



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**NÚCLEO DE MEIO AMBIENTE - NUMA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO**  
**DOS RECURSOS NATURAIS E**  
**DESENVOLVIMENTO LOCAL – PPGEDAM**





NÚCLEO DO MEIO AMBIENTE NUMA - UFPA

**MAURÍCIA MELO MONTEIRO**

**PAPEL DAS PLANTAS MEDICINAIS NA QUESTÃO DE GÊNERO DENTRE AS**  
**MULHERES PESCADORAS - ERVEIRAS DO ESPAÇO ERVA VIDA**  
**SOSSEGO/MARUDÁ/MARAPANIM**

**BELÉM**  
**2011**



 <p>PPGEDAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DOS RECURSOS NATURAIS E DESENVOLVIMENTO LOCAL NA AMAZÔNIA</p>	<p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ</b> <b>NÚCLEO DE MEIO AMBIENTE - NUMA</b> <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO</b> <b>DOS RECURSOS NATURAIS E</b> <b>DESENVOLVIMENTO LOCAL – PPGEDAM</b></p>	 <p>NÚCLEO DO MEIO AMBIENTE NUMA - UFPA</p>
--	---	--

**MAURÍCIA MELO MONTEIRO**

**PAPEL DAS PLANTAS MEDICINAIS NA QUESTÃO DE GÊNERO DENTRE AS  
MULHERES PESCADORAS - ERVEIRAS DO ESPAÇO ERVA VIDA  
SOSSEGO/MARUDÁ/MARAPANIM**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia/PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento de Recursos Naturais.

**Orientador:** Prof.Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

**BELÉM**  
2011

---

Monteiro, Maurícia Melo

Papel das plantas medicinais na questão de gênero dentre as mulheres pescadoras - erveiras do espaço Erva Vida Sossego/ Marudá/ Marapanim / Maurícia Melo Monteiro. Orientador: Wagner Luiz Ramos Barbosa. 2011. 96 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) - Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia - PPGEDAM, Universidade Federal do Pará, Núcleo de Meio Ambiente, Belém, 2011.

1. Plantas medicinais – Marudá (PA). 2. Ervas – Uso terapêutico – Marudá (PA). 3. Etnofarmacologia – Marudá (PA). 4. Mulheres – Marudá (PA) – Condições sociais. I. Barbosa, Wagner Luiz Ramos, orientador. II. Título.

CDD 22. ed. 615.321098115

---

**MAURÍCIA MELO MONTEIRO**

**PAPEL DAS PLANTAS MEDICINAIS NA QUESTÃO DE GÊNERO DENTRE AS  
MULHERES PESCADORAS - ERVEIRAS DO ESPAÇO ERVA VIDA  
SOSSEGO/MARUDÁ/MARAPANIM**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia/PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento de Recursos Naturais.

**Orientador:** Prof.Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

Defendido em 22 / 06 / 2011

Conceito: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. WAGNER LUIZ RAMOS BARBOSA - PPGEDAM/NUMA/UFPA – Orientador  
Dr. em Ciências Naturais  
Universidade Federal do Pará

---

Prof. MARCOS VALÉRIO SANTOS DA SILVA – FF/UFPA  
Dr. em Ciências Farmacêuticas  
Universidade Federal do Pará

---

Prof. THOMAS MITSCHIEIN  
Dr. em Sociologia, história da economia e ciência política.  
Universidade Federal do Pará

Não poderia ser diferente, este trabalho é dedicado as pescadoras-erveiras do Erva Vida a quem aprendi a admirar a cada dia de convivência.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu amado Deus, Senhor dos céus e terras, Criador do Universo, entre meus grandes amores, o Maior, por mais esta benção.

Ao meu caríssimo Orientador, Professor Dr. Wagner Barbosa, sempre *Prof* e sempre Amigo, obrigada pela paciência, paciência, paciência.

A UEPA – Universidade do Estado do Pará, onde exerço meu ofício de docente, na pessoa de sua reitora Marília Brasil, por oportunizar esta conquista.

Ao meu colega-irmão Jorginho, responsável por meu envolvimento com a etnofarmácia do prof. Wagner, meu sincero agradecimento.

Ao Cláudio e a Zelma, que além de bons profissionais da secretaria do PPGEDAM, são parceiros sempre prontos a ajudar.

E a minha família querida, incluindo a Nilza e o Pulga, que soube suportar minhas ausências e meus “surtos”, com dose dupla de compreensão e amor.

## RESUMO

Trabalhar a perspectiva da implantação da opção terapêutica com plantas medicinais no Sistema Único de Saúde, na vila de Marudá, município de Marapanim no litoral nordeste do Pará, a partir da experiência em etnofarmácia e etnomedicina do grupo feminino Erva Vida, formado por mulheres que antes de serem erveiras, eram pescadoras artesanais, descortinou um universo que perpassa pelas limitações sofridas por questão de gênero, pela persistência, a despeito das limitações, de se manterem unidas, até alcançar a autonomia, que se configurou na produção e comercialização de remédios elaborados com plantas medicinais, com base no saber popular transmitido ancestralmente pela oralidade e que foi revitalizado por essas mulheres. Contando com o aval, o entusiasmo e a cooperação das pescadoras-erveiras, a experiência do Erva Vida foi trabalhada como estudo de caso, utilizando-se técnicas de levantamento qualitativo, como observação participante e rodas de conversa durante a pesquisa de campo que perdurou por 15 meses. Foi traçado um viés, que dialoga com a situação da mulher pescadora (pesca artesanal) e o saber popular sobre o uso de plantas medicinais como remédio. O referencial teórico utilizado procurou prestigiar a boa bibliografia de autores amazônidas sobre as temáticas protagonistas, onde foi possível observar que a questão de gênero na pesca artesanal incomoda e vem sendo estudada pela Academia, assim como fica transparente na leitura dos trabalhos realizados na Amazônia que o uso de plantas medicinais é um saber vivo e interligado à comunidade amazônida ribeirinha ou litorânea. A conclusão da dissertação veio ao encontro do objetivo proposto, conhecer a experiência das pescadoras-erveiras do erva-vida com as plantas medicinais, gerando informações suficientes para compor um memento fitoterápico, necessário para a inclusão da opção terapêutica com plantas medicinais no SUS de Marudá, e, em decorrência, compreender o processo emancipatório das mulheres pescadoras-erveiras advindo do saber apropriado sobre o manuseio e uso de plantas medicinais.

Palavras chaves: Pescadoras-erveiras; Etnofarmácia; Etnomedicina; Plantas medicinais; Erva Vida; Comunidade local; memento terapêutico; Saber popular; Questão de gênero.

## ABSTRACT

Work from the perspective of the deployment option of herbal therapy in the Health System in the village of Marudá, Marapanim municipality on the northeast coast of Pará, from experience in ethnopharmacy and ethnomedicine of women's group Herb Life, formed by women that before working with phytotherapeutic products were artisanal fishers, discerned a universe that pervades through the constraints imposed by the gender issue, by persistence, despite the limitations, of if remaining united until achieve autonomy, that whether configured in the production and marketing of medicines produced with medicinal plants, based on popular knowledge ancestrally transmitted by oral tradition and was revitalized by these women. With the endorsement, enthusiasm and cooperation of the herbalists-fishers, the experience of group Herb Life was worked as a case study, using qualitative survey techniques such as participant observation and chatting groups during the field research that lasted for 15 months. It was Traced a bias, that converses with the situation of fisherwoman (artisanal fishing) and the popular knowledge about use medicinal plants as medicine. Theoretical reference sought to pay tribute to the good bibliography the authors of de Amazon on the thematic protagonists, that it was possible observed that gender issue in artisanal fisheries bothers and has being studied by the Academy, therefore, as is clear in reading the work done in the Amazon that the use of medicinal plants is a learning alive and linked to riverside or coastal communities Amazonian. Conclusion of the dissertation went to meet the proposed goal know the experience of herbalists-fishers of the group herb life with medicinal plants by generating sufficient information to compose a phytotherapeutic memento, necessary for the inclusion of the medicinal plants as therapy option in the SUS of Marudá and understand the process of emancipation of women herbalists-fishers, coming from the knowledge appropriate about the handling and use of medicinal plants.

**Keywords:** Ethnopharmacy, ethnomedicine, herbalists-fisherwomen, medicinal plants, Herb Life, Local Collectivities, memento herbal medicine, folk knowledge, question of gender.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ABPM	Associação Beneficente de Marudá
AMAPEM	Associação de mulheres da área pesqueira de Marudá
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAEF	Laboratório de etnofarmácia
MS	Ministério da Saúde
NUMA	Núcleo de Meio Ambiente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPGEDAM	Programa de Pós Graduação em Recursos Naturais e Desenvolvimento Local
PSF	Programa Saúde da Família
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS.
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio as Micros e Pequenas Empresa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
UVA	Universidade do Vale do Acaraú

## LISTA DE QUADROS e TABELA

Quadro 01	Plantas encontradas na procissão das plantas	64
Quadro 02	Identificação botânica das plantas encontradas na procissão	64
Tabela 01	Relação das plantas medicinais mais citadas	68
Quadro 03	Dez plantas mais citadas nas entrevistas e as alegações de uso	69
Quadro 04	Relação e composição dos produtos mais vendidos pelo Erva Vida	70
Quadro 05	Nome popular e científico de doenças e sintomas	80
Quadro 06	Demonstrativo da morbidade em Marudá/2010	82

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01	Localização geográfica de Marudá em relação ao Pará	17
Figura 01	Participação interessada das pescadoras-erвейras	64
Figura 02	Participantes da procissão das plantas em um quintal	65
Figura 03	Coordenador do LAIF e líder do Erva Vida na procissão	66
Figura 04	Canteiro de várias ervas feito com restos de uma canoa	70
Figura 05	Algodão e pariri, entre as plantas medicinais mais citadas	73
Figura 06	Prateleiras com produtos do Erva Vida	74
Figura 07	Xaropes e expectorantes.....produtos Erva Vida	75
Figura 08	Canteiro no horto do Erva Vida	75
Figura 09	Erva Vida : o laboratório fica no 2º andar	76
Figura 10	Dona D. Rezadeira e especialista em Jucá	78

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	CARACTERÍSTICAS DO DISTRITO PESQUEIRO DE MARUDÁ	15
1.1.1	<b>Erva vida – grupo de mulheres pescadoras-erveiras</b>	23
1.1.2	<b>Etnofarmácia-etnomedicina, em perfil marudaense</b>	27
1.2	OBJETIVOS	30
<b>2</b>	<b>PLANTAS MEDICINAIS E A SAÚDE, NO BRASIL</b>	<b>31</b>
2.1	A SAÚDE NO BRASIL COLONIAL	31
2.2	A SAÚDE BRASILEIRA NO PERÍODO PÓS-REPÚBLICA	33
2.3	AS PLANTAS MEDICINAIS E SUA INSERÇÃO NO SUS	37
2.3.1	<b>Atenção primária à saúde: da OMS ao SUS</b>	38
2.3.2	<b>Contexto passado e atual</b>	40
2.3.3	<b>Uso de plantas medicinais no Brasil</b>	42
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS SOBRE PLANTAS MEDICINAIS	45
2.5	A QUESTÃO DE GÊNERO TRANSFORMANDO PESCADORAS EM ERVEIRAS	50
<b>3</b>	<b>MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>60</b>
4.1	PESCADORAS/ERVEIRAS- MUDANÇAS QUE AMADURECEM	60
4.2	AS PLANTAS MEDICINAIS NA VIDA DAS MULHERES DO ERVA VIDA	64
4.3	A ETNOMEDICINA DAS BENZEDEIRAS	76
4.4	NOMENCLATURA POPULAR – A SABEDORIA SIMPLIFICADA	80
4.5	UM PSF QUE CAMINHA AO ENCONTRO DE SEU PERFIL	82
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Por volta dos últimos anos da década de noventa, no século passado, nas visitas quinzenais ao distrito praieiro de Marudá, localizado no litoral nordeste do estado do Pará, conhecemos os passos iniciais de um grupo de mulheres pescadoras, chamado Erva Vida que às tardes, no barracão da Colônia de Pescadores local, produziam e comercializavam remédios elaborados com plantas medicinais e artesanato em tecido, para preencherem o tempo ocioso devido à escassez da pesca artesanal, uma vez que, já por essa época, o produto da pesca mostrava-se “vasqueiro”, terminologia própria da comunidade e que significa restrito. O saber cultural, herdado de seus antepassados, somado à influência recebida de uma enfermeira alemã, que trabalhara com fitoterápicos em sua comunidade religiosa, antes de radicar-se na praia de Marudá, tornou-se no decorrer dos anos a atividade principal dessas mulheres que, a despeito de se saberem agora, primordialmente erveiras, não abrem mão de serem pescadoras.

Ao atender o convite de uma delas, para participar de uma roda de conversa sobre os cuidados primários e essenciais com a saúde, observamos que estavam construindo um cenário novo de suas vidas, fruto de suas conquistas, basicamente por conta da produção de remédios com plantas medicinais.

Como médica sanitária envolvida com saúde coletiva e acompanhando, mesmo que à distância, o trabalho com plantas medicinais que as mulheres do Erva Vida realizam há quinze anos, fizemos a constatação, no decorrer desse tempo, do respeito, aceitação e uso, pela comunidade local, dos remédios produzidos a partir da flora endógena. Essa observação motivou o estudo e pesquisa voltados para o conhecimento da etnofarmácia e etnomedicina, presentes na cultura do uso das plantas medicinais como alternativa terapêutica pela comunidade abrangida pelos usuários do Erva Vida, funcione como ferramenta facilitadora, para a inclusão dessa terapêutica alternativa no SUS de Marudá, uma vez que a clientela nativa, usuária do Erva Vida, em parte, é a mesma que também é assistida na única Unidade de Saúde do SUS dessa comunidade.

A inserção das Plantas Medicinais, como opção terapêutica, na Atenção Primária, do Sistema Único de Saúde - SUS, em Marudá, a partir da experiência da

Associação Erva Vida, é um projeto de pesquisa, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia -PPGEDAM/NUMA/UFGA. Esse estudo coloca em evidência o etnoconhecimento presente na medicina popular e na fitoterapia popular praticadas em Marudá, dialoga com a dinamicidade das mulheres pescadoras e erveiras na superação de suas dificuldades de gênero e evidencia a necessidade da construção de um Memento terapêutico, capaz de contribuir na viabilização do uso de plantas medicinais no SUS/Marudá.

O uso de plantas pelo homem, remonta à Antiguidade e primeiramente aconteceu para suprir necessidades alimentares, entretanto após observação mais consistente, o humano percebeu as propriedades medicinais dos vegetais, passando a tratar com essas ervas seus males do corpo e também da alma (FIGUEIREDO, 2009).

Na porção mais antiga da Bíblia, no velho testamento, há relatos de que os caldeus e hebreus listados entre os povos mais antigos entre os habitantes da terra, já faziam uso de dietas vegetarianas buscando uma saúde equilibrada, assim como utilizavam partes de plantas, como folhas e raízes, para elaborarem chás e unguentos, na busca de cura em seus processos de adoecimento (FERNANDES, 2004).

O levantamento histórico demonstra a presença constante das plantas medicinais na aquisição da cura para as doenças dos diversos povos, tanto no mundo oriental como o ocidental, perdurando esse saber popular até os dias atuais, resguardando as diferentes significações culturais (FIGUEIREDO, 2009)

O Brasil é considerado o país que possui a maior diversidade genética vegetal e a floresta Amazônica, guarda em si um número significativo de espécies da flora, com propriedades medicinais. O uso das plantas medicinais faz parte da cultura popular das várias comunidades amazônicas, onde esse recurso da natureza é utilizado na elaboração de remédios caseiros, o que retrata um estilo de vida, um conhecimento como refere Amoroso (1996), que envolve o mundo vegetal e o homem numa interação que sempre esteve presente, provendo a manutenção e a resolução de agravos à saúde, tanto nas comunidades tradicionais como nas populares, como por exemplo, indígenas, ribeirinhos, extrativistas. Estes remotos

conhecimentos sobre plantas medicinais perduram e continuam sendo utilizados, inclusive em nossos dias (CAPES, 2010).

A comunidade tradicional referenciada foi embasada no conceito instituído pela Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (LEUZINGER,2007), que reconhece como tal, a que utiliza forma própria de organização social, ocupa e usa territórios e recursos naturais para sua reprodução e utiliza conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidas pela tradição. E comunidade local, no texto, se apropria do pensar de Diegues(1998), que a conceitua como resultante da miscigenação ocorrida no Brasil e que tem a peculiaridade de depender dos recursos naturais e de guardar relativo isolamento.

Algumas plantas medicinais são conhecidas milenarmente pela cultura popular das várias comunidades amazônicas, onde a utilização desse recurso da natureza, na elaboração de seus remédios, retrata um estilo de vida que sempre esteve presente na manutenção e resolução dos agravos à saúde das comunidades tradicionais e populares. Ressalte-se entretanto que determinadas espécies de plantas medicinais, próprias da região, têm se constituindo alvo fácil, crescente e lucrativo da biopirataria internacional (BURSZYN, 2004).

O repasse deste saber popular, no decorrer do tempo, entre as gerações, por meio da vivência e oralidade é uma prática também chamada por alguns estudiosos de, cultura das conversas (MORAES,2007:OLIVEIRA,2007).

A terminologia ETNO, utilizada no presente trabalho, origina-se do grego *ÉTHNOS* e identifica, a origem, o conhecimento tradicional inerente às raízes culturais de uma comunidade em seus aspectos de crença, valores, mitos, ritos, língua, códigos e práticas. A partir dessa identificação, são tecidos os conceitos de raça, povo, nação, classe social e comunidade, fundamentados no acervo de conhecimentos, saberes e práticas, em particular, dos chamados povos tradicionais indígenas, quilombolas e das comunidades caboclas, pescadoras e ribeirinhas (DIEGUES, 1998).

A perspectiva da introdução da terapêutica com plantas medicinais, como opção, na Atenção Primária à Saúde no SUS de Marudá, se mostra apropriado campo, para que essa comunidade local se beneficie das propriedades curativas da

flora encontrada na região, de forma institucionalizada, uma vez que já auferi deste saber, por meio do trabalho das mulheres erveiras - pescadoras do Erva Vida.

É conhecido, entretanto, que o ente público, alegando a peculiaridade da geografia física do território amazônico, muitas vezes é ausente, não dispensando sequer, adequada atenção primária à saúde dos caboclos, pescadores e ribeirinhos (OLIVEIRA, 2008).

Buscando reverter esse quadro de abandono e desassistência neste nível de assistência à saúde, o Ministério da Saúde - MS, em 1994, criou o Programa Saúde da Família - PSF, entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada, em geral a mais carente no aspecto econômico e social. A atuação desta equipe de saúde é voltada para a manutenção/promoção da saúde e prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos à saúde, mais frequentes dessa comunidade (BRASIL, 1994).

Recursos federais são injetados para que as áreas de maior vulnerabilidade social sejam assistidas pelas equipes, que possuem em sua composição preliminar, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quantidade diversificada de agentes comunitários de saúde - ACS, de conformidade com a variabilidade condicionada pela densidade demográfica.

O principal objetivo dessa estratégia é reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, onde a atenção ao usuário seja percebida a partir do seu ambiente físico e social, respeitando sua cultura e saber, visando com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1994).

A Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada do SUS, e foi definida em 1978, pela Organização Mundial de Saúde - OMS, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis a eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento



de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

O memento terapêutico ao esclarecer sobre a nomenclatura científica e popular das plantas medicinais mais utilizadas na comunidade local e o vocabulário caboclo/místico utilizado na ilha de Marudá para denominar sintomas, doenças e órgãos da anatomia humana, afóra informar qual o componente (folhas, flores, caule, raiz) onde predomina o princípio ativo da planta, a forma de utilizá-lo e para quais indicações é específico, tem como proposição, funcionar como uma ferramenta cooperadora da viabilização do uso opcional das Plantas Medicinais, no SUS de Marudá.

Os protagonistas que interagem nesta pesquisa são:

- O saber popular que envolve a etnomedicina e a etnofarmácia em torno do uso de plantas medicinais em Marudá;
- As mulheres pescadoras e erveiras do Erva Vida.

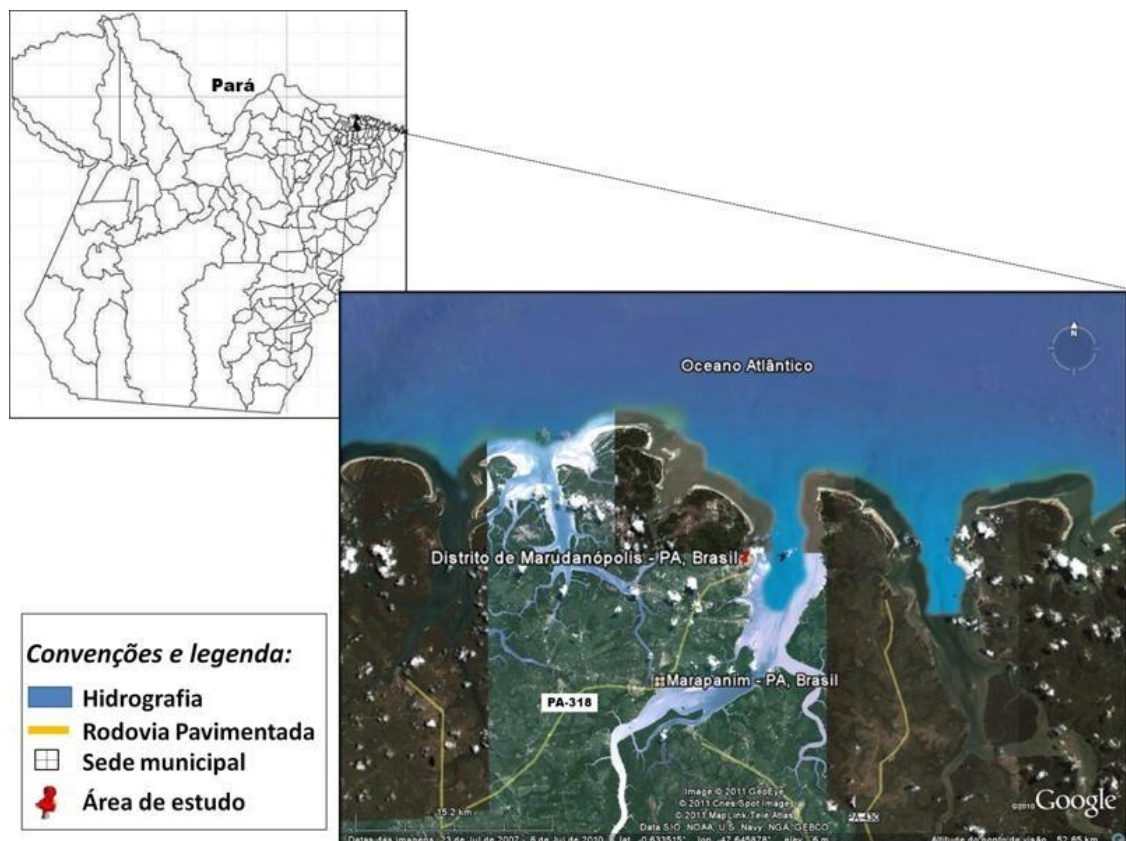
### **1.1 Características do distrito pesqueiro de Marudá/Marapanim/Pará**

A origem do município de Marapanim remonta ao final do século XVII e está relacionada com a presença dos missionários da Companhia de Jesus, na região do salgado paraense. Naquela região, os padres fundaram uma fazenda, que chamaram de Bom Intento. Com o confisco dos bens dos jesuítas em decorrência da Lei Pombalina, de 1755, a propriedade foi entregue a particulares, sendo que uma parte foi dada para a criação de uma freguesia, que ficou conhecida como Freguesia do Bom Intento, que posteriormente passou a chamar-se Marapanim, O nome Marapanim vem da língua indígena Nheengatu que, na tradução para o português, significa “borboletinha da água”, e era o nome que os índios da região davam a um rio que por ali corre, e em cujas margens encontravam-se grande número de pequenas borboletas (FURTADO, 1987)

Hoje, Marapanim, segundo a legislação de 1989, conta com quatro distritos; Marapanim, como sede municipal; Marudá; Matapiquara e Monte Alegre do Maú. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Marapanim conta com cerca de 28.000 habitantes e Marudá, seu principal distrito, excluindo a sede, do município, possui aproximadamente 2000 habitantes (IBGE, 2005)

No que se refere aos aspectos físicos e territoriais o município de Marapanim pertence à mesorregião nordeste paraense e à microrregião do Salgado, limitando ao norte com o oceano Atlântico, a leste com os municípios de Magalhães Barata e Maracanã, ao sul municípios de S. Francisco do Pará e Igarapé Açu e a oeste limita com os municípios de Curuçá e Terra Alta, A vegetação é caracterizada por capoeiras e manguezais, com porções de penetração de água oceânica. Possui bacia hidrográfica ampla e seu principal rio é o Marapanim que atravessa todo o município, banha a sede municipal e os outros distritos e se estende por outros municípios limítrofes. O clima é equatorial, apresentando temperaturas médias de 27°C., sendo amenizado pela proximidade com o Atlântico.

O livro “Currallistas e Redeiros de Marudá: Pescadores do Litoral do Pará” de Lourdes Furtado (1987) é um referencial para quem realiza estudos sobre a Vila de Marudá, por fornecer informações sobre o histórico da ocupação dessa vila praieira, o que condicionou, para que o mesmo fosse usado como parâmetro nesse tópico do presente trabalho.



Marudá é uma ilha, localizada no litoral do Município de Marapanim. Seu limite ao norte é com a Baía de Marapanim em direção ao Oceano Atlântico; a leste com a

foz do Rio Marapanim; a oeste com o Igarapé Marudá e ao sul com o Igarapé Samaúma e partes dos terrenos dos povoados de Bacuriteua, Cafezal e Recreio. Tem uma articulação estreita com aglomerados populacionais que se dispõem geograficamente no seu entorno e onde se destacam as localidades de Araticum Mirim, Recreio, Caju, Porto Alegre, Bacuriteua, Cafezal, Vista Alegre e Retiro.

Os primeiros habitantes de Marudá foram os índios Tupinambás e nas primeiras décadas do século passado, esse distrito praieiro recebeu pescadores migrantes da zona rural de Marapanim e de outras regiões do estado do Pará, em especial da região bragantina, atraídos pela pouca densidade demográfica do local e pelas boas perspectivas pesqueiras. Ainda nesse período foram arrendadas terras pertencentes à União, para empresas se instalarem no local, incrementando a comercialização da pesca e atraindo os primeiros curralistas (pescador que trabalha com a técnica artesanal de captura de peixes por meio de curral) e suas famílias, vindos de Soure. Em 1940 houve uma migração acentuada de pescadores, acirrando a disputa pela posse do produto pesqueiro pelas duas companhias de pesca (FURTADO, 1987).

No caminho trilhado pelos primeiros pescadores para escoamento do pescado para outros locais como Belém e Castanhal, iniciam as obras de construção da estrada Marapanim-Marudá em 1953. É também por essa época que surge o primeiro caminhão no local, sendo este veículo denominado de “pau-de-arara”, o qual transportava pessoas, mantimentos e outros produtos para Marudá. Estruturada a estrada Marapanim-Marudá, resultou em uma verdadeira explosão demográfica fazendo com que em 1958, a ilha de Marudá já contasse com 230 moradores, sendo a praia o espaço mais procurado, pela própria especificidade da atividade de pesca. Em 1968 com a concessão de vários lotes de terra para aos moradores próximos da praia de Marudá vítimas de um incêndio, surgiu o bairro do Sossego, lócus do presente trabalho (FURTADO, 1987).

Na década de 1970, em regime de mutirão, os moradores de Marudá, construíram a Igreja de São Pedro e o Centro Comunitário de Marudá para abrigar atividades sociais e com essa perspectiva organizacional surge o clube de mães e o de jovens, no local, sob a orientação da Igreja Católica. No setor educacional, são criadas duas escolas, a Escola Tereza Braga e a Eliofar Alves da Costa, que atendem Marudá no ensino Fundamental e Médio, respectivamente.

Na ótica da organização política dos pescadores - ofício da maioria da população - Marudá passou a ter experiências associativas voltadas aos pescadores e suas famílias com a criação da Associação Beneficente de Marudá (ABPM) e a Associação de Mulheres da Área Pesqueira de Marudá (AMAPEM), que é vista como o elemento embrionário da criação do grupo de mulheres pescadoras - erveiras do Erva Vida de acordo com suas componentes.

O advento da construção de estradas e a de venda de loteamentos de terras no local motivou o crescimento populacional e alavancou o turismo sazonal na região, porém a expansão geográfica do local se deu de forma desordenada, conforme cita Potiguar Júnior (2000).

Hoje, o acesso usual à Marudá, é via terrestre, entretanto nas décadas de 1930 e 1940, a rota marítima era a mais freqüente, aportando vários pescadores de diversas áreas, conforme informações das pescadoras do Erva Vida. A via marítima continua sendo o mais presente nas idas e vindas dos pescadores na atividade pesqueira na região.

Na organização familiar a mulher marudaense além do ofício de pescadora - na maioria das vezes como cooperadora do marido/companheiro - desenvolve ações complementares da renda familiar com a produção de remédios caseiros, a coleta de crustáceos e moluscos e a produção artesanal de carvão. Os filhos e filhas dos pescadores, dependendo da idade, quando não se dirigem para a escola, desempenham tarefas em companhia dos pais.

A construção de uma delegacia de polícia, em 1998 foi o indicativo maior do crescimento da violência em Marudá, o que é confirmado pelo aumento de usuários de drogas e da prostituição de menores de ambos os sexos, ocorrendo um destaque para a prostituição feminina que se torna visível durante a safra dos peixes típicos dessa região: gó (*Macrodon ancylodon*) e dourada (*Brachyplathystoma flavicans*), pois é neste período que os pescadores de vários locais aportam em Marudá, em busca desse lucro sazonal.

No tempo da safra da gó e da dourada, os pescadores ganham mais dinheiro, eles vêm de várias regiões e passam uma temporada aqui em Marudá e aí as meninas novinhas, muitas nem fez 15 anos, vão para o Portinho do Sossego onde eles ficam atracados nos seus barcos e lá elas se entregam por qualquer 10 real (S. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).

Os pescadores nativos têm observado que “os peixes estão indo embora de Marudá” e fazendo o diagnóstico, apontam o uso inadequado de técnicas de pesca, como a de curral, e o barulho constante do barco pô pô pô, embarcação marítima de pequeno porte que transporta turistas para a ilha de Algodal, situada em frente à Marudá, como os elementos causadores da crescente diminuição da captura de peixes na região.

Grande parte dos novos moradores de Marudá é oriunda de Belém e Castanhal, que se fixam na ilha por estarem aposentados e em busca de uma vida mais tranqüila ou por terem iniciado algum empreendimento, geralmente ligado ao turismo.

Com relação à saúde da população de Marudá, há nessa ilha desde a última década do século passado, uma Unidade Básica de Saúde, onde foi atrelado, a partir de 2004, o Programa Saúde da Família - PSF.

A equipe do PSF local é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde.

Os serviços oferecidos pelo PSF à população se constituem em atendimento com consultas médicas e de enfermagem na Unidade de Saúde, visitas domiciliares e atividades focadas na prevenção de doenças, utilizando a estratégia de palestras educativas sobre as doenças desinteriformes, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dengue, com base nos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das oito às doze horas e das quatorze às dezoito horas. Nos sábados e domingos cessam esses serviços do Programa Saúde da Família, funcionando a Unidade de Saúde como apoio para pequenos curativos e injetáveis, sob a responsabilidade de um técnico de enfermagem, sendo que os casos que necessitam de assistência médica são encaminhados para a sede do município de Marapanim, onde funciona uma Unidade Mista de Saúde.

Marudá viveu em 2004 a experiência de ser sede de um curso de nível superior, uma vez que a Universidade Vale do Acaraú (UVA), com sede em Sobral, no Ceará, instalou nessa ilha um curso de Pedagogia, que atendeu aproximadamente, quarenta alunos provenientes das várias localidades satélites à Marudá, como Vista Alegre, Camará e até da sede do Município, Marapanim. Trinta

alunos concluíram o curso, estando a maioria atuando nas escolas de seu local de origem, como ocorreu com cinco dos seis alunos, filhos de Marudá.

A religiosidade é plural em Marudá, perpassando pelo catolicismo, protestantismo e umbanda, É evidente o sincretismo religioso no local, o que fornece representatividade para as “bruxas” e “rezadeiras”, que dependendo do tipo do “sofrimento” e da “maldade” com que foi vítima o doente, “puxam”, “rezam”, aspergem banhos sobre a cabeça, ombros, braços, pernas e sexo do enfermo, garantindo a cura e o afastamento do mal (POTIGUAR JÚNIOR, 2008).

Depois da sede do município, Marudá é o local de maior densidade populacional com destaque para o crescente percentual de jovens e idosos, esses últimos resultantes, da relativa longevidade dos nativos e de aposentados que têm se fixado em Marudá.

A economia local é pulverizada entre pequenos comércios, serviços essenciais e um ainda incipiente veio turístico voltado para as belezas naturais, algumas já afetadas pelo desequilíbrio ecológico.

Porém, ainda hoje, apesar da precarização que vem sofrendo a atividade pesqueira artesanal na última década, sua principal fonte econômica é a pesca de subsistência. Os nativos de Marudá, idênticos aos de outras localidades da Zona do Salgado mostram-se estruturados como uma organização social que depende de forma decisiva dos recursos marinhos (FURTADO, 1987, COELHO - FERREIRA, 2002).

Como não são possuidores dos modernos apetrechos tecnológicos empregados na atividade pesqueira, são chamados de pescadores artesanais, (MALDONADO, 1986), mas os naturais de Marudá preferem ser tratados apenas por pescadores.

Marudá conta com serviços essenciais de energia elétrica, telefonia fixa, torre para celular e um terminal rodoviário, que funcionam com regularidade conforme referem às mulheres do Erva Vida.

Os serviços voltados à saúde, saneamento básico e à segurança, que interferem na qualidade de vida da população nativa em seu cotidiano, se encontram necessitando de implementação.

A maioria das casas, no bairro do Sossego, possui água potável encanada. Nativos ou veranistas, além da água do setor público, utilizam também poço do tipo artesiano, que é uma prática usual local.

Na única farmácia de Marudá, são comercializados fármacos alopáticos e produtos de higiene.

Há transporte coletivo intermunicipal, no percurso Marudá/Castanhal/Marudá e Marudá/Belém/Marudá, duas vezes ao dia e transporte alternativo (vans).

No bairro do Sossego, moram cerca de 200 famílias, quase que exclusivamente compostas por pescadores, que habitam em casas próprias, de pequeno porte, algumas poucas ainda feitas de madeira extraída da vegetação de restinga, o que nos últimos anos vem dando lugar para casas de madeira de lei ou alvenaria. Vive Marudá, no momento, o início de seu reconhecimento turístico, destarte começa a apresentar uma arquitetura variada nas habitações, sobressaindo-se as dos turistas/veranistas, o que denota uma diferença econômica nas condições desses atores sociais e a influência exercida sobre os nativos da ilha.

A dieta alimentar dos habitantes de Marudá é composta por peixes, caranguejos, camarão, galinhas criadas em seus quintais, enlatados e embutidos. É mais rara a presença da carne vermelha, por questões econômicas, entretanto a mesma é muito apreciada pelos nativos. Acrescentam à proteína, o feijão, o arroz, a farinha de mandioca e ingerem as frutas sazonais da região (manga, melancia, caju, murucí, são as mais abundantes), entretanto consomem poucas hortaliças e legumes.

O bairro do Sossego, onde reside à maior quantidade de pescadores de Marudá, é o lugar de concentração do presente estudo, devido à peculiaridade de ser o local onde está inserido o Espaço Erva Vida e o horto de plantas medicinais das mulheres pescadoras-erveiras, que com o declínio progressivo da pesca artesanal na região, buscaram na produção e comercialização de remédios caseiros, uma alternativa para cooperar com o sustento do lar e alcançar visibilidade em suas ações.

Vem sendo observada nas últimas duas décadas, expressiva devastação do mangue que circunda boa parte de Marudá, pelo assoreamento da maré e por parte do "homem da capital", desrespeitador do meio ambiente e que transpõe a fronteira

natural, ao estabelecer habitações (palafitas) em pleno manguezal, interferindo e alterando desordenadamente o ecossistema.

Essa postura vem influenciando nos hábitos alimentares, no equilíbrio ambiental e na economia local, concorrendo para um escasseamento progressivo de crustáceos (em especial o caranguejo) tanto para comercialização como para o consumo da população nativa, afetando o meio ambiente, como diz Giddens (1991): “Em condições de modernidade, o lugar se torna cada vez mais fantasmagórico: isto é, os locais são completamente penetrados e moldados em termos de influências sociais bem distantes dele”.

### **1.1.1 Erva Vida - grupo de mulheres pescadoras - erveiras de Marudá**

Ao traçar o histórico sintético da formação do grupo Erva Vida, percebe-se que a fundamentação de sua construção tem como um de seus pilares o declínio da produção da pesca artesanal em Marudá, iniciado há mais ou menos quinze anos, ocasião em que as mulheres dos pescadores e as mulheres pescadoras passaram então a conviver com várias problemáticas, com destaque para a falta de renda para ajudar no sustento da família, a violência crescente decorrente do alcoolismo muito prevalente entre os pescadores e a ausência de espaços de discussão dos problemas vivenciados por essas mulheres.

Visitantes de Marudá, em conversas com as mulheres pescadoras, perceberam o sofrimento a que elas estavam submetidas, o que fez despertar nessas pessoas o interesse em ajudá-las. Por sugestão de uma pessoa que já atuava com grupo de mulheres em Belém, no projeto social da Paróquia Luterana, foi pensado a realização de um encontro de mulheres de Marudá para discutir a situação e definir ações para organizá-las.

Um pequeno grupo de mulheres pescadoras se animou e passou a convidar as demais mulheres, pescadoras ou não, jovens, crianças, idosas.

Enfrentando a discordância dos maridos e companheiros, as pescadoras de Marudá, sentindo dentro de casa os malefícios que a escassez da pesca estava produzindo, que se refletia não só em uma alimentação mínima, mas também em agressividade e embriaguez contumaz do chefe da família, aceitaram o convite na expectativa de reverter à situação, buscando uma ocupação que lhes produzisse



alguma renda. Bárbara Gorayeb, enfermeira alemã, conhecedora do efeito curador das plantas medicinais e residente na comunidade de pescadores foi uma das mentoras dessa convocação.

Foi significativa a participação no evento, haja vista que mais de cem mulheres compareceram e expressaram vontade de se organizar e buscar saídas para a situação que enfrentavam.

Outros momentos se repetiram, com encontros, oficinas, cursos e gradativamente o grupo foi se estruturando com muitas idéias sobre uma vida com mais qualidade.

Os primeiros anos foram marcados por atividades diversas, entretanto, de início, um grupo se destacou na produção de remédios fitoterápicos, a partir do conhecimento que possuíam sobre plantas que curavam, saber popular que lhes fora repassado por gerações anteriores, através da oralidade (TEIXEIRA, 2006). Outro grupo partiu para a produção de artesanatos. As crianças também foram organizadas em grupo de dança e arte educação. E assim o Erva Vida se fortaleceu e passou a ser um Espaço de troca de saberes e de experiências de vida das mulheres, jovens, adolescentes e crianças.

Sem deixar de serem pescadoras, as mulheres mesclaram outra atividade, a de especialistas tradicionais, como são denominadas as pessoas que cultivam saberes culturais que fazem parte da tradição de uma determinada comunidade (OMS, 1978) e, no caso específico das mulheres do Erva Vida, a especialidade delas foi concentrada no manejo, conhecimento e produção de remédios com plantas medicinais.

Primeiramente catavam as folhas, raízes e cascas das plantas cultivadas nos quintais, e se reuniam na Colônia dos Pescadores, onde realizavam os passos seguintes à catação. Posteriormente, contando com a ajuda de amigos europeus, edificaram uma casa, onde foi montado um laboratório com condições de trabalho que permite realizar boas práticas farmacêuticas, com segurança e eficácia.

Em seguida, aprenderam que o princípio ativo das plantas sofria influência do solo, iniciaram o cultivo de um horto, onde são encontradas diversas espécies de plantas medicinais entre as utilizadas para fabricar as garrafadas, xaropes, pomadas e tinturas que são comercializadas no que elas chamam Espaço Erva Vida, nome que elegeram para identificar o local.

O Erva Vida é hoje uma associação de mulheres pescadoras - erveiras devidamente legalizada que conta atualmente com quinze anos de existência e doze componentes em atividade. Continua produzindo artesanato, mas seu foco maior e preponderante continua sendo as plantas medicinais. Já teve seus produtos expostos em feiras de produtos naturais realizadas em S. Paulo, Macapá e Belém.

Nesses quinze anos de produção o Erva Vida enfrentou alguns períodos pré-falimentares por conta de gestão ineficaz, fato que levou algumas componentes a se afastar do grupo. De dois em dois anos é realizado a eleição de novas gerentes, porém uma das fragilidades entre as pescadoras-erveiras tem sido encontrar uma que possua perfil de gestora. A participação no Erva Vida continua sendo exclusivamente feminina e hoje os maridos e companheiros incentivam a participação no grupo.

A identidade de pescadora é algo que elas não abrem mão, apesar de bem restritas serem as atividades típicas de pescadores que ainda realizam, em parte devido à atuação no Erva Vida e também porque o declínio da piscosidade local perdura. O que é pescado é comercializado por um atravessador nativo, proprietário de geleira e que remete a produção para outros locais, transformando Marudá em local praieiro e de pescadores, mas que muitas vezes se encontra sem peixe para consumo de seus habitantes.

As componentes do Erva Vida são inscritas na Colônia de Pescadores, onde mensalmente pagam uma taxa, na expectativa de virem a ser aposentadas como pescadoras.

O grupo é registrado legalmente, o que favoreceu o apoio de entidades como o Museu Emílio Goeldi e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas - SEBRAE.

O grupo Erva Vida possui além do laboratório, um horto medicinal para cultivo de algumas das plantas medicinais que utiliza na produção dos seus remédios. No Espaço Erva Vida também funciona uma pequena loja onde é possível encontrar artesanato e garrafadas, tinturas, xaropes e pomadas, para um público fiel que as acompanha há quinze anos e que é formado por nativos, veranistas e visitantes ocasionais da ilha de Marudá.

A produção de artesanato é adquirida principalmente por veranistas que freqüentam a região, entretanto o remédio tem aceitação tanto entre os veranistas

como junto aos nativos, o que condiciona ao Espaço Erva Vida abrir ao público, diariamente.

A embalagem e comercialização da produção é um desafio constante, tanto na aquisição de vidros, que tem um alto valor, quanto na construção das etiquetas, onde são necessárias informações atualizadas de composição e uso.

O espaço Erva Vida é composto de um laboratório onde há uma organização no processo de produção dos remédios, com um local adequado dentro dos padrões da Vigilância Sanitária e, afora o laboratório tem uma sala de reuniões, loja, almoxarifado, cozinha e área do horto medicinal, afora um terreno onde o grupo pretende construir um outro espaço para realizar trabalhos na área de Educação Ambiental e Direitos Humanos, já que em anos anteriores foram desenvolvidas atividades com crianças e adolescentes centrado em cultura popular.

As formulações dos remédios produzidos artesanalmente pelo Erva Vida tem origem na sabedoria popular das mulheres pescadoras-erveiras que recuperaram em suas memórias, o conhecimento tradicional deixado por seus antepassados. As receitas foram testadas por pesquisadores do Museu Emílio Goeldi assim como participou de processos formativos com lideranças da Pastoral da Criança e Pastoral da Saúde.

O grupo Erva Vida assume toda a cadeia de produção, começando pelo cultivo e coleta da matéria prima, à elaboração dos remédios e a comercialização.

Atualmente participam diretamente do grupo 10 mulheres, contudo quando são realizados outros eventos diferenciados, como encontros, mini cursos, oficinas, comemorações, chegam a participar mais de 50 mulheres.

Não há uma renda fixa, entretanto nos meses de julho e dezembro assim como nos feriados prolongados, onde há maior fluxo populacional, cada participante do Erva Vida auferem, em média R\$ 200,00, entretanto nos demais períodos ocorre uma baixa significativa nos repasses mensais.

A baixa rentabilidade vem concorrendo para a evasão de membros do grupo, que consideram ineficiente o incentivo financeiro médio, recebido mensalmente, em especial no período mais chuvoso, o que reflete na necessidade de que algumas mulheres do Erva Vida tenham atividades paralelas, como caseiras de veranistas

e/ou cozinheiras nos períodos sazonais de férias e feriados, o que desfalca o grupo, já que nesses períodos cresce a afluência de consumidores no Espaço.

### **1.1.2 A Etnofarmácia e a Etnomedicina em perfil marudaense**

Os etnoconhecimentos guardam em seu simbolismo e representatividade os “gens” de seu local ou região, sem antagonizar com a semelhança encontrada nestes etnoconhecimentos nas nações primitivas e nas delas derivadas (MAUÉS, 2008)

A etnofarmácia é apresentada por Barbosa (2009), como “uma ciência interdisciplinar que investiga a percepção e o uso de remédios tradicionais, dentro de um grupo humano” e Heinrich (2007) é mais enfático ao afirmar que a etnofarmácia por meio de sua face interdisciplinar perpassa por diversos saberes farmacêuticos, inclusive a assistência farmacêutica, o que viabiliza o aproveitamento do conhecimento dos recursos naturais locais na atenção primária a saúde.

As informações colhidas junto às comunidades populares enfatizam as alegações de uso do vegetal atreladas a determinados sinais/sintomas de adoecimento e de acordo com determinada técnica popular de preparação.

Na etnofarmácia são contempladas as diferentes etapas processuais, que se estendem da coleta do material vegetal a ser utilizado (folhas, raízes, frutos ou casca), passando pelo preparo do remédio e seu uso, sempre considerando como relevantes e decisivas para a eficácia da terapêutica, as diferentes posturas observadas pelos atores humanos que estão interagindo.

A própria cientificidade cartesiana tem comprovado que há diferentes comportamentos nas plantas quanto, por exemplo, a quantidade eficaz do princípio ativo (química) contida em determinada parte do vegetal de acordo com a posição solar. Esse é um conhecimento utilizado ancestralmente pelas populações tradicionais e populares que sabem a hora certa de fazer a colheita do material herbáceo a ser trabalhado, resguardando a especificidade de cada vegetal. Como refere Elisabetsky (2003), “não se trata de superstição, e sim de conhecimento popular relacionado a sistemas tradicionais de etnofarmácia”.

Em Marudá, as “meninas” do Erva Vida elaboram artesanalmente suas garrafadas, xaropes e tinturas, entre outros, com base nos etnoconhecimentos de

farmácia guardados em suas memórias e repassados por suas avós na tradição das conversas e da vivência. Mesmo que algumas nomenclaturas de plantas medicinais tenham sofrido o processo de aculturação, assimilando a identidade de seus correlatos alopáticos, a sabedoria perdura, conforme cita Maria da Conceição Almeida (2010), “o conhecimento se transforma, porém a sabedoria fica porque fala do essencial e permanente”.

A Etnomedicina remete ao estudo das doenças, suas causas e as medidas terapêuticas adotadas pelas diversas sociedades de povos primitivas assim como nas comunidades sociais populares. Ocupa-se com as terapêuticas naturais e ancestrais usadas no combate às doenças e prioriza a relação entre o doente e o cuidador, entre o doente e a sociedade. Os estudos etnomédicos contribuem para o conhecimento das técnicas usadas pelos diversos povos antigos no que se refere ao tratamento e conhecimento de doenças (BENSON, 1980)

Desde a antiguidade os povos tratavam seus males do corpo e da alma pedindo ajuda do sobrenatural. Certos povos da Ásia setentrional, onde o sacerdote tribal era chamado de xamã, utilizavam meios mágicos, ritos e saberes da natureza para curar os agravos à saúde, associando entre outros, o conhecimento sobre plantas que curavam e o contato com seus deuses. Destarte antagonizavam a doença com o princípio ativo do vegetal e com os meios ritualísticos incitavam a fé, a confiança no procedimento e no xamã, que na Amazônia brasileira é chamado de pajé ou benzedor, de acordo com a maior ou menor intimidade com os “encantados” e “espíritos das florestas” (MAUÉS, 2008).

De acordo com Faro (2006), curandeiras e benzedoras são aquelas pessoas que se utilizam de ervas, banhos e chás para curar doenças, além de fazerem uso também de rezas e benzeções de caráter cristão, invocando a cooperação de Deus e dos santos católicos. Estas pessoas geralmente não entram em transe e também não recorrem aos encantados e entidades. E no exercício dessa prática o mais comumente encontrado é o gênero feminino

Segundo Benson (1980) o questionamento racional para explicar como ao longo da história o curandeiro/benzedor consegue manter a posição respeitada e de sucesso no tratamento das doenças dentro de determinada comunidade, perpassa pelo magnetismo psicológico causado no paciente, a confiança que inspira, o conhecimento do poder de cura existente na natureza (flora, fauna e minerais) e o

conforto que transmite, advinda da relação intimista, cuidadora e determinada em solucionar as dores físicas, aflições e angústias, muitas vezes decorrentes e avolumadas nas relações familiares, sociais.

No Brasil, os curandeiros, benzedeiros, em suas “práticas xamânicas”, apoiam as relações entre saúde, doença e cura, na religiosidade popular dos sistemas etnomédicos indígenas e com a etnomedicina de matriz africana (práticas médico religiosas de afro-descendentes (FERRAZ,2005)

Os estudos mais antigos relacionam as práticas populares da etnomedicina brasileira às tradições indígena, africana e europeia, formadoras de nossa cultura, analisando inicialmente segmentos étnicos e a cultura no meio das comunidades locais

A medicina popular brasileira, portanto se baseia em um conjunto de conhecimentos que sofrem mudanças espaços-temporais, cujo modo de transmissão é essencialmente oral e gestual, que não se comunica através da instituição médica, mas por intermédio da família e da vizinhança. Essa transmissão oral e gestual é essencialmente prática, os mais jovens aprendem com os mais velhos, vendo-os atuar socialmente e a desempenhar atividades que no futuro será um de seus afazeres, uma de suas atividades (Morais e Jorge, 2003).

Em Marudá, na pesquisa realizada se constatou a presença de quatro benzedeiras, duas “aposentadas” da função por adoecimento e idade avançada, não sendo identificado nenhum benzedor ou pajé. Maués (1999) cita que

em áreas de colonização mais antiga da Amazônia, como o litoral paraense os etnomédicos desempenha o papel de médico popular mais importante, afora exercer as funções de experiente ( que conhece um grande número de remédios da flora e da fauna), do benzedor ou da benzedeira (que benze os doentes para propiciar a cura) e, se for mulher, da parteira ( sendo, neste caso, muito solicitada, por ser “parteira de dom”) (Maués,1999)

O cerne da ação etnomédica dos benzedeiros é centrada na relação médico-paciente e na representação do corpo, nos cuidados corporais e de alimentação do paciente e nas práticas alternativas ou complementares com os recursos advindos da natureza (chás,infusões, banhos e tinturas com plantas medicinais), com a qual têm estas benzedeiras uma relação de respeito. Na medida em que o significado simbólico de seus atos são determinados culturalmente, a missão das benzedeiras sempre alcança o resultado almejado (BENSON, 1980)

## 1.2 OBJETIVOS

Este trabalho pretende propiciar aos profissionais prescritores que trabalham no Programa Saúde da Família - PSF, uma familiaridade com a temática, agindo como elemento facilitador na quebra da hegemonia dos alopáticos na esfera do SUS, em Marudá. Essa propositura se respalda na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que propõem a inclusão, entre outros, das plantas medicinais e fitoterapia, como opções terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde e o acesso seguro e uso racional de plantas medicinal e fitoterápico, por meio da utilização sustentável da biodiversidade e do desenvolvimento da cadeia produtiva, preservando o meio ambiente, o saber popular e a regionalidade do conhecimento.

### **Objetivo Geral**

Contribuição para a autonomia de gênero nas mulheres pescadoras-erveiras e para a revitalização do uso de plantas medicinais em Marudá.

### **Objetivos Específicos**

Levantar e sistematizar, as plantas medicinais mais utilizadas em Marudá, com base nos etnoconhecimentos que as mulheres do grupo Erva Vida detém, com indicação das patologias, sintomas e posologias, consagradas pela alegação de uso seguro e eficaz na comunidade, respeitando a nomenclatura local.

- Verificar que fatores contribuíram para a organização e manutenção do grupo Erva Vida, destacando as conquistas de gênero.

- Mapear os saberes presentes na experiência do Erva Vida ( plantar, colher, manipular, indicar, benzer...)

- Elaborar um memento terapêutico com base na experiência do Erva Vida, que seja ferramenta facilitadora da inclusão das plantas medicinais no SUS de Marudá.

## **2 PLANTAS MEDICINAIS E A SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1 A saúde no Brasil Colonial**

Na abordagem dessa temática, se impõe referir que a literatura que contempla os aspectos históricos da saúde brasileira no período colonial é escassa, o que nos condicionou a embasar nosso estudo, em dois autores, Prof. Dr. Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia e o médico sanitarista e escritor Moacir Scliar.

As ações de saúde e a organização da sistemática da saúde, desde tempos coloniais, sempre se mostraram confusas e discriminatórias. No início, suas atitudes eram de mera repetência do que acontecia em Portugal, inclusive nas ações discriminatórias. Entretanto, o que se observa nas leituras da temática é que, mesmo no final do império, a sistematização da saúde no Brasil não avançou, perdurando incapaz de enfrentar as epidemias e de assistir aos doentes, sem discriminação. (PAIM 2010)

Assim é que, enquanto a saúde das tropas militares era subordinada ao cirurgião-mor do Exército de Lisboa/Portugal, quem respondia pelo exercício profissional dos médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários e curandeiros, que atuavam no Brasil eram o físico-mor que também era responsável pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas. Alguns desses homens, chegados de Portugal nas primeiras expedições, exerciam tais ofícios, mas na realidade, tinham pouca instrução, o que fazia com que os padres fossem mais aceitos na arte de curar, pois detinham algum conhecimento de patologia, terapêutica e botânica (CAMARGO, 1996).

Já as questões afeitas à higiene, eram da competência das autoridades locais, responsáveis pela solução para as problemáticas da coleta de lixo, destino adequado dos dejetos e boas condições dos alimentos oferecidos à comunidade, numa clara alusão da menor significância com que tais temáticas eram avaliadas por nossos colonizadores. A população contava apenas com entidades filantrópicas, que eram custeadas por contribuições particulares e minguados auxílios governamentais (PERES, 1999)



Dentre essas entidades públicas, destacam-se as Santa Casas, criadas em Portugal, realizando uma *medicina filantrópica*. Alguns estados brasileiros foram contemplados com esse tipo de instituição. A primeira Santa Casa fundada foi a de Santos/SP, posteriormente foram criadas as de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo (PAIM, 2010)

Scliar (1987) detalha pormenores dessas casas de saúde, que contavam apenas com o trabalho voluntário dos diversos profissionais da saúde e funcionavam muitas vezes como depósitos de doentes, que eram assim isolados da sociedade, ou seja, do restante da comunidade, que temia ser, por eles, indigentes, “contagiada”. Por indigentes entendam-se, no texto, como pessoas doentes, mas sem recursos financeiros para custear honorários médicos e tratamento da saúde (FERREIRA, 2009).

Àqueles que não conseguiam, pela escassez de recursos financeiros, a visita médica particular ou, devido à demanda exacerbada, eram tolhidos em sua necessidade de acesso a Santa-Casas, (e que se constituíam na maioria), minimizavam seus males de saúde, seus sintomas, suas dores e queixumes, com a ingestão de chás e infusões de ervas medicinais. Vigora dessa época, o pleito da população ao ente público, pela presença de médicos, na atenção à saúde dos mais carentes (PAIM, 2010)

O uso das plantas e dos ritos que perpassam pelo sobrenatural, era prática comum entre os primeiros habitantes do país e também entre nossos colonizadores. Ambas as práticas, compõem nosso saber cultural e tradicional, remontam à Antiguidade e perduram até os nossos dias, transmitidos que foram entre as subseqüentes gerações (ALMEIDA, 2007)

Esse conhecimento tradicional que é repassado pela cultura da conversa (TEIXEIRA, 2008), no Brasil, sempre foi utilizado pelos indígenas, que resolviam seus problemas de saúde com os recursos que a natureza lhes oferecia e com os poderes de cura de seus pajés. Também o colonizador português, em especial os jesuítas da Companhia de Jesus, trouxeram de Portugal, uma gama considerável de saberes sobre espécies vegetais com propriedades medicinais, que foram agregados à cultura e ao saber da nova colônia. Quando o Brasil foi descoberto, os portugueses já exploravam as especiarias da costa ocidental da África na busca de novos centros

de produção e muitas plantas africanas foram trazidas para se adaptarem ao nosso solo (CAMARGO, 2006).

Na realidade, no Brasil colonial, havia dois tipos de atenção à saúde:

- para alguns poucos privilegiados que dispunham de recursos financeiros ou econômicos, incluindo aqui os militares, havia assistência médica particular, com visita médica nas residências e, se o diagnóstico demandasse tratamento hospitalar, eram acionadas as melhores acomodações existentes na parte “rica” das santa casas, cabendo ao governo a incumbência do pagamento de uma taxa anual ao hospital, se o atendimento prestado fosse a um militar (PAIM, 2010);

- para a grande maioria da população era destinada uma forma reducionista de assistência, chamada por Paim (2010) de *desassistência*, que produz duas categorias: Os acolhidos nas Santa Casas, como indigentes, após triagem e os que, buscando a saúde, se utilizavam das ervas medicinais, simpatias e benzições, presentes na cultura indígena, afro e as trazidos pelo colonizador português.

## TIPOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ENCONTRADA NO BRASIL IMPERIAL



### 2.2 A saúde brasileira no período pós-república

Especificamente, por ocasião da passagem do século XIX para o XX, observa-se o início da industrialização do Brasil e a confirmação de que a questão saúde é um problema social que, para sua resolutividade, necessita de manifestações da sociedade e do ente público. Entretanto, o que prevaleceu nas sucessivas décadas do século XX, foi o forjar, de um *não-sistema de saúde*, que além de ter como paradigma a divisão entre a assistência hospitalar e as ações de

saúde pública, possuía o agravante da continuidade da discriminação e da omissão do poder estatal (PAIM, 2010.)

Camuflada, essa omissão apresentou-se na cômoda concepção liberal de Estado, onde a intervenção só caberia quando o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada acenassem com a falência. Essa postura acabou por se tornar um campo fértil para o surgimento de vários tipos de assistência à saúde

Paim (2010) enfatiza que, a ausência de relacionamento entre os diversos segmentos da organização sanitária, produzia atuações isoladas, o que dava como resultante, às vezes, a repetência das mesmas ações para o mesmo público-alvo. Esse desperdício de recursos e esforços fazia falta para a resolução dos problemas de saúde emergentes a uma população que mais e mais se urbanizava em vista do crescente número de indústrias.

O médico sanitário Scliar (1987) fez referência a uma situação contraditória vivenciada nas primeiras décadas do século passado: o Brasil vivia à época um expressivo crescimento agroexportador por conta da cultura do café, mas paralelamente acontecia uma crise sanitária séria, com a eclosão de várias epidemias, como febre amarela e varíola, resultante da omissão do poder público tanto nas questões de saneamento básico como na atenção primária à saúde (Scliar, 1987).

Com o surgimento de indústrias no Brasil, a partir da segunda década do século XX, algumas fábricas passaram a oferecer a seus trabalhadores, assistência médica, e esse serviço veio a ser o embrião, do que hoje conhecemos como saúde do trabalhador, que se consolidou como tal, a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho (PAIM, 2010).

O serviço público voltado para a saúde é mobilizado de forma mais atuante, com a criação, na década de trinta, do Departamento Nacional de Saúde Pública-DNSP, gerado como resposta do governo, às intervenções reivindicatórias por “saúde para a população”, lideradas por médicos, intelectuais, políticos e empresários da agricultura e indústria, (PAIM, 2010), que reagem frente à insustentável situação de ausência de saneamento básico e constantes epidemias que grassaram o país. Entre as atribuições do DNSP, estava a profilaxia - proporcionando um olhar à medicina preventiva ambulatorial -, o saneamento básico

e o controle de endemias, desviando em parte, a concentração holística na medicina curativa.

Ocorreu também, nessa ocasião a criação de instituições científica voltada para a pesquisa biomédica e implantação de políticas de saúde.

Em 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves e a concomitante criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, propiciando a seus afiliados, aposentadoria e assistência médica, nasce à medicina previdenciária (PAIM, 2010).

Essas CAPs depois se transformaram em Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs e sofrendo alterações sucessivas chegaram, unificados, em 1966 ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. As siglas mudavam, mas

Embora a assistência médica, hospitalar e farmacêutica estivesse incluída desde a instalação dos primeiros institutos, o financiamento dessas atividades dependia de sobras de recursos... que não fossem gastos com as aposentadorias. A saúde não era uma prioridade, mesmo para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada (PAIM, 2010).

Estudiosos da problemática da saúde brasileira no período pós-república consideram que, a ausência de relacionamento entre as partes, o paralelismo nas ações, a existência de certa independência no agir e a vinculação a pressões diferenciadas, geraram três subsistemas, com vínculo público, nesse período: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. E não se pode esquecer de que perduraram neste período, as tipologias encontradas no Brasil colonial: medicina particular ou liberal, instituições filantrópicas e a medicina tradicional/popular. E novas modalidades de assistência à saúde foram acrescentadas, como a medicina de grupo, na segunda metade da década de sessenta do século XX, voltada como o nome sugere, para segmentos particularizados e elitizados (PAIM, 2010).

Como a saúde não era prioridade para o ente estatal, o que prevalecia era o sistema de compra dos serviços médico-hospitalares do setor privado e o descaso com investimento na infra-estrutura pública de saúde. Essa política reducionista, que optava pela privatização, alcançou seu auge no período dos governos militares. Com as ações de saúde, fazendo-se em paralelo, o que se observa é a continuidade do *não sistema* que perdurou por quase todo o século XX, onde aos cidadãos, destituídos de carteira de trabalho assinada por um empregador ou que não contribuíssem para a previdência social, como trabalhador autônomo - a grande

maioria da população - restava o atendimento como indigentes das entidades filantrópicas representadas pelas Santas Casa de misericórdia (PAIM, 2007).

A atuação do Estado se manifestava principalmente por meio da medicina previdenciária, ao mesmo tempo em que a iniciativa privada se consolidava e expandia, vendendo serviços para a Previdência Social e estruturando a assistência suplementar por meio da medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos planos de autogestão (PAIM, 2007).

Da análise dessa leitura depreende-se que, ocorreu uma repetição do que já ocorria no Brasil colonial, sendo os brasileiros tratados como indivíduos com direitos diferenciados.

No período após o golpe militar, ocorreu a criação de Unidades Básicas de Saúde- UBS, em locais estratégicos nas diversas cidades brasileiras, o que mudou o foco no atendimento à saúde da população. As ações de promoção da saúde e prevenção da doença começaram a ser vistas como prioritárias, numa visão antagônica do que era feito anteriormente, como refere Scliar (1987).

Também nesse período, tomou força um movimento social até então incipiente, composto por estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que tinha uma proposição direcionada e fechada: Reforma Sanitária e a conseqüente implantação do SUS (PAIM, 2010)

A reforma sanitária trabalhada por esses estudiosos e discutida nas Conferências Nacionais de Saúde, teceu a sistematização do Sistema Único de Saúde brasileiro e com a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, foi criado o SUS, onde encontramos como cláusulas pétreas, a universalidade e a integralidade na assistência à saúde, para todos os habitantes do solo brasileiro, incluso os estrangeiros. A universalidade e a integralidade remetem ao acesso aos serviços de saúde para todos e em todos os níveis de assistência, agindo como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988).

Para regulamentar o SUS foi elaborada a Lei 8080 de 19 de setembro 1990, também conhecida como a Lei do SUS, onde é enfatizada a criação de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada, que possui como objetivo, prover um atendimento integral e descentralizado a todos os habitantes, inclusive os

estrangeiros, e priorizando em suas ações a prevenção sanitária e epidemiológica. E a iniciativa privada, de forma complementar, não mais prioritária, pode ter seus serviços comprados pelo SUS, por meio de parcerias conveniadas ou contratadas, desde que detenham o aval dos serviços de regulação dos gestores municipais da saúde (BRASIL, 1990).

Outra modificação significativa versa sobre os hospitais filantrópicos, tipo Santa Casas, já que desde 1988 não há mais pacientes indigentes, posto que os atendimentos fornecidos por essas instituições são remunerados pelo SUS e financiados por todos os brasileiros, através do pagamento de seus impostos (PAIM, 2010).

Com a institucionalização do sistema único, a atenção primária à saúde que é a assistência realizada nas unidades básicas, passou a ser considerada a porta de entrada do SUS, onde o usuário recebe as primeiras ações de saúde, inclusive farmacêutica. Entretanto a recomendação da OMS, elaborada em 1978 em Alma-Ata, para que fossem utilizados os recursos naturais e os conhecimentos tradicionais para combater as dificuldades para uma assistência integral as comunidades, enfrentou no final da década de oitenta e no início da de noventa, a explosão da produção da indústria farmacêutica e dos meios de comunicação o que ensejou um distanciamento, por parte do prescritor e do usuário, das práticas curativas envolvendo plantas medicinais e outros etnoconhecimentos (PAIM, 2010).

Com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, enfatizando mais a prevenção de doenças ocorreu a criação do Programa Saúde da Família - PSF em 1994, pelo Ministério da Saúde-MS, que é uma estratégia de assistência que trabalha com prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas. O alvo da atenção do PSF são as famílias mais carentes e busca essa estratégia, trabalhar com a comunidade em tempo integral, de maneira contínua e considerando as práticas e conhecimentos sobre alternativas terapêuticas que conhecem (BRASIL, 1994).

## **2.3 As plantas medicinais e sua inserção no SUS**

### **2.3.1 Atenção Primária à Saúde: da OMS ao SUS**

A Atenção Primária à Saúde foi estabelecida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS, ofertando serviços que respondam às necessidades e peculiaridades da comunidade, assim como tecnologias com custos acessíveis, passíveis de serem partilhados entre o Estado e a população. A Atenção Primária à Saúde tem como proposta ofertar à população serviços cujas ações produzam proteção, cura e reabilitação, de forma holística, rechaçando a visão fragmentada do ser humano. Some-se a essas ações o processo educativo voltado para os problemas prevalentes de saúde no local (perfil epidemiológico), utilizando os métodos de prevenção de doenças e controle da saúde (BRASIL, 1990)

Ao optarmos por falar em Atenção Primária à Saúde e não Atenção Básica, o fizemos por conta de que, a seqüência de ações e inter-relações com os diversos setores interdisciplinares, busca propiciar uma assistência integralizada, holística, ao usuário das ações de saúde. Esse fundamento teórico é respaldado no estabelecido como resolução, na Conferência de Alma Ata que alterou a visão reducionista contida no conceito até então vigente, de que Saúde era tão somente “ausência de doenças”, ampliando-o para um contexto social abrangente. A partir de Alma Ata, saúde passou a ser vista e reivindicada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1978).

A postura direcionada para os Cuidados Primários com a Saúde é alicerçada na justiça social, e esses cuidados são alcançados por meio de diretas ações sanitárias e sociais que, no exercício de suas práticas, valorizam o saber e a cultura tradicional da comunidade local. É sempre pertinente ressaltar que o uso de plantas medicinais como remédio é um saber tradicional que faz parte da cultura das diversas comunidades (OMS, 1978).

A Constituição Federal brasileira de 1988 contemplou a saúde como um direito humano fundamental, envolvido transdisciplinarmente com nutrição, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, agricultura e o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

Ao Estado, como agente fomentador da política pública da atenção primária à saúde, cabe as iniciativas de facilitar à população o acesso à água de qualidade, saneamento básico, cuidados à saúde materno-infantil, imunização, planejamento

familiar, controle de endemias e acesso ao medicamento básico, essas ações inter-setoriais realizadas na atenção primária, se constituem na materialização dos cuidados que devem ser reproduzidos nas comunidades, na medida em que a população carece de uma rede integrada, que seja o suporte, para assistir à comunidade de acordo com sua necessidade (PAIM, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao realizar em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cobrou dos 134 países signatários e dos 67 organismos internacionais participantes, que envidassem esforços no sentido de garantir acesso à atenção primária à saúde para todos os cidadãos. O que ensejou a seguinte recomendação: saúde para todos até o ano 2000, respeitando os costumes culturais dos povos (SAÚDE, 1998).

Na Conferência foram estabelecidos quatro princípios básicos:

- Estruturação dos sistemas de saúde a partir da organização dos cuidados primários;
- A prioridade com a atenção primária à saúde;
- O direito à saúde e ao controle social e
- A ação intersetorial.

Esses princípios nortearam as conclusões do relatório final da Conferência Nacional de Saúde do Brasil de 1986, as quais alicerçaram a Constituição Federal brasileira no capítulo da saúde (BRASIL, 1988).

Outro respaldo teórico que embasou a criação do sistema público oficial da saúde brasileira foi a Carta de Otawwa, resultante da Conferência realizada no Canadá, em 1986, que dá consistência e fundamentação ao espaço social na busca da produção da saúde, a partir da autonomia da comunidade e com relevância para a cultura e interação com o meio ambiente nas questões relativas a saúde,

Esse conceito mais social de saúde permitiu desdobramentos e quebra de paradigmas, como o que vem ocorrendo no Brasil que, oficialmente vinha por décadas, adotando uma posição hegemônica com relação à dispensação de apenas medicamentos alopáticos, na assistência à saúde. Atualmente com as políticas públicas direcionadas para as demais alternativas terapêuticas, sem contraposição aos medicamentos alopáticos, há a quebra da hegemonia e, com base nessa nova ótica do que é saúde, foram estruturadas diretrizes que geraram a inclusão de



alternativas terapêuticas, um direito ainda pouco utilizado, e onde o cidadão pode participar como sujeito ativo, ao escolher o que usar para o restabelecimento de sua saúde (ATAÍDE-SOUSA, 2011).

Para que essa participação seja de qualidade é salvaguardado inclusive, no programa que acompanha essas políticas públicas, nos três níveis da educação formal, a capacitação sobre uso e manejo de plantas medicinais, de sorte que o usuário, ao intervir nas decisões referentes à saúde, faça-o com pertinência (BRASIL, 1988).

Por ocasião da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, foi recomendado que práticas populares, entre as quais se inclui o uso de plantas medicinais, fossem oferecidas no SUS como terapêuticas alternativas, acrescida da recomendação de que haja participação da comunidade local para elaborar as normas da produção e utilização desta terapêutica (SAÚDE, 1996).

Por outro lado a OMS, na busca de fortalecer a atenção primária a saúde, estabeleceu para o quadriênio 2002/2005, uma estratégia direcionada para a medicina tradicional na qual reforçou o estímulo sobre políticas públicas que objetivassem inserir as plantas medicinais no sistema oficial de saúde de cada local, resguardando a cultura e o saber local (SAÚDE, 2001).

### **2.3.2 Plantas Medicinais: contexto passado e atual**

Plantas medicinais são àquelas que possuem princípios bio-ativos com propriedades profiláticas ou terapêuticas. O uso de plantas medicinais é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, órgão do Ministério da Saúde, que publica resoluções que esclarecem quais, quando e como as chamadas 'drogas vegetais' devem ser usadas. Mais precisamente, regulamenta o uso de partes das plantas medicinais: folhas, cascas, raízes ou flores, como alternativa terapêutica, no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Os remédios preparados a partir de vegetais e os medicamentos fitoterápicos, ambos são obtidos de plantas medicinais porém diferem na elaboração. Os remédios provém de partes dos vegetais como por exemplo, folhas frescas ou secas, inteiras ou rasuradas (partidas em pedaços menores), utilizadas nos chás, infusões, tinturas; já os medicamentos fitoterápicos são produtos tecnicamente mais elaborados e a

apresentação final para uso é sob a forma de comprimidos, cápsulas, xaropes (BRASIL, 2010) .

Num levantamento histórico, nota-se que o homem vem utilizando as plantas medicinais na busca da cura de seus processos de adoecimento, desde a Antiguidade, e tal conhecimento se perpetuou utilizando o repasse de informações de geração em geração, por meio da oralidade (OLIVEIRA, 2008)

Nos documentos mais antigos fica evidente que todas as civilizações fizeram referência ao uso de plantas medicinais como remédio. Na China, o documento mais antigo, onde há citação sobre a utilização de Plantas Medicinais, como remédio é a obra de Shen Nung, que remonta a 2800 a.C. e possui uma lista com mais de 300 espécies, incluindo entre outras, a Ephefra sinica (Ma Huang), utilizada até os nossos dias. Na alopatia, essa planta medicinal é à base da efedrina. Papiros egípcios mostram que, a partir de 2000 a.C., os médicos empregavam as plantas como remédio e o papiro Ebers, (1500 a.C.), menciona uma planta medicinal utilizadas por fitoterapeutas até hoje: a flor do sabugueiro (*Sambucus nigra*) (FERNANDES, 2004)

O pai da medicina, Hipócrates (468-377 a.C.), concebeu um regime de tratamento à base de plantas medicinais, usando um total de mais de 400 espécies associando-as com sintomas e diagnósticos. Galeno (121 a 180 a.C.) sistematizou uma classificação formal de todas as plantas medicinais onde cada uma era destinada a um “temperamento emocional” (ou temperatura) específico (FIGUEIREDO, 2007).

Na Europa, o conhecimento das plantas medicinais foi mantido vivo ao longo de toda a baixa Idade Média ou Era das Trevas (dos séculos V a XI). Paracelso (1493-1541), que era uma personalidade controvertida e conhecida por desafiar a medicina da época foi o primeiro a se preocupar com a pesquisa dos princípios ativos das plantas medicinais. Paracelso conseguiu com suas pesquisas introduzir um espírito de investigação na medicina. (FIGUEIREDO, 2007).

No século XVI houve um crescimento do interesse pelos remédios à base de plantas medicinais, intensificado pelas explorações realizadas no Novo Mundo, que forneciam plantas novas, desconhecidas, próprias do continente recém descoberto. Entretanto, já se enfatizava que as espécies do Novo Mundo eram mais apropriadas para as doenças locais. Essa era uma crença comum na época, e sustenta uma

tradição da medicina popular, que se baseia em plantas medicinais cultivadas localmente. (FIGUEIREDO, 2007)

Esse informe histórico referenda uma orientação elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), para que haja uma representatividade regional de plantas medicinais, na construção de seus mementos terapêuticos. Cada local construa o seu, com base nas plantas encontradas, conhecidas e utilizadas, pela comunidade (BRASIL, 2008).

Na guerra de 1939/45, a chamada segunda guerra mundial, a fitoterapia floresceu, entretanto no pós guerra, com a implantação da indústria farmacêutica internacional e novas drogas sintéticas surgindo, dando visibilidade e acessibilidade à medicação alopática e mais com a soma do tecnicismo e postura hospitalocêntrica da medicina, ocorreu um decréscimo na utilização das plantas medicinais, como remédio, a partir do término da segunda grande guerra mundial (FIGUEIREDO, 2007).

### **2.3.3 Uso de plantas medicinais no Brasil**

A prática de se utilizar as plantas medicinais como remédio, no Brasil, remonta aos primeiros habitantes, os indígenas, que sempre se apropriaram dos recursos naturais, tanto da flora como da fauna, para sua alimentação e cura de sintomas e doenças (OLIVEIRA, 2007).

Herança indígena, somada à contribuição do povo africano e do colonizador português, o uso de plantas medicinais, como remédio, é mesclado de signos que perpassam pelo misticismo, pela observação de seus efeitos terapêuticos e pela intimidade com a natureza. Foi, por muitos anos, o único suporte, junto com as rezas e as benzedeadas, para debelar o adoecimento do povo (TEIXEIRA, 2007).

Confirmado por Martins et al. (2003), no Brasil, a utilização das plantas medicinais no tratamento de doenças é resultante das influências da cultura indígena, africana e européia. Para esses estudiosos a contribuição indígena no uso de plantas medicinais, vem eivada de um olhar místico, já quanto aos negros, o processo de adoecimento é a representação de que aquele ser estava prisioneiro de um espírito mau. Quanto à participação dos portugueses, ela foi iniciada com a chegada dos primeiros padres jesuítas da Companhia de Jesus, e é de origem européia muitas das ervas medicinais usadas na farmacopéia brasileira. Essa origem

tripartite é enriquecedora e produziu influências e marcas nos diferentes segmentos da nossa cultura, seja ela vista pelo aspecto material ou espiritual. Sem dúvidas, constituem a fundamentação da medicina popular brasileira (FERNANDES, 2010).

Após a segunda guerra mundial, com a introdução no mercado da alopatia sintética, da produção em massa dos laboratórios farmacêuticos, o apogeu do cientificismo e da tecnologia, somados à mídia instigante, ocorreu também no Brasil, um declínio na utilização de plantas medicinais como recurso terapêutico, passando o seu uso a se concentrar, em alguns nichos comunitários, principalmente na zona rural e ribeirinha, junto às comunidades populares e tradicionais (TEIXEIRA, 2007).

Sobre essa modificação de postura, em que é observado ser a produção de remédios que utilizavam plantas medicinais como matéria prima, é trocada por substâncias sintéticas, algumas inclusive, cópias das existentes na natureza, o criador da Farmácia Viva, pesquisador de plantas medicinais e professor da Universidade Federal do Ceará, Francisco Matos, comentou em entrevista a Tânia Fernandes

Nós tínhamos uma série de plantas na farmacopéia brasileira. Tinha uma série de estudos químicos desenvolvidos sobre plantas medicinais e estudos farmacológicos embora a nossa ciência de produtos naturais ainda fosse incipiente, As plantas entravam na farmacopéia através de seleção empírica – o povo usava, então “bota” na farmacopéia e usa. Logo em seguida veio à revolução na indústria farmacêutica, foram desenvolvidos numerosos produtos novos, principalmente de síntese e a maior parte dos produtos naturais “foram” deixados de fora (FERNANDES, 2004).

O professor Matos destacou na ocasião a precarização da “ciência de produtos naturais” brasileira, à época, e o crescimento da produção de medicamentos sintéticos, que nas décadas de trinta e quarenta do século XX, teve um crescimento acentuado, o que ensejou uma revisão na Farmacopéia Brasileira, quando foi retirada grande parte dos produtos da farmácia tradicional originários de plantas nativas.

Por se constituir em um saber tradicional, transmitido pela cultura da conversa, de geração em geração (OLIVEIRA, 2007), sobreviveu e hoje alcança a revitalização de seu uso, que tem como marco teórico, as resoluções elaboradas em 1978, em Alma-Ata, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978).

Ficou estabelecido nessa Conferência que, em especial, os países subdesenvolvidos ou em processo de desenvolvimento deveriam buscar em seus saberes, outras opções terapêuticas, para serem utilizados na atenção primária à saúde, desde que, sustentadas na alegação de uso seguro e eficaz, por várias gerações, para destarte, suprir a insuficiente assistência á saúde de suas populações. Nas últimas duas décadas, o Brasil, primeiro de forma tímida e mais recentemente de maneira decidida e audaz, se posicionou e vem envidando estudos, que sedimentam a adesão a esta revivida prática (BRASIL, 2006).

Pesquisas em alguns estados brasileiros demonstram que esse conhecimento, essa prática, em vários locais subsiste como consequência de uma mobilização social, que tem alcançado não apenas os mais idosos, mas também as pessoas jovens. O trabalho do professor Francisco Matos, no Ceará, com a Farmácia Viva é um exemplo de que a população brasileira, pela origem cultural de sua formação, é vocacionada para a utilização das plantas medicinais, muitas vezes conjuntamente com a administração dos alopáticos, prescrito por médico (FERNANDES, 2004).

Souza (2011), Maia (2010) e Pinto (2008), realizaram trabalhos de dissertação de mestrado no NUMA/UFPA, nas comunidades de Igarapé Mirim, município do Pará, na ilha de Cotijuba, pertencente à cidade de Belém/Pará e Benevides, município do Pará, respectivamente, onde observaram e comprovaram que, essas comunidades são detentoras do conhecimento popular em plantas medicinais, e os utilizam na obtenção da saúde própria e de terceiros.

Como resultado prático, os profissionais farmacêuticos e os que pensam a Saúde Pública, estão investindo na implementação da retomada da pesquisa centrada na utilização das plantas medicinais, como mais uma opção terapêutica. Ainda quanto à declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde, ao reforçar a importância da utilização de Plantas Medicinais, baseou-se no fato de que, cerca de 80% da população mundial as utiliza na Atenção Primária da Saúde, de forma doméstica e/ou compartilhada entre os membros de suas comunidades, conforme citação de Teixeira (2008).

Essa mesma autora entende que, para as comunidades que utilizam as plantas medicinais como remédios, é imprescindível preservar o ambiente já que, “a não atenção com as questões relacionadas com o social gera o desequilíbrio entre

os indivíduos entre si, e com o seu ecossistema” E esse desequilíbrio, na saúde, nada mais é do que a doença.

Trabalhando a reutilização desse saber popular no novo século, o Ministério da Saúde (MS), colegiado com outros ministérios, tem elaborado propostas mais ousadas, por meio de políticas públicas, no sentido de incentivar o uso das plantas medicinais, como alternativa oficial, na assistência a saúde da população, através do SUS (BRASIL, 2006).

Essas propostas interministeriais remetem à prescrição de remédios a base de plantas, a partir do cultivo individual ou coletivo e, busca o retorno ao uso deste recurso natural de modo seguro e eficaz, estribado em boas práticas. Esse cenário delinea a perspectiva de que, a utilização de plantas medicinais como mais uma opção terapêutica, propicia desenvolvimento às comunidades detentoras desse saber e tangencia o paradigma cientificista da indústria farmacêutica, não para confrontá-lo, mas para tomar posição e espaço (BRASIL, 2006).

É, sem dúvida, outra via de acesso ofertada ao ser humano, para alcançar a cura de sintomas/doenças e/ou a preservação da saúde, alargando assim o seu poder de escolha, a sua participação no processo relacionado à manutenção da sua saúde e cura ou controle da doença.

#### **2.4 Políticas Públicas sobre plantas medicinais**

A utilização de plantas medicinais chega ao SUS, como resgate ao interesse, do cidadão, por insumos de origem natural e, como manifesta participação do governo por meio da promulgação da Política de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde normatiza em 2006 o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no país, por intermédio da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e que é o primeiro movimento normatizador da inclusão de terapias opcionais no sistema oficial de saúde.

Em verdade, o Brasil conta desde 2005, com políticas públicas que promovem as práticas não convencionais em saúde, a primeira delas foi denominada Política

Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC, inspirada nas orientações da OMS, a PMNPC ressalta que os diversos saberes e práticas da Medicina natural enfatizam processos naturais de promoção e recuperação da saúde. Buscam a “integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” e destacam a “visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano” (BRASIL, 2005). Políticas interessantes mas que ficaram inertes

Em 2006, o Ministério da Saúde com a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS deu um passo decisivo com relação aos cuidados com a saúde, por estimular ações e serviços relativos a essas práticas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro. Destaque-se que, como prévia para a criação dessa política pública, o Ministério da Saúde fez em 2004, um levantamento visando identificar as práticas integrativas mais prevalentes nos 26 estados brasileiros, cujo resultado sinalizou para uma alta densidade dessas práticas de saúde o que reforçou a necessidade de um posicionamento por parte do ente estatal, ante “o clamor público” (ANDRARE, 2006).

Entre as modalidades terapêuticas identificadas e amparadas pela PNPIC no SUS estão: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Plantas medicinais. Igualmente em sintonia com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, em seus objetivos, destaca “a prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2006).

É interessante refletir que outras ações do Ministério da Saúde convergem para a PNPIC, tal como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS, política que tem entre seus objetivos, promover as práticas tradicionais de uso de plantas medicinais, largamente disseminadas nas comunidades populares brasileiras (BRASIL, 2006).

A construção da legalidade institucional e o reconhecimento da eficácia diagnóstico/terapêutica das práticas integrativas em saúde, possuem uma base social relevante. A institucionalização das políticas públicas com base nesses saberes é certamente resultante de uma anterioridade histórico-sanitária que perpassa pela eficácia clínica e sociocultural consubstanciada na tradição, conforme cita Pimentel (2010). Alicerçado nessa precondição fluiu de forma tranqüila a

ampliação da atenção à saúde nos serviços públicos, por meio das políticas integrativas e complementares.

A Medicina complementar, se apresenta como resposta aos limites e lacunas paradigmáticos, diagnóstico-terapêuticos e políticos da biomedicina contemporânea e, em particular, do sistema de saúde pública no Brasil.

O estímulo ao uso das práticas integrativas potencialmente amplia o pluralismo médico, na medida em que elas são transportadas para o circuito dos serviços públicos, com reconhecida legitimidade sanitária.

Finalmente, a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS exige um aprofundamento do conceito de integralidade, baseado na complexidade das práticas de saúde enquanto sistemas de cuidados. O desafio está em curso também no plano da prática, onde adequações operacionais, formas de avaliação e estratégias de participação devem ser incentivadas.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS evoca uma “política de inclusão terapêutica”, aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementaridade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde.

Essa implantação traz características próprias referentes à racionalidade que configura esse cuidar integrativo, face ao pluralismo terapêutico existente entre as diversas etnias que compõem o povo brasileiro – e todos, em potencial, usuários do SUS – no interior do qual convivem diferentes modalidades de medicina e crenças.

No que concerne especificamente ao uso de plantas medicinais, essas políticas preconizam a inserção na atenção primária à saúde por meio de programas que contemplam a indicação opcional do uso das plantas medicinais, como terapêutica, nas Secretarias de Saúde.

Levantamentos preliminares permitem constatar que, a maioria da população de municípios ribeirinhos e costeiros, no caso da Amazônia, utiliza plantas medicinais para manter a saúde e curar as doenças. Alguns autores e estudiosos da temática têm levantado o questionamento, de que não é só a tradição, o fator responsável por essa cultura, mas que também, em função de dificuldades financeiras para adquirir medicamentos alopáticos (sintéticos), o uso de plantas



medicinais se faz, não por ser uma alternativa e sim por ser “a” alternativa (MAIA, 2010; SOUZA, 2011).

A concordância parcial com o observado por Maia (2010) e Souza (2011), em suas dissertações de mestrado, no NUMA/UFPA, centradas na ilha de Cotijuba e município de Benevides, respectivamente, locais pertencentes à região metropolitana de Belém/Pará, é embasada na experiência de trinta e cinco anos no exercício profissional da medicina, como sanitarista e especialista em saúde coletiva, atuando em regiões interioranas e observando o cotidiano das comunidades assistidas, o que respalda a afirmação de que, muitas vezes, mesmo de posse da medicação alopática, a opção terapêutica desses atores sociais se faz em favor do remédio caseiro.

Creditar a escolha do uso do remédio elaborado com planta medicinal à iniquidade do fator econômico-financeiro é reducionismo, que ignora a escolha individual construída com base na anterioridade milenar do conhecimento, na vivência norteadada pela fé na porção terapêutica e no prescritor, conforme enfatiza Pimentel (2010).

meus pais e avós se curavam dessas doença com chás e unguentos, eu também vou ficar boa com eles. Eu via minha avó preparar com todo o cuidado o remédio, fazer mil perguntas e orientar direitinho como usar; já o doutor mal me olhou e foi logo dizendo pra eu apanhar os comprimidos na farmácia. Peguei mas não tomei. Tenho fé não!! (I. PESCADORA, 2010)

A oferta da opção de uso de plantas medicinais como remédio, revitaliza a utilização de um recurso natural que carrega em si, uma significância cultural que não pode ser ignorada, lembrando que esta prática fere paradigmas da ciência farmacêutica estruturados na comprovação tecnicista-laboratorial por vários anos, mas, que repudiam o conhecimento empírico, mesmo que eivado da milenar alegação de uso seguro e eficaz.

Ainda em 2006, por meio do Decreto 5813 de 22/06/2006, a Casa Civil da Presidência da República edita a atual Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), com a composição de uma força tarefa interministerial na qual todos são co-participes na construção dessa política (BRASIL, 2006).

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em dezembro de 2008 pela Portaria nº 2.960, tem como um de seus objetivos inserir, com segurança, eficácia e qualidade, plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. O

Programa busca, também, promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros (BRASIL, 2008).

A PNPMF com uma proposta programática mais abrangente, objetiva garantir e Incentivar entre outros parâmetros os seguintes:

- a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos, assim como em seu programa pretende;

- estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor de plantas medicinais e fitoterápicos;

- promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;

- garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;

- promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;

- promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;

- promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;

O Ministério da Saúde, com essas normas pretende fortalecer os pontos estratégicos na consolidação da política de plantas medicinais, que terá como consequência a disponibilização aos usuários do SUS nas unidades de saúde de opções terapêuticas a base de plantas medicinais (BRASIL,2006).

Em 2009, o Ministério da Saúde elabora a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS - RENISUS e elenca 71 plantas medicinais com potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. O objetivo do Ministério da Saúde, com a divulgação dessa lista, é orientar estudos e pesquisas que possam gerar a elaboração de fitoterápicos para uso da população (SAÚDE, 2009).

De acordo com a legislação sanitária brasileira, fitoterápico é o medicamento obtido exclusivamente a partir de matérias-primas ativas vegetais.

Os fitoterápicos utilizados pelo SUS são aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e por isso, são considerados seguros e eficazes para a população.

É pretensão do SUS ampliar a lista de medicamentos fitoterápicos disponíveis na assistência farmacêutica básica em todo o país. O Ministério da Saúde confia que os estados brasileiros se sentam estimulados a oferecer esse serviço aos seus cidadãos. Até agora só 12 Estados oferecem essa alternativa terapêutica.

## **2.5 A questão de gênero transformando pescadoras em erveiras**

Historicamente se sabe que desde os tempos primordiais as relações na sociedade familiar sempre foram patriarcais onde o papel da mulher era de subserviência (SILVA; SIMONIAN, 2006). Ainda hoje, os grupos sociais familiares, conforme afirma Muraro (1995), regra geral se apresentam com postura organizacional baseada no patriarcado, certamente menos rígida, porém mesmo assim, patriarcado. Em verdade, nas comunidades de menor porte, as mulheres, independente de que o papel que exerçam, sejam idênticas ou de maior destaque do que o dos homens, ainda são vistas como meras coadjuvantes (SIMONIAN, 2005)

Maneschy (1995) fez uma análise reflexiva sobre a atividade feminina na região pesqueira paraense de Ajuruteua/Bragança, região nordeste do Pará, onde ficou enfatizada a primazia das tarefas "do lar". Essa reflexão encontra ressonância no observado junto à mulher marudaense, que de forma idêntica, também tem como ocupação principal, as tarefas domésticas.

Entretanto na questão referente à divisão de trabalho, nessas comunidades pesqueiras, Simonian (2006), refere que o companheiro assume, como mantenedor da família, todas as atividades ligadas à pesca na parte aquática e algumas realizadas "em terra", como eventuais consertos das redes de pescar.

Alencar (1997) também chama atenção para a polêmica divisão de trabalho na pesca, entre os gêneros

...ao se referir como pesca apenas a atividade de captura que ocorrem na água deixa-se de considerar a atividade pesqueira um processo que

compreende a realização de atividades que se desenvolvem no espaço aquático e na terra. Os da terra ficam sob a responsabilidade da mulher, tendem a ser considerados como extensão das atividades domésticas (ALENCAR, 1997).

Algumas dessas pescadoras executam outras atividades, diretamente relacionadas ao processo produtivo da pesca, como por exemplo, limpar e salgar peixes para comercialização, que é considerada por Alencar (1997), inserido no conceito de pesca.

Nádia Rocha (2011) antagoniza com o que é mencionado por Alencar (1997) e Simonian (2005), ao referir que, em estudo junto às mulheres pescadoras da lagoa do Segredinho em Bragança, também na região nordeste do Pará, as pescadoras atuam em todas as etapas da pesca e em muitos casos, assumem posição de comando.

A atitude das pescadoras da lagoa Segredinho, não encontra ressonância com o que ocorre com a mulher pescadora da região litorânea de Marudá, que realiza pesca de subsistência, junto às margens dos rios de pequeno porte, auxilia os companheiros na *despescagem* dos currais e no conserto das redes de pescar e, utilizando puçás, captura siris (*Callinectes danae*), mas nunca assume o comando da atividade pesqueira, função invariavelmente exercida pelo homem (SILVA; SIMONIAN, 2006).

Esse comportamento da mulher pescadora, componente do Erva Vida, é semelhante ao da maioria das mulheres pescadoras do nosso litoral e da região ribeirinha amazônica, conforme refere Simonian (2005).

Por outro lado, mas relacionado diretamente com a escassez progressiva da captura do pescado, observamos que, na comunidade pesqueira de Marudá, ficou evidente e crescente, a dificuldade para o homem cumprir com a “obrigação” de trazer o alimento para o lar, pois a maioria era filho de pescador, aprendera o ofício acompanhando o pai desde criança e poucos sabiam fazer algo além de pescar, o que redundou em oportunidade para que a mulher passasse a exercer outras atividades, mesmo que fora do lar, mas somadas às “do lar”, objetivando angariar recursos para alimentar a si e a prole.

Essa alteração nos papéis da organização familiar tradicional dos pescadores, até então hegemônica, segundo Alencar (1997), ensejou um novo comportamento da

mulher pescadora marudaense, refletido no processo de transformação do trabalho, no caso específico do Erva Vida, com o acréscimo da função de erveira, considerando que detinham este saber tradicional sobre o poder curativo das plantas medicinais, adquirido com seus ancestrais por meio da oralidade, da vivência e da cultura de conversas (MORAES, 2007).

O uso do saber popular sobre plantas medicinais como remédio, de forma fragmentária e voltada exclusivamente para os familiares e vizinhos do entorno de suas casas, acabou alterando a rotina dessas pescadoras-erveiras e provendo mobilidade social motivada pelas contingências sociais e econômicas dessas mulheres. Trabalhando em grupo, as componentes do Erva Vida foram paulatinamente se transmudando de pescadoras em erveiras, mudança que acenaram desde o início com quebras de paradigmas familiares e com perspectivas de ocupação e renda.

### 3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

No presente trabalho é realizada uma abordagem qualitativa e, considerando as peculiaridades apresentadas pelo grupo de mulheres pescadoras-erveiras do Erva Vida, foi delineado um recorte dicotômico, centrado em dois cenários que se imbricam na unicidade dos sujeitos. Um cenário volta-se para os saberes sobre as plantas medicinais e a medicina popular e o outro contempla a questão de gênero, na ótica da divisão do trabalho.

O etnoconhecimento sobre Plantas Medicinais, na nuance farmacêutica/médica e as conquistas advindas a partir do posicionamento assumido por algumas mulheres, frente à escassez do pescado com pesca artesanal há quinze anos, em uma comunidade local, evidenciou tratar-se a presente pesquisa um estudo de caso etnográfico.

Segundo André (2003), o estudo de caso abrange as características mais importantes de delimitada unidade que se está pesquisando, identificando no seu processo de desenvolvimento os fatores que concorrem para sua configuração.

A etnografia foi desenvolvida pelos antropólogos sociais para estudar a cultura das comunidades, referindo também André (2003), que etimologicamente, a palavra etnografia significa “descrição cultural” e que os dados coletados nesse tipo de pesquisa estão afeitos a valores, hábitos, crenças, práticas e comportamentos de grupos sociais com limites bem definidos, estruturados, comunitários, representativos e atentos ao seu contexto e às suas inter-relações.

A ênfase principal da pesquisa etnográfica é no que está acontecendo e como está evoluindo a comunidade estudada, dando representatividade às pesquisas que partem do “conhecimento *ethno*” (ANDRÉ, 1984).

A partir dessa conceituação e dos trabalhos produzidos no Laboratório de Etnofarmácia-LAEF, pertencente ao NUMA/UFPA, pode-se considerar que o levantamento etnofarmacêutico e a abordagem etnomédica, sejam exemplos de pesquisa etnográfica. Por outro lado percebemos a construção, no LAEF, de um

núcleo seminal de uma metodologia etnofarmacêutica, de uma tecnologia social na Amazônia, conforme se denota em artigos científicos de Barros da Silva (2009), Barbosa (2007, 2008 e 2009) e nas dissertações de mestrado, na UFPA, de Pinto (2008), Maia (2010) e Ataíde Sousa (2011).

Enquanto método de levantamento de recursos terapêuticos assistenciais, próprios de um grupo étnico ou de um território, a etnofarmácia, permite a obtenção de informes referentes aos agravos à saúde, as plantas medicinais para eles indicados e as formas mais usuais de preparo e de uso dessas plantas. A etnofarmácia também, nos sinaliza os processos de investigação, percepção e uso de remédios tradicionais, dentro de um grupo humano (BARBOSA, 2009).

Tendo a etnofarmácia como linha de pesquisa metodológica, Barbosa et al.(2008), construíram um referencial de consulta na temática, dando suporte a bibliografia brasileira sobre o assunto. Dentro de um contexto cultural característico de uma região, vários trabalhos já foram publicados acerca desse método, Barbosa et al (2008), faz citações sobre Bulus et al que se reportaram a etnofarmácia da malária na Nigéria (BULUS, 2003); Pieroni e cols.(2005) que relatam os recursos terapêuticos de uma comunidade albanesa radicada no norte dos Alpes, quando levantaram cerca de 160 preparações. Destaca-se também o trabalho de Coelho-Ferreira (2002), em Marudá/Pará, pesquisando sobre o uso como remédio caseiro da *Boerhavia diffusa*, “pega pinto”. Todos esses trabalhos elencados são referentes a levantamentos realizados segundo a metodologia etnofarmacêutica (BARBOSA, 2008).

A abordagem etnofarmacêutica, ao sistematizar as informações sobre o acervo terapêutico de uma comunidade, pode contribuir ainda para a preservação cultural e ambiental, pois valoriza a utilização de diferentes espécies vegetais, que podem ser cultivadas em consórcio recuperando áreas degradadas de florestas. O caráter interdisciplinar da metodologia etnofarmacêutica, propicia perpassar pelas informações da etnobotânica, da etnofarmacologia e da etnomedicina, presentes na comunidade, o que permite compreender, a relação social reinante na mesma (BARBOSA, 2008).

A questão, de ordem epistêmica, se a terminologia é “abordagem” ou “metodologia”, tem seu recorte próprio na dependência do referencial teórico utilizado. Por exemplo, na perspectiva da pesquisa da lingüística aplicada, há

diferenças entre os conceitos de "metodologia" e "abordagem" (BORGES, 2010), o que não ocorre quando fazemos uma leitura das autoras Lakatos & Marconi (1991), que ao referirem-se à pesquisa qualitativa, trata-os como sinônimo e faz a diferenciação, puramente didática, entre os métodos de abordagem (mais gerais) e os métodos de procedimento, mais específicos (LAKATOS, 1991).

Outros estudiosos do assunto, como Minayo (2006), pesquisadora da Fundação Osvaldo Cruz-FIOCRUZ e interessada nas questões de pesquisa metodológicas referenciadas com o binômio saúde/social, comunga com esse pensar de Lakatos & Marconi (1991).

Considerando que nesse estudo de caso, busca-se ao final construir uma ferramenta facilitadora do processo de inclusão das Plantas Medicinais, no SUS de Marudá, a partir da experiência do Erva Vida, verificamos que a "abordagem etnofarmacêutica" estaria mais próxima do que Lakatos designa como método de abordagem e o "levantamento etnofarmacêutico" como um método ou conjunto de métodos de procedimento, lembrando que no presente levantamento há elementos da pesquisa quantitativa, o que segundo André (1984) não respinga sobre a subjetividade da ótica metodológica qualitativa.

A presente pesquisa teve início em outubro de 2010, com uma exposição às componentes do Erva Vida sobre o objetivo do trabalho e a solicitação de consentimento das mesmas. Nessa ocasião foi detalhado o planejamento para a efetivação das entrevistas semi-estruturadas, realização de oficinas, rodas de conversa e observação participante. A procissão das ervas foi um pedido feito pelas mulheres e que foi, de imediato, inserido no planejado.

As pescadoras-erveiras citaram os nomes de outras mulheres que nunca pertenceram ao Erva Vida, mas possuem conhecimento sobre as plantas medicinais e seu efeito curador, ressaltando a importância de que as mesmas fossem entrevistadas. Também nomearam as quatro benzedadeiras do local, as quais não fazem parte do grupo, reforçando em suas falas a prevalência da coleta de conhecimento dessas pessoas.

Ao repassarmos o objetivo da dissertação, duas componentes se mostraram arredia a uma divulgação do que o Erva Vida faz, em instância por elas considerada "tão superior", pelo temor de "levarem nosso conhecimento e não darem nenhum retorno, só promessas". Essa não unanimidade retrata a veracidade do que ocorre



nas decisões grupais, onde é ilusório falar em consenso, conforme citação de Magalhães (2010).

A Observação Participante foi realizada no decorrer de dezoito meses, e talvez tenha sido a técnica mais difícil, em função do cuidado que requer com relação as pré-noções e a possibilidade do observador se transmudar em Participante Observador, conforme diagnose elaborada por Ruth Cardoso (1986), sobre a temática.

Em qualquer tipo de investigação, é necessário que o pesquisador seja aceito pelo outro, seja por um grupo, comunidade e é necessário que esse outro se disponha a falar da sua vida. Bronislaw Malinowski (1978), poeticamente tratava essa inter-relação como "a necessidade de mergulhar na vida do outro" ao defender a observação participante. Esse mergulho na vida de grupos e culturas em que o pesquisador não pertence, exige uma aproximação baseada na simpatia, confiança, afeto, empatia, etc. Para os positivistas, essa referência a sentimentos é motivo para dúvidas a respeito do caráter científico do conhecimento produzido.

Roberto Da Matta, analisando a relação sujeito/objeto considera

A interação entre o investigador e o sujeito investigado de um mesmo universo de experiências humanas, permite superar nossos preconceitos com relação ao "outro", ao diferente e dialogar com o nativo. É nessa possibilidade de diálogo que reside a principal diferença com as ciências naturais e o seu objeto: o objeto das ciências sociais "é transparente", tem o seu ponto de vista, as suas interpretações, que muitas vezes colocam as nossas em xeque (DA MATTA, 1991)

A partir de outubro de 2009 a Abril de 2011 foi observado mais de perto, o agir das mulheres do Erva Vida procurando intuir a postura das componentes do grupo. A presença mais freqüente no Espaço desinibiu e desarmou, processualmente, àquelas poucas resistências iniciais. Nas conversas individuais ou grupais, participando/assistindo às reuniões, acompanhando os "plantões" das componentes, atendendo a clientela algumas vezes como uma "erveira", foi clarificando o entendimento do universo e das conquistas diárias do grupo.

As entrevistas semi-estruturadas, que segundo Ludke e André (1986) afora permitem uma captação imediata da informação, criam uma relação de interação entre o sujeito e o objeto, que é permeada por uma influência recíproca, foram conduzidas com base em um esquema preliminar, flexível e perfeitamente adaptável.

No presente trabalho, as entrevistas semi estruturadas foram direcionadas para quatro grupos: as componentes do Erva Vida, que participam do grupo atualmente; àquelas que já fizeram parte do grupo e que, por qualquer impedimento, não pertencem mais ao grupo; para as especialistas tradicionais benzedadeiras, que nunca participaram do grupo, mas são reconhecidas por essa comunidade como conhecedoras da temática e cuja participação foi requerida pelas pescadoras/erveiras do Erva Vida.

Foram entrevistados também, os componentes da equipe do Programa Saúde da Família - PSF, que assiste no bairro do Sossego/ Marudá, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois Agentes Comunitários da Saúde.

Obtido o consentimento prévio de todos os participantes, foram gravadas as falas e registrados os eventos com fotografias, não encontrando nenhum obstáculo de significância.

Com as “meninas” que estão atuando no Erva Vida, às entrevistas de modo geral foram realizadas no próprio Espaço, no plantão das mesmas, enquanto que as feitas junto à ex-componentes e as benzedadeiras, foram realizadas em suas próprias residências, sendo que nessas ocasiões a intermediação se dava por algum membro atual do grupo. Foi realizado um total de vinte e três entrevistas, das vinte e cinco programadas.

As entrevistas ficaram assim distribuídas:

Erveiras componentes atuais do Erva Vida	10
Erveiras afastados do Erva Vida	05
Benedadeiras/erveiras	04
Equipe do PSF	04

As entrevistas foram esboçadas, contendo 04 perguntas-ícones no intuito de nortear a conversa:

1. Você tem conhecimento sobre remédios feitos com plantas medicinais?
- 1 Você pode nos contar como adquiriu esse conhecimento?

2 Você utiliza esses remédios com você e seus familiares?

3 Quais são as plantas que você mais utiliza e como as prepara?

Durante as entrevistas, muitas vezes, não se fez necessário sequer efetuar as perguntas, porque espontaneamente eram respondidas logo após nossa apresentação e declaração do objeto da investigação. Obtivemos cooperação na quase totalidade dos casos, havendo apenas uma menção a cobrança de pedágio pelas informações, por parte de uma especialista tradicional, que nunca pertenceu ao grupo Erva Vida e reside afastada do Sossego.

Com as benzedeadas, foi acrescentada mais uma pergunta:

Como adquiriu o conhecimento sobre rezas e benzeduras?

E, com a equipe de saúde que atua no Programa Saúde da Família - PSF foram modificadas as perguntas de nº 2 e 4, ficando a seguinte redação:

2 – Você indica/prescreve remédios feitos com plantas medicinais?

4 – Seus pacientes referem o uso de plantas medicinais?

Foram entrevistados 04 membros do PSF, médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e 01 ACS, e todas as entrevistas foram realizadas na Unidade Básica de Saúde que funciona como referência ao PSF

Roda de conversa, oficina temática e procissão - Segundo Nascimento (2009), as rodas de conversa funcionam como um método de participação coletiva de debates acerca de temáticas variadas, onde são “criados” espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e escutar os outros e a si mesmos. Essas rodas de conversa motivam a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão, e envolvem um conjunto de trocas e divulgação de experiências, conversas, discussão e conhecimentos entre os participantes na roda. Foram realizadas quatro rodas de conversa, no espaço Erva Vida, e em todas ocorreu uma participação ativa e contributiva.

Oficinas - No decorrer das pesquisas foram realizadas duas oficinas, uma voltada para trabalhar com as mulheres do Erva Vida, a questão das boas práticas no manuseio das plantas medicinais, e a outra visou prestar esclarecimentos técnicos na produção das garrafadas, seus componentes e indicação de uso. Nas oficinas a sistemática utilizada, conforme refere Oliveira (2008), buscou responder as necessidades elencadas pelas protagonistas da pesquisa, no caso específico, as

pescadoras-erveiras, cujo interesse maior esteve sempre direcionado para o processo de educação continuada em plantas medicinais.

Procissão das Plantas – Outra técnica usada e pensada pelas próprias componentes do grupo foi o que elas chamaram de *Procissão das Plantas*. A procissão saiu do Espaço Erva Vida na manhã do último dia da primeira Oficina e percorreu os quintais e jardins das casas situadas no entorno do Espaço, foram visitados cerca de quinze locais, entre quintais e jardins, sendo encontrando 62 tipos diferentes de plantas, cultivadas em canteiros, em vasos de cerâmica, latas de alumínio e garrafas pet de plástico, tudo sendo aproveitado pela comunidade para o cultivo de suas ervas,

“não fico sem minhas plantas-remédios, elas me ajudam não é de agora, sempre me ajudaram, por isso qualquer cantinho eu aproveito pra plantar, mesmo que hoje em dia, na maioria das vezes, eu mande logo ver se tem no Espaço o remédio que ‘tou precisando” (M. Pescadora e Erveira, 2010)

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Pescadoras e/ou erveiras: mudanças que amadurecem

: Primeiramente, quando o grupo ainda dava seus primeiros passos, essas erveiras não abriram mão de serem chamadas de pescadoras e continuaram afiliadas na Colônia de Pescadores, para garantir seus direitos previdenciários e mais, não permitiram que seus maridos, desestimulados com a pesca rarefeita, deixassem de pagar a contribuição mensal da Colônia. O receio inicial fez com que ao se apresentarem primeiramente referirem a condição de pescadoras para em seguida falar na atividade de erveiras. Quando o grupo do mestrado do NUMA?PPGEDAM/UFGA começou o presente trabalho foi enfática e persistente a correção das falas quando a referência as denominava como erveiras

Trabalhar com o Erva Vida remete incondicionalmente à consideração da questão de gênero, pontuado nesse trabalho, com foco na relação homem-mulher, inclusive por se constituir o Erva Vida em um grupo exclusivamente feminino, onde suas componentes se autodenominam: mulheres pescadoras.

Ao envolver nessa discussão uma atividade, como a de pescador, reconhecida como primordialmente masculina, buscou-se uma fundamentação teórica com base nos estudos sobre gênero, envolvendo pescadoras no espaço amazônico, uma vez que, alguns autores amazônidas têm realizado pesquisas e estudos com foco nesta questão, articulada à atividade pesqueira. Dessa forma foi possível traçar o referencial teórico do estudo dessa problemática, embasado no que é refletido por Ligia Simonian (2006), Cristina Maneschy (1995) e Edna Alencar (1997), pesquisadoras da Universidade Federal do Pará.

As conquistas das mulheres pescadoras-erveiras do Erva Vida iniciam pelo posicionamento que assumem, não aceitando passivamente a continuidade de uma situação de desfavorecimento que passam a viver com o declínio da pesca em Marudá. Ao enfrentarem a problemática, mesmo com o ônus de se “insurgirem” contra uma “dominação” que perpassava por seus relacionamentos conjugais, onde poucas parceiras dialogavam com seus companheiros e a maioria “recebia ordens”, optam pela abertura de novos caminhos, buscando conquistas particulares e

coletivas que se estendem da autonomia pessoal até a revitalização do saber popular sobre plantas medicinais

Com uma visão crítica quanto à escassez do pescado em Marudá, que se acentuou na última década, as pescadoras-erveiras do Erva Vida, acreditam ser consequência da

“invasão” de pescadores de outros lugares, que não respeitam o período do defeso e usam redes de pesca de malha fina que pega peixe pequeno só para depois jogarem fora, sem falar que os peixes estão “fugindo” porque não agüentam o barulho do pô pô pô levando turista para Algodoal, de hora em hora, e que passam bem rente aos currais” (D. PESCADORA E ERVEIRA, 2011).

Esta realidade fomentou entre as mulheres do Erva Vida, a necessidade de realizar alguma outra atividade que resultasse em alimento para seus filhos e que lhes desse motivação de vida, pois como consequência dessa problemática outra se delineava,: sem ter peixe para pescar e manter a família, alguns homens se voltaram para o consumo de álcool, causando transtornos para o relacionamento conjugal, por que: ou se mostravam amofinados e arredios, ou se embriagavam e encolerizados maltratavam principalmente a mulher e os filhos.

Quando vi a pesca ficar vasqueira e meu marido voltar para casa, só com uma banda de dourada na mão, comecei a me preocupar com o de comer dos meninos e enquanto ele ficava mofina num canto, com um cigarro na boca e cuspiendo fogo quando a gente falava com ele, eu disse: meu Deus me mostra um caminho, meus filhos não podem morrer de fome, morando praticamente na beira do mar. Quando começaram a reunir as mulheres eu fui logo fazer parte, quando falaram em remédios de plantas eu disse logo que sabia. Eu sempre tratei meus filhos com plantas, agora ia poder comprar nem que fosse o pão pra eles, com as plantas (M. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).

Observamos que pulsava entre as componentes do grupo, uma necessidade de fazer seus relatos, gostavam de falar de si e de suas conquistas, da liberdade e do reconhecimento alcançado a partir de uma escolha feita por elas mesmas, em um determinado momento de suas vidas. Fizeram citações sobre a importância das plantas medicinais e o quanto elas estavam mescladas no todo de suas vidas:

Em uma tarde, quando acompanhávamos o “plantão” de uma das pescadoras e erveira, foram chegando as “meninas”, como elas se chamam, e a conversa começou girando sobre o presente trabalho, de repente escutamos essa declaração

“Engraçado... tu tá aqui porque tu quer saber mais de nós, do grupo, quer escrever esse teu trabalho... Mas eu não. Eu 'tou aqui porque esse é o meu ES- PA-ÇO. Aqui eu me sinto parte, dou “teco” mais aqui do que lá em casa. As filhas tão casadas, o marido não pesca mais... mas fica do portinho pra casa o tempo todo, isso me dá uma “comichão” que não agüento, quando vejo 'tou aqui no Espaço e nem sempre é o meu horário” (O. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).

Outra ocasião, observando e partilhando, a ritualística das atividades de uma plantonista, que ao chegar ao Espaço Erva Vida, abriu janelas e portas, deu uma olhada no horto de plantas medicinais que cultivam, checkou a quantidade de remédios prontos para comercialização, passou pano úmido no assoalho guarnecido de cerâmica, conferiu o caderno de anotações, a conversa fluiu sobre o início do Erva Vida, quando essa pescadora/erveira, uma das que fora mais castrada pelo marido, que não a deixava sequer ir à praia, para não se transformar em uma “mulher perdida”, fez um resumo de sua história

“A vista não deixa mais eu fazer remédio, mas não deixo de vir pra cá, aqui cuido das plantas, vendo os remédios, brinco com as “meninas”. Meu marido ainda vive falando: não sei o que te prende tanto nesse Espaço, qualquer dia eu passo lá na frente e joga tua rede. Eu atijo ele: faz isso pra tu vê se eu volto! Quando que ele faz? Ele reclama, mas hoje em dia gosta de estar aqui” (N. PESCADORA e ERVEIRA. 2010).

O Espaço Erva Vida passou a ser para essas mulheres o fórum por elas eleito para ser o lócus especial em que conseguiam discutir suas ansiedades e sonhos, longe do lar, onde o companheiro as maltratavam por conta da embriaguez contumaz.

Um depoimento enriquecedor foi de uma mulher de 76 anos, lúcida e saudável, feito ao lado do marido semi-inconsciente há 03 anos, sequelado por Acidente Vascular Cerebral – AVC e que durante toda a vida adulta foi pescador e alcoólatra

“Criei só, onze filhos, com a ajuda de Deus, da pesca, da máquina de costurar e das ervas. O marido pescava e bebia o produto da pesca antes de chegar em casa. Já chegava porre, sem dinheiro, sem peixe e com a rede pra eu consertar. Sempre tive planta em casa, meus filhos adoeciam, corria pro quintal, e o que fosse que tivessem sentindo já ia fazendo chá, ou aquecendo folha pra emplastar ou misturava andiroba com cabacinha e curava a garganta. Se era diarreia, pegava logo o “grelô” da goiaba e fazia chá. Esse dinheiro o dono da farmácia lá em Marapanim não viu, porque farmácia em Marudá só agora que tem, uma. E médico de segunda a sexta? Só agora tem, um japonês, que diz o pessoal, é bom” (M. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).

A evidente e crescente dificuldade para o homem cumprir com a “obrigação” de trazer o alimento para o lar, pois a maioria era filho de pescador, aprendera o ofício acompanhando o pai desde criança e poucos sabiam fazer algo além de pescar, redundou em oportunidade para que o marido consentisse em que a mulher exercesse outras atividades, fora a pesca, mesmo que fora do lar, mas somadas às “do lar”, objetivando angariar recursos para alimentar a si e à prole.

Essa alteração nos papéis da organização familiar tradicional dos pescadores, até então hegemônica, segundo Alencar (1997), ensejou um novo comportamento da mulher pescadora marudaense, refletido no processo de transformação do trabalho, no caso específico do Erva Vida, com o acréscimo da função de erveira e propiciando o exercício da autonomia pessoal.

A significância dessa conquista encontra substrato no depoimento de uma das mais jovens mulheres pescadoras-erveiras

“Eu fugi de casa pra viver com meu marido com 14 anos. Meu pai nunca me bateu, mas apanhei muito do marido, ele bebia e era muito bruto. Quando começou o Erva Vida, minha mãe me convidou e meu marido não deixou. Eu fugia e vinha pro Espaço, aprendi muito no Espaço, sobre a vida e sobre os cuidados para fazer os remédios... já sabia um pouco, porque minha mãe nos curava com plantas. Passei a enfrentar meu marido. Não me sentia mais dependente dele e ele passou a me respeitar. Hoje estudamos à noite e somos catequistas dos jovens” (M. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).

As primeiras informações deste depoimento feito em uma roda de conversa encontra substrato no que Boaventura Santos (2001), reflete sobre a organização social, “as relações sociais familiares estão dominadas por uma forma de poder, o patriarcado, que está na origem da discriminação sexual de que são vítimas as mulheres”, confirmando as observações de Maneschy (1995) e Simonian (2006), em estudos realizados com mulheres pescadoras da Amazônia. A fala da jovem



pescadora- erveira dá eco não somente a sua conquista pessoal, mas ressoa como som de muitas vozes onde outras componentes se viram contempladas.

O ganho de autonomia, auto estima e visibilidade é perceptível nas falas das mulheres, pontuadas por observações do tipo, “agora minha voz é ouvida lá em casa”, “venho para o Espaço e comunico pro marido, mas antes, no início do Erva Vida, ele fechava a porta e não me deixava sair”, “quando vamos comprar alguma coisa, ele pergunta: e ai mulher, dá pra gente levar? mudou tudo agora!”

#### **4.2 As plantas medicinais na vida das mulheres do Erva Vida**

Às pescadoras-erveiras tiveram uma pequena noção da importância do trabalho que elas executam quando observaram que seus conhecimentos tinham significância para os pesquisadores da UFPA, que as ouviam com interesse.

O conhecimento de remédios feitos com plantas medicinais, para sintomas e diagnósticos básicos, foi certamente um dos parâmetros que cooperaram na modificação acontecida na vida de muitas mulheres do Erva Vida, que guardam desde as primeiras reuniões, um singular rito no início dos trabalhos, elas fazem uma oração pedindo a Deus que as oriente em todos os segmentos da produção dos remédios, da plantação até a comercialização, pedindo fé e sabedoria, para que os produtos que elas elaboram tragam saúde sem efeitos adversos.

Essa observação com os cuidados sobre os efeitos adversos é representativo do desejo que erveiras possuem de estarem se atualizando constantemente sobre plantas medicinais.



**Figura 01** Participação interessada das pescadoras- erveiras.

Durante a primeira oficina, em fevereiro de 2010, a pescadora-erqueira S., fez um relato, com detalhes, de sua experiência com as plantas medicinais.

“eu sempre cuidei dos meus filhos com remédio de planta, principalmente chás, quando via as crianças ranger os dentes e ficar com bucho grande e parrudo, pra mim era sinal que 'tavam cheias de “bichas”, ai eu dava chicória com marupazinho e depois, chá de pariri, pra anemia.... Comigo mesma, a grande experiência tem dois anos que aconteceu. Eu fui operada na barriga pra tirar o útero, lá em Belém. Quando cheguei na minha casa, meu marido pegou a receita do médico e já ia “aviar fiado” na farmácia, e eu não deixei. Tava sentindo a boca grossa e a barriga inchada de tanto remédio tomado no hospital. Disse pra ele que eu ia me tratar só com plantas e foi assim que eu fiz: banho de assento de verônica pro escorrimento, tintura de jucá para limpar o local que fui cortada e chá de pariri pra anemia, porque a gente perde muito sangue nessas coisas. E 'tou aqui eu, boazinha, pra contar a história” (S. PESCADORA e ERVEIRA, 2010).



Foto 02 Participantes da procissão das plantas em um quintal.

Durante a procissão das plantas realizada ao final da primeira oficina foi perceptível a euforia das erveiras do Erva Vida que nos jardins e quintais tiveram oportunidade de mostrar seus saberes na identificação das plantas medicinais, nos cuidados na hora de colher, nas indicações de uso e na especificação das plantas

que servem para doenças naturais e das que são usadas para tratamentos não naturais, como benzer, para afastar mal olhado.



Figura 03 Coordenador do LAEF e líder do Erva Vida na Procissão

Apesar do calor, pesquisadores da UFPA e erveiras do Erva Vida, enfrentam animadamente o sol das 10h da manhã, durante a procissão das plantas medicinais e percorrendo ruas, jardins e quintais vão identificando e trocando saberes sobre as ervas encontradas

Nessa procissão foram identificadas, com o nome popular como são conhecidas no local, as seguintes plantas medicinais, tanto as encontradas nas ruas percorridas assim como as cultivadas em jardins e quintais das casas visitadas, onde indistintamente tivemos o acesso liberado:

#### Quadro 01 - PLANTAS ENCONTRADAS NA PROCISSÃO DAS PLANTAS

Agirú	Cabí	Cipó pucá	Ipecacuanha
Algodão	Camapú	Cola osso	Insulina
Amor crescido	Catinga de Mulata	Corrente/elixir paregórico	Jamacarú/mandacaru
Anador	Canarana	Cravo de defunto	Jambú
Apuí	Canela	Erva de Jabuti	Japana
Arruda	Capim santo	Gengibre	Jucá
Babosa	Cidreira	Gergelim	Losna
Boldinho	Cipó d"alho	Hortelã da folha grande	Malva rosa
Mangueira	Manjeriço	Meracilina	Mastruz
Matapacho	Neem	Pariri	Pirarucu
Pega pinto	Pião branco	Pião roxo	Picão
Pripioca	Quebra pedra	Sabugueiro	Salsa
Sucuuba	Taja cauã	Tetraciclina	Urtiga branca
Unha de gato	Vassourinha de botão	Vinagreira	Vindicá

Um interesse demonstrado continuamente pelas mulheres do Erva Vida reside no crescimento de conhecimentos sobre plantas medicinais. A identificação botânica das mais encontradas durante a procissão foi uma proposição feita ao grupo no sentido de conhecerem e se familiarizarem com a nomenclatura oficial.

Quadro 02- Identificação botânica das plantas mais encontradas na Procissão

ALGODÃO ( <i>Gossypium hirsutum</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malvales Juss.</u>
	familia: <u>Malvaceae Juss.</u>
	genero: <u><i>Gossypium</i> L.</u>
CABI-DO-PARÁ	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malpighiales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Malpighiaceae Juss.</u>
	gênero: <u><i>Cabi</i> Ducke</u>
PICÃO ( <i>Bidens sulphurea</i> )	Classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Asterales Link</u>
	familia: <u>Asteraceae Bercht. &amp; J. Presl</u>
	gênero: <u><i>Bidens</i> L.</u>
AJIRÚ ( <i>Chrysobalanus icaco</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malpighiales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Chrysobalanaceae R. Br.</u>
	genero: <u><i>Chrysobalanus</i> L.</u>
BOLDINHO ( <i>Plectranthus ornatus</i> Codd)	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Lamiales Bromhead</u>
	familia: <u>Lamiaceae Martinov</u>
	genero: <u><i>Plectranthus</i> L'Hér.</u>
MASTRUZ ( <i>Chenopodium ambrosioides</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Caryophyllanae Takht.</u>
	ordem: <u>Caryophyllales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Amaranthaceae Juss.</u>
	genero: <u><i>Chenopodium</i> L.</u>
PARIRI ( <i>Arrabidaea chica</i> Verlot)	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Lamiales Bromhead</u>
	familia: <u>Bignoniaceae Juss.</u>

	genero: <u>Arrabidaea DC.</u>
NEEM ( <i>Azadirachta indica</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Sapindales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Meliaceae Juss.</u>
	genero: <u>Azadirachta A. Juss.</u>
PIÃO ROXO ( <i>Jatropha gossypifolia</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malpighiales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Euphorbiaceae Juss.</u>
	genero: <u>Jatropha L.</u>
PEGA PINTO ( <i>Boerhavia paniculata</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Caryophyllanae Takht.</u>
	ordem: <u>Caryophyllales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
APUÍ (Cecropiaceae)	familia: <u>Nyctaginaceae Juss.</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
VASSOURINHA DE BOTÃO ( <i>Borreria verticillata</i> )	ordem: <u>Urticales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Gentianales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
PIRARUCÚ	familia: <u>Rubiaceae Juss.</u>
	genero: <u>Borreria G. Mey.</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Myrothamnanae Takht.</u>
CATINGA DE MULATA ( <i>Tanacetum vulgare</i> )	ordem: <u>Saxifragales Bercht. &amp; J. Presl</u>
	Familia: <u>Crassulaceae J. St.-Hill.</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
MALVA ROSA ( <i>Alcea rósea</i> )	ordem: <u>Asterales Link</u>
	familia: <u>Asteraceae Bercht. &amp; J. Presl</u>
	genero: <u>Alcea L.</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
VINAGREIRA ( <i>Hibiscus sabdariffa</i> )	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malvales Juss.</u>
	familia: <u>Malvaceae Juss.</u>
	genero: <u>Alcea L.</u>
	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>

	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malvales Juss.</u>
	familia: <u>Malvaceae Juss.</u>
	genero: <u>Hibiscus L.</u>
PIÃO BRANCO ( <i>Jatropha curcas</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Rosanae Takht.</u>
	ordem: <u>Malpighiales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Euphorbiaceae Juss.</u>
	genero: <u>Jatropha L.</u>
URTIGA BRANCA ( <i>Lamium álbum</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Lamiales Bromhead</u>
	familia: <u>Lamiaceae Martinov</u>
	genero: <u>Lamium L.</u>
SUCUUBA ( <i>Himatanthus sucuuba</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Gentianales Juss. ex Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Apocynaceae Juss.</u>
	genero: <u>Himatanthus Willd. ex Schult.</u>
ERVA DE JABOTI ( <i>Peperomia pellucida</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Magnolianae Takht.</u>
	ordem: <u>Piperales Bercht. &amp; J. Presl</u>
	familia: <u>Piperaceae Giseke</u>
	genero: <u>Peperomia Ruiz &amp; Pav.</u>
BABOSA ( <i>Aloe vera</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Lilianaes Takht.</u>
	ordem: <u>Asparagales Link</u>
	familia: <u>Xanthorrhoeaceae Dumort.</u>
	genero: <u>Aloe L.</u>
JAPANA ROXA ( <i>Eupatorium triplinerve VAHL</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Asterales Link</u>
	familia: <u>Asteraceae Bercht. &amp; J. Presl</u>
LOSNA ( <i>Artemisia absinthium</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>
	ordem: <u>Asterales Link</u>
	familia: <u>Asteraceae Bercht. &amp; J. Presl</u>
	genero: <u>Artemisia L.</u>
MERACILINA ( <i>Graptophyllum pictum</i> )	classe: <u>Equisetopsida C. Agardh</u>
	subclasse: <u>Magnoliidae Novák ex Takht.</u>
	superordem: <u>Asteranae Takht.</u>

	familia: <u>Acanthaceae Juss.</u>
	genero: <u>Graptophyllum Nees</u>



**Figura 04** Canteiro de várias ervas feito com restos de uma canoa

Também na visita feita aos quintais e jardins das casas de pescadores situadas no entorno do Espaço Erva Vida observamos que além do terreno, todo espaço livre e utensílio é aproveitado para o cultivo das plantas.

Em um dos quintais encontramos e fizemos o registro fotográfico de uma velha canoa que foi elevada e transformada em canteiro, onde vicejam várias plantas medicinais tratadas com adubo orgânico e que já contribuíram para a elaboração de muitos remédios caseiros, pois é fundamental para o aproveitamento racional e não predatório dos recursos naturais, o conhecimento tradicional sobre o meio ambiente e o manejo de plantas medicinais (CASTELLANI, (2003).

Nas entrevistas com as erveiras, foi feita a citação de sessenta e três plantas, guardando uma média de 10 referências de plantas por entrevistada.

**Tabela 01 – RELAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS MAIS CITADAS**

NOME POPULAR	Nº DE VEZES CITADA
Algodão	14
Jucá	12
Pariri	12

Gengibre	10
Pirarucu	09
Quebra Pedra	09
Boldinho	07
Andiroba	07
Hortelã da folha grande	07
Babosa	06
Goiabeira	06
Losna	06
Arruda	06
Espinheira Santa	05
Açoita Cavallo	05
Pega Pinto	05
Vindica	04
Insulina	04
Japana	04
Catinga de Mulata	04

As mais citadas pelas entrevistadas são encontradas no horto do Erva Vida e compõem o arsenal de remédios do grupo.

Foi realizado um comparativo entre as plantas medicinais mais observadas durante a Procissão e as mais referidas pelas mulheres erveiras entrevistadas. A andiroba mesmo que não tenha sido encontrado "in natura" na visitação aos quintais e jardins, ela foi sempre citada nas entrevistas.

Quadro 03 - Dez plantas mais citadas nas entrevistas e as alegações de uso

NOME DA PLANTA	PARTE USADA	MODO DE USO	INDICAÇÃO POPULAR
ALGODÃO	fls.	chá, sumo	Infecção respiratória/dor no ouvido
JUCÁ	fls./baga	chá/macerada	infecção/anemia
PARIRI	fls.	Chá	anemia /cólicas menstruais



GENGIBRE	raiz	Sumo	náuseas/infecção respiratória
PIRARUCU	fls.	chá, sumo	gastrite, antiinflamatório
QUEBRA PEDRA	raiz	Chá	pedra nos rins
BOLDINHO	fls.	Chá	dor no estomago/fígado
ANDIROBA	óleo	uso ext.	inchaços externos
HORTELÃ folha G	fls.	Chá	diarréia/verminose
GOIABEIRA	grelo	Chá	Diarréia

Produção do Erva Vida - A produção de remédios do Erva Vida é toda artesanal e é composta de garrafadas, xaropes, óleos, compostos, tinturas e pomadas, sendo que os xaropes, as garrafadas e as tinturas são os produtos mais comercializados.

Quadro 04 - Relação e composição dos produtos mais vendidos pelo Erva Vida

PRODUTOS	COMPOSIÇÃO
1 – Tinturas – o grupo Erva Vida trabalha com 17 tinturas, as quais representam o maior contingente de produção de remédios artesanais das erveiras.	Espinheira santa, arnica, boldo, quebra pedra, barbatimão, transagem, açoita cavalo, assacu, cascara sagrada, pata de vaca, marapuama, sene, araueira, elixir paregórico, mulungu, unha de gato
2 - Xaropes - são 03 os principais xaropes produzidos pelo Erva Vida: o Vegetal, o Expectorante e o Gargamel. Todos tem boa aceitação ente os nativos e visitantes de Marudá.	Mangueira, alfavaca, jambú, hortelã do maranhão, gengibre, anador, calendula, pirarucu, aroeira, eucalipto, mastruz, eucalipto, sabugueiro, transagem, sucupira, abacate, pariri, mel.

3 – As garrafadas têm um público certo com destaque para a energética, a da mulher e a de mel e babosa.	Jucá, imbiriba, catingueira, transagem, verônica, copaíba, mastruz, algodão, canela, noz moscada, súcuba, mel e álcool de cereal.
4 – Óleos e Compostos funcionam como coadjuvante na produção e comercialização dos remédios artesanais do grupo, com destaque para o óleo para reumatismo e o óleo para contusões	Arnica, pimenta malagueta, alho, azeite de oliva, arruda, mastruz, losna, assacu, vassourinha de botão, gengibre, espirradeira, copaíba, maracujá, sene, mulungu, açoita cavalo, súcuba, unha de gato, espinheira santa e anador.

As tinturas são resultantes da extração da planta medicinal seca e triturada, que primeiramente é umedecida com o álcool já devidamente preparado a 70° GL, ou cachaça, em seguida é acrescentado 1 litro de álcool de cereal ou cachaça, para cada 200g de planta medicinal; o frasco é colocado protegido da luz e deixado macerar por 10 dias. Nesse período, diariamente o frasco é levemente agitado e, após o décimo dia o produto é coado, guardado em frascos escuros e etiquetados com as informações relativas ao nome da planta, data da validade, fabricação, uso e dosagem. Há tinturas que podem ser diluídas em água, como por exemplo, a de boldo, indicada para problemas digestivos. O tempo médio de validade desses remédios é de 01 ano. As tinturas também podem ser usadas como insumo no preparo de pomadas e xaropes.



Figura 05 Algodão e pariri, estão entre as plantas medicinais mais citada

O Erva Vida produz cerca de 17 tipos de tinturas. E entre as mais procuradas estão as de: boldo, espinheira santa, jucá, unha de gato, açoita cavalo, pata de vaca, arnica e barbatimão.



Foto 06 Prateleiras com tinturas, xaropes e garrafadas do Erva Vida

O xarope é constituído de uma medida de açúcar e metade dessa mesma medida de água, que é levado ao fogo até formar uma calda grossa. Depois de fria, mistura-se uma xícara de chá da calda para uma xícara de chá da tintura.

O xarope mais vendido no Erva Vida é o Gargamel, que possui em sua composição o gengibre, a romã, a semente da sucupira, o limão, a tranchagem, nesse xarope, em particular, o veículo não é a calda de açúcar e sim o mel de abelha.



Foto 07 Xarope anti- anêmico, expectorante.....produtos Erva Vida

O chamado xarope expectorante é também muito procurado e tem em sua composição o algodão, a hortelã da folha grande, a japana, o gengibre e vagem de jucá. E o xarope vegetal tem na sua composição casca de mangueira, misturadas com folhas de algodão e pirarucu, somadas à casa do cupim cozida.



Figura 08 Canteiro no horto medicinal do Erva Vida

Todos os três xaropes têm uso alegado para tratar sinais e/ou sintomas de doenças respiratórias, o que confirma o perfil referido pela equipe do PSF, quando elencou entre as patologias mais freqüentes, as infecções respiratórias agudas

Garrafadas – São 03, as garrafadas produzidas pelo Erva Vida. Entende-se como garrafada ou vinho medicinal, como alguns gostam de chamar, o remédio caseiro formado a partir da mistura de folhas secas (50g) ou frescas (100g) de mais de duas plantas medicinais, que depois de cortadas em pedaços pequenos se frescas e transformadas em pó se secas, são misturadas em um litro de vinho. São coadas após macerarem por oito dias, colocadas no próprio vidro do vinho, etiquetadas e guardadas em local fresco, de preferência na geladeira. A validade das garrafadas é de 60 dias.

O Erva Vida produz alguns tipos de garrafadas e entre as mais solicitadas pelos nativos e veranistas está a garrafada da saúde.

O óleo reumático contém gengibre, pimenta malagueta e alho, tem como veículo o óleo de coco. Muito utilizado em massagens e “afumentações” nas articulações ósseas com sinais ou sintomas de doença reumática, o óleo reumático

é uma alternativa terapêutica preferida pelos mais idosos de Marudá e não apenas por eles já que uma médica que visitava o Erva Vida por ocasião de uma roda de conversa no Espaço, referiu que adquire as tinturas e o óleo reumático para uso pessoal, assim como os prescreve aos seus pacientes no município de Ananindeua, confirmando com essa postura o que cita Rosenfeld (1999) que afirma que antes da farmacêutica moderna, os médicos tratavam seus pacientes com plantas medicinais “e faziam um bom trabalho”.



Figura 09 Erva Vida: o laboratório fica no segundo andar

#### 4.3 A etnomedicina das benzedeadas

Benzedeadas/Rezadeiras – Em Marudá encontramos realizando uma medicina popular, com forte apelo religioso 04 mulheres, que além do ofício de parteiras e erveiras também se “sentiram” escolhidas para benzer e rezar quem as procurasse, “do mesmo jeito que minha mãe fazia”, enfatizaram.

Essas erveiras/benzedeadas entrevistadas, relataram que nunca participaram do Erva Vida, mas conhecem o trabalho do grupo e o recomendam para as pessoas que recorrendo aos seus saberes são diagnosticadas pelas rezadeiras como portadoras de “apenas doenças naturais”. Foi constatado que a relação de plantas medicinais indicadas ou utilizadas pelas rezadeiras guarda uma semelhança muito estreita com aquelas utilizadas no Erva Vida.

Algumas características destas rezadeiras chamam a atenção com destaque para o fato de que, apesar de seus maridos terem sido pescadores e elas terem praticado, ao lado deles, atividades consideradas por Simoniam (2002) como típicas do ofício, que são àquelas ações realizadas “em terra”, elas não aceitam serem

chamadas de pescadoras nem de erveiras, em especial, as duas que ainda executam a função de benzedeira. Essas 04 mulheres gozam do respeito e admiração do grupo Erva Vida, cujas componentes recorrem aos serviços de benzeção dessas especialistas tradicionais.

Nas entrevistas com as benzedeiros foi observado que na ritualística do atendimento etnomédico, elas primeiramente fazem uma anamnese centrada no histórico dos sinais e sintomas apresentados e referidos, inquirir sobre a relação familiar, pessoal e a satisfação com o trabalho, fazendo uma varredura holística, buscando identificar a causa, ou causas, para então diagnosticar se a doença é natural ou se é resultante de interferências do sobrenatural. Dor de cabeça, por exemplo, pode ter causa natural ou não. Para a elucidação diagnóstica as informações prestadas pelo paciente e/ou acompanhante são vitais para a benzedeira

Faço o que aprendi com meus antepassados, usando a fé nas rezas, nas ervas e também a intuição que os guias espirituais me dão. Se 'tá com dor de cabeça, pergunto logo se tem problema de vista ou pegou chuva ou comeu demais, aí sei logo que é problema natural, benzo e ensino meus chás ou mando pro Erva Vida ou procurar médico. Agora se tem tristeza, mofineza... vejo logo que é encosto ou mau olhado..., crendo que o bem vence o mal, faço a benzeção, a reza, os chás e os banhos..., nos dias certos, nas horas certas, com as ervas certas... acompanho até a dor desaparecer, a esperteza da pessoa voltar e desfazer a força da malvadeza (D. BENZEDEIRA, 2011)

A resolução da problemática apresentada, assim como a presença de toda uma representação simbólica presente no processo "saúde/doença", está ligada à forma de ver o mundo e se relacionar com ele, conforme citação da antropóloga Denize Adrião (2011).

A ação das benzedeiros conflui para as causas de adoecimento em que a ação do sobrenatural sobrepõe-se ao natural e, conforme o observado em Marudá, as benzedeiros quando avaliam que a problemática, conforme referem "não é de minha alçada", encaminham para quem tem poder de resolutividade. Duas das benzedeiros se dizem especialistas, Dona D. de 87 anos, se intitula especialista em Jucá (*Caesalpinia ferrea* M), a quem considera um remédio milagroso, produz garrafadas e "merthiolate" com a infusão das favas deste vegetal e os comercializa na sua residência, local onde concedeu entrevista. A outra benzedeira especialista é Dona S. que refere dar solução a todas as seqüelas motoras de Acidente Vascular

Cerebral – AVC, como um macerado para “fumentação” que faz com 03 ervas, cuja identidade se constitui segredo “profissional” uma vez que insiste em não revelar as plantas medicinais que utiliza.



Foto 10 Dona D. benzedeira e especialista em *Caesalpinia férrea* M. “Jucá”.

Mal olhado, quebranto, espinhela caída, “desmentidura”, “cobreiro”, “isipla” e panemice re as causas mais usuais, entre os que procuram as benzedeiras em Marudá.

Com relação à Panema, também chamada Panemice, as benzedeiras entrevistadas fizeram referência à incidência mais elevada de casos em Marudá, em pescadores do sexo masculino, destacando, entretanto estas especialistas profissionais, que a Panemice é entre as etnodoenças uma das mais fáceis de curar, sendo todos os casos, neutralizados com simples banhos de determinadas ervas como: comigo ninguém pode, manjerona, vindica, malva rosa, e defumações com alho e/ou pimenta, ambos, banhos e defumação, por sete dias.

Na comunidade de Marudá, a crença sobre a panemice permeia a vida privada e coletiva da comunidade, e está intimamente ligada às técnicas da pesca artesanal. Assim sendo, a vítima da panema além do pescador pode ser um de seus objetos de trabalho, que são tidos como “atingidos” por idêntica força negativa e incapacitante que “acertou” o pescador.

A definição de panema no linguajar do caboclo da Amazônia tem o significado de “má sorte”, “infelicidade”, incapacidade de agir ou reagir. As causas da panemice são reconhecidas pelos pescadores e na medida em que podem, as evitam. Um pescador, por exemplo, com repetidos insucessos em seu labor, não os credita a causas naturais, mas acredita que ele próprio ou um de seus instrumentos de trabalho como a rede, a linha ou o anzol, estejam *empanemados*. (GALVÃO, 1976)

Há toda uma ritualística preservada para a feitura dos banhos prescritos para eliminar a panema: as ervas são coletadas cedo da manhã e colocadas para ferver antes das seis horas da tarde, a seguir são postas para “serenar” (em bacias de alumínio que ficam expostas ao sereno da noite) o que, segundo a benzedeira, garante a “energização”, o “poder” do banho. Dependendo do grau da panemice, o tratamento dura 03 ou 07 dias, informação que se identifica com o que foi observado por Galvão (1976).

Com relação ao “agente etiológico” da panemice, em comunidades pesqueiras, como é a presentemente estudada, os mais referidos pelas benzedeadas são:

- o toque nos utensílios da pesca por uma mulher grávida ou menstruada ou
- atirar ossos ou espinhas de peixe no quintal ao alcance de animais domésticos.

Essas mesmas causas foram identificadas e referidas por Galvão (1976) em estudo semelhante realizado no baixo Amazonas.

Herbert Benson (1980) fazendo uma reflexão sobre a etnomedicina e a moderna medicina ocidental, com base na postura desses especialistas tradicionais, refere que

na medicina primitiva as pessoas eram tratadas de forma integral, indivíduos totais, sem fragmentação, mas as terapias “novas e científicas” pecam e minimizam suas vantagens devido compartimentalizar e especializar a abordagem da doença, desprezando o fato de o ser humano ser uno, integrado em corpo e mente (Benson, 1980)

A relação “médico-paciente” centrada no doente e não na doença e mais, que vê e cuida do doente de uma forma total, sem reducionismo é perceptível “a olho nu”



na postura das benzedadeiras e estampa a diferença entre a atitude do médico formado na academia, totalmente desconectado com a questão social que permeia todo o processo, conforme refere Rosen (1979) e a daqueles que são forjados no conhecimento da cultura, saberes tradicionais e populares do local.

Essa visão holística sobre o humano que está necessitando de assistência à saúde, torna-se o grande divisor quando é feito o comparativo entre as abordagens realizadas pelo PSF e pela rezadeira, considerando que ambos, agente comunitário de saúde e rezadeira são partes integrantes da mesma comunidade. Entre as erveiras do Erva Vida ouvimos declarações que sintetizam como está ocorrendo o relacionamento entre os sujeitos sociais

O agente do PSF no início conversava, queria saber da gente e das doenças que cada um tinha, ensinava e na outra semana estava de volta querendo saber como a gente tava, se alguém adoecia, ele chamava a enfermeira, marcava consulta com o médico, depois foi rareando as visitas, já passava e nem entrava em casa e hoje, pode perguntar aqui no Espaço pra qualquer uma e tu vai ver que ninguém nem conhece mais quem é o ACS de tanto tempo que não aparece (M. e N. ERVEIRAS/2010)

#### **4.4 Nomenclatura popular – a sabedoria simplificada**

Uma das singularidades encontrada em boa parte da região amazônica e desses brasis que se complementam, está relacionada com a nomenclatura peculiar que o caboclo/ribeirinho usa para designar seus processos de adoecimento. Essa foi outra peculiaridade observada na comunidade local de Marudá, durante a construção da anamnese etnomédica que é realizada seja pelas benzedadeiras quando assistem seus pacientes, seja pelas pescadoras-erveiras do Erva Vida quando indicam seus produtos aos usuários que procuram este local para adquirir um remédio com plantas medicinais.

Com base nas informações colhidas e no observado foi realizado o registro desses saberes e o comparativo com a nomenclatura utilizada na medicina acadêmica.

Entretanto foi considerado pertinente deter-se em um dos nomes - citado com extrema freqüência - levado pela lógica do trabalho ter afinidade com o gênero feminino: Mãe do Corpo, que é falado referindo-se ao útero, que remete à fecundação, procriação, criação e nascedouro do novo ser a quem abriga, como mãe, por trinta e oito semanas. Entre útero e mãe do corpo, o mais representativo e significativo é o termo do linguajar caboclo.

Quadro 05 – Nome popular e científico de doenças, órgãos e sintomas

<b>Etnomedicina</b>	<b>Medicina acadêmica</b>
Mãe do Corpo	Útero
Empachamento e/ou cheiura	plenitude gástrica
Esipra/Vermelha	Erisipela
Resguardo	quarentena puerperal
Cobreiro	herpes zoster
Espinhela caída	anomalia no apêndice xifóide
Derrame, congestão	AVC - Acidente Vascular Cerebral
Escorrimento/Flores branca	Leucorréia
Resguardo	Período puerperal
Remoso	Alergênico
Isquinência	gânglios linfáticos enfartados
Moleira	Fontanela
Desmentiu	Entorse
Convulsão	Convulsão
Constipado	resfriado com coriza
Lombriga	Ascaris lombricóides
Tuxina	Enterobius vermicularis
Comichão	coceira, prurido
Íngua	enfartamento ganglionar

#### 4.5 Um PSF que caminha ao encontro de seu perfil

PSF de Marudá - As entrevistas com os membros do Programa Saúde da Família, ocorridas todas na Casa Família que é atrelada fisicamente e administrativamente a Unidade Básica de Saúde, resultou na constatação de que, entre os quatro membros da equipe que foram entrevistados, o médico foi o profissional que se mostrou mais sensível e interessado sobre a temática.

O enfermeiro, uma das técnicas de enfermagem e um dos Agentes Comunitários de Saúde ouvidos, declararam-se descrentes dos efeitos das plantas medicinais.

Gomes et al.(2007), refere que estar acessível à alteridade nos serviços de saúde é pressuposto de sair da zona de conforto e segurança garantidos pelos pressupostos científicos. Entretanto devemos buscar pelo menos uma prática responsável que ouse escapar dos limites cartesianos das profissões da saúde e se exponha a alteridade com os usuários e outros membros da equipe da saúde..

Sabe-se que o vínculo tecido entre o paciente e a equipe de saúde tem maior significância quanto maior for a inclusão do usuário no serviço.

Guizard (2005) refere que a origem histórica das ações de saúde, no Brasil, é coerente com a hegemonia capitalista da sociedade que vivemos, onde é mínima a dimensão cuidadora e humanística,o paciente não é ouvido, não é considerado como sujeito possuidor de saberes e valores simbolicos fundamentais para a efetivação da sua saúde.

O médico e o enfermeiro declararam que a dificuldade para aderirem à prática de prescrever remédios feitos com plantas medicinais, está ligada ao fato de não terem recebido na Acadêmia nenhuma informação sobre o assunto. Referiu o médico que, de sua experiência de três anos no PSF, observando e acompanhando a evolução de alguns casos, hoje em dia, recomenda o uso de Andiroba, para processos inflamatórios resultantes de contusões, uso tópico, e quando seus pacientes referem que estão usando chás, pergunta se estão sentindo melhora nos sintomas referidos e em caso positivo (que tem sido unanimidade), prescreve um alopático mas estimula o paciente a continuar usando “suas ervas”.

A observação do médico do Programa Saúde da Família de Marudá no que concerne a prescrever a andiroba só após observar a alegação de uso encontra analogia com o que é referenciado por Rosenfeld (1999)

No século XVII os nativos da selva peruana disseram a um padre jesuita que a casca de uma árvore podia baixar a febre. Mostraram alguns casos. O padre, convencido, experimentou em alguns doentes febris. Funcionou e mudou o curso da história do sofrer humano pois o ingrediente ativo da casca era o quinino, ainda hoje usado para tratar a malária

O grupo teve alguns posicionamentos direcionados:

- com base no que ouvem durante o atendimento que realizam junto a população, concordaram que certamente seus pacientes vão optar, em sua maioria, por remédios com plantas medicinais, se esta alternativa lhes for oferecida no SUS/PSF;

- a importância e validade de participarem de cursos e/ou oficinas sobre o uso de plantas medicinais como alternativa terapêutica .

O posicionamento inseguro da equipe do PSF, quanto a utilização das plantas medicinais, é um reflexo, em grande parte, da visão cartesiana da academia, em especial na área afeita às ciências da saúde, onde o saber e a cultura popular, estão ainda tateando à procura de seus espaços.

O médico quando refere indicar o uso da andiroba, após constatar o efeito anti-inflamatório em seus pacientes, referencia a lógica desse conhecimento tradicional/popular: alegação de uso. A controvérsia se institui porque o médico só crê porque acompanhou o processo como um todo, mas se a alegação de uso for só do paciente ou familiares, a hipótese de aceitar é remota. Pode até não refutar mas institui também um alopático.

A equipe do Programa Saúde da Família, de Marudá, considerando que a Secretaria de Saúde de Marapanim não forneceu os dados relativos a morbidade de Marudá do ano de 2010, previsivelmente já trabalhados pelo sistema de informações ambulatoriais do SUS, traçou um perfil sintético da morbidade na comunidade de Marudá no ano de 2010, entre os que demandaram a Unidade de Saúde e/ou foram assistidos pela equipe de saúde do Erva Vida, com base no CID-10.

Quadro 06 - Demonstrativo da morbidade em Marudá/2010

J00-J99	Doenças do aparelho respiratório
K00- K93	Doenças do aparelho digestivo.
A00- B99	Doenças infecciosas e parasitárias.
N00- N99	Doenças do aparelho geniturinário.
L00- L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.
M00- M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
E00- E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
I00- I99	Doenças do aparelho circulatório.

Fonte: Equipe do PSF de Marudá, março de 2011

As patologias mais freqüentes dentro desse quadro de morbidade foram: bronquite, gripe, enterites, gastrites, infecção urinária, cervicite, furunculose, reumatismo, diabetes e hipertensão arterial.

Este quadro de morbidade guarda semelhança com o que acontece no Erva Vida por ocasião da aquisição dos produtos, quando a “plantonista” solicita esclarecimentos sobre as motivações da compra, além do contumaz pedido de indicação às erveiras, por parte dos usuários, após citarem os sintomas clínicos que desejam neutralizar.

No perfil de morbidade referido pela equipe do Programa Saúde da Família chamou atenção o fato de que vem aumentando a incidência de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus. certamente com a significativa cooperação da migração de muitos aposentados idosos para Marudá.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A planta como recurso utilizado na medicina brasileira não é uma inovação, pois já é presente entre nós, bem antes do descobrimento por Cabral, portanto não se cogitou de implantar e sim revitalizar a utilização pois tem compatibilidade cultural com as tradições populares.

No presente estudo foi observado que o grupo Erva Vida cresceu em dignidade e auto-estima a partir do conhecimento terapêutico sobre plantas medicinais, que lhes fora passado oralmente e por vivência, por seus antepassados. O que se constitui em um dado importante na defesa da revitalização do uso desse recurso natural, o qual somado com as diversas conclusões obtidas em teses e dissertações recentes, sobre a temática, clarifica a idéia de que a incorporação desta alternativa terapêutica, no sistema brasileiro oficial de saúde, já é uma realidade.

Certamente que ocorreu ascensão econômica entre as componentes do Erva Vida, mas as próprias erveiras enaltecem e potencializam em suas falas, como a maior conquista, o sentimento de se verem parte e construtoras de um mover que deu significância a suas vidas. Espaços, fóruns - como o Erva Vida foi e é para essas mulheres - representam possibilidades não apenas de troca de informações, mas também de reflexões que vão, como observamos no presente trabalho, propiciar a conquista da liberdade e o fortalecimento da autonomia

Autonomia foi a grande conquista do Erva Vida. Uma autonomia que se configura como a somatória de uma série de variáveis como liberdade, visibilidade, segurança, auto-estima e capital social.

Autonomia que pode ser resumida como a capacidade de se expressar e agir, inclusive influenciando. E essa influência se fez notória nesses quinze anos de caminhada, a partir da mobilidade na organização social que impulsionaram em seus lares, quando literalmente partiram na busca do pão para seus filhos.

De mulheres destituídas do direito de agir, que não experimentavam nenhum reconhecimento por parte de seus companheiros no ofício de pescadoras, passaram a vivenciar outra realidade, diferente da anterior e que lhes foi condicionada pelos saberes da tradição com plantas medicinais

Todos os momentos vivenciados por essas mulheres têm sua significância:

- a criação de um grupo;
- a convivência e o compartilhamento de saberes;
- a revitalização, re-significância e reconhecimento, pela comunidade, de um saber popular transmitido pela ancestralidade;

Hoje, quinze anos passados, muitas delas que eram semi-analfabetas, impulsionadas pelo novo momento que vivenciavam, primeiramente freqüentaram o Educação para Jovens e Adultos – EJA, realizado no horário noturno, prosseguiram no curso fundamental, quando muitas pararam, mas algumas prosseguem no ensino médio e almejam o curso superior.

Outro acontecimento denotativo do empenho e da representatividade dessas mulheres, data do primeiro trimestre de 2011, ocorreu nos momentos finais da presente pesquisa e teve repercussão em toda a ilha de Marudá, posto que, interferiu na maioria das famílias marudaenses. A Escola Fundamental, a única de Marudá, esteve desde o início do último semestre de 2010, fechada para reformas, que segundo o gestor municipal de Marapanim, se concluiriam em dezembro de 2010. As crianças e pré-adolescentes foram transferidos para o Centro Comunitário Marudaense que não possui condições físicas e técnicas minimamente requeridas para funcionar como sala de aula.

Em janeiro quando iniciaram as matrículas do ano escolar de 2011, a reforma não estava pronta, os trabalhos estavam parados e a Secretaria de Educação anunciava que a Escola funcionaria no primeiro semestre de 2011, novamente no Centro Comunitário.

Considerando o descaso do gestor com a Educação, o desrespeito com os alunos e professores e o fato de muitas mães de alunos virem pedir ajuda ao grupo Erva Vida, que é vizinho da Escola, as mulheres pescadoras-erveiras marcaram uma audiência pública com o gestor municipal para tratar sobre a reforma da Escola. Nesse fórum, realizado em Marudá, o capital social do Erva Vida se mostrou evidente e influente. A reforma foi reiniciada e a Escola voltou a funcionar em maio de 2011.

A segurança que hoje detém, outorga para essas mulheres a liberdade de expressarem, sem medo, suas dúvidas, suas necessidades, sede e fome de aprendizagem.

As mulheres do Erva Vida, em suas falas, silêncios e gestos, expressam hoje, a importância do saber compartilhado e o quanto querem conhecer mais sobre algumas temáticas como, por exemplo:

- quais são as interações adversas dos princípios ativos das plantas medicinais quando inseridas em uma garrafada;
- informações sobre gerenciamento e contabilidade, porque sonham em expandir a produção, atingir outros mercados, sem perder de vista os jovens de Marudá, buscando motivá-los para práticas saudáveis e produtivas.

A escassez progressiva do pescado, e a diminuição conseqüente da renda familiar se, por um lado traçou uma realidade penosa para boa parte das pescadoras de Marudá, por outro, funcionou como um desafio que foi enfrentado pari passu, dia a dia, por meio da união e determinação desse grupo de mulheres que deram vida ao Erva Vida.

Ao revitalizarem na comunidade, o etnoconhecimento referente ao uso de plantas medicinais, revestindo-o de características da contemporaneidade como a aculturação percebida no nome de algumas plantas medicinais idênticos aos alopáticos e a percepção da importância dos efeitos colaterais e posologia correta, propiciou ao grupo estabelecer um diálogo entre ciência e tradição, que não as afasta da prática artesanal de remédios com plantas medicinais e lhes dá notoriedade pela segurança e eficácia de seus produtos.

Um fato percebido a partir da aceitação e uso da produção de remédios com plantas medicinais do Erva Vida, entre os que demandam cuidado com a saúde em Marudá, seja visitantes ou nativos, é a existência informal e consensual de um modelo assistencial à saúde, com base no saber popular e que se solidifica no decorrer do tempo. Os remédios preparados com plantas que antes eram elaborados de forma particularizada, para atender as necessidades da família e dos vizinhos do entorno, passaram a ser elaborados pelo grupo Erva Vida, revestidos de orientações técnicas, treinamentos, novos conhecimentos e principalmente novas práticas, o que garante segurança e eficácia ao produto final.

A confiança e a praticidade manifestas na busca de indicações e aquisição do produzido no Espaço como: tinturas, pomadas, xaropes e garrafadas, funciona como um certificado conferido pela comunidade nativa, o que assume as feições de um



sistema assistencial de saúde popular e “paralelo” ao oficial, praticado pelo Erva Vida, com legitimidade plena já que extraído do saber cultural do local.

O dialogar constante entre os conhecimentos etnobotânicos, da etnofarmácia e da etnomedicina, são diferentes saberes interdisciplinares que se complementam e contribuem para o nascimento de novos saberes e é denotativo do reconhecimento da importância do outro. Essa troca de conhecimentos entre os pares fortifica o coletivo, gera laços e redes de relacionamento, que é sem dúvida, um dos alicerces da sobrevivência do Erva Vida.

Na atualidade o grupo vive uma situação singular, pois por um lado a mídia faz campanha massificante a favor dos medicamentos alopáticos, por outro, há no mundo um movimento de retorno ao natural, com foco expressivo na utilização de alimentos e remédios a partir da flora e fauna “in natura”, em especial na Europa e na própria América do Norte. A partir desse saber, previram as componentes do Erva Vida, o vislumbrar de um desenvolvimento centrado nesse conhecimento local e que pode vir a ser a alavanca para um polo de desenvolvimento econômico.

Quando se considera a inexistência de informações sobre plantas medicinais como opção terapêutica, na graduação acadêmica dos profissionais prescritores, o momento terapêutico ao promover conhecimento científico-popular na temática, se mostra uma ferramenta facilitadora da adesão desses profissionais à inserção dessa terapêutica que é alternativa e complementar, sem ser antagônica da alopatia.

O memento de Marudá contém além das plantas medicinais mais referidas pelas especialistas tradicionais do Erva Vida, a alegação de uso, partes utilizadas e posologia, o glossário com o linguajar usado pela comunidade para identificar diagnósticos, sinais, sintomas e órgãos componentes da anatomia humana e também exemplos da ritualística utilizada pelas rezadeiras para “cortar” a erisipela (isipla, vermelha) e o herpes zoster (cobreiro), com o objetivo de minimizar as dificuldades de comunicação que se estabelece quando não se detém o real significado das palavras

Entretanto estamos conscientes que o memento, sozinho, não conseguirá “derrubar a muralha” construída pelo desinteresse do ente público que se mantém alheio ao clamor popular, no caso específico simbolizado na sempre crescente demanda dos nativos de Marudá e visitantes, adquirindo a produção do Erva Vida e pelas instituições de ensino superior que graduam profissionais com conhecimentos

centrados na terapêutica alopática e ignorando os saberes da tradição, relativos à prática terapêutica alternativa e complementar com plantas medicinais.

A apatia do ente público e o inadequado preparo dos profissionais prescritores, no caso específico do presente trabalho, da equipe do Programa Saúde da Família, são requisitos básicos que, alterados, podem dar sustentabilidade a implantação das políticas públicas sobre plantas medicinais no Sistema Único de Saúde de Marudá.

As mulheres erveiras e pescadoras do Erva Vida vivem hoje outro momento de tomada de decisão, uma vez que a equipe que se encontra na linha de produção dos remédios já demonstra certo cansaço e refere desejo de repassar seus saberes para as mais jovens, afora que, com o aumento da demanda, cresce a necessidade de ampliar o número de participantes para incrementar a produção e a comercialização, visando uma renda fixa maior do que a atual.

Por outro lado, em antagonismo com o esperado pelas mulheres do Erva Vida, boa parte da força jovem de Marudá está se deslocando para Belém ou Castanhal, em busca de “empregos de carteira assinada”.

Evitar o êxodo com alternativas de sobrevivência a partir do potencial turístico do local e do aumento do quantitativo de mulheres interessadas na produção de remédios são desafios enfrentados pelo grupo Erva Vida que se preocupa também com a situação de uma juventude ociosa, existente em Marudá, por absoluta falta de empregos, o que redundava em um consumo de drogas crescente, uma violência que ascende assustadoramente atingindo adolescentes, crianças e familiares.

Com relação ao aumento da prevalência de hipertensos e diabéticos, que encontra substrato no fluxo migratório de aposentados para o local da pesquisa há de se considerar pertinente que trabalhos específicos sejam voltados para estas patologias, com foco na terapêutica popular, com comprovada alegação de uso como hipoglicemiante e hipotensora do *Chrysobalanaceae* (ajirú) e da *Piper aduncum* Velloso (erva de jaboti), presenças constantes nos quintais e jardins de Marudá.

As rezadeiras com seus saberes e liderança têm sido elemento aglutinador e atrativo em algumas secretárias de saúde do nordeste brasileiro, cujos gestores vêm aproveitando a empatia dessas especialistas tradicionais com a comunidade e as tem trazido para dentro das unidades da Casa Família do PSF, onde elas conversam com os usuários, informam sobre promoção da saúde e prevenção de doenças além de

fazerem as suas benzições. Apesar de ser um trabalho novo os primeiros resultados já indicam que a estratégia foi acertada, pois elas continuam benzendo, mas não afastam principalmente as crianças, das ações preventivas em saúde e se aliam com as mães no que concerne às boas práticas nos cuidados higiênicos.

Outro desafio do Erva Vida é reduzir os custos na produção de seus remédios artesanais para destarte aumentar o volume de vendas e programar uma política de escoamento da produção, buscando incentivo de órgãos públicos ou da sociedade civil para fortalecer essas ações do grupo.

Almeja também o Erva Vida trabalhar junto com o ente público, na construção da emissão de políticas públicas que forneçam à população veranista que vêm degradando o meio ambiente (poluindo e devastando), informações educativas e formativas.

Para consolidar seus anseios, o Erva Vida vem discutindo em fórum contínuo, as seguintes temáticas:

- Ampliar as ações envolvendo a juventude e adolescentes do local.
- Assegurar a produção de remédios, atualizando e diversificando a produção.
- Articular com outros grupos de produção para se fortalecer e ter oportunidade de expor e vender seus produtos em outras praças
- Desenvolver projetos de ação educativas com jovens, adolescentes a partir da reciclagem de lixo e aproveitamento de recursos naturais que são descartados (por exemplo: cascas de mariscos, couro e escamas de peixes, sementes) e principalmente,
- Buscar meios para ampliar os conhecimentos sobre plantas medicinais, em especial no que se refere às boas práticas para produção dessa terapêutica, de forma segura e eficaz, inclusive os componentes que envolvem a deficiência de gestão ainda observada no Erva Vida.

Se no passado eram meras coadjuvantes no cenário de suas existências, hoje, as erveiras e pescadoras do Erva Vida, com a experiência e capital social adquiridos, se posicionam certas do que querem e necessitam para dar outros passos e alcançar novos níveis, por isso pleiteiam junto ao ente público a legalização da função de erveiras para que possam auferir, de forma digna e incontestável, os benefícios previdenciários, advindos do real exercício laboral.

Certamente que esse trabalho não se encontra concluso, um universo de saberes e contribuições se descortinam na vanguarda. A nossa contribuição foi traçar os primeiros passos, contar a primeira fase, provar o primeiro fruto desta *Erva* que tem muita *Vida* pela frente.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

- ALENCAR, E. **Gênero e Trabalho nas comunidades pesqueiras**. In: Furtado, L.; Leitão, W., Mello, A. (Orgs.). *Realidade e perspectiva na Amazônia*. Belém: MPE G, 1997
- ALMEIDA, A.W.B. in: D'INCAO, M.A.; SILVEIRA, I.M. **A Amazônia e a crise da modernização – Universalidade e Localismo: Movimentos sócias e crise dos padrões tradicionais de relação política na Amazônia**. Belém: Museu Paraense Emilio Goeldi, 1994.
- ALMEIDA, M.C. **Complexidade, Saberes científicos, Saberes da Tradição**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2010.
- ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em Educação; abordagens qualitativas**. São Paulo: editora pedagógica e Universitária, 1986.
- ARRUDA, Rinaldo. **Populações Tradicionais e a proteção de recursos naturais em Unidades de Conservação**. *Ambiente & Sociedade*, ano 2, n.5, 1999.
- BARBOSA, W.L.R. **Aproveitamento farmacêutico da flora como instrumento de preservação cultural e ambiental**. *Poematropic*. Belém, n. 1, p. 43-45, jan./jul. 1998.
- BARBOSA, W. L. R. (Org.); et. al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: NUMA/UFPA, 2009.
- BENSON, H. **Medicina Humanista (the mid body effect)**. São Paulo: Editora Brasiliense. 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 – **Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências**. Brasil, 2006.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 – **Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências**. Brasil, 2006.
- BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**,

1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em:10 jan.2011.
- \_\_\_\_\_ **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> acesso em: 10 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_ **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> acesso em: 10 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_ MS elabora **Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. 2009. Disponível em:[WWW.saude.gov.br](http://WWW.saude.gov.br).Acesso em: 10 de jan. 2011.
- BUCHILLET. D, (Org.) **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém:MPEG/CNPq/CEJUP,1991.
- CAMARGO ,M.T.L.A. **Medicina Popular – Aspectos metodológicos para pesquisa Garrafada: Objeto de Pesquisa. Componentes medicinais de origem vegetal, animal e mineral**. Almed, São Paulo,1985.
- CAMARGO, M.T.L.A. **Plantas medicinais e de rituais afro-brasileiros II: estudo etnofarmacobotânico** . São Paulo: Ícone, 1998..
- CAMPOS, G.W.S.A. **Um método para análise e Co-gestão de coletivos**. São Paulo:HUCITEC,2000.
- CANESQUI, A.M. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo:HUCITEC,1997.
- CAPES. The Journal for the Study of Medicinal Plants. Disponível em <[servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese](http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese)>.Acesso em:10 de jan.2011.
- CARDOSO, R.C.L. (Org.) **A aventura antropológica ou Como escapar da armadilha do método**. Rio de Janeiro:Paz e Terra,1986.
- COELHO-FERREIRA, M.R., **Identificação e Valorização das Plantas Medicinais duma Comunidade Pesqueira do Litoral Paraense (Amazônia Brasileira)**. Tese de doutorado em Ciências Biológicas, Belém, Universidade Federal do Pará, 2000.
- COELHO-FERREIRA,M.R.,SILVA, M.F.F. **A fitofarmacopéia da comunidade pesqueira de Marudá, litoral paraense**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi 2005
- DA MATTA. R. **Relativizando uma introdução à Antropologia** – Rio de Janeiro Livraria São José, 1986
- DIEGUES,A.C. S. **O mito moderno da natureza intocada**.São Paulo: Hucitec,1998

ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia como ferramenta na busca de substâncias ativas. In: SIMÕES, C.M.O. et al. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 4. ed. Porto Alegre: Ed. Universidade / UFRGS; Ed. da UFSC, 2002.

FERRAZ, A. **A medicina internacional do século II ao século XVI. História da medicina**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2005

FERREIRA, A.B.de H. **Dicionário da língua portuguesa**. 21. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004

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

FURTADO, M L. **Curralistas e redeiros de Marudá**. Belém: CNPq, Museu Emílio Goeldi, 1987.

GALVÃO, E. **Santos e Visagens; um estudo da vida religiosa de Ita, Baixo Amazonas**. Coleção Brasileira. São Paulo: NACIONAL, 1995.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

LEUZINGER, M.D. **Natureza e Cultura: direito ao meio ambiente equilibrado e direitos culturais diante da criação de unidades de conservação habitadas por populações tradicionais**. 2007. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável), Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

MAGALHÃES, S. **Informação em aula do mestrado**. PPGEDAM/NUMA/UFPA, 2010

MAIA, F. **Etnofarmácia nos grupos sociais da ilha de Cotijuba, Pará**. Dissertação de mestrado: NUMA/PPGEDAM/UFPA, 2009.

MALDONADO, S.C. **Pescadores do mar**. São Paulo: ÁTICA, 1986

MALINOWSKI, Bronislaw. Cultural. "**Argonautas do Pacífico Ocidental**". *Os Pensadores*, São Paulo: Abril Cultural. (1998 [1922]),

MANESCHY, M.C. **Uma presença discreta: A mulher na pesca**. In D'INCAO, M.A.; SILVEIRA, I.M.da (Org.s). *A Amazônia e a crise da modernidade*. Belém: MPEG, 1994.

MAUÉS, RH **Uma outra invenção da Amazônia: religiões, histórias, identidades**. Belém: CEJUP, 1999.

MAUÉS, RH e VILLACORTA, G.M.(Org.) **Pajelanças e religiões na Amazônia.** Belém:EDUFPA, 2008.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MORAES, S.C. **Uma arqueologia dos saberes da pesca: Amazônia e Nordeste.** Belém,EDUFPA,2007.

MURARO,R.M. **A mulher no terceiro milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos,1995.

OLIVEIRA, I.A. (Org.); Et. al. **Cartografias Ribeirinhas – Saberes e Representações sobre Práticas Sociais Cotidianas de Alfabetizados Amazônidas.** 2. ed. Belém: UEPA/EDUEPA; 2008a.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer uma pesquisa qualitativa.** 2. Edição. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2008b.

OLIVEIRA, P.T.R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia.** Belém/Pará: EDUFPA, 2008.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010

-----**Reforma Sanitária Brasileira :contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba, 2008.

ROSEN,G. **Da política médica à medicina social:ensaio sobre a história da assistência médica.**Rio de Janeiro:Editora Graal, 1979.

ROSENFELD, I. **O Guia da medicina alternativa.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,1999.

SAÚDE, **Conselho Nacional de. 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br /portal/saude/cidadão/> acesso em: 10 jan. de 2011.

\_\_\_\_\_ **10ª Conferência Nacional de Saúde.** 1996. Disponível em:<http://www.saude.gov.br /portal/saude/cidadão/> acesso em: 10 jan. 2011.

\_\_\_\_\_ **12ª Conferência Nacional de Saúde.** 2003. Disponível em:<http://www.saude.gov.br /portal/saude/cidadão/> acesso em: 10 jan. 2011.



SAÚDE, **Organização Mundial de Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata 1978, Genebra, 1998. Disponível em

:<http://afrolib.afro.who.int/RC/RC51/pt/AFRRC51RT.1.pdf>

SOUSA, A.J.A. **Uso de plantas medicinais em Benevides. Pará: políticas públicas**. Dissertação de mestrado: NUMA/PPGEDAM/UFPA, 2009

SAÚDE, Ministério. **Proposta de Política Nacional de Plantas Mediciniais e Medicamentos Fitoterápicos**. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 - **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasil, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> acesso em 10 jan. 2011.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice. O Social e o Político na transição pós-moderna**, São Paulo: Cortez, 1997.

SCLIAR, M. **Oswaldo Cruz e Carlos Chagas – o nascimento da ciência médica no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

SILVA, M.L. **Educação Ambiental e cooperação internacional na Amazônia**. Belém-Pará: Ed. EDULFPA, 2008

SILVA, C.N. e SIMONIAN, L.T.L. **A questão de gênero: um breve estudo no estuário amazônico**. Belém: Papers do NAEA/UFPA, 2006.

TEIXEIRA, E. (org.). **Redes de Saberes e Afetos**. Belém, Grafhitte Editores, 2008.