAYO, 2008), técnica de grupo focal (IERVOLINO; PELICIONI, 200; RESSEL et al., 2008;) e observação participante (SCHWARTZ; ELSSEN, 2003).

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas e suas ações.

O referencial etnográfico, por sua vez, relaciona-se com a descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Seu processo inclui observar, descrever densamente, documentar e analisar estilos de vida ou padrões culturais a fim de compreendê-los (MONTICELLI, 2003).

6.2 Local de estudo

O estudo será desenvolvido junto a uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada na zona rural do município de Pelotas/RS.

A escolha deste local esteve relacionada ao fato dos usuários serem agricultores que têm como referência a Equipe de Saúde da Família deste serviço

³ A pesquisa citada conta com financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) sob protocolo de número 571199/2008-9. Plantas bioativas são definidas como aquelas capazes de gerar compostos ou substâncias que interferem ou alteram o funcionamento orgânico de pessoas, animais ou outros vegetais. São enquadradas como bioativas as chamadas plantas medicinais, aromáticas e condimentares, bem como as plantas tóxicas e aquelas utilizadas para a formulação de insumos para a agricultura de base ecológica e para a indústria (CEOLIN, 2009).

de saúde e terem participado como informantes da pesquisa supracitada. Além disso, será considerado o interesse dos profissionais em tratar do tema, já que desenvolveram experiências em relação às plantas medicinais em consonância com algumas instituições oficiais.

O município de Pelotas localiza-se no sul do Brasil, às margens do Canal São Gonçalo. Possuindo área de 1.921.80 km², limita-se ao norte com os municípios de São Lourenço do Sul e Turuçu; ao sul com os municípios de Capão do Leão e Rio Grande; a leste com a Lagoa dos Patos e ao oeste com os municípios de Canguçu e Morro Redondo. Sua população é composta por 323.034 habitantes, sendo 153.180 homens e 169.854 mulheres. 300.952 habitantes residem na zona urbana e 22.082 residem na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2010).

A zona rural do município de Pelotas é composta por nove distritos, e este estudo abordará os profissionais de saúde de uma USF em um destes distritos, a qual é referência para cerca de 600 famílias de agricultores.

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde se realizará este estudo assiste a população em geral pelo regime de demanda espontânea desde o ano de 2005. Conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a equipe profissional é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois cirurgiões dentistas e um assistente social (DATASUS, 2010).

6.3 Sujeitos de estudo

Os sujeitos do estudo serão todos os profissionais de saúde da USF escolhida para o estudo, que serão identificados por nomes de plantas medicinais escolhidos por eles mesmos, a fim de preservar o anonimato de suas verdadeiras identidades.

6.4 Critérios de seleção dos sujeitos

Os sujeitos serão selecionados respeitando os seguintes critérios:

Possuir interesse em tratar da temática do estudo;

Exercer atividade profissional em saúde na USF escolhida para a realização do estudo há, no mínimo seis meses;

Possuir total concordância sobre a sua participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

Anuir com a gravação dos dados coletados;

Concordar com a apresentação e divulgação dos resultados nos meios acadêmicos e científicos.

6.5 Princípios éticos

Nesse estudo serão respeitados os artigos 89 a 91 (das responsabilidades e deveres)⁴, 94 e 98 (das proibições)⁵ constantes no Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica (COFEN, 2007), bem como a Resolução nº 196/96⁶ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, sobretudo o referido em seu capítulo IX alínea e⁷ (BRASIL, 1996b). Os sujeitos da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa à qual está vinculado este projeto de dissertação obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob número 072/07 (ANEXO A), para coletar dados a partir de agricultores de base ecológica. Considerando que o objeto de estudo deste projeto de dissertação sejam os profissionais de saúde da Atenção Básica, será solicitado o consentimento da coordenadora da referida pesquisa (ANEXO B) e a apreciação por

⁴ Art. 89: Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90: Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91: Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

⁵ Art. 94: Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98: Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem autorização.

⁶ A Resolução nº 196/96 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996b).

⁷ O capítulo IX da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em sua alínea E refere que o pesquisador deve manter em arquivo sob sua guarda, por cinco anos, os dados da pesquisa contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996b).

parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (APÊNDICE B).

6.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados, a ocorrer durante o ano de 2011, será dividida em três momentos complementares: questionário semi-estruturado, grupo focal e observação participante.

Será realizado contato pessoal com os profissionais de saúde da USF pela autora, a fim de explanar os objetivos do estudo e convidá-los a participarem do mesmo. Sob combinação, ocorrerão a apresentação e esclarecimento acerca do estudo. Será solicitada autorização formal a instituição co-participante por meio de uma Carta de Anuência (APÊNDICE A).

Este projeto de dissertação será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para apreciação. Em posse do parecer favorável, serão consultados os profissionais de saúde, em espaço cedido pela equipe, dentro da USF, em turno e data previamente acordados e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias.

Para a coleta dos dados, primeiramente será utilizado um questionário semi-estruturado baseado em Minayo (2008), ao qual os profissionais responderão sobre identificação, formação, atuação e utilização de plantas medicinais (APÊNDICE D). Minayo (2004) considera que o questionário semi-estruturado combina perguntas fechadas e abertas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Os questionários serão distribuídos aos profissionais no mesmo momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e devolvidos a autora deste projeto, preenchidos, ao final do primeiro encontro.

Dados também serão coletados utilizando a técnica de Grupo Focal a partir de um guia de temas (APÊNDICE E) com base em Dall'Agnol e Trench (1999). Conforme as autoras, grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais nas quais os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. Ressel et al.(2008) complementam Dall'Agnol e Trench (1999), citando que a técnica permite a interação grupal, favorece as trocas, descobertas e

participações comprometidas, facilita a formação de idéias novas e originais e oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista.

Serão realizados, no mínimo, dois grupos focais com duração entre uma hora e meia e duas horas, com a participação de seis a quinze sujeitos, conforme orientação de Dall'Agnol e Trench (1999) e Ressel et al. (2008). Esses participantes apresentarão, pelo menos, um ponto de semelhança. Assim, será considerado o critério de compartilhamento do local de trabalho.

Haverá preparação do local de realização dos grupos focais, de maneira a assegurar a privacidade, o conforto, o fácil acesso e o ambiente de neutralidade (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O primeiro grupo focal ocorrerá mediante combinação prévia entre a pesquisadora e os sujeitos. Os encontros subsequentes ocorrerão mediante agendamento e confirmação por via telefônica.

Todos os grupos focais contarão com a participação, além dos sujeitos do estudo, de um moderador, um relator e um observador. Estes papéis serão atribuídos a pesquisadora e dois integrantes da pesquisa Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul, respectivamente.

O moderador se apresentará e apresentará os outros membros da equipe (relator e observador) aos sujeitos, falando sobre os objetivos do estudo e do grupo focal de forma honesta, rápida e genérica (IERVOLINO; PELICIONI, 2001), declarando não buscar consenso na discussão e que divergências seriam bem vindas. Serão distribuídos adesivos em branco, nos quais cada participante escreverá seu codinome e fixará em local visível de seu corpo durante a realização dos encontros.

O início de cada sessão será precedido da exposição do resumo do encontro anterior, como forma de validar os dados. E, ao final de cada encontro, de acordo com Dall'Agnol e Trench (1999) e Ressel et al. (2008), será elaborada uma síntese dos depoimentos e oportunizado espaço para que cada participante esclareça, acrescente ou modifique alguma idéia referida na discussão, bem como expressar como ele se sentiu.

Concomitantemente aos grupos focais, ocorrerá a observação participante da interação entre profissional de saúde e usuário (APÊNDICE F), registrada em diário de campo (APÊNDICE G).

A observação participante consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo, onde ele se incorpora e confunde-se ao grupo. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O modelo de observação, participação e reflexão proposto por Madeleine Leininger e citado por Schwartz e Elsen (2003) guiará o exercício da observação participante. Dividido em três fases, o modelo observa e participa de forma crescente. Na primeira fase, a pesquisadora entrará no campo de estudo e terá como tarefas principais observar, ouvir e registrar. O início da interação da pesquisadora com os profissionais e os usuários marcará o início da segunda fase. A terceira fase se caracterizará pela participação ativa da pesquisadora no contexto, e a observação tenderá a diminuir. Passadas as três fases e de posse de boa parte dos dados, será intensificada a reflexão sobre os mesmos, para analisar, discutir e confirmar os dados com os envolvidos, conforme proposto por Schwartz e Elsen (2003).

A observação ocorrerá, então, durante ações desenvolvidas com grupos educativos, consultas individuais, visitas domiciliares, encontros casuais e atividades eventuais de educação em saúde.

6.7 Análise dos dados

Dentre as possibilidades para análise de dados de uma pesquisa qualitativa, Minayo (2002) traz a análise hermenêutico-dialética. Segundo a autora, a fala dos atores sociais é situada no contexto onde é construída para melhor ser compreendida.

A análise hermenêutico-dialética se propõe como um caminho do pensamento, no qual se preserva da hermenêutica a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e investe na possibilidade que a dialética forneça a compreensão de tais discursos em face das contradições e da totalidade da práxis social (MINAYO, 2002).

Para um melhor entendimento desse processo, apresenta-se logo a seguir uma síntese do método hermenêutico-dialético segundo Minayo (2002), o qual compreende dois níveis de interpretação:

O primeiro refere-se às determinações fundamentais, que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise.

O outro nível é o encontro com os fatos empíricos, o qual baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica. Ponto de partida e ponto de chegada da análise, segundo a autora, considera as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais.

A fim de operacionalizar a análise hermenêutico-dialética, Minayo (2008) apresenta os passos a seguir: ordenação dos dados (mapeamento de todos os dados obtidos em campo, como a transcrição dos dados gravados, releitura do material, organização dos relatos e dos dados observados); classificação dos dados (leitura exaustiva dos textos produzidos, em busca da formulação de categorias específicas que demonstrem o conjunto de informações presentes na comunicação); e análise final (busca por articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo aos seus objetivos).

Assim, a análise hermenêutico-dialética se operacionalizará pelo constante movimento pendular entre interioridade e exterioridade, teoria e práxis, dado e mundo, indivíduo e sociedade (MINAYO, 2002).

7. Cronograma

Na tabela 1 está a descrição do planejamento das ações durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Tabela 1 - Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Atividade	2010		2011	
	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema		X		
Encontros com orientador		X	X	X
Elaboração do projeto		X		
Qualificação do projeto			X	
Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa			X	
Coleta de dados			X	
Análise dos dados			X	X
Apresentação da dissertação/artigo				X

8. Recursos do projeto

Material	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Papel A4 (pacote de 500 folhas)	04	15,00	60,00
Caneta	05	2,00	10,00
Lápis	05	1,00	5,00
Borracha	02	2,50	5,00
Adesivos brancos	03	2,00	6,00
autocolantes (cartela com 10)			
Cartucho p/ Impressora	05	50,00	250,00
Câmera Fotográfica Digital	01	400,00	400,00
Encadernação	15	10,00	150,00
Despesas com deslocamento	120	10,00	1.200,00
Gravador de voz	01	200,00	200,00
Revisão de português	03	20,00	60,00
Revisão do resumo em inglês	03	20,00	60,00
Revisão do resumo em espanhol	03	20,00	60,00
Total de despesas			2.466,00

Figura 1 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto

Obs.: Todas as despesas serão custeadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

- ALMEIDA, A. R.; SILVA, J. C.; GUIMARÃES, A. M. D. N. Cultura, tradição e terapias populares: um desafio para profissionais em saúde. **Revista da Fapese**, v.4, n. 2, p. 53-62, jul./dez. 2008.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. de A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-9, abr./jun., 2007.
- ARAÚJO, M. A. M. de. Bactrins e quebra-pedras. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7, p.103-10, 2000.
- BACKES, M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar., 2009.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 25-51.
- _____. Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 121-159.
- BESIN, C. B.; NETTO, M. de S.; DA ROS, M. A.; SILVA, F. W. da; SILVA, C. G. da; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr., 2007.
- BITTENCOURT, S. C.; CAPONI, S.; FALKENBERG, M. B. O uso das plantas medicinais sob prescrição médica: pontos de diálogo e controvérsias com o uso popular. **Revista Brasileira de Farmacognosia** [online], v.12, supl.1, p. 89-91, 2002.
- BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. de M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr./jun., 2007.
- BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.
- _____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1996.

_____. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 48**, de 16 de março de 2004. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 mar. 2004

_____. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 2982**, de 26 de novembro de 2009. Disponível em <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 27 mar 2010.

BUDÓ, M. de L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. 201f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BUDÓ, M. de L. D. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. Ed. Maringá: Eduem, 2004, p.65-78.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, jan./abr., 2004.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, abr./jun., 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Univeristária, 2006.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 25.ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1088-1095, jul./ago., 2004.

CARVALHO, A. C. B.; NUNES, D. de S. G.; BARATELLI, T. de G.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; NETTO, E. M. Aspectos da legislação no controle dos medicamentos fitoterápicos. **T & C Amazônia**, ano V, n. 11, p. 26-32, jun. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out., 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) [homepage na Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>
Acesso em: 05 nov. 2010.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 69-107.

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 800-4, nov./dez., 2006.

CUNHA, A. P. Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes activos e fitoterapia. Disponível em:
<http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

DALL’AGNOL, C. M. ; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabrs.def>>. Acesso em: 12 out 2010.

DI STASI, L. C. **Plantas Medicinais: verdades e mentiras: o que os usuários e os profissionais em saúde precisam saber**. São Paulo: UNESP, 2007.

DORIGONI, P.A.; GHEDINI, P.C.; FRÓES, L.F.; BAPTISTA, K.C.; ETHUR, A.B.M.; BALDISSEROTTO, B.; BURGUER, M.E.; ALMEIDA, C.E.; LOPES, A.M.V.; ZÁCHIA, R.A. Levantamento de dados sobre plantas medicinais de uso popular no município de São João do Polêsine, RS. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 4, n. 1, p. 69-80, 2001.

ESCAVASSA, A.J; BACHILLI, R.G. **A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica**. 2003. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.

FERNANDES, T. M. **Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FRANÇA, A. C. M. de; SILVA, A. C. A.; SILVEIRA, P. R.; PITA-BARBOSA, A.; BARBOSA, R. C.; BRUM, C. de A. Avaliação do conhecimento sobre as plantas medicinais entre os estudantes do Unileste, MG. **Revista Brasileira de Biociências**, Porto Alegre, v. 5, supl. 1, p. 399-401, jul. 2007.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

_____. **A interpretação das culturas**. 1.ed. 13 reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. 3 reimp. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, R. P.; ANTUNES, H. M.; TEIXEIRA, J. B. P.; CARDOSO, L. O.; BARBOSA, P. R. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. **Revista de APS** (Impresso), v. 11, n. 4, p. 398-405, out./dez. 2008.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. 1.ed. Cambridge University Press, 1994.

HECK, R. M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000, 297p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERRERA, E. M.; POSADA, M. L. A. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. **Avances em Enfermeria**, v. 27, n. 1, p. 112-123, jan./jun., 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sobre Pinhal da Serra. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 out 2010.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.

_____; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Focus – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry**, v. 4, n. 1, 2006.

KÜLKAMP, I. C.; BURIN, G. D.; SOUZA, M. H. M.; SILVA, P. da; PIOVESAN, A. P. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 229-235, 2007.

LANGDON, E. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Disponível em <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

LEININGER, M. **Culture care, diversity and universality**: theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEITE, S. N.; SCHOR, N. Fitoterapia no serviço de saúde: significados para clientes e profissionais em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 69, p. 78-85, jan./abr., 2005.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set., 2010.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil**: nativas e exóticas. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2008.

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

MADIA, F. R.; RODRIGUES, V. Conhecimento popular de plantas medicinais no bairro Aparecidinha na cidade de Sorocaba/SP. **Revista Eletrônica de Biologia**, v. 2, n. 3, p. 1-18, 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas**: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4.ed. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.

_____. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social, próprio. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2002, p. 83-107.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre profissionais de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 476f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MORAES, S. G.; QUEIROZ, A. A.; SOUZA, A. S. Implantação de hortas medicinais nas unidades de saúde visando melhoria da qualidade de vida das comunidades. In: V Simpósio Iberoamericano de Plantas Medicinais, 2010, Itajaí/SC. **Anais do V Simpósio Iberoamericano de Plantas Medicinais**: UNIVALI, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M. (Orgs.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 13-35.

NEGRELLE, R.R.B.; TOMAZZONI, M.I.; CECCON, M.F.; VALENTE, T.P. Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná). **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.9, n.3, p.6-22, 2007.

OGAVA, S. E. N.; PINTO, M. T. C.; KIKUCHI, T.; MENEGUETI, V. A. F.; MARTINS, D. B. C.; COELHO, S. A. D.; MARQUES, M. J. N. J.; VIRMOND, J. C. S.; MONTESCHIO, P.; D'AQUINO, M.; MARQUES, L. C. Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 13, supl., p. 58-62, 2003.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p.63-74, fev., 2002.

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

OLIVEIRA, M. F. S. de. Fitoterapia e biodiversidade no Brasil: saúde, cultura e sustentabilidade. **Revista Electrónica Ideas Ambientales**, p. 110-119. Disponível

em

<http://www.manizales.unal.edu.co/modules/uncontextos/admin/archivos/4050057/ia_edicion2.pdf#page=110>. Acesso em: 17 abr. 2011.

Organização Mundial da Saúde. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em

<<http://www.infosihat.gov.my/artikleHP/bahanrujukan/HEandPenilaian/HP%20Evaluation.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

_____. **Orientações sobre a vigilância da segurança dos medicamentos fitoterápicos em sistemas de farmacovigilância**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

Organização Panamericana de Saúde. **O Trabalho da Equipe de Saúde da Família**. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2010.

PALMEIRA, G. Feitos do Ministério da Saúde, muitos deles, ação conjunta de estados e municípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **(Re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 19-22.

PEDROZA, J. I. S. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: MARTINS, C. M. (Orgs). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 71-101.

PINHEIRO, R.; SILVA, R. V. B. da; STELET, B. P.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.75-90.

PIRIZ, M. A.; MESQUITA, M. K.; VARGAS, N. R. C.; CAVADA, C. T.; HECK, R. M. A promoção da saúde através da utilização de plantas medicinais por uma comunidade rural de Pelotas. In: XIX Congresso de Iniciação Científica UFPel, 2010, Pelotas/RS. **Anais do XIX CIC UFPel**: UFPEL, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Dados Físicos e Econômicos**. Disponível em <http://www.pelotas.com.br/cidade_dados/pelotas_dados.htm>. Acesso em: 29 nov. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAL DA SERRA. Sobre o projeto Oficinas de Fitoterápicos. Disponível em: <<http://www.pinhaldaserra.net/noticia.php?noticia=172>>. Acesso em: 23 nov. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Programa de Plantas Medicinais e Fitoterapia. Folder, 2010.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado visualizando a prática social do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 583-90, jul./ago., 2005.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M. da; SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez., 2008.

RICARDO, L. M. **Uso de plantas medicinais: o Sistema Único de Saúde e a autonomia dos saberes comuns**. 2009. 72 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Ordinária nº 12.560**, de 12 de julho de 2006. Institui a Política Intersetorial de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Disponível em <<http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100017.asp?txtNumDocs=10>>. Acesso em: 24 abr. 2011.

RITTER, M. R.; SOBIERAJSKI, G. R.; SCHENKEL, E. P.; MENTZ, L. A. Plantas usadas como medicinais no município de Ipê, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v 12, n. 2, p. 51-62, jul./dez., 2002.

ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHWARTZ, E.; ELSEN, I. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 19-27, jan./abr., 2003.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SERPELONI, J. M.; VILEGAS, W.; VARANDA, E. A.; CÓLUS, I. M. S. Avaliação *in vivo* da anticlastogenicidade de extratos de plantas medicinais do gênero *Miconia* através do teste do micronúcleo. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 47-56, jan./jun., 2008.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set., 1993.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, M. I. G.; GONDIN, A. P. S.; NUNES, I. F.; SOUZA, F. C. F. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.16, n. 4, p. 455-462, out./dez., 2006.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-43.

SOUSA, H.M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem Saúde da Família**, Brasília, v.53, n. esp., p. 7-16, dez., 2000.

SOUSA, L. B. de; AQUINO, P. de S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-12, jan./mar., 2008.

SOUZA, G. C.; HAAS, A. P. S.; VON POSER, G. L.; ELISABETSKI, E. Farmácias caseiras comunitárias no município de Maquiné (RS): uma avaliação etnofarmacológica. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 6, n. 2, p. 83-91, 2004.

SOUZA, E. F. A. A. de.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun., p.393-405, 2009.

VANINI, M. **Uso de plantas medicinais em um território quilombola do município de Mostardas – Rio Grande do Sul**. 2009. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

VEIGA JUNIOR, V. F. da. Estudo do consumo de plantas medicinais na região centro-norte do estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, abr./jun., 2008.

VENDRUSCOLO, G. S.; RATES, S. M. K.; MENTZ, L. A. Dados químicos e farmacológicos sobre as plantas utilizadas como medicinais pela comunidade do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 15, n. 4, out./dez., 2005.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. **Ann. Rev. Antropol.**, v 11, p.:257-285, 1982.

9 Relatório do trabalho de campo

Este relatório refere-se ao estudo que foi elaborado como dissertação do Mestrado em Ciências desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Ciências (PPGEn-UFPel) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Este estudo está vinculado à pesquisa *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul*. Em 2009, foi realizado um breve levantamento das plantas medicinais utilizadas com grupos de hipertensos e diabéticos vinculados a Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona rural de Pelotas/RS onde se desenvolveu o presente estudo.

Os frequentadores dos grupos verbalizaram fazer uso de plantas medicinais no cuidado da saúde individual e da sua família. Também foram produzidas exsiccatas⁸ que foram acomodadas em um álbum conforme o nome popular e a indicação. O acesso aos informantes foi facilitado pelo enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde.

Foram citadas 60 plantas medicinais, que os hipertensos e diabéticos utilizam para amenizar sintomas e doenças comuns na prática da Atenção Básica, como aquelas relacionadas aos aparelhos digestório, respiratório, endócrino e geniturinário, doenças parasitárias e infecciosas e doenças do sistema nervoso.

Delineado pelo enfermeiro da UBS conjuntamente com a subprefeitura do distrito, a Secretaria de Desenvolvimento Rural, a Empresa de Assistência Técnica de Extensão Rural (EMATER-RS), a Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias (EMBRAPA) e a Universidade Federal de Pelotas, o objetivo da pesquisa era conhecer as plantas medicinais utilizadas pela comunidade do distrito.

Posteriormente, a comunidade seria integrada na construção de uma horta comunitária com 40m² onde seriam cultivadas e fornecidas plantas medicinais para o

⁸ Exsiccatas são partes vegetais retiradas da planta, prensadas e secas, contendo estruturas vegetativas e reprodutivas (flores e/ou frutos) acompanhadas de etiquetas contendo informações sobre a planta, o local e a data da coleta (ALBUQUERQUE; LUCENA; CUNHA, 2010).

uso complementar no tratamento de várias patologias e ampliaria a promoção da saúde.

Parte do projeto já foi executada com a delimitação do espaço físico e a edificação de uma cerca para evitar a entrada de animais, conforme mostra a Figura 2. No momento da coleta de dados para o presente estudo, estava em discussão quais as plantas medicinais que seriam cultivadas.



Figura 2 – Espaço destinado à construção de horta medicinal junto a UBS. Fonte: coleta de dados, 2011.

O interesse dos profissionais do serviço daquela UBS em conhecer sobre as plantas medicinais, a fim de trazer esta possibilidade para o cotidiano de trabalho foi um estímulo que nos levou a realizar o presente estudo, com enfoque nos profissionais de saúde.

Percebe-se, diante do exposto, a preocupação dos profissionais de saúde da UBS e a disponibilidade da subprefeitura na valorização de um cuidado à saúde da comunidade.

Enquanto o projeto que subsidiou a construção deste estudo tramitava no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem (FEn), foi iniciado em março de 2011 um contato com os profissionais de saúde para auxiliar a entrada no campo de pesquisa. Após a aprovação do Comitê de Ética (ANEXO C) a entrada no campo de pesquisa ocorreu em maio do mesmo ano.

Durante todo o período de aproximação, entrada, imersão e saída do campo de estudo, optou-se por realizar o deslocamento até a zona rural através do transporte coletivo (ônibus) juntamente com os profissionais de saúde e outros

trabalhadores da UBS. Assim, pode-se conhecer o contexto de vida das pessoas envolvidas direta ou indiretamente na assistência à saúde da comunidade rural estudada em 2009, construindo e fortalecendo os vínculos entre os informantes e a pesquisadora. O trajeto entre a zona urbana de Pelotas e a zona rural pode ser percorrido em aproximadamente 40 minutos.

De maio até junho, a pesquisadora observou e participou do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde durante dois dias da semana. A partir de junho até julho, a pesquisadora esteve na Unidade também em outros dias da semana.

Distante cerca de 30 quilômetros do centro de Pelotas/RS, o acesso ao distrito no qual se realizou o estudo é realizado pela rodovia RST-737, conhecida como Federeca. A estrada, atualmente, vem recebendo asfalto e reparos por meio de grandes máquinas que já ocasionaram, além de melhoramentos para a comunidade, acidentes de trânsito que culminaram na morte de um jovem morador da localidade e em ferimentos no médico da UBS.

Na Figura 3 está representado o mapa da sede e os distritos de Pelotas/RS.

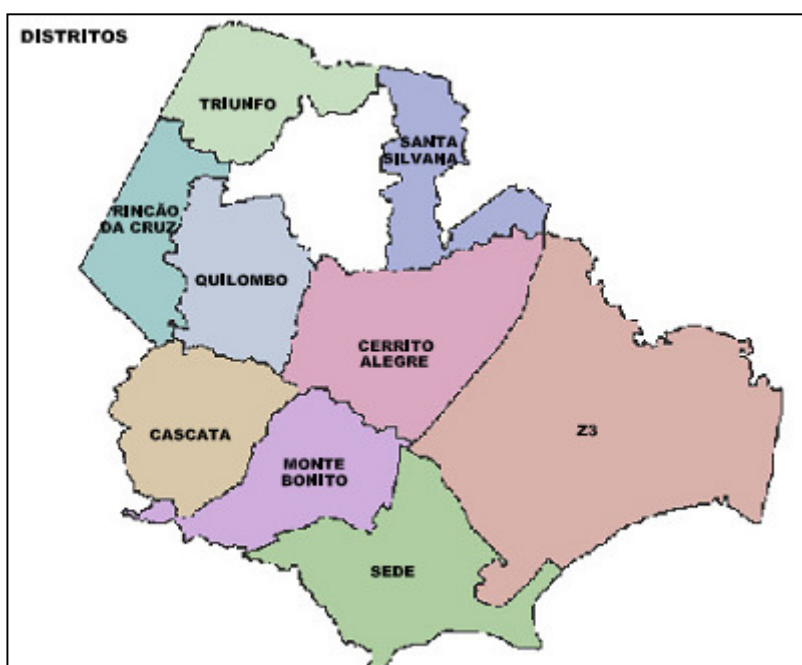


Figura 3 – Localização da sede e dos distritos rurais do município de Pelotas/RS. Fonte: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2011.

Foi delineado um pequeno recorte que menciona a formação, o modo de vida da comunidade do distrito no qual se realizou o presente estudo e suas perspectivas de cuidado.

A população do distrito é composta aproximadamente por 600 famílias, cuja origem é predominantemente pomerana. De acordo com a própria comunidade, a chegada das primeiras famílias na zona rural de Pelotas/RS ocorreu por volta de 1858.

Distantes dos conflitos existentes em seu lugar de origem, as famílias receberam lotes de terra, alimentos e ferramentas que garantiram sua subsistência. Atualmente, a produção do distrito é diversificada, mesclando agricultura (tabaco, milho, hortigranjeiros) e pecuária leiteira.

Percebe-se que os laços de parentesco e as relações familiares são sólidas e mantêm-se ao longo das gerações. É comum encontrar várias gerações familiares co-habitando ou residindo em proximidade.

No decorrer de visitas domiciliares, observou-se que os usuários da Unidade Básica de Saúde têm predominantemente idade acima dos 60 anos e frequentemente residem com seus filhos e netos. Costumam acordar cedo para realizar tarefas domésticas, trabalhar na agricultura familiar e tratar dos animais.

Entre os adultos, a língua portuguesa é fortemente influenciada pela língua alemã. Conforme alguns moradores do distrito, a língua alemã e o dialeto pomerano permanecem presentes em celebrações religiosas luterano-protestantes, no interior do distrito.

O ambiente externo das casas possui árvores, plantas ornamentais e medicinais. O ambiente interno é marcado pela limpeza, organização e valorização da família em fotos e quadros espalhados pelos cômodos.

Influenciados por questões como a cultura, a língua e a religião, concorda-se com Budó (2000) quando esta se refere aos cuidados de saúde empregados no meio rural, ao ressaltar que as pessoas que vivem em áreas rurais possuem um modelo cultural de cuidado em saúde resultante da história de vida e da visão de mundo, que as orienta e auxilia em todos os momentos do processo de viver e que envolve todos os integrantes da comunidade no autocuidar, cuidar e ser cuidado.

Na busca de assistência à saúde (após perceber sinais corporais capazes de impedir o trabalho cotidiano os quais não foram debelados com cuidados no meio familiar), a família rural insere-se no sistema profissional de saúde. Contudo, nem sempre esta inserção propicia interação efetiva entre o profissional e as pessoas devido ao distanciamento entre aquilo que as pessoas concebem como saúde e doença e o universo sócio-cultural e técnico-científico dos profissionais de saúde.

No modelo proposto por Budó (2000), o cuidado começa na família nuclear, se amplia na família expandida e é complementado pela rede social com vizinhos e amigos, podendo chegar ao sistema oficial de saúde.

O cuidado está implícito no cotidiano familiar (afazeres domésticos, convívio com as pessoas, trabalho, descanso, lazer, passeio, escola) permeando a integralidade e não vinculado unicamente com doença/doente.

Integrar os conhecimentos oriundos do saber popular aos do saber profissional é o grande desafio da enfermagem atual. Isto não significa que o saber profissional vai absorver tudo que vem do saber popular, mas criar uma ponte de integração e entendimento, através da qual se busca conhecer o que se passa na vida cotidiana das pessoas cuidadas, resgatando e respeitando um saber que teve uma trajetória histórica.

Voltando ao foco dos profissionais de saúde, foi observado que todos aqueles que residem na zona urbana de Pelotas deslocam-se diariamente até a zona rural, com exceção do médico e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) residentes no distrito. Dentre os demais trabalhadores da UBS, uma das auxiliares de serviços gerais também reside na zona rural.

Segundo um dos profissionais de saúde, a história de atenção à saúde do local do estudo iniciou-se na década de 60 com atendimentos médicos que aconteciam na casa de uma auxiliar de enfermagem. Diariamente cedia o espaço para os atendimentos por ordem de chegada dos usuários, conforme sua necessidade, sendo esta rotina seguida até meados da década de 80.

Na segunda metade da década de 80, a prefeitura municipal de Pelotas viabilizou a construção de uma casa de madeira para sediar o atendimento médico voltado ao modelo curativo. Nela, alguns dos profissionais e outros trabalhadores já desempenhavam as funções que atualmente executam, como o médico, uma das

dentistas e uma das auxiliares de serviços gerais. Este espaço foi a única opção de atenção à saúde até o início da construção da atual Unidade Básica de Saúde, no ano de 2003.

Durante o período de construção da atual Unidade, a população foi atendida em salas de aula de uma escola atualmente desativada, situada próxima ao local onde hoje está a UBS do estudo. A partir de 2005, todo atendimento realizado segue os preceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e abrange cerca de 600 famílias em 5 micro-áreas, através de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A estrutura física interna da UBS é composta por uma recepção, uma sala de espera, uma sala de reuniões, uma sala para assistência social, um consultório odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de vacinas e puericultura, uma cozinha, um expurgo e dois banheiros, sendo um de uso exclusivo da equipe de profissionais/ trabalhadores. Evidencia-se que esta estrutura física mantém traços de segregação profissional que destoam da necessária atuação multiprofissional e interdisciplinar.

A equipe profissional é composta por um médico de família, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas cirurgiãs dentistas e uma assistente social. Complementam a equipe de trabalhadores dois agentes administrativos ou recepcionistas e duas auxiliares de serviços gerais.

Ao longo do período de realização do estudo, houve processo seletivo para a contratação de ACS para a rede básica de saúde do município de Pelotas. Os quatro ACS que já atuavam na comunidade participaram do processo e obtiveram aprovação. Além disso, outro ACS foi aprovado e nomeado no mês de maio, e teve como referência o conjunto de famílias de uma das micro-áreas que estava sem profissional de referência.

No mesmo terreno da UBS existe uma grande área externa na qual são cultivadas árvores frutíferas, plantas ornamentais e medicinais. Há, também, espaço com bancos e churrasqueira onde frequentemente ocorrem as comemorações da equipe, como o encerramento do estágio final de um acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a aprovação dos ACS em concurso público e o

retorno do médico ao trabalho após afastamento para tratamento de saúde em decorrência de trauma causado em acidente de trânsito.

A subprefeitura do distrito está localizada ao lado da UBS. A relação entre a equipe de saúde e a gestão do distrito é amistosa, ocorrendo em parceria.

A organização do trabalho da equipe de profissionais de saúde, semanalmente, é retratada na Figura 4. Todos os atendimentos seguem à mesma dinâmica, sendo distribuídas fichas por ordem de chegada. Não há agendamento; casos de urgência são atendidos preferencialmente, bem como atenção à gestante, aos idosos e às crianças. Muitos usuários telefonam para a UBS em busca de informações sobre o tempo de espera para consulta. O horário de funcionamento da UBS é das 07h30min às 15h30min, sem intervalo ao meio-dia.

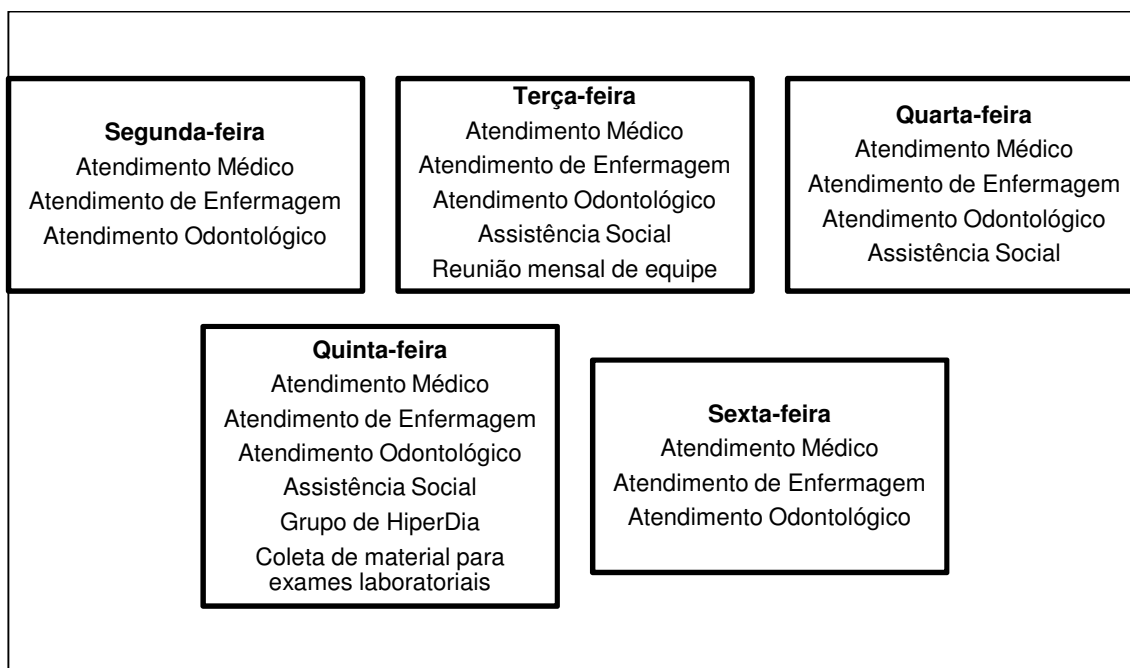


Figura 4 – Esquema de uma semana típica do processo de trabalho da equipe de saúde da UBS do estudo.

Diariamente são disponibilizadas fichas conforme a demanda espontânea da comunidade para atendimento com o médico. Os atendimentos com o enfermeiro, como coleta de amostra para exame citopatológico de colo uterino (CP), avaliação de enfermagem, atendimento pré-natal de baixo risco ou curativos extensos, ou com a assistente social para encaminhamento de aposentadoria ou adesão aos programas de distribuição de renda do governo federal ocorrem sem a necessidade

de ficha, sendo necessária apenas a informação do número do prontuário do usuário aos agentes administrativos. Pequenos curativos, retirada de pontos cirúrgicos, vacinação e puericultura são executados pela auxiliar de enfermagem, com necessidade de ficha. As duas cirurgiãs dentistas recebem os usuários conforme a procura durante os turnos.

Os grupos de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) ocorrem semanalmente às quintas-feiras no turno da manhã na casa de usuários residentes na micro-área abrangida por ACS. Participam dos grupos, além dos usuários, o médico e o ACS correspondente àquela micro-área. Os encontros são oportunidades para diálogo sobre o efeito da medicação, dicas de alimentação, prevenção e reconhecimento de sintomas graves de hipertensão arterial e/ou diabetes, prescrição de novas receitas e assuntos gerais da comunidade.

O deslocamento dos profissionais até a residência do usuário, na qual ocorrerá o grupo, se dá por meio de um carro da Secretaria Municipal de Saúde que traz logo no início da manhã uma técnica em laboratório que efetua a coleta de sangue, apanha as lâminas de CP previamente preparadas e recolhe as amostras de urina e fezes deixadas pelos usuários na UBS. Devidamente conservadas e acondicionadas, são levadas até um laboratório conveniado com o SUS para posterior análise e emissão de laudos. Os resultados são trazidos pela mesma equipe (motorista e técnica) todas as semanas. O prazo médio entre a coleta, o transporte do material e a entrega do resultado ao usuário é de 45 dias.

Uma vez ao mês, durante o turno da manhã, acontece a reunião mensal da equipe. Dela participam, além dos profissionais de saúde, os agentes administrativos e as auxiliares de serviços gerais. São discutidas questões pertinentes ao processo de trabalho: interação usuário-equipe e interação profissional-profissional, casos clínicos, visitas domiciliares, informes da Secretaria Municipal de Saúde e organização do serviço.

O enfermeiro e um dos ACS desenvolvem, em parceria com uma escola de ensino fundamental local, o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas. Palestras sobre educação em saúde são ministradas duas vezes por semana nos dois turnos de atividade.

Visitas domiciliares acontecem quando, por meio dos ACS, o médico e o enfermeiro tomam conhecimento de algum usuário acamado, recém hospitalizado ou em tratamento domiciliar. Não há dia certo para as visitas e na maioria dos casos, o enfermeiro não participa.

Após solicitação de exames radiológicos como mamografia, tomografia e raios-X, e outros exames especializados como eletro-encefalograma, eletrocardiograma, endoscopia digestiva, ultrassom e prevenção do câncer de próstata, os usuários são encaminhados para a recepção da UBS. O agente administrativo agenda diariamente exames com a Secretaria Municipal de Saúde e informa a data de realização ao usuário. Na véspera da realização do exame, o mesmo agente faz contato telefônico com o usuário para confirmar.

Até o ano de 2009, eram desenvolvidas pelo enfermeiro, grupos de usuários portadores de transtornos psiquiátricos menores, na sala de reuniões da UBS. Em virtude de seu afastamento parcial do serviço, ocasionado pela dedicação a um curso de pós-graduação, os grupos foram suspensos. Alguns usuários expressaram seu descontentamento com a suspensão destas atividades durante a coleta de dados desta pesquisa, e ainda referiram aderir caso houvesse a realização de novos grupos ou reativação do antigo.

Logo aos primeiros contatos da pesquisadora com os possíveis sujeitos ou informantes do estudo, pode-se notar o interesse destes na abordagem e discussão sobre as plantas medicinais, enfatizando a qualificação da assistência à população rural partindo de uma nova concepção que conhecesse e valorizasse o uso desse recurso terapêutico.

Nesse sentido, o projeto de pesquisa foi apresentado durante uma reunião mensal da equipe, a qual contou com participação ativa de todos os profissionais de saúde presentes, incluindo os trabalhadores em outras áreas, como recepção e higienização.

Após a aprovação do estudo, sob parecer número 217/2011, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 16/05/2011, a coleta de dados foi iniciada em maio e finalizada em julho de 2011 com as técnicas de auto-aplicação de questionários semi-estruturados e observação participante. Os dados gerados possibilitaram

conhecer o perfil dos profissionais de saúde, a utilização das plantas medicinais no cuidado de si, a ausência de informações validadas cientificamente a ponto de permitir a indicação segura de plantas medicinais pelos profissionais de saúde aos usuários, as influências do contexto rural no trabalho em saúde e os projetos para a implantação da horta comunitária no espaço da UBS.

O uso de questionários auto-aplicados seguiu a proposta de Gil (2010), que complementa Minayo (2008) no que se refere à forma das questões. Optou-se majoritariamente, então, pela forma de questões abertas, às quais os respondentes ofereceram suas próprias respostas em espaço para escrevê-las. Além dessas, foi utilizada uma única questão fechada para a escolha de alternativas.

Os questionários foram distribuídos aos profissionais no mesmo momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e devolvidos a autora deste projeto, preenchidos, ao final do primeiro encontro após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Apenas um dos profissionais de saúde da UBS onde se realizou o estudo não participou como sujeito do estudo, por vontade própria. Os dados obtidos com os questionários foram ordenados em tabelas que compilaram as informações referentes à identificação, formação e utilização de plantas medicinais.

Optou-se por iniciar as observações na dependência interna da UBS, nos locais de contato direto entre profissional e usuário, como sala de espera, sala de procedimentos, consultórios. E posteriormente nos espaços externos da UBS como residências de usuários e grupos. Nestes momentos, era anotado como as pessoas interagiam, a duração das interações e as características do atendimento. O período de tempo das observações estendeu-se de maio a julho de 2011 e totalizou 80 horas.

Desde as primeiras visitas ao campo de coleta de dados, foi permitida a participação da pesquisadora nas atividades diárias. Em virtude do contato prévio com os profissionais de saúde e da explanação sobre os objetivos do estudo, alguns usuários passaram a referir-se ao “*profissional de saúde* (categoria profissional) *tal*” (nome do profissional de saúde) e/ou à “*enfermeira das plantas medicinais*”.

Durante as observações foi verificada a existência de vínculo afetivo entre os profissionais de saúde e os usuários, e o acolhimento tende a ser resolutivo. As intervenções oferecidas pelos profissionais de saúde são facilmente aceitas pelos usuários, na forma de solicitação de exames complementares, prescrições medicamentosas ou orientações. No que se refere ao uso de plantas medicinais, nenhuma orientação foi realizada – no máximo, os profissionais de saúde perguntavam se o usuário utilizava ou não alguma planta medicinal.

Foi observado que os profissionais de saúde não condenam a utilização de recursos naturais no cuidado à saúde, desde que estejam em consonância com as prescrições ou orientações fornecidas.

Após o atendimento dos usuários, não foi raro ocorrerem dúvidas sobre a indicação e os efeitos esperados de plantas medicinais, nas quais os profissionais de saúde perguntavam à pesquisadora qual planta poderia ser utilizada em situações como hemorragias, feridas e infecções. A pesquisadora procurou oferecer a leitura ou a indicação de materiais específicos que pudessem auxiliá-los.

Diante do exposto, pode-se interpretar que existem perspectivas diferentes atuando sob o mesmo espaço: os usuários não vêem prejuízo, risco ou dano que possa ser causado pelas plantas medicinais; quanto aos profissionais, esboçam certa resistência perante a escassa divulgação de validações científicas.

Enquanto não encontram um ponto de equilíbrio entre ambas as perspectivas, boa parte das referências, tanto de um quanto de outro grupo, provém das próprias experiências familiares. Alguns profissionais de saúde têm informação acerca de alguns princípios ativos presentes em plantas medicinais, mas declaram não se sentirem aptos a referendar o uso popular.

Durante as reuniões da equipe, ou encontros de dois ou mais profissionais, foram observados o tempo de duração destes encontros, os rituais e os significados compartilhados (como o chimarrão e a alimentação, os diálogos), a forma de organização dos profissionais e como era a relação mútua estabelecida entre eles. Cada um dos treze momentos de observação foi registrado por escrito e culminou na redação deste relatório de campo.

As reuniões mensais de equipe duravam cerca de três horas e as discussões ocorriam de maneira a possibilitar a fala de todos os presentes. O chimarrão garantia o contato e a afetividade entre boa parte dos participantes.

Foi possível observar e participar de duas reuniões mensais da equipe de Estratégia Saúde da Família, um grupo de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) e todos os atendimentos individuais ocorridos ao longo de dois meses e onze dias, em dois dias por semana.

Participaram efetivamente como sujeitos deste estudo nove profissionais de saúde (seis mulheres e três homens) com idades entre 27 e 56 anos, os quais são apresentados na Figura 5. Todos atendem ao regime de trabalho estatutário estabelecido pela Prefeitura Municipal de Pelotas/RS há, no mínimo três anos. O profissional de saúde com maior tempo na função exerce-a a pouco mais de 30 anos nesta Unidade Básica de Saúde.

O nível de escolaridade mencionado pelos sujeitos enquadra-se entre o nível médio (5) e o nível superior (4). Apenas um profissional de saúde reside na área rural onde se realizou o estudo. Os demais se deslocam diariamente da zona urbana por meio de transporte coletivo, na maioria das vezes.

Dentre os profissionais de saúde com nível de escolaridade superior, a formação ocorreu entre a segunda metade da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980. Já em meio aos profissionais de saúde com nível de escolaridade médio, a formação ocorreu entre a primeira metade da década de 1990 e a segunda metade da década de 2000.

Nenhum profissional de saúde cursou disciplina ou acompanhou abordagem relacionada ao uso de plantas medicinais durante a formação em nível médio ou superior, porém, dois mencionaram ter obtido informações relativas ao tema após o término das formações.

Todos foram unânimes em afirmar que possuem interesse em ampliar seus conhecimentos na temática, sobretudo quanto às indicações, eficácia e formas de utilização das plantas medicinais.

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo de serviço na UBS
Laranjeira	56 anos	F	Ensino Superior	31 anos
Espinheira-santa	48 anos	M	Ensino Superior	08 anos
Erva doce	39 anos	F	Ensino Médio	03 anos
Cidreira	54 anos	F	Ensino Superior	10 anos
Aloe	52 anos	M	Ensino Superior	23 anos
Marcela	30 anos	F	Ensino Médio	06 anos
Hortelã	27 anos	F	Ensino Médio	06 anos
Capim cidrão	34 anos	M	Ensino Médio	06 anos
Babosa	53 anos	F	Ensino Médio	06 anos

Figura 5 – Apresentação dos sujeitos do estudo.

Foi solicitado que cada profissional de saúde informasse o nome das plantas medicinais que utiliza no cuidado da própria saúde. Em virtude de não ser objetivo deste estudo a identificação botânica das plantas, foram registrados apenas os nomes populares. Foram citadas 23 plantas pelo nome popular, utilizadas para diversas finalidades conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Plantas medicinais utilizadas pelos profissionais de saúde e indicações.

Planta medicinal	Indicações	Número de citações
Hortelã	Vermífugo, auxiliar na digestão, tratar sinusite e combater tosse	03
Guaco	Combater tosse	03
Marcela	Auxiliar na digestão, antiinflamatório e combater sinusite	03
Babosa	Cicatrizar feridas e aumentar imunidade	03
Tansagem	Combater gripe, gastrite e infecção de garganta	03
Cidreira	Acalmar e aliviar dor de estômago	03
Camomila	Combater conjuntivite, aliviar cólica, acalmar e induzir sono	03

Malva	Combater amigdalite, inflamação nas gengivas e infecção urinária	02
Funcho	Combater cólica, diminuir flatulências e facilitar evacuação	02
Alho	Antigripal, anti-hipertensivo e combater resfriados	02
Fel-da-terra	Males do fígado e digestão	01
Boldo	Auxiliar na digestão e diminuir azia (abortivo)	01
Palminha	Males do estômago, curar “ressaca”	01
Melissa	Aliviar cólica e calmante	01
Limão	Combater gripe e febre	01
Erva santa	Males do estômago, emagrecer e tratar depressão	01
Bardana	Ação cicatrizante em feridas, males do estômago e diurética	01
Laranja	Combater gripe	01
Linhaça	Antiinflamatório	01
Pata-de-vaca	Ação diurética e tratar diabetes	01
Abacate	Ação diurética e anti-alérgica	01
Cebola	Tratar diabetes e combater diarreia	01
Pitanga	Combater diarreia em crianças	01

Verifica-se, a partir da Tabela 2, que o conhecimento dos profissionais de saúde assemelha-se ao referido por parte da população usuária desta UBS, no ano de 2009. Esse saber foi referido como fruto das interações familiares.

O discurso destes profissionais de saúde volta-se à aliança de saberes populares aos saberes científicos visando à integralidade. Contudo, durante o período do estudo, não foi verificada nenhuma intervenção assistencial que abordasse a utilização de plantas medicinais.

O questionamento acerca do emprego de plantas medicinais pelos profissionais de saúde no cuidado da própria saúde instigou a validação das informações concedidas individualmente junto ao coletivo, no grupo focal.

Em uma das reuniões semanais para fechamento do relatório de atividades desenvolvidas pelos ACS da qual a mestrandia participou, foi aberto espaço de 40 minutos para discussão sobre as plantas medicinais. Foi possível conversar em grupo com seis profissionais de saúde envolvidos com o presente estudo. Os mesmos complementaram algumas informações de acordo com o guia de temas para a realização dos grupos focais previamente estabelecidos no projeto de estudo.

Todos os participantes são favoráveis e desejam aprender para responder dúvidas trazidas pela comunidade. As plantas medicinais fazem parte do contexto no qual vivem e os conhecimentos são transmitidos pelas gerações familiares.

Espinheira santa, falando em nome da equipe de profissionais de saúde, deixou clara sua pretensão de trabalhar em perspectiva interdisciplinar, e apóia a inclusão dos profissionais nas discussões.

[...] A gente troca os conhecimentos, o que é uma coisa necessária, fundamental. [...] Assim, se numa visita constatarem que a pessoa tá usando mal a erva medicinal, vão poder orientar: Olha, procura o médico, procura o enfermeiro pra ver, ou o dentista. E ele dá a orientação correta. Não dá só pra gente assumir essa responsabilidade, fazer a troca ou fazer a indicação. Não dizer nem sim nem não, mas orientar. É até uma função [...] alertar as pessoas quando estão fazendo mau uso de determinada droga, né? Nesse sentido, eu acho que a gente precisa ter conhecimento pra dizer. Se não, eu lavo as minhas mãos e digo pra ir ao médico ou no posto... te vira [...].(Diário de Campo)

Desta maneira, a técnica de coleta não se realizou conforme a metodologia, já que o encontro não ocorreu mediante combinação prévia, não contou com a participação de moderador, relator e observador, nem teve duração mínima de uma hora.

Na próxima reunião mensal da equipe, foi realizado o grupo focal conforme a previsão da metodologia. Deste encontro participaram sete profissionais de saúde, que assistiram a exibição de material de um vídeo⁹ de divulgação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na sala de reuniões da UBS.

Participaram do encontro, também, duas integrantes da pesquisa *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul*, as quais observaram e relataram os acontecimentos no grupo.

Após a apresentação do vídeo, todos foram estimulados a expressar sua opinião de acordo com cada tema proposto para discussão e exibido com recurso audiovisual cedido pela pesquisa *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul*.

Conforme solicitado no encontro anterior, foram apresentadas algumas informações baseadas na Resolução número 10 da ANVISA (ANEXO D), que

⁹ Vídeo de divulgação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1336>.

ampararam a construção da proposta do estudo e na sequência, outros dados foram validados.

O encontro durou em torno de duas horas e recomeçaram a ser pensadas estratégias de implantação da horta medicinal. Foram destacados como fatores que estimulam o interesse dos profissionais de saúde para tratarem do tema a herança cultural e familiar da comunidade; a possibilidade de autocuidado e autonomia dos usuários; a proximidade da comunidade com as plantas medicinais pelo trabalho na agricultura.

Inseguranças e fragilidades foram mencionadas enquanto obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde na associação das plantas medicinais com a prática de cuidado prestado na Unidade de Saúde da Família: *“O grande problema é que a gente não tem muita segurança em usar, até no reconhecer.”* (Aloe)

A gente ouve as pessoas falar e fica na dúvida. Será que realmente é verdade? Será que não é? Por isso eu acho que é importante saber pra que serve e como fazer. (Marcela)

Levantamentos etnobotânicos realizados por Ceolin (2009), Vanini (2010), Borges (2010) e Lopes (2010) na região sul do Brasil apontam a utilização de plantas medicinais cujos nomes populares são os mesmos citados no presente estudo. No intuito de atenuar dúvidas sobre a nomenclatura popular e a nomenclatura científica, buscou-se também aporte em Lorenzi e Matos (2008) para construir a Figura 6, a qual apresenta as possíveis sinonímias botânicas das plantas medicinais citadas pelo nome popular pelos profissionais de saúde questionados neste estudo.

Nomenclatura popular	Nomenclatura científica
Hortelã	<i>Mentha sp.</i> <i>Mentha x piperita</i> <i>Mentha arvensis</i> L. <i>Mentha pulegium</i> L.
Guaco	<i>Mikania sp.</i> <i>Mikania glomerata</i> Spreng. <i>Mikania laevigata</i> <i>Mikania cordifolia</i> (L. f.) Willd <i>Mikania hirsutissima</i> DC. <i>Aristolochia cymbifera</i>
Marcela	<i>Achyroclines satureioides</i> (Lam.) DC. <i>Egletes viscosa</i> (L.) Less.
Babosa	<i>Aloe arborescens</i> Mill. <i>Aloe saponaria</i> <i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.
Tansagem	<i>Plantago sp.</i> <i>Plantago major</i> L. <i>Plantago australis</i> Lam. <i>Plantago lanceolata</i> L.
Cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stapf <i>Melissa officinalis</i>
Camomila	<i>Chamomilla recutita</i> <i>Crysanthemum cinerariifolium</i> (Trevir.) Vis. <i>Matricharia chamomilla</i> L. <i>Anthemis nobilis</i>
Malva	<i>Malva sp.</i> <i>Malva parviflora</i> L. <i>Malva sylvestris</i> L. <i>Pelargonium odoratissimum</i> <i>Sida rhombifolia</i> L.
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.
Alho	<i>Allium sativum</i> L. <i>Cyperus rotundus</i> L.
Fel-da-terra	<i>Fumaria officinalis</i> L. <i>Simaba ferruginea</i> A. St.-Hil.
Boldo	<i>Plectranthus sp.</i> <i>Plectranthus barbatus</i> Andrews <i>Plectranthus neochilus</i> <i>Plectranthus grandis</i> (Cramer) R. Willemse <i>Peumus boldus</i> <i>Vernonia condensata</i> Baker <i>Plectranthus ornatus</i> Codd
Palminha	<i>Tanacetum vulgare</i> L.
Melissa	<i>Mentha sp.</i> <i>Melissa officinalis</i> L.
Limão	<i>Citrus sp.</i> <i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f.
Erva santa	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.

	<i>Artemisia absinthium</i> L. <i>Maytenus ilicifolia</i> (Schrad.) Planch. <i>Siparuna guianensis</i> Aubl. <i>Nicotiana tabacum</i> L.
Bardana	<i>Arctium lappa</i> L. <i>Arctium minus</i> (Hill) Bernh.
Laranja	<i>Citrus sinensis</i> L.
Linhaça	Não encontrado
Pata-de-vaca	<i>Bauhinia forficata</i> Link <i>Bauhinia cheilantha</i> (Bong.) Steud.
Abacate	<i>Persea americana</i> Mill.
Cebola	<i>Allium cepa</i> L.
Pitanga	<i>Eugenia uniflora</i> L.

Figura 6 – Aproximações entre a nomenclatura popular e a nomenclatura científica de plantas medicinais citadas pelos profissionais de saúde. Fonte: LORENZI; MATOS (2008); CEOLIN (2009); VANINI (2010); BORGES (2010); LOPES (2010).

Pode-se compreender, a partir da Figura 6, que um único nome popular pode definir diferentes plantas que, por sua vez, possuem diferentes nomes científicos e podem exercer diferentes efeitos sobre a saúde. Por esta razão é imprescindível que o uso de plantas medicinais seja precedido da correta identificação botânica.

Até mesmo entre os nomes populares existe diversidade. Dentre as plantas medicinais citadas pelo nome popular, a hortelã pode também ser chamada por hortelã-comum, hortelã-pimenta, hortelã-da-folha-grossa, hortelã-da-folha-fina, hortelã-rasteira, hortelã-roxa e hortelã-branca (CEOLIN, 2009; LOPES, 2010; BORGES, 2010).

No que se refere ao boldo, encontrou-se em Ceolin (2009), Vanini (2009), Lopes (2010) e Borges (2010) grande variabilidade de nomes populares: boldo-chileno, boldo-fedorento, boldo-chinês, boldo-miúdo, boldo-verdadeiro, falso-boldo, boldo-graúdo, boldo-miúdo, boldo-grande, boldo-gambá, boldinho, boldo-do-norte, boldo-rasteiro e boldo-baiano.

A planta medicinal citada como cidreira correlaciona-se com erva-cidreira, cana-cidreira e capim-cidreira (CEOLIN, 2009; VANINI, 2009; LOPES, 2010; BORGES, 2010).

Já a planta mencionada como melissa apresenta distinção em seu nome popular, sendo também denominada sálvia-do-rio-grande e associando-se, à

identificação botânica, a *Melissa officinalis* L., *Mentha sp.* e a *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br.(LOPES, 2010).

Os profissionais sabem da utilização de plantas medicinais pela comunidade e do emprego de algumas receitas populares, o que não significa que detenham o conhecimento necessário para a indicação/prescrição de plantas medicinais.

Foram citados nomes de pessoas da comunidade que nunca procuraram a Unidade Básica de Saúde, pois utilizam somente plantas medicinais. Os profissionais consideram a atitude admirável.

A contextualização das plantas medicinais no cuidado em saúde das pessoas da comunidade, na óptica do profissional de saúde foi resumida como “saúde”, “bem-estar”, “prazer”, “segurança”, “fé”. Estas expressões podem ser interpretadas, com base no vínculo percebido pela pesquisadora entre profissionais de saúde e usuários, como uma atitude de respeito e valorização da cultura diferenciada da zona rural e da descendência alemã pomerana.

Existe ainda a relação de similaridade entre planta medicinal e remédio, na perspectiva única de cura. Aloe explica que *“a doença é uma gradação, e as plantas funcionam muito bem nas partes iniciais, para não deixar ficar muito sério.”*

Os participantes apontaram como possibilidade para incluir as plantas ao trabalho desenvolvido na UBS a existência de motivação da equipe para *“promover saúde e não só curar as doenças”* e reconhecem que os resultados não serão rapidamente percebidos, pois *“tem que se ter vontade e disposição pra mudar essa realidade.”*

Entende-se que as políticas públicas de saúde são executadas por pessoas que exercem a linha de frente do cuidado. Portanto, além do vínculo com a comunidade, faz-se necessário o vínculo entre os integrantes da equipe, incluindo profissionais de saúde e demais trabalhadores.

Neste encaço, os profissionais decidiram implantar um novo grupo de convivência como forma de unir os diferentes universos contemplados por profissionais e usuários. Conforme mencionado no grupo focal, este pode ser um canal de aproximação e construção de relações dialógicas que incluirá a comunidade na efetivação da horta medicinal.

Novas parcerias foram firmadas entre a Universidade Federal de Pelotas, representada pela pesquisa *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul* e a Unidade Básica de Saúde com o intuito de capacitar os profissionais de saúde envolvidos na prescrição de plantas medicinais.

Dois profissionais de nível superior participarão de encontros a partir do mês de agosto do corrente ano e repassarão as informações aos demais profissionais de nível médio. A pesquisadora manterá o vínculo com a equipe, participando das atividades previstas. A perspectiva dos profissionais de saúde é desenvolver um projeto piloto com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde envolvendo o cultivo e o manejo de plantas medicinais para posterior distribuição aos usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

O uso de questionários semi-estruturados e auto-aplicados não permitiu avaliar ou refletir profundamente sobre o discurso dos profissionais. A utilização de observações participantes e a realização do grupo focal, entretanto, contribuíram para a compreensão das ações e a descoberta de contradições entre o discurso e a prática dos profissionais de saúde sujeitos deste estudo.

Optou-se, por esses motivos, por utilizar a análise temática proposta por Minayo (2008) que abarcou os núcleos de sentido disparados pelos objetivos específicos propostos no projeto de pesquisa.

Segundo este método de análise, cada tema traz consigo suas significações, que devem ser decompostas à luz do referencial teórico. Para tanto fez-se necessário percorrer a seguinte trajetória proposta por Minayo (2008): pré-análise (leitura do conjunto de dados obtidos em busca da apreensão das suas particularidades); exploração do material (separação de trechos particulares que estivessem relacionados à questão norteadora e aos objetivos, entremeando revisão de literatura, referencial teórico e conclusões da pesquisadora) e tratamento dos resultados (síntese interpretativa que englobou em sua redação a resposta aos objetivos propostos, além da validação ou refutação dos pressupostos).

Após a pré-análise e a exploração do material obtido, e considerando a ocorrência de diversas paralisações por parte do funcionalismo público municipal, a mestranda e sua orientadora deram a coleta por encerrada, sem a necessidade da

realização do segundo grupo focal. Partindo do levantamento dos temas à síntese interpretativa apresenta-se o Artigo 1 como a compilação dos principais resultados.

Referências

- ALBUQUERQUE, U. P.; LUCENA, R. F. P.; CUNHA, L. V. F. C. **Métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica**. Recife: NUPPEA, 2010.
- BORGES, A. M. **Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiros: contribuições à enfermagem**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.
- BUDÓ, M. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CEOLIN, T. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul**. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed.; 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2010.
- LOPES, C. V. **Informantes folk em plantas medicinais no sul do Brasil: contribuições para enfermagem**. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.
- LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2008.
- VANINI, M. **Uso de plantas medicinais em um território quilombola do município de Mostardas – Rio Grande do Sul**. 2009. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Artigo 1 – MODELOS EXPLICATIVOS DO SETOR PROFISSIONAL EM RELAÇÃO ÀS PLANTAS MEDICINAIS¹⁰ (em avaliação pela banca examinadora)

Explanatory models of the professional sector in relation to medicinal plants

Modelos explicativos del sector profesional en relación con las plantas medicinales

Josiane Santos Palma¹¹

Rita Maria Heck¹²

Resumo: Este estudo visou conhecer a atitude dos profissionais de saúde com relação às plantas medicinais. Foi realizado junto a nove profissionais, entre maio e julho de 2011, na zona rural de Pelotas/RS, com auto-aplicação de questionários semi-estruturados, observação participante e grupo focal. Todos os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados e cada profissional foi identificado pelo nome de uma planta medicinal. De acordo com a análise temática dos dados, os profissionais de saúde utilizam plantas medicinais no cuidado da própria saúde e mencionaram haver possibilidade para a utilização de recursos vegetais no âmbito da atenção básica em momentos de autocuidado e cuidados paliativos. Afora estes momentos, incentivam o uso exclusivo de recursos alopáticos. A resistência do setor profissional com relação às plantas medicinais pode ser reflexo da formação profissional biomédica, consistindo em um nó crítico das redes semânticas.

Descritores: Equipe de saúde; Atenção Primária à saúde; Plantas medicinais.

Abstract: This study aimed to know the attitudes of healthcare professionals in relation to medicinal plants. It was conducted with nine professionals, between May and July 2011, in the rural area Pelotas / RS, with self-application of semi-structured questionnaires, participant observation and focus group. All ethical guidelines for research involving human beings were respected and each professional has been identified by the name of a medicinal plant. According to the thematic analysis of data, health professionals use medicinal plants in the care of their health and be able to mention the use of plant resources in the context of primary health care in times of self-care and palliative care. Aside from these moments, encourage the exclusive use of allopathic resources. The strength of the professional sector with regard to medicinal plants may reflect the biomedical training, consisting of a critical node of semantic networks.

Descriptors: Health team, Primary Health Care; Medicinal plants.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo conocer las actitudes de los profesionales de la salud en relación con las plantas medicinales. Se llevó a cabo con nueve profesionales, entre mayo y julio de 2011, en Pelotas rural / RS, con la auto-aplicación de semi-estructurados, observación participante y grupos focales. Todas las pautas éticas para la investigación con

¹⁰ Artigo original baseado na dissertação intitulada Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2011.

¹¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista CAPES. Domingos Guedes Cabral, 121/103, Fragata, Pelotas/RS. Email josiane.enfermeira@hotmail.com.

¹² Doutora em Enfermagem. Professora associada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

seres humanos se respetan y cada profesional ha sido identificado por el nombre de una planta medicinal. De acuerdo con el análisis temático de los datos, los profesionales de la salud el uso de plantas medicinales en el cuidado de su salud y ser capaces de mencionar el uso de los recursos vegetales en el contexto de la atención primaria de salud en los momentos de autocuidado y la atención paliativa. Aparte de estos momentos, fomentar el uso exclusivo de los recursos alopáticos. La fortaleza del sector profesional en relación con las plantas medicinales pueden reflejar la formación biomédica, que consiste en un nodo crítico de las redes semánticas.

Descriptores: Equipo de salud, atención primaria de salud, plantas medicinales.

Introdução

A utilização de plantas ao longo do processo saúde-doença cruzou a evolução humana, sendo duramente questionada. Seu emprego foi durante muito tempo a única opção para solucionar necessidades básicas, constando em registros e manuscritos de diferentes civilizações.

Enquanto a percepção de saúde e doença aproximava-se do caráter místico e religioso, o emprego das plantas era menos denegrido. Na medida em que a ciência se desenvolvia, as críticas aumentaram consideravelmente.¹

Diversas plantas serviram de base para a produção de medicamentos alopáticos, os quais foram temporariamente substituídos pelos antimicrobianos, no decorrer do século passado. Porém, a alta toxicidade e o alto custo com a produção despertaram novamente o interesse nas plantas em virtude da diminuição dos custos e do tempo para a sua produção.²

O avanço e o desenvolvimento científicos foram diretamente proporcionais à redução do ser humano a aspectos quantificáveis pela matemática, repercutindo no interesse pela doença e pelas partes do corpo humano. Esta orientação mecanicista deflagrou o modelo biomédico que orienta a formação dos profissionais de saúde na contemporaneidade. Inegáveis são suas influências positivas em contribuições, todavia, o modelo biomédico não abarca a totalidade do ser humano.

Alheia às discussões de cunho científico, a população não deixou de valorizar o potencial das plantas. O uso popular de plantas, portanto, não está associado à comprovação de sua eficácia, possuindo ligação com aspectos culturais, suprimindo o espaço entre a disponibilidade econômica da população e a demanda de medicamentos alopáticos³ ou ainda relacionada à capacidade de autocuidado com produtos naturais. Já dentro da ciência moderna e do modelo biomédico, as plantas passam a ter valor ao apresentarem princípios ativos de ação farmacológica que ajam direta ou indiretamente como medicamento, para serem consideradas medicinais.⁴

Ao traçar as características que diferenciam as perspectivas da população das perspectivas dos profissionais de saúde inseridos no modelo biomédico relativas ao uso de plantas medicinais, enfatiza-se a cultura enquanto um conjunto de teias repletas de significados socialmente construídos e compartilhados⁵, diferentes em ambos os contextos de ocorrência.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer a atitude dos profissionais de saúde com relação às plantas medicinais.

Referencial teórico

Encontra-se na Antropologia o caminho para mediar esta discussão com profissionais de saúde sobre plantas medicinais. O referencial antropológico contribui para a reflexão sobre o significado de práticas sociais como o exercício do cuidar. Seus autores⁶⁻⁷ fornecem elementos-chave para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde.

Os profissionais de saúde e a população percebem o processo saúde-doença de maneiras distintas, ainda que compartilhem alguns aspectos da mesma cultura. Durante o processo de formação profissional, os alunos passam pelo processo chamado de “endoculturação” e adquirem, gradualmente, uma nova perspectiva sobre os problemas de saúde.⁸

Desta maneira, a apreensão de conhecimentos durante o transcorrer da vida e a incorporação de novos conceitos ou dogmas ao longo da formação profissional despem o indivíduo desta cultura popular e o reveste da sabedoria e poder da cultura científica.

A cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença, os quais podem ser estudados como um sistema cultural que é composto por três partes, que por vezes se sobrepõem ou atuam de forma simultânea: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*.⁶

O setor popular, em geral, o maior deles, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante. É um espaço eminentemente leigo, no qual a doença começa a ser definida e são desencadeados os vários processos terapêuticos de enfrentamento. Já o setor profissional representa a organização oficial ou formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por concentrar maior aparato tecnológico, organização e poder, submete todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Pela sua grande penetração e pelo poder de que dispõe em algumas sociedades como a brasileira, o setor profissional impõe-se sobre os demais setores. E por fim, o setor *folk*, que abrange todas as demais práticas de saúde não oficiais, como erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura.

Em cada um desses setores, seus representantes possuem diferentes modelos explicativos para a etiologia, os sintomas, a fisiopatologia, o curso e o tratamento das doenças. Cada um possui valores, crenças, normas de conduta e expectativas específicas.⁶⁻⁸

Cabe destacar que este estudo enfoca o setor profissional, tendo em vista que paulatinamente aproxima-se do cotidiano na busca pela comprovação do saber popular a partir da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos⁹ que, dentre seus objetivos, traz o incentivo a pesquisas e a regulamentação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os autores que seguem o referencial antropológico⁶⁻⁷ concordam que a cultura influencia a experiência e a expressão dos sintomas das doenças, tecendo uma série de críticas à racionalidade médica ocidental e propondo um modelo cultural que valorize outros saberes, complementares à prática clínica.

As estruturas que conectam as concepções de saúde e doença aos valores culturais são as chamadas redes semânticas⁷, as quais sustentam o discurso e o comportamento do profissional e do paciente enquanto uma trama de palavras, situações, sintomas e sentimentos que, associados a uma doença, conferem sentido tanto para a pessoa que sofre quanto para o profissional envolvido no cuidado.

Constituindo o reflexo de uma cultura diferenciada do setor popular e do setor *folk*, devido ao seu modelo de formação, o setor profissional geralmente é insensível e resistente às perspectivas e expectativas dos pacientes, tendo a realidade clínica calcada sobre o nível biológico como única. Por isso, as declarações dos indivíduos sobre saúde e doença vivenciadas precisam ser interpretadas no seu contexto social e simbólico.⁷

Dentre os modelos explicativos dos conceitos de doença, existem diferentes interpretações.⁶ *Illness* traduz-se na língua portuguesa como a forma pela qual os indivíduos entendem, categorizam, qualificam e experienciam os sintomas, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos especiais em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente.

Disease refere-se à forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. É, portanto, uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico, as anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas.

Sickness é o processo pelo qual determinados comportamentos e sinais biológicos adquirem significados reconhecidos socialmente, transformados em sintomas e consequências socialmente significativas. Associados à doença (*sickness*) estão os fatores macrosociais, como economia e política.

Metodologia

Este estudo é um recorte da pesquisa “Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob parecer 217/2011, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Normas de Pesquisa em Seres Humanos.

É do tipo qualitativo, influenciado pelo referencial etnográfico para a descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Seu processo incluiu observar, descrever densamente, documentar e analisar estilos de vida ou padrões culturais a fim de compreendê-los.¹⁰

O estudo foi realizado junto a nove profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada na zona rural do município de Pelotas/RS, na qual já foram desenvolvidas experiências em relação às plantas medicinais em consonância com algumas instituições oficiais. Os profissionais foram selecionados a partir do interesse em tratar da temática do estudo; de exercer atividade profissional na USF há no mínimo seis meses; de possuir total concordância sobre a sua participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); de anuir com a gravação dos dados coletados e concordar com a apresentação e divulgação dos resultados nos meios acadêmicos e científicos. Todos foram identificados por nomes de plantas medicinais escolhidos por eles mesmos, a fim de preservar o anonimato de suas verdadeiras identidades.

Os dados foram obtidos em três momentos complementares: questionário semi-estruturado auto-aplicado¹¹, grupo focal¹²⁻¹³ e observação participante¹⁴, entre maio e julho de 2011.

O questionário semi-estruturado auto-aplicado combinou perguntas fechadas e abertas, permitindo conhecer o perfil de identificação, formação, atuação de cada profissional de saúde, bem como a utilização de plantas medicinais no cuidado da própria saúde.

As observações foram divididas em três momentos distintos e crescentes: entrada no campo de pesquisa, início da interação da pesquisadora com os profissionais e participação ativa da pesquisadora no contexto. Passados os três momentos, foi intensificada a reflexão

sobre os dados. Os encontros foram realizados nos locais em que houvesse relação do profissional com o usuário, tendo sido analisado como as pessoas se comportavam, a duração das interações, as características do atendimento e a presença das plantas medicinais no contexto das práticas de saúde. Os encontros totalizaram 80 horas.

Foi realizado um grupo focal, mediante combinação prévia entre a pesquisadora e os profissionais e registrado em diário de campo, com duração entre uma hora e meia e duas horas. Ocorreu na Unidade de Saúde da Família, permitindo a interação grupal e oportunizando a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. Por meio do grupo, houve a validação dos dados emergentes durante todo o período do estudo.

As informações foram agrupadas em tabelas e em diário de campo que culminaram na análise temática.¹⁵

Resultados e discussão

Os sujeitos deste estudo constituem-se de seis mulheres e três homens, com idades entre 27 e 56 anos. A faixa etária predominante é de 50 anos de idade. Todos atendem ao regime de trabalho estatutário estabelecido pela Prefeitura Municipal de Pelotas/RS há no mínimo três anos. O profissional de saúde com maior tempo na função exerce-a a pouco mais de 30 anos nesta Unidade Básica de Saúde.

O nível de escolaridade mencionado pelos sujeitos enquadra-se entre o nível médio (5) e o nível superior (4). Cinco profissionais de saúde residem na área rural onde se realizou o estudo. Os demais se deslocam diariamente da zona urbana por meio de transporte coletivo, na maioria das vezes.

Dentre os profissionais de saúde com nível de escolaridade superior, a formação ocorreu entre a segunda metade da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980. Já em meio aos profissionais de saúde com nível de escolaridade médio, a formação ocorreu entre a primeira metade da década de 1990 e a segunda metade da década de 2000.

Nenhum profissional de saúde cursou disciplina ou acompanhou abordagem relacionada ao uso de plantas medicinais durante a formação em nível médio ou superior, porém, dois mencionaram ter obtido informações relativas ao tema após o término das formações.

Para todos os profissionais de saúde foi solicitado que informassem o nome das plantas medicinais que utilizam no cuidado da própria saúde. Foram citadas dezenas de plantas pelo nome popular, utilizadas para diversas finalidades que encontram correspondência no saber popular e são mostradas no Quadro 1.

Alterações digestivas	Alterações respiratórias	Alterações inflamatórias
Bardana	Alho	Limão
Boldo	Guaco	Linhaça
Cebola	Hortelã	Malva
Cidreira	Laranja	Marcela
Erva santa	Limão	Tansagem
Fel-da-terra	Malva	
Funcho	Marcela	
Hortelã	Tansagem	
Marcela		
Melissa		
Palminha		
Pitanga		
Alterações urinárias	Alterações psicossociais	Alterações tegumentares
Abacate	Camomila	Abacate
Bardana	Cidreira	Babosa
Malva	Erva santa	Bardana
Pata-de-vaca	Melissa	

Quadro 1 – Relação de plantas utilizadas pelos profissionais de saúde no autocuidado, de acordo com a finalidade. Fonte: Diário de campo.

As plantas utilizadas são cultivadas nos quintais ou em pequenas hortas mantidas pelos profissionais de saúde que residem na zona rural. Aqueles que residem na zona urbana admitem o uso de plantas medicinais na forma de chás industrializados.

Os profissionais de saúde afirmam ter aprendido sobre a utilização de plantas medicinais com a família. Este conhecimento é restrito ao âmbito das relações familiares e não é repassado aos usuários. Todos dizem que se sentiriam mais à vontade para perguntar e esclarecer as dúvidas dos usuários caso recebessem informações na forma de capacitações profissionais.

Com vistas sobre o referencial teórico que dá suporte a este estudo, os dados denotaram que a atitude dos profissionais de saúde aponta para a possibilidade de utilização das plantas medicinais nos momentos de autocuidado de doenças em estágio inicial ou nas

situações mais graves como os cuidados paliativos de doenças graves e que antecedem a morte.

Entre ambos os extremos, a única terapia aceita e incentivada deriva de recursos alopáticos cuja eficácia é reconhecidamente comprovada. A Figura 1 expõe o entendimento dos profissionais de saúde quanto à esfera de utilização das plantas medicinais.

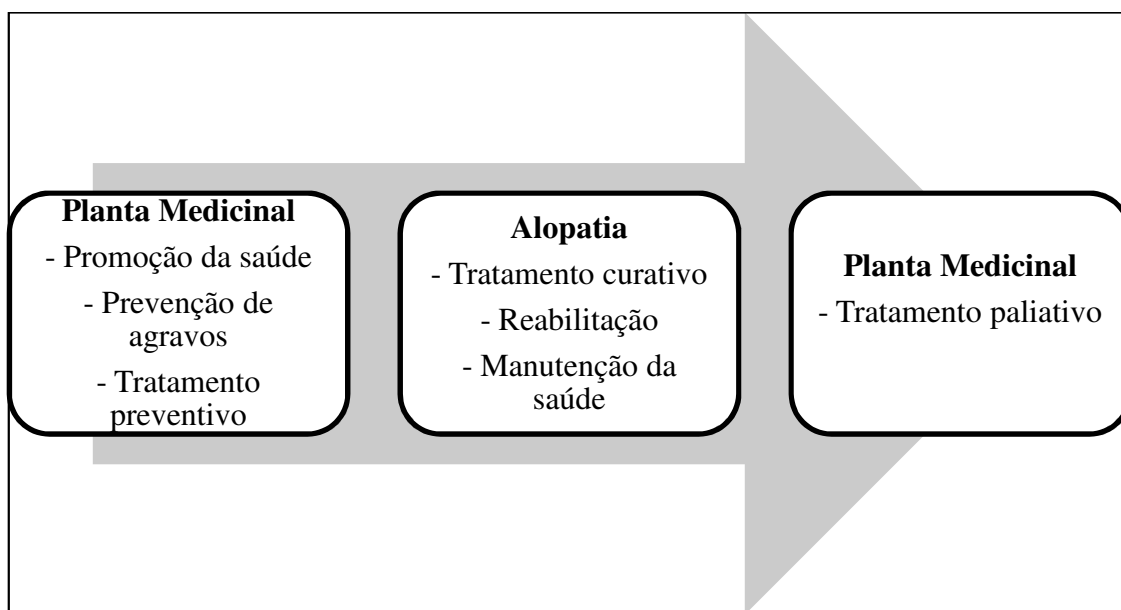


Figura 1 - Entendimento dos profissionais de saúde quanto à esfera de utilização das plantas medicinais. Fonte: Diário de campo.

Evidencia-se a concepção dos profissionais de saúde de que as plantas medicinais são eficazes ou, pelo menos, não representam ameaças ao setor profissional enquanto permanecerem restritas ao setor popular ou ao setor *folk*.

As falas a seguir legitimam a afirmação anterior ao divulgarem o significado que as plantas medicinais mantêm junto aos profissionais de saúde: *As pessoas dizem: eu acho que vai me ajudar. E ajuda. É uma questão de fé [...](Hortelã); [...] é o efeito placebo. Se tu acreditares que vai ajuda (Aloe).*

A partir do momento em que ocorrem agravos à saúde, as plantas em sua forma usual de utilização como chá são substituídas por medicamentos alopáticos como comprimidos cuja apresentação e efeitos esperados são validados pelo saber erudito do setor profissional.

As plantas, sem as devidas propriedades farmacológicas, mecanismos de ação e reações adversas conhecidas, permanecerão à margem do sistema oficial de saúde. Segundo os profissionais, este é um ponto importante a ser considerado para que a utilização de plantas medicinais seja reconhecida pelo próprio setor e prescrita aos pacientes. *Falar sobre as*

plantas é um passo de convencimento. Reconhecer o saber popular trazido de pai para filho é o primeiro passo, e a gente já está convencido disso (Espinheira-santa); [...] O desafio agora é como utilizar esse conhecimento de forma consistente e científica. É importante haver a validação do uso empírico, que nem sempre se confirma e dá segurança (Aloe).

A maioria das plantas não tem o perfil tóxico bem conhecido, podendo induzir a problemas graves. A crença na “naturalidade inócua” não é facilmente contradita, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações, reações adversas ou contra-indicações dificilmente chegam ao alcance da população. Justificam-se, assim, ações de monitoramento e farmacovigilância sobre as plantas medicinais como as que se dão sobre os medicamentos convencionais.¹⁶

Enquanto restritas ao setor popular e ao setor *folk*, os profissionais de saúde não interferem no processo saúde-doença da população, por entenderem que as plantas são suficientes neste estágio de enfrentamento ou cuidado. *A doença é uma gradação. A planta funciona muito bem nas partes iniciais, pra não deixar ficar muito sério (Aloe).*

Retomando as redes semânticas, é possível detectar que as concepções dos profissionais de saúde sobre a doença diferem radicalmente das concepções da população usuária de plantas medicinais.

Para os primeiros, a doença passa a ser considerada quando atinge níveis detectáveis de alteração física/fisiológica, classificáveis conforme os diagnósticos biomédicos. Neste caso, a *disease* só pode ser tratada ou debelada com recursos alopáticos advindos do mesmo modelo. *Sickness* passa a adquirir significado para o setor profissional quando causar prejuízos ao mercado de trabalho, produtor de exploração capitalista que alimenta o modelo biomédico. O último nível considerado é a *illness*; dependendo da gravidade de *disease* e de *sickness*, os recursos utilizados até o momento não mais reverterão no restabelecimento da saúde. Passa-se, pois, a “permitir” a utilização das plantas medicinais nos cuidados anteriores à morte, executados pelo setor popular.

Contrariamente, a população considera *illness* como o primeiro lócus identificável de intervenção com plantas. O significado social de *sickness* adquire maior consistência quando impossibilita o trabalho e a manutenção da família. Caso a intervenção com plantas não surta o efeito esperado, a população recorre ao setor profissional para tratar ou debelar a *disease*.

Diante do exposto, as tramas que tecem as redes semânticas são particulares em cada contexto e, conseqüentemente, os modelos explicativos variam conforme a cultura do setor profissional e a cultura do setor popular.

Os resultados deste estudo são corroborados por outro trabalho¹⁷, que investigou o modo de estruturação da rede de saberes na trajetória de vida de profissionais de saúde. Tendo como objeto de estudo o uso de plantas medicinais pelos profissionais de saúde, esse estudo revelou que a planta tem lugar confirmado no espaço privado-domiciliar.

Quanto ao espaço acadêmico-profissional, as plantas são toleradas mediante a comprovação científica. O estudo justifica que os alunos constroem suas redes de saberes com base nos seus universos sócio-familiares. Encontrando-se com o saber erudito, passam a comprometerem-se com os ditames deste meio. O resultado é a negação, ignorância ou inibição dos referenciais do senso comum.

Pôde-se deparar com a variabilidade na composição da rede semântica do setor profissional, que adquiriu forma a partir da oscilação entre qual recurso (vegetal ou alopático) seria mais eficiente. [...] *existem pessoas que prefeririam tomar o chá em vez do comprimido (Espinheira-santa). Não se recomenda o uso continuado das plantas medicinais. Se recomenda que tome por uns dias e pare outros dias. Seria diferente, porque o medicamento se toma sempre [...]*(Aloe).

A oscilação detectada é capaz de aprofundar a resistência do setor profissional com relação às plantas medicinais, podendo ser reflexo da formação profissional biomédica, prescritiva e normativa. *É muito mais fácil pegar um comprimidinho e botar pra baixo, do que pegar e todos os dias e fazer chá. Porque até se toma chá por um período, mas ninguém toma chá a vida inteira. A não ser por prazer, como o chimarrão que a gente toma todos os dias. Isso muda muita coisa* (Babosa).

Em face ao desvendado, cogita-se que as diretrizes ministeriais para o uso de plantas medicinais no Sistema Único de Saúde sejam promovidas no que tange à capacitação do setor profissional e o emprego das plantas medicinais como instrumentos complementares ao modelo biomédico.

É importante considerar que a formação acadêmica poderia (ou deveria) respaldar a prática profissional também no terreno específico da utilização de plantas medicinais, tal qual ocorre em outras áreas do conhecimento já legitimadas academicamente.¹⁷ Não se questionam aqui os avanços do modelo nem se culpam os profissionais de saúde, tendo-se em vista a impossibilidade de reproduzirem algo que não fez parte de suas constituições.

Considerações finais

Os achados deste estudo implicam em abordar a utilização das plantas medicinais de forma consciente e pró-ativa a partir do referencial antropológico, inquirindo que o saber

popular pode desvelar uma realidade obscura no meio científico. Porém, não suficiente para superar os recursos conhecidos e validados por estudos clínicos.

Ademais, a par da implementação de políticas públicas a exemplo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, este estudo julga que os principais atores na prestação do cuidado têm sido relegados exclusivamente ao plano executor de ações determinadas em instâncias superiores.

Por conta disso, deve-se procurar investir em sensibilizações que frutifiquem as discussões sobre a implementação de programas locais de saúde, voltados ao cultivo, manejo e distribuição de plantas medicinais em serviços de atenção básica.

À guisa da conclusão, um nó crítico das redes semânticas precisa ser desfeito: a formação essencialmente biomédica. Desta maneira poderão ser construídos laços que envolvam diversos saberes e variadas abordagens que contribuirão com o cuidado de qualidade, autêntico e produtor de autonomia, almejado para alcançar a reorganização do modelo assistencial brasileiro.

Referências

1. Cunha AP. Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes activos e fitoterapia. Disponível em: <http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.
2. Devienne KF.; Raddi MSG.; Pozetti GL. Das plantas medicinais aos fitofármacos. Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, 6(3): 11-14, 2004.
3. Faria PG; Ayres A; Alvim NAT. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. Acta Scientiarum, Maringá, 26(2): 287-294, 2004.
4. Machado LHB. As representações entremeadas no comércio de plantas medicinais em Goiânia/GO: uma reflexão geográfica. Sociedade & Natureza, Uberlândia, 21(1): 159-172, Abr. 2009.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. 1.ed. 13 reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.
7. Good BJ. Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. 1.ed. Cambridge University Press, 1994.
8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. Monticelli M. Aproximações culturais entre profissionais de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 476f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed., 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2010.
12. Iervolino SA.; Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enferm USP, Ribeirão Preto, 35(2): 115-21, jun, 2001.
13. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto Contexto Enferm 2008; 17(4): 779-786.

14. Schwartz E, Elsen I. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 2003; 15(1): 19-27.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2008.
16. Silveira PF, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Rev Bras Farmacognosia* 18(4): 618-626, Out./Dez. 2008
17. Alvim NAT, Cabral IE. O lugar das plantas medicinais nos espaços privado-domiciliar e acadêmico-profissional das enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. Anna Nery*, Rio de Janeiro, 3(3): 90-103, dez. 1999.

Considerações finais

A atenção básica à saúde é impregnada por um modelo assistencial que enfoca determinadas enfermidades/doenças e grupos considerados em risco de adoecer ou morrer exercendo atendimento clínico, centrado na relação médico-paciente e no tratamento/cura de doenças. Em contrapartida, ambiciona-se que a ESF atue na identificação precoce das condições de risco nas quais as famílias estão inseridas, dando ênfase na prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Diante da coexistência de paradigmas opostos e ao mesmo tempo complementares, a contribuição deste estudo reside na possibilidade de refletir e planejar a (re)construção da atenção básica à saúde de Pelotas tendo em vista as recomendações do Ministério da Saúde quanto a utilização de recursos tradicionais de saúde e a divulgação do sucesso de programas de fitoterapia em vários locais do Brasil.

Acredita-se que as plantas medicinais sejam recursos significativos para a materialização do novo modelo assistencial, enquanto aproximam as equipes e os usuários sob uma perspectiva de cuidado integral baseado na valorização da cultura local.

A constatação da existência de profissionais de saúde que, embora diante das dificuldades impostas por um padrão de formação essencialmente biomédico, sentem-se motivados a enfrentar e ultrapassar dificuldades em prol da comunidade - principalmente no que se refere à temática das plantas medicinais - é a prova de que há maneira de relativizar e extrair de cada modelo a sua essência que contribuirá para o exercício de um cuidado de qualidade.

No que tange especificamente ao papel da Enfermagem, revela-se o caráter inovador e motivado destes profissionais, ao buscarem promover saúde aliando saberes, reconhecendo e valorizando as especificidades e potencialidades locais.

A abordagem das plantas medicinais no âmbito da atenção básica contribui para a consolidação da Enfermagem enquanto prática social, ao desbravar e

percorrer o caminho inverso ao propalado como dogma ao longo da evolução científica, voltando-se para a comunidade visando qualificar sua essência.

Apêndice

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a estudante Josiane Santos Palma, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a desenvolver sua pesquisa intitulada Ações dos profissionais de saúde da Atenção Primária em relação às plantas medicinais, sob orientação da Professora Rita Maria Heck.

Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- b) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa,
- c) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Assim, declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para tal segurança e bem-estar.

Pelotas, __ de _____ de 2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
OFÍCIO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Pelotas, de abril de 2011

Ilustríssima Senhora
Doutora Marilu Correa Soares
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Pelotas

A fim de solicitar apreciação por este Comitê de Ética em Pesquisa, enviamos o Projeto de Pesquisa intitulado Ações dos profissionais de saúde da Atenção Primária em relação às plantas medicinais, de autoria de Josiane Santos Palma sob orientação de Rita Maria Heck.

Esta pesquisa terá por objetivo compreender as ações dos profissionais de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas/RS em relação às plantas medicinais.

Informamos que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para produção científica que resultará em uma dissertação, junto ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os (as) sujeitos só participarão da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196/96 sobre a Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.

Atenciosamente,

.....
Josiane Santos Palma
Mestranda PPGEnf UFPel

.....
Rita Maria Heck
Orientadora

Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Ações dos profissionais de saúde da Atenção Primária em relação às plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora: Dr^a Rita M. Heck/E-mail: feopos@ufpel.tche.br. Fone: (53)39211523

Mestranda: Josiane Santos Palma / E-mail: josiane.enfermeira@hotmail.com/ Fone: (53) 91571379

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo geral de compreender as ações dos profissionais de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas/RS em relação às plantas medicinais e, especificamente, averiguar a atitude dos profissionais de saúde com relação às plantas medicinais, identificar perspectivas e referências adotadas pelos profissionais de saúde ao interagirem com usuários do serviço de Atenção Primária que utilizam plantas medicinais e identificar fatores que impedem a utilização de plantas medicinais na prática dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.
- do compromisso de acesso as informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa sobre as ações dos profissionais de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas/RS em relação às plantas medicinais, respondendo ao questionário auto-aplicável, permitindo a observação participante e participando do grupo focal. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO AUTO-APLICADO

Pesquisa: Ações dos profissionais de saúde da Atenção Primária em relação às plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora: Dr^a Rita M. Heck/E-mail: feopos@ufpel.tche.br. Fone: (53)39211523

Mestranda: Josiane Santos Palma / E-mail: josiane.enfermeira@hotmail.com/ Fone: (53) 91571379

Prezado participante

De modo a contribuir para a realização deste estudo, solicitamos que leia atentamente e responda às perguntas com suas próprias palavras. Em caso de dúvidas, reporte-se à Mestranda e/ou sua orientadora pessoalmente ou através dos contatos disponibilizados acima.

Este questionário deve ser respondido individualmente e entregue imediatamente à Mestranda e/ou sua orientadora. Sua identidade será preservada através da substituição de seu nome verdadeiro pelo nome de uma planta medicinal que você conheça.

Obrigado.

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Pelo nome de que planta medicinal você deseja ser identificado neste questionário?

1.2 Quantos anos você tem?

1.3 Qual é a sua escolaridade?

1.4 Sexo: feminino () masculino ()

2. FORMAÇÃO

2.1 Em qual instituição você realizou formação profissional e qual o ano de conclusão?

2.2 Você realizou algum curso/disciplina relacionado às plantas medicinais? Em caso afirmativo, qual (quais) e o respectivo ano de conclusão?

2.3 Você tem interesse em realizar algum curso/disciplina relacionado às plantas medicinais? Em caso afirmativo, o que gostaria de aprender?

3. ATUAÇÃO

3.1 Qual é a sua profissão neste serviço de Atenção Primária?

3.2 Há quanto tempo você trabalha neste local?

4. UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS
--

4.1 Você faz uso pessoal de plantas medicinais no cuidado de sua saúde? Em caso afirmativo, quais plantas? Quais suas finalidades?

Apêndice E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GUIA DE TEMAS PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL

Verificação dos fatores que levaram os profissionais de saúde a interessar-se pelas plantas medicinais.

Averiguação das plantas medicinais que os profissionais têm informação de uso pela população do território.

Investigação das plantas medicinais conhecidas pelos profissionais de saúde.

Contextualização das plantas medicinais no cuidado em saúde das pessoas da comunidade, na óptica do profissional de saúde.

Identificação de obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde na associação das plantas medicinais com a prática de cuidado prestado na Unidade de Saúde da Família.

Apêndice F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- Profissional que realiza o atendimento
- Identificação do problema e escuta
- Relacionamento profissional-usuário (linguagens utilizadas, diferenças culturais)
- Conduta profissional
- Aceitação ou entendimento do usuário
- Intervenções oferecidas
- Contextualização das plantas medicinais

Apêndice G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DIÁRIO DE CAMPO

Data / Hora	Profissional / Usuário	Local	Atividade / Observação

Anexo

ANEXO A - Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas à pesquisa Plantas Bioativas de Uso Humano por Famílias de Agricultores de Base Ecológica na Região Sul do RS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 072/07

Pelotas, 16 de julho de 2007.

Ilma.Sra.
Profª. Drª. Rita Maria Heck

Projeto: "Plantas Bioativas de Uso Humano por Famílias de Agricultores de Base Ecológica na Região Sul do RS".

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-la que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, em reunião de 13 de julho de 2007, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "M. Urriaga".

Profª. Maria Elizabeth de O. Urriaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



ANEXO B - Consentimento da Coordenadora da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CONSENTIMENTO DA COORDENADORA DA PESQUISA

DECLARAÇÃO

Pelotas, 29 de abril de 2011

Declaro para os devidos fins que Josiane Santos Palma, Enfermeira do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participa ativamente na coleta de dados da pesquisa Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica da região sul do Brasil, sob minha coordenação.

Assim sendo, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar sua dissertação de Mestrado intitulada Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais, sob minha orientação. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a pós-graduanda está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora da pesquisa.


Profª Drª Rita Maria Heck

Coordenadora geral da pesquisa
Processo 571199/2008-9 - CNPq

ANEXO C – Parecer favorável do Comitê de Ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N° 217/2011
Profª. Drª. Rita Maria Heck

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

De acordo com a reunião deste Comitê em 16/05/2011, Ata nº 003/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais".

Protocolo interno N° 027/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**


Prof.ª Dr.ª Marli Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEL
COREN-RS 21885

Pelotas, 16 de maio de 2011.



A Diretoria Colegiada da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o disposto no inciso VI, do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em deliberação através da 247ª Reunião de Diretoria Colegiada - DC Ordinária, realizada em 9 de março de 2010, julgou o seguinte processo administrativo:

Processo nº 33902.073963/2004-50

Operadora: Unimed Florianópolis - Cooperativa de Trabalho

Médico

Registro: 360449

Auto de Infração nº 14338 de 14/4/2004

Decisão: Aprovado à unanimidade o voto condutor da DIFES, após reconsideração dos votos pela DIPRO, DIOPE, pelo conhecimento e não provimento do recurso, mantendo a decisão proferida em 1ª instância que fixou multa pecuniária no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), nos termos do artigo 7º, inciso IV da RDC nº 24, de 2006.

Os autos do processo em epígrafe encontram-se à disposição dos interessados na sede da ANS.

A Diretoria Colegiada da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o disposto no inciso VI do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em deliberação pelo Circuito Deliberativo nº 2476, de 18 de fevereiro de 2009, julgou o seguinte processo administrativo:

Prot. ANS nº: 33902.095574/2004-85

Operadora: P.Y. Saúde Ltda.

Registro ANS: 414514

Auto de Infração nº 14042 de 11/6/2004

Decisão: Aprovado por unanimidade o voto da DIDES em relação, pelo conhecimento e não provimento do recurso, mantendo a decisão de primeira instância da DIFIS, porém reduzindo o valor da penalidade aplicada para o montante de R\$ 32.000,00 (trinta e dois mil reais), nos termos do artigo 82 c/c inciso II do artigo 10, ambos da RN nº 124, de 2006.

Os autos do processo em epígrafe encontram-se à disposição dos interessados na sede da ANS.

A Diretoria Colegiada da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o disposto no inciso VI do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em deliberação pelo Circuito Deliberativo nº 2491, de 25 de fevereiro de 2009, julgou o seguinte processo administrativo:

Prot. ANS nº: 33902.006040/2002-21

Operadora: Santa Casa da Misericórdia de Alterosa

Registro ANS: Sem registro

Auto de Infração nº 5858 de 29/11/2001

Decisão: Aprovado por unanimidade o voto da DIDES em relação, pelo conhecimento e não provimento do recurso, mantendo a multa diária imposta pela Diretoria de Fiscalização, - consoante permissivo disposto no § 6º do artigo 19 da Lei 9.656/98 e no artigo 18 da RN nº 124, de 2006 -, adotando como termo a quo o dia 11/12/2001 e ad quem o dia 10/3/2002, perfazendo o total de noventa dias e a quantia de R\$ 900.000,00 (novecentos mil reais), à vista do descumprimento dos incisos I e II do artigo 9º c/c artigo 19, ambos da Lei 9.656/98 e c/c artigo 18 c/c §§ 3º e 4º do artigo 12, os dois últimos da RN nº 124, de 2006.

Os autos do processo em epígrafe encontram-se à disposição dos interessados na sede da ANS.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

RETIFICAÇÃO

Na Instrução Normativa - IN nº 39, de 8 de março de 2010, publicada no DOU nº 45, de 9 de março de 2010, na página 37, Seção 1, onde se lê: "INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 39, DE 8 DE MARÇO DE 2010." leia-se: "INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 40, DE 8 DE MARÇO DE 2010."

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CONSULTA PÚBLICA Nº 18, DE 9 DE MARÇO DE 2010

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere o inciso IV do art. 11 e o art. 35 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso V e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 8 de março de 2010,

adota a seguinte Consulta Pública e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 30 (trinta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Regulamento Técnico, para o ingrediente ativo F49 - FLUDIOXONIL, contido na Relação de Monografias dos Ingredientes Ativos de Agrotóxicos, Domissanitários e Preservantes de Madeira.

Art. 2º Informar que a proposta Regulamento Técnico estará disponível, na íntegra, durante o período de consulta no endereço eletrônico www.anvisa.gov.br e que as sugestões deverão ser encaminhadas por escrito para o seguinte endereço: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, SIA, Trecho 5, Área Especial 57, Lote 200 - Bloco D - sub-solo, Brasília, DF, CEP 71205-050 ou FAX 61-3462-5726 ou E-mail: toxicologia@anvisa.gov.br.

Art. 3º Findo o prazo estipulado no art. 1º, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária articular-se-á com os Órgãos e Entidades envolvidos e aqueles que tenham manifestado interesse na matéria, para que indiquem representantes nas discussões posteriores, visando à consolidação do texto final.

DIRECEU RAPOSO DE MELLO

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO-RDC Nº 10, DE 9 DE MARÇO DE 2010

Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 8 de março de 2010,

considerando as disposições contidas na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a ANVISA, e dá outras providências, em especial à competência estabelecida pelo inciso III do art. 7º dessa Lei que confere à Agência atribuição para estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;

considerando o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no país;

considerando a Portaria GM / MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS),

considerando a Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, que aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

considerando a necessidade de contribuir para a construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, de modo a garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a esses produtos,

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Seção I

Das disposições iniciais

Art. 1º Fica instituída a notificação de drogas vegetais no âmbito da ANVISA, assim consideradas as plantas medicinais ou suas partes, que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta ou colheita, estabilização e secagem, integrais, rasuradas, trituradas ou pulverizadas, relacionadas no Anexo I desta Resolução.

§1º. O disposto nesta Resolução se aplica aos produtos classificados como drogas vegetais relacionadas no Anexo I dessa Resolução.

§2º. A fabricação, a importação e a comercialização dos produtos de que trata o parágrafo anterior ficam sujeitos ao disposto nessa Resolução, devendo-se adotar, integral e exclusivamente, as informações padronizadas do Anexo I dessa Resolução.

§3º. As plantas medicinais in natura cultivadas em hortos comunitários e Farmácias Vivas reconhecidas junto a órgãos públicos e as drogas vegetais manipuladas em farmácias de manipulação não estão sujeitas à notificação instituída por esta Resolução, devendo atender às condições estabelecidas em regulamento próprio.

§4º. O Anexo I dessa Resolução estará disponível no site da ANVISA.

Art. 2º As drogas vegetais relacionadas no Anexo I são produtos de venda isenta de prescrição médica destinados ao consumidor final. Sua efetividade encontra-se amparada no uso tradicional e na revisão de dados disponíveis em literatura relacionada ao tema.

§ 1º. Os produtos de que trata esta Resolução destinam-se ao uso episódico, oral ou tópico, para o alívio sintomático das doenças relacionadas no Anexo I dessa Resolução, devendo ser disponibilizadas exclusivamente na forma de droga vegetal para o preparo de infusões, decoções e macerações.

§ 2º. Não podem ser notificadas drogas vegetais em qualquer outra forma (cápsula, tintura, comprimido, extrato, xarope, entre outros).

Seção II

Das definições e da padronização das medidas de referência

Art. 3º Para a notificação das drogas vegetais relacionadas no Anexo I dessa Resolução são consideradas as seguintes definições:

I - banho de assento: imersão em água morna, na posição sentada, cobrindo apenas as nádegas e o quadril geralmente em bacia ou em louça sanitária apropriada;

II - compressa: é uma forma de tratamento que consiste em colocar, sobre o lugar lesionado, um pano ou gaze limpa e umedecida com um infuso ou decocto, frio ou aquecido, dependendo da indicação de uso;

III - decoção: preparação que consiste na ebulição da droga vegetal em água potável por tempo determinado. Método indicado para partes de drogas vegetais com consistência rígida, tais como cascas, raízes, rizomas, caules, sementes e folhas coriáceas;

IV - dose de baixa gravidade: doença auto-limitante, de evolução benigna, que pode ser tratada sem acompanhamento médico;

V - droga vegetal: planta medicinal ou suas partes, que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta ou colheita, estabilização, secagem, podendo ser íntegra, rasurada ou triturada, relacionada no Anexo I dessa Resolução;

VI - folheto informativo: documento que acompanha o produto, cuja finalidade é orientar o usuário acerca da correta utilização da droga vegetal, nos termos deste regulamento, e não pode apresentar designações, símbolos, figuras, desenhos, imagens, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário;

VII - gargarejo: agitação de infuso, decocto ou maceração na garganta pelo ar que se expela da laringe, não devendo ser engolido o líquido ao final;

VIII - inalação: administração de produto pela inspiração (nasal ou oral) de vapores pelo trato respiratório;

IX - infusão: preparação que consiste em verter água fervente sobre a droga vegetal e, em seguida, tampar ou abafar o recipiente por um período de tempo determinado. Método indicado para partes de drogas vegetais de consistência menos rígida tais como folhas, flores, inflorescências e frutos, ou com substâncias ativas voláteis;

X - maceração com água: preparação que consiste no contato da droga vegetal com água, à temperatura ambiente, por tempo determinado para cada droga vegetal disposta no anexo I dessa Resolução. Esse método é indicado para drogas vegetais que possuam substâncias que se degradam com o aquecimento;

XI - notificação: prévia comunicação à autoridade sanitária federal (ANVISA) referente à fabricação, importação e comercialização das drogas vegetais relacionadas no Anexo I;

XII - planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos;

XIII - reação indesejada: qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após o uso de uma determinada droga vegetal em quantidades normalmente utilizadas pelo ser humano;

XIV - uso episódico: utilização de produto para o alívio sintomático de doenças de baixa gravidade, de forma não continuada, por período limitado de tempo.

XV - uso oral: forma de administração de produto utilizando ingestão pela boca;

XVI - uso tópico: aplicação do produto diretamente na pele ou mucosa; e

XVII - uso tradicional: uso alicerçado na tradição popular, sem evidências conhecidas ou informadas de risco à saúde do usuário, cujas propriedades são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização e documentações científicas.

Art. 4º Para fins de padronização, são adotadas as seguintes medidas de referência:

- I - colher das de sopa: 15 mL / 3 g;
- II - colher das de sobremesa: 10 mL / 2 g;
- III - colher das de chá: 5 mL / 1 g;
- IV - colher das de café: 2 mL / 0,5 g;
- V - xícara das de chá ou copo: 150 mL;
- VI - xícara das de café: 50 mL; e
- VII - cálice: 30 mL.

Seção III

Da notificação e da produção de drogas vegetais

Art. 5º Somente será permitida a notificação de produto contendo apenas uma droga vegetal e de acordo com os seguintes critérios:

I - deve ser realizada uma notificação individual por produto;

II - a notificação deve ser atualizada sempre que houver modificação em quaisquer informações prestadas por meio da notificação eletrônica;

III - todas as notificações devem ser renovadas a cada cinco anos, no primeiro semestre do último ano do quinquênio de validade, com a apresentação dos requisitos previstos neste regulamento e demais legislações pertinentes;

§1º. A notificação de drogas vegetais deve ser efetuada por meio do site da ANVISA.

§2º. Será disponibilizada para consulta no site da ANVISA a relação de produtos notificados e fabricantes cadastrados.

Art. 6º O fabricante deve adotar, integral e exclusivamente, as informações padronizadas do Anexo I e atualizações posteriores, além de seguir as Boas Práticas de Fabricação e Controle, conforme disposto em regulamento próprio.

Parágrafo único: Apenas as empresas fabricantes, que cumpram as Boas Práticas de Fabricação e Controle (BPF) para medicamentos ou para drogas vegetais sob notificação, conforme regulamento específico, poderão notificar e fabricar as drogas vegetais abrangidas por essa resolução, mediante certificado de BPF.

Art. 7º Não é permitida a adição de substâncias isoladas, de origem vegetal ou não, derivados vegetais ou excipientes às drogas vegetais notificadas.

Art. 8º Os fabricantes das drogas vegetais abrangidos por esta resolução devem apresentar metodologia, especificações e resultados dos seguintes testes de identidade e qualidade da droga vegetal no momento da notificação:

I - descrição da droga vegetal em Farmacopéias reconhecidas pela ANVISA, ou, em sua ausência, em publicação técnico-científica indexada ou laudo de identificação emitido por profissional habilitado;

II - prospecção fitoquímica, Cromatografia em Camada Delgada (CCD) ou outro método cromatográfico, acompanhada da respectiva imagem em arquivo eletrônico reconhecido pela ANVISA, com comparação que possa garantir a identidade da droga vegetal;

III - características organolépticas;

IV - granulometria (grau de divisão) da droga;

V - teor de cinzas totais;

VI - teor de umidade/perda por dessecação;

VII - contaminantes macroscópicos;

VIII - teste limite para metais pesados;

IX - contaminantes microbiológicos, para os quais serão adotados os seguintes limites:



a) para plantas medicinais que passarão por processo extrativo a quente (preparados por infusão e decoção):

1. bactérias aeróbicas: máximo de 10^7 UFC por grama;
2. fungos: máximo de 10^4 UFC por grama;
3. *Escherichia coli*: máximo de 10^2 UFC por grama;
4. outras enterobactérias: máximo de 10^4 UFC por grama;
5. salmonela: ausência; e
6. aflatoxinas: ausência. A avaliação da ausência de aflatoxinas deverá ser realizada quando for citado em monografia específica em Farmacopéia reconhecida ou quando existir citação em literatura científica da necessidade dessa avaliação ou de contaminação da espécie por aflatoxinas;

b) para plantas medicinais que não passarão por processo extrativo a quente (preparados por maceração):

1. bactérias aeróbicas: máximo de 10^5 UFC por grama;
2. fungos: máximo de 10^3 UFC por grama;
3. *Escherichia coli*: máximo de 10^2 UFC por grama;
4. outras enterobactérias: máximo de 10^4 UFC por grama;
5. salmonela: ausência; e
6. aflatoxinas: ausência. A avaliação da ausência de aflatoxinas deverá ser realizada quando for citado em monografia específica em Farmacopéia reconhecida ou quando existir citação em literatura científica da necessidade dessa avaliação ou de contaminação da espécie por aflatoxinas.

§ 1º. Para os testes exigidos por este artigo serão consideradas as metodologias dispostas na Farmacopéia Brasileira, ou, em sua ausência, em outras farmacopéias reconhecidas pela ANVISA ou, nos guias referentes ao controle de qualidade de espécies vegetais publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou ainda métodos próprios validados.

§ 2º. Os testes referentes ao controle da qualidade de drogas vegetais, quando terceirizados, deverão ser executados em laboratórios certificados em Boas Práticas Laboratoriais (BPL) e/ou por empresas fabricantes de medicamentos que tenham certificado válido de Boas Práticas de Fabricação e Controle (BPFCC).

§ 3º. Os resultados dos testes deverão ser apresentados no ato da notificação da droga vegetal e deverão estar disponíveis para fins de inspeção.

§ 4º. As drogas vegetais notificadas abrangidas por esta resolução terão prazo de validade de até um ano, estando isentas da apresentação de testes de estabilidade.

§ 5º. Pode ser aceito um prazo de validade maior caso o fabricante apresente resultados de ensaios de estabilidade que garantam a manutenção das características do produto no período proposto conforme Guia para realização de estudos de estabilidade vigente.

§ 6º. O fabricante deve garantir a manutenção da qualidade do produto durante o prazo de validade, confirmada por meio de laudo técnico de análise.

Seção IV

Da embalagem e do folheto informativo

Art. 9º. A embalagem deve garantir a proteção da droga vegetal contra contaminações e efeitos da luz e umidade e apresentar laço ou selo de segurança que garanta a inviolabilidade do produto.

Art. 10. A embalagem deve apresentar exclusivamente as seguintes informações:

I - nome do produto, no painel principal, que deverá ser composto pela nomenclatura popular escolhida dentre as relacionadas no Anexo I dessa Resolução, seguida da nomenclatura botânica: espécie (Gênero + epíteto específico);

II - a frase: "Este produto deve ser armazenado ao abrigo da luz, à temperatura ambiente e em locais secos.";

III - a frase: "PRODUTO NOTIFICADO NA ANVISA nos termos da RDC nº AFE nº.....";

IV - a frase: "Este produto deve ser mantido fora do alcance de crianças.";

V - a frase: "Este produto é indicado com base no seu uso tradicional.";

VI - nome do farmacêutico responsável e respectivo número de CRF;

VII - nome do fabricante;

VIII - número do CNPJ do fabricante;

IX - endereço completo do fabricante;

X - número do SAC do fabricante;

XI - número do lote;

XII - data de fabricação;

XIII - prazo de validade;

XIV - código de barras;

XV - a frase: "Usado tradicionalmente para o alívio sintomático de", complementado pela respectiva alegação terapêutica; seguida das informações de "Contra indicações e restrições de uso", "Efeitos adversos" e "Precauções e informações adicionais de embalagem" dispostas no Anexo I dessa Resolução para cada droga vegetal específica.

§ 1º. Caso não haja espaço suficiente na embalagem para as informações descritas no Inciso XV, as mesmas deverão ser integralmente e exclusivamente disponibilizadas no folheto informativo.

§ 2º. Poderá ser adicionada uma marca para distinguir a linha de produção dentro da mesma empresa para todas as drogas vegetais notificadas pelo mesmo fabricante, não podendo haver nome comercial para cada droga vegetal notificada.

§ 3º. Poderá ser adicionada uma imagem da droga vegetal notificada.

Art. 11. As seguintes informações poderão ser disponibilizadas na embalagem e, não havendo espaço suficiente, ser integralmente e exclusivamente disponibilizadas no folheto informativo:

I - parte utilizada da droga vegetal disposta no Anexo I dessa Resolução;

II - posologia e modo de usar;

III - frases para produtos que tenham a indicação para uso infantil e para maiores de setenta anos, respectivamente:

a) "Para crianças de três a sete anos, recomenda-se um quarto da dose utilizada para adultos; entre sete e doze anos, recomenda-se metade da dose adulta";

b) "Maiores de setenta anos deverão utilizar metade da dose utilizada para adultos";

IV - a frase: "Este produto pode ser utilizado sem prescrição médica para o alívio sintomático de doenças de baixa gravidade por períodos curtos. Caso os sintomas persistam ou piores, ou apareçam reações indesejadas não descritas na embalagem ou folheto informativo, interrompa seu uso e procure orientação de profissional de saúde.";

V - a frase: "Se você utiliza medicamentos de uso contínuo, busque orientação de profissional de saúde antes de utilizar este produto";

VI - a frase: "Preparar a infusão ou, decoção imediatamente antes do uso". Para algumas espécies vegetais dispostas no Anexo I, há a orientação de preparo para mais de uma dose a ser utilizada no mesmo dia, nestes casos, essa frase é dispensada;

VII - a frase: "Drogas vegetais não devem ser utilizadas por período superior ao indicado, ou continuamente, a não ser por orientação de profissionais de saúde";

VIII - a frase: "Crianças menores de dois anos não devem utilizar este produto, já que não há estudos que possam garantir a segurança nestas situações";

X - a frase: "Crianças menores de dois anos não devem utilizar este produto, já que não há estudos que possam garantir a segurança nestas situações";

XI - forma de utilização da droga vegetal disposta no Anexo I desta Resolução, complementada pelas frases trazidas nos parágrafos desse artigo;

§ 1º. Nos casos da droga vegetal ser utilizada por infusão, deverá constar a seguinte frase, conforme previsto no inciso XI do

presente artigo: "colocar (o número de) mL ou (o número de) medida de água fervente sobre (o número de) g ou (o número de) medida do produto em um recipiente apropriado. Abafar por cerca de 15 minutos, coar se necessário, e utilizar";

§ 2º. Nos casos da droga vegetal ser utilizada por decoção, deverá constar a seguinte frase, conforme previsto no inciso XI do presente artigo: "colocar (o número de) g ou (o número de) medida do produto em (o número de) quantidade de água fria e ferver por cerca de 3 a 5 minutos, deixar em contato por aproximadamente 15 minutos, coar se necessário, e utilizar"; ou

§ 3º. Nos casos da droga vegetal ser utilizada por maceração com água, deverá constar a seguinte frase, conforme previsto no inciso XI do presente artigo: "cobrir (o número de) g ou (o número de) medida do produto com (o número de) mL ou (o número de) medida de água e deixar em temperatura ambiente por (o número de) horas; agitar ocasionalmente, coar se necessário, e utilizar".

§ 4º. Algumas espécies vegetais dispostas no Anexo I possuem indicação de uso para mulheres grávidas ou crianças menores de dois anos. Nesses casos, é dispensada a inclusão das frases dos incisos IX e X deste artigo.

Art. 12. Nenhuma informação além das dispostas nesse regulamento pode estar presente no folheto informativo.

Art. 13. Deve ser utilizada fonte Times New Roman com tamanho mínimo de 10 pt (dez pontos), com espaçamento simples entre letras nas frases e informações da embalagem e folheto informativo.

Art. 14. A palavra chá não deve ser utilizada para designar o produto, podendo constar apenas nas informações sobre forma de utilização, nos casos em que a empresa citar a expressão "xicara das de chá".

Art. 15. Não poderão constar da embalagem, do folheto informativo, da rotulagem ou publicidade dos produtos de que trata esta resolução, designações, nomes geográficos, símbolos, figuras, desenhos ou quaisquer indicações que possibilitem interpretação falsa, erro ou confusão quanto à origem, procedência, natureza, composição ou qualidade, que atribuam ao produto finalidades diferentes daquelas previstas no Anexo I.

Art. 16. Sugere-se que a embalagem contenha doses individualizadas, ou um medidor apropriado à dose a ser utilizada.

Seção V

Das disposições finais

Art. 17. Os produtos importados devem seguir os mesmos critérios exigidos para aqueles de fabricação nacional, além de documentos oficiais expedidos pelas autoridades sanitárias do país de origem que confirmem seu registro no país, acompanhados de tradução juramentada na forma da lei.

Art. 18. As informações apresentadas na notificação são de responsabilidade do fabricante e são objeto de controle sanitário pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Art. 19. As atualizações ao Anexo I dessa Resolução serão publicadas periodicamente na forma de atos normativos específicos, por iniciativa própria da ANVISA ou por solicitações externas, conforme disposto no Anexo II, segundo critérios de conveniência e oportunidade da Agência.

Art. 20. A propaganda e a publicidade dos produtos de que trata esta Resolução estão sujeitas ao controle, fiscalização e acompanhamento da ANVISA, nos termos da legislação vigente.

Art. 21. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO I

As alegações terapêuticas consideram apenas as formas de preparo e usos específicos aqui tratados, ficando excluídas desta resolução ações farmacológicas e indicações terapêuticas que, embora relevantes pelo uso tradicional, ou subsidiadas por estudos científicos, requeiram formas de preparação ou uso não previstas nesta Resolução.											
Nomenclatura botânica	Nomenclatura popular	Parte utilizada	Forma de utilização	Posologia e modo de usar	Via	Uso	Alegações	Contra indicações	Efeitos adversos	Informações adicionais em embalagem	Referências
<i>Achillea millefolium</i>	Mil folhas	Partes aéreas	Infusão: 1-2 g (1-2 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 3 a 4 x ao dia	Oral	A/I	Falta de apetite, dispepsia (perturbações digestivas), febre, inflamação e cólicas	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de úlcera gástrica ou duodenal ou com oclusão das vias biliares	O uso pode causar cefaleia e inflamação. O uso prolongado pode provocar reações alérgicas. Caso ocorra, um desses sintomas, suspender o uso e consultar um especialista	-----	WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 ALONSO, 2004
<i>Achyrocline satureioides</i>	Macela; Marcela; Marcela do campo	Sumidades floridas	Infusão: 1,5 g (1/2 col de sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 4 x ao dia	Oral	A/I	Má digestão e cólicas intestinais; como sedativo leve; e como antiinflamatório	-----	-----	-----	ALONSO, 1998 GUPTA et al, 1995 IPATINGA, 2000 SIMÕES et al, 1998
<i>Aesculus hippocastanum</i>	Castanha-da-índia	Sementes com casca	Decocção: 1,5 g (1/2 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá, 2 x dia, logo após as refeições	Oral	A	Fragilidade capilar, insuficiência venosa (hemorroidas e varizes)	Não utilizar na gravidez, lactação, insuficiência hepática e renal, como também em casos de lesões da mucosa digestiva em atividade	Altas doses podem causar irritação do trato digestivo, náusea e vômito	Não utilizar junto com anticoagulantes	BLUMENTHAL, 2000 ALONSO, 2004 CARDOSO, 2009
<i>Ageratum conyzoides</i>	Mentasto, Catinga de bode	Partes aéreas sem as flores	Infusão: 2-3 g (2-3 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Dores articulares (Artrite, artrose) e reumatismo	Não deve ser utilizado por pessoas com problemas hepáticos	-----	Nunca usar por mais de três semanas consecutivas	DINIZ et al., 2006 MATOS et al., 2001 MATOS, 1997b MATOS, 1998 MELO-DINIZ et al., 1998 RODRIGUES, 2006



<i>Allium sativum</i>	Alho	Bulbo	Maceração: 0,5 g (1 col café) em 30 mL (cálice)	Utilizar 1 cálice 2 x ao dia antes das refeições	Oral	A/I	Hipercolesterolemia (colesterol elevado). Atua como expectorante e anti-séptico	Não deve ser utilizado por menores de três anos e pessoas com gastrite e úlcera gástrica, hipotensão (pressão baixa) e hipoglicemia (concentração de açúcar baixo no sangue). Não utilizar em caso de hemorragia e em tratamento com anticoagulantes	Doses acima da recomendada podem causar desconforto gastrointestinal	Descontinuar o uso 10 dias antes de qualquer cirurgia. Deixar a droga seca rasurada por cerca de uma hora em maceração	WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 GRUENWALD, et al, 2000
<i>Anacardium occidentale</i>	Cajueiro	Entrecasca	Decocção: 4,5 g (1 ½ co sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic, 3 a 4 x ao dia	Oral	A	Diarréia não infecciosa	Não deve ser utilizado por período superior ao recomendado	-----	Não utilizar junto com anticoagulantes, corticóides e antiinflamatórios	LORENZI & MATOS, 2008
				Aplicar compressa na região afetada 3 a 4 x ao dia	Tópico		Lesões como anti-séptico e cicatrizante	Deverá ser utilizado com cautela na gravidez	-----		
<i>Arctium lappa</i>	Bardana	Raízes	Decocção: 2,5 g (2,5 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (Distúrbios digestivos). Como diurético e como antiinflamatório nas dores articulares (artrite)	-----	-----	-----	GARCIA et al, 1999 GRUENWALD, et al, 2000 WICHTL, 2003
				Aplicar compressas na pele lesada 3 x ao dia	Tópico	A	Dermatites (irritação da pele), como anti-séptico e antiinflamatório	-----	-----		
<i>Arnica montana</i>	Arnica	Flores	Infusão: 3 g (1 col de sopa) em 150 mL (xic chá)	Aplicar compressa na área a ser tratada de 2 a 3 x ao dia	Tópico	A/I	Traumas, contusões, torções, edemas devido a fraturas e torções. Hematomas	Não utilizar por via oral, pois pode causar gastrite e distúrbios cardiovasculares, falta de ar e morte. Não aplicar em feridas abertas	Pode, em casos isolados, provocar reações alérgicas na pele como vesiculação e necrose. Não utilizar por um período superior a 7 dias pois o uso prolongado pode provocar reações do tipo dermatite de contato (irritação da pele), formação de vesículas e eczemas	Evitar o uso em concentrações superiores às recomendadas.	PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 ESCOPE, 2003 CARDOSO, 2009
<i>Baccharis trimera</i>	Carqueja; Carqueja amarga	Partes aéreas	Infusão: 2,5 g (2,5 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (Distúrbios da digestão)	Não utilizar em grávidas, pois pode promover contrações uterinas. Evitar o uso concomitante com medicamentos para hipertensão e diabetes	O uso pode causar hipotensão (queda da pressão)	-----	ALONSO, 1998 GUPTA et al, 1995 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 ALONSO, 2004
<i>Bidens pilosa</i>	Picão	Folhas	Infusão: 2 g (1 col de sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 4 x ao dia	Oral	I	Icterícia (coloração amarelada de pele e mucosas devido a uma acumulação de bilirrubina no organismo)	Não utilizar na gravidez	-----	-----	GUPTA et al, 1995 IPATINGA, 2000 SIMÕES et al, 1998 ALONSO, 2004
<i>Calendula officinalis</i>	Calêndula	Flores	Infusão: 1-2 g (1 a 2 col chá) em 150 mL (xic chá)	Aplicar compressa na região afetada 3 x ao dia	Tópico	A/I	Inflamações e lesões, contusões e queimaduras	-----	-----	-----	WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 200 ESCOPE, 2003 CARDOSO, 2009
<i>Caesalpinia ferrea</i>	Jucá, Pau-ferro	Favas	Decocção 7,5 g (2,5 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Aplicar compressa na região afetada de 2 a 3 x ao dia	Tópico	A	Lesões, como adstringente, hemostático, cicatrizante e anti-séptico	-----	-----	-----	DINIZ et al., 2006 IEPA, 2005 MATOS, 1997b MELO-DINIZ et al., 1998
<i>Casearia sylvestris</i>	Guaçatonga, Erva-de-bugre, Erva-de-lagarto	Folha	Infusão 2 a 4 g (1 a 2 col de sobremesa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 3-4 x ao dia	Tópico	A/I	Dor e lesões, como anti-séptico e cicatrizante tópico	Não utilizar na gravidez e lactação	-----	-----	LORENZI & MATOS, 2008
					Interno	A/I	Dispepsia (distúrbios digestivos), gastrite e halitose (mal hálito)	-----	-----		ITF, 2008
<i>Cinnamomum verum</i>	Canela, Canela-do-Ceilo	Casca	Decocção: 0,5-2 g (1 a 4 col café) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 6 x ao dia	Oral	A	Falta de apetite, perturbações digestivas com cólicas leves, flatulência (gases) e sensação de plenitude gástrica	Não utilizar na gravidez	Podem ocorrer reações alérgicas de pele e mucosas	-----	WICHTL, 2003 GRUENWALD, et al, 2000 GARCIA et al, 1999
<i>Citrus aurantium</i>	Laranja-amarga	Flores	Maceração: 1-2 g (1-2 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 a 2 xic chá, antes de dormir	Oral	A/I	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de distúrbios cardíacos	-----	Respeitar rigorosamente as doses recomendadas. Deixar em maceração por 3 a 4 horas	WICHTL, 2003 GARCIA et al, 1999 LORENZI & MATOS, 2008
<i>Cordia verbenacea</i>	Erva-baleeira	Folha	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic, 3 x ao dia	Oral	A	Inflamação em contusões e dor	-----	-----	-----	LORENZI & MATOS, 2008
				Aplicar compressa na região afetada 3 x ao dia	Tópico			-----	-----		
<i>Curcuma longa</i>	Curcuma, Açafrão, Açafrão da Terra	Rizomas	Decocção: 1,5g (3 col café) em 150 mL (1 xic chá)	Utilizar 1 xic chá 1 a 2 x ao dia	Oral	A/I	Dispepsia (distúrbios digestivos). Como antiinflamatório	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de obstrução dos dutos biliares e em caso de úlcera gastroduodenal. Em caso de cálculos biliares (pedra na vesícula), utilizar somente sob avaliação médica.	-----	Não utilizar junto com anticoagulantes	WICHTL, 2003 GARCIA et al, 1999 ALONSO, 1998 OMS, 1999
<i>Cymbopogon citratus</i>	Capim santo, Capim limão, Capim cidrô, Capim cidreira, Cidreira	Folhas	Infusão: 1-3g (1 a 3 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A/I	Cólicas intestinais e uterinas. Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	-----	-----	Pode aumentar o efeito de medicamentos sedativos (calmantes)	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 GILBERT et al, 2005 GUPTA et al, 1995 IEPA, 2005 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 VIANA et al, 1998 BARBOSA et al, 2009 LUZ NETTO, 1998



<i>Cynara scolymus</i>	Alcachofra	Folhas	Infusão: 2 g (1 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 3 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios da digestão)	Não deve ser utilizado por pessoas com doenças da vesícula biliar. Usar cuidadosamente em pessoas com hepatite grave, falência hepática e câncer hepático	O uso pode provocar flatulência (gases), fraqueza e sensação de fome	-----	GARCIA et al, 1999 MATOS, 2000 PROPLAM, 2004 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 CARDOSO, 2009
<i>Echinodorus macrophyllus</i>	Chapéu de couro	Folhas	Infusão: 1 g (1 col chá) em 150 mL (xic de chá)	Utilizar 1 xic chá 3 x ao dia	Oral	A	Edemas (inchaço) por retenção de líquidos e processos inflamatórios	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de insuficiência renal e cardíaca	Não utilizar doses acima da recomendada pois pode causar diarreia	Pode interagir com medicamentos anti-hipertensivos, causando queda da pressão	AMARAL et al., 2005 PROPLAM, 2004 GILBERT et al, 2005
<i>Equisetum arvense</i>	Cavalinha	Partes aéreas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá 2 a 4 x ao dia	Oral	A	Edemas (inchaços) por retenção de líquidos	Não deve ser utilizado por pessoas com insuficiência renal e cardíaca	Uma alergia rara pode ocorrer em pacientes sensíveis à nicotina. O uso por período superior ao recomendado pode provocar dor de cabeça e anorexia. Altas doses podem provocar irritação gástrica, reduzir os níveis de vitamina B1 e provocar irritação no sistema urinário	-----	ALONSO, 1998 MARINGÁ, 2001 IPATINGA, 2000 MILLS & BONE, 2004
<i>Erythrina verna</i>	Mulungu	Casca	Decocção: 4 a 6 g (2 a 3 col de sobremesa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	-----	-----	Não usar por mais de 3 dias seguidos	LIMA et al, 2006 MATOS, 1997a MATOS, 1997b IPATINGA, 2000
<i>Eucalyptus globulus</i>	Eucalipto	Folhas	Infusão: 2 g (col sobremesa) em 150 mL (xic chá)	Fazer inalação de 2 a 3 x ao dia	Inalatório	A	Gripes e resfriados para desobstrução das vias respiratórias, como adjuvante no tratamento de bronquite e asma	Não deve ser utilizado por pessoas com inflamação gastrointestinal e biliar, doença hepática grave, gravidez, lactação e em menores de 12 anos.	Em casos raros, pode provocar náusea, vômito e diarreia	Evitar o uso associado com sedativos, anestésicos e analgésicos, pois pode potencializar suas ações. Pode interferir com tratamentos hipoglicemiantes. Colocar a infusão em recipiente aberto, cobrir a cabeça com um pano junto ao recipiente e inalar	ALONSO, 1998 MATOS, 1997b MATOS, 2000 PROPLAM, 2004 WICHTL, 2003 BLUMENTHAL, 2000 GARCIA et al, 1999
<i>Eugenia uniflora</i>	Pitangueira	Folhas	Infusão: 3 g (1 colher de sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 cálice (30 ml) após a evacuação em no máximo 10 x ao dia	Oral	A	Diarréia não infecciosa	-----	-----	-----	ALONSO, 2004
<i>Glycyrrhiza glabra</i>	Alcaçuz	Raiz	Infusão: 4,5 g (1 ½ col sopa) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic de chá 3-4 x ao dia	Oral	A	Tosses, gripes e resfriados	Não deve ser utilizado na gravidez e pessoas com hipertensão arterial, hiperglicemia e diabetes	Possível quadro de pseudoalosteronismo por ação mineralocorticoide (caracterizado por retenção de sódio, cloro e água, edema, hipertensão arterial e ocasionalmente mioglobulinúria)	Deve haver cautela ao associar com anticoagulantes, corticóides e anti-inflamatórios	ALONSO, 1998 GARCIA, 1999
<i>Hamamelis virginiana</i>	Hamamélis	Casca	Decocção: 3-6 g (1-2 col sopa) em 150 mL (xic chá)	Aplicar em compressas na região afetada 2 a 3 x ao dia	Tópico	A/I	Inflamações da pele e mucosas. Hemorroidas	-----	Não ingerir, pois pode, eventualmente, provocar irritação gástrica e vômitos	Nunca usar continuamente por mais de 4 semanas	WICHTL, 2003 GRÜNEWALD, et al, 2000 GARCIA et al, 1999
<i>Harpagophytum procumbens</i>	Garra do diabo	Raiz	Infusão: 1 g (1 colher de chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic, 2 a 3 X dia	Oral	A	Dores articulares (Artrite, artrose, artralgia)	Não utilizar em portadores de úlceras estomacais e duodenais	-----	-----	ITF, 2008
<i>Illicium verum</i>	Anis estrelado	Fruto	Infusão: 1,5 g (1 ½ col de chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic de chá 3-4 x ao dia	Oral	A	Bronquite como expectorante	Não utilizar na gravidez e no hiperestrogenismo	O uso pode ocasionar reação	-----	ALONSO, 1998; MATOS, 1998
<i>Justicia pectoralis</i>	Chambá, Chachambá, Trevo-cumaru	Partes aéreas	Infusão: 5 g (5 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A/I	Tosse, como expectorante e broncodilatador	Pacientes com problemas de coagulação e em uso de anticoagulantes e analgésicos	-----	-----	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 GUPTA et al, 1995 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1998 MATOS, 2000 VIANA et al, 1998
<i>Lippia alba</i>	Erva-cidreira, Falsa erva-cidreira, Falsamelissa	Partes aéreas	Infusão: 1 a 3 g (1 a 3 col chá) em 150 mL (xic chá)	Utilizar 1 xic chá de 3 a 4 x ao dia	Oral	A/I	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave. Cólicas abdominais, distúrbios estomacais, flatulência (gases), como digestivo, e expectorante	Uso cuidadosamente em pessoas com hipotensão (pressão baixa)	Doses acima da recomendada podem causar irritação gástrica, bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) e hipotensão (queda da pressão)	-----	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 GILBERT et al, 2005 GUPTA et al, 1995 IEPA, 2005 IPATINGA, 2000 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 PROPLAM, 2004 LUZ NETTO, 1998
<i>Lippia sidoides</i>	Alecrim-pimenta	Folhas	Infusão: 2-3 g (2-3 col chá) em 150 mL (xic chá)	Aplicar de 2 a 3 x ao dia	Tópico: Gargarejos, bochechos e lavagens	A	Inflamações da boca e garganta, como anti-séptico	-----	-----	Não deve ser usado em inalações devido à ação irritante dos	MATOS, 1997a MATOS, 1998



										vapores. Não engolir o produto após o bochecho e gargarejo	MATOS, 2000 VIANA et al, 1998
<i>Malva sylvestris</i>	Malva	Folhas e flores	Infusão: 2 g (1 col sobremesa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá 4 x ao dia	Oral	A	Afecções respiratórias como expectorante	-----	-----	-----	ALONSO, 1998 GARCIA et al, 1999 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 ALONSO, 2004 WICHTL, 2003
			Infusão: 6 g (2 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar de 3 a 4 x ao dia	Tópico		Contusões e dos processos inflamatórios da boca e garganta				
<i>Matricaria recutita</i>	Camomila	Flores	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 3 a 4 x ao dia	Oral	A/I	Cólicas intestinais. Quadros leves de ansiedade, como calmante suave	-----	Podem ocorrer reações alérgicas ocasionais. Em caso de superdose, pode ocorrer o aparecimento de náuseas, excitação nervosa e insônia		MATOS, 1998 PROPLAM, 2004 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 ALONSO, 2004 CARDOSO, 2009
			Infusão: 6-9g (2-3 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar de 3 a 4 x ao dia, em forma de compressas, bochechos e gargarejos	Tópico		Contusões e dos processos inflamatórios da boca e gengiva			Não aplicar a infusão na região próxima aos olhos	
<i>Maytenus ilicifolia</i>	Espinheira santa	Folhas	Infusão: 1-2 g (1-2 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 3 a 4 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios da digestão), azia e gastrite. Coadjuvante no tratamento episódico de prevenção de úlcera em uso de anti-inflamatórios não esteroidais	Não deve ser utilizado por crianças menores de 6 anos. Não utilizar em grávidas até o terceiro mês de gestação e lactantes, pois promove a redução do leite	O uso pode provocar secura, gosto estranho na boca e náuseas		AMARAL et al, 2005 GUPTA et al, 1995 IPATINGA, 2000 LIMA et al, 2006 MARINGÁ, 2001 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998
<i>Melissa officinalis</i>	Melissa, Erva-cidreira	Sumidades floridas	Infusão: 2 a 4g (1-2 col sobremesa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Cólicas abdominais. Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	Não deve ser utilizado por pessoas com hipotireoidismo (redução da função da tireóide)	Utilizar cuidadosamente em pessoas com pressão baixa		GARCIA et al, 1999 MATOS, 2000 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 ALONSO, 1998
<i>Mentha x piperita</i>	Hortelã-pimenta	Folhas e sumidades floridas	Infusão: 1,5 g (3 col café) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 4 x ao dia	Oral	A/I	Cólicas, flatulência (gases), problemas hepáticos	Não deve ser utilizado em casos de obstruções biliares, danos hepáticos severos e durante a lactação. Na presença de cálculos biliares, consultar profissional de saúde antes de usar			WICHTL, 2003 MATOS, 2000 MILLS & BONE, 2004 GRUENWALD, et al, 2000 GARCIA et al, 1999
<i>Mentha pulegium</i>	Poejo	Partes aéreas	Infusão: 1 g (1 col sobremesa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia durante ou após refeições	Oral	A	Afecções respiratórias como expectorante. Estimulante do apetite, perturbações digestivas, espasmos gastrointestinais, cálculos biliares e colecistite	Não deve ser utilizada na gravidez, lactação e em crianças menores de 6 anos. Contraindica-se o uso prolongado e a inalação	A administração em doses e tempo de uso acima dos recomendados pode promover danos no fígado e ocasionar problemas na gravidez		GARCIA et al, 1999 GRUENWALD, et al, 2000 IPATINGA, 2000 MATOS, 1998
<i>Mikania glomerata</i>	Guaco	Folhas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá 3 x ao dia	Oral	A/I	Gripes e resfriados, bronquites alérgica e infecciosa, como expectorante		A utilização pode interferir na coagulação sanguínea. Doses acima da recomendada podem provocar vômitos e diarreia;	Pode interagir com anti-inflamatórios não-esteroidais	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 GILBERT et al, 2005 GUPTA et al, 1995 IPATINGA, 2000 MARINGÁ, 2001 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1998 PROPLAM, 2004 VIANA et al, 1998 LUZ NETTO, 1998
<i>Momordica charantia</i>	Melão-de-São-Caetano	Folhas, frutos e sementes	Decocção: 5 g em 1L	Aplicar nos locais afetados 2 x dia ou banhar-se uma vez ao dia	Tópico	A	Dermatites (irritação da pele) e escabiose (sarna)	-----	-----	Pode interagir com hipoglicemiantes. Não utilizar por via oral, pois pode causar coma hipoglicêmico (por diminuição de açúcar no sangue) e convulsões em crianças; problemas hepáticos e dor de cabeça	ALONSO, 1998 GUPTA et al, 1995 IIEPA, 2005 MATOS, 1997b MELO-DINIZ et al., 1998
<i>Passiflora alata</i>	Maracujá	Folhas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 1 a 2 x ao dia	Oral	A/I	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	-----	O uso pode causar sonolência	Não deve ser usado junto com medicamentos sedativos e depressores do sistema nervoso. Nunca utilizar cronicamente	DINIZ et al., 2006 GUPTA et al, 1995 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 SIMÕES et al, 1998 VIANA et al, 1998
<i>Passiflora edulis</i>	Maracujá-azedo	Folhas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 1 a 2 x ao dia	Oral	A/I	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	-----	Seu uso pode causar sonolência	Não deve ser usado junto com medicamentos sedativos e depressores do sistema nervoso. Nunca utilizar cronicamente	DINIZ et al., 2006 GUPTA et al, 1995 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 SIMÕES et al, 1998 VIANA et al, 1998
<i>Passiflora incarnata</i>	Maracujá	Partes aéreas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 3 a 4 x ao dia	Oral	A	Quadros leves de ansiedade e insônia, como calmante suave	-----	Seu uso pode causar sonolência	Não deve ser usado junto com medicamentos sedativos e depressores do sistema nervoso. Nunca utilizar cronicamente	MATOS, 1997b OMS, 2007 PROPLAM, 2004 MILLS & BONE, 2004



<i>Paullinia cupana</i>	Guaraná	Sementes	0,5-2 g do pó (1 a 4 col café)	Utilizar puro ou diluído em água	Oral	A	Fadiga como estimulante	Não deve ser utilizado por pessoas com ansiedade, hipotireoidismo, hipertensão, arritmias, problemas cardíacos, estomacais e intestinais, taquicardia paroxística, gastrite e cólon irritável	Em altas doses pode causar insônia, nervosismos e ansiedade	Não associar com outras drogas com bases xânticas (café, noz de cola, mate), nem com anti-hipertensivos	GARCIA et al, 1999 GRÜNENWALD, et al, 2000 MILLS & BONE, 2004 ALONSO, 2004
<i>Peumus boldus</i>	Boldo-do-chile	Folhas	Infusão: 1 a 2 g (1 a 2 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá 2 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios da digestão), como colágo e colerético	Não deve ser utilizado por pessoas com obstrução das vias biliares, doenças severas no fígado e nos casos de gravidez. Usar cuidadosamente em pessoas com doença hepática aguda ou severa, colecistite séptica, espasmos do intestino e íleo e câncer hepático	-----	Não exceder a dosagem recomendada	GUPTA et al, 1995 MATOS, 1998 MATOS, 2000 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 CARDOSO, 2009 LUZ NETTO, 1998
<i>Phyllanthus niruri</i>	Quebra-pedra	Partes aéreas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Litíase renal (cálculos renais) por auxiliar na eliminação de cálculos renais pequenos	Contra indicado na eliminação de cálculos grandes. Não utilizar na gravidez	Em concentrações acima da recomendada	Nunca utilizar por mais de 3 semanas	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 GILBERT et al., 2005 GUPTA et al, 1995 IEPA, 2005 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997b MATOS, 1998 MELO-DINIZ et al., 1998 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 ALONSO, 2004
<i>Pimpinella anisum</i>	Anis, Erva doce	Frutos	Decocção: 1,5 g (3 col café) em 150 mL água (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá 3x ao dia	Oral	A/I	Dispepsia (distúrbios digestivos), cólicas gastrointestinais e como expectorante	-----	-----	A droga vegetal deve ser amassada imediatamente antes de usar	WICHTL, 2003 GARCIA et al, 1999 ALONSO, 2004
<i>Plantago major</i>	Tanchagem; Tansagem, Tranchagem	Folhas	Infusão: 6-9 g (2-3 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar no local afetado, em bochechos e gargarejos 3x dia	Tópico	A	Inflamações da boca e faringe	Hipotensão arterial (pressão baixa), obstrução intestinal e gravidez	-----	Não engolir a preparação após o bochecho e gargarejo. Nunca utilizar a casca da semente	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 GARCIA et al, 1999 GUPTA et al, 1995 MATOS, 1997b ALONSO, 2004
<i>Plectranthus barbatus</i>	Boldo-nacional, Hortelã-homem, Falso-boldo, Boldo-africano	Folhas	Infusão: 1-3 g (1-3 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios da digestão) e hipotensão (pressão baixa)	Não deve ser utilizado em gestantes, lactantes, crianças, pessoas com hipertensão (pressão alta), hepatites e obstrução das vias biliares. Pessoas que fazem uso de medicamentos para o sistema nervoso central devem evitar o uso	O uso pode diminuir a pressão arterial. Doses acima da recomendada e utilizadas por um período de tempo maior que o recomendado podem causar irritação gástrica	Não usar junto com metronidazol ou dissulfiram	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 IEPA, 2005 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998
<i>Polygala senega</i>	Poligala	Raiz	Infusão: 4,5 g (1 ½ colher de sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá, 3 a 4 X dia	Oral	A	Congestão respiratória, como expectorante	-----	Altas doses produzem efeito emetizante (provoca vômito) e diarreias, além de problemas gastrointestinais	-----	ALONSO, 2004
<i>Polygonum punctatum</i>	Erva-de-bicho, Pimenteira-d'água	Partes aéreas	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar na região afetada 3 X dia	Tópico	A	Varizes e úlceras varicosas	Gravidez	-----	-----	ITF, 2008
<i>Psidium guajava</i>	Goiabeir	Folhas jovens	Infusão: 2 g (col sobremesa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 cálice (30 mL) após a evacuação em no máximo 10 X ao dia	Oral	A	Diarreias não infecciosas	-----	-----	Não utilizar continuamente	GILBERT et al, 2005 DINIZ et al., 2006 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998
<i>Punica granatum</i>	Romã	Pericarpo (casca do fruto)	Decocção: 6 g (2 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar no local afetado, em bochechos e gargarejos 3x dia	Tópico	A	Inflamações e infecções da mucosa da boca e faringe como anti-inflamatório e anti-séptico	-----	Se ingerido, pode provocar zumbido, distúrbios visuais, espasmos na panturrilha e tremores	Não engolir a preparação após o bochecho e gargarejo	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 DINIZ et al., 2006 MATOS et al, 2001 MATOS, 1997a MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998 VIANA et al, 1998 OMS, 2003
<i>Rhamnus purshiana</i>	Cáscara sagrada	Casca	Decocção: 0,5 g (col café) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar de ½ a 1 xíc chá, antes de dormir	Oral	A	Constipação intestinal eventual	Não deve ser utilizado por pessoas com obstrução intestinal, refluxo, inflamação intestinal aguda (doença de Crohn), colite, apendicite ou dor abdominal de origem desconhecida, pacientes com histórico de polipos e intestinal. Não utilizar durante lactação, gravidez e em menores de 12 anos	Pode ocorrer desconforto no trato gastrointestinal, principalmente em pacientes com cólon irritável, além de mudança de coloração na urina	Não fazer uso crônico (mais de 1 semana). O uso contínuo pode promover diarreia, perda de eletrólitos e dependência	WICHTL, 2003 OMS, 2004 ALONSO, 2004 CARDOSO, 2009
<i>Rosmarinus officinalis</i>	Alecrim	Folhas	Infusão: 3-6 g (1-2 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar no local afetado 2 x ao dia Utilizar de 1 a 2 xíc chá ao dia	Tópico Oral	A	Distúrbios circulatórios, como anti-séptico e cicatrizante Dispepsia (distúrbios digestivos)	Não deve ser utilizado por pessoas com doença prostática, gastroenterites, dermatoses em geral e em histórico de convulsão	Usado cronicamente, ou em doses excessivas, pode causar irritação renal e gastrointestinal	-----	BIESKI & MARI GEMMA, 2005 IPATINGA, 2000 MATOS, 1997b MATOS, 1998 MATOS, 2000 MELO-DINIZ et al., 1998 MELO-DINIZ et al., 2006 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998



<i>Salix alba</i>	Salgueiro	Casca do caule	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc, 2 a 3 X dia	Oral	A	Inflamação, dor e febre. Gripe e resfriados	Não utilizar junto com Ma-racujá e Noz moscada	-----	Usar cautelosamente junto a anticoagulantes, corticóides e antiinfla-matórios não esteroidais	LORENZI & MATOS, 2008 ESCOP, 1997
<i>Salvia officinalis</i>	Sálvia	Folhas	Infusão: 3,5 g (7 col café) em 150 mL (xíc chá)	Aplicar no local afetado, em bochechos e gargarejos 1 ou 2 x dia	Tópico	A/I	Inflamações da boca e gar-ganta, gengivites e aftas	Não utilizar na gravidez e lactação, insuficiência renal e tumores mamários estro-geno dependentes	-----	Não engolir a prepara-ção após o bochecho e gargarejo	WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 GRUENWALD, et al, 2000
			Infusão: 1,5-2 g (3-4 col café) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A/I	Dispepsias (distúrbios di-gestivos) e transpiração ex-cessiva			pois pode causar náu-sea, vômitos, dor abdominal, tonturas e agitação. Pode elevar a pressão em pacientes hiperten-sos. Em altas doses pode ser neurotó-xica (causar convulsões) e hepatotóxica (causar da-no no fígado)	
<i>Sambucus nigra</i>	Sabugueiro	Flor	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc, 2 a 3 X dia	Oral	A	Gripe e resfriado	-----	O uso em quantida-des maiores que o recomendado pode promover hi-pocalemia (diminui-ção da taxa de po-tássio no organismo)	Não utilizar folhas por conterem glicosídeos cianogênicos que podem ser tóxicos	NEWALL, 1996 ALONSO, 2004
<i>Schinus terebinthifolia</i>	Aroeira-da-praia	Casca do caule	Decocção: 1 g em 1L água	Aplicar na região afetada 2 x ao dia, em compressas, banhos de assento	Tópico	A	Inflamação vaginal, leucor-réia (corrimento vaginal), como hemostático, adstringente e cicatrizante	-----	-----	-----	MATOS, 1997b MELO-DINIZ et al., 1998
											MELO-DINIZ et al., 2006 PROPLAM, 2004 SIMÕES et al, 1998
<i>Senna alexandrina</i>	Sene	Fruto e folíolos	Decocção: 1 g (col café) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar de 1 xíc chá, antes de dormir	Oral	A	Constipação intestinal even-tual	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de ob-strução intestinal, inflamação intestinal aguda (doença de Crohn), colite, apendicite ou dor abdominal de origem não diagnosticada, constipação crônica. Não usar em crianças me-nores de 10 anos	Desconforto do trato gastrointestinal, principal-mente em pacientes com cólon irritável, mu-dança na coloração da urina	Não fazer uso crônico (mais de 1 semana). O uso contínuo pode promover diarreia e perda de eletrólitos	WICHTL, 2003 OMS, 1999 CARDOSO, 2009
<i>Solanum paniculatum</i>	Jurubeba	Planta inteira	Infusão: 1 g (1 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 3 a 4 x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios da di-gestão)	-----	Doses acima da re-comendada e por período de tempo acima do re-comendado podem causar intoxicação com náuseas, vômitos, diarreia, cólicas ab-dominais, confusão mental, edema cerebral e morte	-----	GUPTA et al, 1995 IPATINGA, 2000 MATOS, 1997b SIMÕES et al, 1998 CEDAC ALONSO, 2004
<i>Stryphnodendron ad-trigens</i>	Barbatimão	Casca	Decocção: 3 g (col sopa) em 1 L de água	Aplicar compressas no lo-cal afetado 2-3x ao dia	Tópico	A/I	Lesões como cicatrizante e anti-séptico tópico na pele e mucosas bucal e genital	Não deve ser utilizado em lesões com processo infla-matório intenso	-----	-----	RODRIGUES, 2006 LIMA et al, 2006 GILBERT et al, 2005
<i>Taraxacum officinale</i>	Dente de leão	Toda a planta	Decocção: 3-4 g (3-4 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá 3x ao dia	Oral	A	Dispepsia (distúrbios diges-tivos), estimulante do ape-tite e como diurético	Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de ob-strução dos dutos biliares e do trato intes-tinal. Na ocorrência de cálculos biliares, consul-tar profissional de saúde antes do uso	O uso pode provo-car hiperacidez gástrica e hipoten-são (queda da pressão)	Não utilizar em me-nores de dois anos	WICHTL, 2003 OMS, 2007 ALONSO, 2004
<i>Uncaria tomentosa</i>	Unha-de-gato	Entrecasca	Decocção: 0,5 g (1 col chá) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 3 x ao dia	Oral	A	Dores articulares (artrite e artrose) e musculares agu-das, como antiinflamatório	Não é recomendado o uso antes e depois de quimio-te-rapia, nem em pacientes hemofílicos. Não utilizar em menores de 3 anos	O uso pode provo-car cansaço, febre, diarreia, constipação. Altas doses podem causar sintomas pancreáticos e alte-rações do nervo óp-tico	Evitar o uso concomi-tante com imunossu-pressores e em pacientes transplan-tados ou esperando transplantes	GILBERT et al, 2005 MILLS & BONE, 2004 ALONSO, 2004
<i>Vernonia condensata</i>	Boldo-baiano	Folha	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc, 3X dia, an-tes das principais refeições	Oral	A	Dor e dispepsia	-----	-----	-----	LORENZI & MATOS, 2008
<i>Vernonia polyanthes</i>	Assa-peixe	Folha	Infusão: 3 g (1 col sopa) em 150 mL (xíc chá)	Gargarejar e, em seguida, ingerir 1 xícara (150 ml) 3x/dia	Oral	A	Bronquite e tosse persisten-te	Não deve ser utilizada du-rante a gravidez e lactação	-----	-----	LORENZI & MATOS, 2008
				Aplicar sobre a área afeta-da 2 x dia durante 2 horas de cada vez	Tópico	A	Dores musculares				
<i>Zingiber officinale</i>	Gengibre	Rizoma	Decocção: 0,5 - 1 g (1 a 2 col café) em 150 mL (xíc chá)	Utilizar 1 xíc chá de 2 a 4 x ao dia	Oral	A/I	Enjôo, náusea e vômito da gravidez, de movimento e pós-operatório. Dispepsias em geral	Em casos de cálculos biliar-es, utilizar apenas com acompanhamento d e profissional de saúde. Evitar o uso em paciente s que estejam usando anti-coagulantes, com desordens de coagulação , ou com cálculos biliares; irritação gástrica e hiperten-são, especialmente em do-ses altas. Evitar o uso em me-nores de seis anos	-----	-----	OMS, 1999 WICHTL, 2003 MILLS & BONE, 2004 BARBOSA et al, 2009

Legenda utilizada na tabela do Anexo I:

A sigla disposta na tabela deve ser substituída pela palavra correspondente na embalagem e folheto informativo do produto.

A - Adulto

I - Infantil

L - Litro

mg - miligrama

g - grama

mL - mililitro



col - colher
xíc - xícara
x - vezes
----- Informação não encontrada na literatura citada. Nesses casos, deve-se omitir o item da tabela na embalagem ou folheto informativo.
Referências utilizadas:
1. ALONSO, JR. Tratado de fitomedicina. Bases clínicas e farmacológicas. ISIS Ed. Argentina. 1998.
2. ALONSO, JR. Tratado de fitofármacos y nutraceuticos. Ed. Cor-pus. 2004.
3. BARBOSA, WLR et al. Etnofarmácia. Fitoterapia popular e ciência farmacêutica. Belém: NUMA/UFPA. 2009.
4. BLUMENTHAL, M.; GOLDBERG, A.; BRINCKMANN, J. Herbal medicine - Expanded commission E monographs. 1.ed. Newton, MA, EUA: American Botanical Council. 2000. 519p.
5. AMARAL, ACF; SIMÕES, EV; FERREIRA, JLP. Coletânea científica de plantas de uso medicinal. Rio de Janeiro, 2005.
6. BIESKI, IGC, MARI GEMMA, C. Quintais medicinais. Mais saúde, menos hospitais - Governo do Estado de Mato Grosso. Cuiabá. 2005.
7. CARDOSO, CMZ. Manual de controle de qualidade de matérias - primas vegetais para farmácia magistral. Pharmabooks. 2009.
8. EUROPEAN SCIENTIFIC COOPERATIVE ON PHYTOTHERA-PY (ESCOP). Monographs: The Scientific Foundation for Herbal Medicinal Products. 2 ed. Exeter, UK: European Scientific Coope-rative on Phytotherapy and Thieme, 2003.

9. GARCIA, AA. et al. Fitoterapia. Vademécum de prescrição. Plantas medicinais. 3ª ed. 1999.
10. GILBERT, B; FERREIRA, JL; ALVES, LF. Monografias de plan-tas medicinais brasileiras e aclimatadas. Curitiba. ABIFITO. 2005.
11. GUPTA, MP et al. 270 plantas medicinais iberoamericanas. CY-TED. Colômbia. 1995.
12. GRUENWALD, J et al. PDR for herbal medicines. 2000.
13. IEPA. Farmácia da terra - Plantas medicinais e alimentícias. 2ª ed. Macapá. 2005.
14. ÍNDICE TERAPÊUTICO FITOTERÁPICO. EPUB. 2008.
15. LIMA, JLS et al. Plantas medicinais de uso comum no Nordeste do Brasil. Campina Grande, 2006.
16. LUZ NETTO, Nilton. Memento terapêutico fitoterápico do hos-pital das forças armadas. Brasília: EGGCF, 1998.
17. MARINGÁ. Guia fitoterápico. 2001.
18. MATOS, FJA. As plantas das Farmácias Vivas. Fortaleza. 1997a.
19. MATOS, FJA. O formulário fitoterápico do professor Dias da Rocha. 2 ed. UFC Edições. 1997b.
20. MATOS, FJA. Farmácias vivas. UFC Edições. 3ª ed. Fortaleza. 1998.
21. MATOS, FJA. Plantas medicinais. Guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste Brasileiro. 2ª ed. Editora UFC. Fortaleza, 2000.
22. MATOS, FJA; VIANA, GSB; BANDEIRA, MAM. Guia fito-terápico. Fortaleza. 2001.
23. MATOS,FJA. & LORENZI, H. Plantas medicinais no Brasil. Nativas e exóticas. 2 ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008.

24. MELO-DINIZ et al. Memento de plantas medicinais. As plantas como alternativa terapêutica. Aspectos populares e científicos. Ed. UFPB. 2006.
25. MELO-DINIZ et al. Memento Fitoterápico. As plantas como alternativa terapêutica. Aspectos populares e científicos. Ed. UFPB. 1998.
26. MEMENTO TERAPÊUTICO FITOTERÁPICO - Farmácia verde - Ipatinga, 2000.
27. NEWALL, C.A.; ANDERSON, L.A.; PHILLIPSON, J.D. Herbal medicines-a guide for health-care professionals. London, Reino Uni-do: The Pharmaceutical Press. 1996. 296p.
28. MILLS, S; BONE, K. The essential guide to herbal safety. El-servier. 2004.
29. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO monographs on selected medicinal plants. Vol. 1. 1999.
30. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO monographs on selected medicinal plants. Vol. 2. 2004.
31. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO monographs on selected medicinal plants. Vol. 3. 2007.
32. PROPLAM - Guia de Orientações para implantação do Serviço de Fitoterapia. Rio de Janeiro. 2004.
33. RODRIGUES, AG et al. A fitoterapia no SUS e o programa de plantas medicinais da Central de medicamentos. Brasília. 2006.
34. SIMÕES, CMO. et. al. Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul. 5ª ed. Editora da Universidade UFRGS. 1998.
35. VIANA, GSB; BANDEIRA, MAM; MATOS, FJA. Guia fito-terápico. Fortaleza. 1998.
36. WITCHL, M et al. Herbal drugs and phytopharmaceuticals. A handbook for practice on a scientific basis. 3 ed. Medpharm. CRC Press. Washington. 2004.

ANEXO II

Requerimento para inclusão, alteração ou exclusão de drogas vegetais ou informações presentes no anexo I

1) Dados do solicitante:
a - Nome do solicitante (jurídica ou física):
b - Endereço:
c - FAX:
d - E-mail:
e - Telefone:
f - Dados da planta medicinal:
() INCLUSÃO - Quando se pretende solicitar a inclusão de uma nova droga vegetal no anexo I ou de alguma informação adicional à alguma droga vegetal lá disposta.
Preencher todos os campos:

Planta medicinal (Nomenclatura popular)	Referência relevante
Planta medicinal (Nomenclatura botânica)	Referência relevante
Parte utilizada	Referência relevante
Forma de utilização	Referência relevante
Posologia e modo de usar	Referência relevante
Via de administração	Referência relevante
Uso	Referência relevante
Alegações	Referência relevante
Contra indicações e restrições de uso	Referência relevante
Precauções e efeitos adversos	Referência relevante
Informações adicionais em embalagem	Referência relevante

() EXCLUSÃO - Quando se pretende solicitar a exclusão de uma droga vegetal no anexo I ou de alguma informação lá disposta.

Preencher somente o campo pertinente:

Planta medicinal (Nomenclatura popular)	Justificativa baseada em referência relevante
Planta medicinal (Nomenclatura botânica)	Justificativa baseada em referência relevante
Parte utilizada	Justificativa baseada em referência relevante
Forma de utilização	Justificativa baseada em referência relevante
Posologia e modo de usar	Justificativa baseada em referência relevante
Via de administração	Justificativa baseada em referência relevante
Uso	Justificativa baseada em referência relevante
Alegações	Justificativa baseada em referência relevante
Contra indicações e restrições de uso	Justificativa baseada em referência relevante
Precauções e efeitos adversos	Justificativa baseada em referência relevante
Informações adicionais em embalagem	Justificativa baseada em referência relevante

() ALTERAÇÃO - Quando se pretende solicitar a alteração de alguma informação lá disposta.

Preencher somente o campo pertinente:

Planta medicinal (Nomenclatura popular)	Justificativa baseada em referência relevante
Planta medicinal (Nomenclatura botânica)	Justificativa baseada em referência relevante
Parte utilizada	Justificativa baseada em referência relevante
Forma de utilização	Justificativa baseada em referência relevante
Posologia e modo de usar	Justificativa baseada em referência relevante
Via de administração	Justificativa baseada em referência relevante
Uso	Justificativa baseada em referência relevante
Alegações	Justificativa baseada em referência relevante
Contra indicações e restrições de uso	Justificativa baseada em referência relevante
Precauções e efeitos adversos	Justificativa baseada em referência relevante
Informações adicionais em embalagem	Justificativa baseada em referência relevante

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012010031000059

RESOLUÇÃO-RDC Nº 11, DE 9 DE MARÇO DE 2010

Aprova a inclusão de Denominações Comuns Brasileiras (DCB) na Lista de DCB divulgada no Anexo II da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 211, de 2006, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 8 de março de 2010, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), aos seus países membros, sobre a importância das denominações comuns para as substâncias farmacêuticas; considerando o artigo 7º, inciso XIX, da Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999; considerando o artigo 3º, inciso XVIII, o artigo 5º, § 4º, e o artigo 57, parágrafo único, da Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976; considerando as regras de nomenclatura e de tradução para fármacos ou medicamentos, es-tabelecidas pela Resolução Anvisa RDC Nº 276, de 21 de outubro de 2002 (DOU 12/11/2002); considerando o parecer emitido pelo Comitê Técnico Temático das Denominações Comuns Brasileiras (CTT- DCB) da Comissão da Farmacopéia Brasileira (CFB), em cumprimento do seu dever de, periodicamente, revisar e atualizar as Denominações Comuns Brasileiras - DCB para substâncias farmacêuticas; adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação:
Art. 1º Esta Resolução Aprova, na forma do Anexo I, a inclusão das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) na Lista de DCB, divulgada no Anexo II da Resolução - RDC nº. 211, de 17 de novembro de 2006, e suas alterações posteriores.
Art. 2º Fica retificada, na forma do Anexo II, a Denominação Comum Brasileira nº 09699 do Anexo da Resolução RDC nº. 38, de 07 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial da União - DOU nº. 128, de 08 de julho de 2009, Seção 1, página 41.
Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO I

Inclusão na Lista de Denominações Comuns Brasileiras - DCB

Nº DCB	Denominação Comum Brasileira - DCB	Nº de Registro CAS
09716	cloridrato de besifloxacin	405165-61-9
09717	cloridrato de pazopanib	635702-64-6
09718	pantoprazol magnésico di-hidratado	259669-63-1
09719	tacrolímo monodratado	109581-93-3
09720	Ticagrelor	274693-27-5
09721	Vornostate	149647-78-9
09722	acetato de merisoprol (197 Hg)	24359-51-1
09723	acetato de merisoprol (203 Hg)	24359-50-0
09724	ácido iodoilítico (123 I)	123748-56-1
09725	amônia (13 N)	34819-78-8
09726	cianocobalamina (60 Co)	13422-53-2
09727	cloreto de cálcio (45 Ca)	14336-71-1
09728	cloreto de estrôncio (85 Sr)	24359-46-4
09729	cloreto de estrôncio (89 Sr)	38270-90-5
09730	cloreto de índio (113m In)	10025-82-8
09731	cloreto de sódio (22 Na)	17112-21-9
09732	cloreto de tálio (201 Tl)	55172-29-7
09733	cloreto de zinco (65 Zn)	24359-56-6
09734	clormerodrina (203 Hg)	2042-50-4
09735	cloridrato de iofetamina (123 I)	85068-76-4
09736	edetato crômico (51 Cr)	27849-89-4
09737	exametazima (99m Tc)	105613-48-7
09738	fluoreto de sódio (18 F)	22554-99-0
09739	fosfato crômico (32 P)	24381-60-0
09740	iobenguano (123 I)	77679-27-7
09741	iodeto de sódio (123 I)	41927-88-2

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.