



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS DA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA DA
AMAZÔNIA LEGAL - REDEBIONORTE

KRISTIANE ALVES ARAÚJO

CONHECIMENTO LOCAL E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM BOA
VISTA/RORAIMA: NOVAS ESTRATÉGIAS EM SAÚDE COLETIVA.

Manaus, Amazonas

Outubro/ 2018

KRISTIANE ALVES ARAÚJO

CONHECIMENTO LOCAL E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM BOA
VISTA/RORAIMA: NOVA ESTRATÉGIAS EM SAÚDE COLETIVA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Rede BIONORTE / UEA, como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Biodiversidade e Conservação.

Área de concentração: Biodiversidade e Conservação
Linha de Pesquisa: Conhecimento da Biodiversidade

Orientadora: Prof. (a). Dr (a). Ires Paula de Andrade Miranda
Coorientador: Prof.º Dr. Calvino Camargo

Manaus, Amazonas

Outubro/ 2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

A663c	<p>Araújo, Kristiane Alves Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/Roraima: novas estratégias em saúde coletiva / Kristiane Alves Araújo. Manaus : [s.n], 2018. 169 f.: color.; 30 cm.</p> <p>Tese - Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Amazônia Legal - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2018. Inclui bibliografia Orientador: Ires Paula de Andrade Miranda Coorientador: Calvino Camargo</p> <p>1. Plantas medicinais. 2. Conhecimento Local. 3. Biodiversidade. 4. Saúde Coletiva. 5. Práticas e Saberes tradicionais. I. Ires Paula de Andrade Miranda (Orient.). II. Calvino Camargo (Coorient.). III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/Roraima: novas estratégias em saúde coletiva</p>
-------	---

KRISTIANE ALVES ARAUJO

**“CONHECIMENTO LOCAL E USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM BOA VISTA/RR:
NOVAS ESTRATÉGIAS EM SAÚDE COLETIVA”.**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Rede de Biodiversidade e Biotecnologia da Amazônia Legal, na Universidade do Estado do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Biodiversidade e Conservação.

Orientador (a): **Profa. Dra. Ires Paula de Andrade Miranda**

Co-orientador(a): **Prof. Dr. Calvino Camargo**


Banca Examinadora:



Dr. Calvino Camargo (UFRR)
Co-orientador – Presidente da banca



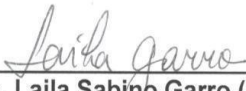
Dra. Germana Bueno Dias (PROCISA/UFRR)
Membro



Dra. Fabiana Nakashima (UFRR)
Membro



Dra. Maria Barbara de Magalhães Bethonico (INSIKIRAN/UFRR)
Membro



Dra. Laila Sabino Garro (UFRR)
Membro

MANAUS – AMAZONAS
Outubro/2018

Dedico este trabalho ao meu Deus todo poderoso por ser minha fortaleza. Tudo posso naquele que me fortalece. Ao meu esposo Maxim Repetto, a minha mãe Maria Alves, aos meus irmãos: Ródson Alves, Paulo Roberto, Kátia Cilene e Reginaldo Araújo e aos meus sobrinhos, Lucas Araújo, Luís Otávio, Davi Luís e João Lucas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a luz e a fortaleza na minha vida. Ao meu esposo, Maxim Repetto, que sempre foi meu companheiro e meu alicerce, desde o início deste curso, apoiando e tendo paciência nos momentos difíceis. Aos meus irmãos: Ródson Alves, Paulo Roberto, Kátia Cilene e Reginaldo Araújo que sempre investiram na minha vida, e por tudo que se esforçaram para me oferecer dentro dos limites e possibilidades tudo sem medir esforços.

Aos meus sobrinhos Lucas Araújo, Luís Otávio, Davi Luís e João Lucas, pelo simples fato de existirem e serem amor na minha vida. À amiga de hoje e de sempre Fábria Duarte por seu companheirismo e à amiga Simone Lopes por sua participação em várias etapas da minha trajetória acadêmica.

Agradeço ao professor Dr. Pablo Oscar Amézaga Costa (*in memoriam*) pelos ensinamentos, amizade e incentivo durante o início dessa caminhada.

A minha orientadora professora Dr (a). Ires Paula de Andrade Miranda por ter me recebido e ensinado o caminho correto a seguir para o progresso desta pesquisa, por sua motivação, amizade, alegria e dedicação. Agradeço também ao meu co-orientador por estar sempre presente na vida acadêmica, por sua dedicação, amizade e paciência.

A todos os professores da Rede Bionorte, a coordenadora geral do curso - UEMA: Prof^a. Patrícia Maia Correia de Albuquerque, ao coordenador estadual do polo de Manaus: Professor Dr. Jair Max Furtunato Maia. A todos que direta ou indiretamente contribuíram os meus sinceros agradecimentos.

“Aqueles que esperam no senhor renovam
suas forças. Voam alto como águias.
Correm e não ficam exaustos,
andam e não se cansam”.

(Isaias 40:31)

RESUMO

Em razão de ser um país que tem uma rica diversidade biológica, o Brasil detém um enorme conhecimento sobre o uso de plantas medicinais. Partindo desse princípio, a presente investigação analisou o uso de plantas medicinais por populações de dois bairros periféricos da cidade de Boa Vista/RR: Nova Cidade e Raiar do Sol, com o objetivo de verificar e analisar o conhecimento e a utilização destas plantas pelas comunidades locais, assim como analisar as estratégias utilizadas, através da fitoterapia, no enfrentamento aos problemas em saúde, em consonância com as necessidades e concepções de saúde da população. A relevância do estudo, fica explícita pela ampla variedade e utilização de 77 espécies de plantas medicinais. O estudo focou na diversidade da riqueza cultural e florística, associado ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre o uso das plantas medicinais, na prevenção e no tratamento de diversos agravos e doenças na região de Boa Vista/RR. A pesquisa apresentou uma abordagem de natureza quanti-qualitativa, do tipo exploratória, pois, além da análise do levantamento quantitativo do uso diversificado das plantas medicinais, foram consideradas diversas variáveis: escolaridade, naturalidade, faixa etária e gênero, dentre outras; também foi trabalhado o universo dos significados e dos valores dos sujeitos em estudo, relacionados ao processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes socioeconômicos e ambientais. Das 77 espécies de plantas medicinais utilizadas nessas comunidades, as folhas das plantas foram as partes mais utilizadas pelos moradores; já sobre o conhecimento dessas plantas e seus procedimentos terapêuticos percebeu-se que a transmissão se dá principalmente em nível familiar, principalmente pelos pais e avós. Os sistemas terapêuticos comunitários encontrados são basicamente sincréticos em ambos os *lôcus* da pesquisa, misturando elementos do saber biomédico com os saberes locais. Enfim, a partir do momento, que houver o reconhecimento e implementação do uso das plantas medicinais e da fitoterapia nas práticas de cura pelos profissionais em saúde, esses terão mais resultados práticos, fornecendo uma base para a implantação de sistemas de saúde mais adaptados ao conhecimento local, à cultura e às condições da região Amazônica.

Palavras-chave: Fitoterapia. Conhecimento Local. Biodiversidade. Saúde Pública. Práticas e Saberes tradicionais.

ABSTRACT

Brazil is a great country with a rich biological, ethnic and socio-cultural diversity, and it has a huge deal of knowledge about the use of medicinal plants. Thus, this present study analyzed the use of medicinal plants by residents of two peripheral districts, *Nova Cidade* and *Raiar do Sol*, in Boa Vista / RR. The main aim was to verify the knowledge and the use of these plants by the local communities, thereby, as well as to analyze the strategies that were used, through Phytotherapy in coping with health problems, in accordance with the needs and conceptions of population's health. The relevance of the study is evidenced by wide variety and use of 77 species of medicinal plants. Therefore, this study focus on the diversity of cultural and floristic richness, associated with the knowledge of the search's subjects about the use of medicinal plants, at the prevention and treatment of various diseases in Boa Vista / RR. The research is characterized by being a quali-quantitative approach and exploratory study, besides the analysis of the quantitative survey of diversified use of medicinal plants, taking into account several variables: schooling, naturalness, age group, genders and others; it was also worked the universe of meanings and values of the study's subjects related to the health-disease-care process and its socioeconomic and environmental determinants. From 77 species of medicinal plants used in these communities, the most parts used were the leaves by the residents; what about the knowledge of these plants and their therapeutic procedures it was noticed that the transmission happened mainly at the family context, especially from parents and grandparents. The community therapeutic systems were basically syncretic in both "locus" of the research, merging elements of biomedical knowledge with the local knowledge. Finally, from the moment that there is recognition and implementation of the use of medicinal plants and herbal medicine in healing practices by health professionals, perhaps they can bring practical results, providing a basis for the implantation of health systems more adapted to knowledge place, culture and conditions of the Amazon.

KEYWORDS: Medicinal Plants, Local Knowledge, Biodiversity, Collective Health, Traditional Practices and Knowledge.

LISTA DE FIGURAS

Introdução Geral

Figura 1: Mapa do município de Boa Vista-Roraima-Amazônia Setentrional Brasileira, 2018.....	29
--	----

Capítulo I

Figura 1- Percentual referente a Naturalidade dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	46
Figura 2- Percentual referentes às atividades exercidas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	47
Figura 3- Percentual referentes às categorias etárias dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	49
Figura 4- Percentual referentes a renda média familiar dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	50
Figura 5- Percentual referente ao perfil epidemiológico, de acordo com as citações dos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	52
Figura 6- Percentual referente as principais doenças relacionadas ao uso de água contaminada (questões relacionadas ao saneamento básico) citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	53
Figura 7- Percentual referente as principais doenças relacionadas ao lixo ou esgoto (questões relacionadas ao saneamento básico) citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	53
Figura 8- Percentual referentes as principais partes das plantas citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	63
Figura 9- Percentual referentes ao uso diário de plantas medicinais citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	64
Figura 10- Percentual referentes a orientação médica sobre o uso das plantas medicinais citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	66
Figura 11- Percentual referentes as principais formas de transmissão de conhecimentos locais citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	68
Figura 12- Percentual referente a auto declaração da religião citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	70

Capítulo II

Figura 1- Percentual referente a variável gênero citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	95
Figura 2- Percentual referente as categorias etárias citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	97
Figura 3- Percentual referente quanto ao nível educacional citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	98
Figura 4- Percentual referente ao quantitativo de vezes por dia faz uso da planta medicinal pata de vaca (Posologia) citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	103
Figura 5- Percentual referente a forma de obtenção da planta medicinal <i>Bauhinia forficata</i> L. citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	104

Figura 6- Percentual referente as partes da planta medicinal pata de vaca utilizadas e citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.....	105
Figura 7- Percentual referente aos efeitos mais comuns relacionados ao uso da planta medicinal pata de vaca citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol	106

Anexos

Figura 1- Foto da planta pata de vaca (folha, fruto e flor).....	181
Figura 2- Foto da planta pata de vaca (folha, fruto e tronco)	181

LISTA DE TABELAS

Capítulo I

Tabela 01: As espécies vegetais com seus nomes científicos, populares e família, parte utilizada e indicação terapêutica citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.56

Capítulo II

Tabela 01. Plantas com efeito hipoglicemiantes utilizadas pelos Pacientes Diabéticos citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol. 100

LISTA DE QUADROS

Capítulo III

- Quadro 01. Dados referentes aos questionamentos realizados aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família entrevistados (n = 20). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018)..... 132
- Quadro 02. Justificativas elencadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o apoio à inserção de forma institucionalizada da fitoterapia na Atenção Básica nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018)..... 133
- Quadro 03. Percepções dos gestores e profissionais em saúde acerca da possibilidade e importância da inserção de forma institucionalizada da fitoterapia na Atenção Básica nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018). 134
- Quadro 04: Principais dificuldades para a implantação do Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018)..... 135

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção básica em saúde
AP	Atenção primária em saúde
BV	Boa Vista
CEP	Comitê de ética e pesquisa
CNS	Conselho nacional de saúde
ESF	Estratégia saúde da família
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
MT	Medicina tradicional
OMS	Organização mundial de saúde
PM	Plantas medicinais
PNPIC	Política nacional de práticas integrativas e complementares
PNPMF	Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos
PRPPG	Pró- reitoria de pesquisa e pós-graduação
RR	Roraima
SEMSA	Secretaria de saúde do município de Boa Vista
SESAU	Secretaria de saúde do estado de Roraima
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima
ACS	Agente comunitário em saúde
CDB	Convenção da diversidade biológica
MS	Ministério da saúde
RENISUS	Relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
UNICEF	Fundo das nações unidas para a infância
DCNTS	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
IPEA	Instituto de pesquisa e estatística aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
VS	Vigilância em Saúde
PS	Promoção da Saúde
AB	Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia

Sumário

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 BIODIVERSIDADE E CONHECIMENTO LOCAL.....	20
2.2 PLANTAS MEDICINAIS E A ESPÉCIE VEGETAL <i>Bauhinia forficata Link.</i>	21
2.3 <i>Diabetes mellitus</i> e o MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	24
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	28
4.1 ÁREA DE ESTUDO	28
4.2 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	30
4.3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS	31
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	34
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	35
4.6 TÉCNICAS METODOLÓGICAS: ABORDAGEM CONJUGADA QUANTITATIVA E QUALITATIVA/ SNOWBALL (“BOLA DE NEVE”) / ANÁLISE DO CONTEÚDO (LAURENCE BARDIN).....	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
CAPÍTULO I CONHECIMENTO LOCAL SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS POPULARMENTE INDICADAS PELOS MORADORES DE DOIS BAIROS PERIFÉRICOS EM BOA VISTA, RR.	39
1 INTRODUÇÃO	42
2 MATERIAL E MÉTODOS	44
2.1 ÁREA DE ESTUDO	44
2.2 COLETA DOS DADOS	44
2.3 ANÁLISE DOS DADOS	45
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
CAPITULO II USO DA PLANTA MEDICINAL (<i>Bauhinia forficata Link.</i>) POR DIABÉTICOS EM DOIS BAIROS PERIFÉRICOS EM BOA VISTA/ RR	83
1 INTRODUÇÃO	86
2 MATERIAL E MÉTODOS	93
2.1 ÁREA DE ESTUDO	93
2.2 COLETA DE DADOS	93

2.3 ANÁLISE DOS DADOS	94
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS	112
CAPÍTULO III PLANTAS MEDICINAIS E A FITOTERAPIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O OLHAR DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	
1 INTRODUÇÃO	122
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	125
2.1 ÁREA DE ESTUDO	125
2.2 COLETA DE DADOS	125
2.3 ANÁLISE DOS DADOS	126
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	129
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS	140
5 CONCLUSÃO	143
6 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	146
7 REFERÊNCIAS	147
APÊNDICES.....	154
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO APLICADO NOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL, PÚBLICO ALVO: MORADORES/ REFERENTE AO CAPÍTULO 01.....	155
APÊNDICE B- Questionário aplicado nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, público alvo: moradores portadores de diabetes mellitus tipo II./ REFERENTE AO CAPÍTULO 02.....	157
APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO APLICADO NOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL, PÚBLICO ALVO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL./ REFERENTE AO CAPÍTULO 03.....	159
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	161
APÊNDICE E- CARTA DE ANUÊNCIA PARA: LÍDERES COMUNITÁRIOS	162
APÊNDICE F- ROTEIRO DE ENTREVISTA para moradores dito detentores do conhecimento local nos bairros da pesquisa Nova Cidade ou Raiar do Sol	163
APÊNDICE G- ARTIGO PUBLICADO.....	164
ANEXOS	167
ANEXO 1: FOTOS DA ESPÉCIE VEGETAL <i>Bauhinia forficata</i> L.	168
ANEXO 2-PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) / UFRR	168

1 INTRODUÇÃO

A biodiversidade do Brasil é fonte potencial de substâncias biologicamente ativas e, por isso, sua preservação é fundamental tanto pelo valor intrínseco dessa imensa riqueza biológica quanto pelo enorme potencial que apresenta como fonte de novos fármacos ou novas formas de cuidado (BARREIRO, 2009).

No entanto, vale ressaltar que a diversidade biológica não é um conceito privativo do mundo natural, haja vista que é também é uma noção cuja construção é definida pela ordem do cultural e do social. Afinal, as espécies são objetos de (re) conhecimento, de domesticação e uso, mas também fonte de inspiração para mitos e para a estruturação de rituais nas sociedades tradicionais e, finalmente, são também mercadorias, nas sociedades modernas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 65 a 80% da população mundial, especialmente em países em desenvolvimento, ainda tratam de doenças com produtos à base de plantas medicinais e utilizam, desse modo, a medicina tradicional (ou alternativa, não convencional, não ortodoxa ou medicina complementar) na atenção primária à saúde (RAHMAN; SINGHAL, 2002). Esses produtos são utilizados para várias finalidades, sob diversas combinações (com medicamentos alopáticos, homeopáticos, dentre outros), cujos usos são baseados em evidências históricas ou pessoais, aos quais geralmente não são atribuídos eventos adversos (SILVEIRA et al., 2008). Diante desses dados esse estudo foi baseado no intuito de saber sobre a existência dos conhecimentos sobre as práticas em saúde e como os mesmos estão sendo articulados com os outros saberes ditos científicos no processo saúde-doença-cuidado dos moradores locais, entre eles: a maioria composto de migrantes, indígenas e afrodescendentes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para ser considerada medicinal, uma planta deve aliviar, prevenir ou curar uma doença ou alterar um processo fisiológico ou patológico, ou ainda, ser empregada como fonte de uma droga (OMS, 2002a). As plantas medicinais ainda desempenham importante papel na saúde humana, mesmo com os avanços observados na medicina moderna. Para a OMS, essa situação se mantém “devido à pobreza e a dificuldade de acesso a medicina moderna, afinal aproximadamente 65 a 80% da população mundial que mora em países em desenvolvimento dependem essencialmente de plantas medicinais para o tratamento primário de doenças” (OMS, 2002b, p. 10).

Grande parte da população mundial faz uso das práticas complementares para cuidar de sua saúde e uma parte significativa dessa terapia tradicional envolve plantas, utilizadas particularmente sob a forma de chás e extratos. Na Amazônia, como de resto em todo o Brasil,

é comum ocorrer a incorporação de plantas medicinais ao aparato terapêutico utilizado contra as mais variadas doenças.

Devido à grande utilização da fitoterapia no Brasil, o Ministério da Saúde passou a reconhecer e implantou **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos-PNPMF**, criada em 2006, que tem como premissas o respeito aos princípios de segurança e eficácia na saúde pública, bem como a conciliação de desenvolvimento socioeconômico e a conservação ambiental, tanto no âmbito local como em escala nacional. Além disso, o respeito às diversidades e particularidades regionais e ambientais é também princípio norteador desta Política. Para tanto, o modelo de desenvolvimento almejado deverá ser capaz de reconhecer e promover as práticas comprovadamente eficazes e de manter a grande diversidade de formas de uso das plantas medicinais, que vão desde o uso caseiro e comunitário, passando pela manipulação farmacêutica de medicamentos, até o uso e fabricação de medicamentos industrializados.

Ao reconhecer práticas e saberes da medicina tradicional, a PNPMF assume uma atitude de respeito pela diversidade cultural brasileira e, desse modo, contempla interesses e formas de uso diversos, desde aqueles das comunidades locais até o das indústrias nacionais, passando por uma infinidade de outros arranjos de cadeias produtivas do setor de plantas medicinais e fitoterápicos.

Segundo Moraes *et al* (2011), a riqueza cultural na Amazônia constitui um importante elemento de composição da identidade social desta região e, por ser dinâmica, apresenta constantes alterações. Os processos de urbanização e globalização ocasionam diversas transformações e mudanças de valores, contribuindo para que ocorram alterações culturais, resultando, muitas vezes, em perdas e em mudanças de elementos e conhecimentos tradicionais importantes.

O conhecimento local sobre os usos de plantas medicinais vem sendo objeto de investigação de várias pesquisas que, desenvolvidas em lugares variados, com o objetivo de tornar manifestas práticas e ritos culturais, aborda as relações destes com o ambiente e, mais recentemente, com a saúde.

O aspecto “local” característico dessas pesquisas têm a finalidade de indicar os lugares específicos em que ocorrem e se manifestam os saberes que as pesquisas retratam. Esse conhecimento local é, pois, concebido como dinâmico e mutável (ALBUQUERQUE; ALVES, 2014). Segundo Santos *et al.* (2005), os termos: “conhecimento local” e “conhecimento tradicional” objetivam dar atenção à importância que esses saberes carregam nos processos de desenvolvimento em sistemas de produção. Godoy *et al.* (2005) relatam que as pesquisas

costumam abordar termos como “popular”, “local”, “indígena” ou “conhecimento ecológico local” como sinônimos dos conhecimentos adquiridos por comunidades que lidam diretamente com o ambiente natural. O conceito de “conhecimento local”, sob a ótica da antropologia em saúde, deriva do “tradicional” (tradição – ao longo do tempo) do indígena, do afrodescendente, sendo utilizado de forma corrente para descrever padrões de crenças, costumes e conhecimentos técnicos que são transmitidos de geração para geração dentro de um processo de socialização (MORGAN, 2005 apud NASCIMENTO, 2017).

Diante da discussão sobre os conceitos das nomenclaturas de conhecimentos, faz a análise de que muitas tradições são construídas e modificadas no tempo, sendo assim, produtos históricos; nesse sentido esses conceitos de conhecimento local e tradicional são ambíguos e daí a complexidade de definição. Assim, justifica-se a escolha pelo termo conhecimento local, aquele adquirido e repassado por gerações ou por pessoas que mantêm relações seja de parentesco, de amizade, institucional e outras.

Populações tradicionais são, segundo Brasil (2007, p. 01),

[...] grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

Diante do exposto, o problema que serve como ponto de apoio a de expansão para nossa investigação diz respeito à indagação se as práticas oficiais em saúde estão levando em consideração os conhecimentos locais dos moradores dos bairros periféricos Nova Cidade e Raiar do Sol, de Boa Vista, e, em caso de resposta afirmativa, como são organizadas e articuladas essas práticas? Qual o modelo de atenção seguido? Existe uma articulação etnocientífica? E em caso de resposta negativa, porque não estão considerando um modelo de atenção à saúde mais flexível já que existe o uso de plantas medicinais pelos participantes do estudo, quais as barreiras existentes? E como esses saberes são articulados com os conhecimentos dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros em análise.

O interesse em conhecer e empregar as plantas na saúde humana vem sendo estimulado pela OMS, que recomenda a estruturação de políticas públicas voltadas para o uso da medicina complementar nos sistemas de saúde. A constituição brasileira acolhe esta orientação ao dispor sobre sua integração nos serviços de atenção prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

De modo que, recentemente, a proposta de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi implantada pela portaria n. 971(03/05/2006 /SUS, com o objetivo de estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de

tecnologias eficazes e seguras, associado à escuta acolhedora, ao desenvolvimento de vínculo terapêutico e à integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. Desta forma, indica no cuidado humano o uso de terapias complementares, especialmente no autocuidado e na atenção básica de saúde (ABS).

A presente pesquisa foi construída a partir de três fases metodológicas diferenciadas, porém interligadas entre si:

1ª fase: início da execução dos procedimentos preliminares da investigação: revisão bibliográfica; definição e primeiro contato com o *locus* da pesquisa, assim como dos participantes da pesquisa; elaboração dos instrumentais; aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) / UFRR, o qual ocorreu em setembro/ 2017.

2ª fase: execução da pesquisa de campo, através da aplicação dos instrumentais junto aos sujeitos-chave da pesquisa, que se deu através de entrevistas semiestruturadas num total de dez (10); aplicação de cem (100) questionários com moradores dos dois bairros em estudo. Esses instrumentais serviram para a construção dos capítulos 01 e 02.

3ª fase: análise dos dados estatísticos e parte qualitativa da pesquisa e finalização da tese. Para análise do capítulo 03, os instrumentais foram os seguintes: aplicação de questionários para os servidores num total de vinte (20) e discussões com grupos focais nas Unidades Básicas em Saúde (UBS) dos bairros em estudo, que serviram para a análise de conteúdo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BIODIVERSIDADE E CONHECIMENTO LOCAL

Em razão de englobar dimensões que têm a ver com vários e diferenciados níveis de realidade e com uma grande diversidade de espécies vegetais, bem como um amplo espectro de relações mantidas entre elas, **biodiversidade** é termo que apresenta sentido muito amplo, uma vez que diz respeito tanto à variedade de tipos de vida na terra, quanto à diversidade dos exemplares dentro de cada espécie e, ainda, à diversidade das relações estabelecidas entre os seres vivos em cada ecossistema (GOUVEIA, 2011).

O conceito de biodiversidade ou diversidade biológica compreende três elementos objetivos, ou seja, três dimensões: a) a diversidade de espécies da fauna, da flora e de microorganismos; b) a diversidade de ecossistemas e; c) a diversidade genética dentro de cada espécie, também conhecido como patrimônio genético. O conceito se caracteriza por também sofrer a influência de um elemento adjetivo, qual seja, aquele que deriva do conhecimento tradicional das comunidades locais (compostas por indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, seringueiros e pescadores, dentre outros) (SANTILLI, 2005).

Nesse sentido, “o conceito abrange uma quarta dimensão, a cultural, representada pelos valores, visões de mundo, conhecimentos e práticas que têm íntima relação com o uso direto e os processos relacionados à biodiversidade” (SOUZA, 2009 apud CARVALHO; LELIS, 2014)

Tendo como suporte o conceito de biodiversidade, o presente estudo propõe fazer uma análise dos usos de plantas medicinais empregados por moradores de duas comunidades locais da cidade de Boa Vista/RR, ou seja, propõe levantar dados e analisar os “conhecimentos tradicionais” das pessoas das duas comunidades em tela.

A Amazônia é um bioma que possui significativa diversidade cultural e biológica, onde o conhecimento local a respeito das plantas medicinais é bastante utilizado na busca de cuidados. Esse estudo enfatizou o conhecimento tradicional e o uso das plantas com fins terapêuticos, e pode servir de base para a implantação e implementação de novas estratégias em saúde, através de Programas para a construção de políticas públicas em saúde.

O conhecimento local sobre os usos de plantas medicinais vem sendo objeto de investigação de várias pesquisas que, desenvolvidas em lugares variados, com o objetivo de tornar manifestas práticas e ritos culturais, aborda as relações destes com o ambiente e, mais recentemente, com a saúde.

O aspecto “local” característico dessas pesquisas têm a finalidade de indicar os lugares específicos em que ocorrem e se manifestam os saberes que as pesquisas retratam. Esse

conhecimento local é, pois, concebido como dinâmico e mutável (ALBUQUERQUE; ALVES, 2014). Segundo Santos *et al.* (2005), os termos: “conhecimento local” e “conhecimento tradicional” objetivam dar atenção à importância que esses saberes carregam nos processos de desenvolvimento em sistemas de produção. Godoy *et al.* (2005) relatam que as pesquisas costumam abordar termos como “popular”, “local”, “indígena” ou “conhecimento ecológico local” como sinônimos dos conhecimentos adquiridos por comunidades que lidam diretamente com o ambiente natural. O conceito de “conhecimento local”, sob a ótica da antropologia em saúde, deriva do “tradicional” (tradição – ao longo do tempo) do indígena, do afrodescendente, sendo utilizado de forma corrente para descrever padrões de crenças, costumes e conhecimentos técnicos que são transmitidos de geração para geração dentro de um processo de socialização (MORGAN, 2005 apud NASCIMENTO, 2017).

Diante da discussão sobre os conceitos das nomenclaturas de conhecimentos, faz a análise de que muitas tradições são construídas e modificadas no tempo, sendo assim, produtos históricos; nesse sentido esses conceitos de conhecimento local e tradicional são ambíguos e daí a complexidade de definição. Assim, justifica-se a escolha pelo termo conhecimento local, aquele adquirido e repassado por gerações ou por pessoas que mantêm relações seja de parentesco, de amizade, institucional e outras.

2.2 PLANTAS MEDICINAIS E A ESPÉCIE VEGETAL *Bauhinia forficata* Link.

Plantas medicinais ainda são utilizadas com frequência por moradores locais em bairros periféricos da zona urbana do município de Boa Vista/RR. Ressaltando, pois, a associação entre os conhecimentos locais e a biodiversidade, concebemos que as plantas medicinais podem assumir papel de destaque enquanto nova estratégia de cuidado em saúde coletiva.

Ressalte-se que, com relação ao uso de plantas medicinais, no Brasil, existe uma legislação recente, mas que vem crescendo muito nos últimos anos. Entre ela estão: a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), consolidada por meio Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, cuja proposta versa em ofertar aos usuários do SUS mais uma opção terapêutica de saúde, com segurança, eficácia e qualidade. Basicamente, a política nacional fundamenta-se em uma importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde, a *Bauhinia forficata* L. está inserida numa lista de 71 plantas de interesse

do SUS (BRASIL, 2009). Aqui fica registrado que o presente estudo visa analisar as novas estratégias na busca de cuidados em saúde e sua importância na construção de itinerários terapêuticos voltados para o enfrentamento (cuidados) da doença crônica de diabetes tipo II.

Outra importante política é: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006) tem por base um modelo humanizado de atenção que se centra na integralidade do indivíduo. Essa política pública do Estado brasileiro contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS devido sua abrangência tanto na prevenção de agravos quanto na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nesse sentido, o desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais uma etapa no processo de implantação do SUS – aquela que concebe enfim o indivíduo em sua dimensão global, sem perder de vista, contudo, a sua singularidade. A PNPIC define que a explicação dos processos de adoecimento e de saúde deve considerar a integralidade e que a atenção à saúde tenha por princípio interação das diferentes ações e serviços existentes no SUS.

Existe também o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ-AB que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação e acompanhamento aos usuários.

Diante da importância e da influência do uso de plantas medicinais sobre o comportamento de saúde e bem-estar humano, este trabalho concentrará esforços em descrever as espécies vegetais mais utilizadas por comunitários nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, que apresentam, respectivamente, uma população de 5.708 e de 5.863 habitantes (IBGE, 2010); ambos estão localizados na zona oeste do município de Boa Vista/ RR.

O Brasil possui uma ampla diversidade vegetal e grande riqueza étnico-cultural. O uso das plantas para fins medicinais ocupa lugar de destaque nas camadas populares. Neste estudo conceituamos as plantas medicinais como aquelas que, de fato, podem causar algum efeito no organismo humano e seu uso contribui para a sistematização do conhecimento e para a valorização do saber local.

Uma espécie vegetal bastante conhecida por populações amazônicas é a *Bauhinia forficata* Link., conhecida como pata de vaca verdadeira, sendo utilizada como um importante hipoglicemiante e diurético no tratamento coadjuvante da *Diabetes mellitus* tipo II.

Apesar de se tratar de uma planta já autorizada e reconhecida pelo Sistema Único de Saúde, tendo sido, aliás, a primeira espécie vegetal testada e autorizada para prescrição médica em unidades básicas de saúde (UBS). A escolha da espécie da planta medicinal Pata-de-vaca

(*Bauhinia forficata L.*) associada à síndrome metabólica diabetes mellitus se deu em razão dos resultados obtidos durante a coleta de dados: a pata de vaca foi a planta mais citada pelo seu uso para diabetes como adjuvante no tratamento de sinais e sintomas, sendo a mais citada pelos moradores durante a execução da etapa de coleta de dados, por isso, foi a escolhida para objeto de estudo no capítulo 02.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir do documento chamado Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos, relacionou a medicina tradicional e o uso de fitoterápicos, a fim de que houvesse um controle neste contexto. Neste documento foi incluído o Brasil, já que o mesmo possui “a maior diversidade genética do mundo, com cerca de 55.000 espécies catalogadas de um total estimado entre 350.000 e 550.000 espécies” além do fato de ter uma grande tradição no uso de plantas medicinais (RODRIGUES et al, 2005).

Desde o primeiro grupo de plantas medicinais para estudo clínico da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde, em 1982, a espécie *Myrcia uniflora* foi incluída devido ao seu potencial antidiabético o chá de suas folhas, juntamente com a *Bauhinia forficata L.* O gênero *Bauhinia (Fabaceae)* encontra-se neste perfil de medicina tradicional.

As Fabaceae ou Leguminosae constituem uma das maiores famílias de angiospermas, com 727 gêneros e cerca de 19.325 espécies, distribuídas em três subfamílias: Faboideae, Mimosoideae e Caesalpinioideae (LEWIS et al. 2005) e 36 tribos, sendo consideradas monofiléticas apenas as duas primeiras (DOYLE; LUCKOW, 2003). A família apresenta uma distribuição ampla ao redor do globo, está presente tanto nas florestas tropicais quanto desertos, planícies e regiões alpinas (DOYLE; LUCKOW, 2003).

As espécies são conhecidas como “pata-de-vaca” ou “unha-de-boi”, e é muito utilizada em nossa região amazônica, assim como em muitas outras localidades, como África, Ásia e América Central e do Sul (ENGEL; FERREIRA, 2008), para tratamentos de processo inflamatório, em distúrbios digestivos, reumatismo e principalmente antidiabética (ALBUQUERQUE et al, 2005; ALMEIDA et al, 2005). Possui grande variedade de espécies, cerca de 300, e em nosso país é possível encontrar aproximadamente 20% desse total (HAVER, 2002; SILVA; CECHINEL FILHO, 2002).

2.3 *Diabetes mellitus* e o MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O *Diabetes mellitus* é uma doença crônica caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia) e, por isso, é considerado um distúrbio metabólico, devido à ausência de insulina produzida pelo pâncreas e/ou pela diminuição de sua ação. Os fatores de risco do diabetes podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser hereditários. As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os hábitos e estilos de vida podem determinar o tipo de diabetes (DEFANI; OLIVEIRA, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (In OMS, 2011), o *Diabetes mellitus* é uma síndrome metabólica de origem múltipla, crônica e não transmissível; é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Ocorre quando a insulina, um hormônio regulador de glicose, não é produzida ou secretada corretamente pelo pâncreas, não permitindo, pois, que o corpo possa utilizá-la de forma eficaz. Quando a glicose não é bem utilizada, o nível de glicose é elevado na corrente sanguínea, ocasionando a Hiperglicemia. Esse descontrole pode induzir ao diabetes e, ao longo do tempo, pode causar inúmeras complicações graves aos sistemas do corpo, especialmente ao sistema nervoso e aos vasos sanguíneos; também pode causar infarto do miocárdio, derrame cerebral, bem como problemas gastrointestinais e até a amputação de membros (SBD, 2009).

Apesar dos avanços da ciência e da medicina, vários portadores de diabetes recorrem a tratamentos naturais, principalmente ao uso de plantas medicinais. O consumo de produtos naturais possui um aspecto importante, pois o conhecimento sobre os mesmos é de domínio popular e cultural, e estes vegetais muitas vezes representam o único recurso terapêutico disponível para muitas comunidades que têm dificuldade em usufruir da medicina moderna. Ela conhecida também como convencional ou biomédica, em virtude do elevado custo, muitas vezes associada ao difícil acesso a estes medicamentos (ALVES, 2007 apud DEFANI ; OLIVEIRA, 2015).

Vale ressaltar que a Atenção Básica (AB) tem como fundamento os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade da assistência, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade no exercício do controle social. Göttems e Pires (2009) acrescentam a esse modelo de atenção o caráter democrático, participativo e integrado norteados pelo trabalho em equipe, pela territorialização, focado nas necessidades da comunidade, com vistas à ampliação de seu conceito para avançar

na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A utilização de plantas medicinais vem ao encontro das proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentiva a valorização das terapias tradicionais, reconhecidas como recursos terapêuticos úteis, podendo atender a algumas demandas de saúde da população, além de contribuir para o sistema local de saúde dos usuários do sistema público de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA, 1978). Além de atender as prerrogativas da OMS, atende as necessidades dos indivíduos de menor poder aquisitivo, sendo mais uma opção de cuidado. Pois, para que os serviços de saúde possam contemplar as necessidades da população, devem levar em conta o que as pessoas pensam sobre os problemas e quais soluções buscam para seu enfrentamento.

A implantação da fitoterapia na Atenção Básica de Saúde (ABS), seria de extrema relevância, visto, as condições de saúde das populações estudadas. ABS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a promoção, a proteção, a reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c).

O objetivo geral da PNPMF é amplo: “Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2006b), marco legal e histórico, pois além de se firmar como uma política de saúde pública tem caráter ambiental, científico, social e econômico.

No Brasil, o uso de terapias menos onerosas para o tratamento de enfermidades crônicas degenerativas representa ganho importante nos investimentos humanos e financeiros empregados na área de saúde (BORGES ET AL., 2008). Assim, é importante ressaltar sobre as necessidades de saúde de uma comunidade, que são social e historicamente determinadas, mas que se faz necessário recorrer a alguns fatores que devem ser considerados, quais sejam: a) boas condições de vida, ou seja, a maneira como se vive traduz em diferentes necessidades de saúde;

b) necessidade de acesso para consumir toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; c) criação de vínculos entre cada usuário e profissional ou equipe de saúde; d) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida, incluindo a “luta pela satisfação das necessidades, da forma mais ampla possível”(CECÍLIO, 2001).

Leite (2000) diz que o interesse por parte de gestores municipais na implantação de programas de uso de fitoterápicos na atenção primária a saúde, muitas vezes aparece associado apenas à concepção de que esta é uma opção para suprir a falta de medicamentos na impossibilidade de disponibilização destes, já que na maioria das vezes contabilizam-se os ganhos em custos gerados pela utilização dos fitoterápicos”. Este autor afirma que além da viabilidade econômica e da ação terapêutica, a fitoterapia representa parte importante da cultura de um povo, que não pode ser desconsiderada. No entanto, “a utilização de plantas medicinais tem sido muitas vezes considerada como fato desvinculado da assistência à saúde como um todo e vista como simples medicação” (LEITE, 2000).

Na mesma direção, Hufford (1997) pontua que “um sistema de saúde que adota a fitoterapia deve incorporar um conjunto de atitudes, valores e crenças que constituem uma filosofia de vida e não meramente uma porção de remédios”. Akerele (1988) sinaliza que o saber popular pode ser uma contribuição aos profissionais de saúde, na implantação de programas de fitoterapia na rede de atendimento básico de saúde. Torna-se possível, também, desenvolver o potencial econômico em relação às plantas com valor medicinal. A rede básica de atendimento à saúde deve proporcionar aos pacientes todos os recursos apropriados e disponíveis de assistência. O uso adequado das plantas medicinais é uma alternativa de tratamento complementar à medicina alopática, mas não deve ser considerado um substituto desta (AKERELE, 1988).

A fitoterapia é um grande auxiliar no tratamento e melhora da qualidade de vida de portadores de doenças crônicas como o *diabetes mellitus* tipo II. As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Diante do exposto, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais: 1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas. 2. Garantir o cuidado integral às pessoas com

doenças crônicas. 3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. 4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. A partir do quadro epidemiológico apresentado, neste momento, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: • Doenças renocardiovasculares; • Diabetes; • Obesidade; • Doenças respiratórias crônicas; • Câncer (de mama e colo de útero).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a). O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011).

O conceito de Saúde Coletiva que norteia o presente estudo se delineia como um campo de produção de conhecimentos voltado para a compreensão da saúde e para a explicação de seus determinantes sociais. Mas além disso, ele abrange o âmbito das práticas direcionadas prioritariamente para a promoção, mas também para a prevenção e para o cuidado, a agravos e doenças. Para tanto, faz-se necessário considerar enquanto sujeito da pesquisa não apenas os indivíduos em sua singularidade, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto, as coletividades (PAIM, 1982; DONNANGELO, 1983).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o conhecimento local e a utilização das plantas medicinais visando analisar as estratégias utilizadas, através da fitoterapia, no enfrentamento aos problemas em saúde, em consonância com as necessidades e concepções de saúde da população.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CAP.I

– Estudar a diversidade de plantas de uso medicinal e suas indicações terapêuticas pela comunidade dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol em Boa Vista/ RR, para investigar as percepções, os saberes, as práticas em saúde.

– Conhecer os determinantes socioeconômicos e de saneamento básico que influenciam às comunidades estudadas para o uso das plantas medicinais.

CAP. II

– Realizar um levantamento considerando as variáveis gênero e faixa etária na utilização da planta medicinal *Bauhinia forficata* Link., como recurso de auto -atenção para o controle da síndrome metabólica *Diabetes mellitus* tipo II.

– Analisar as novas estratégias na busca de cuidados em saúde e sua importância no processo saúde-doença.

CAP.III

-Avaliar o conhecimento e as percepções dos profissionais de saúde que atendem nas UBS dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol sobre o uso e orientação de indicações terapêuticas sobre as plantas medicinais à comunidade.

-Realizar uma análise comparativa entre o que as duas comunidades dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol sabem das plantas medicinais e o que os profissionais de saúde das UBS também dos dois bairros estudados utilizam e orientam.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, ambos localizados na zona oeste do município de Boa Vista, estado de Roraima, Amazônia Setentrional, Brasil. O Estado de Roraima foi criado pela Constituição Federal de 1988. Constituinte da Amazônia

Brasileira, localiza-se no extremo Norte do País em bioma que apresenta características bem diversificadas em relação ao restante da Região Amazônica. Segundo o IBGE (2010), a população de Roraima é de 450.479 pessoas, sendo composto por 15 (quinze) municípios, totalizando uma área de 224.303,187 Km². O estado faz fronteiras internacionais com República Cooperativa da Guiana (Leste e Nordeste), República Bolivariana de Venezuela (Norte e Noroeste), e fronteiras nacionais com Amazonas (Sul e Sudoeste) e Pará (Sudeste).

A escolha dos locais da presente pesquisa foi motivada por várias situações, dentre elas: a) Tratar-se de região já estudada pela pesquisadora durante seu mestrado com outro viés; b) já ter estabelecido contatos com os líderes comunitários e com alguns moradores antigos dos bairros; c) serem locais onde existem detentores de conhecimento local e realizam práticas de cura embasadas em saberes locais; d) dos trabalhos desenvolvidos como técnica da secretaria estadual de saúde de Roraima, compondo assessoria técnica da equipe de Saúde da Família e do setor de Educação Permanente (durante dez (10) anos, quando percebi que em alguns bairros com maior poder aquisitivo, em Boa Vista, não se utilizavam de estratégias em saúde através das Práticas Integrativas e Complementares - pelo menos não de forma explícita e declarada, haja vista que não havia relatos ou havia somente poucos relatos, bem tímidos, a respeito de uso de plantas medicinais, nos postos de saúde e nas instituições religiosas); e). Por me dar conta de que, nos bairros citados no item anterior, o item d, também não haviam pessoas que se diziam detentoras do saber local, e que pudessem contribuir com a pesquisa.

Além disso, contribuíram as características do município (pequeno porte, majoritariamente composto de nativos, indígenas, afrodescendentes e migrantes, situado no extremo norte da Amazônia Brasileira), bem como seu histórico de dificuldade para a fixação e de alta rotatividade de profissionais de saúde.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu mediante autorização prévia do Comitê de ética e pesquisa da UFRR e autorização do município (SEMSA/ BV), representado na figura do secretário municipal de saúde e cartas de anuências dos diretores dos postos de saúde dos bairros do estudo (ANEXOS E APÊNDICES).

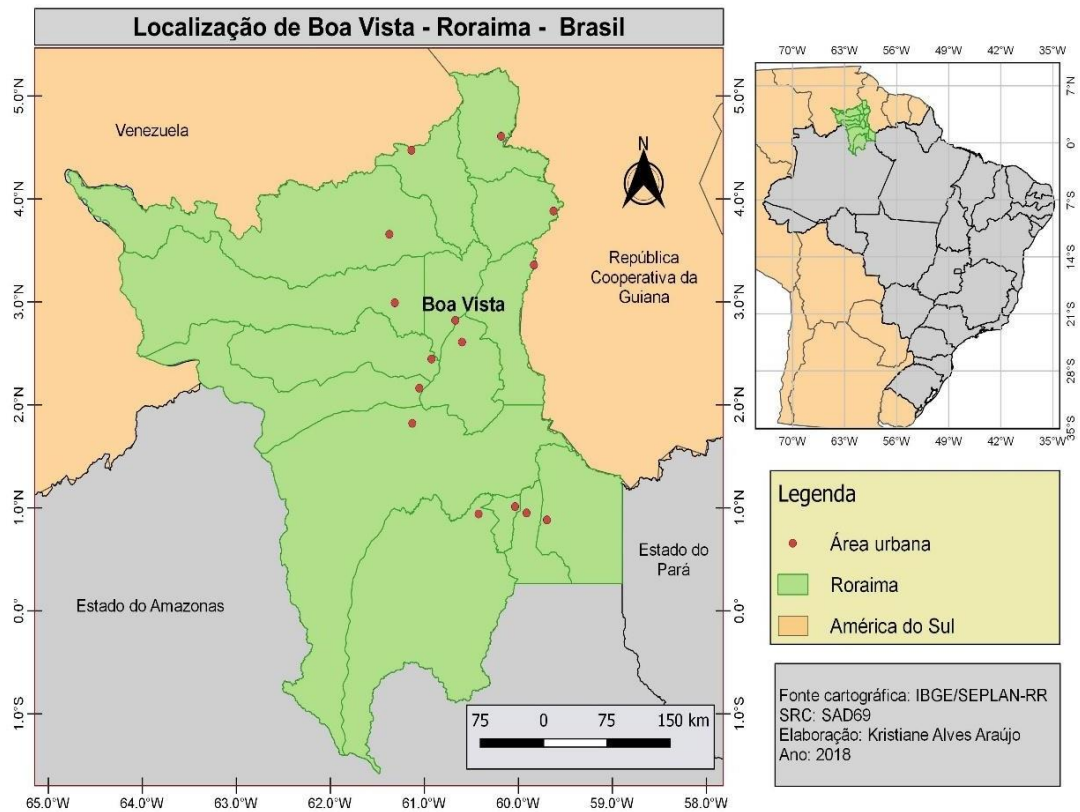


Figura 1: Mapa do município de Boa Vista-Roraima-Amazônia Setentrional Brasileira, 2018.

4.2 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A coleta de dados foi efetuada entre setembro de 2017 a fevereiro de 2018. A amostragem constituída foi a não probabilística intencional, na busca por indivíduos apontados como detentores do saber local sobre plantas medicinais, que cultivavam e também faziam uso dessas plantas. Os sujeitos da pesquisa visitados foram determinados de forma aleatória e, em cada uma delas, quando apontado o maior conhecedor sobre o tema, foram solicitados a indicar outros que tinham o mesmo domínio, caracterizando o método “bola de neve”.

Foram coletadas informações de 110 moradores locais nos dois bairros, selecionados aleatoriamente, junto a quem foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas sobre o conhecimento tradicional de plantas medicinais e sobre saneamento básico local. Após esta etapa, foram selecionados aleatoriamente 10 moradores dos bairros – esses considerados representantes legais ou lideranças e articuladores nos locais da pesquisa. Estas pessoas foram muito importantes para a realização das entrevistas semiestruturadas e abertas.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, maiores de 18 anos, com as faculdades cognitivas preservadas, de ambos os sexos; usam plantas medicinais.

Todos os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios. Eles foram informados de que este estudo não produz riscos físicos aos participantes da pesquisa; contudo, por envolver entrevistas e aplicação de questionários, pode existir o constrangimento de o indivíduo de não se sentir à vontade ao responder alguma questão; além disso foram alertados do risco da perda da confidencialidade. Para minimizar os riscos dessa natureza, a aplicação dos instrumentos de pesquisa será realizada apenas pelo pesquisador principal.

Foi chamada a atenção também para os benefícios que envolvem o estudo sobre o levantamento das espécies de plantas medicinais e que será realizado como protocolo de diagnóstico situacional de saúde, que será divulgado para os indivíduos e instituições do bairro em estudo. Dele decorrerão, maior informação sobre a) os resultados sobre as principais doenças que ocorrem na localidade e o uso das plantas medicinais; b) produção do conhecimento acerca da saúde da população estudada; c) valorização do conhecimento local, d) estímulo ao preservacionismo ambiental e; e) adoção de medidas de educação em saúde ambiental.

4.3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS

Durante o estudo foi realizada as visitas guiadas e as discussões com grupos focais nas Unidades Básicas de Saúdes (UBS), instituições religiosas e organizações políticas no bairro, tudo sendo registado em um diário de campo.

Para análise dos dados empíricos, foram utilizados tipos distintos de técnicas e de instrumentos, aplicados de forma isolada ou conjugada, a depender de cada objetivo específico do estudo. Nesse sentido, foram empregadas as técnicas de observação participante (ANGROSINO, 2009; FERNANDES; MOREIRA, 2013); de entrevista em profundidade (JOHNSON, 2001; LEGARD; KEEGAN; WARD, 2003); e de grupo focal (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009).

Turnês guiadas (ALBUQUERQUE et al. 2010) foram realizadas no entorno de suas residências, em geral nos quintais e em feiras livres da cidade de Boa Vista/ Roraima/ Brasil. As plantas citadas nas entrevistas foram fotografadas e coletadas ou compradas em feiras durante as turnês guiadas e em visitas posteriores. Algumas plantas domesticadas já conhecidas

e obtidas através da compra foram identificadas com base na literatura especializada (LORENZI E MATOS 2008; SOUZA E LORENZI 2012).

A grafia dos nomes científicos foi conferida utilizando a base de dados Trópicos, disponível em <http://www.tropicos.org>. Para a listagem dos táxons seguiu-se o APG III (2009). Quanto ao modo de obtenção, as plantas foram enquadradas como cultivadas no caso daquelas que a comunidade cultiva em suas roças, sítios, hortas, quintais e jardins; silvestres, as que são obtidas pela comunidade na vegetação local, e compradas, as plantas adquiridas no comércio local. As doenças/sintomas citados pelos informantes foram categorizadas de acordo com a Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10 2008).

As informações das plantas medicinais, tais como o nome local da planta, a doença tratada e o uso das partes da planta, a preparação e a via de administração foram registradas dos informantes. No final de cada entrevista, os pesquisadores, juntamente com os curandeiros tradicionais e o assistente local, realizaram uma observação de campo para observar as plantas medicinais relatadas.

Considerando as limitações inerentes à entrevista e ao grupo focal para compreender a dinâmica de interação e de influência recíproca nos processos de trabalho da equipe de Estratégia em saúde da família (ESF), ou seja, entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, optamos por associá-las à observação participante, em razão de que essa técnica que possibilita a compreensão daqueles fenômenos que não podem ser registrados apenas com o auxílio de questionários ou de outros documentos, mas que “[...] devem ser observados em sua plena realidade” (MALINOWSKI, 1978, p. 29).

A esses fenômenos Malinowski (1978) denominou de imponderáveis da vida real, representados, em uma leitura contemporânea, por aqueles “[...] gestos que não têm concretude ou substancialidade imediata, mas que portam significados consistentes para a compreensão de aspectos culturais do grupo estudado” (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 518).

Segundo Fernandes e Moreira (2013) *apud* Boiteux (2017), a observação participante pressupõe a interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto em que eles vivem (e no qual eles trabalham, pode-se acrescentar); logo, a técnica foi empreendida nos mais diversos momentos ocorridos nas casas dos moradores, nas visitas as feiras e locais de mercados que vendem fitoterápicos; mas também nos processos de trabalho da equipe de ESF, incluindo consultas médicas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, etc. Durante os períodos de observação, as impressões do pesquisador foram registradas sob a forma de notas em um diário de campo.

De acordo com Legard, Keegan e Ward (2003), as características da entrevista em profundidade, sobretudo o fato de combinar estrutura (determinados tópicos a serem abordados) e flexibilidade (maior liberdade para que entrevistador e entrevistado interajam na construção dos dados), possibilitam ao pesquisador explorar fatores subjacentes às respostas obtidas, tais como razões, sentimentos, opiniões e crenças. Assim, julgamos a modalidade mais adequada para identificar os significados atribuídos pelos moradores dos dois bairros, quando comparada às entrevistas fechada e semiestruturada.

A entrevista foi guiada por um roteiro contendo tópicos amplos como: (I) conhecimento sobre as plantas medicinais; (II) uso e obtenção das plantas medicinais (III) acompanhamento médico de pacientes portadores de diabetes que fazem uso da planta pata de vaca; (IV) percepção de diabéticos sobre o uso da pata de vaca; (V) percepção dos profissionais de saúde sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais (VI) articulação etnocientífica dos profissionais e moradores dos bairros do estudo sobre o uso da planta pata de vaca; (VII) formação de profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares recomendadas pelo SUS; (VIII) significados atribuídos pelos moradores sobre o processo saúde-doença-cuidado (cf. Apêndice F).

Em virtude da abrangência dos tópicos e, por conseguinte, da perspectiva de longa duração da entrevista, fez-se a opção por subdividi-la em vários encontros, os quais totalizaram uma média de 06 meses de acompanhamento. As falas dos entrevistados foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelo pesquisador. Além disso, os tópicos do roteiro sofreram acréscimos de questões emergentes das falas da entrevistada e de observações realizadas pelo pesquisador.

Em relação as entrevistas com grupos, Trad (2009) relata que por se tratar de uma forma de entrevista baseada na comunicação e na interação entre os participantes selecionados, o grupo focal proporciona a compreensão de percepções, de crenças e de atitudes sobre o tema delimitado pelo pesquisador, o que se coaduna a esses objetivos específicos do estudo. O grupo focal contaria com a participação dos demais membros da equipe. Para a condução do grupo, foi utilizado um roteiro constituído por uma pergunta-disparadora e por tópicos referentes à dinâmica de interação entre os membros da equipe e os usuários, acrescidos de questões oriundas dos períodos de observação participante e da entrevista com a médica. As falas dos participantes do grupo focal foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelo pesquisador.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Considerando os objetivos do estudo e as técnicas empregadas durante o trabalho de campo, a produção dos dados empíricos foi operacionalizada em quatro momentos:

1ª MOMENTO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: Consistiu na abordagem dos moradores dos bairros estudados e dos profissionais de saúde, por meio da qual apresentei, em linhas gerais, o estudo e os convidei a participar. Neste momento, solicitei que me autorizassem a acompanhá-los e a observá-los em suas atividades cotidianas em casa, nas instituições religiosas e no trabalho no posto de saúde. Uma vez obtida a autorização, teve início a observação participante, sendo definidos, em comum acordo com os membros da equipe de ESF, os períodos e as atividades em que essa seria realizada. Reitera-se que a observação participante contemplou diversos momentos e locais em que ocorrem os processos de trabalho da equipe de ESF, dentro e fora da unidade de saúde, incluindo consultas médicas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, etc.

2ª MOMENTO- APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS. A partir da análise preliminar dos dados produzidos na observação participante, e dos contatos construídos, foi realizado a parte de preenchimento dos questionários (composto por 20 perguntas) relacionadas ao conhecimento e ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos com 110 moradores locais para a construção do capítulo 01. Em relação ao capítulo 02, foram aplicados 43 questionários em pessoas portadoras de diabetes que se autodeclararam portadora da doença, como mostra no capítulo 01. E no desenvolvimento do capítulo 03, foram aplicados 12 questionários para profissionais de saúde.

3ª MOMENTO – ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE: A partir da análise preliminar dos dados produzidos na fase de observação participante, foram realizadas, com 10 moradores detentores do saber local, entrevistas em profundidade, composta por 10 perguntas abertas sobre plantas medicinais. A opção por realizar a entrevista apenas após períodos de observação participante teve como intenção enriquecê-la com situações identificadas durante as observações, as quais foram compartilhadas entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. As entrevistas ocorreram em ambientes combinado com as pessoas selecionadas, em local escolhido pela entrevistada.

4ª MOMENTO – GRUPO FOCAL: Neste momento, a análise dos dados produzidos nas fases preliminares foi complementada com a realização do grupo focal apenas para construção do capítulo 03 com os profissionais de saúde. O grupo focal foi organizado mediante contato prévio entre o pesquisador e os profissionais de saúde envolvidos, sendo realizado fora

do horário de trabalho da equipe, de modo a evitar prejuízos à assistência da população. O grupo focal foi realizado em ambiente interno da unidade de saúde, em comum acordo, entre o pesquisador e os participantes do estudo. Aproveitou-se o momento para aplicar questionários também e para entrevistá-los.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para o processo de análise dos dados empíricos, adotamos uma abordagem integrada das notas do diário de campo e das transcrições das entrevistas e do grupo focal, o que exigiu conjugações e adaptações em procedimentos propostos por diferentes autores do campo da pesquisa qualitativa: Becker (1993^a); Gibbs (2009); Minayo (2012). Prática recomendada por Gibbs (2009), a análise do material empírico ocorreu paralelamente à sua produção, de forma sequencial: “[...] enquanto o pesquisador ainda está coletando seus dados. Isto tem duas consequências óbvias: a coleta ulterior de dados toma sua direção a partir de análises condicionais; e o montante e o tipo de análise condicional realizado são limitados pelas exigências da situação do trabalho de campo [...]” (BECKER, 1993a, p. 49).

As etapas da análise seguiram uma sequência baseada na proposta de Minayo (2012): (I) ordenação; (II) tipificação; e (III) análise abrangente final. Na etapa de ordenação, organizamos os dados produzidos nas observações, nas entrevistas e no grupo focal. Na tipificação, fizemos a leitura aprofundada e impregnante do material empírico e sua distribuição em categorias, construídas conforme as disposições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que serviram de marcadores da organização tecnológica dos processos de trabalho da equipe: (I) planejamento em saúde; (II) trabalho em equipe; (III) acolhimento, vínculo e responsabilização para com a população; (IV) práticas de cuidado (V) enfoque familiar; (VI) participação comunitária; e (VII) intersetorialidade.

Foram utilizados dados secundários da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU/ RR), IBGE, DATASUS, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/Boa Vista) sobre os aspectos socioeconômicos e estimativa da população existente nas áreas estudadas.

Para a interpretação dos dados foram consideradas variáveis independentes como: idade, gênero, escolaridade, estado civil, local de residência, raça, dentre outras. Foram realizadas análises descritivas incluindo média com desvio padrão para variáveis quantitativas de natureza paramétrica. A comparação entre médias amostrais foi realizada pelo teste t de Student, desde que garantido a equivalência de variâncias amostrais; em outros foram utilizados o teste de Mann-Whitney. Para comparação entre proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado. A

estimativa de quantificação de risco foi realizada por Odds Ratio e intervalo de confiança de 95% (método de Newcombe-Wilson). As variáveis que apresentaram significância na análise univariada, foram reavaliadas em análise multivariada (método de regressão logística) para obtenção de Odds Ratio, ajustadas e independentes. O programa estatístico utilizado foi o SPSS/® (CDC, Atlanta, USA), fixando-se o nível de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade.

4.6 TÉCNICAS METODOLÓGICAS: ABORDAGEM CONJUGADA QUANTITATIVA E QUALITATIVA/ SNOWBALL (“BOLA DE NEVE”) / ANÁLISE DO CONTEÚDO (LAURENCE BARDIN)

A pesquisa qualitativa constitui-se em modalidade de pesquisa também utilizada em saúde coletiva. Ela possibilita uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos sociais. Como afirma Hageette (1987), "os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e sua razão de ser" (p. 55). Para Volpato (2013), "as pesquisas qualitativas e as quantitativas apenas se diferenciam pela forma como obtêm a base empírica" (p.83) [...]” em ambas estudamos diretamente alguns sujeitos para conhecermos um todo maior que eles representam” (p.84).

A pesquisa qualitativa trabalha mais com a observação de primeira mão, com relatos de entrevistados, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos (TOBAR e YALOUR, 2003). Isto não deve ser entendido como pesquisas que se contrapõem, uma vez que, em alguns casos, podem ser combinadas em determinados projetos, como o caso dessa pesquisa.

Segundo Minayo (2014), quando se fala de saúde ou doença observa-se que essas duas categorias quanti-qualitativa trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos de ordem quantitativa apresentem um quadro de magnitude e de tendências que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam.

Velasco e Díaz de Rada (1997) definem que a pesquisa de campo, em especial aquela aplicada em ambientes comunitários, é uma forma de investigação sociocultural que exige a utilização de um conjunto de procedimentos e normas que possibilitam a organização e a produção do conhecimento. Uma via para a execução desse trabalho de pesquisa em campo em comunidades é a técnica metodológica snowball, também divulgada como snowball sampling (“Bola de Neve”). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística em pesquisas sociais em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto

(o “ponto de saturação”). Para fins de composição de amostra será empregada a técnica de amostragem por saturação de dados. O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

Portanto, a snowball (“Bola de Neve”) é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, ou seja, uma espécie de rede. Albuquerque (2009) esclarece que a forma mais confiável de aplicação de uma pesquisa em cadeias de referência é aquela que consegue coletar o máximo de informações sobre todos os membros da rede (complete network design) ou utilizar uma amostra aleatória dos participantes (local network design). No entanto, como esclarece a autora, muitas vezes isso não é viável ao pesquisador e, nesses casos, a técnica snowball (Bola de Neve) pode ser recomendada justamente por utilizar a abordagem em cadeias. Ela permite discutir a aplicação de estratégias de “recrutamento em cadeia” (como em uma rede) para a estimativa de prevalência de doenças em populações organizadas em redes complexas.

O método de análise utilizado nessa pesquisa para entender as falas durante as entrevistas foi a análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações e que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2016). Desta forma, atualmente, a técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos implícitos nas figuras de linguagem, nas reticências e entrelinhas, quanto dos conteúdos manifestos (RODRIGUES, 1999).

A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento que se aplica a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas, desde o cálculo da frequência que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

A intenção da análise do conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Tal como a etnografia necessita de etnologia para interpretar as suas descrições minuciosas, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. (BARDIN, 2016).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram observados e respeitados em todas as etapas do estudo, em concordância com as normas e as diretrizes da Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Para tanto, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegurou-se aos participantes informações acerca dos objetivos do estudo, do anonimato, do sigilo com relação às informações fornecidas e, ainda, da liberdade para o consentimento e desistência em qualquer momento da pesquisa. Acrescenta-se ainda que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Roraima (UFRR) sob o protocolo de Número do Parecer: 2.288.847, em 21/09/2017; e encontra-se registrado na Pró reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PRPPG/UFRR) sob o número de registro 1232017. Também teve autorizações prévias com cartas de anuência dos representantes dos bairros Nova cidade e Raiar do Sol e da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, na pessoa do secretário de saúde.

CAPÍTULO I CONHECIMENTO LOCAL SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS POPULARMENTE INDICADAS PELOS MORADORES DE DOIS BAIROS PERIFÉRICOS EM BOA VISTA, RR

O capítulo I faz uma discussão sobre o conhecimento local relacionado ao uso das principais plantas medicinais citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, através de um levantamento de algumas espécies vegetais que são utilizadas no enfrentamento das síndromes e das doenças de maior prevalência no local da pesquisa.

Manaus-AM

2018

RESUMO

Conforme define a Medida Provisória n.º 2.186-16/2001, Conhecimento Tradicional Associado é qualquer informação ou prática individual ou coletiva de comunidade indígena ou de comunidade local, dotado de valor real ou potencial, associada ao Patrimônio Genético. Alicerçado nesse conceito e numa metodologia exploratória do tipo descritivo, a presente pesquisa realizou um levantamento sobre as plantas medicinais utilizadas na busca de cuidados de saúde por moradores de 02(duas) bairros periféricos em Boa Vista/ RR. Para tanto, optou pela amostragem não probabilística do tipo bola de neve, totalizando a amostra de cento e dez (n=110) moradores locais. Quanto à coleta de dados, os principais instrumentos utilizados foram as entrevistas semiestruturadas (n=10) e os questionários (n=100), com perguntas abertas e fechadas, tendo como fonte auxiliar a observação participante. A análise dos dados foi realizada por intermédio da técnica de análise de conteúdo das entrevistas e das estatísticas dos questionários. Os resultados demonstram que os entrevistados têm conhecimento de 77 espécies, sendo que 03 delas são utilizadas e indicadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado da diabetes mellitus. As doenças e/ou sintomas mais mencionados se relacionam com os sistemas digestivo e cardiorrespiratório. As partes das plantas mais usadas nos preparados medicinais foram as folhas, sendo o chá a principal forma de utilização. O estudo evidenciou uma grande diversidade de formas de uso para as espécies elencadas com fins medicinais, encontrando-se um consenso entre os gêneros, mas não entre as faixas etárias. A pesquisa concluiu que a manutenção deste conhecimento é relevante e pode auxiliar na implementação de políticas públicas voltadas para as práticas em saúde na atenção primária no município de Boa Vista/RR. Por essa via, a presente pesquisa pode enriquecer os estudos sobre conhecimento local e o uso de plantas medicinais, senão também contribuir com a divulgação da biodiversidade de saberes locais.

Palavras-chave: Fitoterapia. Conhecimento local Processo saúde-doença. Roraima. Práticas e saberes tradicionais.

ABSTRACT

The term “Associated Local Knowledge” means any individual or collective information or practice of indigenous community or local community, with real or potential value, associated with Genetic Heritage. This work carried out a survey concerning to the medicinal plants used by residents of 02 (two) neighborhoods in Boa Vista / RR, in search of health care. This research is characterized by being a descriptive and exploratory study. The non-probabilistic snowball type was defined as sampling procedure of a hundred and ten (n = 110) local residents. According to data collection, the main instruments used were semi-structured interviews (n = 10) and questionnaires (n = 100) with opened and closed questions, with participant observation as a source of support. As for the data analysis, the technique of content analysis of the interviewees was used and the statistics of questionnaires. The results show the interviewees know 77 species, of which 03 are directed and indicated by the Ministry of Health to the care of the mellitus diabetes, and the maintenance of this knowledge is essential and it can help in implementation of the public policies focused on health practices at the beginning care in the municipality of Boa Vista / RR. The most parts of the plants used at the medicinal preparations were the leaves, being the tea the main form of use. The diseases and / or symptoms most mentioned were the related to the digestive and cardiorespiratory systems. The present study showed a great diversity of forms of use for the species chosen for medicinal purposes, and a consensus was found among the genres, but not between the age groups. This research intend to enrich the studies about local knowledge and the use of medicinal plants, in order to give evidence to the dissemination of diversity local knowledge.

Keywords: Medicinal Plants. Traditional Knowledge. Health – disease process. Boa Vista. Local practices and Knowledge.

1 INTRODUÇÃO

Biodiversidade ou Diversidade Biológica é, segundo define a Convenção da Diversidade Biológica (CDB), a variabilidade de organismos vivos de todas as origens, compreendendo, dentre outros, os ecossistemas terrestres e marinhos, além de outros ecossistemas aquáticos, senão também os complexos ecológicos de que fazem parte, mas também a diversidade dentro de espécies, entre espécies e de ecossistemas existentes (MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 1994).

O Brasil é o país com maior biodiversidade do planeta, a qual, associada a uma rica diversidade étnica e sócio- cultural, faz com que essa nação seja detentora de um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais.

Para tanto, deve ser ter em mente que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, ambiental, econômica, política e cultural em que se estrutura e apresenta. Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, uma vez que depende de valores individuais, bem como de concepções científicas, religiosas e, ainda, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito sobre as doenças (SCLAR, 2007). A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

A investigação histórica da ocupação, das características físicas, econômicas, sociais e culturais de um determinado território, bem como da disposição e da qualidade dos equipamentos e serviços públicos, senão também do perfil epidemiológico e dos principais problemas enfrentados por uma dada comunidade apresenta-se como princípio fundamental para a busca de soluções. Fazer uma leitura interdisciplinar da realidade de cada comunidade analisada torna-se procedimento metodológico importante por ser capaz de promover uma compreensão mais profunda da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população específica (BATISTELLA, 2007). Nessa perspectiva esse estudo foi construído, o qual faz uma associação de diversas competências que norteiam o processo saúde-doença de uma população nos bairros em análise; entre eles estão: conhecimentos biológicos, sociais, culturais e em saúde.

Os saberes locais ou ditos populares com relação às práticas e os usos vegetais acumularam-se e evoluíram, sendo aprimorados desde o princípio de sua existência, para a recuperação da saúde e alívio de seus males (SILVA, 2008). Sendo assim, os conhecimentos locais foram analisados nessa pesquisa considerando um conceito mais flexível e mais abrangente das categorias populacionais em estudo.

O uso de espécies vegetais para a cura de doenças e sintomas remonta ao início da civilização e, em várias culturas, produtos botânicos foram empregados para essa finalidade (HALBERSTEIN, 2005; LUCA ET AL, 2014). No Brasil, sob influência das interações culturais mantidas entre índios, negros e portugueses, essa relação homem-natureza permitiu a disseminação da sabedoria herdada em relação ao uso e cultivo de diversas espécies vegetais (ALMASSY ET AL., 2005; LIPORACCI & SIMÃO 2013).

Desse modo, o objetivo geral do presente trabalho é estudar a diversidade de plantas de uso medicinal no contexto urbano de Boa Vista/ RR, para fins de levantar dados sobre o conhecimento acumulados e os consequentes usos destas plantas pelas comunidades locais, bem como investigar a importância que assumem na construção de itinerários terapêuticos voltados para os cuidados da saúde, em interface com a tecnologia quanto ao uso e acesso dos conhecimentos dos moradores dos bairros do Nova Cidade e Raiar do Sol.

Assim, .na região Amazônica, a diversidade de plantas medicinais é muito rica e, nos últimos anos, esse grupo vem despertando interesse e sendo estudado sob diferentes aspectos, quais seja: sob a perspectiva do conhecimento tradicional ou local (FREITAS E FERNANDES, 2006; REZENDE E COCCO, 2002; FRANÇA, 2008; AMOROZO, 1996); do aspecto religioso (ANTUNES MACIEL E GURAIM NETO, 2006; CAMARGO, 1980); dos cuidados com a saúde (DAMIAN ANTONIO, 2013; SILVA LEANDRO, 2017); da perspectiva morfológica, anatômica, genética e taxonômica (RIVA, 2012; ZUCARELI, 2011); com um viés na etnobotânica (JOACI LUZ, 2001; RODRIGO OLIVEIRA, 2016; ARLENE OLIVEIRA, 2016).

Tendo como ponto base os aspectos anteriormente mencionados, o presente estudo se compromete em registrar sobre o conhecimento e os usos medicinais sobre as espécies vegetais em dois bairros da cidade de Boa Vista, capital de Roraima, estado mais ao norte da Amazônia Setentrional brasileira.

Esse capítulo I tem como objetivos estudar a diversidade de plantas de uso medicinal citadas pelos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol em Boa Vista/ RR, para investigar as percepções, os saberes, as práticas em saúde e os conhecimentos locais; assim como descrever a obtenção e as indicações terapêuticas das mesmas na prevenção e tratamento de problemas e necessidades em saúde pelos participantes da pesquisa, priorizando o conhecimento dos determinantes socioeconômicos e de saneamento básico que influenciam às comunidades estudadas para o uso das plantas medicinais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDO

O campo de pesquisa da nossa investigação localiza-se precisamente no município de Boa Vista (229.454 hab.), nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, localizados na zona oeste da capital, com 5.708 habitantes e 5.863 habitantes, respectivamente (IBGE, 2010).

2.2 COLETA DOS DADOS

A investigação se institui na condição de estudo exploratório-descritivo, tendo como método de abordagem um estudo quanti-qualitativo que trabalha com indicadores numéricos e segue critérios estatísticos, além de analisar os conteúdos das falas dos moradores (BARDIN, 2016). Os critérios de inclusão foram os seguintes: indivíduos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, faz uso diariamente de plantas medicinais, maiores de 18 anos, com as faculdades cognitivas preservadas, de ambos os sexos.

Durante os trabalhos realizados no monitoramento de ações e serviços ofertados pelo SUS e com base nos indicadores de saúde encontrados em outros bairros do município de Boa Vista não foi constatado o uso amplo de plantas medicinais pela população e nem tampouco a presença de detentores do saber local, o que tornava inviável o desenvolvimento do estudo. Eis as razões porque os bairros Nova Cidade e Raiar do Sol foram escolhidos. Os bairros estudados têm uma população considerável de imigrantes, afrodescendentes e indígenas, que trazem consigo saberes locais que são articulados com os saberes biomédicos.

A pesquisa empregou a metodologia de amostragem não probabilística, do tipo bola de neve, totalizando cem (n=110) moradores locais. Quanto à coleta de dados, o principal instrumento utilizado foram as entrevistas semiestruturadas gravadas com dez (n=10) pessoas detentoras do conhecimento local, sobre as plantas medicinais nos bairros estudados; com auxílio de questionário-guia, que foram organizadas de forma semi-estruturada com questões abertas e fechadas. E o restante da amostra cem (n=100) moradores, foram realizadas aplicação de questionários. Alguns tópicos foram fixados previamente, outros redefinidos in loco e anotações complementares ocorreram durante a permanência no local, com conseqüente registro em diário de campo.

Após coletados, os dados foram analisados quanto aos aspectos socioeconômicos e de saneamento básico, assim como sobre o uso e conhecimento de plantas medicinais, tendo como fonte auxiliar a observação participante (BOITEUX, 2017). Todas as entrevistas realizadas (n=10) e os questionários aplicados (n=100), contaram com o aceite através da assinatura da carta de anuência pelos representantes de ambos bairros e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Velasco e Díaz de Rada (1997) definem que a pesquisa de campo, em especial àquela aplicada em ambientes comunitários, é uma forma de investigação sociocultural que exige a utilização de um conjunto de procedimentos e normas que possibilitam a organização e a produção do conhecimento. Uma via para a execução desse trabalho de pesquisa em campo em comunidades é a técnica metodológica snowball, também divulgada como snowball sampling (“Bola de Neve”).

Paralelamente, foram realizados estudos através dos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br). As bases de dados consideradas foram Lilacs (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online).

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados sobre o conhecimento local dos participantes da pesquisa, foi considerado a biodiversidade de espécies medicinais existentes nos dois bairros e citadas pelos sujeitos do estudo e o conhecimento sobre o uso das plantas entre os gêneros e grupos etários. Os dados coletados foram processados na planilha do Excel e posteriormente, descritos, analisados e apresentados em forma de texto, gráficos e tabelas.

A parte qualitativa foi analisada através da análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977).

Em relação ao estudo quantitativo, foram realizadas análises descritivas, incluindo média com desvio padrão para variáveis quantitativas de natureza paramétrica. A comparação entre médias amostrais foi realizada pelo teste *t de Student*, desde que garantido a equivalência de variâncias amostrais; noutros casos, foram utilizados o teste de Mann-Whitney. Para comparação entre proporções foi utilizado o teste o qui-quadrado.

Sobre a identificação dos participantes da pesquisa, foram analisadas algumas variáveis: gênero, faixa etária, renda média, escolaridade, naturalidade, ocupação, religião; as quais serão discutidas a seguir. Sendo que esse trabalho teve como foco principalmente as seguintes variáveis: Conhecimento local X Faixa etária X Gênero.

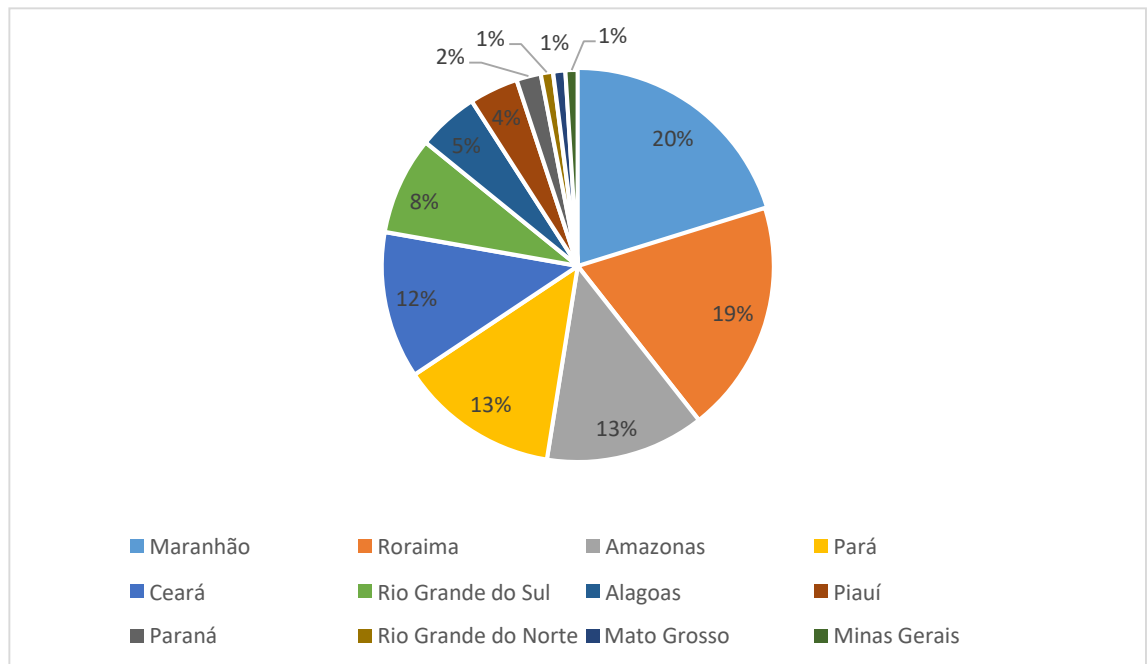
A estimativa de quantificação de risco foi realizada por *Odds Ratio* e intervalo de confiança de 95% (método de Newcombe-Wilson). As variáveis que apresentarem significância na análise univariada foram reavaliadas em análise multivariada (método de regressão logística), para obtenção de Odds Ratio ajustadas e independentes. O programa estatístico utilizado foi o SPSS: Statistical Package for the Social Sciences./ Versão IBM SPSS Statistics 24, fixando-se o nível de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados socioeconômicos e demográficos das duas comunidades estudadas foram analisados a partir de n=110 entre questionários e entrevistas de participantes com idade entre 20 e 74 anos. A média de idade dos entrevistados variou de 49 anos para as mulheres e 46 anos para os homens. Do total de entrevistados 80% possui mais de 40 anos de idade. Em relação ao gênero, 26, 6% declararam-se homens (n= 29) e 73, 4% mulheres (n= 71). A predominância feminina pode ser justificada pela maior disponibilidade das mulheres em responder ao questionário e também porque é, segundo relatos, responsabilidade maior das mulheres os cuidados com os filhos, propiciando que elas aprendam mais e procurem saber a respeito das plantas para as principais doenças e sintomas que as crianças e esposos apresentam.

A Figura 1 representa o percentual de todas as categorias referentes à Naturalidade dos informantes: Maranhão (20%), Roraima (19%), Amazonas (13%), Pará (13%), Ceará (12%), Rio grande do Sul (08%), Alagoas (05%), Piauí (04%), Paraná (02%), Rio Grande do Norte (01%), Mato Grosso (01%), Minas gerais (01%). Essa informação reflete questões culturais, uma vez que as pessoas trazem consigo, de suas regiões de origem, costumes e hábitos que se fixam junto com elas no local atual em que reside.

Figura 1- Naturalidade dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

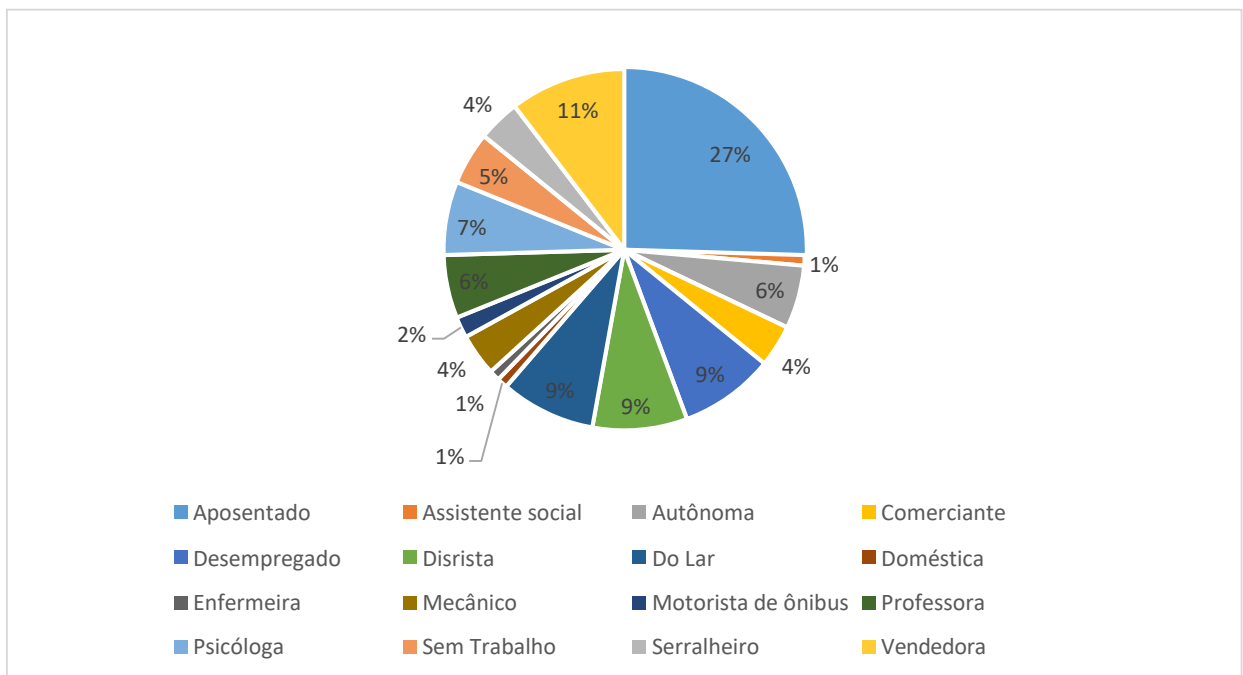
Vale ressaltar que a influência da migração de nordestinos, nortistas e sulistas (80%) para o estado de Roraima é bastante significativa quando analisado sob o aspecto de disponibilidade de plantas medicinais para utilização na terapêutica e não na manutenção das tradições culturais. Segundo Lévi-Strauss, "Na América do Sul tropical, os níveis gerais de cultura são determinados antes por um critério histórico do que pelos recursos vegetais locais, uma vez que nenhuma característica cultural básica parece depender diretamente do ambiente botânico".

Conforme já referido, os imigrantes trazem com eles sistemas de crenças e práticas de saúde dos seus estados ou países com heranças e experiências culturais próprias, podendo manter-se ativas por vezes durante várias gerações. Corroborando Bárbara Bäckström (2011), todos os recursos a que se recorre no tratamento e cura são produtos de culturas e correspondem a práticas preventivas e ações terapêuticas comuns nas tradições culturais. O uso simultâneo da medicina tradicional, local ou não convencional e da medicina "moderna", convencional ou biomédica, coexistem em um sistema que não substitui o outro. Nessa pesquisa foi notório a complementariedade dos sistemas pelos moradores, enfatizando a relevância de considerar toda e qualquer prática em saúde, desde que possa resultar em equilíbrio e bem-estar das pessoas.

De acordo com o estudo de Joaci Luz (2001), afirma que a combinação de plantas medicinais nativas e exóticas, hortaliças, fruteiras e outras plantas cultivadas, no elenco das plantas medicamentosas de uso popular em Boa Vista caracteriza a diversidade de costumes e cultura próprios de uma população de origens diversas, refletindo a riqueza e o potencial do conhecimento popular na solução dos problemas de saúde da população local.

A Figura 2 apresenta o percentual referentes às atividades exercidas pelos sujeitos da pesquisa. Nesse universo amostral, a categoria aposentada representa maioria, 23% (n=23 ou 23%). O restante dos entrevistados (n=77 ou 77%) estão divididos nas seguintes categorias: desempregados ou sem trabalho (14%); diaristas (07%); Professores (06%); do lar (09%); comerciantes (03%); mecânico (04%); serralheiro (04%); psicólogo (01%); assistente social (01%); vendedores (10%); motorista de ônibus (02%); autônomos (05%). A análise estatística mostrou que a diferença entre o número de entrevistados para cada atividade exercida na comunidade foi significativa ($\chi^2=25,12$; $gl=11$; $p<0,001$).

Figura 2- Atividades econômicas exercidas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

As mulheres nesse estudo, representam 73,4% e os homens aproximadamente 26,6%, sendo que nenhuma pessoa se declarou na opção “outros”, quando questionado sobre seu gênero. De fato, as mulheres parecem ter um importante papel nos afazeres domésticos, resultando em 09% as que se identificam na categoria “do lar”, assim, podendo usar as plantas medicinais nas suas práticas de cuidados. Tal resultado é similar ao encontrado por Amorozo e

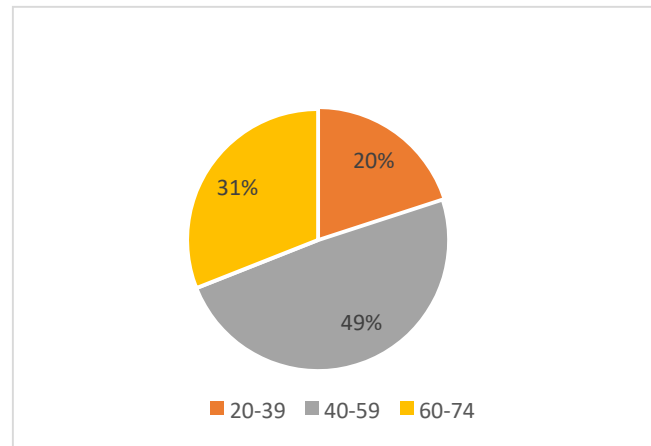
Gély (1988) apud Freitas e Fernandes (2006) em um estudo realizado em duas vilas de pequenos agricultores no município de Barcarena, no Pará, e por Roman (2001), que trabalhou com famílias de pescadores de Algodual, no município de Maracanã, Pará.

Na Figura 3 estão indicadas as faixas etárias dos entrevistados com suas respectivas porcentagens. O teste do Qui-Quadrado mostrou que a diferença entre as faixas etárias dos informantes é, em geral, muito significativa ($X^2=19,33$; $gl=7$; $p<0,01$) e que, mesmo quando a análise é realizada com a separação dos informantes por gênero, os resultados são significativos ($X^2= 6,30$; $gl = 6$; $p<0,05$). A faixa etária mais frequente foi a de 40-59 anos (49%), seguida pela faixa de 60-74 (31%) e, depois, de 20 -39 anos (20%). Estes resultados indicam que a maioria dos participantes possuem idade madura, compondo boa parte desse universo amostral. Neste caso há muita evidência de que os jovens estejam deixando o interesse pelo uso e conhecimento das plantas medicinais em detrimento da utilização de medicamentos industrializados, ou que ainda estejam se apropriando culturalmente da existência e uso das plantas medicinais em sua região.

De acordo com as informações das entrevistas, a classe etária de 40-59 anos possui um conhecimento bem maior sobre as plantas medicinais do que as outras classes, sendo que o número de citações de espécies vegetais foi aproximado ao número citado pelos idosos (a partir de 60 anos).

Os participantes dos dois bairros conhecem em média 77 espécies vegetais úteis, e a categoria etária 20-39 anos conhece menos espécies que as outras duas categorias de idade ($H = 16.13674$; $p = 0.0003$), para ambos os gêneros. Houve diferenças significativas no número de espécies entre os gêneros, na categoria de 40-59 anos, com os informantes femininos conhecendo um grande número de espécies em relação aos masculinos nos dois bairros do estudo ($U = 222.5$; $p = 0.002$). Comparando as categorias 60-74 anos percebemos uma grande diferença no conhecimento de espécies entre os informantes masculinos e femininos, porém estatisticamente insignificante.

Figura 3- Categorias etárias dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.

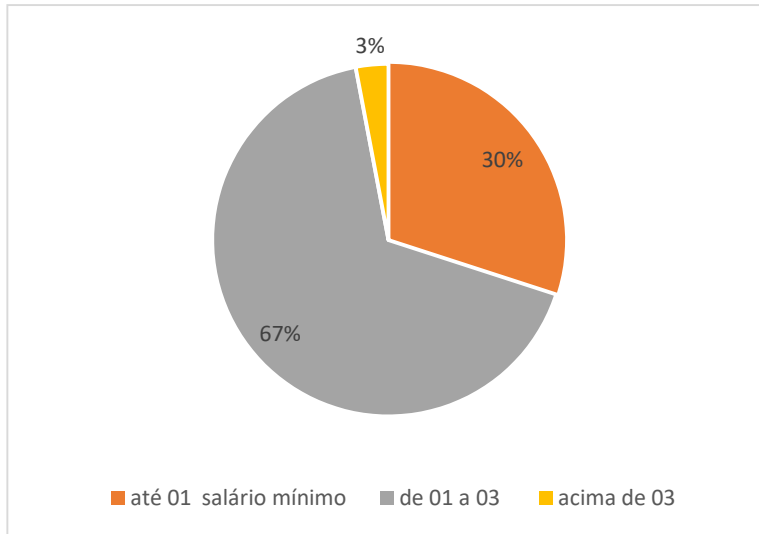


Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Os dados analisados dão conta de que as mulheres mais velhas têm maior conhecimento das espécies vegetais devido a estarem frequentemente criando vários tipos de remédios caseiros/artesanais e buscando diferentes formas de cuidados para seus familiares. O maior número de sujeitos da pesquisa do gênero feminino pode ser explicado pelo fato de que as entrevistas foram realizadas, em sua maioria, no período da tarde, coincidindo com o período em que as mulheres se encontram na unidade doméstica, enquanto os homens trabalham; mas o número pode ter sido influenciado também porque a maioria das entrevistas foi realizada em associações e nas instituições religiosas e de saúde dos bairros, onde existe uma porcentagem maior de pessoas do gênero feminino.

Em relação a renda média da família (Gráfico 4), os resultados foram os seguintes: até um salário mínimo (30%); de 01 a 03 salários mínimos (67%) e acima de 03 salários mínimos (03%). O gráfico 4 demonstra que a relação entre a quantidade de salários mínimos e a porcentagem de pessoas que recebem é inversamente proporcional, retratando, dessa maneira, as baixas condições econômicas da maioria daquelas pessoas. Por isso, possa ser que elas utilizem outras estratégias de saúde, como a fitoterapia, para ter um pouco de qualidade de vida, o que explica a utilização de forma associada ou não com as práticas assistencialistas ofertadas pelo SUS. Essas estratégias são inventadas e reinventadas todos os dias de acordo com as necessidades e problemas de saúde, através do conhecimento local e da disponibilidade de recursos, sejam eles financeiros, vegetais ou até mesmo culturais.

Figura 4- Renda média familiar dos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Outro fator que interfere nessa interpretação diz respeito ao recebimento de benefícios: (58) % recebem e (42) % não recebem. Esses dados reforçam a ideia de que se trata de pessoas de baixa renda, isto é, que tem um poder aquisitivo baixo, interferindo nas decisões de seus itinerários terapêuticos, isto é, nos seus caminhos percorridos em busca de cura, visto que, necessitam utilizar outras estratégias para obter saúde.

O incentivo ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos pode se configurar como importante estratégia para o enfrentamento das desigualdades em saúde existentes em Boa Vista, podendo prover a necessária oportunidade de inserção no atendimento resolutivo e integral das populações com indicadores sociais e em saúde precária.

Como na análise efetuada por Sundquist (1995), até certo nível social os fatores socioeconômicos são decisivos relativamente à saúde nas suas diversas dimensões; mas ultrapassando esse nível, ou seja, nas classes de renda mais elevada, as diferenças de práticas de saúde dependem, sobretudo, de escolhas individuais condicionadas por fatores culturais. Exemplo disto é o recurso à homeopatia ou à acupuntura, essas duas práticas integrativas das 29 existentes, são as únicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Enfim, o aumento do uso de plantas medicinais se relaciona, provavelmente, tanto com a deterioração das condições econômicas nos países em desenvolvimento, quanto com a tentativa de manutenção da cultura de muitos povos e migrantes que aqui na Amazônia residem.

Devido a este fator, as plantas medicinais continuam ocupando lugar de destaque no arsenal terapêutico. A OMS estima que 80% da população mundial usa recursos das medicinas populares para suprir necessidades de assistência médica privada, com gastos aproximados de 22 bilhões de dólares (COSTA et al., 1998; YUNES; PEDROSA; CECHINEL FILHO, 2001). As plantas medicinais têm contribuído fortemente para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas.

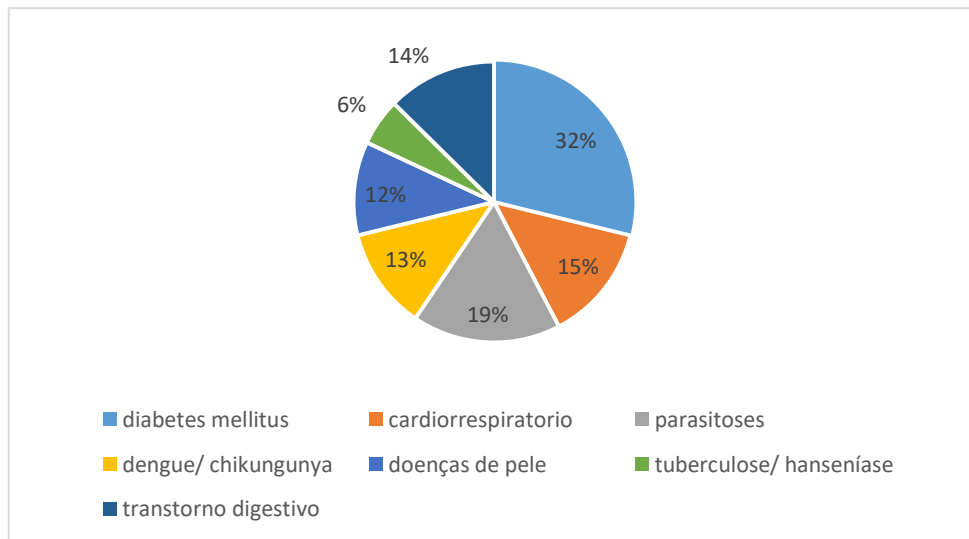
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS BAIRROS DA PESQUISA

Para a maioria dos participantes do estudo e moradores dos bairros, saúde é tudo aquilo que faz bem e que faz com eles não precisem de remédios. Ao indagar um morador (ENTREVISTADO n.45) sobre então, o que seria doença, ele respondeu:

É a totalidade que faz com que a pessoa seja vista como um todo, na sua vivência social e cultural, onde algum elemento biológico ou emocional está ausente, sem funcionar direito, precisando de ajuda, precisa então, atingir o equilíbrio e voltar a ter saúde.

Segundo alguns profissionais de saúde: agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros que atendem nos bairros do Raiar do Sol e Nova cidade, as doenças mais frequentes, e que precisam de acompanhamento médico, são diabetes, gripe, malária, tuberculose, hanseníase, hipertensão e parasitoses. Essas mesmas doenças foram registradas nas entrevistas e nos questionários, sendo a diabetes a mais frequente, com 32% (Figura 5). Em seguida parasitoses (19%), transtornos cardiorrespiratórios (15%) e transtornos digestivos (14%), dengue/ chikungunya (13%), doenças de pele (12%), tuberculose/ hanseníase (06%). Embora haja acompanhamento mensal pelo agente comunitário, essas doenças são oriundas de uma diversidade de fatores, com destaque para saneamento básico, que reflete os péssimos indicadores em saúde que ali se encontram.

Figura 5- Perfil epidemiológico, de acordo com as citações dos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.

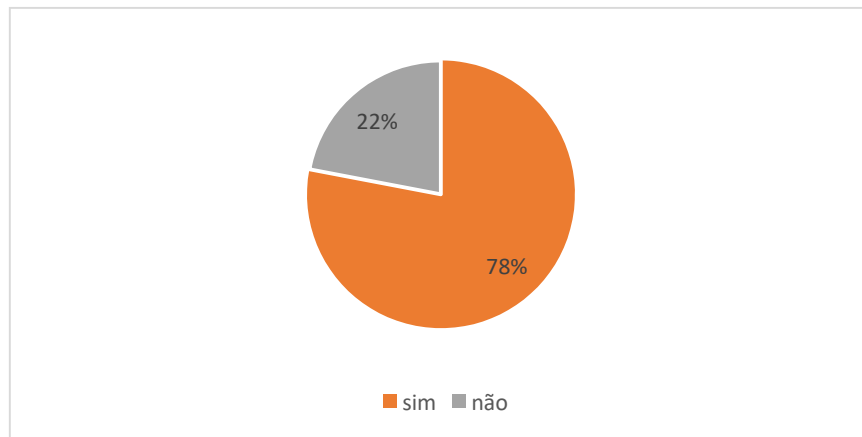


Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Quando se organizam com foco nas necessidades da população, os serviços de saúde podem ou tendem a ser mais eficientes, no sentido de apresentar maior capacidade de escutar e atender as necessidades em saúde (ENGRY, 2008). Mas, quando o ponto mais importante não é o bem-estar da comunidade, passa a elevar o número dos diversos problemas em saúde.

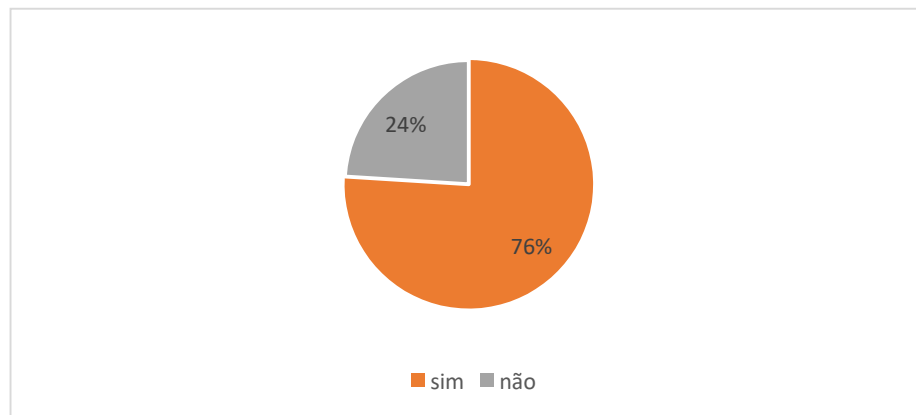
De acordo com a análise dos dados referente a Figura 6, os participantes do estudo responderam que já adquiriram doenças relacionadas a qualidade da água (78%): parasitoses, dengue, diarreias; enquanto o restante, 22%, afirma não ter tido nenhuma doença relacionada a água contaminada. Já sobre terem adquirido doenças relacionadas ao lixo ou esgoto das ruas dos bairros (Figura 7): doenças dermatológicas e doenças respiratórias, (76%) afirmam já ter adoecido por causa da falta de limpeza e saneamento básico, sendo que 24% responderam nunca terem tido nenhuma doença que tenha relação com o lixo ou esgoto, ou que, pelo menos, não lembram.

Figura 6- Existência de doenças relacionadas ao uso de água contaminada (questões relacionadas ao saneamento básico) citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Figura 7- Existência de doenças relacionadas ao lixo ou esgoto (questões relacionadas ao saneamento básico) citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Algumas doenças estão relacionadas com o contexto socioeconômico e o território onde as pessoas residem no momento da entrevista ou da aplicação do questionário. Dos diferentes tipos de reclamações enumeradas, as doenças de que as pessoas mais se queixam são quase todos casos crônicos ou reincidentes, que exigem tratamentos e cuidados prolongados.

As consideradas crônicas presentes na vida das pessoas e exigem uma vigilância permanente, e marcaram presença na pesquisa são, entre outras: diabetes, hipertensão, obesidade, colesterol, alergia, problemas de coluna e reumatismo.

O lixo, o esgoto, água contaminada, toda essa falta de saneamento básico também traz problemas para a saúde da população. Segundo os entrevistados, as doenças ou a falta de saúde como muitos relataram poderia ser evitada caso tivessem melhores condições sanitárias e um olhar diferenciado dos gestores públicos, evitando assim, gastos maiores com os setores relacionados com a saúde como postos e hospitais. Além do mais, aumenta os agravantes na época de chuvas, onde as pessoas ficam mais vulneráveis. Esses processos se repetem todos os anos. Abaixo está o relato de uma moradora do bairro Nova Cidade (E18) a respeito das dificuldades expostas pela falta de saneamento básico, e em seguida um depoimento de um morador do raiar do sol (E 27) narrando os problemas que a água contaminada pode trazer não só para a saúde, mas também para a sua produção de pata de vaca no quintal de sua casa para tratar sua diabetes mellitus.

Eu nasci no Nordeste, mas já me acho roraimense, moro aqui há 28 anos, tenho família e filhos aqui, gosto muito daqui, só queria que nossos governantes olhassem por nós todos. O bairro aqui é bom, todos se conhecem, mas as ruas com água contaminada e sujeira nas ruas onde fica os mosquitos que pica as crianças e traz aquela doença zika , dengue e a chikungunya é muito ruim, fica a rua fedendo por causa do lixo e do esgoto. É isso queira que fosse limpo, fosse melhor para a gente morar (E18).

Moro aqui há 49 anos, vim de Manaus, gosto de plantar, ter hortas, mas essa sujeira toda da rua quando chove forte acumula e chega no meu quintal contaminando tudo, e minha plantinha pata de vaca é a que mais sofre porque tenho todo um cuidado com ela porque uso todo dia e não quero comprar. Essa água dos esgotos abertos traz coisas ruins para dentro de casa, até para nossa respiração faz mal, meus netos vivem doentes com problemas de gripe e garganta (E 27).

3.3 LEVANTAMENTO DAS PLANTAS MEDICINAIS CITADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde.

Diante do exposto, na pesquisa sobre as plantas medicinais mais utilizadas nos dois bairros do estudo, serão apresentadas em ordem alfabética de seus respectivos nomes científicos, seguidos da nomenclatura vulgar, da parte da planta utilizada, do número de citações e indicação terapêutica (tabela 1). O trabalho realizado permitiu delinear superficialmente a

relação existente entre os moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, da cidade de Boa Vista (RR), sobre o uso da flora local e as tradições das práticas populares em saúde.

A partir da verificação dos questionários aplicados, obteve-se o nome das espécies das plantas mais citadas pelos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, registradas na Tabela 1, num total de 77 espécies dentro de 46 famílias. O teste do Qui-Quadrado mostrou que a diferença entre as citações efetuadas pelos moradores dos bairros estudados sobre as plantas mais usadas foi significativa ($\chi^2=29,26$; $gl=9$; $p<0,001$). Grande parte dos entrevistados afirmou que muitas das plantas medicinais contidas nessa lista podem ser encontradas tanto nos quintais quanto nas feiras do município de Boa Vista.

Analisando a diversidade de citações de espécies entre os gêneros, considerando cada grupo de idade mostrou que as categorias 40 -59 e 60-74 anos não foram divergentes, o que foi mantido no número total dos participantes dos 02 bairros e os informantes do gênero feminino conhecem mais espécies do que os homens. Considerando o número de citações, houve um padrão semelhante. O grupo de mulheres mais jovens (20-39 anos) indicou uma menor diversidade de citações, e é estatisticamente diferente ($p < 0.05$) dos dois grupos mais velhos de informantes (40 – 59 anos) e (60-74 anos). Homens e mulheres apresentaram diferenças significativas no número de citações nos grupos 20-39 anos e 60-74 anos de idade, onde mulheres relataram um maior número de citações.

Através dos dados analisados, verificou-se que, nos casos de doenças menos complexas, o uso das plantas medicinais através dos remédios caseiros indicadas pelos familiares, vizinhos, por um líder religioso ou a procura ao posto de saúde, são as providências imediatas mais adotadas.

Tabela 1: As espécies vegetais com seus nomes científicos, populares e família, parte utilizada e indicação terapêutica citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.

FAMÍLIA	NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	PARTE UTILIZADA	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA
	<i>Abelmoschus esculentum L.</i>	Quiabo	Semente	Asma
MALVACEAE	<i>Hibiscus sabdariffa</i>	vinagreira	folhas	antimicótico
MELIACEAE	<i>Carapa guianensis aubl</i>	andiroba	semente	cicatrizante
MUSACEAE	<i>Musa paradisiaca L.</i>	banana	fruto	Úlcera, dor de dente, verruga, gripe
MALPIGHIACEAE	<i>Malpighia emarginata</i>	Acerola	fruto	Gripe
LAMIACEAE	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Alecrim	folha	Gripe
	<i>Mentha spicata</i>	Hortelã	folha	Gripe/ analgésico
MONIMIACEAE	<i>Plectranthus barbatus</i>	Boldo	folha	Funcionamento do Intestino
ANACARDIACEAE	<i>Anacardium occidentale</i>	Caju	casca	Antiinflamatório/ desintéria
	<i>Myracrodruon urundeuva</i>	Aroeira	casca	Antiinflamatório
ASTERACEAE	<i>Matricaria chamomilla</i>	Camomila	folha	Calmante
MYRTACEAE	<i>Eucalyptus globulus</i>	Eucalipto	Folha, fruto	Antiinflamatório/ hipoglicemiante, antitérmico/ antibiótico
	<i>Psidium guajava</i>	Goiaba	folha	Desintéria
	<i>Citrus sinensis Osbeck</i>	Laranja	folha	Calmante/ gripe
	<i>Citrus aurantifolia</i>	Limão	fruto	Gripe, garganta inflamada
RUTACEAE	<i>Citrus reticulata B.</i>	tangerina	fruto	Colesterol alto, labirintite
	<i>Ruta graveolens L.</i>	arruda	folha	Cólica menstrual, dor de ouvido,

				dores em geral, cólicas
LYTHRACEAE	<i>Punica granatum</i>	Romã	fruto	Antiinflamatório
	<i>Momordica charantia L.</i>	melão-de-são-caetano	Folha/ semente	Verminose, antidiarreico, hemostático, queimaduras
CUCURBITACEAE	<i>Cucumis sativus L.</i>	pepino	fruto	Pressão alta
	<i>Sechium edule SW</i>	chuchu	fruto	Pressão alta
	<i>Libidibia ferrea (Mart. ex Tul.) L.P. Queiroz</i>	jucá	Casca/ fruto	gripe, béquico, inflamações nos rins, calmante
FABACEAE	<i>Mimosa arenosa (Willd.) Poir.</i>	Unha de gato	Raiz	gripe
	<i>Bauhinia foficata L.</i>	Pata de vaca	Folha/ casca	Antidiabético/ diurético
	<i>Stryphnodendron barbatimam Mart</i>	barbatimão	Casca do caule	Dor/ infecções adstringente e anti-séptica
ACANTHACEAE	<i>Ocimum sp.</i>	alfavaca	raiz	gripe
PASSIFLORACEAE	<i>Passiflora foetida L</i>	maracujá	Raiz, folha e fruto	inflamação de garganta, insônia, depressão, antirreumática
PHYLLANTHACEAE	<i>Phyllanthus niruri L.</i>	quebrapedra	raiz e folha	pedras nos rins, fígado
ACANTHACEAE	<i>Justicia pectoralis Jacq</i>	anador	folha	Dor de cabeça
ANACARDIACEAE	<i>Mangifera indica L</i>	manga	folha	gripe
	<i>Spondia purpurea L</i>	siriguela	folha	gripe
ANNONACEAE	<i>Annona muricata L</i>	graviola	Fruto e folha	emagrecer
APIACEAE	<i>Petroselinum crispum L</i>	salsa	folha	infecção no ouvido, hepatite
	<i>Pimpinella anisum L</i>	Erva doce	folha	Dor de barriga (criança), calmante
ASTERACEAE	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	camomila	folha	Limpar intestino infantil, calmante
	<i>Bidens pilosa L</i>	picão	folha	hepatite

BIGNONIACEAE	<i>Tabebuia caraiba</i>	Ipê-amarelo	folha	Ferida/ útero
	<i>Tabebuia hepthaphyla</i>	Ipê-roxo	folha	Pulmão/ tosse/ ferida no útero
CARICACEAE	<i>Carica papaya L</i>	mamão	fruto	limpar pele, verminoses, má digestão
EUPHORBIACEAE	<i>Manihot esculenta L</i>	mandioca	caule	desnutrição
	<i>Phyllanthus orbiculatus L L</i>	Quebra pedra	folha	Pedras no rins
	<i>Mentha piperita L</i>	hortelã	folha	Verminose,
LAMIACEAE	<i>Rosmarium officinale L</i>	alecrim	folha	Quebranto em crianças, infecção, coração
	<i>Salvia officinalis L</i>	Sálvia	folha	Gripe, infecção
LAURACEAE	<i>Cinamomum zeylannicum Breyn</i>	canela	caule	infecção interna, hipoglicemiante
LILIACEAE	<i>Allium sativum L</i>	alho	semente	Tosse, verminose, antioxidante,
ARECACEAE	<i>Cocos nucifera L.</i>	Coco	fruto	Infecção urinária, dor nos rins
ASTERACEAE	<i>Baccharis trimera (Less.)</i>	Carqueja	folha	Dor no fígado, hipoglicemiante
BRASSICACEAE	<i>Brassica integrifolia (H. West) Rupr</i>	Mostarda	semente	trombose, tontura, derrame, dor de cabeça, gastura
	<i>Nastrutium officinale W. t.</i>	Agrião	folha	Rouquidão, cólica de criança, dor de ouvido
BROMELIÁCEAS	<i>Ananas comosus (L.) Merrill</i>	abacaxi	fruto	tosse
CARICACEAE	<i>Carica papaya L.</i>	mamão	Folha e fruto	Gripe, má digestão, cólicas de criança, intestino preso
AMARANTHACEAE	<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>	mastruz	folha	Reumatismo, úlcera, pancadas, cicatrizante, inflamação, dor no estômago, fraturas
CONVOLVULACEAE	<i>Ipomoea batatas (L.) Lam</i>	Batata-doce	raiz	Dente inflamado

CUCURBITACEAE	<i>Citrullus vulgaris</i> Schrad	melancia	semente	Dor no estômago
FABACEAE	<i>Stryphnodendron coriaceum</i> Benth.	barbatimão	folha	inflamação
LAMIACEAE	<i>Pogostemon cablin</i> (Blanco) Benth	Patchuli	folha	Doenças do coração
	<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Blume	canela	casca	Calmante, pressão alta
LAURACEAE	<i>Laurus nobilis</i> L.	louro	folha	Cólica menstrual
	<i>Persea americana</i> Mill.	abacate	semente	Inflamações na boca, pedras nos rins, infecção urinária, dor nos rins
	<i>Allium cepa</i> L.	Cebola branca	folhas	Gripe, bronquite, sinusite
	<i>Allium sativum</i> L.	alho	folhas	Gripe e garganta inflamada, pressão alta, cólicas, emagrecer, dor de cabeça, febre, câncer
LEGUMINOSAE	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.	babosa	folha	Inflamação, gripe, afina o sangue, tônico capilar, câncer, hemorroidas, dores em geral
MONIMIACEAE	<i>Peumus boldus</i> Mol	boldo	folha	Labirintite, dor no estômago, dor em geral, gripe, má digestão, dor na barriga, infecção no intestino, dor no fígado
	<i>Eugenia caryophyllus</i> Spreng.	Cravo da Índia	folha	Cólica menstrual
MYRTACEAE	<i>Eugenia Malaccensis</i> Linn.	jambo	caule	Dor de dente
	<i>Psidium guajava</i> L.	goiaba	fruto	diarréia

PEDALIACEAE	<i>Sesamum indicum L.</i>	gergelim	caule	Febre, afina o sangue, inflamação, tônico capilar, hematomas
PIPERACEAE	<i>Piper nigrum L.</i>	Pimenta do reino	folha	Depurativo
	<i>Cymbopogon citratus (D.C.) Stapf.</i>	Capim santo	folha	Nervosismo, gripe, calmante, pressão alta, falta de apetite
POACEAE	<i>Saccharum officinarum L.</i>	Cana de açúcar roxa	fruto	Pressão alta, inchaço, problemas oftalmológicos
	<i>Zea mays L.</i>	milho	Casca do caule	Dor de barriga, Vômito, Má digestão
RUBIACEAE	<i>Coffea arabica L.</i>	café	semente	Garganta inflamada
	<i>Genipa americana L.</i>	genipapo	fruto	fraturas
SOLANACEAE	<i>Solanum tuberosum L.</i>	Batata inglesa	raiz	Gastrite, enxaqueca
	<i>Solanum lycopersicum L.</i>	tomate	Fruto/ caule	Problemas oftalmológicos
	<i>Solanum melongena L.</i>	berinjela	folha	Colesterol alto
	<i>Waltheria indica L.</i>	Malva do reino	folha	Garganta inflamada, gripe, dor de cabeça, tosse, inflamação, dor de estômago,

Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

O número de espécies citadas por categorias de idade foi de 26 espécies (20%) para a categoria de 20 - 39 anos, 56 espécies (49%) entre 40-59 anos e 32 espécies (39%) para a categoria 60 -74 anos. As espécies mais citadas pelas mulheres foram pata de vaca (56%), erva-cidreira (com 42%), e pelo grupo masculino foram quebra pedra (48%) e pata de vaca (32%).

Quanto ao número de citações por informante, a média foi de 16 para cada espécie. Os informantes femininos apresentaram maior número de citações do que os masculinos. Apesar da diferença numérica entre o número de citações para os informantes na faixa de 40-59 anos, houve poucas diferenças significativas entre os gêneros. As categorias 40-59 anos de idade não apresentaram diferenças significativas entre si, entretanto, foi observada uma tendência aos mais velhos conhecerem mais usos para as espécies, em ambos os gêneros.

De acordo com Freitas e Fernandes (2006), devido a fatores como as influências culturais, o custo proibitivo dos produtos farmacêuticos, o difícil acesso a unidades hospitalares devido às distâncias e, muitas vezes, a baixa capacidade resolutiva de problemas da saúde, as plantas medicinais são o principal meio de tratamento de doenças para a maioria das populações de baixa renda da região amazônica. Para um grande número de pessoas pobres da zona rural e urbana nessa região, as plantas medicinais oferecem o único meio de tratamento disponível, tanto para as doenças menos graves quanto para as mais sérias (ELISABETSKY WANNAMACHE, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram em Genebra, em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata. A Conferência tinha o objetivo de discutir a necessidade de ação urgente de governos e profissionais das áreas de saúde e desenvolvimento, bem como da comunidade mundial como um todo, para proteger e promover a saúde dos povos no mundo. A Conferência recomenda aos estados-membros proceder a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente (OMS, 1979).

Ao final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos estados-membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração. Embora a medicina moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, a OMS reconhece que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas.

A indicação terapêutica que se destacou nas citações dos moradores foram: diabetes mellitus com 106 citações, seguido de transtornos cardiorrespiratórios e digestivos (96 citações), dengue, chikungunya e zika (89 citações) e outras 189 citações entre doenças de pele, hanseníase, tuberculose, doenças ginecológicas, câncer, transtornos mentais, depressão, alcoolismo, obesidade etc.

Já nos estudos realizados por Teixeira e Melo (2006) em Jupi, estado de Pernambuco, a indicação que mais se destacou foi antisséptica, seguida da atividade analgésica, transtornos hepáticos e tratamento sintomático de gripe. Assim como naquele estudo, Albuquerque e Andrade (2002) também registraram que a categoria afecções respiratórias foi uma das mais citadas na comunidade rural de Alagoinha, no agreste do estado de Pernambuco, para tratar principalmente problemas como a tosse.

Segundo Pinto et al. (2006) duas categorias que se destacam nos trabalhos com plantas medicinais são os transtornos do sistema cardiorrespiratório e do sistema digestório, sendo a primeira uma das mais citadas nos bairros no presente estudo. No trabalho de Joaci Luz (2001), que objetivou levantar e identificar as plantas medicinais de uso popular utilizadas em Boa Vista, por meio de informações obtidas com raizeiros, produtores de hortaliças e participantes em curso de plantas medicinais realizado pela Prefeitura Municipal na época; encontrou 26 espécies de uso medicinal introduzidas de outras regiões e 41 de ocorrência natural em Roraima, totalizando 67 espécies no município de Boa Vista.

3.4 PARTES DAS PLANTAS MEDICINAIS MAIS USADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Figura 6 mostra que algumas partes das plantas são empregadas no preparo dos remédios: flor, folha, caule, casca, raiz, seiva, semente e fruto. Folhas, cascas e raízes/ outras partes foram as partes mais utilizadas (60, 30 e 10%, respectivamente). O Teste do Qui-Quadrado mostrou que a diferença entre o número de citações das partes da planta é bastante significativa ($\chi^2=484.54$; $gl=10$; $p<0,001$). Estes dados são semelhantes aos registrados por Amorozo e Gély (1988) em duas comunidades caboclas de Barcarena, Pará, nas quais as principais partes das plantas utilizadas foram folhas (49%), raízes (15%) e casca (13%).

A folha apresentou o maior número total de citações (290) e maior percentual entre as mulheres em relação aos homens, seguido de casca (150) e raiz/ outras partes (50). As mulheres apresentaram maior percentual que os homens quanto às citações referentes as folhas/fruto/sememente, e casca. E os homens apresentaram maior percentual quanto ao uso da raiz e caule.

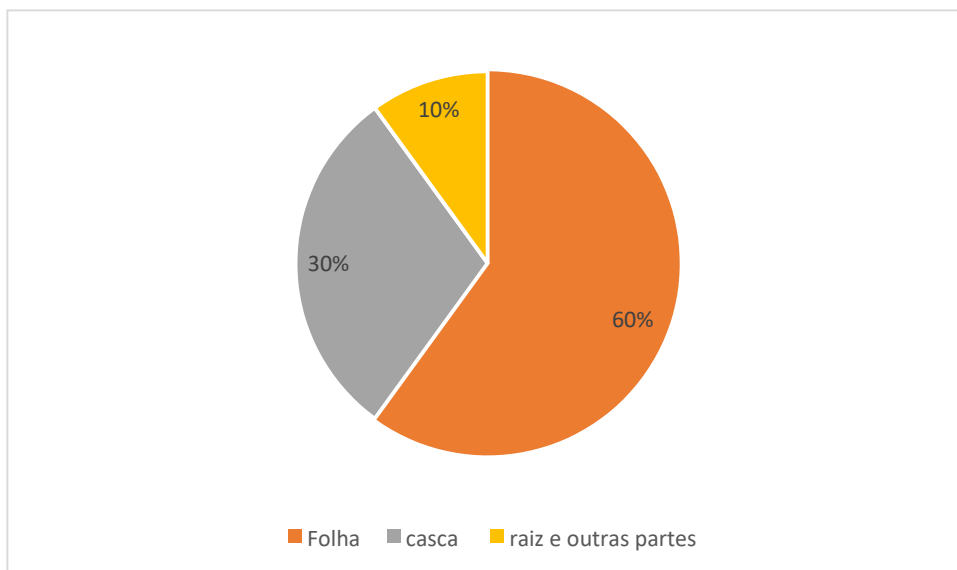
Em geral, as partes dos vegetais utilizadas no preparo de remédios são folhas, caule, casca do fruto, tronco, semente e flor, mas em alguns casos se faz uso da planta inteira. Do mesmo modo que ocorre nos dois bairros de Boa Vista/ RR em tela, Santos e Guarim-Neto (2003) também registraram que a parte vegetativa mais utilizada medicinalmente pelas

benzedeiros de Alta Floresta, Mato Grosso, é a folha, usada na preparação de chás, macerações, garrafadas e banhos.

Ao estudar o uso de plantas medicinais pela comunidade de Enfarrusca, Bragança, Pará, Freitas e Fernandes (2006) chegam a conclusões similares às do presente estudo sobre a maneira que os moradores dos bairros Raiar do Sol e Nova cidade utilizam as plantas e outros produtos na sua medicina tradicional: ela está subordinada não apenas à procura de uma eficácia consagrada pela experiência de uso, mas também como eles percebem a etiologia das doenças e a terapêutica dos remédios. Daí a importância da discussão sobre as percepções e conceitos de saúde e doença na construção de políticas públicas em saúde voltadas para a promoção em saúde.

As partes mais utilizadas nos estudos de Alves e Povh (2013) e Soares et al. (2009) foram: folhas (73%), flor (17%), fruto (7%) e semente (3%); corroborando os dados de Alves e Povh (2013), Soares et al. (2009) também demonstram o predomínio do uso da folha nos preparos dos remédios caseiros. Os dados de Alves e Povh (2013) também afirmam que, depois da folha, os órgãos vegetais mais utilizados pelos seus entrevistados foram a raiz, o fruto e a casca.

Figura 8- Principais partes das plantas citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

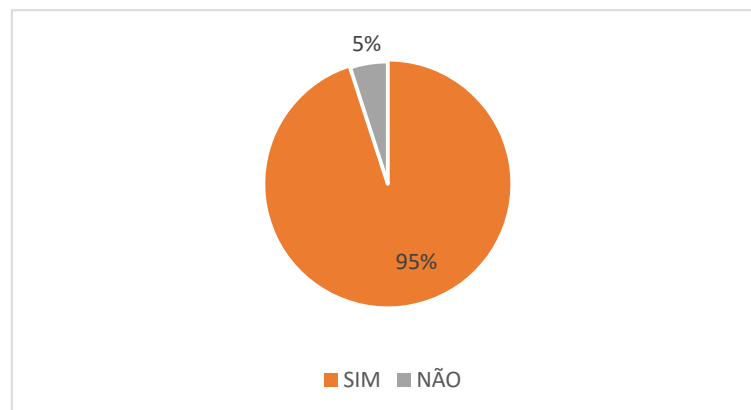
3.5 USO DAS PLANTAS MEDICINAIS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Estudos etnobotânicos são importantes porque podem contribuir na medida em que listam plantas medicinais já conhecidas e utilizadas em algumas regiões, com potencial para serem inseridas em sistemas públicos de saúde (BARROS; PEREIRA; ZANETTI; HEINZMANN, 2007; SOUZA, FELFILI; 2006).

A Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RESINUS), elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009, relaciona 71 espécies de plantas medicinais utilizadas pela população brasileira com alguma evidência para indicação de uso na atenção básica de saúde. Apesar disso, ainda é premente tanto a necessidade de estudos que ampliem e aprofundem o conhecimento sobre essas outras espécies, quanto a divulgação das vantagens de seu uso, segurança e eficácia (BRASIL, 2009b). Com isso, se pode ampliar as opções de cuidados, e através da divulgação de seus resultados alcançar um percentual maior de pessoas, sendo uma das contribuições dessa pesquisa realizada em dois bairros em Boa Vista/ RR pela presente autora.

Enquanto a maioria dos sujeitos da pesquisa (95%) utilizam diariamente e tem uma opinião positiva sobre o uso das plantas medicinais, poucos (05%) são os que dizem não usar diariamente, porém utilizam esporadicamente e confiam um pouco nos seus resultados como mostra a figura 9. Durante as entrevistas e aplicação de questionários, os moradores demonstraram bastante conhecimento sobre o uso das plantas medicinais: a colheita, o preparo, indicação terapêutica; posologia de administração e sintomas, mas faltou um pouco de conhecimento sobre a conservação, as propriedades terapêuticas das outras partes das plantas e sobre os cuidados da sua utilização.

Figura 9- Uso diário de plantas medicinais citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

De acordo com os relatos sobre o uso das plantas nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, no município de Boa Vista/ RR, a casca da sucuba (*Himatanthus sicutuba* (Spruce) Woodson.), por exemplo, só deve ser empregada bem seca, senão “faz mal”. Já sobre o ginseng (*Panax sp.*), a parte medicinal da planta é a sua raiz de crescimento lento, colhida após quatro a seis anos, não podendo utilizar antes desse período, sob risco de não surtir o efeito esperado. O ginseng "branco" consiste simplesmente na raiz desidratada, enquanto o ginseng "vermelho" consiste na raiz aquecida no vapor e desidratada; tem que ser utilizado nessas formas, segundo moradores locais. A pata -de -vaca deve usada fresca após a retirada, assim potencializa os seus efeitos, sendo que a sua folha tem efeito hipoglicemiante e a sua casca efeito diurético.

De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, outro uso interessante é o da planta medicinal Crajiru (*Arrabidaea chica.*) que, preparada como banho, pode trazer benefícios. Conhecedores dizem que as folhas dessa planta têm potencial para ajudar na cura do câncer de próstata e do colo do útero, além de ajudar no tratamento de infecções. Já o chá das folhas de eucalipto (*Eucalyptus*) serve para curar resfriados e gripes gerais, principalmente em crianças. Ainda sobre o uso das folhas, relataram sobre arruda, manjerição e alecrim, que serve como ‘limpeza da alma’ e retirada de ‘mal olhado’.

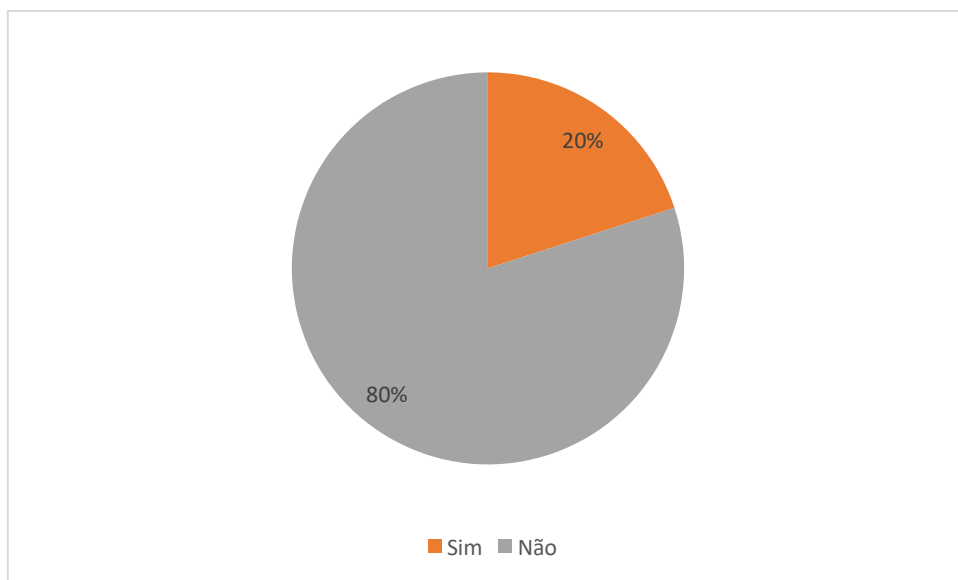
Por fim, as plantas medicinais podem também ter efeito sobre feitiço: elas podem adoecer uma pessoa. Isso é comumente relatado por religiosos do candomblé, que utiliza plantas medicinais como manjerição (*Ocimum basilicum*) e arruda (*Ruta graveolens*) em seus rituais. Freitas e Fernandes (2006), relatam que o banho da casca de Marapuama (*Clavija lancifolia Desfontaines*) tem o mesmo efeito de cura contra feitiços, Resultados idênticos também são encontrados no trabalho de Amorozo (1993), onde a ‘puxação’ e a ‘benzeção’ são os dois procedimentos mais utilizados para o tratamento de vários males entre os habitantes de Itupanema e de Vila Nova, município de Barcarena, Pará.

Prata-alonso (2011) e Nunes (1996) relatam que as informações adquiridas com os entrevistados sobre o modo de preparo, posologia de administração e sintomas é de uma importância para a análise laboratorial dos compostos químicos de uma espécie vegetal. Cada formulação tradicional é um exemplo único de composição química, e o modo de preparação tradicional geralmente reflete a longa experiência dos usuários. Além disso, Amorozo e Gély (1988) diz que, um estudo cuidadoso dos procedimentos de administração e das razões pelas quais se ministram determinadas preparações para determinados fins seria muito útil para a compreensão do sistema de saúde do caboclo, indígena e afrodescendentes e a implantação de programas de saúde mais eficientes.

3.6 PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Considerando que a terapêutica estuda e coloca em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes. Durante esse estudo em Boa Vista, foi analisado o procedimento terapêutico relacionado sobre a orientação dos participantes do estudo com um profissional de saúde antes do uso da planta medicinal: 20% disseram consultar e 80% disseram que não procuram orientação médica sobre o uso das plantas medicinais (Figura 10).

Figura 10- Procura de orientação médica por parte dos participantes da pesquisa sobre o uso das plantas medicinais citadas



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Freitas e Fernandes (2006), registrou alguns procedimentos práticos para o tratamento de diferentes doenças: o uso de fricção, aplicação de emplastos, uso de chá via oral, aplicação de banhos e asseios. O modo de preparo dos remédios utilizados nos procedimentos terapêuticos também apresenta o uso combinado de plantas nesses tratamentos, sendo utilizados várias vezes diversas plantas medicinais, principalmente em garrafadas ou banhos.

A via oral foi a mais mencionada como via administrativa para o tratamento terapêutico de muitos males (219 citações, 44,7%), seguida pela via tópica (90 citações, 18,4%), sendo este um resultado estatisticamente significativo ($X^2=30,69$; $gl=1$; $p<0,001$). Esses dados corroboram os achados de Amorozo (1993), nos quais a via externa representou 79% das receitas caseiras, enquanto a via tópica apenas 21%. E também corrobora os estudos de Freitas e Fernandes (2006), em que a via oral foi a mais mencionada como via administrativa para o tratamento

terapêutico de muitos males (244 citações, 64%), seguida pela via tópica (136 citações, 34%), sendo este um resultado bastante significativo ($X^2=30,69$; $gl=1$; $p<0,001$).

Sobre a transmissão do conhecimento, isto é, a forma de obtenção desses saberes, todos os participantes, de acordo com a metodologia descrita, conhecem e usam plantas como remédio. O conhecimento local que eles têm a respeito das plantas foi adquirido ao longo dos anos, tanto por tentativa e erro, quanto pela transmissão do conhecimento de geração em geração.

O teste do Qui-Quadrado mostrou que houve diferença significativa ($X^2=14,02$; $gl=5$; $p<0,01$) entre os diversos responsáveis pela transmissão do conhecimento nos bairros do estudo. Os conhecimentos sobre o uso de plantas como remédios foram transmitidos principalmente por intermédio da família (pais, avó, avô, irmãos, tios e tias...) (48%) (Figura 11).

A Figura 11, representa como o conhecimento é transmitido ou aprendido pelos moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol: muitas vezes é repassado de geração a geração (48%); outras vezes é ensinado por vizinhos (13%), o que demonstra a existência de uma rede de relacionamentos; outras vezes, as pessoas usam sob orientação de curandeiros, raizeiros e orientadores espirituais (10%), incluindo-se na sua rede religiosa ou de fé. Outros aprendem por leitura de livros / revistas (20%). Também alguns citaram terem tido orientação por Agentes Comunitários em Saúde (ACS) (07%), compondo a rede de cuidados de saúde. E (02%) relataram ter adquirido conhecimento pela internet. Ao referir-me o termo rede, pretendo dizer sobre o conjunto de relações construídas com um objetivo comum.

A maioria dos sujeitos da pesquisa afirmou que costuma transmitir seus conhecimentos para os filhos, vizinhos, amigos e a quem necessite de orientação sobre os remédios caseiros. No bairro Raiar do Sol (Boa Vista/ RR) existe a prática da venda de preparados medicinais 'garrafadas', que constituem uma fonte de renda alternativa para um dos moradores. Tal é o caso de um curandeiro bastante procurado pelas pessoas não somente da comunidade local, mas de todo o município de Boa Vista, e até mesmo dos estados de Roraima e Amazonas, diz ter estudado vários anos sobre o uso de plantas medicinais em diversos países. As garrafadas consistem na mistura de 21 espécies vegetais, e cada doença, agravo ou síndrome tem um preparado específico com ervas diferentes.

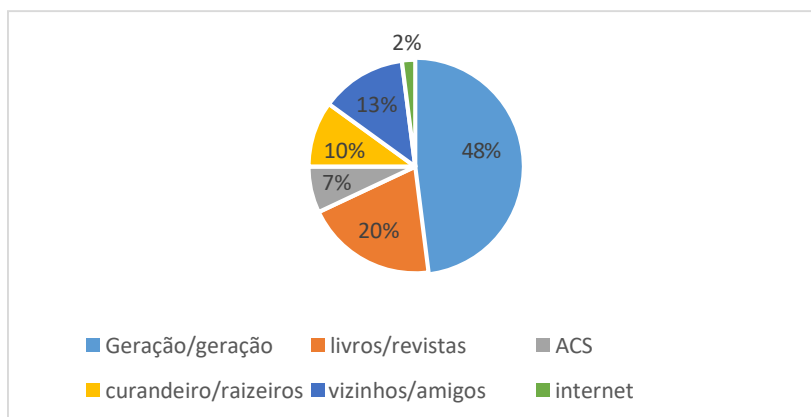
Segundo os relatos dos moradores, no bairro Nova Cidade não acontece a prática de vendas de preparados medicinais. Nesse bairro, uma instituição religiosa e de saúde, fazia, desde muito, fitoterápicos para auxiliar no tratamento da população carente; mas, por diversos

motivos (falta de interesse, sobrecarga de trabalho, falta de pessoas qualificadas, falta de recursos financeiros, entre outros), hoje não faz mais.

Por serem bairros em que se encontram alta incidência de povos indígenas, afrodescendentes e de nordestinos (migrantes), os habitantes trazem consigo conhecimentos locais, os quais são repassados para seus familiares e para vizinhos/ amigos e, assim, vai-se constituindo uma rede de relacionamentos e transmissão de cuidados.

Pode-se salientar que a rede familiar de transmissão de conhecimento é relevante nesses bairros, haja vista que ela reforça o repasse de saberes locais entre as pessoas que ali se fixaram. O sistema terapêutico comunitário encontrado é basicamente sincrético, com a presença de elementos da cultura indígena, africana, nordestina e nortista. O conhecimento, uma vez alcançado, além do interesse puramente acadêmico, pode trazer resultados práticos ao fornecer uma base em que se alicerce a implantação de sistemas de saúde mais adaptados à cultura e às condições da região.

Figura 11- Principais formas de transmissão de conhecimentos locais citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



ACS: agente comunitário de saúde

Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Estes processos terapêuticos, de transmissão de conhecimento sobre as plantas medicinais, que fazem parte de um conjunto de fatores culturais provenientes do estado de origem, e muitas vezes repassado de geração a geração, manifestam-se e ainda se mantêm presentes no conjunto das práticas da maioria dos indivíduos entrevistados nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, configurando a perpetuação dos saberes locais.

O conhecimento adquirido de antepassados faz parte de uma tradição oral passada de curandeiro para curandeiro através de gerações desde a pré-história. No início da aplicação da

botânica medicinal, não havia nomes latinos, fórmulas químicas e classificações complexas, mas o conhecimento tradicional de plantas medicinais foi, sem dúvida, preciso e adquirido através de cuidadosas experimentações e observações (PRATA-ALONSO, 2011; SUMNER, 2000).

3.8 USO DE PLANTAS MEDICINAIS X RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE

De acordo com o IBGE (2010), nos últimos 10 anos manteve-se estável a proporção de cristãos. Isso indica uma migração de católicos para as correntes evangélicas e para outras religiões. O segmento dos sem religião também cresceu percentualmente, e chegou a 8% da população em 2010. O contingente de católicos foi reduzido em todas as regiões e se manteve mais elevado no Sul e no Nordeste. O Norte foi onde houve a maior redução relativa dos católicos.

Os dados analisados nesse estudo, realizado nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, também houve uma alta incidência no percentual de moradores sem religião ou que não declararam, ficando em segundo lugar na pesquisa, correspondendo a 24% da população estudada. Já em relação aos católicos, 33% de pessoas se reconhecem como católicas, ocupando o primeiro lugar.

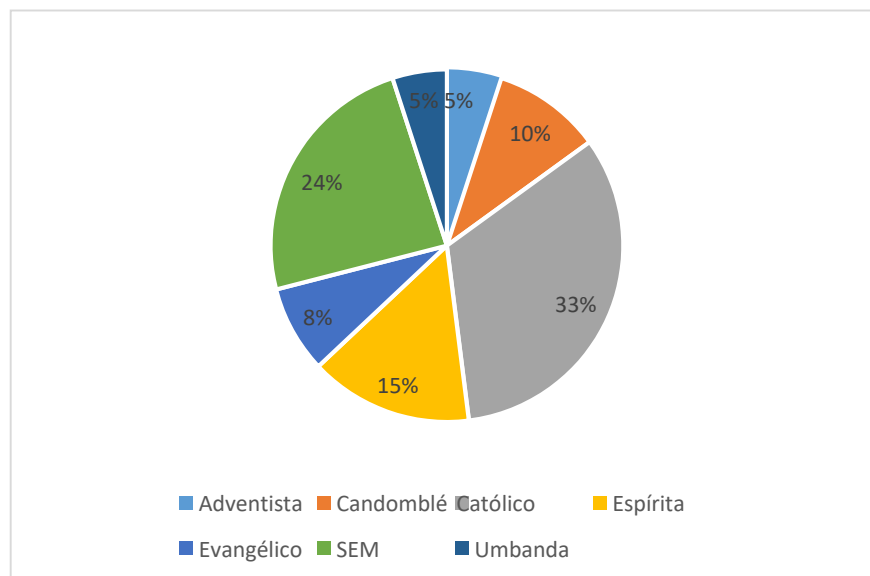
Em outros estudos realizados nessa região da zona oeste de Boa Vista/ RR, os resultados foram diferentes com uma porcentagem menor de católicos do que a encontrada nesse estudo; mas isso pode ser justificado pelos locais onde foram realizadas as aplicações de questionários, dentre as instituições religiosas que participaram, estão principalmente pessoas que se declaram serem católicas ou candomblecistas.

Quanto à faixa etária, a proporção de católicos foi maior entre as pessoas com idade superior a 40 anos. Segundo o estudo, isso é decorrente de gerações formadas durante os anos de hegemonia católica. Já os evangélicos pentecostais têm sua maior proporção entre as crianças e os adolescentes, sinalizando uma renovação da religião. O grupo com idade mediana mais velha é o dos espíritas (37 anos), que cresceu na última década e chegou a 3,8 milhões de pessoas, sobretudo nas regiões Sudeste e Sul. Os espíritas são os que apresentaram melhores indicadores, como a maior proporção de pessoas com nível superior completo (31,5%). Os dados são da divulgação do Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Pode-se constatar que o modelo biomédico (convencional) de atenção à saúde não é capaz de lidar isoladamente com a complexidade dos problemas de saúde da população brasileira ao nos depararmos com hospitais e clínicas lotadas de pessoas doentes. Diante disso, é importante considerar a relação entre religiosidade e saúde nos trabalhos de saúde coletiva, sendo a religião ou a religiosidade uma variável que interfere nos modos de vida dos moradores locais.

Seguindo a nomenclatura utilizada pelo IBGE, no que se refere à religião: (33 %) católicos apostólicos romanos, (24%) não têm religião ou não declararam, (15%) candomblecistas e umbandistas, (15 %) espíritas e (13%) se auto declaram evangélicos (Figura 12).

Figura 12- Auto declaração da religião citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

A vertente religiosa interfere nas escolhas dos procedimentos e atitudes a tomar em relação ao adoecer, pois ao se deparar com uma doença ou um desequilíbrio na saúde, as pessoas dependendo daquilo em que acreditam, vivenciam e tem acesso, direcionam suas trajetórias terapêuticas em busca de bem-estar geral. Estudos de Armelle Giglio-Jacquemot (2005); Faria e Seidl (2005); Espindola et al (2010); Vasconcelos (2010) Maria Cecília Minayo (2007), Maria Luiza Garnelo Pereira (2010) e outros, explicitam bem essa relação da saúde e religiosidade.

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, quatro dimensões são consideradas: 1) demográfica; 2) política; 3)

técnico - científica; 4) social e cultural, compondo uma conceituação holística da saúde. Esta composição foi forjada a partir das aproximações das ciências da saúde com o campo disciplinar das Ciências Sociais e considerou a religião como fator de extrema relevância nos modos de vida das pessoas e decisivo nas tomadas das decisões, quando o assunto é saúde.

O processo de aproximação da saúde com a religião/ religiosidade pode ser caracterizado como uma resposta às recomendações/intenções das Conferências Internacionais de Saúde, a exemplo da declaração Alma Ata, de 1978, e da Carta de Ottawa, de 1986, que enfatizam o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Estes documentos defendem uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar como forma de obter ações coordenadas dos vários setores como saúde, economia, política, sociedade, cultura, ambiente e religião, dentre outros.

Garlet e Irgang (2001) apud Guarin Neto e Antunes Maciel (2006), observaram que algumas plantas são apontadas pelas mulheres trabalhadoras rurais de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, com poderes sobrenaturais: guiné, para mau olhado, e manjerona e maçã contra coisas negativas. Ainda dentro deste universo mágico-religioso, Günewald (2002) descreve o uso de diversas plantas na preparação de cerimônias espirituais, usadas sob a forma de banhos, como a aroeira, alfavaca, alecrim e angico. Estas plantas são também apontadas para os processos de cura do corpo e entram no preparo de chás medicinais em Juruena, lócus daquela pesquisa.

No conceito de cosmovisão existe uma inter-relação entre o mundo espiritual, natural e humano. A relação do ser humano com o mundo espiritual origina grande número de práticas religiosas (ANTUNES MACIEL; GUARIN NETO, 2006).

Amorozo (1996, 1999) define doença como evento que desestrutura a ordem cotidiana, trazendo sempre consigo insegurança; então as pessoas resolvem procurar meios para resolver os seus infortúnios ou conflitos. E por essa insegurança, pode-se perceber nos bairros estudados que uma das alternativas ou estratégias utilizadas para conseguir saúde é justamente o uso das plantas medicinais orientadas por familiares, vizinhos, raizeiros, curandeiros, orientadores espirituais ou até mesmo por profissionais de saúde. Tais atitudes refletem a necessidade da participação das diversas camadas da comunidade local, nas discussões de saúde dos bairros, pois estas são as principais protagonistas das suas histórias. Talvez com uma maior participação, possam em equipe construir e discutir estratégias de práticas de cuidados em saúde que realmente sejam de acordo com a realidade dos problemas socioeconômicos e ambientais existentes, todos refletindo no processo saúde-doença-cuidado que permeia esses dois bairros do estudo.

Portugal (1987) apud Antunes Maciel e Guarim Neto (2006) comenta que o uso de folhas, raízes, cascas e frutos é cercado de rituais mágicos, de guias, curandeiros, raizeiros e benzedores. O autor ainda relaciona tal utilidade das plantas a um passado da medicina oculta da Antiguidade, dominada por sacerdotes e sacerdotisas, os quais receitavam chás e poções e ainda rezavam. Pode-se dizer que ainda hoje isto pode ser observado em diversas regiões do Brasil, onde benzedores e benzedoras perpetuam esta forma de ligação entre o ser humano e a natureza – através da fé. Pode-se perceber aqui em ambos os bairros estudados na pesquisa, indivíduos que usam as plantas medicinais em rituais religiosos com fins medicinais, às vezes associado ou não as práticas em saúde oficiais.

Vasconcelos (2001) registrou a presença de centros espíritas onde se recorre para sessões públicas de limpeza psíquica, sendo que a incorporação de espíritos pelos médiuns (chamada de “manifestação”) produz frequentemente diagnósticos espirituais, nos quais são revelados feitiços, maus-olhados ou a influência dos “espíritos inferiores”. Na presente pesquisa, realizada nos bairros Raiar do Sol e Nova Cidade, em Boa Vista/ RR, alguns moradores se declararam espíritas e comentaram sobre os procedimentos em busca da cura como: cromoterapia, estudos do evangelho, preces, entre outros.

Segundo Antunes Maciel e Guarim Neto (2006), estudos mostram o largo uso medicinal das plantas, como o realizado por Ming et al (2003), que comentam sobre o aumento desta linha de pesquisa em todo o mundo e também no Brasil. Prova disso são as contribuições de Guarim Neto (1996), Di Stasi e Hiruma-Lima (2002), Guarim Neto e Morais (2003), Pasa, Soares e Guarim Neto (2005), Matos e Lorenzi (2005). Vários motivos levam as pessoas a utilizarem plantas com fins terapêuticos, seja de ordem medicinal, social, religiosa, cultural, econômica ou, ainda, filosófica.

A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos estruturando e atribuindo significado e valores, comportamentos, experiências humanas e, por vezes, materializa-se na prática de um credo religioso específico. A interligação entre Espiritualidade/Religiosidade e a saúde remonta aos primórdios da história, quando os poderes da cura estavam nas mãos dos que lidam com o espírito (sacerdotes entre outros), que eram reconhecidos saber tratar dos males do corpo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre saberes vislumbra uma melhor relação de convivência entre os conhecimentos local e biomédico e pode, desse modo, melhorar a qualidade dos cuidados em prol da cura. O conhecimento local desempenha ainda uma relevante influência no papel da conservação e perpetuação da diversidade biológica e cultural, que se manifesta a partir do momento que as pessoas transmitem seus conhecimentos e fazem uso da biodiversidade que ali encontram. Com isso, comprovamos a hipótese e podemos sugerir que existe o conhecimento local entre os participantes da pesquisa nas localidades do estudo, haja vista que os mesmos usam de diversas formas terapêuticas as diferentes partes das plantas medicinais. Entretanto, foi possível identificar que idade e gênero podem inferir/influenciar sobre o conhecimento nos bairros em estudo, uma vez que os informantes acima dos 40 anos possuem maior conhecimento que os mais jovens, destes, as mulheres mais idosas foram consideradas as maiores conhecedoras quanto ao número de espécies e citações.

Foi comprovado que o uso dessa biodiversidade está sendo utilizada nas mais variadas doenças e agravos. As principais doenças identificadas na pesquisa foram: diabetes, transtornos cardiorrespiratórios e digestivos, hipertensão, parasitoses, doenças de pele, tuberculose, hanseníase e outras. Embora o número dessas citações não tenha sido significativo para a amostra proposta, a espécie *Bauhinia forficata* L. destacou-se por ser utilizada para o tratamento do *Diabetes mellitus* e tem-se mostrado promissora em diversos estudos da doença, a qual já é indicado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006.

Esse resultado aponta a *Bauhinia forficata* Link. como importante recurso nos bairros supracitados e sugerem futuros trabalhos farmacognósticos a fim de se aperfeiçoar e implementar a diversidade de uso das partes dessa espécie.

As citações de outros estudos sobre Conhecimento Local e uso de plantas medicinais corroboram os resultados encontrados na presente pesquisa, em diversos aspectos analisados: parte da planta mais utilizada (folha), transmissão de conhecimento (geração a geração); procedimentos terapêuticos (não pedem orientação a um profissional de saúde); as propriedades terapêuticas mais relatadas foram para o tratamento de problemas cardiorrespiratórios e digestivos; o maior percentual da população local usa as plantas medicinais principalmente através de chás; as doenças prevalentes nos bairros foram: parasitoses e diabetes (doença crônica degenerativa), que tem uma relação direta com os resultados dos indicadores de saúde encontrados no lócus do estudo.

Considerar o conhecimento local como um importante ator dessa articulação de práticas em saúde na ESF, enriquece as discussões sobre saúde pública e proporciona uma melhora dos indicadores de saúde dos bairros estudados e conseqüentemente da qualidade de vida das populações.

A realidade socioeconômica e ambiental com ênfase no saneamento básico, destas comunidades locais demonstra que as mesmas apresentam vulnerabilidades que geram diversos riscos, como a piora de indicadores de saúde, utilização de plantas medicinais sem orientação e sem o devido manuseio. Esta situação demanda a elaboração de planejamento e ações integradas que se adequem às características, lacunas e fragilidades impostas por estes aspectos, ordenando os usos e a divulgação dos conhecimentos entre os moradores locais.

Esse estudo possibilitará a ampliação das opções terapêuticas aos usuários, como garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados a fitoterapia, com segurança, eficácia, eficiência e qualidade, através da divulgação da existência dessas plantas; ampliação de pesquisas e implementação de ações, serviços e políticas públicas em saúde, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, reconhecendo o conhecimento local sobre plantas medicinais, principalmente em bairros/ comunidades mais carentes.

Os resultados deste trabalho demonstram a relevância de estimular a manutenção de práticas tradicionais relacionadas às plantas medicinais, já que estas configuram uma identidade ainda existente nos bairros do estudo. Através da compreensão da realidade dos bairros, é possível elaborar planos e políticas socioeconômicas voltados para a preservação e a conservação do conhecimento local e dos atributos culturais associados aos saberes e práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Joselito Santos. **Bio(sócio)diversidade e empreendedorismo ambiental na Amazônia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.
- ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.
- ALBUQUERQUE, U.P.; ANDRADE, L.H.C. **Conhecimento botânico tradicional e conservação em uma área de caatinga no estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil**. Acta Botanica Brasílica, v.16, n.3, 2002. p.273-85.
- ALMASSY, J.A.A.; LOPES, R.C; ARMOND, C.; SILVA, F.; CASALI, V.W.D. **Folhas de chá: Plantas Medicinais na Terapêutica Humana**. 1.ed. Viçosa: UFV, 2005. 233p.
- ALMEIDA, C.F.C.B.R.; ALBUQUERQUE, U.P. **Uso e conservação de plantas e animais medicinais no estado de Pernambuco (Nordeste do Brasil): um estudo de caso**. Interciencia, v. 27, n.6,2002. p. 276-285.
- ALVES, G. S. P.; POVH, J. A. **Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade de Santa Rita, Ituiutaba – MG**. Revista Biotemas, v. 26, n.3, setembro de 2013.
- AMOROSO M.C.M, GÉLY A: **Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas, PA, Brasil**. Boletim Museu Paraense Emilio Goeldi Serie Botânica 1988, 4:47-131.
- AMOROZO, M. C. M. **A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais**. In: DISTASI, L. C. (Org.). Plantas Medicinais: arte e ciências: um guia de estudos interdisciplinar. Botucatu: UNESP,1993. p. 47-68.
- AMOROZO, M. C. M. **A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais**. In: DISTASI, L. C. Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. Editora da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 1996. 230p.
- AMOROZO, M. C. **Medicina tradicional em Santo Antônio do Leverger, MT - a permanência de práticas antigas - o papel dos benzedores e suas habilidades**. Revista Saúde e Ambiente, Cuiabá, v. 2, n. 1-2, 1999. p. 48-66.
- AMOROZO, M.C.M.; GÉLY, A.L. **Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo Amazonas, Barcarena, PA, Brasil**. Boletim do Museu Par, 1988.
- ARMELLE, Giglio-Jacquemot. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.
- BACKSTROM, Bárbara. **Comportamentos de Saúde e Doença numa Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, 2011. p.758-772.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BARROS, F.M.C.; PEREIRA, K.N.; ZANETTI, G.D.; HEINZMANN, B.M. **Plantas de uso medicinal no Município de São Luiz Gonzaga, RS, Brasil**, 2007. Disponível em: <<http://www.latamjpharm.org/trabajos/26/5/LAJO P 26 5 1 2 B321C1PA89.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2018.

BATISTELLA, C. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BECKER, Fernando. **Ensino e construção do conhecimento: o processo de abstração reflexionante**. Porto Alegre. Educação & Realidade, vol. 18, 1993. p. 43-52.

BLUMENTAHL, M. **The Complete German Commission e Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines**. American Botanical Council: New York, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/ geral/ pnpmf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpmf.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006b. 60 p.

BRITO, M.R.; SENNA-VALLE, L. **Plantas medicinais utilizadas na comunidade caiçara da Praia do Sono**, Paraty, Rio de Janeiro, Brasil. Acta Botanica Brasilica, v. 25, n. 2, 2011. p. 363-372.

BULMER, M. **Social policy research**. London, Macmillan, 1978.

CALIXTO, J. B. **Fitofármacos no Brasil: agora ou nunca! Ciência hoje**, [S.l.], v. 21, n. 1.234, p. 26-30, 1997.

CALIXTO, J.B. **Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents)**. Braz. J. Med. Biol. Res., v. 33, n. 2, 2000. p. 179- 189.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

COSTA, A.F.E. et al. **Plantas medicinais utilizadas por pacientes atendidos nos ambulatórios do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará**. Pesq. Med. Fortaleza, v. 1, n. 2, 1998. p. 20-25.

CUNHA, A.P.M.A. **Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes ativos e fitoterapia**. In: CUNHA, A.P.; ROQUE, O.R.; SILVA, A.P. Plantas e produtos vegetais em fitoterapia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003. Disponível em: Acesso em: 17 out.2017.

- CUNHA, M. I. **A docência como ação complexa**: o papel da didática na formação de professores. In ROMNOWSKI, J. P.; MARTINS, P. L. O.; JUNQUEIRA, S. R. A. (Orgs.). *Conhecimento local e conhecimento universal: pesquisa, didática e ação docente*. Curitiba: Champagnat, 2004.
- DI STASI, L.C.; HIRUMA-LIMA, C.A. **Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica**. São Paulo: Editora UNESP, 2002. p.323-330.
- DI STASI, L.C. **Plantas medicinais**: verdades e mentiras: o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007.
- ELISABETSKY, E.; WANNAMACHER, L. **The Status of Ethnopharmacology in Brazil**. *Journal of Ethnopharmacology*, v. 38, 1993. p. 137-143.
- ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R.; M. BELLO, A. A. **Religião e espiritualidade**: um olhar de profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000600025&lng=en&nrm=i so&tlng=pt>. Acesso em: 16 Out. 2017.
- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, 2005. p. 381-389.
- FRANÇA, I.S.X. et al. **Medicina popular**: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, n.2, 2008. p.201-8.
- FREITAS, J. C.; FERNANDES, M.E.B. **Uso de plantas medicinais pela comunidade de Enfarrusca, Bragança, Pará**. *Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi Cienc. Nat.* v.1 n.3 Belém, 2006.
- FUCK SB, ATHANÁZIO JC, LIMA CB, MING LC: **Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por moradores da área urbana de Bandeirantes, PR, Brasil**. *Semina: Ciências Agrárias* 2005, 26:291-296. 23.
- GARLET, T.M.B. ; IRGANG, B.E. **Plantas medicinais utilizadas na medicina popular por mulheres trabalhadoras rurais de Cruz alta, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, 2001.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.
- GRUNEWALD, Rodrigo de Azeredo. **Tourism and cultural revival**. *Annals of Tourism Research*, v. 29, 2002. p. 1004-1021.
- GUARIM NETO, G. **Plantas medicinais do Estado de Mato Grosso**. Brasília: ABEAS, 1996.
- GUARIM NETO, G.; MORAIS, R. G. **Recursos medicinais de espécies do cerrado de Mato Grosso**: um estudo bibliográfico. *Acta bot. Bras.*, São Paulo, v. 17, n. 4, 2003. p. 561-584.
- GUARIN NETO G. **O saber tradicional pantaneiro**: as plantas medicinais e a educação ambiental. *Revista Eletrônica Mestr. Educação Ambiental*, 2006. p. 71-89.
- HALBERSTEIN, R.A. **Medicinal Plants**: Historical and Cross-cultural Usage Patterns. *Medicinal Plant Usage*, n.15, 2005. p.686-699.

- LAPLANTINE, F. **Anthropologie de la maladie**, Paris: Payot, 1992.
- LIPORACCI, H.S.N.; SIMÃO, D. G. **Levantamento etnobotânico de plantas medicinais nos quintais do Bairro Novo Horizonte, Ituiutaba, MG**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v.15, n.4, 2013. p.529- 540.
- LORENZI, H.; MATOS, F. **Plantas Medicinais no Brasil: Nativas e exóticas**. São Paulo: Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2002.
- LORENZI, H.; MATOS, F. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2 ed. São Paulo: Instituto Plantarum, 2008. p. 16-12.
- LUCA, V.D. **Utilização de plantas medicinais no entorno do Parque Estadual da Serra Furada, Santa Catarina, Brasil: uma abordagem etnobotânica**. Revista Brasileira de Biociências, v. 12, n.2, 2014. p. 59-65.
- LUZ, F.J. F. **Plantas medicinais de uso popular em Boa Vista, Roraima, Brasil**. Horticultura Brasileira, Brasília, v. 19, n. 1, p. 88-96, março 2.001
- MACENA, L.M; NASCIMENTO, A.S.S; KRAMBECK, K; SILVA, F.A. **Plantas medicinais utilizadas por gestantes atendidas na unidade de saúde da família (USF) do Bairro Cohab Tarumã no Município de Tangará da Serra, Mato Grosso**. Revista de Biologia e Farmácia - Biofar, v. 7, n. 1, 2012. p.143-155.
- MACIEL, Márcia; GUARIN NETO, Germano. **Um olhar sobre as benzedadeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar**. Bol. Mus. Para Emílio Goeldi, Ciências Humanas. Belém, v. 2, n. 3, 2006. p. 61-77.
- MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2009.
- MENGUE, S.S.; MENTZ, L.A.; SHENKEL, E.P. **Uso de plantas medicinais na gravidez**. Revista Brasileira de Farmacognosia, Curitiba, v.11, 2001. p.21-35.
- MINAYO, M. C. **Apresentação**. In R. Gomes, Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanes, 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.
- MING, L. C. **Manejo e cultivo de plantas medicinais: algumas reflexões sobre as perspectivas e necessidades no Brasil**. In: DIVERSOS olhares em Etnobiologia, Etnoecologia e Plantas Medicinais. Cuiabá – MT, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Assistência Farmacêutica. Distrito Federal, 2006. 60 p.

- NETO, Otávio Cruz. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M. C. (Org.) Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 22^a. Ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.
- NUNES, D.S: **Chemical approaches to the study of ethnomedicine. In Medicinal resources of the tropical forest: biodiversity and its importance to human health**. Editado por Balick, MJ, Elisabetsky E, Laird SA. New York: Columbia University Press; 1996: 41-47.
- OLIVEIRA, M.A.C. **Plantas medicinais utilizadas para problemas bucais: estudo etnobotânico em diferentes biomas da Paraíba**. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.
- OLIVEIRA H.B., KFFURI C.W., CASALI V.W.D.: **Ethnopharmacological study of medicinal plants used in Rosário da Limeira, Minas Gerais, Brazil**. Revista Brasileira de Farmacognosia 2010, 20:256-260.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças: manual de lesões e causas de óbito; 9^a rev., 1975**. São Paulo, Centro Brasileiro Classificação Doenças em Português, 1979.
- _____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed., São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. 354p.
- _____. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF: OMS, 2003.
- PASA, M.C.; SOARES, J.J.; GURARM NETO, G. **Estudo etnobotânico na comunidade de Conceição-Açu**. Acta Botanica Brasílica, v.19, n.2, 2005. p 195- 207.
- PINTO, E.P.P.; AMOROZO, M.C.M.; FURLAN, A. **Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica-Itacaré, BA, Brasil**. Acta Bot. Bras., v. 20, n. 4, 2006. p.751-762.
- PORTUGUAL, F. **Rezas, folhas, chás de Rituais dos Orixás: folhas, sementes, frutos e raízes de uso litúrgico na Umbanda e no Candomblé com uso prático na medicina popular**. São Paulo: Ed. Tecnoprint, 1987
- PRATA-ALONSO, R. R., **Estudo etnofarmacognóstico de plantas medicinais popularmente indicadas para tratamento de doenças tropicais em nove comunidades ribeirinhas do rio solimões, no trecho Coari-Manau-AM**. Tese (PósGraduação em em Biologia Tropical e Recursos Naturais)- Universidade Federal do Amazonas, 2011. 111p.
- RATES, S.M.K. **Plants as source of drugs**. Toxicon. v. 39, 2001. p. 603-13.
- REZENDE, H.A.; COCCO, M.I.M. **A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural**. Revista da Escola de Enfermagem, v.36, n.3, 2002. p.282-8.
- RIOS, M. **La Comunidad Benjamim Constant y las Planta Útiles de la "Capoeiras": um enlace etnobotânico em la região Bragantina Pará, Amazônia Brasileira**. 539 f. Tese (Doutorado em Ciências e

- Desenvolvimento Sócio Ambiental) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2002.
- RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. **Plantas medicinais no contexto de políticas públicas**. Informe Agropecuário, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, 2010. p. 7-12.
- RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- ROMAN, A. L. C. **Plantas medicinais da restinga da Princesa, Ilha de Algodual, município de Maracanã, Estado do Pará, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Agronomia/Botânica Tropical) - Universidade Federal Rural da Amazônia, Belém, 2001. 104 p.
- SCHENKEL, Eloir Paulo; GOSMANN, Grace; PETROVICK, Pedro Ros. **Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos**. In: SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira (Org.) et al. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. rev. ampl. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da UFRGS/ Editora da UFSC, cap. 15, 2003. p. 371-400.
- SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007. p. 29-41.
- SILVA, M.D. **Estudo farmacobotânico de três espécies medicinais da caatinga em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Botânica) - Programa de PósGraduação em Botânica – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2008. 68p.
- SILVA-ALMEIDA M.F., AMOROZO, M.C.M.: **Medicina popular no distrito de Ferraz, município de Rio Claro, Estado de São Paulo**. Brazilian Journal of Ecology 1998, 2:36-46. 22.
- SIMÕES, C.M.O. et al. **Plantas da Medicina Popular do Rio Grande do Sul**, 5.ed., Porto Alegre: Editora da UFRGS, v.1, 1998.
- SOARES, M. A. A. et al. **Levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas pela população do município de Gurinhém – Paraíba**. Revista Homem, Espaço e Tempo, 2009.
- SOUZA, C.D.; FELFILI, J.M. **Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil**. Acta Bot Bras, 2006. P. 135-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abb/v20n1/13.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2017.
- SUMNER J: **The natural history of medicinal plants**. Portland: Timber Press; 2000.
- SUNDQUIST, J. **Ethnicity, social class and health**. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. Social Science and Medicine, Oxford, v. 40, n. 6, 1995. p. 777-787.
- TEIXEIRA, S.A.; MELO, J.I.M. **Plantas medicinais utilizadas no município de Jupi, Pernambuco, Brasil**. IHERINGIA, Série Botânica, v.6, n.1-2, 2006. p.5-11.

- VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. **Qualidade de vida no trabalho**: origem, evolução e perspectivas. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 8, n. 1, 2001. p. 23-35.
- VASCONCELOS, E.M. **A associação entre a vida religiosa e saúde**: uma breve revisão de estudos quantitativos. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.3, 2010. p. 12-18.
- VEIGA JUNIOR. V.F.; PINTO, A.C.; MACIEL, M.A.M. **Plantas medicinais**: cura segura? **Química Nova**, v.28, n.3, 2005. p. 519-528.
- VEIGA JVF; PINTO AC. **Química Nova**. 2002. p 25- 273.
- VEIGA-NETO, Alfredo José da. **Produção e construção do conhecimento nas diferentes disciplinas** – a problemática da interdisciplinaridade. In: Anais do VII ENDIPE, Goiânia-60, Vol. 2, 1994.
- VELASCO, Honorio; RADA Ángel Díaz de. **“El trabajo de campo”**. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Ed. Trotta, 1997.
- VIU AFM, CAMPOS LZQ, VIU MAO, SANTOS CS: **Etnobotânica e preservação do bioma Cerrado no município de Jataí-GO**. Revista Brasileira de Agroecologia 2007, 2:1282-1286. 24.
- WEBER, M. **Comunidade e sociedade como estruturas de socialização**. In: FERNANDES, F. (Org.). Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1973. p. 140-143.
- WORLD HEALTH ASSOCIATION. **Division of Mental Health**. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: WHA, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva, World Health Organization, 2001.
- YUNES, R.A.; PEDROSA, R.C.; CECHINEL FILHO, V. **Fármacos e fitoterápicos**: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. **Química Nova**, v. 24, n.1, p. 147-152, 2001.

CAPITULO II USO DA PLANTA MEDICINAL PATA-DE-VACA (*Bauhinia forficata* L.) POR DIABÉTICOS EM DOIS BAIROS PERIFÉRICOS EM BOA VISTA/ RR

O capítulo II faz uma discussão sobre o uso da planta medicinal pata-de-vaca (*Bauhinia forficata* L.) usada por portadores da síndrome metabólica *diabetes mellitus* tipo II ou algum familiar, participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, através de uma discussão sobre a relação entre as variáveis: A – caracterização socioeconômica e do saneamento básico; B – caracterização das plantas medicinais no controle glicêmico de *Diabetes mellitus* tipo II; C – caracterização da doença *Diabetes mellitus*.

Manaus-AM

2018

RESUMO

O *Diabetes mellitus* é uma doença crônica caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia) devido à ausência de insulina produzida pelo pâncreas e/ou pela diminuição de sua ação, que não permite que o corpo possa utilizá-la eficazmente. Grande número de espécies de plantas tem sido usado popularmente e experimentalmente para tratar os sintomas do diabetes, doença caracterizada por elevados níveis de glicose no sangue. Atualmente uma das doenças mais importantes que afetam a humanidade, constituindo um grande problema de saúde pública. O objetivo desse estudo é realizar um levantamento da utilização da planta medicinal pata de vaca, como recurso de autoatenção para o controle da síndrome metabólica diabetes mellitus tipo II, nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, no município de Boa Vista/ RR e analisar as novas estratégias na busca de cuidados em saúde. Um bom número das plantas cultivadas e comercializadas como antidiabetogênicas e hipoglicêmicas nos quintais, nas feiras livres e mercados populares apresentam, realmente, estes efeitos. Esse estudo tem uma abordagem quanti-qualitativa e utilizou aplicação de 33 questionários e dez (10) entrevistas semiestruturadas, aplicadas a pessoas portadoras de diabetes. Os resultados obtidos foram: uso das espécies vegetais hipoglicemiantes (pata de vaca, carqueja e eucalipto), na forma de infusão, uma vez ao dia; a maioria dos participantes acreditam que as mesmas têm a capacidade de diminuir a glicose sanguínea. Apesar do pequeno número de usuários que utilizam essas plantas, esse estudo é válido, pois acrescenta informações sobre o uso das mesmas no controle do diabetes, além disso, é fundamental que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre a utilização destas plantas, para que informem à população quanto às formas de preparo mais comumente utilizadas e os riscos que as mesmas podem apresentar, a fim de que o uso proporcione os benefícios desejados à saúde. Os dados demonstraram uso e eficácia desta planta medicinal para tratamento do *diabetes mellitus* tipo II. Os resultados devem contribuir para triagens etnofarmacológicas e direcionamento de pesquisa quanto ao uso de plantas brasileiras para o tratamento de diabetes. Por fim, confirmou-se a prática de remédios caseiros por meio de plantas para o alívio dos problemas decorrentes da diabetes baseada no conhecimento popular.

PALAVRAS-CHAVE: *Diabetes mellitus*. Fitoterapia. Redes de cuidado. Saberes e Práticas em saúde. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The *mellitus Diabetes* is a chronic disease characterized by the elevation of glucose (Hyperglycemia), this elevated blood glucose is considered a metabolic disorder, due to the absence of insulin produced by the pancreas and / or decrease of its action, it does not allow the body to use it effectively. The objective of this study is to perform a survey of the use of the medicinal plant paw of cow, as a self - care resource for the control of diabetes mellitus type II metabolic syndrome, in the neighborhoods Nova Cidade and Raiar do Sol, in Boa Vista / RR and analyze the new strategies in the search for health care. Large numbers of plant species have been used popularly and experimentally to treat the symptoms of diabetes, a disease characterized by high levels of blood glucose. It is currently one of the most important diseases affecting humanity, and constitutes a major public health problem. A good number of plants grown and marketed as antidiabetogenic and hypoglycemic in backyards, in free markets and popular markets do have these effects. The presented study has a quanti-quali approach and it used the application of 33 questionnaires and ten (10) semi-structured interviews with people with diabetes. The residents who make use of these plants mentioned 03 different types of vegetables (*Brazilian orchid tree, gorse and eucalyptus*); they use them as infusion once a day and they do believe that they have the ability to lower blood glucose. Although the number of patients be small, this study is relevant because it adds information about how to use the plants in diabetes control, in addition, it is essential that professionals health know about the uses and benefits of them so that they inform the population how to prepare and also the risks they may present in order for the use to provide the desired health benefits. The data show the uses and benefits of this medicinal plant for the *Mellitus* diabetes treatment type 2. The results should contribute to ethno pharmacological screenings and research direction regarding the use of Brazilian plants for the treatment of diabetes. Finally, the practice of home remedies through plants for the relief of the problems stemming from diabetes based on popular knowledge was confirmed.

Keywords: *Diabetes Mellitus*. Phytotherapy. Care Network. Knowledge and Practices in health. Collective Health.

1 INTRODUÇÃO

Doenças crônicas são doenças que persistem por períodos superior a seis meses e não se resolvem em um curto espaço de tempo. Entre os principais exemplos de doenças crônicas estão: diabetes, doença de Alzheimer, hipertensão, asma, AIDS, doenças autoimunes etc. As doenças crônicas acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos, não há cura, apenas tratamentos periódicos, tornando-se assim um agravante no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

Entre indivíduos com idade superior a 60 anos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são uma das principais causas de morbimortalidade. Estas patologias costumam se manifestar de forma mais marcante com o envelhecimento da população e estão intimamente associadas com a perda da qualidade de vida e autonomia. As DCNTs de maior incidência e prevalência entre este segmento da população são doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

O *Diabetes mellitus* é uma síndrome metabólica de origem múltipla, crônica e não transmissível e, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Ela ocorre quando a insulina, um hormônio regulador de glicose, não é produzida ou secretada corretamente pelo pâncreas, não permitindo que o corpo possa utilizá-la de forma eficaz.

Quando a glicose não é bem utilizada, o nível é elevado na corrente sanguínea, ocasionando a Hiperglicemia. Esse descontrole pode induzir ao diabetes e, ao longo do tempo, pode causar inúmeras complicações graves nos sistemas do corpo, especialmente no sistema nervoso e vasos sanguíneos, como também o infarto do miocárdio, derrame cerebral, problemas gastrointestinais e amputação de membros (SBD, 2009).

O *Diabetes mellitus* é considerada também, como uma desordem crônica, relacionada à absorção da glicose do sangue pelas células (CLARE-SALZLER *et al.*, 2003). O diabetes pode aparecer como uma doença auto-imune (tipo I) ou como uma desordem onde a absorção insuficiente da insulina é o principal fator fisio-patológico (tipo 2). O diabetes tipo 1 é conhecido como tipo juvenil e o tipo II como adulto (www.diabetes.org.br). O diabetes pode aparecer sem nenhuma manifestação clínica, anos antes do aparecimento do quadro clínico de diabetes (FONSECA *et al.*, 2005). Projeções da OMS demonstram que aproximadamente 150 milhões de pessoas no mundo têm o diabetes, sendo que este número provavelmente dobrará até 2025.

Considerada uma doença tão antiga quanto a própria humanidade, o diabetes é hoje a mais importante síndrome metabólica que envolve o pâncreas endócrino (RAMALHO, 1998).

Suas principais manifestações incluem distúrbios metabólicos, que acarretam um estado crônico de hiperglicemia, pela perda da capacidade de transformar os carboidratos (açúcares) em energia; como resultado, o açúcar não é queimado e acumula-se no sangue (LIENHARD GE, 1992), dando origem a diversos sintomas tais como: fraqueza muscular, perda de peso, sede e fome excessivas, elevação do nível de glicose no sangue, o que resulta na excreção da glicose pela urina (BERNE, 2000; GODOY, 2000, SAID, 2002). As principais complicações decorrentes desse quadro são cegueira, retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputação dos membros inferiores, distúrbios cardiovasculares, hipertensão e infarto (Ramalho, 1998).

Apesar dos avanços na ciência e na medicina, vários portadores de diabetes recorrem a tratamentos naturais, principalmente ao uso de plantas medicinais. O consumo de produtos naturais são um aspecto importante, pois o conhecimento sobre os mesmos é de domínio popular e cultural e, por isso, estes vegetais muitas vezes representam o único recurso terapêutico para muitas comunidades, que têm dificuldade em usufruir das benesses da medicina moderna, em virtude do elevado custo, muitas vezes associada ao difícil acesso aos medicamentos que estão na base de sua terapêutica (ALVES, 2007).

No tratamento do diabetes, os recursos medicamentosos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica, quando da incapacidade de se controlar os níveis glicêmicos preferencialmente através da prática da dieta e de exercícios físicos. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais (principalmente biguanidas e sulfoniluréias) (ASSUNÇÃO et al., 2002).

Diversas espécies vegetais vêm sendo citadas na literatura como adjuvantes no tratamento do Diabetes mellitus, atuando tanto no tratamento da doença em si como atenuando seus sintomas e possíveis consequências. Estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de comprovar o efeito de espécies vegetais muitas vezes utilizadas apenas com base em dados empíricos (CECÍLIO et al., 2008).

O estudo etnobotânico auxilia no conhecimento de quais plantas as populações utilizam, informação importante para estudos etnofarmacológicos com as mesmas. Segundo parâmetros estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) resolução da Diretoria Colegiada nº. 48/2004, os fitoterápicos são medicamentos preparados exclusivamente com plantas ou partes destas (raízes, cascas, folhas, flores, frutos ou sementes), que possuam propriedades reconhecidas de cura, prevenção, diagnóstico ou tratamento sintomático de doenças, validadas em estudos etnofarmacológicos, documentação tecnocientífica ou ensaios clínicos de fase.

A espécie vegetal pata de vaca (*Bauhinia forficata* L.) que é foco das considerações desse segundo capítulo já tem comprovação científica através de estudos clínicos da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde desde 1982. Da família Fabaceae, essa espécie do gênero *Bauhinia*, têm comprovados efeitos hipoglicemiantes, sendo utilizadas em diversas partes do mundo para tratamento de diversas doenças, mas principalmente para o tratamento do diabetes. A atividade hipoglicemiante já comprovada para a espécie *Bauhinia forficata* L. é associada à presença do flavonóide kaempferitrina.

As espécies são conhecidas como “pata-de-vaca” ou “unha-de-boi” e são muito utilizadas na região Amazônica, assim como em muitas outras: África, Ásia e América Central e do Sul (ENGEL e FERREIRA, 2008) para tratamentos de processo inflamatório, distúrbios digestivos, reumatismo e, principalmente, antidiabética (ALBUQUERQUE et al, 2005; ALMEIDA et al, 2005). Ela possui grande variedade de espécies, cerca de 300, e em nosso país é possível encontrar aproximadamente 20% desse total (HAVER, 2002; SILVA E CECHINEL FILHO, 2002).

É importante destacar a necessidade de cuidados ao utilizar uma planta medicinal, pois nem sempre ela pode apresentar o efeito esperado. Isso pode ocorrer devido à forma inadequada de preparo ou ao fato de a planta não possuir o princípio ativo para a ação desejada. Dessa forma, deve-se considerar a importância da realização de estudos mais aprofundados que comprovem ou não os efeitos das plantas utilizadas pela população, a fim de que o uso proporcione os benefícios desejados para a saúde de toda a população.

O *Diabetes mellitus*, por ser doença crônica e de tratamento contínuo, é alvo interessante para a busca de novos métodos de tratamento, com possibilidade de uso de várias espécies de plantas medicinais. Isso tem contribuído para triagens etnofarmacológicas e para o direcionamento de pesquisas que relacionam o potencial de espécies brasileiras para o tratamento desta condição patológica (CECÍLIO et al., 2008).

Um estudo multicêntrico sobre prevalência de *Diabetes mellitus* no Brasil apontou índice de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico e 25% da população diabética não faz nenhum tratamento (Paiva et al., 2006). Projeções da OMS mostraram que há em média 220 milhões de pessoas no mundo com diabetes, sendo que este número provavelmente dobrará entre 2005 e 2030 (CECÍLIO et al., 2008; WHO, 2009).

Dados nacionais mostram que a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório da população geral no Brasil totaliza 53,8%. No estado de Roraima, essas doenças são responsáveis por 23,5% dos óbitos. No que tange a óbitos por doenças cerebrovasculares

da população total, a taxa do País fica em torno de 2,4% dos óbitos, enquanto em Roraima ela atinge a faixa de 23,3% da população (DATASUS, 2012). Em relação aos indicadores de fatores de risco e de proteção, a prevalência da HAS na região norte do país, para idosos entre 55 e 64 anos, e para aqueles acima de 65 anos, correspondem a 43% e 51,8%, respectivamente. Por fim, o estado de Roraima possui uma taxa de hospitalização por crise hipertensiva de 5,15% (DATASUS, 2012). Vistos esses dados, torna-se relevante estudar as práticas de cura que previnam o aumento de diabéticos e amenizem as suas complicações.

Em 1975, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) referia-se à importância da medicina popular: “A denominada medicina popular é constituída por práticas paralelas à medicina oficial dominante. O sistema oficial de saúde faz esta distinção e constata não apenas sua existência, mas também seu crescimento, a despeito de todo o avanço científico e tecnológico atual, que tem o respaldo do saber científico e do sistema de produção (CNS, 1975)”. Desta forma, a OMS reconhece a importância da fitoterapia sugerindo ser uma alternativa viável e importante também às populações dos países em desenvolvimento devido ao seu custo diminuído (REZENDE; COCCO, 2002).

No Brasil, o uso de terapias menos onerosas para o tratamento de enfermidades crônicas degenerativas representa importante ganho nos investimentos humanos e financeiros empregados na área de saúde. Assim, os fitoterápicos podem atuar como forma opcional de terapêutica, que leva em consideração seu menor custo, e cujos benefícios adicionam-se aos da terapia convencional (BORGES *et al.*, 2008). O Brasil possui a maior biodiversidade do planeta, com cerca de 23% das espécies vegetais existentes em todo o mundo (BATALHA *et al.*, 2003) o que, associado à uma rica diversidade étnica e cultural, acarreta que o País detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais e apresenta forte potencial para desenvolvimento de pesquisas que resultem em tecnologias e terapêuticas apropriadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com a intenção de implantar a utilização das terapias complementares no SUS e promover pesquisas com as plantas medicinais, garantindo assim, o uso correto e seguro destas e de fitoterápicos, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto no 5.813, de 22 de junho de 2006 (BRASIL, 2006a). O MS elaborou a Relação Nacional de Plantas de Interesse do SUS (RENISUS) em 2009, que apresenta uma lista de 71 plantas medicinais indicadas para uso terapêutico da população (Brasil, 2009). As plantas medicinais são definidas como espécies vegetais utilizadas para fins terapêuticos que podem ser cultivadas ou não (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Por considerar a importância da utilização de plantas no cuidado à saúde pela população, o MS regulamentou a Portaria nº 971, em 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Ela indica vários tipos de terapias, dentre as quais a fitoterapia. A fitoterapia é definida como terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas (BRASIL, 2006b), proporcionando, com o uso, a normalização das funções fisiológicas do organismo, além de possibilitar maior interação da pessoa com o ambiente (FRANÇA et al., 2008).

Através deste incentivo do MS e do conhecimento popular, a utilização das plantas no cuidado à saúde está ampliando-se, principalmente entre as pessoas que apresentam alguma doença crônica, como a Diabetes mellitus (DM) (FEIJÓ et al., 2012). Em razão disso, a presente pesquisa tem por objetivo analisar as novas estratégias na busca de cuidados em saúde e sua importância na construção de itinerários terapêuticos voltados para o enfrentamento (cuidados) a doença crônica de diabetes tipo II, bem como no processo saúde-doença.

O Ministério sugere algumas ações como estratégia para melhorar os indicadores de saúde, tais que o cadastramento das farmácias vivas em funcionamento no País, assim como a estruturação e auxílio na manutenção de programas de referência, fontes inesgotáveis de conhecimento e formação. Nesse contexto, a catalogação e uso de plantas medicinais para tratamento de diabetes que possuam certificação e estudos de constituintes fitoquímicos e efeitos farmacológicos são passos fundamentais para a realização de futuros estudos em seres humanos, que, mesmo dispendiosos durante a fase de ensaios, podem representar uma alternativa preciosa no controle do diabetes e de outras patologias crônicas para a população de um país continental como o Brasil, garantindo o acesso desta população a um tratamento responsável e ajustando os gastos governamentais na garantia deste fenômeno e promoção da saúde (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

A OMS (2008) recomenda que deve haver no mínimo um médico por 1.000 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o estado de Roraima possui em média um percentual de 1,24 médicos do total brasileiro, sendo aproximadamente a média geral de 0,84/1.000 habitantes (DATASUS – IDB, 2008). Então, como pode ser explicado o fato de se ter médico suficiente para o atendimento da população e, mesmo assim, ela ainda recorrer de forma tão frequente à medicina não convencional? Alguns fatores contribuem de forma significativa para que cada vez mais a população recorra às mais variadas formas de práticas integrativas e complementares. Esses fatos serão discutidos nos capítulos seguintes.

Ao serem avaliadas farmacologicamente, a maioria das plantas utilizadas como antidiabéticas demonstrou ter atividade hipoglicemiante e possuir constituintes químicos que podem ser utilizados como modelos para novos agentes hipoglicemiantes. Entretanto, análises posteriores revelaram grande variedade de mecanismos de ação que podem levar ao efeito hipoglicemiante, mas nem todos terapeuticamente úteis (RAMALHO, 1998; MARLES, 1995, HOU CC, 2003). Muitas dessas espécies já foram cientificamente estudadas e suas propriedades, e de alguns de seus componentes isolados, foram comprovadas, sendo que a planta dessa pesquisa, a pata de vaca, hoje tem uso autorizado como adjuvante no controle do *Diabetes mellitus* pelo MS.

O objetivo da ação fitoterápica não é o de substituir medicamentos registrados e comercializados por laboratórios, mas sim atuar como uma forma opcional de terapêutica, aos cuidados de profissionais que cuidam da enfermidade, considerando ser um tratamento de menor custo e cujos benefícios se somarão com os da terapia convencional (CARLOS NASCIMENTO, 2003). Tendo em vista a problemática exposta, o presente estudo tem o propósito de identificar os tipos de plantas medicinais hipoglicemiantes utilizadas pelos participantes. Nesse sentido, a mais citada dentre elas foi a pata de vaca, e é por isso que traçaremos as principais características do seu uso pela amostra selecionada.

A relevância do presente estudo, que tem a finalidade de contribuir teoricamente para as discussões sobre a atuação de um tratamento complementar a base de plantas medicinais, aqui concebido como um coadjuvante no controle dos níveis glicêmicos na Saúde Coletiva, pode ser apontada pela possibilidade de fornecer elementos para análise reflexiva nos princípios da OMS. Para este órgão, saúde é: "um bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças". Por isso, o uso de plantas medicinais como prática integrativa pode contribuir para a saúde dos indivíduos, mas deve ser parte de um sistema integral que torne a pessoa realmente saudável, aliviando os sintomas causados pelas patologias e não simplesmente "sem doença".

Segundo Salvi et al 2016, é consenso que o Brasil detém a maior diversidade biológica do mundo, contando com uma rica flora, que desperta interesse de comunidades científicas internacionais para o estudo, conservação e utilização racional desses recursos. Muitas plantas tropicais fornecem matéria-prima para a produção de analgésicos, tranquilizantes, diuréticos, laxativos, hiperglicêmicos e antibióticos, entre outros (MORAES et al., 2010; FEIJÓ et al., 2012). Daí deriva a relevância da pesquisa: focar nas estratégias de saúde coletiva para as comunidades carentes, enfatizando que as descobertas científicas partem do estudo principiante e iniciante dos moradores locais, ditos detentores de conhecimento local.

Esse capítulo II tem como objetivos realizar uma análise considerando as variáveis gênero, faixa etária e escolaridade na utilização da planta medicinal pata de vaca, como recurso de auto -atenção para o controle da síndrome metabólica diabetes mellitus tipo II, e assim, analisar a fitoterapia como uma prática integrativa e complementar na busca de cuidados em saúde e sua importância na construção de itinerários terapêuticos voltados para o enfrentamento (cuidados) a *Diabetes mellitus* tipo II, nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, no município de Boa Vista/ RR.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Boa Vista (229.454 hab.), nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, localizado na zona oeste, com 5.708 habitantes e 5.863 habitantes, respectivamente (IBGE, 2010), no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: moradores que demonstraram ter conhecimento local e que faziam uso de plantas medicinais hipoglicemiantes; portadores de *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2 ou que tinham algum parente portador da enfermidade; pessoas previamente diagnosticadas com DM, não importando o tempo de diagnóstico, e dentre esses, os que utilizam a pata-de-vaca para tratamento de diabetes. Portanto, entre 110 sujeitos que participaram da pesquisa, um grupo de 43 indivíduos usavam ou tinham um parente que usa a planta medicinal pata-de-vaca para tratamento de diabetes tipo 2.

2.2 COLETA DE DADOS

Foi realizado um levantamento das plantas cultivadas e comercializadas em mercados e feiras livres no município de Boa Vista-RR. Foram listadas as espécies comercializadas, as diferentes indicações, informações referentes à posologia e preparo da droga, com ênfase para as plantas comercializadas para o tratamento da diabetes. Com base nestas informações, realizou-se uma revisão na literatura, visando à comprovação científica dos efeitos relatados e investigação de possíveis riscos inerentes ao uso.

Definiu-se como amostragem a não probabilística do tipo bola de neve, totalizando a amostra de quarenta e três (n=43) moradores locais ditos portadores de *Diabetes mellitus* tipo 2. Quanto à coleta de dados, os principais instrumentos utilizados foram as entrevistas semiestruturadas gravadas com dez (n=10) participantes reconhecidos por serem detentores do conhecimento local sobre as plantas medicinais nos bairros estudados. Isso se deu com o auxílio de um questionário-guia, que organizou, de forma semiestruturada, questões abertas e fechadas. E o restante da amostra trinta e três (n=33) participantes, foram realizadas aplicação de questionários sobre o uso e conhecimento da espécie vegetal pata -de -vaca.

A coleta de dados foi realizada após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Roraima (UFRR), obedecendo a resolução 466/12, que trata das pesquisas realizadas com seres humanos. Após a aprovação pelo comitê de ética da UFRR, um ofício contendo informações concernentes a pesquisas bem como aos seus objetivos foi

encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde; o estudo também foi autorizado pela SEMSA/ BV/RR. A coleta dos dados foi realizada somente pela autora da pesquisa. Os dados foram coletados individualmente durante várias reuniões do Programa de Hiperdia com as equipes de saúde da família, instituições religiosas e em associações nos bairros. Os resultados encontrados foram analisados sob a estrutura de análise descritiva, sendo a distribuição de frequência apresentada em tabelas.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em um banco de dados desenvolvido para o projeto, em Excel 2010® (Microsoft), e foram analisados com a utilização do programa SPSS- Statistical Package for the Social Sciences® – para ambiente Windows, versão 24.0. Os dados foram analisados tanto em dados absolutos quanto em termos percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas. Para as variáveis numéricas, foi feito o cálculo da média e do desvio padrão; também foram apresentados os valores mínimo e máximo.

As plantas medicinais relatadas nessa pesquisa foram associadas aos nomes científicos mais prevalentes relatados na literatura (LORENZI E SOUZA, 2014), considerando-se para tal classificação a denominação popular associada ao uso como agente hipoglicemiante. Os dados foram plotados e analisados no programa estatístico através da distribuição em médias e proporções e comparação entre médias através dos testes T de Student, e comparação entre proporções realizada por teste do Qui-quadrado (X^2).

Os entrevistados podiam citar até três plantas, para que pudesse padronizar o número de informações referentes as citações

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em se tratando de dados socioeconômicos e de saneamento básico, alguns indicadores de cobertura e de fatores de risco e de proteção das duas comunidades estudadas foram analisados a partir de n=110, obtidos entre questionários e entrevistas de participantes com idade entre 20 e 74 anos. Dessa população, tirou-se uma amostra de n=43 indivíduos, dentre aqueles que citaram o conhecimento ou que fazia uso (própria pessoa ou parente) da planta pata de vaca para o tratamento da DM. Destes, em relação ao gênero, 30% declararam-se homens e 70% mulheres. A predominância feminina pode ser justificada pela maior disponibilidade das mulheres em responder ao questionário.

A discussão da análise dos dados foi dividida em partes para um melhor entendimento e relação entre as variáveis:

3.1 – caracterização socioeconômica e do saneamento básico;

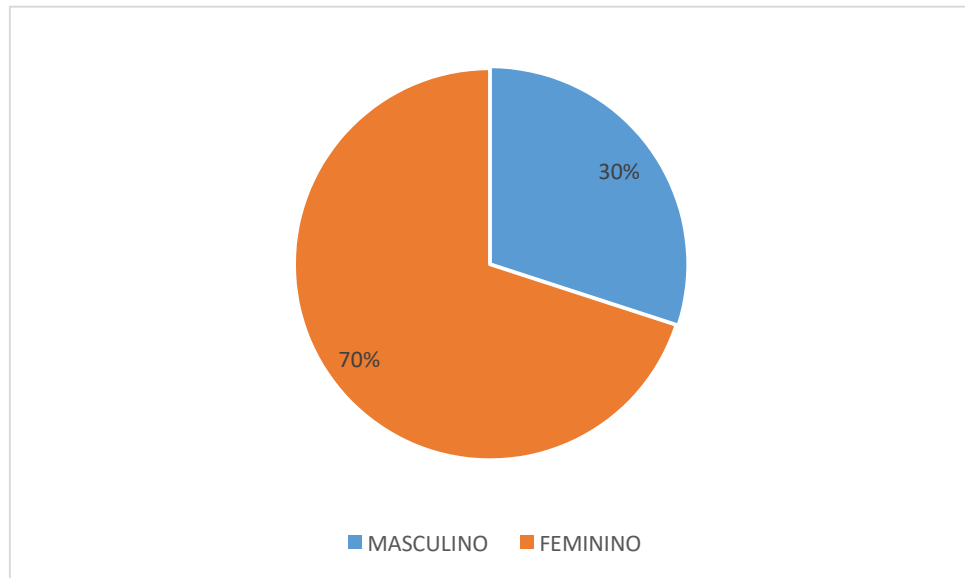
3.2 – caracterização das plantas medicinais no controle glicêmico de *Diabetes mellitus* tipo II;

3.3 – caracterização da doença *Diabetes mellitus*.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONOMICA E DEMOGRÁFICA

Quanto ao gênero, foram entrevistados 110 moradores sobre o uso e conhecimento das plantas medicinais e, dentre eles, foi selecionada uma amostra de 43 moradores que citaram a pata-de-vaca como uma planta utilizada no tratamento da diabetes. As análises dos dados foram realizadas com base nos dados colhidos entre esses 43 moradores com idade média de 52 anos, com desvio padrão de 10,43 anos, variando de um mínimo de 40 anos a um máximo de 70 anos. Desse universo, 30% era do gênero masculino e 70% do gênero feminino; resultado semelhante foram registrados em outros estudos etnobotânicos (SILVA *et al.*, 2010; VIU; VIU; CAMPOS, 2010; DEFANI *et al.*, 2012) (Figura 1).

Figura 1- Auto declaração de Gênero citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

O número mais representativo de indivíduos do gênero feminino é semelhante ao encontrado nas investigações de por outros pesquisadores, conforme referenciado por Dahmer *et al.* (2015). O que se observou nas conversas informais e entrevistas durante a pesquisa é que as mulheres, na maioria das vezes, faziam questão de esclarecer que são elas que cuidam da família, indicando as plantas, que são compradas ou cultivadas. Ou seja, é comum nesse ambiente as mulheres assumirem as responsabilidades pela assistência à saúde dos membros da família.

Observamos, neste estudo, que a maioria dos participantes eram do gênero feminino (70%), perfil semelhante ao resultado encontrado nos estudos feitos por Prado e Jacopetti (2009) e por Miranzi *et al.* (2008). O que pode justificar esta informação é que a maioria da população do município de Boa Vista, lugar em que o estudo foi realizado, é composta por mulheres. Isso comprova a veracidade dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que constataram, no ano de 2010, que 52,03% da população residente era do gênero feminino. Isto é explicado pelas diferenças de expectativa de vida entre os gêneros, fenômeno bastante intenso no Brasil, conhecido como feminização da velhice, e que atesta que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens (LIMA, 2011).

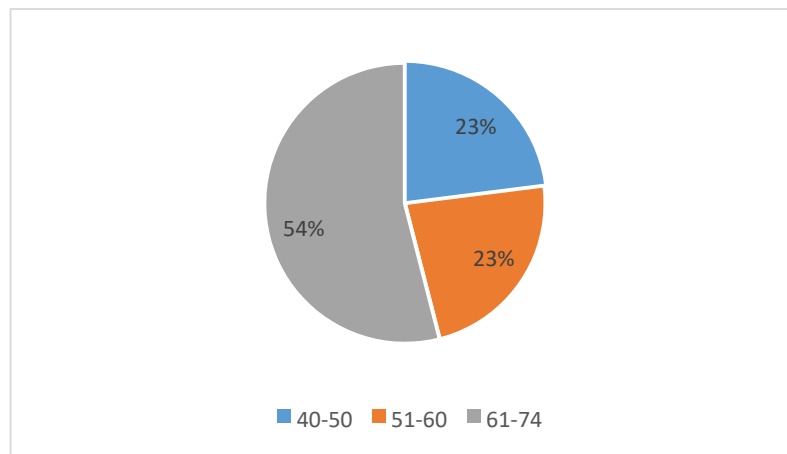
Segundo o Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA (2004), a desproporcionalidade, com aumento do gênero feminino, é uma característica do envelhecimento mundial, chegando a

representar até 55% da população mundial de idosos. No Brasil, a porcentagem de mulheres idosas era de 55,9%, enquanto a parcela masculina era constituída de somente 44,1%. Outro fator relevante é que os homens apresentam maior resistência em participar de atividades que não estão relacionadas ao trabalho (BELTRAME, 2008, apud DAHMER, 2015).

Segundo a variável idade, os principais resultados encontrados após a análise foram: a idade dos pesquisados foi bem-variada, mas a maioria (54%) sendo composta de pessoas com idade acima de 60 anos como mostra na figura 2. População semelhante foi estudada em outros trabalhos (MIRANZI *et al.*, 2008; PRADO; JACOPETTI, 2009; REGO, 2011; FONTELA; WINKELMANN; BERLEZI, 2013; DAHMER, *et al.*, 2016). Resultados semelhantes foram encontrados também por Dahmer *et al.* (2015), em que os sujeitos da pesquisa estão acima de 60 anos. Este dado é compatível com as informações da OMS, em que se constata que esta síndrome metabólica ocorre em qualquer idade, porém é diagnosticada com maior incidência após os 40 anos. Esse estado de acontecimentos torna a pesquisa mais relevante, pois a população adulta e idosa pode desenvolver complicações microvasculares, como doença cardiovascular, cerebrovascular e dos vasos periféricos e microvasculares, como retinopatia e neuropatia (WORLD, 2009).

Segundo Oliveira (2016), uma das tendências observadas em diversos estudos etnobotânicos é que as mulheres apresentam maior conhecimento sobre espécies medicinais, e os homens, a espécies relacionadas ao uso madeireiro, como geração de energia e construção (LUCENA *et al.*, 2007). Este aspecto é compreensível por se tratar de uma divisão de trabalho entre os gêneros, onde são acumuladas diferentes experiências na forma de vida de homens e mulheres refletindo em diferentes níveis do conhecimento local (VOEKS, 2007). Outra tendência observada é que os mais idosos apresentam um conhecimento mais pleno que os mais jovens, pois se acredita que são menos afetados por fatores externos (QUINLAN, QUINLAN 2007). Em todo caso, a mudança desse conhecimento pode ser ocasionada por diferentes mudanças no estilo de vida das gerações, que por diferentes fatores externos podem ter a dinâmica do conhecimento afetada por mudanças sociais, culturais, ambientais e econômicas (PANIAGUA-ZAMBRANA *et al.* 2014).

Figura 2- Categorias etárias citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Em relação a variável escolaridade, encontrou-se que de acordo com o IBGE (2010), a população analfabeta (15 anos e mais) segundo a Unidade da Federação Roraima, apresenta 30.672 habitantes analfabetos, que corresponde ao indicador socioeconômico (taxa de analfabetismo) de 10,28% do total da população roraimense.

Ao comparar-se com a escolaridade em relação aos gêneros feminino e masculino, observou-se que, respectivamente, existem moradores participantes analfabetos (15% e 10%), apenas com ensino fundamental (25% e 30%), com ensino médio (50% e 50%), e com curso superior (10 e 10 %). Defani *et. al* (2011) também notaram que os usuários portadores do diabetes apresentavam baixo nível de instrução. Salvi *et al.* (2016) encontraram resultados semelhantes relacionados à relação escolaridade x diabetes. O nível educacional da amostra foi composto por uma média de 30% de pessoas que estudaram da 1ª a 4ª série, 29% correspondem aos analfabetos, 23% que tinham o Ensino Médio completo; e 18% com nível superior incompleto e completo (Figura 3).

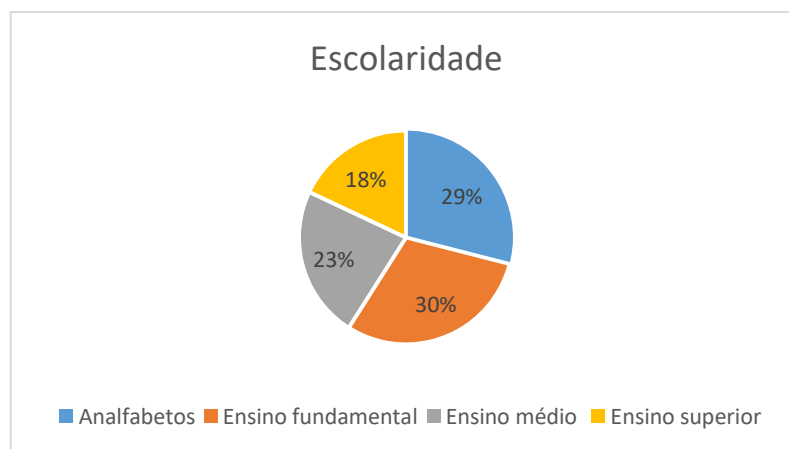
No Brasil, muitos estudos mostram a relação da baixa escolaridade de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus (REGO, 2011). No estudo de Dos Santos *et al.* (2013), 25,6% da amostra possuía Ensino Médio completo. Isto reflete as diferentes condições de acesso à educação em décadas anteriores, em que ir à escola era privilégio de uma baixa parcela da população (BELTRAME, 2008, apud DAHMER, 2016).

Fatores como o baixo nível de escolaridade, presença importante de indivíduos de origem africana e, principalmente, obesidade e envelhecimento da população, estão diretamente associados ao grande aumento da prevalência de *Diabetes mellitus* (DM) no Brasil. Além disso,

foram observadas pequenas diferenças na prevalência de DM entre as diferentes regiões; porém estas foram consideradas insignificantes quando levadas em conta diferenças de fatores sociodemográficos e o estado nutricional (ISER et al, 2014).

Os achados na pesquisa também demonstraram uma importante relação entre o nível de escolaridade e a adesão ao uso de plantas medicinais, estas variáveis que estão inversamente proporcionais. De acordo com os resultados da amostra estudada nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, quanto menor o nível educacional, maior é a adesão a utilização de plantas medicinais.

Figura 3- Nível educacional citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS HIPOGLICEMIANTES NO CONTROLE GLICÊMICO DO *Diabetes mellitus* tipo 2.

1. Conhecimento Popular e Uso das Plantas Medicinais Hipoglicemiantes

A medicina popular ou não convencional equivale aos conhecimentos e práticas arraigadas tanto na cultura indígena quanto nos valores trazidos por colonizadores e escravos. Estes conhecimentos foram incorporados pela população e são respeitados pelas tradições e pelos costumes (BARBOSA et al, 2010; PAIXAO et al, 2016).

De acordo com a análise da amostra, através de familiares, amigos e vizinhos a maioria dos participantes desta pesquisa possuía conhecimentos em relação à utilização de plantas medicinais hipoglicemiantes (95%); e o restante de 05% declaram ter adquirido o conhecimento pela internet ou pelos livros. Isso comprova a relevância do conhecimento popular, conforme

atestam Alves, Cruz e Messeder (2009), e Salvi *et al* 2016), que estudaram o estado do Rio Grande do Sul.

As informações passadas de geração para geração condizem com um crescimento de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), que mostram que cerca de 80% de população mundial fazem uso de algum tipo de erva buscando amenizar sintomas dolorosos e desagradáveis (CALIXTO, 2000).

Existe uma relação direta entre o conhecimento, uso e crença/ fé, pois a partir, do momento que se tem contato com a existência da planta medicinal hipoglicemiante, pode-se fazer a escolha de usá-la ou não, dependendo do grau de confiança em seus efeitos.

Mais de 1200 espécies de plantas são usadas em todo o mundo no tratamento fitoterápico da diabetes e estudos experimentais apoiam a atividade anti-hiperglicêmica de grande número destas plantas. Além da correção dos níveis de glicose no sangue, várias plantas têm potencial para melhorar as anormalidades do metabolismo lipídico da diabete (ALVARENGA *et al.*, 2017).

No que tange ao uso de plantas medicinais, dos 43 indivíduos pesquisados, 100% utilizam ou tem parentes que usam as plantas medicinais como tratamento adjuvante da diabetes, e relatam que, com o uso das plantas medicinais coadjuvante ao tratamento medicamentoso, conseguem controlar seus níveis glicêmicos e os efeitos colaterais dos medicamentos; dados esses que se comparam aos estudos de Pinto (2008). Os pacientes diabéticos que utilizam as plantas citaram 22 tipos de espécies vegetais, pertencentes a diferentes famílias, as quais acreditam possuir algum tipo de propriedade antidiabética, e muitos acreditam nos seus efeitos no que se refere as complicações ou aumento da glicemia. Nesse estudo será considerada apenas as espécies vegetais que estão na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (RENISUS).

Na tabela 1 estão indicadas as plantas hipoglicemiantes citadas pelos entrevistados. O teste do Qui-Quadrado mostrou que a diferença entre as faixas etárias dos participantes é, em geral, significativa ($X^2=19,33$; $gl=7$; $p<0,01$) e que, mesmo quando a análise é realizada com a separação dos informantes por gênero, os resultados são significativos ($X^2= 6,30$; $gl = 6$; $p<0,05$).

De 129 citações do total de 43 entrevistados, sendo que 27 indivíduos citaram a pata de vaca (*Bauhinia fortificata L.*) que corresponde a 23% das citações. A segunda planta mais citada foi o eucalipto (*Eucalyptus globulus*) com 19 citações, correspondendo a 14%; e a terceira espécie vegetal citada foi a carqueja (*Baccharis trimera*), com 10 citações, que corresponde a 08%.

A planta *Bauhinia forficata* Link. foi a mais citada no presente estudo, dado semelhante ao encontrado por Santos, Nunes e Martins (2012), em um estudo realizado em Pernambuco. E também corresponde aos estudos de Salvi *et al* , 2016, num estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre a percepção de indivíduos com *Diabetes mellitus* sobre a utilização de *Bauhinia forficata* L.(Fabaceae).

Tabela 1. Plantas com efeito hipoglicemiantes utilizadas pelos Pacientes Diabéticos citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.

PLANTAS CITADAS NOME POPULAR	PLANTAS CITADAS NOME CIENTÍFICO	PARTE UTILIZADA	NÚMERO DE CITAÇÕES
Pata- de- vaca	<i>Bauhinia forficata</i>	Fruto/ folha	27
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i>	folha	19
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	folha	10

Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Entre as plantas citadas pelos moradores, apenas essas 03 estão presentes na RENISUS (Brasil, 2009), sendo que o foco do estudo foi sobre a mais citada: pata de vaca.

Corroborando Lino *et al.* (2004), que estudou a eficácia da pata de vaca na redução da hiperglicemia e que sugere a validade do uso clínico da planta no tratamento do DM tipo 2, a presente pesquisa, realizada em dois bairros em Boa Vista/ RR, confirma o uso referido pelos sujeitos do estudo.

O tipo de vegetal utilizado pela população na cura de seus males sofre importantes diferenças por causa de variantes geográficas e étnicas. Porém, observou-se que várias plantas citadas neste levantamento também foram citadas por autores em trabalhos semelhantes, tais como as plantas conhecidas como pata de vaca, a carqueja e a insulina (DEFANI *et al.*, 2011; 2012). Elas são caracterizadas por diminuir os níveis de glicose sanguínea, através de diferentes mecanismos de ação, entre eles o aumento da liberação de insulina pelas células β do pâncreas (BHUSHAN *et al.*, 2010). Corroborando os dados achados de Defani (2011, 2012), essa pesquisa também encontrou plantas medicinais utilizadas para o tratamento da diabetes com efeitos semelhantes parecidos com as das espécies vegetais: pata de vaca, eucalipto e carqueja.

Em um estudo específico, foram utilizados alguns marcadores apropriados para o modelo experimental em ratos: para tanto, foi administrado diariamente, durante sete dias, o extrato da planta *B. forficata* nas doses de 200 e 400mg/kg, em ratos diabéticos e não diabéticos. Em conclusão os resultados mostraram que quando administrada a planta pode reduzir a glicose,

triglicérides e colesterol total. Estes resultados sugerem a eficácia do uso clínico desta planta no tratamento da *Diabetes mellitus* (PEPATO *et al*, 2004). Pepato *et al*, (2002) demonstraram redução significativa da glicose na urina e no soro de ratos tratados com *B. forficata*). O extrato bruto de *Bauhinia candicans* apresentou atividade hipoglicêmica com redução da excreção urinária da glicose, sugerindo aumento do metabolismo periferal da glicose (FUENTES *et al*, 2004).

Em outro trabalho sobre a pata-de-vaca (*Bauhinia forficata* L.), foi observado que a mesma é amplamente utilizada na medicina popular brasileira para o tratamento da diabetes. Volpato *et al* (2008), que também realizou um estudo com experimento usando ratos, mostrou que o tratamento com esta planta não apresentou efeito hipoglicemiante. Contudo, em outra pesquisa realizada com extrato aquoso das folhas de *Bauhinia forficata* e *Cyssus sicyoides*, foi possível comprovar que estas plantas apresentam potencial fonte de antioxidantes naturais, e que pode ser utilizada na prevenção de complicações diabéticas associadas ao estresse oxidativo (KHALIL; PEPATO; BRUNETTI, 2008).

O conhecimento e uso da planta medicinal nativa *B. forficata* relatado pela maioria dos indivíduos participantes desta pesquisa tem encontrado respaldo em estudos científicos que comprovam a eficácia desta planta em vários modelos experimentais (MARQUES *et al*, 2013). Nesse sentido, os efeitos da *B. forficata*, especialmente relacionados aos hipoglicemiantes, são relatados na literatura, comprovando e justificando o uso destas espécies na medicina popular (SILVA; CECHINEL-FILHO, 2002, apud SALVI *et al*, 2016). Alguns estudos afirmam que há melhora no metabolismo dos carboidratos quando ratos diabéticos são tratados com o decocto de *B. forficata*. Isso mostra que a planta, quando administrada, pode reduzir a glicemia, triglicérides e colesterol total sanguíneo (NEGRI, 2005).

Segundo o Entrevistado 09 (E09), quando indagado sobre o uso da pata de vaca e seus efeitos, responde:

Uso essa plantinha todos os dias, tem salvado a minha vida, depois dela, minha vida é outra, não sinto mais aquele cansaço, fadiga e falta de apetite; hoje não vivo mais sem ela. Já disse para a mulher plantar aqui em casa, pois se faltar um dia nos locais que pego, aqui vai ter. A pata de vaca me faz muito bem. Estou feliz com ela.

Diante das citações dos entrevistados, pode-se perceber nessa pesquisa realizada nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, que o seu achado corrobora com Brasil (2013), que assegura que a análise epidemiológica, social e econômica da crescente população que é acometida por DM, mostra a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de saúde que atuem diminuindo as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e pelos seus familiares para

obtenção de tratamento adequado, garantindo, assim, melhora da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Devido fatores diversos tais que sua natureza crônica, a gravidade das complicações e das formas de tratamento e controle, o DM representa uma doença de alto custo, tanto para os indivíduos afetados quanto para o sistema de saúde, elevando consideravelmente os gastos no controle da doença (WHO, 2002). Em decorrência desse alto custo, foi criado pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2011, o Programa Brasileiro de Farmácia Popular responsável por custear alguns medicamentos utilizados no tratamento do DM. No entanto, sabe-se que é comum que os medicamentos disponíveis não sejam suficientes para atender à demanda ou a necessidade dos pacientes, fazendo com que eles próprios sejam responsáveis pelo seu custeio do tratamento (COBAS et al, 2013).

Diante dessa constatação, os moradores entrevistados acabam buscando novas estratégias em saúde coletiva para curar seus males, e entre elas, está o uso de plantas medicinais. Outra justificativa relevante para o uso da pata de vaca é justamente o estado de Roraima ser um dos poucos estados brasileiros que não tem implantado a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. O Brasil já possui uma política e um programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; entretanto alguns estados e várias prefeituras do país ainda não possuem projetos implantados voltados para a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços públicos de saúde.

2.Características Gerais da obtenção e forma de utilização das Plantas Medicinais

Hipoglicemiantes

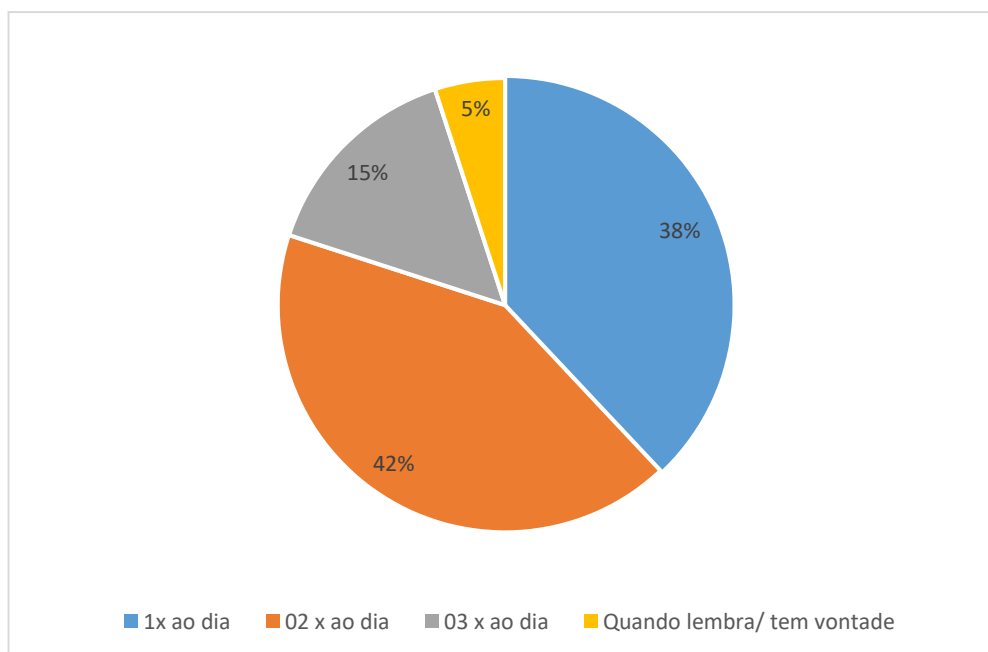
Quanto à forma como os participantes diabéticos entrevistados utilizam as plantas medicinais nos dois bairros, 90% fazem uso dos chás por infusão, enquanto 10% o fazem por maceração ou por outras formas de preparo. A análise estatística mostrou que a diferença entre a forma como os entrevistados utilizam as plantas medicinais na comunidade foi significativa ($X^2=25,12$; $gl=11$; $p<0,001$), apresentando alguns pontos divergentes quando realizada a análise por gênero.

Comparados com os dados coletados por Defani *et al* (2011; 2012), os dados da presente pesquisa também apontaram a maioria dos entrevistados como usuários de chás por infusão ou decocção. Os resultados encontrados nessa pesquisa vão de encontro também aos resultados registrados por Salvi, *et al* (2016), que sugerem que, do ponto de vista técnico científico e

farmacológico (ANVISA, 2010), a preparação das plantas medicinais por decocção ou infusão é a forma mais correta de utilização.

Os dados da pesquisa apontam que a maioria dos moradores portadores de diabetes utilizam as plantas uma vez ao dia (38%); (42%) usam duas vezes ao dia; (15%) três vezes ao dia; (5%) usam esporadicamente quando lembra ou tem vontade (Figura 4). Segundo Kalluf (2008), isso demonstra a desorientação da população no consumo de plantas medicinais, pois a dosagem terapêutica, a frequência de consumo e o tempo de administração para obtenção do resultado no tratamento são particulares de cada planta medicinal e, conseqüentemente, de seus componentes bio-ativos que, assim como os medicamentos alopáticos, necessitam de período correto de uso para realizarem os efeitos terapêuticos. No estudo realizado em Boa Vista/ RR, foi constatado tanto que os moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol tinham pouca orientação sobre armazenamento e condicionamento, quanto sobre as outras partes das plantas que poderiam ser utilizadas.

Figura 4- Quantitativo de vezes por dia faz uso da planta medicinal pata de vaca (Posologia) citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

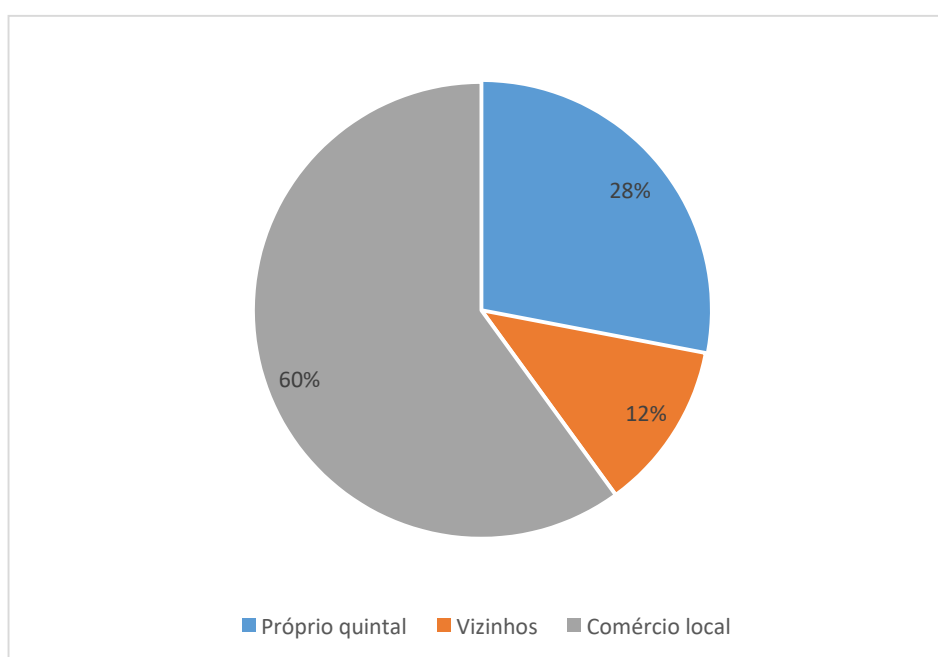
Durante a pesquisa, algumas pessoas relataram não ter horário fixo para tomarem os chás, e nem demonstraram alguma preocupação com a frequência e nem com a dosagem; em sua maioria (90%), também relataram nunca terem tido nenhum sintoma negativo pelo uso da planta medicinal pata de vaca. Os outros 10% relataram terem tido alguns desconfortos ao

tomarem em jejum, logo ao acordar, e disseram terem resolvido mudando o horário ou a quantidade. Segue um relato do entrevistado (E06).

Nas primeiras vezes que tomei o chá dessa planta pata de vaca, foi logo quando o médico disse que eu tinha diabetes, uma vizinha me indicou, pois já fazia uso dela há 05 anos. Fui com ela, comprei e tomei, daí senti mal na primeira semana, tomava sem comer nada e ficava muito ansioso; então passei a tomar depois do almoço ou do jantar, melhorei e até hoje tomo, já faz 01 ano.

Quanto à obtenção: 28% dos pacientes coletam essas plantas em seus próprios quintais; 12% obtêm de vizinhos; 60% apontaram adquirir no comércio local (farmácias, ervateiros, feiras, mercados, supermercados e lojas de produtos naturais (Figura 5). Os dados do presente trabalho coincidem com aqueles coletados por Pilla, Amorozo e Furlan (2006), que relataram ser o comércio local o lugar mais citado pelos indivíduos como fonte de obtenção das espécies vegetais (Figura 5).

Figura 5- Forma de obtenção da planta medicinal *Bauhinia forficata L.* citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



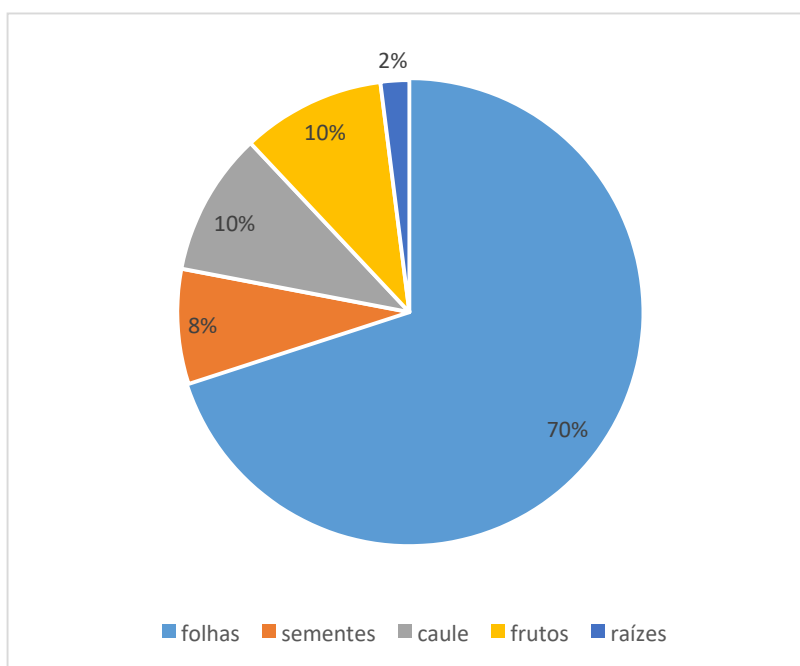
Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Os entrevistados utilizam as mais diversas partes dos vegetais nas preparações dos remédios caseiros. Considerando a parte utilizada, foram obtidos os seguintes resultados, por ordem de utilização: folhas 70%; sementes 08%; cascas do caule 10%; frutos 10% e raízes 2%

(Figura 6), dados esses semelhantes aos encontrados por Borges, Bautista e Guilera (2008), que demonstraram a preferência dos entrevistados pelas folhas. O teste do Qui-Quadrado mostrou que a diferença entre as citações efetuadas pelos moradores dos bairros estudados sobre as partes das plantas mais usadas foi estatisticamente significativa ($\chi^2=29,26$; $gl=9$; $p<0,001$).

Quanto à quantidade empregada, a maioria (69%) utiliza de uma a sete unidades de plantas, os demais utilizam um punhado como se diz popularmente. Calábria *et al.* (2008) observaram que a quantidade de doses empregadas não possui medidas padronizadas. Os achados nessa pesquisa em bairros periféricos em Boa vista (2018), corroboram os resultados de Borges, Bautista e Guilera (2008) e de Calábria *et al.* (2008).

Figura 6- Partes da planta medicinal *Bauhinia forficata L.* utilizadas e citadas pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



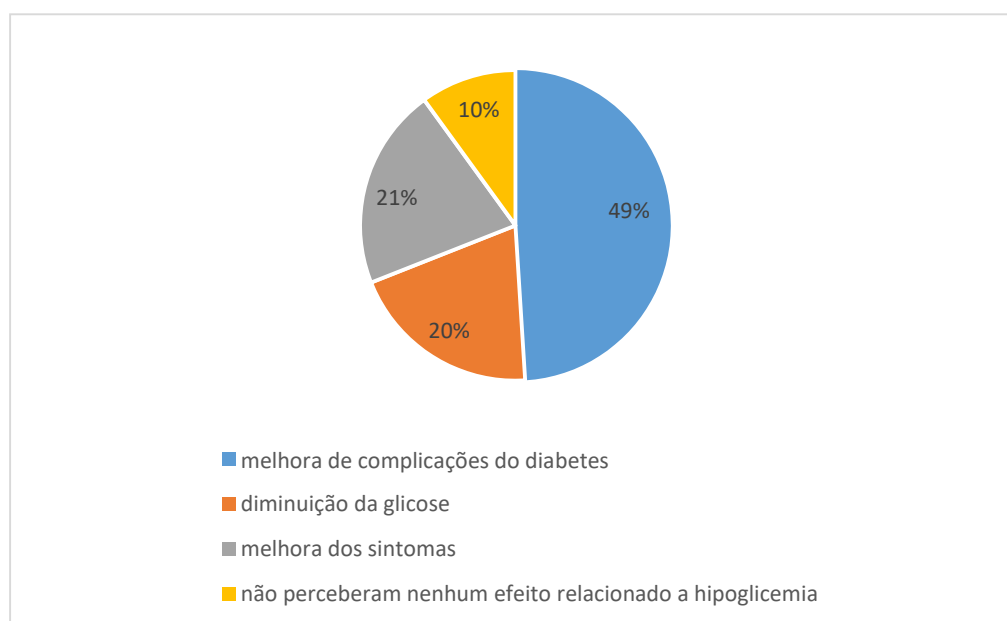
Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Os locais de armazenamento são os mais variados; potes de vidro, plástico ou barro, saco de plástico, caixa de papelão, lata, na geladeira e suspenso na churrasqueira ou pia de lavar roupa. Esses dados vão ao encontro dos resultados encontrados na pesquisa de Feijó *et al.* (2012) que investigou as plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença, em uma UBS de Pelotas-RS, na condição como terapia complementar no tratamento dos sintomas da doença

3. Caracterização dos efeitos da espécie vegetal hipoglicemiante *Bauhinia forficata* L.

Os efeitos mais comuns causados pelo uso da planta medicinal pata de vaca verdadeira relatados pelos participantes da pesquisa de Boa Vista/ RR foram: a melhora de complicações do diabetes (49%); a diminuição da glicose (20%, alguns responderam apenas sobre a melhora dos sintomas (21%), havendo aqueles que responderam que não perceberam nenhum efeito relacionado a hipoglicemia (10%) (Figura 7). O estudo realizado por Defani *et al.* (2012) demonstrou que a maioria dos entrevistados citou a melhora do diabetes ou diminuição da glicemia, sendo que o restante dos entrevistados mencionou que se sentiram bem ou não perceberam mudanças.

Figura 7- Efeitos mais comuns relacionados ao uso da planta medicinal pata de vaca citados pelos participantes da pesquisa que são moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol.



Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Os estudos de Salvi *et al* (2016) apresentaram resultados semelhantes aos estudos supracitados: melhora de complicações do diabetes (29%) e a diminuição da glicose (43%); alguns responderam apenas sobre melhora os sintomas (22%), havendo aqueles que responderam que as plantas não apresentaram nenhum efeito (6%).

Em relação à percepção quanto aos efeitos da utilização do chá, 85% dos participantes da pesquisa mencionaram sentir alguma diferença fisiológica durante o dia. Entre estes, 65 % relataram ter percebido aumento da frequência urinária, um resultado esperado, pois, segundo Lorenzi e Matos (2008), a planta *Bauhinia forficata* L., além de possuir efeito hipoglicemiante,

também é diurética (MAFFIOLETTI *et al*, 2012). Além disso, ressalta-se o aumento da disposição citado por mais de 60% dos participantes do estudo.

Sobre os efeitos do uso da pata-de-vaca, o entrevistado (E10) relatou:

Me sinto muito bem quando tomo o chá da pata de vaca, e no dia que não tomo, sinto uma indisposição, um cansaço, então tento sempre tomar uma ou duas vezes ao dia, depende do meu tempo. E em relação a ir no banheiro para fazer xixi, falei para a minha mulher que aumentou muito, e não sei se é bom isso, mas a ACS do bairro, conversou comigo e disse que sim, mas que ficasse atento pela quantidade de vezes, porque as vezes atrapalha o meu sono a noite.

Na fala do entrevistado (E10) percebe-se a importância dos efeitos fisiológicos no usuário e na continuidade de uso dessa planta medicinal, pois a medida que se sente melhor, há um estímulo para a continuidade do uso. Outro ponto abordado refere-se à utilização com orientação de profissionais de saúde, ressaltando a relevância de mais estudos e capacitação para os que estão mais próximos da comunidade ofertando as práticas de cura.

Após a análise dos dados, 95 % relatam que desconhecem alguma contraindicação sobre o uso da planta medicinal pata de vaca, e 05% conhecem os efeitos negativos do uso de plantas medicinais. Assim relata o entrevistado 10 (E10):

Eu acho que as plantas medicinais não causam nenhum mal, pelo contrário, só causa bem, e ainda é natural, então, não tenho porque ter medo de tomar. Nunca soube de nenhuma pessoa que passou mal com a pata de vaca. Se alguém falar isso, não acredito porque é apenas uma planta. O que faz mal é tomar medicamento demais na idade que eu estou, dá muita dor de estômago, falta de apetite e ânsia de vômito.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO *Diabetes mellitus*.

1. Tempo de doença e de tratamento

Quanto ao tempo de doença e ao tempo de tratamento, observou-se prevalência de 58% na faixa de 1 a 7 anos de diagnóstico e de 59% de um a sete anos de tratamento. O estudo de Droumaguet *et al* (2006) aponta que os pacientes diabéticos apresentaram em média 10 anos de evolução da doença. O tempo de doença é uma variável relevante, visto que possui relação inversa com a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo de diagnóstico menor será a prevalência de adesão ao tratamento dos usuários e maior o risco de complicações. Esses dados foram observados nessa pesquisa dos bairros Raiar do Sol e Nova Cidade, quando ao perguntar ao entrevistado 5 (E5), que já tem 15 anos que descobriu o diagnóstico, sobre como realiza o tratamento, se tem acompanhamento médico, relatou:

Faço tratamento no posto daqui do bairro há 05 anos, mas tem meses que nem vou lá, porque é sempre a mesma coisa, só remédio isso eu já tomo, quando lembro. Não faço atividade física, pois trabalho muito e não tenho tempo. A enfermeira lá já me disse para fazer, e eu digo que sim, mas daí nem vou, acho que não mudaria meu resultado.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) demonstram que pacientes com maior tempo do diagnóstico tendem a apresentar menores taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, o que na maioria dos casos interfere no tratamento da doença. O diabetes é uma doença progressiva, e as chances de complicações crônicas, decorrentes do mau controle glicêmico, tendem a aumentar também com o tempo de doença.

De acordo com a análise dos dados, 70% dos entrevistados fazem acompanhamento médico, e 30% não fazem. Esses dados são importantes, quando relacionamos com a questão de estarem sendo orientados sobre o uso das plantas; sendo que de 70% que frequenta a unidade básica de saúde (UBS) apenas 20% conversa com o médico sobre a utilização da planta pata de vaca e o restante 80% nunca comentou a respeito. A maioria dos pacientes entrevistados (70%) utiliza medicação para o tratamento do diabetes, esse dado é relevante ao analisar que os diabéticos entrevistados fazem acompanhamento médico no posto de saúde. Os medicamentos mais citados foram Metformina® 850 mg e 500 mg, Glibenclamida® 5 mg e 4 mg, Diabnese® 500 mg, Glifage® 500 mg, Glimepirida® 2 mg, Galvos® 50 mg e insulina NPH®. Os outros 30% não utilizam medicamentos, mas alguns utilizam outras formas para cuidar da sua diabetes como: atividade física, dieta, cuidados com a alimentação e todos usam plantas medicinais para auxiliar nos efeitos da doença.

Dados semelhantes foram obtidos por Vosgerau *et al.* (2011), cujos dados apontam que a maioria dos pacientes entrevistados utilizavam medicação no tratamento do diabetes mellitus. No entanto, apenas 42% dos pacientes utilizam somente hipoglicemiantes orais, enquanto 6% fazem somente dieta, sem acompanhamento de qualquer remédio, 4% utilizam plantas medicinais obtidas em plantações próprias, em supermercados e lojas de produtos naturais, como única forma de tratamento para o diabetes, 8% aderem à dieta e medicação, outros 5% têm por opção dieta e plantas, 31% usam insulina e 4% dos entrevistados usam a insulina juntamente com o acompanhamento da dieta.

Defani *et al.* (2011) observaram que, para amenizar os efeitos da doença, os diabéticos atendidos pelo Estratégia Saúde Família (ESF) utilizavam a dieta, a medicação e as plantas medicinais. E Salvi *et. al* (2016) observou também o uso conjunto de diversas estratégias em saúde, dentre elas o uso das plantas medicinais como tratamento para a síndrome metabólica diabetes mellitus tipo II.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2000) recomenda que pacientes estáveis e com controle satisfatório devam ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada três ou quatro meses. Observou-se que a maioria dos pacientes (70%) visita o médico entre três a seis meses, resultado compatível ao fato desses pacientes serem atendidos na UBS do bairro.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados colhidos e analisados na presente pesquisa permitiram concluir que a maioria da população entrevistada nesse trabalho e com diagnóstico médico de *diabetes mellitus* II nos bairros em estudo são adeptas ao uso de plantas medicinais hipoglicemiantes. Além disso, concluiu-se também que segundo os moradores participantes não existe uma orientação ou é muito restrita em relação ao uso de plantas hipoglicemiantes aos portadores de *diabetes mellitus* tipo II por parte dos profissionais de saúde dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol. Sendo que é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a utilização que os pacientes fazem destas plantas, para que informem a população quanto às formas corretas de utilização das plantas medicinais mais comumente utilizadas e os benefícios e riscos que as mesmas podem apresentar.

Nesse sentido podemos orientar algumas terapias complementares, entre elas a fitoterapia com o uso das plantas medicinais que são eficazes no controle glicêmico. As plantas medicinais não podem atuar como única forma de medicação, mas devem agir como um bom coadjuvante no tratamento do DM. Os efeitos benéficos podem ser percebidos/comprovados nos dois bairros estudados, conforme atestam os depoimentos dos moradores. O estudo realizado acrescentou mais informações àquelas já existentes nas referências publicadas anteriormente sobre o uso de plantas medicinais no controle do *Diabetes mellitus* tipo II. Os estudos feitos com as plantas medicinais usadas, tradicionalmente, no tratamento do *diabetes mellitus*, demonstraram que em sua maioria estas possuem característica hipoglicemiante, confirmando a utilização como antidiabético nas práticas populares.

Foi possível identificar na literatura estudos que comprovam que a espécie vegetal pata de vaca tem ações anti-hiperglicemiantes e também estudos que exploraram os possíveis mecanismos envolvidos neste efeito. Foi notória a deficiência de informações, em periódicos científicos, relativas a efeitos adversos e interações medicamentosas das plantas cujo uso foi relatado pelos participantes.

O grupo em análise demonstrou conhecimento em relação à fitoterapia, bem como quanto ao potencial hipoglicemiante de algumas espécies vegetais. Não foi verificada diferença estatística significativa quanto aos efeitos percebidos pelos indivíduos da pesquisa. Segundo a

percepção dos indivíduos em estudo sobre os efeitos do fitoterápico como auxiliar no controle dos índices glicêmicos, a utilização da planta medicinal associada à alopatia convencional mostra-se uma alternativa eficaz no tratamento de indivíduos portadores de *Diabetes mellitus* tipo 2, principalmente pelo bem-estar proporcionado pelo seu uso regular, entre outros efeitos mencionados pelos entrevistados como melhora do cansaço e mais disposição para realizar as atividades do dia -a -dia.

Além disso, o presente trabalho é o primeiro a apontar o conhecimento e uso tradicional da *Bauhinia forficata* Link. como hipoglicemiante no tratamento complementar da síndrome metabólica *Diabetes mellitus* tipo 2 fazendo uma relação ao modelo de atenção à saúde que vigora nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, Boa Vista/ RR.

Sugere-se que os estudos com plantas medicinais tenham continuidade, especialmente a planta deste estudo *Bauhinia forficata* L., a qual tem demonstrado promissor potencial como auxiliar no tratamento do diabetes nos dois bairros do estudo. Fazem-se necessários, principalmente, estudos que analisem o seu uso pela comunidade, mas também seus efeitos, a dosagem e a frequência ideal de uso para que sejam observados os efeitos hipoglicemiantes.

Neste estudo foram identificados alguns problemas em relação ao uso das plantas, como a forma de preparo inadequada, a procedência e o armazenamento impróprio, podendo comprometer a qualidade, propriedades funcionais e benefícios à saúde. A prática do uso de plantas medicinais hipoglicemiante é comum entre a população nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, para tratar o problema de saúde da síndrome metabólica diabetes, mas o conhecimento sobre indicação, modo de preparo e utilização, na maioria dos casos, não se tem orientação dos profissionais de saúde que tenham tido capacitação ou algo parecido como cursos sobre plantas medicinais.

REFERÊNCIAS

ADDAMS, M. H.; LAMMON, C. A. B. **The presence of family history and the development of type 2 diabetes mellitus risk factors in rural children.** J Schnurs., v. 23, n. 5, 2007. p. 259-66.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução 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, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 21 maio 2013.

ALEXANDRE, R. F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C. M. O. **Potenciais interações entre fármacos e produtos à base de Valeriana ou alho.** Rev Bras Farmacogn., v. 18, n. 3, 2008. p. 455-463.

ALVARENGA C.F.; LIMA, K.M.N., MOLLICA, L.R.; AZEREDO, L. O., CARAVLHO, C. **Uso de Plantas Medicinais para o Tratamento do Diabetes Mellitus no Vale do Paraíba-SP.** Rev Ciên Saúde, vol. 2, n.2, 2017. p.36-44.

ALVES, E.M.; CRUZ, M.P. & MESSEDER, J.C. **Os saberes populares na utilização do boldo (*Plectranthus barbatus* Andrews-Lamiaceae) como fitoterápico nos distúrbios gástricos e hepáticos.** Revista Ciência em Tela, v.2, n.1, 2009. p. 1-7

ALVES, N. M. **Estudo farmacognóstico e da toxicidade experimental (aguda e subaguda) do Guatambu (*Aspidosperma subincanum* Mart).** Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, 2007. 66p.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.1, 2002. p.205-11.

BARBOSA, M.A. **Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

BATALHA, M.O. et al. **Plantas medicinais no Estado de São Paulo: situação atual, perspectivas e entraves ao desenvolvimento.** Florestar Estatístico, v.6, n.15, 2003. p. 2735

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos.** Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, 2008.

BERNE, R.M.; GENUTH, S.M. **Fisiologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BHUSHAN, M. S.; RAO, C. H. V.; OJHA, S. K.; VIJAYAKUMAR, M.; VERMA, A. **An analytical review of plants for anti diabetic activity with their phytoconstituent & mechanism of action.** Int J Pharm Sci Res. v. 1, n. 1, 2010. p. 29 -46.

BORGES, K.B.; BAUTISTA, H.B.; GUILERA, S. **Diabetes utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento.** Revista Eletrônica de Farmácia, v.5, n.2, 2008. p.12-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto N° 5. 813 de 22 de junho de 2006a**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decretofitoterapicos.pdf>> Acesso em: 10 nov. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, 2006. 9p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Direção de Administração e Finanças**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS, 2009. 1p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Cadernos de atenção básica, n° 36. Brasília - DF, 2013.

_____. Instituto de Pesquisa Aplicada. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476> Acesso em: 07 jan de 2018.

CALÁBRIA, L. **Levantamento etnobotânico e etnofarmacológico de plantas medicinais em Indianópolis, Minas Gerais, Brasil**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v.10, n.1, 2008. p.49-63.

CALIXTO, J.B. **Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents)**. Braz. J. Med. Biol. Res., v. 33, n. 2, 2000. p. 179- 189.

CECÍLIO, A.B. et al. **Espécies vegetais indicadas no tratamento do diabetes**. Revista Eletrônica de Farmácia, v.5, n.3, 2008. p.23-8.

CLARE-SALZLER MJ, CRAWFORD JM, KUMAR V. **The Pancreas**. In: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, eds. Basic Pathology 7^aed. Filadélfia: Editora Saunders, 2003. p.635-655.

COBAS, R. A. **The cost of type 1 diabetes: a nationwide multicentre study in Brazil**. Bull World Health Organ, v. 91, n. 6, 2013. p. 434-440.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília-DF, 1975.

DAHMER, L. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos**. Revista Contexto & Saúde, Ijuí, v. 15, n. 28, 2015. p. 41-49.

DAHMER, Letícia; OLIVEIRA, Tiago Bittencourt de; KEMPER, Carlos; SANT'ANA Amanda Pontin; MELO, Gabrielly Lunkes de; AVILA Janine Goldschmidt de. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos**. Revista contexto & saúde ijuí editora unijuí v. 15 n. 28, 2015. p. 41-49.

DEFANI, M.; BARBOSA, T.; ROSSI, S.; NASCIMENTO, R. **Utilização das plantas medicinais por diabéticos do município de Goioerê – PR**. Saúde e Pesquisa, Maringá, v.4,n.2,2011.Disponível em:<<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1871/1280>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

DEFANI, M.; OLIVEIRA, L.; FRANÇA, M. **Utilização das plantas medicinais por diabéticos integrantes do “Programa Saúde da Família” do município de Mariluz – PR**. Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 5, n. 2, maio/ ago, 2012. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2360/1683>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

DOS SANTOS, E. A. **Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana**. Rev. Esc. Enferm. São Paulo, v. 47, n. 2, 2013. p. 393-400.

DROUMAGUET, C.; BALKAU, B.; SIMON, D.; CACES, E.; TICHET, J.; CHARLES, M. A. **Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR)**. Diabetes Care, v. 29, n. 7, 2006. p. 161-925.

FEIJÓ, A.M. **Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença**. Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v. 14, n. 1, 2012. p. 50-56.

FONSECA CT, AMARAL DM, RIBEIRO, MG, BESERRA IC, GUIMARAES MM. **Insulin resistance in adolescents with Down syndrome: a cross-sectional study**. BMC Endocr Disord. v.17, 2005. p. 5-6.

FONTELA, P. C.; WINKELMANN, E. R.; BERLEZI, E. M. **Perfil de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 adscritos em estratégia de saúde da família. Relatório técnico-científico**. SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 21. Ijuí, 2013.

FRANÇA, I.S.X. **Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.61, n.2, 2008. p.201-8.

FUENTES O, ARANCIBA-AVILA P, ALARCON J. **Hypoglycemic activity of Bauhinia candicans in diabetic induced rabbits**. Fitoterapia. v. 75, n.6, 2004. p.527-32.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GODOY P. **Pâncreas Endócrino**. In: Bogliolo, L. Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

]

GRAY, A.M; FLATT, P.R. **Antihyperglycemic actions of Eucalyptus globulus (Eucalyptus) are associated with pancreatic and extra-pancreatic effects in mice**. Bioch Mol Roles of Nutrients, 1998. p. 2319-2323.

HOU, C.C.; LIN S.J.; CHENG, J.T.; HSU, F.L. **Antidiabetic dimeric guianolides and a lignan glycoside from *Lactuca indica***. J Nat Prod, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Brasil 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 20 de dez. 2017.

ISER, B. P. M. **Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in Brazilian capitals – results from a telephone survey**. PlosOne. v. 9, n. 9, 2014.

KALLUF, L. J. H. **Fitoterápica funcional: dos princípios ativos à prescrição de fitoterápicos**. São Paulo: VP, 2008. p. 304

KHALIL, N. M.; PEPATO, M. T.; BRUNETTI, I. L. **Free radical scavenging profile and myeloperoxidase inhibition of extracts from antidiabetic plants: *Bauhinia forficata* and *Cissus sicyoides***. Biol Res., v. 41, n. 2, 2008. p. 165-71.

LIENHARD, G.E.; SHOT, J.W; JAMES, D.E.; MUECKLE, M.M. **How cells absorb glucose**. Sci Amer, 1992. p 86-91.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal**. Brasília. Monografia (Especialização em Legislativo e políticas públicas) – Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2011.

LINO, C.S. **Antidiabetic activity of *Bauhinia forficata* extracts in alloxan-diabetic rats**. Biological & Pharmaceutical Bulletin, v.27, n.1, 2004. p.125-7.

LORENZI, H.; MATOS, F. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2 ed. São Paulo: Instituto Plantarum, 2008. p. 16-12.

LUCENA, R.F.P., ARAÚJO, E.L., & ALBUQUERQUE, U.P. **Does the local availability of woody Caatinga plants (Northeastern Brazil) explain their use value**. Economic Botany, 61(4), 347361. 2007

MAFFIOLETTI, N. de S. ***Bauhinia forficata* (Fabaceae) no combate ao Diabetes mellitus: aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos**. Revista Tecnologia e Ambiente, v. 18, 2012. p. 1-18.

MARLES, R.J; FARNSWORTH, N.R. **Antidiabetic plants and their active constituents. Review Phytomedicine**, 1995. p 137-89.

MARQUES, G. S. **Estado da arte de *Bauhinia forficata* (Fabaceae) como alternativa terapêutica para o tratamento do Diabetes mellitus**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 34, n. 3, 2013. p.313-320.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância à Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência– Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72 p.

_____. DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos-Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>> Acesso em: outubro 2017.

MIRANZI, S. S. C. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008. p. 672- 679.

MORAES, E A. **Avaliação do perfil glicêmico de portadores de Diabetes Mellitus tipo II em UBS que utilizam infusão de folhas de Bauhinia forficata**. Conscientiae Saúde, v. 9, n. 4, 2010. p. 569-574.

NASCIMENTO, CARLOS. **Medicina Alternativa de A a Z**. Uberlândia – Minas Gerais: Natureza, 2003.

NEGRI, G. **Diabetes melito: plantas princípios ativos naturais hipoglicemiantes**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 41, n. 2, 2005. p.121-142.

OLIVEIRA, E. R.; MENINI, N, L. **Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte - MG**. Rev Bras Plantas Med., v. 14, n. 2, 2012. p. 311-320.

OLIVEIRA, R. L. C. DE. **Uso e conhecimento das espécies lenhosas em uma comunidade indígena na savana de Roraima**. Tese (Pós-graduação em Botânica) - Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia - INPA, Manaus, 2016. 123p.

OLIVEIRA AC, ENDRINGER DC, AMORIM LA, BRANDAO MD, COELHO MM. **Effect of the extracts and fractions of Baccharis trimera and Syzygium cumini on glycaemia of diabetic and non-diabetic mice**. J Ethnopharmacol . v.28, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF: OMS, 2003.

_____. **Relatório de desenvolvimento humano**. 2008.

PAIVA, P. C. CLASSE POLYCHAETA. In: Helena Passeri Lavrado; Barbara Lage Ignacio. **Biodiversidade bentônica da região central da Zona Econômica Exclusiva Brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Museu Nacional, v. 1, 2006. p. 261-298.

PAIXÃO, J.A.; SANTOS, U.S.; CONCEIÇÃO, R.S.; NETO, J.F.A.; NETO, A.F.S. **Levantamento bibliográfico de plantas medicinais comercializadas em feiras da Bahia e suas interações medicamentosas**. Eletronical Journal of Pharmacy, 2016. p.71-81.

PEPATO MT, BAVIERA AM, VENDRAMINI RC, BRUNETTI IL. **Evaluation of toxicity after one-months treatment with Bauhinia forficata decoction in streptozotocin-induced diabetic rats**. BMC Complementary and Alternative Medicine. v.4, 2004. p.1-7.

PEPATO, M.T; KELLER, E.H.; BAVIERA, A.M.; KETTELHUT, I.C.; VENDRAMINI R.C.; BRUNETTI, I.L. **Anti-diabetic activity of Bauhinia forficata decoction in streptozotocin-diabetic rats**. J Ethnopharmacol. v.81, n.2, 2002. p.191-7.

PILLA, M. A. C.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. **Obtenção e uso das plantas medicinais no Distrito de Martin Francisco, Município de Mogi Morim, SP, Brasil.** Acta Bot. Bras, v. 20, n. 4, 2006. p. 789-802.

PINTO, L. N. **Plantas medicinais utilizadas no município de Igarapé Miri, Pará.** Tese (PósGraduação em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2008. 112p.

PRADO, I.; JACOPETTI, S. R. **Qualidade de vida na percepção dos idosos hipertensos e diabéticos de uma u.s. de Curitiba-PR.** Boletim de enfermagem; Curitiba, v. 1, n. 3, 2009. p. 33-53.

QUINLAN, M.B.; QUINLAN, R.J. **Modernization and medicinal plant knowledge in a Caribbean Horticultural Village.** Medical Anthropology Quarterly 21(2): 169-192. 2007.

RAMALHO, A.C.R. **Insulina e hipoglicemiantes orais.** In: Silva P. Farmacologia. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998. p 746-8.

REGO, A. R. F. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabético.** Campina Grande. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011.

REZENDE, H.A.; COCCO, M.I.M. **A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural.** Revista da Escola de Enfermagem, v.36, n.3, 2002. p.282-8.

SAID, O.; KHALIL, K.; FULDER, S.; AZAIZEH, H. **Ethnopharmacological survey of medicinal herbs in Israel, the Golan Heights and the West Bank Region.** J Ethnopharmacol, 2002. p. 251-265.

SALVI, Angelica Del Pero. **“Housing Policy in Chile. A Case Study on Two Housing Programmes for Low Income Households”**, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No 173, 2016.

SALVI, Luana Carla; BERSCH, Betina; REMPEL, Claudete; STROHSCHOEN, Andreia Aparecida Guimarães. **Mellitus sobre a utilização de plantas medicinais hipoglicemiantes** Revista contexto & saúde. IJUÍ editora UNIJUÍ. v. 16 n. 30 , 2016. p. 55-63.

SANTOS, H. G. dos; JACOMINE, P. K. T.; ANJOS, L. H. C. dos; OLIVEIRA, V. A. de; LUMBRERAS, J. F.; COELHO, M. R.; ALMEIDA, J. A. de; CUNHA, T. J. F.; OLIVEIRA, J. B. de. **Sistema brasileiro de classificação de solos.** 3. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Embrapa, 2013. 353 p.

SANTOS, M. M.; NUNES, M. G. S.; MARTINS, R. D. **Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes.** Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v. 14, n. 2, 2012. p. 327-334.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2000.

_____. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. 168p. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_0_2007.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018.

SILVA, K.L. da; CECHINEL FILHO, V. **Plantas do gênero Bauhinia: composição química e potencial farmacológico.** Quimica Nova, Itajaí, v. 25, n. 3, 2002. p. 449-454.

SILVA, M. A. B.; MELO, L. V. L.; RIBEIRO, R. V.; SOUZA, J. P. M.; LIMA, J. C. S.; MARTINS, D. T. O.; SILVA, R. M. **Levantamento etnobotânico de plantas utilizadas como anti-hiperlipidêmicas e anorexígenas pela população de Nova Xavantina - MT, Brasil.** Rev Bras Farmacogn, v. 20, n. 4, 2010. p. 549- 62.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SANTOS, M.M.; NUNES, M.G.S.; MARTINS, R.D. **Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes.** Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v.14, n.2, 2012. p. 327-334.

SWANSTON-FLATT, S.K.; DAY, C.; BAILEY, C.J.; FLATT, P.R. **Traditional plant treatments for diabetes.** Studies in normal and streptozotocin diabetic mice. Diabetologia. v.33, n.8, 1990. p. 462-4.

VIU, A. F. M.; VIU, M. A. O.; CAMPOS, L. Z. O. **Etnobotânica: uma questão de gênero?** Rev Bras de Agroecol., v. 5, n. 1, 2010. p. 138-147.

VOEKS, R.A. 2007. **Are women reservoirs of traditional plant knowledge?** Gender, ethnobotany and globalization in northeast Brazil. Singapore Journal of Tropical Geography, 28: 7–20.

VOLPATO, G.T. **Effect of Bauhinia forficata aqueous extract on the maternal-fetal outcome and oxidative stress biomarkers of streptozotocin-induced diabetic rats.** Journal of Ethnopharmacology, v.116, n.1, 2008. p. 131-7.

VOSGERAU, M. Z. S.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T.; MATSUO, T.; CARVALHO, G. S. **Consumo de medicamentos em adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família.** Ciência Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, 2011. p. 1629-38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants.** Geneva, 2003. 80p. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546271.pdf>>. Acesso em: 10 set.2017.

_____. **Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal, the Global status report WHO, non communicable diseases.** Geneva: World Health Organization, 2011.

_____. **Diabetes.** Fact sheet No 312, Novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

CAPÍTULO III PLANTAS MEDICINAIS E A FITOTERAPIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O OLHAR DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O capítulo III faz uma discussão sobre a indicação terapêutica das Plantas Mediciniais e a abordagem Fitoterápica na Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), através da visão dos gestores e dos profissionais da Saúde participantes da pesquisa que são servidores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, município de Boa Vista/ RR, abordando as principais dificuldades, possibilidades e potencialidades da inserção da Fitoterapia no SUS.

Manaus-AM

2018

RESUMO

O presente trabalho visa compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da Fitoterapia no SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, município de Boa Vista-RR. O Modelo de Atenção preconizado e seguindo as diretrizes prescritas na Estratégia Saúde da Família configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa quantitativa e qualitativa. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde (n=20) das UBS dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol. Os resultados demonstram que os profissionais percebem a importância da inserção da fitoterapia no SUS, principalmente na APS. Acreditam que seus conhecimentos não são suficientes para a correta prescrição e/ou orientação de fitoterápicos aos usuários; não tiveram em sua maioria na graduação uma disciplina ou módulo com abordagem a Fitoterapia, a maior parte percebe a fitoterapia como um tratamento coadjuvante à alopatia e veem como principal dificuldade de inserção a questão política e a falta de capacitação aos profissionais de saúde. Dos participantes da pesquisa, 90% disseram não ter tido nenhuma disciplina, módulo ou até mesmo um conteúdo que abordasse a fitoterapia nas discussões de aprendizado. Dessa forma, com profissionais qualificados e apoio das secretarias municipais e estadual é possível desenvolver projetos de Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde, assim, melhorando a qualidade de vida dos usuários e fortalecendo sua participação no controle social e na construção de um modelo de atenção à saúde de acordo com os problemas e as necessidades locais.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Modelos de Atenção à saúde. Processo saúde-doença. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The present work aims to understand the perception of Primary Health Care professionals about the insertion of Phytotherapy in SUS in the Basic Health Units (UBS) of Nova Cidade and Raiar do Sol, Boa Vista-RR. The Model of Attention advocated and following the guidelines prescribed in the Family Health Strategy constitute a "new" care model, in which practices must be guided by the determinants of the health-disease process, considering the individual in their family context, as part of groups and of socio-cultural communities and contemplating important actions in the field of Health Surveillance (VS) and Health Promotion (PS). It is a descriptive, exploratory study whose methodological references derive from the principles of quantitative and qualitative research. The study subjects were health professionals (n = 20) from two UBS (sunrise and new city). The results show that professionals perceive the importance of phytotherapy insertion in the SUS, especially in PHC. They believe that their knowledge is not sufficient for the correct prescription and / or orientation of herbal medicines to the users; most of them did not have a Phytotherapy approach or module, most of them perceive phytotherapy as an adjuvant treatment for allopathy and see the main political difficulty and lack of training for health professionals as the main difficulty of insertion. Of the participants in the research, 90% said they did not have any discipline, module or even a content that approached phytotherapy in the learning discussions. Thus, with qualified professionals and support from the municipal and state secretariats it is possible to develop Phytotherapy projects in Attention Primary Health, thus improving the quality of life of users and strengthening their participation in social control and the construction of a model of health care according to local problems and needs.

Keywords: Quality of life. Models of Health Care. Health-disease process. Unified Health System. Primary Health Care

1 INTRODUÇÃO

O emprego de plantas com o objetivo de recuperar ou manter a saúde é um fenômeno mundial, mas, no Brasil, ele tem características próprias devido à riqueza de nossa flora, a extensão de nosso território e a tradição do uso de plantas medicinais. Sendo que o momento é marcado por um amplo interesse nas terapêuticas naturais, entre as quais a Fitoterapia, tendo em vista que ela busca a cura ou a prevenção das doenças, quando usada de forma correta.

Tem sido observada, na nossa prática diária, uma crescente insatisfação da população com o medicamento sintético, ainda uma terapêutica hegemônica, nos dias atuais devido aos efeitos adversos que eles provocam, ao seu alto custo e a falta de acesso da população aos serviços de saúde. Como consequência deste crescimento, muitos usuários do sistema público e privado de saúde buscam novas terapêuticas para tratar suas doenças, entre elas a Fitoterapia, o que tem levado ao aumento do número de profissionais de saúde interessados no seu estudo e na sua prática. No Brasil, a partir da década de 80, foi enfatizado o uso de fitoterápicos no âmbito da atenção básica no sistema de saúde pública na perspectiva de melhoria dos serviços ofertados, do aumento da resolutividade e do acréscimo de diferentes abordagens terapêuticas na perspectiva de uma melhor qualidade de vida (BATISTA; VALENÇA, 2012).

A trajetória do uso de fitoterápicos e plantas medicinais no âmbito dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil foi estimulada por movimentos populares, diretrizes de várias conferências nacionais de saúde e por recomendações da Organização Mundial da Saúde. A publicação da Portaria 971, de 3 de maio de 2006, e o Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006, que regulamentam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, foram marcos decisivos para a introdução do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no sistema único de saúde (BRUNING, 2012).

A adoção dos princípios da atenção básica na organização dos sistemas de saúde é uma tendência mundial, justificada pelas evidências de que países cujos sistemas de saúde se organizam a partir desses princípios alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade mesmo em situações de grande desigualdade social (STARFIELD, 2002).

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim como diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde (PAIM, J.A. 2003).

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS)²³. Em 2012, a ESF e o papel da Atenção Básica (AB) na ordenação das redes de atenção são fortalecidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). “A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola”. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Cabe salientar que na PNAB (2012, 2017) os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes. A PNAB reafirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção (BRASIL, 2012).

A atenção primária à saúde é definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva (FACCHINI, L.A., PICCINI, R.X., TOMASI, E., THUMÉ, E., TEIXEIRA, V.A., SILVEIRA, D.S., et al., 2008). A atenção primária à saúde é a porta de entrada dos sistemas de saúde que oferece desafios especiais, pois muitos dos problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e não relacionados a doenças orgânicas específicas (LIMA A.F.B.S., FLECK M.P.A., 2011).

No Brasil, a hipertensão e a diabetes mellitus constituem as principais causas de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Suas prevalências na população urbana adulta brasileira variam de 22,3% a 43,9%, dependendo da região em questão (SCHMIDT et al., 2009). Enquadram-se nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as patologias que se instalam permanentemente, gerando necessidade de adaptação de novos hábitos de vida, tratamento e cuidado por longos períodos. A maioria das DCNTs, como é o caso da hipertensão e da diabetes mellitus, são passíveis de tratamento e controle, dependendo da aceitação dos novos hábitos de vida adotados pelo portador da patologia. A adoção da nova rotina requerida durante o tratamento pode comprometer a situação financeira, as relações sociais, de trabalho e o lazer, o que pode representar ameaça na qualidade de vida desta pessoa (RÊGO, 2011).

O termo qualidade de vida, quando ligado à saúde, se volta principalmente para a capacidade de o indivíduo viver sem doença ou superar os impasses das condições a que a doença o impôs. Isso porque é nesse ponto que os profissionais da área da saúde atuam, podendo influenciar beneficentemente aliviando dores ou o mal-estar provocado pela patologia (MINAYO;

HARTZ; BUSS, 2000). Avaliar a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos nos remete ao impacto do tratamento da patologia nas questões físicas e psicossociais do paciente provocadas pelas mudanças no estilo de vida dos portadores destas doenças crônicas. Este conhecimento permite esclarecimentos quanto à adaptação e aceitação da doença, bem como elaborar estratégias para que haja associação entre qualidade de vida e controle da patologia em questão (REGO, 2011).

Diante do exposto, esse capítulo tem como objetivo avaliar o conhecimento e as percepções dos profissionais de saúde que atendem nas UBS dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol sobre o uso e orientação de indicações terapêuticas sobre as plantas medicinais à comunidade, assim como, analisar de maneira comparativa como acontece a articulação de conhecimentos, práticas e saberes entre o que os moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol sabem das plantas medicinais e o que os profissionais de saúde das UBS indicam e orientam.

O interesse deste estudo surgiu a partir da realidade vivida pelos usuários, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente nas Unidades Básicas de Saúde, no município de Boa Vista – RR. Inicialmente, a partir de observação empírica, quando do atendimento de saúde naquela unidade de atendimento, em casos de crise hipertensiva, e diabéticos, obteve-se relatos os quais certificavam a frequente utilização de plantas medicinais, como forma de auto atenção à saúde, para o tratamento/controlar daquelas enfermidades.

As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo quali-quantitativo objetivou conhecer a percepção de gestores em saúde e profissionais da estratégia saúde da família (enfermeiros, médicos, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeuta, agente comunitário em saúde, técnico em saúde bucal) sobre a inserção da fitoterapia na Atenção Básica. Nas entrevistas, utilizou-se um questionário semiestruturado com questões relativas a dados pessoais do entrevistado, ao seu conhecimento sobre fitoterapia e a suas opiniões sobre o potencial de inserção desta na Atenção Básica.

2.1 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Boa Vista (229.454 hab.), nas Unidades Básicas em saúde (UBS) dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, localizado na zona oeste, com 5.708 habitantes e 5.863 habitantes, respectivamente (IBGE, 2010), no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

O Centro de Saúde Délio Tupinambá, localizado na rua Belo Horizonte, 178, bairro Nova Cidade, e o centro de saúde Raiar do Sol, localizado na rua das estrelas, bairro Raiar do Sol, s/ n, ambos na zona oeste de Boa Vista – RR. Nas UBS é possível marcar consultas para as áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia. Além disso, as unidades também estão preparadas para fornecer cuidados relacionados a Odontologia e Enfermagem. E contam com os Núcleos de Atenção à Saúde da família (NASF) com fisioterapeuta, psicólogo, assistente social. A UBS do Nova Cidade atende em período diferenciado até meia noite. Cada UBS conta com 35 funcionários incluído gestores, técnicos e pessoal de nível superior.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: profissionais de saúde podendo ser de nível técnico ou superior, lotados em uma das duas UBS dos bairros supracitados, acima de 18 anos, cognição preservada.

2.2 COLETA DE DADOS

Foi realizado um levantamento incluindo gestores e profissionais de saúde num total de 20 indivíduos (n=20) abordando os conhecimentos e percepções sobre a implantação da fitoterapia no SUS, mais precisamente na UBS em que trabalham. Com base nestas informações, realizou-se uma análise comparativa sobre o que os profissionais orientam e indicam e o que os moradores desses bairros fazem uso para o tratamento da *Diabetes mellitus* tipo 2.

De forma a atingir os objetivos propostos, este estudo utilizou duas estratégias metodológicas para coleta de dados, típicas da investigação com abordagem qualitativa: a observação participante e a entrevista semiestruturada. Para uma abordagem quantitativa foram realizados aplicação de questionários contendo 11 perguntas sobre as Plantas medicinais e a fitoterapia como terapia complementar no tratamento do diabetes, a implantação de uma Farmácia Viva na sua UBS e sua formação acadêmica e profissional.

O roteiro foi elaborado com perguntas abertas baseadas nas questões norteadoras/objetivos desta pesquisa, envolvendo os seguintes aspectos: (1) inserção da Fitoterapia no SUS; (2) conhecimentos suficientes para correta orientação e/ou prescrição de medicamentos fitoterápicos; (3) relação entre fitoterapia x alopatia; (4) utilização da Fitoterapia pela comunidade; (5) dificuldades e sugestões para inserção da Fitoterapia na UBS.

Para a escolha do grupo entrevistado, considerando a necessidade de aprofundamento, da abrangência e da diversidade para o processo de compreensão, buscou-se, assim como indicado em Minayo (2006, p. 197), uma amostra que refletisse a totalidade das múltiplas dimensões do objeto. Foram realizadas 10 entrevistas, com duração média de 30 minutos, o primeiro contato foi realizado nas instalações da instituição onde trabalham os entrevistados.

O registro das mesmas se deu por meio de um gravador, para facilitar a transcrição. Assim sendo, a definição da quantidade de entrevistados se deu a partir do critério da saturação, conhecimento formado em campo, após o entendimento das homogeneidades e das diferenciações internas do grupo. O ponto de saturação, ou seja, o momento em que se cessa a inclusão de entrevistados é determinado pelo pesquisador, quando se tornam recorrentes as informações das entrevistas. As informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos para a análise dos dados qualitativos foram desenvolvidos a partir da técnica de análise temática de conteúdo (MINAYO, 2006), que é uma das modalidades da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008). A análise temática se apoia na noção de tema, que pode estar relacionada a uma afirmação ou a uma alusão. O tema, termo também utilizado como unidade de registro ou unidade de significação, pode se apresentar como uma palavra-chave ou frase. De acordo com Minayo (2006, p. 316), esta técnica de tratamento de dados consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou

frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A respeito dessa técnica, a autora coloca ainda que para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. Após a transcrição das entrevistas, seu conteúdo foi organizado e categorizado, juntamente com os da pesquisa documental e das notas registradas no diário de campo.

O processo de categorização ocorreu da seguinte maneira: Para a exploração do material, após a apreensão das unidades temáticas, estas foram classificadas e reagrupadas a fim de se definirem e constituírem categorias, que, segundo Minayo (2006), são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. No caso, foram construídas duas categorias, com suas respectivas subcategorias, conforme demonstrado a seguir:

CATEGORIA 1 – Percepção dos profissionais sobre a Fitoterapia no SUS

- Inserção da Fitoterapia no SUS;
- Utilização da Fitoterapia pela comunidade;
- Dificuldades e sugestões para incremento da Fitoterapia no SUS.

CATEGORIA 2 – Qualificação dos profissionais para atuação em Fitoterapia no SUS

- Conhecimentos suficientes para orientação e/ou prescrição adequadas?;
- Desafios e perspectivas para uma Fitoterapia atuante no SUS.

Por fim, foram relacionados os dados obtidos com o referencial teórico adotado, no sentido de se apreender a percepção dos sujeitos da pesquisa frente à fitoterapia no SUS.

Os dados quantitativos foram organizados em um banco de dados desenvolvido para o projeto, em Excel 2010® (Microsoft), e foram analisados com a utilização do programa SPSS-Statistical Package for the Social Sciences® – para ambiente Windows, versão 24.0. Os dados foram analisados tanto em dados absolutos quanto em termos percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas. Para as variáveis numéricas, foi feito o cálculo da média e do desvio padrão; também foram apresentados os valores mínimo e máximo. Os resultados encontrados foram analisados sob a estrutura de análise descritiva, sendo a distribuição de frequência apresentada em tabelas.

As plantas medicinais relatadas nessa pesquisa foram associadas aos nomes científicos mais prevalentes relatados na literatura (LORENZI E SOUZA, 2014), considerando-se para tal classificação a denominação popular associada ao uso como agente hipoglicemiante. Os dados foram plotados e analisados no programa estatístico através da distribuição em médias e proporções e comparação entre médias através dos testes T de Student, e comparação entre proporções realizadas por teste do Qui-quadrado (X^2).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de vinte profissionais de saúde nas duas UBS dentre eles, enfermeiros, médicos, técnica em enfermagem, psicólogo, farmacêutico/ bioquímico, ACS, participaram da pesquisa sendo que os itens pesquisados foram a formação profissional, o nível de especialização, qual tipo de vínculo com a Unidade Básica de Saúde, regime de trabalho, tempo de trabalho na UBS, se houve formação na graduação ou pós-graduação sobre plantas medicinais e fitoterápicos, como foi o acesso aos conhecimentos sobre fitoterapia, quantos profissionais de saúde estão envolvidos no atendimento à população, entre outros itens.

Do total dos entrevistados 60% eram mulheres (n=12) e 40% eram homens (n= 8). E em relação as categorias etárias foram divididas em 02: a primeira compreendendo até 39 anos (30%) e a outra categoria com pessoas acima de 40 anos (70%).

Dos 20 profissionais de saúde entrevistados, encontrou-se indivíduos entre 25 e 60 anos, com uma média de idade de 34,7 anos. A maioria do gênero feminino, tem acima de 6 anos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (40%) e possui outro emprego além deste (90%). A experiência média na ESF ou NASF foi 5,9 anos; com profissionais de 6 meses até 11 anos de trabalho na ESF ou NASF. A prática da fitoterapia na população estudada apresentou-se sempre relacionada ao conhecimento popular e ao costume adquirido em família, ou seja, passado de geração a geração corroborando com os registros da literatura (CAVALAZZI, 2006; ROSA et al,2011; DUNFORD, 2001; SAMPAIO et al., 2013).

No Quadro 1, pode-se observar um retrato dessa realidade onde a maioria dos profissionais de saúde já fez uso pessoal de plantas ou medicamentos fitoterápicos (80%). Segundo relato dos entrevistados, esse uso teve como fonte de informações o contato com grupos culturais compreendendo parentes, amigos, vizinhos e os próprios usuários do SUS. Em estudo semelhante realizado com médicos no estado do Rio Grande do Sul (ROSA et al., 2011; FONTENELE, 2013) trazem dados que corroboram esta realidade (77,8% de uso). Paralelamente ao grande número de profissionais de saúde que faz uso próprio de plantas medicinais e/ou fitoterápicos encontrou-se que a maioria (90%) não teve contato com a fitoterapia em sua formação acadêmica; e o restante 10% tiveram de forma bem simples em sua maioria dentro da disciplina Terapias alternativas ou Práticas integrativas e complementares. (Quadro 1). Contudo, os relatos das entrevistas ainda revelam que mesmo os que tiveram contato com a fitoterapia em sua formação acadêmica, este não se deu através de uma disciplina

específica ofertada dentro da matriz curricular de seus cursos de graduação, fato este também semelhante ao estudo de Rosa et al.2011 e Fontenele et.al., 2013.

Sobre a formação acadêmica e profissional em Fitoterapia, a diversidade de formações acadêmicas dos gestores e profissionais em saúde, traz consigo implicações também diversas em suas construções sociais, experiências, modo de pensar e refletir sobre a realidade. Dessa forma, poder-se-ia esperar nessa pesquisa em Boa Vista-RR, opiniões também diversas sobre a fitoterapia, entretanto se verificou entre os gestores entrevistados a presença marcante e difundida em toda a sociedade brasileira, assim como foi observado entre os profissionais de saúde, do hábito de usar plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos.

Dessa forma, ao consolidar os dados, 80% dos profissionais entrevistados citaram que seu conhecimento sobre fitoterapia é baseado principalmente na cultura popular, seja este isoladamente ou com interseção do conhecimento científico, havendo o reconhecimento de que seus conhecimentos específicos no assunto são limitados, precisando realmente uma capacitação ou curso.

Achados semelhantes apareceram no estudo de Bastos e Lopes (2010), em que dos 15 Enfermeiros entrevistados, quando se perguntou sobre o conhecimento formal que esses profissionais tinham sobre a Fitoterapia, teve um predomínio dos que não tinham conhecimento formal, 60%, em contraposição a 40% que afirmou ter conhecimento. Quando questionados sobre o conhecimento adquirido em relação à Fitoterapia, 20% (3 citações) afirmaram que adquiriram informações sobre essa terapia em cursos de capacitação, 6,66% (1 citação) em disciplina da graduação, 6,66 (1 citação) em seu trabalho, 6,66% (1 citação) respondeu ter adquirido esse conhecimento através de outros meios como revistas, jornais e livros, enquanto que, 60% (9 citações) referiu não ter um conhecimento formalizado sobre Fitoterapia

Na pesquisa realizada em Boa Vista/ RR (2018), sobre já terem realizado algum curso de educação permanente ou continuada sobre fitoterápicos apenas 4 dos entrevistados afirmaram possuir contato ou conhecimento da existência de normatizações envolvendo fitoterapia. Entre os contatos citados, destaca-se o relato de participações em seminários do Ministério da Saúde sobre práticas integrativas e complementares, onde foi apresentado a PNPIC, e à Portaria nº 2.982/2009 (BRASIL, 2009), e várias experiências de outras localidades. Tendo da amostra 80% disseram não ter tido contato algum e 20% relataram que sim.

Dentre os participantes (n=4) que relataram conhecer alguma política pública sobre fitoterapia, foram citadas a PNPIC, PNPMF, a Portaria nº 2.982/2009, vigente à época da pesquisa, onde há medicamentos fitoterápicos que podem ter financiamento tripartite (atualmente substituída pela Portaria 4.217/ 201014). Outros relataram ter conhecimento da

existência de tais políticas, mas não souberam descrever quais, apenas as linhas gerais de incentivo à fitoterapia pelo Ministério da Saúde. Quando perguntados se, enquanto membro da equipe de saúde, o entrevistado tinha conhecimento quanto à prática da fitoterapia pela comunidade atendida, todos de forma unânime (100%) responderam que sim (Quadro 1).

Já quanto ao costume dos entrevistados de perguntar e/ou orientar os usuários do SUS atendidos, apenas uma pequena parcela (20%) explicitou orientar de alguma forma sobre o uso de plantas no tratamento de doenças. Os demais indicaram proceder esta orientação de maneira irregular ou esporádica (Quadro 1). Houve respostas explicando o porquê de certos profissionais não perguntarem e/ou orientarem sobre a utilização da fitoterapia pelos usuários, dentre elas destacam-se: a maioria respondeu devido à falta de conhecimento técnico e medo do paciente abandonar a terapia medicamentosa convencional e agravar o estado de saúde; outros em sua minoria responderam que devido à pressa, ao tempo curto de atendimento e por não acreditar na eficácia das plantas medicinais.

Apesar do pequeno percentual de orientação e interesse sobre fitoterapia, esses poucos profissionais (n=4) justificam suas escolhas e opiniões por acreditarem na eficácia das plantas medicinais; como uma forma de esclarecer sobre os cuidados de preparação, uso racional e efeitos tóxicos que se deve ter com este recurso terapêutico e pelo fato da fitoterapia ser uma alternativa à medicalização excessiva encontrada na realidade das comunidades atendidas.

Houve também respostas de que apenas quando o usuário relata algum uso da fitoterapia que o profissional realiza alguma orientação, mesmo que superficialmente. Tal fato pode ser explicado, quando Leite e Schor (2005) afirmam que os usuários geralmente não relatam seus tratamentos caseiros para os profissionais de nível superior devido à crença indiscutível da eficácia por parte daqueles, e à percepção de que os profissionais não entendem de plantas medicinais. Nesse ponto seria importante a participação mais ativa dos profissionais de saúde em relação à discussão, capacitação e integração de práticas como a fitoterapia à Atenção Básica, numa relação dialética entre o conhecimento popular e o científico.

Desta forma, os profissionais de saúde da ESF e NASF entrevistados têm pouco conhecimento da utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos pela comunidade atendida; fazem uso pessoal da fitoterapia e não possuem em sua maioria o hábito de orientar e perguntar sobre esta prática, mesmo que esporadicamente.

Dentre os profissionais que compõem o percentual de aceitação de um programa de fitoterapia por parte da gestão municipal (90%) existem os que acreditam na eficácia da fitoterapia, e mesmo alguns mais discretos ao incentivo desta terapia citaram que se fosse institucionalizado o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, com a devida comprovação

científica, apoio logístico e estrutural, eles incorporariam esta prática no cotidiano da ESF com apoio do NASF. As justificativas que levam a essa conjuntura de grande apoio dos profissionais de saúde da ESF e NASF são elencadas no Quadro 2. Sobre saber orientar os pacientes sobre como utilizar as plantas medicinais e os fitoterápicos, 100% disseram se sentir seguro para orientar ou prescrever desde que fossem capacitados.

Pode-se perceber, no Quadro 2, que os olhares dos profissionais de saúde em relação à fitoterapia são bem amplos, com as justificativas para sua inserção na Atenção Básica permeando a contribuição desta na melhoria das práticas em saúde no cotidiano dos serviços até uma visão mais sistêmica de contribuição na gestão da Atenção Básica. Leite e Schor (2005) e Fontenele et al., (2013) enfatizam que demonstrar conhecimentos e aceitação de costumes e crenças populares como a fitoterapia pode significar para profissionais e serviços de saúde o reconhecimento, pela comunidade atendida, de que são compatíveis com os conceitos culturais ali vigentes, principalmente quando se tem um programa institucionalizado. Isso facilita a aproximação pela oportunidade de criar um canal de comunicação com a população com a qual se pretende trabalhar, essencialmente para que suas ações atendam aos princípios e diretrizes do SUS e que produzam impacto. Assim, a partir desse paralelo e das opiniões dos profissionais de saúde mostradas, a inserção da fitoterapia na Atenção Básica pode contribuir de forma significativa para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Quadro 1. Dados referentes aos questionamentos realizados aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família entrevistados (n = 20). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018).

1-Faz ou já fez uso próprio de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos.

Sim: 80% Não: 20%

2- Algum contato com a fitoterapia em sua formação acadêmica (disciplina, conteúdo em disciplina, pósgraduação, entre outros).

Sim: 10% Não: 90%

3- Acesso ou conhecimento de alguma política pública sobre plantas medicinais e/ou fitoterápicos ou outra prática integrativa/complementar à saúde.

Sim: 20% Não: 80%

4-Conhecimento sobre o uso de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos por parte dos usuários do SUS atendidos no serviço que trabalha.

Sim: 100% Não soube informar: 0

5-Hábito em perguntar e/ou orientar os usuários do SUS atendidos sobre plantas medicinais e/ou fitoterápicos.

Sim: 20% Não: 60% Às vezes: 20%

6-Aceitação em prescrever e/ou orientar os usuários do SUS atendidos sobre plantas medicinais e/ou fitoterápicos, caso fosse implantado um Programa de Fitoterapia

Sim: 90% Não : 10%

7.O consumo de plantas medicinais está associado ao poder aquisitivo da população?

Sim 60% Não 40%

8.Seu conhecimento sobre fitoterapia é baseado em Cultura popular?

Sim 80% Não 20%

9.Já realizou algum curso sobre plantas medicinais ou fitoterápicos?

Sim 10% Não 90%

Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Quadro 2. Justificativas elencadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o apoio à inserção de forma institucionalizada da fitoterapia na Atenção Básica nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018).

1. Diminuição do custo financeiro para o sistema de saúde.
2. Instrumento de capacitação, educação continuada e permanente nessa área.
3. Boa aceitação por parte da população por ser uma prática que os moradores já utilizam
4. Apresentação de menos efeitos colaterais em relação a outras práticas e menos contraindicação.
5. Disponibilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para uso em agravos menores (sendo citadas principalmente diabetes, hipertensão, e as doenças respiratórias).

Fonte: DADOS DOS QUESTIONARIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Sobre a implantação de uso de fitoterapia e plantas medicinais nas UBS, quando questionados sobre a implantação de uso de fitoterapia e plantas medicinais nas duas Unidades Básicas da pesquisa os profissionais em sua maioria foram a favor desta medida, acreditando que isto auxilia na saúde geral da população por não apresentarem efeitos adversos especialmente quando utilizadas as plantas já conhecidas. Resultado semelhante ao encontrado por Tomazzoni et al.(2004), ao realizarem uma entrevista nas Unidades Básicas do Município de Cascavel, em que 100% dos entrevistados responderam favoravelmente sobre a possibilidade de serem prescritas plantas medicinais nas UBS em substituição aos medicamentos industrializados, descrevendo várias justificativas, tais como: acreditar que as plantas têm poder de cura; preferirem utilizar produtos naturais por terem menos efeitos colaterais, entre outras afirmações. Dutra realizou pesquisa com 220 profissionais da área de saúde que atuam em unidades básicas de Anápolis, Estado de Goiás, quando questionados sobre a posição em relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos dentro das UBS, os mesmos apresentaram postura divergente, conforme sua formação acadêmica de base. Enquanto todos os fisioterapeutas, farmacêuticos e odontólogos se posicionaram favoravelmente (100%), entre os médicos o percentual foi de apenas 17%. Entre os enfermeiros, 65% manifestaram-se favoráveis; já os técnicos de enfermagem manifestaram-se amplamente favoráveis (86%).

Resultados semelhantes foram encontrados nesse estudo em Boa Vista, em que quando questionados sobre a importância e as possibilidades para a inserção da fitoterapia na Atenção

Básica em Boa Vista/ RR, os gestores e os profissionais em saúde elencaram várias justificativas e estratégias para a referida inserção como mostra no quadro 3. Destacam-se algumas perspectivas pertinentes para ações práticas de reorientação dos serviços como a difusão da discussão nas instâncias formais como o Conselho de Saúde; a aproximação e ações conjuntas com universidades e a necessidade indiscutível de capacitação dos profissionais de saúde no tema. No quadro 4, também foram reconhecidas as principais dificuldades, estas se configurando como: a) de ordem política, em se discutir nas instâncias cabíveis, de gestão e controle social, a possibilidade e implantação de políticas públicas que envolvam a fitoterapia; b) de ordem estrutural, principalmente em agrupar atores para construir conjuntamente essa implantação e de como operacionalizar a inserção da fitoterapia no SUS em Boa Vista. Corroboram com esses resultados o estudo de Fontenele et al. (2013).

Quadro 3. Percepções dos gestores e profissionais em saúde acerca da possibilidade e importância da inserção de forma institucionalizada da fitoterapia na Atenção Básica nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018).

Importância e Possibilidades

1. Diminuição do custo financeiro para o sistema de saúde, com possibilidade de produção própria ou aquisição de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos.
2. Aproximação com a população e suas tradições de forma a oferecer orientações sobre o uso racional de plantas medicinais
3. Atendimento das necessidades da maioria das complicações de saúde presentes na Atenção Básica.
4. Alternativa à medicalização excessiva.
5. Tecnologia de fácil aplicação e efetiva.
6. Importante por ser uma prática apoiada pelo Ministério da Saúde.
7. Instrumento de reorganização da assistência à saúde através da Estratégia Saúde da Família por ser uma prática aliável as atividades já desenvolvidas.
8. Possibilidade de ações multiprofissionais e intersetoriais (de pesquisa, cultivo, manipulação, prescrição e dispensação).

Fonte: DADOS DOS QUESTIONARIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Quadro 4: Principais barreiras/ dificuldades para a implantação do Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos nas UBS Délio Tupinambá (bairro Nova Cidade) e UBS Raiar do Sol (bairro Raiar do Sol). Boa Vista (RR) (set. 2017 a fev. 2018).

1. Formação acadêmica dos profissionais de saúde deficiente em fitoterapia, isto é, sem conhecimento e muitas vezes sem interesse.
2. Agrupar atores e instituições capacitados e com interesse para construir conjuntamente a inserção da fitoterapia na Atenção Básica.

Fonte: DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APICADOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (2018).

Confirmando os achados no estudo em Boa Vista/ RR (2018), os resultados de Bastos e Lopes (2010), encontrou que quanto aos aspectos relacionados à importância de um programa de Fitoterapia para a população, segundo os Enfermeiros entrevistados, observou-se, que 33,33% (5 citações), referiu que grande parte da população tem acesso fácil às plantas medicinais e muitos deles possuem próximo à sua residência um canteiro com plantas. Em seguida, 26,67% (4 citações) dos Enfermeiros citou que o tratamento utilizando as plantas medicinais eram de grande importância para a população porque, em geral, produz menos efeitos tóxicos quando usados de maneira correta, comparados com o medicamento sintético; 20% (3 citações), afirmou que o baixo custo dos medicamentos fitoterápicos é de grande relevância, principalmente para aqueles que possuem baixo poder aquisitivo; 13,33% (2 citações) referiu ser uma prática natural que traria menos reações para quem usa; 6,67% (1 citação) relatou que o resgate de práticas populares como o uso das plantas seria mais utilizada e valorizada se essa terapêutica fosse implementada na assistência à saúde.

Já sobre o estudo sobre plantas medicinais e fitoterápicos na atenção Básica, 80% participantes gostariam de ter treinamento para prescrever, pois assim se sentiriam mais seguros. Hoje no Brasil sobre a Fitoterapia Clínica e a Prescrição de Plantas Medicinais e Fitoterápicos a legislação acontece da seguinte maneira:

A prescrição de medicamentos no Brasil é atribuição de profissionais legalmente habilitados. Historicamente o médico é o profissional habilitado para o diagnóstico e prescrição de medicamentos na medicina humana, os médicos veterinários na medicina veterinária e os cirurgiões dentistas para o uso odontológico, no entanto, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas podem realizar prescrição e/ou indicação de medicamento respeitando a legislação vigente e estarem inscritos nos respectivos Conselhos Profissionais. Dentre os

profissionais habilitados a prescrever somente os cirurgiões dentistas, farmacêuticos e nutricionistas possuem legislação específica para reconhecer e regulamentar a prescrição de fitoterápicos (CFO, 2008; CFF, 2011; CFN, 2013; BELEZA, 2016; FONTENEL et al., 2013).

Na medicina, a Fitoterapia não é considerada uma especialidade, porém é facultado ao médico realizar prescrição de fitoterápicos. Para o farmacêutico a prescrição é regulamentada pela resolução N° 546 de 21 de julho de 2011, sendo uma legislação específica, da mesma forma ocorre na nutrição, onde a resolução 525/2013 regulamenta a prática da fitoterapia na nutrição. A enfermagem é outra profissão que pode prescrever dentro das normas do exercício profissional (Lei n.º 7.498/1986), com a revogação da resolução 272/2002 o enfermeiro pode prescrever desde que façam parte da equipe multiprofissional dos programas de saúde e dentro de protocolos pré-estabelecidos (Portaria 648/GM/2006 - Política Nacional de Atenção Básica). A fisioterapia também não possui legislação específica na área da fitoterapia, desta forma sua atuação nesta área fica sujeita ao regulamento de atuação do profissional deliberado pelo Conselho de Classe e no SUS ao previsto nos protocolos dos programas de saúde) (CRUZ et al., 2012; FONTENELE et al., 2013).

A partir das informações obtidas pelos profissionais entrevistados, percebe-se que o grande desafio para a implantação seria mesmo uma questão política e de infraestrutura e para a consolidação da Fitoterapia no SUS seria a qualificação dos profissionais:

É importante a qualificação dos profissionais para terem conhecimento e conseguirem desenvolver o projeto de Fito na UBS. (E10).

O principal desafio hoje é ter profissionais capacitados e que acreditam na Fitoterapia. Só assim será possível ver a Fitoterapia em todo o país. (E8).

Nada melhor que capacitar nós profissionais para termos informações sobre as plantas medicinais, pois o resultado desta ação será uma fitoterapia forte e atuante. (E2)

As pessoas daqui do bairro acreditam e usam bastante, sempre aparecem perguntando alguma coisa (E5)

Já trabalhei com uma freira em outro centro de saúde, em que nós produzíamos junto a equipe alguns fitoterápicos, mas acabou a verba e o projeto, quando muda de gestor, muda de prioridades e enfim muda tudo (E7)

Nota-se que, após a superação desta realidade citada pelos profissionais, é possível o sucesso no desenvolvimento de projetos de Fitoterapia nas Unidades de Saúde, com conseqüente melhoria na qualidade do atendimento às demandas locais de cada comunidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São escassos os estudos direcionados, na rede de atenção básica do estado de Roraima, à integralidade e à complementaridade de ações de saúde, no que se refere ao manejo de recursos populares e tradicionais no autocuidado. Sendo o estado de Roraima, o único no Brasil ainda não possuir implantado o Programa de Farmácia Viva em nenhuma Unidade Básica de Saúde de qualquer dos 15 municípios existentes no estado.

De uma forma geral, os entrevistados aceitam a institucionalização da fitoterapia; fazem uso pessoal deste recurso terapêutico e o conhecimento popular é a forma de conhecimento predominante. A formação técnica em fitoterapia dos profissionais de saúde, bem como o conhecimento das políticas que envolvem o tema é deficiente. Os gestores demonstraram plena abertura para a discussão do assunto, elencando justificativas, estratégias e dificuldades de ordem política e estrutural. Assim, reconheceu-se em parte a importância da capilarização da discussão sobre a fitoterapia, para a ampliação das ofertas de cuidado na Atenção Básica.

Essa pesquisa visa a ampliação das opções terapêuticas aos usuários e a garantia de acesso a plantas medicinais e fitoterápicos e serviços relacionados pelo SUS. A partir da instituição do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, espera-se a incorporação eficaz no município de Boa Vista/ RR da Fitoterapia no SUS, permitindo melhoria do sistema e maior acessibilidade a esses medicamentos, garantindo assim a promoção dos princípios básicos do SUS.

São necessários mais estudos farmacológicos e clínicos articulados com o conhecimento local e capacitação dos profissionais a fim de que se comprovem ou não os efeitos das plantas utilizadas pela população diabética, proporcionando assim os benefícios desejados à saúde dos pacientes. Os resultados desse trabalho podem contribuir para incentivar a pesquisa na busca de novos compostos ativos para o tratamento do *Diabetes mellitus*, mas, para isso acontecer, são necessários maiores investimentos para estudos científicos nessa área, de maneira a levar à comprovação da eficácia dessas espécies como hipoglicemiantes, pois foram comprovados um numeroso uso por parte dos moradores locais nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol em Boa Vista/ RR.

Identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas, entre elas, a falta de interesse e credibilidade na eficácia da fitoterapia como terapia integrativa e complementar que possa promover saúde.

Várias plantas comercializadas na região para tratamento da diabetes realmente apresentam ação hipoglicemiante ou antidiabetogênica confirmada experimentalmente. No entanto, considerando os riscos de toxicidade e efeitos colaterais descritos na literatura, muito ainda precisa ser feito para validar o uso seguro destas plantas ou de produtos à base delas. Os possíveis efeitos colaterais neste caso podem ser graves porque a diabetes tem que ser tratada a longo prazo. Faz-se necessário uma pesquisa mais aprofundada em Boa Vista/ RR, uma fiscalização, um controle mais intenso e uma identificação muito mais rigorosa do material vendido em mercados populares e feiras livres.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. S. et al. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 29, n. 9, p. 1.174-1.182, 2013.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de; SILVA, Ricardo Azevedo da; TOMASI, Elaine, QUEVEDO, Luciana de Ávila. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9):1774-1782, set, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008

BARRETO, Benilson Beloti . **Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos.** 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011

BASTOS, R. A. A; LOPES, A.M. C. **A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem** The Fitotherapy in the Basic Net of Health: the Glance of the Nursing. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. V.14, n.. 2 pp.21-28 2010.

BATISTA, L. M., VALENÇA, A.M.G. **A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas** Phytotherapy in Primary Care in SUS: Realities and. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.12, n.2, 2012. pp.293-96, abr./jun.

BELEZA, Jussara Alice Macedo. **Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde: contribuição para profissionais prescritores /.** – Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União 2009; 30 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E: Legislação em Saúde. Brasília: MS; [página na internet] 2012. [acessado 2018 jul. 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Assistência à Saúde.** Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; [página na internet] 1997. [acessado 2018 fev 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação – Rio Grande do Sul. 5. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rs_5ed.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BRUNING MCR, MOSEGUI, G.B.G., VIANNA CMM. **A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde.** Cienc Saúde Coletiva.v.17, n.10. 2012. pp:2675-85.

CÂMARA, Rosa C, Câmara SG, Béria JU. **Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde.** Cien Saude Colet 2011; 16(1):311-318.

CAVALAZZI M.L. **Plantas medicinais na Atenção Primária em Saúde.** [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

CORSO, A.N., COSTA LS, FLECK, M.P.A., HELDT E. **Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde.** Rev Gaúch Enferm 2000; 30:257-62.

DAHMER, Leticia. OLIVEIRA, Tiago Bittencourt de, KEMPER, Carlos, SANT'ANA, Amanda Pontin, MELO, Gabrielly Lunkes de, AVILA, Janine Goldschmidt de. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos.** REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ v. 15 n. 28 jan. /jun. 2015 p. 41-49.

DUNFOR Eldin S, Dunford A. **Fitoterapia na atenção primária à saúde.** São Paulo: Manole; 2001.

FACCHINI, L.A., PICCINI, R.X., TOMASI, E. THUMÉ, E., TEIXEIRA, V.A., SILVEIRA, D.S. et al. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas.** Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1: S159-72.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan, 2008.

GONÇALVES, D.M., KAPCZINSKI, F. **Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad Saúde Pública 2008; 24:2043-53.

KLUTHCOVSKY, A.C., KLUTHCOVSKY, F.A. **O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática.** Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2009; 31(3 Suppl):0-0. 7.

LEITE S.N., SCHOR N. **Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde.** Saúde debate 2005; 29(69):78-85.

LIMA, A.F.B.S., FLECK, M.P.A. **Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care.** Rev Bras Psiquiatr 2011; 33:245-51.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5:7-18.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MIRANZI, S. S. C. et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008.

PAIM, J.A. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. Epidemiol e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

REGO, A. R. F. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabético.** Campina Grande. 2011. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011

SCHMIDT, M. I. et al. **Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009.

SKEVINGTON, S.M., LOTFY, M., O'CONNEL, K.A. **The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group.** Qual Life Res 2004; 13:299-310.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TOMAZZONI, M.I. **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR** [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-BREF: instructions.** http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (acessado em Set/2011).

5 CONCLUSÃO GERAL

O presente estudo sobre Conhecimento Local e Uso de Plantas Medicinais em Boa Vista/ Roraima e a inserção da Fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como um importante recurso em Saúde Pública, esboçou o perfil geral dos 110 moradores que participaram da pesquisa nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, alguns sendo usuários da rede de atenção básica do município de Boa Vista – RR; e dos 20 entre gestores e profissionais de saúde das UBS dos bairros supracitados. No que se refere às características sócio demográficas dos moradores, evidenciou-se indivíduos na faixa etária dos 40 a 59 (49%), predominância do gênero feminino (74%), com baixa escolaridade (78%), naturalidade do estado do Maranhão (20%) e de Roraima (19%).

Dentre as plantas mais citadas está a pata de vaca (20%). Comumente, a partes mais utilizadas foram as folhas (73%) e o modo de preparo, o chá (78,7%). Destacou-se ainda, o cultivo destes recursos em quintais (18%) e nos comércios locais (47,9%). Os efeitos mais comuns causados pelo uso da planta medicinal pata de vaca e relatados pelos moradores dos 02 bairros foram a melhora das complicações da diabetes (49%) e a diminuição da glicose (20%). De modo geral, a maioria das plantas indicadas para *Diabetes mellitus* tipo II estavam em concordância com a literatura.

Fica registrado, neste estudo, as cronicidades mais comuns que foram as do sistema circulatório (42,9%); dentre elas, a diabetes mellitus tipo II obteve o maior percentual. Neste aspecto, percebeu-se durante as entrevistas alta incidência de pessoas que não praticam atividade regular e nem tinham hábitos de vida saudável; e pode-se afirmar que há pouca adesão a um estilo de vida que beneficie a saúde destas pessoas diabéticas, pois, nestas circunstâncias de saúde, pressupõe-se haver riscos que podem ocasionar complicações de saúde que comprometem a qualidade de vida e exigem mais atendimentos e gastos com serviços de saúde.

A pesquisa confirmou ser o uso de plantas medicinais um método de auto atenção para o controle da diabetes, comum entre os moradores dos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol. Certificou-se que esta prática integrativa de saúde, isto é, a fitoterapia, nem sempre é devidamente informada aos profissionais de saúde que assistem à população, visto que esses profissionais possuem carências de informações a respeito deste recurso de saúde. Essa terapia já está implantada em diversos municípios e estados, mas ainda aqui em Roraima e em seus 15 municípios não tem nenhum projeto identificando interesse na sua implantação. Em 05.06.2017 iniciou um projeto piloto Farmácia Viva Modelo I na UBS do bairro Cidade Satélite.

No entanto, apesar da maior parte dos moradores não apresentar muitas dificuldades para obter os serviços de saúde básicos, foram averiguadas dificuldades para agendamento de

consulta e a falta de profissionais em especial dos ACS para o desenvolvimento das ações de saúde; mas foi constatado principalmente a falta de projetos e programas desenvolvidos e executados pelos profissionais de saúde relacionados ao uso de plantas medicinais hipoglicemiantes.

As pesquisas científicas para validação do uso de plantas são recentes e nesse trabalho pode-se perceber que nos dois bairros, Nova Cidade e Raiar do Sol, o conhecimento popular é mantido principalmente por meio da tradição oral. Por haver pouca informação comprovada sobre os efeitos benéficos e maléficos de plantas medicinais, nem sempre a população observa sua forma de utilização, e muitos que ali residem acreditam não haver problemas no uso das plantas medicinais de forma geral, e em específico, da pata de vaca, ressaltando que essa espécie vegetal só traz benefícios para a sua saúde. É importante que se conheça e discuta as práticas de saúde locais e historicamente firmadas em relação ao uso de plantas medicinais, para que, assim, possamos atuar de forma efetiva e eficaz na resolução dos reais problemas de saúde, aliando o conhecimento popular ao científico.

Certificou-se que o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos não é uma realidade nos bairros estudados e nem no município de Boa Vista. Mediante as peculiaridades que permeiam o uso de plantas medicinais dentre os moradores, usuários da atenção básica de saúde, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA uma avaliação precisa da atuação da Estratégia Saúde da Família implantado em Boa Vista – RR, e a urgente implantação do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), a fim de que seja assegurado a população terapias integrativas e complementares de saúde eficazes e seguras, que possam amenizar os efeitos das doenças, agravos ou síndromes.

A proposta de implantação da PNPMF deve partir da iniciativa de um projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista e da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, em que o Ministério de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Departamento de Vigilância Sanitária de Boa Vista possam consolidar um novo modelo de atuação na área de plantas medicinais e fitoterápicos, dando ênfase ao conhecimento etnocientífico. Nota-se que os raizeiros e curandeiros permanecem isolados, mergulhados no empirismo e na clandestinidade, sem cumprir com a legislação e as normas sanitárias vigentes, bem como sem conhecer as diretrizes aprovadas para o seu campo de atuação.

Alguns comércios de plantas medicinais em Boa Vista/ RR, não atende a normas sanitárias e isso é preocupante, pois além de criar uma situação de insegurança e de descrença em relação à prática de fitoterapia, também contribui para aumentar os riscos de interação medicamentosa. Faz-se necessário, pois, dialogar com os raizeiros, para orientá-los e redefinir

o seu papel nesse cenário de importantes mudanças, em que os saberes locais e as práticas tradicionais são de extrema relevância para o alcance da saúde.

Essa pesquisa apresenta de forma teórica e conceitual a importância dos conhecimentos locais que as populações tradicionais possuem e como estas podem auxiliar no desenvolvimento de pesquisas e na conservação dos recursos naturais, principalmente favorecendo as pessoas que residem em bairros mais periféricos e disponibilizam de poucos recursos financeiros.

Por fim, este estudo fornece subsídio para futuras investigações com a intenção de avaliar a real eficácia antidiabética da planta medicinal pata de vaca citada pelos moradores, assim como as diversas atividades que as diversas partes das plantas têm, seus possíveis efeitos tóxicos, armazenamento, indicações terapêuticas, mecanismos de ação e outros estudos *in vivo* e *in vitro*.

6 PERSPECTIVAS FUTURAS

Neste contexto, essa pesquisa em Boa Vista/ RR contribuiu ao considerar primordialmente a crescente ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, sendo perceptível o potencial para ampliação do acesso às ações e serviços com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, proporcionando o fortalecimento dos princípios da universalidade e da integralidade em saúde, expandindo o acesso da população aos benefícios dessa prática no Sistema Único de Saúde.

Como perspectivas futuras na continuação desse trabalho será realizado:

- 6.1 Propostas através de projetos para a criação de hortas medicinais nas duas UBS da pesquisa (hoje já existe um projeto piloto na UBS Aygara Mota Pereira localizado R. J, 256 - cidade satélite Boa Vista - RR 27336-550 - Cidade Satélite, Boa Vista - RR, 27336-550); (Farmácia Viva Modelo I)
- 6.2 Ampliação de novas propostas de cuidados em saúde através de uso de plantas medicinais e fitoterápicos;
- 6.3 Incentivo a uma reorganização do modelo de atenção à saúde que vigora em Boa Vista/ RR, e que passe a valorizar as necessidades da população e use a articulação etnocientífica como uma importante ferramenta de construção de políticas públicas em saúde.
- 6.4 Levantamento das plantas hipoglicemiantes comercializadas em feiras/ comércios/ mercados em Boa Vista/ RR para contrapor com as plantas cultivadas.

7 REFERÊNCIAS

- AKERELE O. **Medicinal plants and primary health care: an agenda for action**. (tradução de André A. R. de Meijer e Ceres B. Laus). Revista de Fitoterapia 1988; 59(5):355-363.
- ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.
- ALVES, N. M. **Estudo farmacognóstico e da toxicidade experimental (aguda e subaguda) do Guatambu (Aspidosperma subincanum Mart)**. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília. 2007.
- AMOROZO, M. C. M. **Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antônio do Leverger, MT, Brasil**. Acta Botânica Brasília, v.16, 2002. p. 189-204.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes mellitus**. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.1, 2008. p.205-11.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, Coleção Pesquisa Qualitativa. 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARREIRO. E.J. BOLZANI. V. S. **Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos**. Biodiversity: potential source for drug Discovery. Quím. Nova vol.32 no.3 São Paulo, 2009.
- BARRETO ML, et al. **Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs**. Lancet, 377 (9780):1877- 89, 2011.
- BECKER, H. S. **Problemas de inferência e prova na observação participante**. In: BECKER, H. S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1993a, p. 47-64.
- BOITEUX. Pablo de Almeida. **Programa mais médicos: limites e possibilidades para mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado na estratégia saúde da família**. Vitória, 2017.
- BORGES, Paula Lutiene de Castro e; BRETAS, Rose Procópio; AZEVEDO, Silvana Fernandes de; BARBOSA, Juliana Magalhães Machado. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, dez, 2008.
- BRAGANÇA. A.L.R. **Plantas medicinais antidiabéticas: uma abordagem multidisciplinar**. Niterói: EDUFF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direção de Administração e Finanças**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS. 2009. 1p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília – DF 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011, Seção 1.

BRUNING, Maria Cecília Ribeiro; MOSEGUI Gabriela Bittencourt Gonzalez; VIANNA Cid Manso de Melo. **A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde**; 2011.

CALIXTO, J.B. **Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents)**. Braz. J. Med. Biol. Res., v. 33, n. 2,2000. p. 179- 189.

CARVALHO. Fábria Ribeiro Carvalho de; LELIS Acácia Gardênia Santos. **Conhecimento tradicional saberes que transcendem o conhecimento científico**. CONPEDI/UFPB.2014.

CECÍLIO, A.B. et al. **Espécies vegetais indicadas no tratamento do diabetes**. Revista Eletrônica de Farmácia, v.5, n.3, 2008. p.23-8.

CECÍLIO, L. C. **As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Conferência nacional de saúde**. Brasília. Resumos. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. 355p.

CRUZ, P.L.B., SAMPAIO, S.F., GOMES, T.L.C.S. **O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população.** Rev APS. 2012;15(4):486-95.

CUNHA, A.P.M.A. **Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes ativos e fitoterapia.** In: CUNHA, A.P.; ROQUE, O.R.; SILVA, A.P. Plantas e produtos vegetais em fitoterapia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003. Disponível em: <http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf>. Acesso em: 17 out.2017.

CUNHA. A. P. M.A. **Plantas e produtos vegetais em cosmética e dermatologia.** 2ª ed. - Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Serviço de Educação e Bolsas, 2008. p. a 2 colns: il. ; 26 cm. - Bibliografia, p. 303-308.

CUNHA, M. C. da. **Populações tradicionais e a Convenção da Diversidade Biológica.** Estudos Avançados 13 (36), 1999.

DI STASI, L.C.(org.) **Plantas Medicinais: Arte e Ciência.** Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo. Ed. UNESP, 1996. 230 p.

DIEGUES, A. C.; ARRUDA, R., S.V. (Orgs.). **Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil.** Brasília: Ministério do Meio Ambiente; São Paulo: USP, 2001.

DONNANGELO M.C.F. **A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70.** In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983. p.17-35.

DOYLE, J.J & LUCKOW, M. 2003. The rest of the iceberg- Legume diversity and evolution in a phylogenetic context. *Plant Physiology*, 131: 900-910.

DOURADO, H.V. **Doenças tropicais: uma abordagem amazônica.** In: VAL, A.L.; SANTOS, G.M. GEA: Grupo de Estudos Estratégicos Amazônicos. Editora do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, Manaus, Amazonas,2009. p. 115-147.

ELDIN S.; DUNFORD A. **Fitoterapia na atenção primária a saúde.** São Paulo: Manole; 2001.

ENGEL, I. C.; FERREIRA, R.A., 2008. Controle de qualidade de drogas vegetais a base de *Bauhinia forficata* Link (Fabaceae). *Rev. Bras. Farm.*, 18 (2), 258-264

FUENTES, O.; ARANCIBIA-AVILA P.; ALARCON J. **Hypoglycemic activity of *Bauhinia candicans* in diabetic induced rabbits.** *Fitoterapia*, v.75, n.6, 2004. p.527-32.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, Coleção Pesquisa Qualitativa. 2009.

GOUVEIA, Maria Teresa de J. [et all]. **O destino das espécies: como e porque estamos perdendo a biodiversidade.** Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

GREENWOOD, E. **Metodologia de la investigacion Social.** Buenos Aires: Editora Paidós,1973.

GURVITCH, Georges. **Determinismo social e liberdade humana.** Rio de Janeiro: Forense, 1955.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1987.

HAYER, N. J. Desenvolvimento, purificação e caracterização de IgG anti lectina de folha de Bauhinia monandra. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2000.

HUFFORD DJ. **Folk medicine and health culture in contemporary society.** Prim Care 1997; 24 (4):723- 741.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** Brasil 2010. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 20 de dez. 2017.

JOHARCHI M.R; AMIRI M.S. **Taxonomic evaluation of misidentification of crude herbal drugs marketed in Iran.** Avicenna J of Phytomed. 2012. p 105–112.

JOHNSON, J. M. In-depth interview. In: GUBRIUM, J. F.; HOLSTEIN, J. A. (Ed.). **Handbook of interview research: context and method.** Thousand Oaks, California: SAGE, 2001, p. 103-119.

LEITE SN. **Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

LEWIS, G., SCHRIRE, B., MACKINDER, B. & LOCK, M. **Legumes of the world.** Kew: Royal Botanic Gardens. 2005, 577p.

LEGARD, R., Keegan, J. and Ward, K. (2003) In-depth Interviews. In: Richie, J. and Lewis, J., Eds., **Qualitative Research Practice**, Sage, London, 2003. p 139-168.

LINO, C.S. **Antidiabetic activity of Bauhinia forficata extracts in alloxan-diabetic rats.** Biological & Pharmaceutical Bulletin, v.27, n.1, 2004. p.125-7.

MALINOWSKI, B. K. **Argonautas do Pacífico Ocidental:** um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 2. ed. São Paulo: Abril-Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface: comunic., saúde, educ., Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. Cienc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012. p. 621-626.

MORAES, Ellen Cristiane Albacete de. **Homem, cultura e sociedade cultura:** um conceito antropológico. Conteúdo Jurídico, Brasília, DF, nov. 2011.

MOREIRA, M.R.; FERNANDES, F.M.B. **Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [2],2013. p. 511-529.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Assistência Farmacêutica. Distrito Federal, 2006. 60 p.

NASCIMENTO, G. C. C. do. **O conhecimento local e suas contribuições para a conservação.**

Educação ambiental em ação n. 59, Ano XV. Março-Maio/2017.

NODA, S. M. R. **Na terra como na água:** organização e conservação de recursos naturais terrestres e aquáticos em uma comunidade da Amazônia brasileira. Tese (Doutorado) – IB/UFMT, Cuiabá, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças:** manual de lesões e causas de óbito; 9ª rev., 1975. São Paulo, Centro Brasileiro Classificação Doenças em Português, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília, 2003.

PAIM, J.S. **Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva.** In: ABRASCO, Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982. p.3-1982.

PAIM, Jairnilson; FILHO, Naomar de almeida. **Saúde coletiva:** teoria e prática. Medbook, 1 ed. Rio de janeiro, 2014.

PEPATO, M.T; KELLER, E.H.; BAVIERA, A.M.; KETTELHUT, I.C.; VENDRAMINI R.C.; BRUNETTI, I.L. **Anti-diabetic activity of Bauhinia forficata decoction in streptozotocin-diabetic rats.** J Ethnopharmacol. v.81, n.2, 2002. p.191-7.

PINTO, E.P.P.; AMOROZO, M.C.M.; FURLAN, A. **Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica-Itacaré,** BA, Brasil. Acta Bot. Bras., v. 20, n. 4, 2006. p.751-762.

RAHMAN, S.Z.; SINGHAL, K.C.. **Problems in pharmacovigilance of medicinal products of herbal origin and means to minimize them.** Uppsalla Reports, v.17. January Supplement, 2002.

REZENDE, H.A.; COCCO, M.I.M. **A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural.** Revista da Escola de Enfermagem, v.36, n.3,2002. p.282-8.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho:** evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Ministério da Saúde. **Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos.** In BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2006.

SAMPAIO, L.A.; OLIVEIRA, D.R., KERNTOPF, M.R., BRITO JÚNIOR, F.E., MENEZES, I.R.A. **Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia.** REME Rev Min Enferm. 2013;17(1):76-84.

SCHIEDECK G. **Aproveitamento da biodiversidade regional de plantas bioativas para a sustentabilidade dos agricultores de base ecológica na região sul do RS.** Projeto de Pesquisa do

Macroprograma 6 – Apoio ao Desenvolvimento da Agricultura Familiar e à Sustentabilidade do Meio Rural. EMBRAPA clima Temperado. Pelotas: texto mimeografiado, 2006.

SILVEIRA, P.F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. **Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos**: uma realidade. Rev. Bras. Farmacogn, v. 18, n.4, p. 618-626, 2008.

SILVA, K.L., CECHINEL-FILHO, V., 2002. Plantas do Gênero Bauhinia: Composição Química e Potencial Farmacológico. Quim. Nova, 25(3), 449-454.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. ed., Itapevi/SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SOUZA, Gabriela Coelho de, et. al. **“Conhecimentos tradicionais: aspectos do debate brasileiro sobre a quarta dimensão da biodiversidade”**. In: Dilemas do acesso à biodiversidade e aos conhecimentos tradicionais. Direito, Política e Sociedade. Belo Horizonte: Método, 2009, p. 72.

TOBAR F.; YALOUR M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

TRAD, L. A. B. **Grupos focais**: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [online], vol.19, n.3, 2009. p.777-796.

UDRY, M. C. F. V. **Saúde e Uso da Biodiversidade**: Caminhos para a incorporação do Conhecimento Tradicional na Política de Saúde Pública. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília, 2001. Disponível em: < www.abdl.org.br/filemanager/fileview/153 > Acesso em: 03 jan.. 2018.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. **Projeto político-pedagógico da escola**: uma construção coletiva. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível. Campinas: Papirus, 2011.

VELASCO, Honorio; RADA Ángel Díaz de. **“El trabajo de campo”**. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Ed. Trotta, 1997.

VILLAS BOAS, G.K.; GADELHA, C.A.G. **Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros**: bases para a discussão de uma política nacional. Cad. Saúde Pública, v.23, n.6, 2007. p.1463-71. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600021>>. Acesso em: 23 set. 2017.

VOLPATO, G. **Ciência: da filosofia à publicação**. 6 ed. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2013.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. **Division of Mental Health**. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: WHA, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, 1998.

_____. **Draft Guidelines for Herbal ATC Classification**. Uppsala Monitoring Centre. Geneva, 2002b.

_____. **Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal, the Global status report WHO, non communicable diseases.** Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH REPORT - **reducing risks, promoting healthy life.** Geneva, World Health Organization, 2002a.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO APLICADO NOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL, PÚBLICO ALVO: MORADORES/ REFERENTE AO CAPÍTULO I.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA
AMAZÔNIA LEGAL/ REDEBIONORTE
DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO

TÍTULO: Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Eu _____, autorizo a publicação dos resultados deste questionário, sendo que a autora Kristiane Alves Araújo ficará responsável e garantirá que o mesmo não irá gerar nenhum lucro e nem prejuízo para o participante.

QUESTIONÁRIO PARA COMUNIDADE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Telefone _____ Data: _____ Idade _____

E-mail _____ Endereço _____

Ocupação: _____ Religião _____ Gênero _____

Naturalidade _____ Há quanto tempo mora no bairro? _____

Recebe auxílio? _____ Qual a renda bruta (média) da família? _____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

01) Sabe o que é planta medicinal? Sim () Não ()

02) Você cultiva plantas medicinais em casa? Sim () Não ()

03) Quantas pessoas moram na residência? _____

04) Você já utilizou ou utiliza () Plantas Mediciniais: Sim () Não

05) Com que frequência: _____

06) Onde você adquire as plantas medicinais que usa? _____

07) Para qual finalidade você utiliza as Plantas Mediciniais _____

08) Para você, quem mais utiliza Plantas Mediciniais aqui no bairro _____

09) Quem orientou ou apresentou a você o uso das Plantas Medicinais?

10) Quais as plantas mais utilizadas para a cura de enfermidades?

DOENÇAS	PLANTAS	PARTES DA PLANTA

11) Como obteve a informação de plantas medicinais? () livros/revistas () geração para geração () conversa com outras pessoas () outros Qual?

12) Com que frequência utiliza o posto de saúde do bairro? _____

13) Possui alguma doença? Sim () Não () Quais? _____

14) Em sua opinião, as plantas medicinais fazem bem?: Sim () Não ()

15) As plantas medicinais podem ajudar no tratamento convencional? Sim () Não ()

16) Por que você usa plantas medicinais? () porque acredito que as plantas medicinais podem me curar () para diminuir os sintomas da doença () para auxiliar no tratamento convencional de alguma doença () outro: _____

17) Quando adoecer procura primeiramente quem? _____

18) Você se informa sobre a planta medicinal com um profissional de saúde antes de usá-la? () sim () não

19) Já teve alguma doença relacionada a qualidade da água que utiliza em sua residência? () sim () não

20) Já teve alguma doença relacionada ao lixo ou esgoto da sua residência? () sim () não

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO APLICADO NOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL, PÚBLICO ALVO: MORADORES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2./ REFERENTE AO CAPÍTULO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA
AMAZÔNIA LEGAL/ REDEBIONORTE
DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO**

TÍTULO: Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Eu _____, autorizo a publicação dos resultados deste questionário, sendo que a autora Kristiane Alves Araújo ficará responsável e garantirá que o mesmo não irá gerar nenhum lucro e nem prejuízo para o participante.

QUESTIONÁRIO PARA MORADORES PORTADORES DE DIABETESMELLITUS TIPO II

IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ Nome: _____

Telefone _____ E-mail _____

Endereço _____ Idade: _____

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Religião _____ Gênero _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo () tem um companheiro ()

Locais de trabalho: _____

Renda familiar _____ Escolaridade _____

1-Como adquiriu conhecimento sobre plantas medicinais hipoglicemiantes

Livros/ internet () Família/ amigos/ vizinhos ()

2- Utilizam a planta como tratamento auxiliar Sim () Não ()

3-Cite 03 plantas hipoglicemiantes/ parte utilizada/

4-Forma de utilização

Chá () Maceração/ outros ()

- 5-Quantas vezes utilizam as plantas por dia: 1x () 2x () 3x () Esporádico() 6-
 Tem efeitos? E quais? Positivo: () negativo (desconforto): ()
- 7- Como acontece a obtenção da planta :Quintais () Vizinhos/ Amigos () Feiras()
 Comércio local ()
- 8-Qual a parte utilizada da planta? Folha () semente ()caule () frutos () raiz ()
- 9-Cite os locais de armazenamento: potes de vidro ()saco de plástico ()lata ()geladeira () 10-
 Acredita no poder do hipoglicemiante da planta pata de vaca? Sim () Não ()
- 11-Conhece alguma contraindicação? Sim () Não ()
- 12-Cite os efeitos mais comuns:
 Melhora das complicações () Diminui a glicose ()
 Não apresenta nenhum efeito () Aumenta a frequência urinária ()
 Aumenta a disposição ()
- 13-Qual o tempo de diagnóstico
- 14-Qual o tempo de tratamento
- 15-Existe pessoas com diabetes na família? Sim () Não ()
- 16- Se sim quem?
 Pai/ mãe/ irmãos/ avós/ primos/ filhos/ sobrinhos/ tios
- 17-Tem acompanhamento médico? Sim () Não ()
- 18-Comenta com o médico sobre o uso de PM? Sim () Não ()
- 19- Utiliza medicamentos para diabetes? Quais? Sim () Não ()
 E outras formas de cuidar da diabetes? Dieta/ atividade física
- 20-Qual a periodicidade de visita ao médico

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO APLICADO NOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL, PÚBLICO ALVO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DOS BAIRROS NOVA CIDADE E RAIAR DO SOL./ REFERENTE AO CAPÍTULO III.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA
AMAZÔNIA LEGAL/ REDEBIONORTE
DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO

TÍTULO: Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Eu _____, autorizo a publicação dos resultados deste questionário, sendo que a autora Kristiane Alves Araújo ficará responsável e garantirá que o mesmo não irá gerar nenhum lucro e nem prejuízo para o participante.

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ Nome: _____

Telefone _____ E-mail _____

Endereço _____ Idade: _____

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Nome da Instituição que se formou: _____ Especialidade: _____

Instituição de ensino: Pública () Privada ()

Religião _____ Gênero _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo () tem um companheiro ()

Locais de trabalho: _____

1. Atua ou já atuou na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF)? Sim () Não ()

2. Se sim, diga se prescreve medicamentos na ESF que atua? Sim () Não ()

3. Profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre uso e as indicações de fitoterápicos? Sim () Não ()

4. Tem interesse em fazer capacitações sobre o uso e indicação terapêutica de plantas medicinais? Sim () Não ()

5. Na matriz curricular do seu curso de graduação teve a disciplina ou módulo de práticas integrativas e complementares ou terapias alternativas? Sim () Não ()

6. Já realizou algum curso sobre fitoterápicos? Sim () Não ()

7. Sabe orientar os pacientes sobre como utilizar as plantas medicinais? Sim () Não ()

8. O consumo de plantas medicinais está associado aos hábitos culturais? Sim () Não ()

09. O consumo de plantas medicinais está associado ao poder aquisitivo da população? Sim () Não ()

10. Seu conhecimento sobre fitoterapia é baseado em Cultura popular? Sim () Não ()

11. Para qual finalidade você orienta as Plantas Mediciniais: placebo () doença () outros: _____

12. Na sua opinião qual a população que mais utiliza Plantas Mediciniais? Exs: crianças, idosos, adultos _____

13. Você utilizou ou utiliza medicinalmente estas Plantas de qual forma: Chás () Garrafadas () Compressas () Pomadas () Outros _____

14. Como obteve a informação de plantas medicinais? () livros/revistas () geração para geração () conversa com outras pessoas () Universidade () outros _____

15. Normalmente você indica mais qual a parte da planta? () raiz () folha () fruto () sementes () casca () outros _____

16. Você pode confiar no poder das plantas medicinais? () sim () não Por quê? _____

17. As plantas medicinais podem ajudar no tratamento convencional? () sim () não

18. Defina Fitoterapia? _____

19. Cite espécies de plantas medicinais que você conhece e para que é utilizada.

DOENÇAS	PLANTAS	PARTES DA PLANTA

20. Cite espécies de plantas medicinais que você indica a seus pacientes (usuários ou clientes) e para que é utilizada

DOENÇAS	PLANTAS	PARTES DA PLANTA

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
 INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA AMAZÔNIA
 LEGAL/ REDEBIONORTE
 DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO**

Título do Projeto Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem o objetivo descrever e analisar o conhecimento tradicional e uso de plantas medicinais na comunidade. Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu conhecimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Está ciente de que no estudo serão realizadas aplicações de entrevistas, registro das atividades com fotografias e gravações e, que as informações produzidas na pesquisa irão compor um Banco de Dados da pesquisadora sobre o tema. O risco relacionado com sua participação é apenas o desconforto de ser entrevistado e fotografado. Os benefícios serão a contribuição com informações úteis na pesquisa sobre as plantas estudadas e na sistematização dos dados que poderão ser úteis na própria comunidade. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Endereço do pesquisador: Av. capitão Ene Garcez 2413, Aeroporto (Campus Paricarana),
 Centro de Ciências da Saúde – Curso de Medicina, CEP: 69.310.000, Boa Vista/RR – fone: 3621-3146

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. capitão Ene Garcez 2413, Aeroporto (Campus Paricarana), bloco
 da PRPPG/UFRR, CEP: 69.310.000, Boa Vista/RR – fone: 3621-3112 – e.mail:coep@ufrr.br

Impressão dactiloscópica (p/ não alfabetizados) DATA:

APÊNDICE E- CARTA DE ANUÊNCIA PARA: LÍDERES COMUNITÁRIOS ou Representantes dos Bairros Nova Cidade e Raiar do Sol; Diretores das Unidades Básicas de Saúde dos 02 bairros Nova Cidade e Raiar do Sol; Secretaria de Saúde do Município de Boa Vista/ RR (na pessoa do secretário de saúde).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA
AMAZÔNIA LEGAL/ REDEBIONORTE
DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO

CARTA DE ANUÊNCIA

Título do Projeto: Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Prezado Diretor da UBS Raiar do Sol,

A pesquisadora, Kristiane Alves Araújo, aluna da Universidade Federal de Roraima (UFRR), vem desenvolver seu projeto de pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Biodiversidade e Biotecnologia na Amazônia Legal, REDEBIONORTE, na área de Biodiversidade e Conservação, sob orientação da Prof. (a). Dr(a). Ires Paula de Andrade Mirandaeco-orientaçãodo Prof. Dr. Calvino Camargo. Oprojeto visa descrever e analisar o conhecimento local e o uso de plantas medicinais nos bairros Nova Cidade e Raiar do Sol, Boa Vista/ RR.

Este projeto envolverá moradores e alguns profissionais em saúde, onde através do formulário de entrevista e gravador serão coletadas informações sobre o conhecimento, uso e percepções sobre as plantas medicinais. Estou ciente de que no estudo serão realizadas aplicações de questionários e entrevistas semi-estruturadas, registro das atividades com fotografias e aparelhos de gravações, e que as informações produzidas na pesquisa irão compor um Banco de Dados da pesquisadora sobre o tema.

Os dados obtidos serão utilizados para fins acadêmicos e de entendimento a valorizar e conservar a biodiversidade Amazônica e divulgar o conhecimento sobre práticas integrativas e complementares em saúde (PICS). Comprometemo-nos a deixar uma cópia do trabalho concluído ao final do projeto, a fim de servir como guia informativo sobre o conhecimento e uso dessas espécies usadas pela comunidade e com a percepção dos profissionais em saúde sobre essa Política. Pesquisadores: 1. Ires Paula de Andrade Miranda, Dra. (Orientadora); 2. Calvino Camargo, Dr. (Co-orientador); 3. Kristiane Alves Araújo (Orientanda)/ Email: kristianefisioterapia@hotmail.com

Eu, _____ Diretor da UBS Raiar do Sol, Boa Vista/ RR, após ter lido e entendido as explicações sobre o projeto de pesquisa e depois de ter conversado com a responsável, Kristiane Alves Araújo, e sanado minhas dúvidas, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do projeto de pesquisa como representante legal da UBS Raiar do Sol.
 Data:...../...../.....

.....
 Assinatura

**APÊNDICE F- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MORADORES DITO
DETENTORES DO CONHECIMENTO LOCAL NOS BAIROS DA PESQUISA NOVA
CIDADE OU RAIAR DO SOL**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS – UEA
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS NA AMAZÔNIA (INPA)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIODIVERSIDADE E BIOTECNOLOGIA NA
AMAZÔNIA LEGAL/ REDEBIONORTE
DISCENTE: KRISTIANE ALVES ARAÚJO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título do Projeto: Conhecimento local e o uso de plantas medicinais em Boa Vista/RR: novas estratégias em Saúde Coletiva.

Eu _____, autorizo a publicação dos resultados desta entrevista, sendo que a autora Kristiane Alves Araújo ficará responsável e garantirá que o mesmo não irá gerar nenhum lucro e nem prejuízo para o participante.

IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ Nome: _____

Telefone _____ E-mail _____

Endereço _____ Idade: _____

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Nome da Instituição que se formou: _____ Especialidade: _____

Instituição de ensino: Pública () Privada ()

Religião _____ Gênero _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Estado civil: solteiro () casado () divorciado () viúvo () tem um companheiro ()

Locais de trabalho: _____

1.O que você entende por saúde?

2.O que entende por conhecimento local? E o que acha desse conhecimento sobre plantas medicinais?

3. Quais os principais problemas de saúde nos bairros da pesquisa?

4.Com qual finalidade faz uso das plantas medicinais? Frequencia, modo de preparo, via de administração, indicação

5.Levantamento das principais plantas medicinais usadas

6. As principais fontes de uso? E as partes? Indicação terapêutica? E cuidados , contra indicação, tanto no preparo quanto nas indicações.

7. Onde obtêm as plantas que indicam? Como ocorre o cultivo? Tem algum ritual para retirada?
8. Onde reside a eficácia ou o efeito deste atendimento que usa a fitoterapia?
9. Como ocorre a procura desses pacientes com você? Itinerários terapêuticos
10. Qual a importância da articulação dos cuidados entre o sistema oficial em saúde e as práticas locais?

APÊNDICE G- ARTIGO PUBLICADO (NOV. 2018) NA REVISTA JOURNAL OF MEDICINAL PLANTS RESEARCH ISSN: 1996-0875, REFERENTE AOS DADOS ANALISADOS DO CAPÍTULO I.

Vol. XX(XX), pp. XX-XX, XX 2018

DOI: 10.5897/JMPR

Article Number: XX

ISSN: 1996-0875

Copyright©2018

Author(s) retain the copyright of this article

<http://www.academicjournals.org/JMPR>



Journal of Medicinal Plants Research

Full Length Research Paper

Knowledge of medicinal plants used by residents in two peripheral districts of Boa Vista, Roraima, Northern Brazilian Amazon: Phytotherapy as a new strategy in collective health

Kristiane Alves Araújo^{1*}, Ires Paula de Andrade Miranda², Calvino Camargo¹ and Maxim Repetto³

¹Health Sciences Center, Federal University of Roraima (UFRR), Avenida Capitão Ene Garças, 2413-Airport, Boa Vista-Roraima, 69310-000, Brazil.

²National Institute of Research, Manaus-Amazonas, Brazil.

³Insikiran Institute of Higher Education, Brazil.

Received 24 June, 2018; Accepted 20 August, 2018

The aim of the study was to describe local knowledge about the use of medicinal plants cited by study participants, as well as to examine how phytotherapy serves as an important strategy of integrative and complementary practice in coping with health problems. The research is characterized as an exploratory study of the descriptive type. Non-probabilistic snowball sampling generated a sample of one hundred and ten participants (n = 110). The study instruments were semi-structured interviews and questionnaires. The data collected were analyzed using Microsoft Excel 2007 and summarized with descriptive statistical methods. The study informants presented knowledge of 77 species and 46 plant families, showing the rich variety of medicinal flora present in the Northern Brazilian Amazon. Among the respondents, elderly women had the most diversified knowledge. Preserving this knowledge is essential and can help in the implementation of public health policies. The results showed high richness of the medicinal flora present in Northern Brazilian Amazon.

Key words: Medicinal plants, phytotherapy, local knowledge, collective health, Brazilian Amazon

INTRODUCTION

Brazil is the most biodiverse country in the world, associated with rich ethnic and socio-cultural diversity, including valuable traditional knowledge about the use of medicinal plants (National Policy of Medicinal Plants and Phytotherapy, 2008). In addition to its recognized natural

group of indigenous peoples and traditional populations who have learned, over time, how to live in diverse environments (Amorozo, 2010). These groups (Indians, caboclos, riparians, rubber tappers, quilombolas, fishermen, small farmers and extractivists) have vast

*Corresponding author. E-mail: Kristiane.araujo@ufr.br.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

ANEXOS

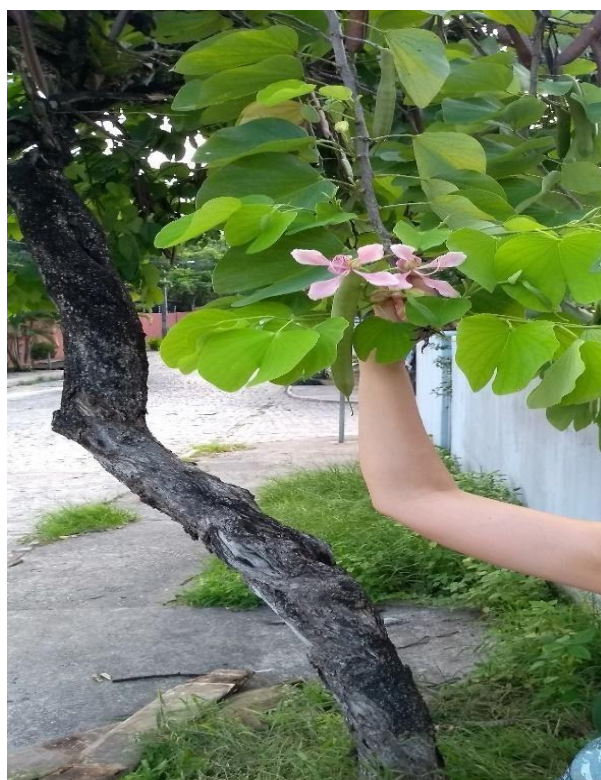
ANEXO 1: FOTOS DA ESPÉCIE VEGETAL PATA -DE -VACA (*Bauhinia forficata* L.) .

Figura 1: *Bauhinia forficata* L (folha, fruto e folha).



Fonte: PESQUISADORA (2018)

Figura 2: *Bauhinia forficata* L. (tronco, folha e flor)



Fonte: PESQUISADORA (2018)

**ANEXO 2-PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E
PESQUISA (CEP) / UFRR**