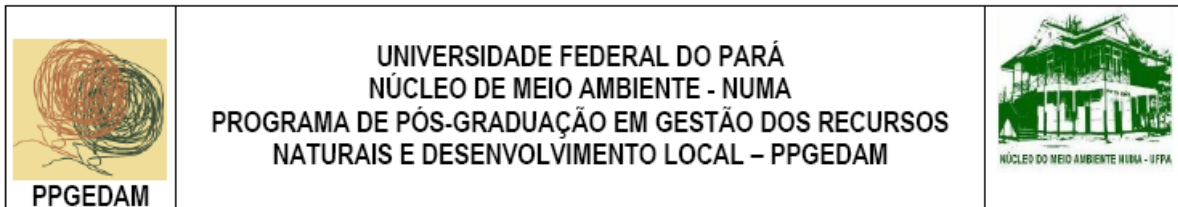


FERNANDO LUIZ COSTA MAIA

ETNOFARMÁCIA NA ILHA DE COTIJUBA

**Belém
2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA – Campus Universitário do Guamá – Núcleo de Meio Ambiente
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia
– Av. Augusto Corrêa, nº01, Belém,PA – Cep: 66.075-900 – fone: (091) 3201-7652 – ppgedam@ufpa.br



FERNANDO LUIZ COSTA MAIA

ETNOFARMÁCIA NA ILHA DE COTIJUBA

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará. Área de Concentração: Uso e Aproveitamento dos Recursos Naturais.

Orientador: Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

**Belém
2010**

Maia, Fernando Luiz Costa.

Etnofarmácia na ilha de Cotijuba. / Fernando Luiz Costa Maia. Orientador:
Wagner Luiz Ramos Barbosa. 2010.

144 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Recursos Naturas 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, 2010.

1.Plantas medicinais. 2. Etnofarmácia. 3. Assistência Farmacêutica. 4.
Farmacovigilância. Barbosa, Wagner Luiz Ramos, orientador. II. Título.

CDD 581.634098115

FERNANDO LUIZ COSTA MAIA

ETNOFARMÁCIA NA ILHA DE COTIJUBA

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará.
Área de Concentração: Uso e Aproveitamento dos Recursos Naturais.

Orientador: Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

Defendida e aprovada em: 04/11/2010

BANCA EXAMINADORA:

Wagner Luiz Ramos Barbosa – Orientador
Doutor em Ciências Naturais.
Universidade Federal do Pará

Wellington Barros da Silva
Doutor em Educação Científica e Tecnológica
Universidade Federal de Sergipe

Sergio Cardoso de Moraes
Doutor em Sociologia
Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, causa primeira de todas as coisas, pelas oportunidades que colocou em meus caminhos e por ter permitido conviver com tantas pessoas maravilhosas.

Aos **meus pais**, Ednir Ribeiro Maia e Raimunda Jasiva Costa Maia, pelo exemplo de luta e dignidade, e por terem dado condições materiais e morais para que eu pudesse ser o que sou e alcançar meus objetivos.

Aos **meus irmãos** Sérgio, Pedro e Ademir, pela força que me deram ao longo de toda a minha vida.

Aos **meus filhos**, Luiz Fernando e Camille Maia, sentido maior de minha vida, que me orgulham e me estimam pela honra de serem meus filhos.

À **minha esposa**, Rosa Cecília Fernandes Ferreira, meu norte, meu porto seguro, que me ama, me dá força e coragem, me incentiva a prosseguir mesmo quando tudo parece dar errado.

Ao **meu orientador**, Wagner Luiz Ramos Barbosa, por ter me aceito em seu grupo de pesquisa, pela sua orientação, companheirismo, dedicação e principalmente por sua infinita paciência e contribuição em minha formação científica.

A **todos meus professores**, por terem contribuído, significativamente, em meu processo de formação científica.

Aos **colegas de turma**, por permitir um convívio com mestrandos tão interessantes e por contribuírem na discussão durante o curso, em minha formação científica.

Aos **ACS do PFS-Cotijuba**, pelo empenho, dedicação e compromisso desenvolvido junto aos usuários do SUS no levantamento de dados sobre os remédios caseiros da ilha.

Aos **colegas de grupo**, José Ataíde e Maurícia, pois seu convívio permitiu-me uma boa discussão em Etnofarmácia. E as colegas Gislaine e Tammy, por terem sido, fundamentais na sistematização e análise de minha pesquisa. E a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para meu trabalho.

Aos **funcionários do PPGEDAM/NUMA**, pela presteza no atendimento e por terem de alguma maneira contribuído para realização desse trabalho. **Meu muito obrigado!**

Uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiados certos de nossas certezas.

Paulo Freire

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACTS.....	07
Listas de Ilustrações.....	08
Listas de Quadros e Tabelas.....	09
Listas de Siglas, Abreviaturas e Símbolos.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
Problemática.....	11
A Caracterização do SUS na Amazônia.....	14
Atenção Primária em Saúde.....	20
Assistência Farmacêutica.....	29
Farmacovigilância em PMF no SUS.....	39
Etnofarmácia.....	44
Hipóteses.....	46
OBJETIVOS.....	48
Geral.....	48
Específicos.....	48
ATIVIDADES E MÉTODOS.....	49
Área de Estudo.....	49
Levantamento Etnofarmacêutico.....	51
Coleta de Dados.....	52
Seleção de Agentes Comunitários em Saúde.....	53
Preparação dos Entrevistadores.....	53
Identificação de Especialistas Tradicionais.....	53
Análise dos Dados.....	55
Amostragem.....	56
Seleção e Identificação das espécies vegetais.....	58
Organização e Análise de dados.....	60
Observações realizadas em campo.....	63
Resultados e Discussão.....	68
Comissão Interna de Farmácia e Terapêutica.....	71
Memento Fitoterapêutico da Ilha de Cotijuba.....	72
Recomendações a política municipal de saúde.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS	

RESUMO

O crescimento da utilização de plantas medicinais e remédios caseiros se dão por avanços tecnológicos evidentes e pela busca cada vez maior por terapias menos agressivas. Este trabalho objetiva refletir sobre a utilização segura e eficaz das plantas medicinais e remédios caseiros que representam alternativas reais a impossibilidade de acesso aos chamados medicamentos alopáticos sintéticos não disponíveis e, sobretudo, o papel que cumpri a assistência farmacêutica junto a essas populações no sentido de melhor compreender sua utilização como um traço cultural arraigado ao seu cotidiano, suas crenças e vivências. Discute a importância da Etnofarmácia, pois ela nos permite acessar um conhecimento milenar sobre plantas medicinais, conhecer as relações que se estabelecem entre povos ou grupos sociais com remédios caseiros. E ainda, como ela estabelece a necessária correlação entre o uso desses remédios caseiros e suas possíveis ocorrências de intoxicações e efeitos colaterais, na perspectiva de avançar a farmacovigilância. O levantamento etnofarmacêutico, junto aos usuários do SUS, na ilha de Cotijuba, se dá através de entrevistas semi-estruturadas, determinando-se o perfil nosológico do território, a partir da coleta de dados, seleção dos ACS, preparação dos entrevistadores e sistematização e análise dos dados. Durante o levantamento os usuários citaram cerca de 170 espécies vegetais usadas, para os mais diversos problemas. Dessas destaca-se 10 espécies, como sendo as mais citadas, de acordo com a frequência relativa de alegação de uso de cada espécie para um dado agravo (FRAPS). Com isso permitiu-se construir uma proposta de memento fitoterapêutico da ilha. O trabalho, por fim, discute a consolidação da PNPMF e PNPIC, bem como a necessidade da implementação da PEPMF, a importância da Comissão Interna de Farmácia e Fitoterapia e a possibilidade de se elaborar um plano de negócios para a ilha, em áreas degradadas ou em degradação.

PALAVRAS CHAVE: Plantas Medicinais; Etnofarmácia; Assistência Farmacêutica; Farmacovigilância; Memento Fitoterapêutico

ABSTRACT

The growing use of herbal and home remedies can take place through technological advances and the obvious growing search for less aggressive therapies. This paper reflects on the safe and effective herbal and home remedies that represent real alternatives to lack of access to so-called synthetic allopathic drugs are not available, and especially the role that compliance with pharmaceutical care to these populations in order to better understand its use as a cultural trait ingrained in their daily lives, beliefs and experiences. Discusses the importance of Etnopharmacy because it allows us to access ancient knowledge about medicinal plants, learning about the relationships that develop between people or social groups with home remedies. And yet, as it provides the necessary correlation between the use of home remedies and their possible intoxications and side effects, the prospect of moving to pharmacovigilance. The survey etnofarmacêutico, with users of SUS on the island of Cotijuba, takes place through semi-structured interviews, to determine the disease profile of territory, from the data collection, selection of ACS, and systematic preparation of interviewers and data analysis. During the survey the users cited about 170 plant species used for a variety of problems. Of these 10 species stands out as being the most cited, according to the relative frequency of alleged use of each species for a given offense (FRAPS). With this enabled it to build a proposed phytotherapeutic memento of the island. The paper finally discusses the consolidation of PNPMF and PNPIC as well as the need to implement the PEPMF, the importance of the Internal Commission of Pharmacy and Phytotherapy and the possibility of preparing a business plan for the island, on degraded or degradation.

KEYWORDS: Medicinal Plants; Etnopharmacy; Pharmaceutical Services; Pharmacovigilance; Memento Herbolary

Listas de Ilustrações

Figura 1 – Mapa Turístico da Ilha de Cotijuba.....	50
Figura 2 – Imagem de Satélite da ilha de Cotijuba e seu entorno.....	51

Listas de Quadros e de Tabelas

Quadro1 – Espécies vegetais mais citadas pelos usuários do SUS em Cotijuba.....60

TABELA 1 – Frequência relativa de alegação de uso de cada espécie para um dado agravo (FRAPS), considerando aquelas mais citadas (2009).....61

Quadro 2 – Dez plantas mais citadas nas entrevistas, com as respectivas alegações de uso.....62

Quadro 3 – Nomes populares, científicos e famílias botânicas das plantas com maior FRAPS em 2009.....64

Quadro 4 – Problemas Alegados as dez plantas medicinais mais citadas.....65

Listas de Siglas, Abreviaturas e Símbolos

ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CDB	Convenção sobre Diversidade Biológica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CUP	Concordância de Uso Popular
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
FCE	Frequência de Cotação por Espécie
FIPS	Frequência de Indicação do Problema de Saúde para Espécie
FRAPS	Frequência relativa de alegação de uso para cada espécie
GTAF	Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LAEF	Laboratório de Etnofarmácia
NUMA	Núcleo de Meio Ambiente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAPM	Problemas Alegados a Plantas Medicinais
PAS	Plano Amazônia Sustentável
PEPMF	Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PFS	Programa Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
RAM	Reações Adversas ao Medicamentos
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAME-FITO	Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRAMIL	Traditional Medicine in the Island
UFPA	Universidade Federal do Pará
UMS	Unidade Municipal de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se um crescimento na utilização de fitoterápicos pela população brasileira. Alguns fatores poderiam explicar o aumento do uso desses medicamentos, como os avanços ocorridos na área científica que permitiram o desenvolvimento de fitoterápicos reconhecidamente seguros e eficazes, como também uma forte tendência de busca, pela população, por terapias menos agressivas destinadas ao atendimento primário à saúde (YUNES; PEDROSA; CECHINEL FILHO, 2001).

Desde a reunião de Alma-Ata, quando da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o uso de plantas medicinais e remédios vegetais (OMS, 1978), a sociedade brasileira vem retomando a prática da fitoterapia popular/tradicional, de forma oficial, depois de um breve período de desuso pela era dos medicamentos sintéticos. Uma situação previsível, pois o país, segundo a WWF-Brasil, é o país da “megadiversidade” apresentando 20% das espécies conhecidas no mundo – algo em torno de 300.000 espécies vegetais (WWF, 2008).

As plantas medicinais representam a principal matéria prima utilizada pelas chamadas medicinas tradicionais, ou não ocidentais, em suas práticas terapêuticas, sendo a medicina popular a que utiliza o maior número de espécies diferentes (HAMILTON, 2003).

Segundo dados da OMS, 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam-se da fitoterapia popular na atenção primária em saúde. A utilização desses recursos terapêuticos pelas comunidades interioranas se dá de forma contínua há décadas, segundo relato de especialistas tradicionais, que indicam a planta medicinal, preparam os remédios e orientam o usuário, com base na experiência acumulada ao longo dos anos (PINTO, 2004).

Os produtos comercializados por raizeiros e ervanários deveriam respeitar os critérios de adequação à saúde e atender ao binômio segurança e eficácia, como é exigido dos demais produtos. O que se tem observado, no entanto, é uma má qualidade das plantas medicinais comercializadas, a ausência de farmacovigilância (BRANDÃO; FREIRE; VIANNA-SOARES, 1998) e a utilização de espécies não inteiramente avaliadas do ponto de vista farmacológico e toxicológico. No Brasil, isso ocorre principalmente com plantas nativas, que são as mais comercializadas por serem obtidas de forma extrativista (RITTER et. al., 2002).

O uso das plantas medicinais na atenção primária à saúde deve ser incorporado ao sistema de saúde pública, pois além do relativo baixo custo, aponta para o resgate do conhecimento popular, na medida em que esse conhecimento sistematizado é incorporado nas normas, e a promoção de seu uso responsável, embasado nos conhecimentos científicos. De acordo com a política vigente para a regulamentação de medicamentos fitoterápicos no Brasil, publicada pela ANVISA no ano de 2010, a Fitoterapia entende que os extratos vegetais, compostos de substâncias produzidas pela natureza, são tão seguros e eficazes que os produzidos sinteticamente. Assim, torna-se mais do que necessário que se invista em pesquisas nesta área, em nossa flora nativa, sendo a etnobotânica e a etnofarmácia importantes ferramentas para se trabalhar neste objetivo (BRASIL, 2010).

Cabe aos profissionais de saúde orientar as pessoas para evitar o uso indiscriminado de algumas plantas medicinais. Sendo isso um assunto de Saúde Pública, caberia aos profissionais e aos programas nacionais, estaduais e municipais de saúde (Programa Saúde da Família – PSF e Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS) esclarecer dúvidas da população, orientando a utilização correta de plantas medicinais nas Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares (BEINNER, 2005).

Esse trabalho faz uma abordagem sobre a importância das plantas medicinais em termos históricos, socioculturais, socioeconômicos, socioambientais e etnofarmacêuticos visando oferecer ferramentas prático-teóricas mínimas necessárias para instrumentalizar as populações ribeirinhas da região insular de Belém e a todos aqueles interessados no manuseio e utilização segura e eficaz de plantas medicinais.

O trabalho objetiva refletir sobre a utilização segura e eficaz das plantas medicinais e remédios caseiros que representam alternativas reais a impossibilidade de acesso aos chamados medicamentos alopáticos sintéticos não disponíveis e, sobretudo, o papel que cumpri a assistência farmacêutica junto a essas populações no sentido de melhor compreender sua utilização como um traço cultural arraigado ao seu cotidiano, suas crenças e vivências.

Este trabalho pretende, ainda, contribuir para consolidar uma Relação Regional de Plantas Medicinais, que venha a ser considerada quando da elaboração da relação nacional e que possam ser inseridas no SUS, fazendo parte das práticas integrativas e complementares desenvolvidas na região.

A Caracterização Do SUS Na Amazônia

A região Norte, maior extensão territorial da Amazônia Legal, é formada pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Compreende 45,3% da área territorial brasileira e conta com uma população de mais de 21 milhões de pessoas, representando aproximadamente 8% da população do país. Esses dados apontam para um processo crescente de ocupação da região Norte do Brasil, que passou, em apenas doze anos, de 251 municípios, em 1988, para 449, em 2000. Ou seja, em um curto período de tempo, o número de cidades praticamente dobrou, sendo que muito das quais apresentam fonte de arrecadação local precária e, ainda hoje, vivendo, quase que exclusivamente, de transferências federais (PAS, 2004).

Esse fenômeno verificado na Amazônia está de acordo com o padrão de deslocamento das populações no Brasil, em que há um forte esvaziamento das áreas rurais, com a falta de recursos à agricultura familiar e o crescimento da agroindústria e dos grandes latifúndios, em especial, das fazendas de gado (HURTIENNE, T., 2001).

Apesar do intenso crescimento econômico que a região experimentou nas últimas décadas, não houve o desenvolvimento social correspondente. As precárias condições de vida na Amazônia Legal expressam-se por indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que na maioria dos municípios da região encontra-se abaixo do padrão brasileiro médio. A disponibilidade de serviços básicos de infra-estrutura sanitária fornece indicativos importantes a respeito da qualidade de vida da população da região. Segundo dados do IBGE 2000, a proporção de domicílios ligados à rede coletora de esgoto encontra-se abaixo de 20% em todos os estados da região. O percentual de domicílios que possuem abastecimento de água procedente da rede geral, também se situa abaixo da média nacional (77,82%), à exceção do estado de Roraima (79,2%). Os dados apontam para necessidades importantes no que diz respeito às condições de saneamento básico na região, inclusive por esses serviços possuírem relação direta com a saúde e com os impactos causados ao meio ambiente (IBGE, 2000).

O quadro de saúde da região Amazônica também expressa desigualdades existentes de forma marcante. É fruto do processo histórico, econômico e social que impactou, em especial, os seus recursos florestais e redundou em um quadro epidemiológico, no qual recrudescem doenças, como malária, tuberculose, hepatite B e hanseníase e outras tidas como erradicadas, como é o caso da febre amarela, dengue, leishmaniose. Além disso, a expansão da atividade mineraria implicou o surgimento de doenças ocupacionais que têm na contaminação mercurial uma das suas mais graves manifestações (COUTO, 1991).

Pelos dados, observa-se que o perfil epidemiológico da região é marcado pela sobreposição de grupos de causa com diferentes naturezas. Por um lado, prevalecem como causas de óbitos as doenças crônicas não-transmissíveis (como doenças cardiovasculares e neoplasias) e agravos como causas externas, característicos do processo de transição epidemiológica. Por outro lado, persistem, de maneira expressiva, as enfermidades decorrentes de precárias condições de vida e do baixo acesso às medidas de prevenção e controle e aos próprios serviços de saúde, como as DIPs (doenças infecciosas e parasitárias) e afecções originadas no período perinatal, fruto do processo de ocupação e do desequilíbrio da sociobiodiversidade na Amazônia Legal (COUTO et.al., 2002).

A Amazônia Legal, historicamente, foi vista como área de aporte de matérias-primas para os pólos mais dinâmicos da economia nacional e internacional (Carvalho, 1984). Além disso, toda a concepção do colonizador foi baseada em uma visão que compreendeu a região como um “*vazio demográfico*”, que precisa ser protegido, desconhecendo o processo histórico e civilizatório no qual seus habitantes viviam até a chegada do colonizador.

Com poucos encadeamentos nas economias locais, esses projetos (Albrás, Carajás, Mineração Rio do Norte, Urucu, Hidrelétricas) exportaram matérias-primas não-renováveis, a elevados custos para os cofres públicos, e energia gerada por rios, que foram profundamente alterados, com impactos ambientais, sociais e epidemiológicos em grande escala. Como enclaves industriais, esses projetos não conseguiram fugir da matriz primário-exportadora, impondo uma economia extrativista de baixa agregação de valor e reduzida arrecadação, pois, em seu entorno, foram poucas as atividades produtivas que se desenvolveram (BECKER, 2000; PAS, 2004).

No que diz respeito à área da saúde, embora haja a existência de um conjunto de iniciativas, que historicamente têm procurado responder aos problemas da região. No entanto, são fragmentárias porque não se constituíram de forma articulada ao longo do tempo nem se desenvolveram a partir de um processo de pactuação com as demandas regionais. Além disso, foram focais e não acompanharam as realidades epidemiológicas, econômicas e sociais em constante transformação, enfrentadas pelas populações da região da Amazônia Legal (PAS, 2004).

O processo de descentralização do sistema de saúde para o âmbito municipal nas últimas duas décadas possibilitou a constituição de arranjos institucionais, redirecionando o papel dos setores público e privado, modificando a participação efetiva dos usuários do sistema que transformaram a sua relação com os profissionais de saúde e inovando os modelos de gestão. São várias as novas situações que impactam a realidade de construção do SUS. Os conselhos de saúde e associações de usuários tornaram-se *loci* privilegiados dessa nova arena institucional (OLIVEIRA, 2008).

Esse cenário estaria apontando fortes insuficiências no processo de descentralização, já que deveriam prever segundo Elias (2001), uma tríade de autonomias relativas (política, financeira e administrativa), para os entes subnacionais, quais sejam: a autonomia de fazer escolhas políticas de âmbito local/regional; de alocação de recursos financeiros e definir critérios de aplicação; e para adotar estratégias com o objetivo de organizar a máquina administrativa e suas funcionalidades (ELIAS, 2001).

É importante ressaltar que a agenda de construção do SUS pode ser entendida como um movimento incluyente, que rompe com as políticas minimalistas experienciadas na América Latina nas últimas décadas à medida que se caracteriza como uma política que pretende ser universalista e de controle público (Cordeiro, 2001 e Andrade *et. al.*, 2000). No Brasil, 80% da rede de atenção primária e secundária de saúde estão sob a responsabilidade do SUS, além de praticamente toda a rede de alta complexidade. Isso demonstra que o processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico ao ajuste estrutural verificado no último período, ao promover um alargamento do Estado ao invés da tendência de construção do Estado mínimo observado em outros setores da sociedade (ANDRADE *et. al.*, 2000).

Por sua vez, a consolidação do SUS, em um país de dimensões continentais, com graves assimetrias regionais, marcado por um processo de hegemonia do mercado, tem demonstrado o quanto é difícil conciliar o interesse significativo dos vários atores devido à falta de recursos fiscais e institucionais à disposição. Esse cenário possibilita como respostas constantes crises econômicas e institucionais. A dificuldade de estabelecer uma política estrutural nesse âmbito é a de manter os resultados nos níveis considerados suportáveis e, ao mesmo tempo, canalizar as demandas de uma forma que se mostrem compatíveis com os recursos disponíveis (OLIVEIRA, 2008).

Ainda que se considere avançado o processo de gestão do SUS, é importante ressaltar que esse processo de indução não deu conta de contribuir para criar estratégias de constituição da política de saúde que fossem adaptadas à realidade de cada região. A lógica normativa dos programas, na maioria das vezes, é única, e não possibilitou em seu escopo uma flexibilização que incorporasse as características epidemiológicas, sociais e econômicas de cada região. É o caso do PSF e o PACS que até 2003 tinham a mesma lógica normativa para todo o país, desconhecendo a complexidade de interiorização dos profissionais de saúde em grande parte dos municípios de pequeno porte – sem recursos humanos necessários e recortados por acidentes geográficos, que impossibilitam, muitas vezes, o acesso fácil aos serviços de saúde, como é o caso da maioria dos municípios da Amazônia Legal (OLIVEIRA, 2008).

Em relação à Amazônia Legal, o estrato dos municípios que contam com população acima de 100 mil habitantes, que representam 9,7% do total, tem aproximadamente 29,3% do total de serviços de saúde. As unidades privadas representam apenas 33,6% em relação às unidades públicas, que são 66,1% do total de unidades de saúde. A participação das unidades federais é de 5,4% e das estaduais é de 8,2% do total de unidades públicas, o que demonstra a forte desconcentração do sistema de saúde para o âmbito municipal, com perfil diferenciado de serviços públicos. No entanto, as unidades públicas da região da Amazônia Legal representam apenas 16% do total das unidades brasileiras. Chama a atenção o elevado número de unidades de saúde privadas com fins lucrativos no estrato de municípios com população superior a 200 mil habitantes, correspondendo a cerca de 50% do total de unidades desse estrato populacional (OLIVEIRA, 2008).

Devido aos acidentes geográficos próprios desse espaço do território brasileiro, o grau de dificuldade de acesso aos serviços se acentua também, nessa região, por concentrar a maior área média dos municípios do Brasil e as menores densidades demográficas, trazendo problemas em relação à acessibilidade geográfica a unidades de saúde. Por exemplo, as cidades com 50.001 a 100 mil habitantes possuem uma área média de 12.568,3 km² e algumas delas estão a mais de 800 km das capitais. A densidade demográfica mesmo nas grandes cidades da Amazônia Legal (com mais de 200 mil habitantes) é de 66,6 hab./km², na Amazônia Legal e 706,5 hab./km² – mais de dez vezes – nas demais regiões de mesmo porte populacional do Brasil (OLIVEIRA, 2008).

Todos os demais estratos da Amazônia Legal possuem taxas entre 1,6 leito – para os municípios de até 10.000 habitantes – e 2,7 leitos – para as cidades de 50 mil a 100 mil habitantes. Em relação às cidades com porte populacional semelhante, localizadas fora da Amazônia Legal, a relação preconizada é atingida nas cidades acima de 20 mil habitantes. Além disso, ao utilizar a referência de 4% a 10% como a relação ideal entre o número de leitos de UTI e o número total de leitos, verifica-se a carência desse tipo de leito em todo o país no SUS. A maior relação chega próximo de 3,5%, inferior, portanto ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Tal fato se agrava se levarmos em consideração que esses leitos de UTI, no SUS, estão presentes quase exclusivamente nas cidades de mais de 200 mil habitantes. Na Amazônia Legal, por exemplo, dos 761 municípios, *apenas 12 possuíam, em 2002, leitos de UTI no SUS* (OLIVEIRA, 2008).

Em síntese, têm-se, para a região da Amazônia Legal, como regra derivada da análise dos dados relativos à capacidade instalada dos serviços, indicadores de disponibilidade de serviços piores (e mais injustos, se considerado o efeito sobre a população mais vulnerável) do que as médias nacionais, embora com características similares quando avaliada internamente a concentração nas grandes cidades, ao perfil de serviços privados nos segmentos de média e alta complexidade e ao adensamento tecnológico dos pequenos serviços, em particular os hospitais com menos de 50 leitos, que representam quase 75% do total de unidades com internação nessa região (OLIVEIRA, 2008).

Constatou-se, então, que, dada à mobilidade espacial e ao processo de urbanização da Amazônia legal, vê-se como potencial dotar os municípios abaixo de 50 mil habitantes, que encontraram maiores dificuldades para organizar os seus serviços de saúde, das condições

necessárias para o cumprimento dos princípios legais apontados. O que se pode analisar a partir dos dados e das evidências apresentadas pela literatura é que para a Amazônia legal o tratamento diferenciado é essencial (BECKER, 2000; BRITO, 2001).

Verifica-se que o financiamento da saúde, tendo como pilar a capacidade instalada, não contribui para reduzir as desigualdades, ou seja, ganhos de escala geralmente estão em oposição à alocação de recursos de forma mais equânime, já que as distâncias geográficas e o tempo para percorrê-las podem até mesmo inviabilizar completamente o acesso aos serviços de saúde, principalmente se os mesmos estiverem concentrados apenas nas capitais. É o caso das estruturas de atenção especializada que se concentram nos municípios acima de 100 mil habitantes na Amazônia Legal (OLIVEIRA, 2008).

O SUS tem como compromisso garantir, para as regiões de menor capacidade instalada e tecnológica, o investimento e o custeio dos programas. Além da necessidade premente, outro fator, que deveria ser incorporado como critério de alocação de recursos compreendendo a necessidade de uma política de investimento mais equitativa, seria o da *acessibilidade geográfica*. Constatou-se que a lógica normativa dos programas nacionais foi determinada sem respeitar as características da região e não se adequou à realidade amazônica. A baixa cobertura do Programa de Saúde da Família e a falta de incorporação de parte das populações em situação de vulnerabilidade social (assentados, quilombolas e ribeirinhos), mesmo nesta estratégia que é essencial para a mudança de atenção à saúde, não se alcançou o patamar preconizado (OLIVEIRA, 2008).

No caso da Amazônia Legal apenas 6% da população dos grandes centros urbanos têm acesso a saúde suplementar. Constatou-se ainda que mais de 90% da população residente na região da Amazônia Legal possui como única possibilidade de acesso aos serviços de saúde, o SUS, ainda que com todas as limitações. Outro fator relevante em relação à estrutura de saúde na região que chama atenção é o elevado número de unidades de saúde privadas com fins lucrativos no estrato de municípios com população superior a 200 mil habitantes, correspondendo a cerca de 50% do total de unidades desse estrato populacional. Além disso, somente essa faixa de municípios possuía leitos de UTI de acordo com o preconizado. A relação preconizada é atingida nas cidades acima de 20 mil habitantes para municípios de fora da Amazônia Legal (OLIVEIRA, 2008).

Na Amazônia Legal, apenas 3,1% das unidades possuem serviço de queimados, enquanto 4,0% dos municípios brasileiros enquadravam-se nessa situação em 2002. No caso do serviço de AIDS, sua existência ocorre em 3,2% das unidades com internação da região da Amazônia Legal e 6,3% nos municípios brasileiros. Quanto à cirurgia cardíaca, apenas 2,1% das cidades na região da Amazônia Legal dispõem desses serviços, e 5,2% dos municípios brasileiros. A gravidade para esse caso é que nem os municípios acima de 100 mil habitantes alcançam os valores preconizados (OLIVEIRA, 2008).

Atenção Primária À Saúde

Ainda que tenhamos consolidado algumas mudanças na política de alguns programas de Saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF) e Hospitais de Pequeno Porte e, especialmente, na política de Ciência e Tecnologia, não é razoável afirmar que já se tenha construído uma política de saúde de acordo com as especificidades e necessidades da Amazônia brasileira (OLIVEIRA, 2008).

O panorama socioepidemiológico-sanitário da região descreve um cenário em que convivem com: baixo padrão de escolaridade; mercado informal preponderante; baixo padrão de saneamento, incluindo água potável; concentração da terra; degradação ambiental, em que a contaminação mercurial e as doenças respiratórias advindas de fumaça das queimadas estão entre os seus componentes mais agressivos; doenças ditas do “mundo moderno” como as não transmissíveis, especialmente os carcinomas, as do aparelho circulatório e a crescente mortalidade por causas externas; endemias clássicas e negligenciadas como a malária, hanseníase, tuberculose, AIDS, leishmaniose, doença de chagas e dengue; e iatrogenias próprias da intervenção do sistema de saúde, como é o caso da mortalidade perinatal (OLIVEIRA, 2008).

No caso da Amazônia, fica evidente que a alocação de recursos do Complexo Produtivo de Saúde (incluídos os setores público e privado) concentrou a estruturação dos serviços, principalmente os de atenção especializadas, sobretudo nas capitais e nas cidades que sofreram influência dos projetos de desenvolvimento. Essa concentração urbana se constituiu em dimensões influenciadoras de desigualdades inter e intra-regionais. Para a Amazônia Legal, o tratamento diferenciado pode ser condição indispensável para superar o hiato entre o nacional e o local (regional). No entanto, ao tratar a Amazônia Legal como uma prioridade nacional, deve-se levar em conta a história e a experiência dos sujeitos que habitam a região e a experiência de instituições e movimentos sociais que há muito vêm problematizando a questão do desenvolvimento, de forma a pensar estratégias “com a” e não “para a” região (OLIVEIRA, 2008).

O sistema de saúde brasileiro vive há algumas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legais, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só de técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor. Entretanto, vale ressaltar a persistência de um grave problema sanitário no país: apesar dos avanços que experimentou a saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização, entra-se no século XXI com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à atenção à saúde de alguma natureza. Essa situação é incompatível com o direito constitucional (CAMPOS, 2003).

Contribui ainda para aprofundar essa fragmentação as medidas, sempre urgentes, de estender a cobertura assistencial, lotando-se profissionais para realizar, nas unidades básicas, consultas médicas ambulatoriais sem qualquer planejamento ou estudos para adequá-las às necessidades locais. Estas foram, freqüentemente, organizadas na modalidade de pronto atendimento, sempre em número insuficientes e sem qualquer vínculo entre as equipes e os indivíduos. Assim realizou-se um trabalho paralelo à lógica da programação em saúde, buscando responder às demandas dos indivíduos que não eram atendidos pelas ações programáticas (CAMPOS, 2003).

A esses problemas acrescentaram-se, ainda, a falta de treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da atenção primária à saúde, e a baixa remuneração. Em conseqüência, ao invés do espaço comunitário em que se busca a integração da ação curativa com as de promoção e de prevenção à saúde, é comum a existência de filas de pacientes, desde a madrugada, em busca de “uma ficha” para atendimento com um especialista. Parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de urgência e emergência ao trabalho da atenção primária à saúde (CAMPOS, 2003).

Tanto a ampliação de cobertura da atenção primária à saúde quanto à estratégia de melhorar a relação custo/efetividade, contida na lógica de programação em saúde, são

tentativas de respostas a esse dilema. De fato, em que pese à heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, composto de uma complexa mistura público-privada, ganha a hegemonia, na estratégia de estruturação do SUS, a atenção primária à saúde, com o fortalecimento e a disseminação da rede básica, de responsabilidade do poder municipal. E muitas vezes se desconfia ser essa forma de atuação do setor público uma política de focalização, uma espécie de cesta básica sanitária, destinada a atender, como mais um programa social, os grupos mais carentes e desvalidos da população (CAMPOS, 2003).

É importante esclarecer que dar prioridade à prevenção não é, necessariamente, uma estratégia de contenção de custos. Pois não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do SUS. Estes são, segundo a Lei Orgânica da Saúde, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Concluem-se, assim, haver necessidade de se construírem redes articuladas segundo planos regionais, sob risco de um processo de desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores e da conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais, ineficientes, iníquos e não resolutivos (CAMPOS, 2003).

Então, pode-se dizer que o modelo assistencial que opera, ainda, hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir das especialidades, dentro da ótica hegemônica do modelo médico vigente, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (CAMPOS, 2003).

Entretanto, a ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários do SUS, com garantia de acesso à PMF, com segurança, eficácia e qualidade, nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde é uma importante estratégia, com vistas à melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social. Neste sentido, a PNPMF e a PNPIC no SUS, aprovada por meio da Portaria n° 971, de 03 de maio de 2006 e da Portaria n° 1600, de 17 de julho de 2006, que definem diretrizes, linhas de ações e responsabilidades para

inclusão das Plantas Medicinais/Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica, como opções terapêuticas no sistema público de saúde são estratégias importantes para o SUS (BRASIL, 2006).

O uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecido pela OMS em 1978, quando recomendou a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso. Considerando-se as plantas medicinais importantes instrumentos da Assistência Farmacêutica, vários comunicados e resoluções da OMS expressam a posição do organismo a respeito da necessidade de valorizar o uso desses medicamentos, no âmbito sanitário. É sabido que 80% da população mundial dependem das práticas tradicionais no que se refere à atenção primária à saúde, e 85% dessa parcela utiliza plantas ou preparações à base de vegetais. Ressalta-se que 67% das espécies vegetais medicinais do mundo são originadas dos países em desenvolvimento (ALONSO, 1998).

O atual aumento da capacitação, nas universidades e nos centros de pesquisa, proporciona a possibilidade de desenvolvimento de fitoterápicos nacionais para o uso nos programas de saúde pública. Esse cenário impõe, entretanto, a necessidade de maior integração entre os pesquisadores, as instituições e o seguimento industrial (público e privado). Considerando o interesse popular e institucional, ambos crescem para fortalecer a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Diante desses fatos o Ministério da Saúde aprovou uma série de instrumentos normativos como resoluções, portarias e relatórios no sentido de implantar a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), buscar a inclusão da Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar. E ainda, incorporam ao SUS, em todo o país, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares (BRASIL, 2006).

Em seu papel institucional, o Ministério da Saúde desenvolve diversas ações junto a outros órgãos governamentais e não-governamentais para elaboração de políticas públicas

voltadas à inserção de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS e ao desenvolvimento do setor. A cadeia produtiva de plantas medicinal e fitoterápica tem interface com diversas áreas do conhecimento, e demandam, portanto, ações multidisciplinares (BRASIL, 2006).

Uma das formas de comprovação de segurança e eficácia refere-se ao levantamento bibliográfico de documentos técnico-científicos ou publicações, de utilização que abordem: a) a indicação de uso episódica ou para curtos períodos de tempo; b) a coerência com relação às indicações terapêuticas propostas; c) a ausência de risco tóxico ao usuário; d) a ausência de grupos ou substâncias químicas tóxicas, ou presentes dentro de limites comprovadamente seguros; e) a comprovação de uso seguro por um período igual ou superior a 20 anos (BRASIL, 2010).

Produtos que tenham sua segurança e eficácia validada com base no uso tradicional não devem solicitar alegações terapêuticas para doenças graves/severas ou de uso contínuo. A alegação solicitada tem que ser para uma doença de uso episódico, mesmo que o uso tradicional aponte um maior tempo de uso, essa alegação não será aceita. De preferência, a alegação deve ser para uma doença cujo diagnóstico seja possível apenas pelos sintomas apresentados. Inclusive, nesses casos, sugere-se a inclusão, em bula, da seguinte informação, nos cuidados de administração: “Não é recomendado o uso por período prolongado, enquanto estudos clínicos amplos sobre sua segurança não forem realizados” (BRASIL, 2010).

Para cumprir outro item importante, a ausência de grupos ou substâncias químicas tóxicas, ou presentes dentro de limites comprovadamente seguros, podem ser apresentados dados de literatura científica com prospecção fitoquímica do extrato, mostrando que o mesmo não possui substâncias reconhecidamente tóxicas, como, no mínimo, alcalóides, pirrolizidínicos, harmalaeritrínicos, glicosídeos cianogênicos e cardiotônicos, em concentração que cause dano ao usuário (BRASIL, 2010).

A empresa deverá declarar que não foram encontradas substâncias reconhecidamente tóxicas e/ou que possam causar danos dentro dos limites e condições de uso estabelecido para o produto na solicitação de registro/renovação, assumindo os riscos por essa informação. Para reduzir o risco de extração de substâncias tóxicas não presentes no produto de uso tradicional, deve-se observar sempre que o extrato utilizado no medicamento seja o mesmo, isto é, obtido com o mesmo solvente, com mesmo método de extração, da mesma parte da planta, referenciado na literatura apresentada (BRASIL, 2010).

Para os casos em que se pretenda registrar um medicamento fitoterápico, ou seja, que o mesmo não possuía registro há mais de 20 anos é necessário apresentar informações que mostrem que a espécie vegetal proposta como ativo para o medicamento fitoterápico, ou associações de espécies vegetais, tem um uso superior a esse período, como, por exemplo, estudos etnofarmacológicos, referências em publicações, monografias, dissertações e teses defendidas, artigos publicados, documentos de agências regulatórias internacionais, citações em livros, como Farmacopéias, Mementos e Guias Fitoterápicos, presença em listas oficiais de Programas de Fitoterapia em Municípios e Estados e levantamentos de uso dos produtos nesses programas. Para as associações, é necessário apresentar os dados referentes à associação e não às espécies vegetais em separado (BRASIL, 2010).

As empresas que pretendam utilizar esse requisito devem realizar uma revisão sistemática com ampla busca na literatura para revisar a totalidade de evidências sobre o produto, incluindo dados a ele favoráveis ou não, de estudos publicados, ou ainda não publicados, relatos de agências reguladoras e experiências pré e pós-mercado, quando existirem. Todas as informações possíveis sobre o produto devem ser obtidos nessa revisão de literatura e informados na bula, embalagens e publicidade do produto como: indicações terapêuticas, possíveis reações adversas, efeitos colaterais e interações, dentre outros requisitos exigidos nos regulamentos específicos (BRASIL, 2010).

Na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) estão as plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. A finalidade da lista é orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos disponíveis para uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença. Atualmente, são oferecidos fitoterápicos derivados de espinheira santa, para gastrite e úlcera, e de guaco, para tosse e gripe (BRASIL, 2009a).

São 71 espécies com potencial terapêutico, para orientar a cadeia produtiva e o desenvolvimento de pesquisas, divulgada pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde. Dentre algumas espécies constam a *Cynara scolymus* (alcachofra), *Schinus terebenthifolius* (aroeira da praia) e a *Uncaria tomentosa* (unha-de-gato), usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente, para distúrbios de digestão, inflamação vaginal e dores articulares, respectivamente (BRASIL, 2009a).

De 2003 a 2006 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia financiou 74 projetos na área de Fitoterapia. Cerca de R\$ 10 milhões foram destinados a pesquisas nessa área. Além disso, a RENISUS vai subsidiar as ações dos outros ministérios participantes do Programa (Ministérios da Casa Civil; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Cultura; Desenvolvimento Agrário; Desenvolvimento Social e Combate a Fome; Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior; Ciência e Tecnologia; Integração Nacional; e Meio Ambiente). A RENISUS deverá ser revisada e atualizada periodicamente, a critério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

O Fitoterápico, de acordo com a legislação sanitária brasileira, é o medicamento obtido exclusivamente a partir de matérias-primas ativas vegetais, sendo utilizados pelo SUS os que são aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e por isso, considerado seguros e eficaz para a população (BRASIL, 2009a).

O Programa Nacional de Plantas Mediciniais 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, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS. O Programa busca, também, promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros (BRASIL, 2009a).

As plantas medicinais que compõem a RENISUS são:

Espécies vegetais			
1	<i>Achillea millefolium</i>	37	<i>Lippia sidoides</i>
2	<i>Allium sativum</i>	38	<i>Malva sylvestris</i>
3	<i>Aloe</i> spp* (<i>A. vera</i> ou <i>A. barbadensis</i>)	39	<i>Maytenus</i> spp* (<i>M. aquifolium</i> ou <i>M. ilicifolia</i>)
4	<i>Alpinia</i> spp* (<i>A. zerumbet</i> ou <i>A. speciosa</i>)	40	<i>Mentha pulegium</i>
5	<i>Anacardium occidentale</i>	41	<i>Mentha</i> spp* (<i>M. crispa</i> , <i>M. piperita</i> ou <i>M. villosa</i>)
6	<i>Ananas comosus</i>	42	<i>Mikania</i> spp* (<i>M. glomerata</i> ou <i>M. laevigata</i>)
7	<i>Apuleia ferrea</i> = <i>Caesalpinia ferrea</i> *	43	<i>Momordica charantia</i>

8	<i>Arrabidaea chica</i>	44	<i>Morus</i> sp*
9	<i>Artemisia absinthium</i>	45	<i>Ocimum gratissimum</i>
10	<i>Baccharis trimera</i>	46	<i>Orbignya speciosa</i>
11	<i>Bauhinia</i> spp* (<i>B. affinis</i> , <i>B. forficata</i> ou <i>B. variegata</i>)	47	<i>Passiflora</i> spp* (<i>P. alata</i> , <i>P. edulis</i> ou <i>P. incarnata</i>)
12	<i>Bidens pilosa</i>	48	<i>Persea</i> spp* (<i>P. gratissima</i> ou <i>P. americana</i>)
13	<i>Calendula officinalis</i>	49	<i>Petroselinum sativum</i>
14	<i>Carapa guianensis</i>	50	<i>Phyllanthus</i> spp* (<i>P. amarus</i> , <i>P. niruri</i> , <i>P. tenellus</i> e <i>P. urinaria</i>)
15	<i>Casearia sylvestris</i>	51	<i>Plantago major</i>
16	<i>Chamomilla recutita</i> = <i>Matricaria chamomilla</i> = <i>Matricaria recutita</i>	52	<i>Plectranthus barbatus</i> = <i>Coleus barbatus</i>
17	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	53	<i>Polygonum</i> spp* (<i>P. acre</i> ou <i>P. hydropiperoides</i>)
18	<i>Copaifera</i> spp*	54	<i>Portulaca pilosa</i>
19	<i>Cordia</i> spp* (<i>C. curassavica</i> ou <i>C. verbenacea</i>)*	55	<i>Psidium guajava</i>
20	<i>Costus</i> spp* (<i>C. scaber</i> ou <i>C. spicatus</i>)	56	<i>Punica granatum</i>
21	<i>Croton</i> spp (<i>C. cajucara</i> ou <i>C. zehntneri</i>)	57	<i>Rhamnus purshiana</i>
22	<i>Curcuma longa</i>	58	<i>Ruta graveolens</i>
23	<i>Cynara scolymus</i>	59	<i>Salix alba</i>
24	<i>Dalbergia subcymosa</i>	60	<i>Schinus terebinthifolius</i> = <i>Schinus aroeira</i>
25	<i>Eleutherine plicata</i>	61	<i>Solanum paniculatum</i>
26	<i>Equisetum arvense</i>	62	<i>Solidago microglossa</i>
27	<i>Erythrina mulungu</i>	63	<i>Stryphnodendron adstringens</i> = <i>Stryphnodendron barbatimam</i>
28	<i>Eucalyptus globulus</i>	64	<i>Syzygium</i> spp* (<i>S. jambolanum</i> ou <i>S. cumini</i>)
29	<i>Eugenia uniflora</i> ou <i>Myrtus brasiliiana</i> *	65	<i>Tabebuia avellanedeae</i>

30	<i>Foeniculum vulgare</i>	66	<i>Tagetes minuta</i>
31	<i>Glycine max</i>	67	<i>Trifolium pratense</i>
32	<i>Harpagophytum procumbens</i>	68	<i>Uncaria tomentosa</i>
33	<i>Jatropha gossypifolia</i>	69	<i>Vernonia condensata</i>
34	<i>Justicia pectoralis</i>	70	<i>Vernonia</i> spp* (<i>V. ruficoma</i> ou <i>V. polyanthes</i>)
35	<i>Kalanchoe pinnata</i> = <i>Bryophyllum calycinum</i> *	71	<i>Zingiber officinale</i>
36	<i>Lamium album</i>		

Assistência Farmacêutica

Um avanço importante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo foi à conferência mundial sobre atenção primária à saúde, realizada em Alma-Ata (OMS, 1978). Na referida reunião, foram destacados pontos importantes em relação à assistência farmacêutica, destacando-se, entre outros: *O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária a saúde; Recomendação para que os governos formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento* (ARAUJO et.al., 2008).

No Brasil, o Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988), consideraram a assistência farmacêutica como um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, englobando as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional farmacêutico (BRASIL, 1988).

Considerando os parâmetros delimitados pelas definições, a Assistência Farmacêutica é uma grande área composta por, pelo menos, duas subáreas distintas, porém complementares, ou seja, uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento (garantia de acesso) e a outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento (utilização correta do medicamento), sendo que a atenção farmacêutica pode ser considerada como uma especialidade da tecnologia do uso do medicamento e privativa do farmacêutico (ARAUJO et.al., 2006).

A tecnologia de gestão do medicamento tem como missão proporcionar o abastecimento, passo essencial para garantir o acesso da população ao medicamento, em especial a menos privilegiada. Esta tecnologia, após sua implantação, tem sido caracterizada como atividade previsível e repetitiva, mas necessária ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde (ARAUJO et.al., 2006).

A tecnologia do uso envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos. Para o sucesso desse processo, torna-se necessária a participação das diferentes classes de profissionais da saúde, além dos usuários. A execução desta atividade depende do bom desenvolvimento da tecnologia de gestão do medicamento, uma vez que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia desse processo (ARAÚJO *et.al.*, 2006).

Como a atividade profissional deve emanar do conhecimento formal, a OMS (1997) definiu as características essenciais para que o profissional farmacêutico possa atuar junto ao sistema primário de saúde: "prestador de serviços, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, estudante por toda a vida e mestre", contribuindo também para nortear a educação farmacêutica (OMS, 1997).

O conhecimento e a compreensão do usuário quanto à medicação, através da orientação, associados ao suporte social fornecido pelas pessoas da família e pela equipe de saúde, são as variáveis sociopsicológicas mais importantes para a obediência ou não do regime medicamentoso prescrito (Tróccoli, 1990). Assim, a mudança de atitudes, por parte do paciente em relação ao tratamento medicamentoso, depende da informação recebida, do acolhimento e da forma como os pacientes incorporam e refazem o discurso em relação à doença e a medicação (CARVALHO, *et. al.*, 1998).

Nas últimas décadas, o farmacêutico reorientou sua formação principalmente para o medicamento, esquecendo-se de seu objetivo principal que é o paciente. Entretanto, nos dias atuais, devido ao modelo implantado pelo serviço de saúde, tornou-se primordial uma nova relação profissional do farmacêutico, assumindo um papel central no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários portadores de patologias crônicas (ARAÚJO *et.al.*, 2008).

A aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) que, alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS, passou a nortear todas as ações do MS quanto à gestão de medicamentos no setor público. Na PNM foram aprovadas algumas diretrizes como: a regulação sanitária; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); a promoção da produção de medicamentos e a capacitação de recursos humanos, bem como a reorientação da assistência

farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico e a promoção do uso racional de medicamentos. As diretrizes visavam nortear as ações nas três esferas de governo que, atuando em estreita parceria, deveriam promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (BRASIL, 2006).

Quanto à regulação sanitária de medicamentos, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1998, deu mais força e credibilidade ao setor, além de expandir o foco de atenção, com a implantação de medidas regulatórias específicas para a área de serviços de saúde. Com relação à adoção da RENAME, o MS realizou a evolução de preços em 1998/1999 e as revisões em 2002, além de 2006, que está em andamento, no sentido de proporcionar uma ferramenta atualizada e acessível aos serviços de saúde de todo o País. No que tange a promoção da produção de medicamentos, entre 2003 e 2006, o governo brasileiro fez um investimento total de R\$250 milhões na modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais (BRASIL, 2006).

Em 2003, foi criada no MS a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) que incorporou as funções da extinta Secretaria de Políticas de Saúde, que atuava na formulação de políticas de saúde e em atividades no âmbito da atenção básica. Com a Secretaria, também foi criado o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) que substituiu a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GTAF) existente entre 2000 e 2003 (BRASIL, 2006).

Ainda sobre a reorganização da assistência farmacêutica, foi aprovada em 2006, a Portaria MS/GM nº 698, que definiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. O avanço desta portaria está associado à inclusão de um bloco específico voltado para assistência farmacêutica, incluindo as ações, responsabilidades e os serviços farmacêuticos na atenção básica (BRASIL, 2006).

Finalmente, no que concerne a diretriz de promoção do uso racional dos medicamentos, várias medidas foram tomadas nos últimos anos, como: adoção dos genéricos (Lei nº 9.787/98), regulação e monitoração das propagandas (2000), promoção de cursos de capacitação de prescritores (a partir de 2002) e mais recentemente, a discussão sobre a criação do comitê do uso racional dos medicamentos, liderado pelo DAF, OPAS/OMS e ANVISA (BRASIL, 2006).

Em nosso entendimento, a atenção farmacêutica está totalmente de acordo com o princípio doutrinário do SUS que é a equidade, ou seja, dar mais cuidado e acesso a quem precisa de mais cuidado e acesso. Assim, ao cuidar de quem precisa de mais atenção, pode-se desencadear ações preventivas que reduzam a morbimortalidade relacionada aos medicamentos e transfiram recursos diretos (medicamentos, cuidados de profissionais de saúde) e indiretos (custo da internação, equipamentos de saúde etc.) que seriam utilizados em medidas curativas ou preventivas, para o cuidado a outros usuários do SUS, como por exemplo, na atenção básica (BRASIL, 2006).

A atenção farmacêutica também está fundamentada em diretrizes da PNM, ou seja, a sua implantação faz parte da reorientação da assistência farmacêutica e a sua prática pode ser entendida como uma estratégia na promoção do uso racional de medicamentos. Estratégia esta que quando aplicada aqueles usuários que utilizam mais medicamentos (idosos), que necessitam aderir ao tratamento (como os pacientes com tuberculose ou hanseníase), ou que precisam de cuidados especiais (saúde da criança ou saúde mental), os ajudarão a garantir a efetividade, a segurança e o cumprimento da farmacoterapia, otimizando os recursos destinados a garantia do acesso (BRASIL, 2006).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país. Nelas, de maneira geral, as farmácias ocupam espaços relativamente pequenos, cerca de 20 metros quadrados, os quais são estruturados como um local de armazenamento dos medicamentos até que sejam dispensados. O atendimento é quase sempre externo, em local de circulação da unidade de saúde, e os medicamentos são dispensados através de uma "janela" ou balcão envidraçado (ARAÚJO et.al., 2006).

Acesso, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde (Bermudez et. al., 1999). Portanto, o acesso, no contexto do uso racional e seguro, não pode estar restrito à disponibilidade do produto medicamentoso, requerendo a articulação das ações inseridas na assistência farmacêutica e envolvendo, ao mesmo tempo, o acesso a todo o conjunto de ações de atenção saúde, com serviços qualificados, integrantes do conjunto das políticas públicas.

Historicamente, apesar das adequações ocorridas na atividade do farmacêutico, esse profissional apenas deslocou sua atividade conforme o seu meio de trabalho, pois o medicamento passava por transformações acarretadas pelo processo de industrialização. Essas mudanças deslocaram o profissional para a produção do medicamento ou para as atividades relacionadas às análises clínicas. Com isso, mesmo que indiretamente, o farmacêutico continuou tendo o paciente como seu objeto de trabalho, só que de forma indireta, inconsciente e compartimentalizada, devido à divisão social do trabalho no modelo assistencial (ARAÚJO *et.al.*, 2008).

No caso das plantas medicinais o seu uso retorna à área urbana em decorrência de deficiências da política de Assistência Farmacêutica, da falta de acesso a medicamentos industrializados e do resgate do interesse por insumos de origem natural (alimentos e medicamentos), promovendo como reação de setores do governo a promulgação da Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Essas Políticas preconizam a inserção do uso de plantas medicinais na atenção básica à saúde, as quais para serem empregadas com o máximo de eficácia e segurança devem ser objetos das ações da Assistência Farmacêutica, que se aplicam também a medicamentos industrializados (BRASIL, 2006).

A prática da Etnofarmácia pressupõe o exercício da Assistência Farmacêutica que segundo Dupin (1999) caracteriza-se por uma sucessão de Ações para a organização e eficiência da terapêutica medicamentosa, inicialmente desenvolvida para alopáticos, que se mostrou perfeitamente adequada aos fitoterápicos, sejam tradicionais ou industrializados, mostrados a seguir, com adaptações e a devida descrição do seu desenvolvimento:

Seleção de Fitoterápicos: Realizada a partir de levantamentos etnoorientados, aqui Levantamento Etnofarmacêutico, no qual se aplicam Entrevistas Roteirizadas, onde são registradas as informações prestadas pelos usuários e especialistas tradicionais. Durante o contato com o entrevistado é prestada Atenção Farmacêutica irrestrita caracterizando-se uma intervenção que pode ser entendida como uma retribuição imediata à participação do narrador e que contribui para uma utilização mais eficaz e segura de medicamentos, sejam eles alopáticos ou fitoterápicos.

Programação de Fitoterápicos: O resultado da coleta de informações e da sistematização dos dados proporciona a programação de medicamentos a partir de uma avaliação da relação das plantas indicadas pelas pessoas entrevistadas por uma Comissão de Especialistas Tradicionais e Profissionais da Área da Saúde que se reunirá periodicamente. Assim poderá ser programada a produção de fitoterápicos, seja na forma *in natura* ou na forma de medicamento elaborado.

Produção de Fitoterápicos: A produção de Medicamentos demanda mais tecnologia e investimentos mais vultosos o que não descarta o estabelecimento de Empreendimentos Comunitários onde o teor de tecnologia do produto seja proporcional à capacidade da comunidade de investir no projeto; já as empresas privadas devem atentar não só à viabilidade econômica como à responsabilidade social e ao comprometimento ambiental para implantar um projeto bem sucedido.

Armazenamento de Fitoterápicos: Cuidados devem adotados quanto ao Armazenamento de Fitoterápicos, seja ele Domiciliar, nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades Produtoras, pois a correta armazenagem de medicamentos pode resultar em uma economia de até 25% no investimento para a aquisição deles.

Aquisição de Fitoterápicos: Os medicamentos desenvolvidos em decorrência da metodologia aqui proposta podem ser adquiridos pelo Poder Público, substituindo itens previstos na relação de medicamentos usualmente adquiridos, gerando economia e fazendo circular recursos no âmbito do próprio município; eles podem também ser comprados por Organizações Comunitárias, o que, além do efeito supra mencionado, faz circular um produto conhecido da comunidade, preparado com cuidado e que pode ser monitorado no caso de reações adversas ou efeitos colaterais.

Distribuição e Dispensação de Fitoterápicos: No caso da aquisição pelo Poder Público a Distribuição e Dispensação dos Medicamentos Fitoterápicos desenvolvidos no âmbito da proposta ora descrita pode se dar dentro do Programa Saúde da Família ou mesmo nas Unidades Básicas de Saúde.

Isso significa reconhecer que os fitoterápicos são utilizados por automedicação ou por prescrição médica e a maior parte não tem o seu perfil tóxico bem conhecido. Atualmente estão incorporados aos vários Programas de Fitoterapia como opção terapêutica eficaz e pouco custosa. A importância da inclusão dos fitoterápicos nos programas de farmacovigilância vem sendo reconhecida nos últimos anos por vários países da Europa, como Reino Unido e Alemanha, onde várias plantas foram submetidas à farmacovigilância e muitas delas foram retiradas do mercado devido a importantes efeitos tóxicos e risco para uso humano (CAPASSO *et. al.*, 2000; CARVALHO *et. al.*, 2008).

Em prol de iniciativas de projetos de Atenção Farmacêutica, existe a regência de normatizações legais, especialmente a RDC 357/01 (Brasil, 2001), a qual exige sua realização exclusiva pelo profissional farmacêutico, talhado para tal função, devido à formação voltada ao fármaco e ao medicamento em todas as abrangências, ampliada pelo conhecimento analítico, administrativo, social e biológico com ênfase clínico-patológica, entre outros (OLIVEIRA *et. al.*, 2001).

Mais recentemente, a assistência farmacêutica também passou a ser considerada um campo de investigação, entendida pelo conjunto dos programas de pós-graduação em ciências farmacêuticas como uma subárea, no âmbito das ciências farmacêuticas, envolvendo as especialidades: atenção farmacêutica, educação farmacêutica, farmácia clínica, farmácia hospitalar, farmacoeconomia, farmacoepidemiologia, farmacovigilância, gestão em assistência farmacêutica e etnofarmácia.

O governo federal aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, através do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, se constituindo como parte essencial das políticas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social. A PNPMF se configura numa política pública que aponta rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, tornando acessíveis à população e aos formadores de opinião o uso e o acesso seguro as plantas medicinais e fitoterápicos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, a promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado aos grupos sociais e povos tradicionais (Brasil, 2009). A etnofarmácia cumpre esse papel, pois ela permite acessar o conhecimento sobre plantas medicinais, conhecer as relações que se estabelecem entre os povos ou grupos sociais com remédios

caseiros e, com isso orientar o uso seguro e eficaz das plantas medicinais e seus remédios (BRASIL, 2009).

A PNPMF, além de regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de PMF, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, se faz necessário, fundamentalmente, investir em recursos humanos através da formação técnico-científica e capacitação. Incentivar a formação e a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em PMF. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso à PMF e estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial. Isso tudo se expressa no envolvimento do sistema de ensino técnico, pós-médio, sistema S, universidades, incubadoras de empresas interessadas e redes de assistência técnica e, ainda, na qualificação de profissionais de saúde e formação técnico-científica de demais envolvidos na cadeia produtiva de PMF, na formação técnico-científica nas áreas de cultivo e manejo sustentável de plantas medicinais e produção de fitoterápicos, na formação de técnicos e tecnólogos e qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência primária em saúde (BRASIL, 2009).

O fomento à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico e à inovação com base na biodiversidade brasileira e de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, se constitui numa importante estratégia da PNPMF, estabelecendo uma interação entre as potencialidades do setor acadêmico e as demandas do setor produtivo, assim como também, a identificação de projetos promissores para concessão de apoio, buscando a complementaridade entre eles quanto às etapas do processo produtivo, desde a fase de pesquisa de bancada à produção e comercialização do produto gerado (BRASIL, 2009).

O estabelecimento de projetos cooperativos, entre os diversos atores envolvidos na cadeia produtiva do setor de PMF, poderá garantir o desenvolvimento de tecnologias sociais incentivando pequenos empreendimentos, como a agricultura familiar e o uso sustentável da biodiversidade nacional. Assim como também, a interação entre setor público e privado deve ser incorporada no processo de produção de PMF, gerando o desenvolvimento de equipamentos e tecnologias necessárias à garantia e ao controle de qualidade, a potencialização do sistema de produção e o desenvolvimento de mecanismos de

monitoramento e avaliação de incorporação de tecnologia, na produção de PMF (BRASIL, 2009).

Na questão do uso terapêutico das plantas, o conhecimento tradicional e popular está intrinsecamente relacionado ao território e seus recursos naturais, como parte integrante da reprodução sociocultural e econômica de povos e grupos sociais. Neste sentido, é imprescindível promover o resgate, o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, como elementos para a promoção da saúde, conforme preconiza a OMS (BRASIL, 2009).

É importante apoiar iniciativas comunitárias para a organização e o reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares, identificando, sistematizando, definindo a “forma de apoio” e fazendo sua divulgação. Para a realização desse objetivo se faz necessário a realização de estudos prévios de impacto cultural e socioeconômico em projetos e programas que envolvam povos e comunidades tradicionais, a elaboração de um guia de plantas medicinal e fitoterápico de uso popular e, ainda, ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais, a proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao uso de PMF, bem como a proteção da propriedade intelectual na área de PMF (BRASIL, 2009).

O acesso gratuito a práticas de saúde como Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC/acupuntura) e Termalismo (uso de águas para tratamento de saúde) cresceu no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2007, foram realizados 97.240 procedimentos de acupuntura e, em 2008, foram 216.616, crescimento de 122%. As práticas corporais, como Lian Gong e Tai Chi Chuam, também se tornaram mais acessíveis aos usuários. Em 2007, foram realizadas 27.646 práticas, enquanto, em 2008, o SUS contabilizou 126.652 – crescimento de 358%. O aumento foi possível graças à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), criada em 2006.

O Ministério da Saúde garantiu acesso gratuito às práticas integrativas no país com a portaria de nº 971. A política recomenda ações e serviços no SUS, para a prevenção de agravos na saúde, a promoção e a recuperação, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral na saúde, com ênfase na atenção básica. Essas práticas, que já eram realizadas no SUS antes da PNPIC, mas de forma tímida, ganharam força com a

implementação da política nacional. Em 2000, foram realizadas 257.508 consultas em homeopatia, já em 2007, foram 312.533 (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a legitimação e institucionalização das *práticas complementares* tiveram início nos anos de 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo SUS. Em 1985 foi celebrado o primeiro ato de institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde e desta data até a publicação da PNPIC muitos atos foram registrados. No entanto, um marco nesse processo foi à produção do diagnóstico nacional da oferta de *práticas complementares* no SUS e a criação de grupos de trabalho multiinstitucionais, para tratar da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Medicina Antroposófica e Plantas Medicinais e Fitoterapia (BRASIL, 2006a).

Em relação aos objetivos da PNPIC para o SUS, foram enfatizados: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006a).

Farmacovigilância em PMF no SUS

O aumento do consumo de plantas medicinais “*in natura*” ou sob a forma de produtos derivados, no Brasil e em outros países e continentes, como Estados Unidos e Europa (Calixto, 2000; Genovés et. al., 2001; Soares et. al., 2006) também pode estar influenciado pela propaganda e divulgação nos meios de comunicação e pela atuação fraca dos organismos estatais responsáveis pela vigilância sanitária, assim como recurso terapêutico alternativo, isento de efeitos indesejáveis, e desprovidos de toxicidade ou contra-indicações (Silva & Ritter, 2002), como também justificados pelo amplo comércio em locais públicos e a venda de formas derivadas simples em farmácias, supermercados e outros estabelecimentos (SIMÕES et. al., 1998).

O aumento no número de reações adversas é possivelmente justificado pelo aumento do uso de plantas medicinais (Gallo et. al., 2000). Mais de 5000 suspeitas de reações adversas relacionadas ao uso de ervas foram informadas a OMS antes de 1996. Entre janeiro de 1993 e outubro de 1998, 2621 eventos adversos, incluindo 101 mortes, associadas com suplementos dietéticos foram informadas ao FDA, porém esses eventos adversos não foram bem reportados porque não há nos Estados Unidos nenhum sistema de monitorização como ocorre com os medicamentos convencionais (Adusumilli et. al., 2002). Outro fator que contribui para a não notificação o fato de os médicos que não reconhecem eventos adversos associados com o uso de fitoterápicos e que os pacientes não informam o uso de plantas durante a consulta (RAHMAN; SINGHAL, 2002; ADUSUMILLI et. al., 2002).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada N° 14/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, fitoterápicos são medicamentos preparados exclusivamente com plantas ou partes de plantas medicinais (raízes, cascas, folhas, flores, frutos ou sementes), que possuem propriedades reconhecidas de cura, prevenção, diagnóstico ou tratamento sintomático de doenças, validadas em estudos etnofarmacológicos, documentações tecnocientíficas ou ensaios clínicos de fase três. Com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia as plantas medicinais estão tendo seu valor terapêutico pesquisado e ratificado pela ciência e vem crescendo sua utilização recomendada por profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Os trabalhos de pesquisa com plantas medicinais originam medicamentos em menor tempo, com custos muitas vezes inferiores e, conseqüentemente, mais acessíveis à população, que, em geral, encontra-se sem condições financeiras de arcar com os custos elevados da aquisição de medicamentos que possam ser utilizados como parte do atendimento das necessidades primárias de saúde, principalmente porque na maioria das vezes as matérias-primas utilizadas na fabricação desses medicamentos são importadas. Por esses motivos ou pela deficiência da rede pública de assistência primária de saúde, cerca de 80% da população brasileira não tem acesso aos medicamentos ditos essenciais (TOLEDO et. al., 2003).

Do ponto de vista socioeconômico, é preciso destacar aspectos como a demanda pela fitoterapia e o custo dos medicamentos, o potencial de geração de trabalho e renda na cadeia produtiva dos fitoterápicos, especialmente em regime de economia solidária, os esforços de pesquisa que comprovem, cientificamente, as propriedades medicinais das plantas, e a necessidade de reestruturação do sistema de atendimento à saúde, incluindo a capacitação dos profissionais que atuam nesta área (NUNES et. al., 2003).

O resgate e a revalorização crescente da fitoterapia no Brasil atual estão a exigir cuidados para que muitas plantas de alto valor medicinal não desapareçam das matas, da caatinga e do cerrado, antes mesmo que os cientistas descubram suas propriedades, para depois transformá-las em remédios. A principal providência é desenvolver técnicas de cultivo e colheita que não comprometam a reprodução dessas espécies. Outra medida é evitar que o crescimento urbano desordenado cause o extermínio das áreas verdes ricas em ervas medicinais, periféricas às cidades (ADEODATO et. al., 1996).

As plantas medicinais, que têm avaliadas a sua eficiência terapêutica e a toxicologia ou segurança do uso, dentre outros aspectos, estão cientificamente aprovadas a serem utilizadas pela população nas suas necessidades básicas de saúde, em função da facilidade de acesso, do baixo custo e da compatibilidade cultural com as tradições populares. Uma vez que as plantas medicinais são classificadas como produtos naturais, a lei permite que sejam comercializadas livremente, além de poderem ser cultivadas por aqueles que disponham de condições mínimas necessárias. Com isto, é facilitada a automedicação orientada nos casos considerados mais simples e corriqueiros de uma comunidade, o que reduz a procura pelos

profissionais de saúde, facilitando e reduzindo ainda mais o custo do serviço de saúde pública (LORENZI e MATOS, 2002).

O aproveitamento adequado dos princípios ativos de uma planta exige o preparo correto e uso adequado. Os efeitos colaterais são poucos na utilização dos fitoterápicos, desde que utilizados na dosagem correta. A maioria dos efeitos colaterais conhecidos, registrados para plantas medicinais, é extrínseca as preparações e está relacionada a diversos problemas de processamento, tais como identificação incorreta das plantas, necessidade de padronização, prática deficiente de processamento, contaminação, substituição e adulteração de plantas, preparação e/ou dosagem incorretas (VEIGA JR., 2005; PINTO, 2005).

Como exemplo de avaliação de qualidade quanto aos contaminantes, um estudo investigou amostras de camomila (*Matricaria recutita*) obtidas em farmácias, ervarias e mercados. Somente cerca de metade das amostras apresentaram os constituintes dos óleos essenciais, necessários à atividade antiinflamatória da planta. Os resultados com a camomila indicam a precariedade com que as plantas medicinais e os fitoterápicos vêm sendo comercializados e confirmam a necessidade urgente de vigilância destes produtos no Brasil (SIMÕES et. al., 2001).

A principal causa das intoxicações é a presença de alcalóides, cardiotônicos, glicosídeos cianogénéticos, proteínas tóxicas, glicosídeos e furanocumarinas, oriundos de algumas espécies de plantas ornamentais. Para evitar acidentes é necessário manter as crianças afastadas das plantas ornamentais, manipular os alimentos corretamente e não utilizar plantas medicinais sem o acompanhamento de profissionais habilitados (VOLAK e STODOLA, 1990).

O número de espécies realmente conhecidas, e utilizadas como medicamentos é pequeno, frente à biodiversidade vegetal e a devastação causada pelo homem, em especial nos séculos XIX e XX (Gottlieb e Kaplan, 1990), surgiu então uma política de preservação do meio ambiente, com receio da perda de espécies raras. Desse modo houve um incentivo às pesquisas de levantamentos florísticos e de triagens químicas das espécies nativas. No Brasil, menos de 1% dessas espécies medicinais nos diferentes ecossistemas foram quimicamente estudadas (LÓPES, 2006).

O trabalho com plantas medicinais enfoca a questão do cultivo e a produção de mudas. O objetivo do trabalho é reunir de forma sistemática, informações sobre plantas medicinais mais populares, incluindo as nativas e aclimatadas, visando o melhor aproveitamento e desenvolvimento de futuras pesquisas sobre produtos naturais dos trópicos úmidos. Muitas plantas medicinais têm sido coletadas na mata ou nos ambientes naturais. Mas para que seja garantida sua preservação e o fornecimento, com quantidade e de forma constante, é necessário que sejam cultivadas (LÓPES, 2006).

As plantas apresentam diversas vias metabólicas secundárias que levam à formação de compostos, cuja distribuição é restrita a algumas famílias, gêneros ou mesmo espécies. O conjunto de compostos secundários nas plantas é resultado do balanço entre a formação e eliminação desses compostos durante o crescimento da planta, sendo que esse equilíbrio é influenciado por fatores genéticos (que são fixos) e ambientais como luz, temperatura, tipo de solo, água, além de outros, que são variáveis (LÓPES, 2006).

Esses compostos possuem importantes funções nos vegetais, já que são constituídos de substâncias que agem na preservação da integridade das plantas. Por outro lado, esses compostos, ao serem incorporados ao organismo animal, produzem variados efeitos e, quando benéficos, caracterizam as plantas que os possuem. Muitos desses compostos ou grupos deles podem provocar reações nos organismos, esses são os princípios ativos. Algumas dessas substâncias podem ou não ser tóxicas, isto depende muito da dosagem em que venham a ser utilizadas (LORENZI e MATOS, 2002).

A garantia de qualidade do material vegetal a ser processado é fundamental na preparação de fitoterápicos, devendo considerar-se aspectos botânicos, químicos, farmacológicos e de pureza. Por esse motivo, além do teor de substância ativa e intensidade das atividades farmacológica e toxicológica, outros aspectos de qualidade a serem avaliados são a carga microbiana, contaminação química por metais pesados, pesticidas e outros defensivos agrícolas, e presença de matéria estranha, como terra, areia, partes vegetais, insetos e pequenos vertebrados ou de produtos oriundos destes (BRASIL, 2000).

A crença na “naturalidade inócua” dos fitoterápicos e plantas medicinais não é facilmente contraditada, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações e efeitos colaterais relacionados com o uso de plantas medicinais consistem em informações que dificilmente chegam ao alcance dos usuários atendidos nos serviços de saúde pública caracterizado como indivíduos de baixa escolaridade e acervo cultural (SILVA, 2003; SILVA et. al., 2006; ALEXANDRE et. al., 2008).

Os efeitos adversos associados a plantas medicinais são classificados em intrínsecos e extrínsecos. As reações intrínsecas são aquelas inerentes a constituição química. Podem ser do tipo A (toxicidade previsível, overdose ou interação com outros fármacos) ou tipo B (reação idiossincrática). Enquanto que as extrínsecas são aquelas ocasionadas pelas falhas durante o processo de fabricação, tais como: miscelânea e substituições, falta de padronização, contaminação, adulteração, preparação ou estocagem incorreta e/ou rotulagem inapropriada (BENSOUSSAN; MYERS, 1996; PINN, 2001).

Um dos objetivos principais da farmacovigilância é a detecção precoce dos efeitos indesejáveis desconhecidos dos medicamentos e contribuir para a redução dos riscos relativos à utilização dos mesmos através do acompanhamento sistemático da ocorrência de reações adversas a medicamentos numa população (ARRAIS, 1996; COELHO et. al., 1999).

É necessária a divulgação do programa de farmacovigilância de fitoterápicos entre os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros que atuam nos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de atenção primária, assim como farmacêuticos que atuam também em hospitais e postos de saúde. Uma maior participação destes profissionais permitiria, além de um melhor contato entre o notificador e o prescritor, demonstrar a importância de se conhecer possíveis efeitos nocivos provenientes da administração dos medicamentos antes de sua prescrição, com medidas de prevenção, permitindo uma detecção rápida de uma reação adversa; diminuição de gastos hospitalares resultante do atendimento de emergência e tempo de internação, etc. e, em última análise, caminhar para um uso mais razoável dos fitoterápicos, através do conhecimento acerca da eficácia, efetividade e segurança adequadamente documentado, objetivando o uso racional de fitoterápicos (BRASIL, 2010).

Etnofarmácia

A Etnofarmácia é definida como uma tecnologia social interdisciplinar que investiga a percepção e o uso de remédios tradicionais, dentro de um grupo humano. Ela lida com o estudo de recursos naturais de uso na saúde considerando as relações deles com o contexto cultural de seu uso, ou seja, o estudo dos determinantes culturais que caracterizam os usos desses recursos nesta cultura. Esse estudo envolve: a etnotaxonomia do material vegetal, com o qual o remédio é produzido; a preparação tradicional da forma farmacêutica (etnofarmacêutica); a avaliação biológica da ação farmacológica de tais preparações (etnofarmacologia); a etnofarmácia clínica; a antropologia médica ou etnomedicina; o seguimento farmacoterapêutico e a farmacovigilância (PINTO, 2008).

Essa abordagem visa decifrar e encontrar, nas receitas dos remédios populares, nos chás e “garrafadas” dos caboclos e índios – atitudes ritualísticas e regras complementares ao tratamento que serão decisivas para a cura do doente – a informação necessária para um entendimento mais completo, integral da ação de muitas drogas vegetais e para o desenvolvimento de futuros medicamentos (BARBOSA, 1996).

Como conjunto de materiais e práticas utilizadas para a manutenção e recuperação da saúde, dentro de um contexto cultural característico de uma região, vários trabalhos já foram publicados acerca dessa matéria; Bulus et al. reportaram a etnofarmácia da malária na Nigéria (BULUS, 2003), Pieroni e cols. os recursos terapêuticos de uma comunidade albanesa radicada no norte dos Alpes naquele país, eles levantaram cerca de 70 taxa e 160 preparações (PIERONI, 2005), Labadie et al. descreveram três espécies usadas como imunomoduladores em afecções hepáticas, na fitoterapia tradicional do Sri Lanka (THABREW, 1991).

Heinrich afirma que a Etnofarmácia engloba a farmacognosia, a farmacologia, a galênica, e ainda, a prática farmacêutica e a farmácia clínica; assim permitindo o aproveitamento de recursos locais para o uso na atenção básica a saúde, dessa forma se estabelece uma interface com a Assistência Farmacêutica necessária para a implantação da Fitoterapia na Atenção Básica (HEINRICH, 2007).

Isso significa que a fitoterapia popular deve se inserir numa discussão dentro de uma perspectiva histórica, etnológica e sócio-cultural perpassada pela dimensão ambiental (Pinto, 2007), que considere instrumentos de coleta de dados para a quantificação de parâmetros necessários para a validação de alegação de uso, da forma de uso e PAPM (Pinto, 2007). E ainda a verificação dos recursos utilizados na Fitoterapia Popular – plantas medicinais – a luz da Botânica, Farmacognosia e Fitoquímica. Assim como, a verificação dos remédios preparados usando a Farmacotécnica e a Fitofarmacologia. (BARBOSA, 2009).

A Etnofarmácia deve considerar, ainda, a verificação da relação usuário-recurso terapêutico – fitoterápico – aspectos de farmacovigilância, o seguimento farmacoterapêutico, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia (PINTO, 2007). A inserção de fitoterápicos na Atenção Primária/Básica em Saúde. Os parâmetros de Assistência Farmacêutica aplicáveis à fitoterapia popular (seleção, programação, aquisição, armazenamento, produção, distribuição e dispensação). E, é claro, as Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

A Etnofarmácia, enquanto método de levantamento de recursos terapêuticos, próprios de um grupo étnico ou de uma área geográfica, mostra-se adequada para levantar dados importantes, tanto do ponto de vista tecnológico quanto assistencial, pois permite a obtenção de informações acerca dos agravos, das plantas medicinais para eles indicados e infere as formas mais adequadas de preparo e de uso. O reconhecimento e o resgate da sabedoria popular sobre as plantas medicinais são fundamentais às famílias ribeirinhas, usuárias do SUS, pelo fato da fitoterapia caseira ser uma fonte de cura, muitas vezes a única devido à falta de outros recursos para cuidar da saúde (PINTO, 2008).

Para além da área das Ciências Farmacêuticas, a abordagem etnofarmacêutica, que sistematiza 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 (BARBOSA, 1998).

HIPÓTESES

As hipóteses do objeto de pesquisa pretendem elucidar que o uso de plantas medicinais, pelos habitantes da ilha de Cotijuba se dá: a) a partir da reposição de medicamentos alopáticos sintéticos não disponíveis; b) como parte da rica biodiversidade amazônica e um traço cultural dessas populações; c) como uma opção terapêutica acessível aos usuários do SUS.

Em um programa estadual da Região Norte, há a preocupação com o aproveitamento das espécies medicinais da floresta, a partir do seu manejo orientado. Essa prática denota o cuidado com a manutenção desse importante bioma. Em outros programas, a opção é pela aquisição de medicamentos à base de plantas medicinais produzidos em farmácias da região, os quais necessitam de prescrição médica para sua manipulação e posterior dispensação nas unidades públicas de saúde (BRASIL, 2006).

Embora a maioria dos programas estaduais e municipais de fitoterapia em funcionamento nas regiões do país respeita a obrigatoriedade da necessidade de indicação médica, ou seja, as plantas medicinais e os fitoterápicos devem ser prescritos para que a unidade de saúde realize a dispensação. Há casos, porém, de programas públicos em que essa premissa não é respeitada, ocorrendo à distribuição de plantas medicinais sem receita médica. Tal fato pode acarretar problemas, uma vez que as plantas medicinais e os seus derivados não estão isentos de reações adversas, efeitos colaterais e interações entre outras plantas medicinais, medicamentos e/ou alimentos (BRASIL, 2006).

Apesar da dificuldade de acesso de significativa parcela da população mundial às formas convencionais de tratamento, a OMS sugere a adoção de práticas tradicionais com comprovada eficácia, como ferramenta para manutenção das condições de saúde. Nesse sentido, a fitoterapia além de resgatar a cultura tradicional do uso das plantas medicinais pela população, possibilitando a ampliação do seu acesso, a prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribui ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2006).

Os resultados dos levantamentos etnofarmacêuticos apontam para a urgente necessidade da consolidação da política nacional que contemple diretrizes e ações voltadas à inserção das Plantas Medicinais e da Fitoterapia no SUS, como mecanismos de ordenamento e financiamento das ações na área, assim como regulamentação sanitária específica para o setor de produção pública dessas preparações fitoterápicas, o que proporcionará a uniformização dos padrões de produção e fornecimento das plantas medicinais e fitoterápicas, assegurando a qualidade nos serviços e insumos disponíveis aos usuários do SUS (BRASIL, 2009).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Contribuir para a compreensão da utilização popular de plantas medicinais e remédios caseiros, a partir da Etnofarmácia, aplicando conhecimentos da Ciência Farmacêutica à documentação das práticas populares e tradicionais.

Objetivos específicos

- Traçar o perfil nosogeográfico da ilha de Cotijuba por amostragem;
- Levantar as espécies vegetais usadas na ilha para tratamento dos agravos documentados;
- Sistematizar os dados levantados, utilizando como referencial teórico a Etnofarmácia na promoção e reconhecimento de práticas populares e tradicionais de uso de Plantas Medicinais e remédios caseiros;
- Elaborar um Memento Fitoterápico para a Ilha de Cotijuba

ATIVIDADES E MÉTODOS

Área de Estudo

A Ilha de Cotijuba está localizada ao norte do Brasil, às margens da Baía do Marajó, na cidade de Belém, capital do Pará. Limita-se ao norte pela baía de Marajó; ao Sul pelo furo do Mamão, que a separa das ilhas de Jutuba e Paquetá; à Leste pela ilha de Tatuoca e à Oeste pelo canal de Cotijuba.

O clima na ilha de Cotijuba é quente-úmido, com chuvas abundantes e freqüentes no período de janeiro a abril (inverno regional). De julho a novembro é verão na Amazônia, as águas das praias ficam esverdeadas e as chuvas escassas. A temperatura média anual é de 26°C e a umidade relativa é superior a 80%.

Os primeiros habitantes da Ilha de Cotijuba foram os índios Tupinambás, que a batizaram com este nome. Em tupi, Cotijuba significa 'trilha dourada', talvez uma alusão às muitas falésias que expõem a argila amarelada que compõe o solo da ilha. A integração da ilha à cidade de Belém se iniciou em 1784, com a comercialização do arroz cultivado no Engenho Fazendinha. Com a desativação do engenho, a ilha passou a ser habitada, também, por famílias caboclas que sobreviviam do extrativismo.

A Ilha de Cotijuba possui 15 quilômetros de litoral e suas praias são pouco exploradas. As praias que são banhadas pela Baía do Marajó (ficam de frente para a Ilha de Marajó) são as preferidas para banho. A mais famosa é a Praia do Vai-quem-quer por ser a maior e pouco freqüentada. A Vai-quem-quer fica a nove quilômetros do porto da ilha e possui infraestrutura simples, com pousadas rústicas e bares que servem comida caseira.

As outras praias que ficam de frente para a Baía do Marajó são a do Farol, da Saudade, Praia Funda, Pedra Branca, Flexeira e do Amor. A Praia Funda é formada por uma linda enseada e é pouco freqüentada. Seu nome se deve ao fato de possuir um terreno íngreme, que torna a praia profunda a poucos passos da beira. As outras praias conhecidas da ilha são a do Cravo e do Cemitério.

Cotijuba, terceira maior ilha em extensão do arquipélago, incorporada recentemente aos espaços acessíveis do município pela regularização de uma linha de transporte fluvial e pela divulgação sobre a beleza de suas praias, vem sofrendo impactos em sua paisagem, na conformação das atividades econômicas e nos hábitos dos seus moradores e freqüentadores mais assíduos.

O acesso à ilha de Cotijuba se dá a partir de Belém. Há embarcações que partem do bairro de Icoaraci a preços populares. O navio da Companhia de Transporte de Belém (CTBEL) realiza apenas uma viagem por dia, com saída às 9 horas do trapiche de Icoaraci e retorna às 17 horas. A viagem dura cerca de 20 minutos. Os barcos da Cooperbic partem de Icoaraci de 2ª a 6ª a partir das 7 horas, de hora em hora. Aos sábados, domingos e feriados, os barcos só saem após lotarem. O tempo de viagem dura, em média, 45 minutos. Há um barco (Braga II) que sai da Praça do Pescador (próximo ao Ver-o-Peso) de 2ª a 6ª, às 14 horas e, aos sábados e domingos, às 8 horas. A viagem dura uma hora e meia.

Figura 1 – Mapa turístico da Ilha de Cotijuba



Fonte: Prefeitura Municipal de Belém

Figura 2 – Imagem de Satélite da ilha de Cotijuba e seu entorno



Fonte: Google Earth

Levantamento Etnofarmacêutico

O foco desse levantamento inclui a preparação do remédio e a relação do usuário com ele, incluindo ainda identificação de problemas alegados à utilização das plantas e orientar para o uso seguro e eficaz desses recursos terapêuticos. Na última década, a consolidação da Assistência Farmacêutica tem possibilitado um permanente aperfeiçoamento dos conceitos e das estratégias de aplicação do método etnofarmacêutico (BARBOSA, 2004; BARBOSA, 2005).

A determinação do perfil nosológico do território onde se realiza esse levantamento através de entrevistas semi-estruturadas, tem origem nas atividades que o programa TRAditional Medicine in the IsLand – TRAMIL – desenvolve desde 1993, no Caribe e na Hispanoamérica, e que já proporcionou a criação da Farmacopéia Caribenha (TRAMIL, 2008).

Na atualidade, entende-se a etnofarmácia como um método que constrói conhecimentos a partir da nosologia de um grupo humano, dos recursos vegetais indicados

para os agravos citados, dos remédios preparados para tratá-los, os quais podem ser investigados pela Farmacognosia e a Farmacotecnia, subáreas exclusivas das Ciências Farmacêuticas, caracterizando o Levantamento Etnofarmacêutico como instrumento da Etnofarmácia. No processo de construção dessa tecnologia social a participação dos grupos humanos se dá na medida em que contribui para o arcabouço teórico e material da Etnofarmácia (BARBOSA, 1996).

No objeto de estudo o levantamento etnofarmacêutico consistirá das seguintes etapas: coleta de dados, seleção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preparação dos entrevistadores, identificação de especialistas tradicionais e sistematização das informações prestadas pelos usuários do SUS da ilha.

Coleta de Dados

Para a realização deste trabalho foi utilizado, como instrumento do levantamento etnofarmacêutico, as entrevistas semi-estruturadas, que consistem em um roteiro contendo uma lista de questões e tópicos a serem abordados (Alexiades, 1996). Entre eles serão levantadas as condições de saúde e doença da/o entrevistada/o e da família dela/e, e investigação dos parâmetros de assistência farmacêutica que as condicionam tais como acesso a medicamentos e uso de plantas medicinais. O roteiro usado nas entrevistas semi-abertas está no Apêndice A, deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas por agentes comunitários de saúde (ACS) do município no momento das visitas de rotina que eles realizam junto às famílias, ou seja, elas não serão objeto de um único contato. Os ACS serão escolhidos em função da inserção deles na população alvo do trabalho.

As entrevistas aos usuários do SUS na ilha de Cotijuba se deram no período de agosto a dezembro de 2009, onde foram coletados os dados por amostragem (cerca de 800 entrevistas), que permitiram determinar um perfil nosológico do território objeto de estudo, caracterizando a utilização das plantas medicinais e remédios caseiros pela população da ilha.

Os dados do questionário permitiram caracterizar o uso de plantas medicinais e remédios caseiros, bem como sua relação com esse tipo de terapia complementar, como mais uma opção para lidar com as condições sócioepidemiológico-sanitárias na ilha de Cotijuba.

Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Dez ACS foram selecionados, por meio de entrevista direta, que envolvia questões como interesse em cooperar, conhecimento prévio sobre plantas medicinais e habilidade para o relacionamento interpessoal.

A escolha por trabalhar com os ACS tem base no acesso direto às famílias usuárias das plantas medicinais que eles possuem, pois as visitam freqüentemente, gerando uma empatia entre o agente de saúde, enquanto entrevistador/a, e as famílias, no papel de entrevistadas.

Preparação dos Entrevistadores

Nessa etapa da metodologia realizou-se uma oficina de 20 horas na ilha de Cotijuba, onde os ACS envolvidos no projeto foram treinados para o manuseio do instrumento de coleta de dados (questionários semi-estruturados), com relação à interpretação das perguntas e verificação de possíveis respostas, como também, a postura dos entrevistados diante das questões colocadas.

Outro aspecto abordado na oficina está relacionado à orientação para o manuseio e uso adequado de espécies vegetais na fitoterapia popular que envolve os cuidados com a coleta, a caracterização do vegetal, a toxicidade e o armazenamento dele, bem como os problemas relacionados ao uso indevido ou exagerados de plantas medicinais ou de suas associações (muito comum entre os usuários).

Após a oficina foi realizada uma coleta de dados piloto onde os ACS se entrevistaram entre si, o que serviu inclusive, para aferir o conhecimento dos ACS sobre plantas medicinais e sua utilização.

Identificação de Especialistas Tradicionais

Através das entrevistas realizadas pelos ACS foi possível identificar os especialistas tradicionais em diferentes comunidades da ilha. Nesse estudo, especialistas tradicionais são considerados aqueles que detêm o conhecimento acerca do uso das plantas medicinais,

considerando a atuação deles na assistência à própria comunidade, e às vezes fora dela, e ainda à transmissão desse conhecimento aos mais novos.

Uma vez identificados, os especialistas tradicionais, participarão de oficinas, em suas próprias comunidades, juntamente com os pesquisadores, onde se abordarão os procedimentos para a preparação dos remédios caseiros, se esclarecerão dúvidas sobre a nomenclatura popular das plantas utilizadas, aprofundando informações sobre o uso e problemas alegados àquelas plantas indicadas na coleta de dados.

Apesar das inúmeras visitas as comunidades da ilha e, embora por diversas vezes tenham sido identificadas especialistas com esse perfil não foi possível, ao longo da pesquisa, o contato com esses especialistas tradicionais, com os pesquisadores, o que será realizado numa próxima etapa do trabalho, no sentido de acumularmos mais sobre esse conhecimento popular sobre plantas medicinais e seus remédios e de que forma esse conhecimento é repassado tanto à comunidade, como para os descendentes desses especialistas.

Análise dos Dados

O instrumento aplicado, na ilha de Cotijuba, tem como base as entrevistas semi-estruturadas, que consistem em combinar questões abertas e fechadas, onde o/a entrevistado/a tem a possibilidade de expressar sua opinião sobre o tema em análise. Para, Haguette (1997), a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o/a entrevistador/a objetiva a obtenção de informações a partir do/a outro/a, o/a entrevistado/a.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (MINAYO, 1993).

O instrumento quanti-qualitativo permitiu quantificar as informações sobre determinados grupos sociais moradores da ilha de Cotijuba, obtendo-se dados sobre os aspectos socioeconômicos e os aspectos etnofarmacêuticos. Permitiu ainda, determinar como essas informações projetam o interesse desses grupos sociais sobre plantas medicinais, na medida em que permite qualificar o uso cotidiano no imaginário desses moradores e como eles lidam com os seus problemas e suas soluções.

Os dados levantados pelo instrumento aplicado, pelos ACS, junto aos usuários do SUS, residentes na região insular de Belém, numa ilha que já apresenta características evidentes de urbanização acentuada, como por exemplo, retirada significativa de cobertura vegetal, produzindo imensas áreas já degradadas ou em processo de degradação. Dispõem os moradores da ilha de energia elétrica, água encanada e banheiro próprio em algumas residências, embora continue sofrendo dos problemas comuns de abastecimento de água e de esgotamento sanitário à maioria das cidades das regiões Norte e Nordeste. Portanto, apresenta problemas semelhantes aos existentes na região ocidental de Belém, ou seja, baixa cobertura

em termos de saneamento básico e ambiental, baixa escolaridade, dificuldades no escoamento da produção da ilha e os problemas de saúde, decorrentes da cobertura deficiente pelo SUS.

A aplicação do instrumento demonstrou a presença da mulher no cuidado à família, no âmbito geral, o número de moradores, a escolaridade, a ocupação principal, a renda familiar e os dados referentes à infraestrutura mínima domiciliar (energia elétrica, água encanada e banheiro próprio).

Na parte referente aos dados gerais sobre etnofarmácia, levantaram-se dados sobre a presença de doença nos domicílios, as doenças mais comuns, o acesso ao sistema de saúde (UMS, PACS, PFS, etc.), os dados de assistência farmacêutica, o papel do farmacêutico e da farmácia no sistema, o acesso aos medicamentos alopáticos. Levantou-se ainda, a relação dos usuários do SUS, com o medicamento em suas residências e a relação de preferência entre o remédio caseiro e o medicamento da farmácia.

Procurou-se entender, junto aos entrevistados/as sua relação com as plantas medicinais e os remédios caseiros, na perspectiva da orientação do uso correto e eficaz, no acesso a essas plantas e de que forma se dá esse acesso, bem como as informações sobre possíveis efeitos indesejáveis, quando do uso das plantas medicinais e seus remédios e, ainda, o interesse geral dos usuários sobre a importância das plantas medicinais e seus remédios caseiros.

Amostragem

A amostragem estabelecida neste trabalho procurou ser representativa dos grupos sociais existentes na ilha, escolhida por um processo em que parte significativa da população teve a mesma probabilidade de fazer parte da amostra. Isso significa que se levantaram os aspectos quantitativos, ou seja, sua significância e os aspectos qualitativos que estabeleceram a representatividade da amostra.

No período de agosto a dezembro de 2009, cada um dos 10 ACS capacitados e treinados, realizou 80 entrevistas no seu espaço de atuação do PACS-Cotijuba, totalizando 800 entrevistas preenchidas junto a 800 famílias, envolvendo os grupos sociais das áreas de abrangência do PFS-Cotijuba.

A população da ilha de Cotijuba, os dados são contraditórios, pois o censo demográfico de 1991 do IBGE apresenta uma população de 637 habitantes, enquanto que a FNS (Fundação Nacional de Saúde) divulga 1.658 habitantes e AMICIA (Associação dos

Moradores da Ilha de Cotijuba e Ilhas Adjacentes) aponta para 4.000 habitantes aproximadamente. E, embora, não se tenha feito novas contagens na ilha, estima-se que em 2008, a população da ilha apresente uma população aproximada de 5.000 habitantes e esse contingente aumente nos feriados prolongados, fins de semana e férias.

Com base nesta população estimada de 5.000 habitantes, acredita-se que o universo amostral deste trabalho esteja em torno de 65% da população da ilha, considerando uma média de 04 membros por família, pelo critério do IBGE adotado para os domicílios da região Norte do país e, ainda com base na cobertura do PFS-Cotijuba, conforme ficou esclarecido pela rotina dos ACS na ilha.

Seleção e Identificação das espécies vegetais

As plantas citadas foram caracterizadas, primeiro pela frequência relativa de alegação para cada espécie (FRAPS, descrita no item 2.4). Dessa relação, foram selecionadas 10 espécies com maior FRAPS, de um universo de cerca de 170 espécies vegetais levantadas. E, em segundo lugar, a partir de dados disponíveis na literatura científica. Com base na seleção e identificação das espécies vegetais mais citadas foi elaborada uma proposta de Memento Fitoterapêutico da Ilha de Cotijuba.

Foram citadas, pelos entrevistados, cerca de 170 espécies de plantas que foram usadas em algum momento de suas vidas, para os mais diversos tipos de problemas que seus familiares tenham apresentado. São elas:

Plantas citadas:		25.	Babosa	51.	Rinchão
01.	Arruda	26.	Amor crescido	52.	Alecrim
02.	Boldo	27.	Cana	53.	Vassourinha
03.	Pirarucu	28.	Limão	54.	Graviola
04.	Elixir paregórico	29.	Açaí	55.	Jucá
05.	Alho	30.	Andiroba	56.	Insulina
06.	Pau de angola	31.	Vick	57.	Mastruz
07.	Feijão quandú	32.	Coramina	58.	Erva de passarinho
08.	Escada de jabuti	33.	Pata de vaca	59.	Ata
09.	Mamão macho	34.	Eucalipto	60.	Capim santo
10.	Japana branca	35.	Erva cidreira	61.	Erva doce
11.	Perpetua do mato	36.	Atroveran	62.	Carapanauba
12.	Tajá de sol	37.	Anador	63.	Hortelã pimenta
13.	Melão de São Caetano	38.	Jambu	64.	Marupazinho
14.	Abacate	39.	Língua de Vaca	65.	Boldo da índia
15.	Goiaba	40.	Oriza	66.	Pariri
16.	Chicória	41.	Vindicá	67.	Miracilina
17.	Manjeriço	42.	Banana roxa	68.	Sucuriçu
18.	Sapucaia	43.	Malva branca	69.	Quebra pedra
19.	Hortelã	44.	Malva amarela	70.	Banana
20.	Verônica	45.	Taperebá	71.	Cipó d'alho
21.	Caju	46.	Ameixa	72.	Urucu
22.	Hortelãzinho	47.	Barbatimão	73.	Canela
23.	Quina	48.	Sucuuba	74.	Capim laranja
24.	Gengibre	49.	Apu	75.	Canarana
		50.	Fé de gozo	76.	Hortelã sertão

77.	Sacaca	108.	Verônica	139.	Açaí
78.	Caatinga de mulata	109.	Andiroba	140.	Correntinha
79.	Sabugueiro	110.	Pirarucu	141.	Graviola
80.	Copaíba	111.	Babosa	142.	Rosa comum
81.	Capim marinho	112.	Carapanauba	143.	Rosa menina
82.	Algodão	113.	Japana branca	144.	Marupazinho
83.	Favacão	114.	Trevo roxo	145.	Abacaxi
84.	“Sulfato ferroso”	115.	Alecrim	146.	Insulina
85.	Laranja	116.	Catinga de mulata	147.	Tomate
86.	Terramicina	117.	Mucura caá	148.	Maria preta
87.	Trevo roxo	118.	Gergelim preto	149.	Couve
88.	Maracujá	119.	Laranja	150.	Pião branco
89.	Jurema	120.	Barbatimão	151.	Vindicá
90.	Couve	121.	Camomila	152.	Vassourinha de botão
91.	Algodão roxo	122.	Japana	153.	Sacaca
92.	Peão roxo	123.	Limão	154.	Carmelitana
93.	Naueira	124.	Quina	155.	Carrapicho
94.	Ampicilina	125.	Manjeriçã	156.	Beterraba
95.	Unha de gato	126.	Acoita cavalo	157.	Unha de Gato
96.	Canela	127.	Carambola	158.	Leite do Amapá
97.	Pião Roxo	128.	Mururí	159.	Mandacaru
98.	Cravo	129.	Chapéu de couro	160.	Berinjela
99.	Mastruz	130.	Quebra pedra	161.	Miracilina
100.	Pariri	131.	Noni	162.	Vinagreira
101.	Papoula	132.	Jucá	163.	Cebolinha
102.	Cipó d’alho	133.	Mangueira	164.	Marcela
103.	Abacate	134.	Urucuzeiro	165.	Anador
104.	Amor Crescido	135.	Salva do Marajó	166.	Camomila
105.	Sucuriju	136.	Uxizeiro	167.	Preciosa
106.	Corrente	137.	Aroeira	168.	Anuera
107.	Algodão Roxo	138.	Goiaba	169.	Rinçã

São as seguintes plantas medicinais as mais citadas com base na amostragem estabelecida:

Quadro 1: Espécies vegetais mais citadas pelos usuários do SUS em Cotijuba.

NOME	INDICAÇÕES DE USO	PARTE USADA	MODO DE PREPARO	EFEITO INDESEJÁVEL
BOLDO	Problemas no Fígado e dor de Estômago.	FOLHAS	Fervura/chá	Em excesso pode aumentar as dores.
ERVA CIDREIRA	Calmante e para cólicas.	FOLHAS	Fervura/chá	Não relatado.
ANADOR	Dores em geral e febre	FOLHAS	Fervura/chá	Gestante não deve tomar.
HORTELÃZINHO	Dores; cólicas/dor de estômago	FOLHAS	Fervura/chá em infusão	Não relatado.
VERÔNICA	Inflações; anemia	CASCAS	Fervura/molho em água fria.	Não relatado.
PIRARUCU	Gastrite; erisipela; inflamação	FOLHAS; SOCADO	Faz o sumo/deixar a folha murchar	Não relatado.
ELIXIR PAREGÓRICO	Dor de estômago e fígado; cólicas	FOLHAS	Fervura	Não relatado.
PARIRI	Anemia; inflamação	FOLHAS	Fervura/chá	Não relatado.
HORTELÃ	Dor; Gripe; Tosse; Febre	FOLHAS	Fervura	Não relatado.
CANELA	Calmante; vômito	FOLHAS	Fervura	Não relatado.

Organização e Análise de dados

As informações obtidas, depois de sistematizadas e consolidadas no Laboratório de Etnofarmácia do NUMA/UFGA (LAEF/NUMA/UFGA), permitiram a identificação dos principais agravos que acometem a população da ilha de Cotijuba.

Os dados coletados sobre os vegetais citados foram organizados em três quadros contendo nome popular, classificação botânica (família e binômio específico), indicação, parte usada, forma de uso, possíveis efeitos indesejáveis e a codificação internacional de doenças (CID). Para tanto se utilizaram as entrevistas, as bases de dados da literatura e o acervo bibliográfico disponíveis na UFGA.

As tabelas contendo dados sobre os diferentes tipos de frequência de citação foram preparadas segundo Ferreira (2002):

1. Frequência de citação por espécie (FCE): corresponde ao número de informantes que citaram a espécie;
2. Frequência de uso da espécie ou frequência de indicação do problema de saúde para a espécie (FIPS): corresponde ao número de citações da doença para a espécie, por diferentes informantes;
3. Frequência relativa de alegação de uso para cada espécie (FRAPS): estabelece a proporção entre a frequência de alegação do problema de saúde para cada espécie (FIPS) pela frequência de citação da espécie correspondente (FCE). Isso remete ao que Amoroso & Gély (1998) denominaram “concordância de uso popular” (CUP).

Os valores são calculados, a partir da equação abaixo:

$$\text{FRAPS} = \frac{\text{frequência de indicação do problema de saúde para a espécie} \times 100}{\text{frequência de citação da espécie}}$$

Quanto maior for a FRAPS, maior será a concordância de uso entre os informantes, calculando-se usando a expressão acima.

TABELA 1 – Frequência relativa de alegação de uso de cada espécie para um dado agravo (FRAPS), considerando aquelas mais citadas (2009).

AGRAVO	PLANTAS	FRAPS
Problemas no Fígado e dor de Estômago.	BOLDO	74,1%
Calmanete e para cólicas.	ERVA CIDREIRA	50%
Dores em geral e febre	ANADOR	45,8%
Inflações; anemia	HORTELÃZINHO	28,2%
Dores; cólicas; dor de estômago	ELIXIR PAREGÓRICO	27,0%
Gastrite; erisipela;	PARIRI	22,3%
Dor de estômago e fígado; cólicas	VERÔNICA	20,5%
Dor; Gripe; Tosse; Febre	PIRARUCU	19,4%
Anemia; inflamação	HORTELÃ	18,8%
Calmanete; Vômito	CANELA	15,8%

Analisando a tabela acima, de acordo com Amoroso e Gely, observa-se que o boldo se destaca das demais espécies, com cerca de 75% de citações, para problemas no fígado e dores no estômago, isso talvez em função de hábitos alimentares regionais. Em seguida, metade das citações para erva cidreira no combate a cólicas e como calmante. Observa-se ainda, o predomínio de dores em geral. Os demais agravos, exceto gastrite, erisipela, anemia, inflamação e principalmente dores em geral e febre, indicam sinais ou sintomas de etiologia variada e por isso estão associadas a um número maior de plantas indicadas, as quais devem tratar cada um desses sinais ou sintomas, tratando o agravo que os dá origem (PINTO, 2009).

As doenças e sintomas foram classificados de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

Quadro 2 – Dez plantas mais citadas nas entrevistas, com as respectivas alegações de uso.

NOME DA PLANTA	PARTE USADA	MODO DE USO	INDICAÇÃO POPULAR	CID
BOLDO	FOLHAS	Fervura/chá	Problemas no Fígado e dor de Estômago.	XI, I, XVIII, VI
ERVA CIDREIRA	FOLHAS	Fervura/chá	Calmante e para cólicas.	VI, IX, XI, XVIII, III, X, I, IV
ANADOR	FOLHAS	Fervura/chá	Dores em geral e febre	I, XVIII
HORTELÃZINHO	CASCAS	Fervura/molho em água fria.	Inflações; anemia	I, XVIII, X, XI
ELIXIR PAREGÓRICO	FOLHAS	Fervura/chá em infusão	Dores; cólicas; dor de estômago	XI
PARIRI	FOLHAS; SOCADO	Faz o sumo; deixa a folha murcha	Gastrite; erisipela; inflamação	III, XVIII, XIV, X, XI
VERÔNICA	FOLHAS	Fervura	Dor de estômago e fígado; cólicas	XIV, III, I, XIX, IX
PIRARUCU	FOLHAS	Fervura	Dor; Gripe; Tosse; Febre	I, XI, XVIII, XIV, X
HORTELÃ	FOLHAS	Fervura/chá	Anemia; inflamação	I, XVIII, X, XI
CANELA	FOLHAS	Fervura	Calmante; Vômito	XVIII, IX

Para ilustrar a distribuição das 10 espécies mais citadas pela categoria nosológica codificada pela OMS, observa-se que as categorias V (transtornos mentais e comportamentais); XVII (malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas) e XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade) não foram citadas, provavelmente devido à complexidade das doenças incluídas nessas categorias, que determina a não utilização de remédios caseiros (PINTO, 2009).

Analisando o quadro 2, as demais alegações de uso das dez (10) plantas mais citadas se distribuem, segundo os entrevistados, entre as seguintes categorias: XI (doenças do aparelho digestivo); I (doenças infecciosas e parasitárias); XVIII (sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte); VI (doenças do sistema nervoso); IX (doenças do aparelho circulatório); III (doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários); X (doenças do aparelho respiratório); IV (doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas).

Observações realizadas em campo

Segundo os dados da pesquisa, a maioria dos entrevistados era do gênero feminino, boa parte dona de casas e/ou aposentadas, apresentando uma renda familiar média entre menos de um salário mínimo até um salário mínimo. A pesquisa demonstrou que a ampla maioria das residências, dos entrevistados, apresenta energia elétrica, água encanada e banheiro próprio, e ainda que uma parcela residual dos grupos sociais investigados não tem em suas casas energia elétrica, água encanada e banheiro próprio, caracterizando o baixo poder aquisitivo desses ilhéus.

A maioria dos entrevistados declarou não haver doença crônica na residência e as doenças mais comuns que acometem suas famílias são: gripe, febre, tosse, dores em geral, diarreia, dor de cabeça, etc.

A indicação do medicamento, de acordo com os dados coletados, é feita na maioria das vezes pelo médico. A maior parte dos usuários do SUS declarou receber orientação sobre o uso dos medicamentos, tanto na UMS, quanto nas farmácias. E informaram ter conhecimento sobre o papel do farmacêutico, embora não tenha ficado claro, de fato, esse

papel, pois o senso comum, para os entrevistados esse profissional é aquele que fica atrás de uma janelinha de vidro na UMS.

Quanto aos dados referentes ao acesso ou preferência a plantas medicinais e remédios caseiros, a maioria dos entrevistados disse ter preferência em tratar-se com medicamentos caseiros. E que essa preferência se devia principalmente em: a) acreditar que o remédio caseiro tem maior eficácia em relação ao da farmácia; b) ter fácil acesso ao remédio caseiro e crer que o mesmo não seja tóxico; c) ter cultura e tradição de uso desses remédios; d) por ser mais barato que o da farmácia.

Todos os entrevistados declararam ter acesso ou ter tido acesso, em algum momento de suas vidas, a plantas medicinais. E esse acesso se deu principalmente porque boa parte dos entrevistados cultivava as plantas em casa ou porque tem acesso na vizinhança e eventualmente as adquire através de raizeiros ou com os chamados especialistas tradicionais.

Dessas destacamos 10 espécies vegetais como sendo as mais citadas pelos usuários dos SUS, na ilha de Cotijuba onde atestamos seus nomes populares e científicos e suas famílias botânicas, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 3 – Nomes populares, científicos e famílias botânicas das plantas com maior FRAPS em 2009.

NOMES POPULARES	NOME CIENTÍFICO	FAMÍLIA
BOLDO	<i>Peumus boldus</i>	Monimiáceas
ERVA CIDREIRA	<i>Melissa officinalis L.</i>	Lamiaceae
ANADOR	<i>Justicia pectoralis Jacq. var. stenophylla Leonar.</i>	Acanthaceae
HORTELÃZINHO	<i>Mentha arvensis L.</i>	Lamiaceae (Labiatae)
ELIXIR PAREGÓRICO	<i>Piper callosum Ruiz & Pav.</i>	Piperaceae.
PARIRI	<i>Arrabidea chica (H.B.K.) Verlot</i>	Bignoniaceae
VERÔNICA	<i>Verônica officinalis</i>	Escrofulariáceas.
PIRARUCU	<i>Kalanchoe pinnata (Lam.) Pers.</i>	Crassulaceae.
HORTELÃ	<i>Mentha x villosa</i>	Lamiaceae (Labiatae)
CANELA	<i>Cinnamomum zeylanicum Breyn.</i>	Lauráceas

Essas dez espécies mais citadas (quadro 3), com os seus respectivos nomes científicos e famílias botânicas, foram determinadas a partir da FRAPS, junto aos entrevistados/as no levantamento etnofarmacêutico, ocorrido na ilha de Cotijuba em 2009.

Quadro 4 – Problemas Alegados as dez plantas medicinais mais citadas.

PLANTAS MEDICINAIS	FORMAS DE USO	SINTOMAS
BOLDO	Chá da folha e da folha fresca	Diarréia, “atacou o fígado” e “estômago cheio”
ERVA CIDREIRA	Chá	“Dor no fígado”
ANADOR	Chá da folha	Vômito
HORTELÃZINHO	Chá da folha	Nenhum relatado
ELIXIR PAREGÓRICO	Chá da folha	Náuseas, vômito
PARIRI	Chá da folha	Nenhum relatado
VERÔNICA	Chá, Chá da casca (3/3h), Chá da casca	Inchaço na barriga, azia, “resseca a boca e ataca o fígado” e sangramento (em período menstrual)
PIRARUCU	Chá da folha	Nenhum relatado
HORTELÃ	Chá da folha	Nenhum relatado
CANELA	Chá	“a pressão subiu”

Com base no quadro 4, pode-se inferir que já se denota certa preocupação por parte dos usuários do SUS sobre problemas alegados ao uso de plantas medicinais, o que justificou a inserção no roteiro de entrevistas, questionamentos relacionados a PAPM (Problemas Alegados a Plantas Medicinais), expressão análoga a Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM). Isso fica evidente entre alguns entrevistados e alguns dos ACS, pois já haviam participados de capacitações anteriores, onde se discutira a possibilidade de algumas plantas medicinais poderem provocar algum tipo de desconforto.

As 170 plantas levantadas nesse trabalho são usadas em aplicações do tipo macerado, chás (decoção), tinturas, pomadas, “lambedor”, banhos, xaropes entre outros. Observa-se, no entanto, que nas 10 plantas mais citadas a forma de uso predominante são os chás das folhas frescas ou não e das cascas.

A discussão desenvolvida até agora, nos permite inferir que a Etnofarmácia, mostra-se adequada para coletar dados importantes para a elaboração de ações na área de recursos naturais e desenvolvimento local, pois nos proporciona visões diferenciadas seja do ponto de vista tecnológico, seja do ponto de vista assistencial, mas, sobretudo os aspectos humanísticos que nos permite evidenciar a importância das plantas medicinais e remédios caseiros no cotidiano dos habitantes da ilha.

Se analisarmos do ponto de vista tecnológico, percebe-se espaço para se investigar as espécies relatadas, suas formas de uso, pois podem fornecer dados inovadores para o desenvolvimento de fitoterápicos. Já se analisamos do ponto de vista da assistência farmacêutica, nos permite a obtenção de informações acerca dos agravos, das plantas medicinais para eles indicados bem como as formas mais adequadas de preparo e de uso. E ainda, se analisarmos de um ponto de vista humanístico, a abordagem etnofarmacêutica, pode contribuir para a preservação cultural e ambiental, pois valoriza a utilização de diferentes plantas medicinais, que podem ser cultivadas em consórcio recuperando áreas já degradadas ou em processo de degradação da cobertura vegetal na ilha.

Os resultados do levantamento etnofarmacêutico permitem-nos constatar que a maioria da população da ilha utiliza plantas medicinais para manter sua saúde em função do uso enraizado na população, mas também pelo baixo poder aquisitivo, pela falta de acesso aos medicamentos ditos essenciais, fato esse caracterizado na rotina dos ACS e nas entrevistas desenvolvidas por eles.

O perfil nosológico traçado neste trabalho estabelece uma relação de consonância com outros desenvolvidos ou em desenvolvimento aqui na região Norte, e reafirma um problema comum e bastante acentuado nesta região, que são, fundamentalmente, as doenças de veiculação hídrica, isso em função da baixa cobertura em termos de saneamento básico e ambiental.

Verificou-se também que o uso de plantas medicinais não está imune a problemas que vão desde a manipulação, fraude, falta de conhecimento, associações incorretas, etc. O que nos coloca a necessidade de envolver os profissionais do sistema público de saúde, no sentido de se capacitar e orientar os usuários em relação à segurança desse recurso terapêutico, conforme preconiza a PNPMF.

As dez espécies mais citadas na pesquisa desenvolvida em 2009 são em ordem decrescente: Boldo (*Peumus boldus*), Erva Cidreira (*Melissa officinalis* L.), Anador (*Justicia pectoralis* Jacq. var. *stenophylla* Leonar.), Hortelãzinho (*Mentha arvensis* L.), Elixir Paregórico (*Piper callosum* Ruiz & Pav.), Pariri (*Arrabidea chica* (H.B.K.) Verlot), Verônica (Verônica *officinalis*), Pirarucu (*Kalanchoe pinnata* (Lam.) Pers.), Hortelã (*Mentha x villosa*) e Canela (*Cinnamomum zeylanicum* Breyn.).

Entendemos que esse trabalho contribui para o avanço da Etnofarmácia na região, mas, sobretudo coloca a necessidade da implementação da Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PEPMF) no estado do Pará, uma vez que constrói um perfil nosológico, objetivando atingir o estado como um todo; coleta dados sobre as espécies vegetais utilizadas nas diferentes mesorregiões do Pará; enfrenta os problemas relacionados ao uso de plantas medicinais, no sentido de avançar na investigação deles, e documenta e protege o saber popular sobre essas espécies vegetais, possibilitando propor projetos no sentido do desenvolvimento de fitoterápicos, parcerias com o poder público e a utilização dessas espécies vegetais na atenção primária em saúde no estado, permitindo o acesso seguro e eficaz das plantas medicinais e remédios caseiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento etnofarmacêutico da ilha de Cotijuba nos permitiu elaborar, entre outras questões, a seguinte discussão sobre a importância das plantas medicinais junto aos usuários do SUS, no que diz respeito aos dados referente ao acesso a plantas medicinais e remédios caseiros, a maioria da população disse ter preferência em tratar-se com medicamentos caseiros. E que essa preferência se devia, principalmente, ao fato deles acreditarem que o remédio caseiro tinha maior eficácia em relação ao da farmácia; segundo por ter facilidade no acesso ao remédio caseiro e crer que o mesmo não seja tóxico; terceiro, pela cultura e tradição de uso desses remédios; e por último por ser mais barato que o da farmácia.

Segundo, a população da ilha declarou ter acesso ou ter tido acesso, em algum momento de suas vidas, a plantas medicinais. E esse acesso se deu principalmente porque boa parte deles tem as plantas em casa ou porque tem acesso na vizinhança e eventualmente as adquire através de raizeiros ou com os chamados especialistas tradicionais.

Permite-nos entender que para a consecução dos objetivos deste trabalho, além de garantir o acesso aos usuários do SUS, promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, promoverem a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais é necessário promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético quando este for acessado; promover parcerias com movimentos sociais, sociedade civil e organizações não governamentais; identificar comunidades detentoras de conhecimento tradicional, sistematizando, definindo instrumentos de valorização, divulgando e apoiando projetos voltados à valorização; identificar, definir e apoiar mecanismos de validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico-científico).

Ajuda-nos a entender que, após vinte anos de criação dos instrumentos jurídicos do Sistema Único de Saúde, a implementação do SUS tem contribuído para uma maior institucionalização da saúde no Brasil. No entanto, ainda, permanecem os dilemas do federalismo brasileiro e das desigualdades regionais. Refere-se aqui à forma como os diferentes níveis de governo incorporaram os acordos e transformaram suas práticas. A

capacidade alocativa de recursos financeiros e estruturais na região da Amazônia Legal ajuda a compreender como a lógica de ilhas de desenvolvimento também se consolidou e em que medida se dá o acesso aos serviços de saúde no âmbito da Amazônia Legal.

Constata-se que a lógica normativa dos programas nacionais foi determinada sem respeitar as características da região e não se adequou à realidade local. A baixa cobertura do Programa de Saúde da Família e a falta de incorporação de parte das populações em situação de vulnerabilidade social (assentados, quilombolas e ribeirinhos), apontando-nos a necessidade de um tratamento diferenciado, para se começar a superar as desigualdades regionais e consolidar o SUS na região Norte.

Aponta-nos a necessidade avançar na política nacional que o Brasil está adotando em relação às PMF. A PNPMF aponta rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, tornando acessíveis à população e aos formadores de opinião o uso e o acesso seguro as plantas medicinais e fitoterápicos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado aos grupos sociais e povos tradicionais. Isso se dará, na medida em que, organizarmos setores públicos e privados, IES, ONG, poderes legislativo e executivo, no sentido de discutir, elaborar, aprovar e implantar a **Política Estadual de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PEPMF)**, bem como o **Programa Estadual de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**.

Essa discussão nos coloca a necessidade de investir em Ciência & Inovação Tecnológica, fortalecendo grupos de pesquisa em Etnofarmácia e Ciências Farmacêuticas. Para isso é necessário a interação entre as potencialidades do setor acadêmico e as demandas do setor produtivo, propiciando-lhes suporte técnico-científico e financeiro. Assim como é importante a identificação de projetos promissores para a concessão de apoio, buscando a complementaridade entre eles quanto às etapas do processo produtivo, desde a fase de pesquisa de bancada à produção e comercialização do produto gerado.

O estabelecimento de projetos cooperativos, entre os diversos atores envolvidos na cadeia produtiva do setor de plantas medicinais e fitoterápicos, poderá garantir o desenvolvimento de tecnologias apropriadas incentivando pequenos empreendimentos, como

a agricultura familiar e o uso sustentável da biodiversidade nacional. A expectativa é de que esta ação intensifique o investimento em pesquisa de espécies nativas da flora brasileira e desenvolvimento por parte do setor privado, viabilizando alavancar esta cadeia produtiva.

A interação entre o setor público e privado deve ser incorporada no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos. Neste contexto, o desenvolvimento de equipamentos e tecnologias necessários à garantia e ao controle de qualidade, a potencialização do sistema de produção e o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação de incorporação de tecnologia, na produção de PMF, precisa ser incentivados e fomentados.

Verifica-se ainda a necessidade de investigar a demanda pela fitoterapia e o custo dos medicamentos, o potencial de geração de trabalho e renda na cadeia produtiva de fitoterápicos em regime de economia solidária. Isso se dará a partir da criação de linhas de financiamento e de mecanismos de incentivos fiscais e desoneração tributária para insumos e produtos fabricados a partir de plantas medicinais, considerando toda a cadeia produtiva. Para isso é necessário fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos e estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção das cadeias e dos arranjos produtivos de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

A integração de toda a cadeia produtiva de PMF é importante para o fortalecimento dos setores tecnológico e produtivo, e deve abranger a regulamentação, a capacitação de recursos humanos, a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação/fabricação, o fomento à pesquisa, a interação entre o setor público e privado e, a incorporação de novas tecnologias para o processo produtivo.

Discute-se ainda, a necessidade da elaboração de um Plano de Negócios na ilha, possibilitando o aproveitamento dos recursos naturais e o saber associado na medicina popular, contribuindo para inclusão social, ocupação e renda aos grupos sociais investigados. Isso se dará, num outro momento, na medida em que se conforme uma cooperativa ou associação de produtores de PM na ilha, a partir de uma parceria LAEF/NUMA/UFPA com a cooperativa ou associação de produtores de PM na ilha, objetivando a elaboração de um

projeto de sistema agro florestal em áreas já degradadas, um programa de plantio de PM nesta área, através de uma parceria entre a cooperativa ou associação e o programa Farmácia Nativa do município, de parceria da associação com a SESMA para a produção de PM e remédios caseiros que passem integrar a rede básica de saúde do município.

Este trabalho permitirá ainda, discutir parcerias com IES, Institutos, ONG, setores públicos e privados, no sentido da utilização de plantas medicinais, integrando o sistema público de saúde: a) incentivando pesquisa, tecnologias e inovações em PMF da região, priorizando as necessidades epidemiológicas da população; b) formação de cadeias produtivas de PMF; c) capacitação, oficinas, seminários e eventos em torno da temática; d) elaboração de mídia sobre o uso seguro e eficaz de PMF, bem como sobre farmacovigilância; e) elaboração de publicações sobre PMF da região Norte; f) elaboração com base em pesquisas e estudos relação regional de PMF que venham a compor a RENAME-FITO.

Comissão Interna de Farmácia e Fitoterapia

Em nível nacional incluir PM&F na lista de medicamentos da “Farmácia Popular”, implementar a PNPMF no âmbito do SUS, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela PNPIC no SUS e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, atualizar permanentemente a Relação Nacional de Fitoterápicos (RENAMEFITO) e a Relação Nacional de Plantas Medicinais e, ainda criar e implementar o Formulário Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Como serviços desenvolver o uso de PMF, em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção, apoiar técnica ou financeiramente projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular, que atuem nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e ACS e, ainda estabelecer intercâmbio técnico-científico e cooperação técnica visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e com países, onde esteja integrada ao serviço público de saúde.

Ao nível estadual e municipal, na Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família (UBS/USF) possibilitar ao usuário o acesso as PM&F, nos ambulatórios de

especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento aos usuários e apoio técnico aos demais serviços da rede local, em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares, pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção.

Por isso se faz necessária a criação de Comissões de Farmácia e Fitoterapia com especialistas em plantas medicinais e fitoterápicos, que terão as seguintes tarefas: a) elaborar protocolos terapêuticos de PM&F; b) pactuar inserção de fitoterápicos no elenco de referência da atenção básica; c) disponibilizar plantas medicinais (fresca e seca) e fitoterápicos aos usuários do SUS; d) incentivar a implantação e/ou adequação de farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, que atendam demanda e à realidade loco-regional, em conformidade com a legislação vigente; e) promover a divulgação e a informação dos conhecimentos básicos sobre PMF para profissionais de saúde, gestores e usuários, considerando as metodologias participativas e o saber popular; f) definir instrumento de acompanhamento e avaliação da inserção das PM&F; g) desenvolver instrumento de monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); h) promover informações seguras e fidedignas nas bulas e material informativo de PM&F; i) desenvolver ações de acompanhamento e avaliação sobre o uso de PM&F, para instrumentar os processos de gestão; j) acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção em Fitoterapia.

Memento Fitoterapêutico da Ilha de Cotijuba

APRESENTAÇÃO

O direito do cidadão à saúde está expresso na Constituição Federal aprovada em 1988. Destaca o texto constitucional que é dever do Estado prover as condições para o seu pleno exercício. O direito de acesso a medicamentos é um aspecto particular dessa prerrogativa, prevista na regulamentação nacional complementar (*ANVISA - Resolução RDC 140/2003*) e a obrigação de apresentação de bulas é substituída pela exigência de provimento de todas as informações a respeito dos medicamentos que produz em um único documento de consulta para o profissional de saúde, o Memento Terapêutico.

O Memento Terapêutico, com base no levantamento etnofarmacêutico da ilha de Cotijuba, objetiva estabelecer o acesso e o uso seguro e eficaz de plantas medicinais e remédios caseiros que permitam aos usuários do SUS, mais alternativa segura no arsenal terapêutico da biodiversidade amazônica. O Memento Terapêutico é parte, de um esforço governamental e não-governamental de contribuir para a construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, de modo a garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a esses produtos.

Alguns termos são importantes tratarmos sobre farmacologia, reações adversas, interações medicamentosas e contra-indicações. A **farmacologia** (do grego: φάρμακον, *fármakon* ("droga"), e λογία, derivado de -λόγος *lógos* ("palavra", "discurso"), sintetizado em "ciência") é a ciência que estuda como os medicamentos interagem com os organismos vivos. Se essas substâncias tem propriedades medicinais, elas são referidas como "substâncias farmacêuticas". O campo abrange a composição de medicamentos, propriedades, interações, toxicologia e efeitos desejáveis que podem ser usados no tratamento de doenças (DESTRUTI, 1999).

Interações medicamentosas é evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental. Constitui causa comum de efeitos adversos. Quando dois medicamentos são administrados, concomitantemente, a um paciente, eles podem agir de forma independente ou interagirem entre si, com aumento ou diminuição de efeito terapêutico ou tóxico de um ou de outro. O desfecho de uma interação medicamentosa pode ser perigoso quando promove aumento da toxicidade de um fármaco.

Algumas vezes, a interação medicamentosa reduz a eficácia de um fármaco, podendo ser tão nociva quanto o aumento. Por exemplo, tetraciclina sofre quelação por antiácidos e alimentos lácteos, sendo excretada nas fezes, sem produzir o efeito antimicrobiano desejado. Há interações que podem ser benéficas e muito úteis, como na co-prescrição deliberada de anti-hipertensivos e diuréticos, em que esses aumentam o efeito dos primeiros por diminuírem a pseudotolerância dos primeiros. Supostamente, a incidência de problemas é mais alta nos

idosos porque a idade afeta o funcionamento de rins e fígado, de modo que muitos fármacos são eliminados muito mais lentamente do organismo.

O termo contra indicação, s. f. (fr. contre-indication; ing. contraindication), é qualquer circunstância que se opõe à aplicação do tratamento. Sempre que o assunto em questão é remédio surgem muitos debates de médicos e de pessoas que fazem uso de medicamentos no intuito de melhorar sua saúde em vários aspectos. Muitos remédios caseiros ajudam bastante em problemas externos bem como internos, no caso de chás. Os remédios caseiros por muito tempo fazem parte da vida das pessoas, eles ajudam em várias circunstâncias, como gripe, diabetes, colesterol, bem como as plantas que são passadas em machucados e feridas. Porém como todo remédio, mesmo os naturais podem ter algumas contra indicações das quais é preciso estar atento para que o remédio não tenha efeitos contrários ao desejado.

Muitos chás, por exemplo, são perigosos se forem ingeridos durante a gestação ou o período de amamentação. Também algumas plantas podem ser cicatrizantes, mas podem inflamar o ferimento se não tiver os cuidados necessários. Os remédios caseiros devem ser tomados também de preferência com acompanhamento médico, pois coisas como alergia ou problemas em alguns dos órgãos do corpo podem ser causados por remédios caseiros dos quais as pessoas não tem tanto conhecimento sobre aos seus efeitos. Os remédios caseiros são muito procurados por pessoas de várias idades, mas eles nem sempre podem ser considerados como seguros de forma total, nem podem ser tomados em excesso.

Alguns conceitos diferenciais são necessários, tais como droga, medicamentos e rasuras, efeito colateral e reações adversas, dose e dosagem. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Gerência-Geral de Medicamentos - GGMed/DIMEP -, apresenta os conceitos técnicos da área, para os efeitos da legislação em vigor:

- **Droga** - substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa ou sanitária;
- **Medicamento** - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;

O que foi referenciado no Decreto nº 79.094, de 05 de janeiro de 1977, que regulamenta a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância

sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros.

Denomina-se **efeito colateral** como um efeito diferente daquele considerado como principal por um fármaco. Esse termo deve ser distingüido de *efeito adverso*, que se refere a um efeito colateral indesejado, pois um fármaco pode causar outros efeitos potencialmente benéficos além do principal. Como exemplo podem ser citados a amnésia temporária causada por sedativos e a sonolência em anti-histamínicos, que podem ser benéficos ou adversos dependendo da situação. Já **efeito adverso**, ou **reação adversa ao medicamento** (RAM), como um efeito diferente e indesejado daquele considerado como principal por um fármaco. Ou, segundo definição da ANVISA: "É qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica", conforme a RDC n° 140, de 29 de maio de 2003.

Dose provém do grego *dósis*, ação de dar; aquilo que se dá; o que pode ser dado (Machado, 1977; Bailly, 1950). Como termo médico, **dose** expressa a porção ou quantidade de um medicamento que se administra ao paciente de cada vez ou em determinado período de tempo. De *dose* formou-se o verbo *dosar*, cujo sentido é o de estabelecer a dose ou quantidade de uma substância.

Dosagem é composto de *dose* + sufixo *-agem*. Este sufixo, largamente utilizado em português origina-se do latim *-aticum*, através do francês *-age*. Indica coleção, estado, ação ou o resultado da ação. Em algumas palavras provém diretamente do latim, como em *imagem* (*imago, ginis*). Segundo, Said Ali (1964), Vasconcelos (1959) e Goes (1937) no caso de *dosagem*, o sufixo *-agem* denota ação, isto é, o ato de dosar. Por extensão, além desse sentido genérico, designa também a operação química destinada a quantificar uma dada substância contida em determinado meio. Ex.: dosagem da glicose, dosagem da uréia, da creatinina, etc.

É comum em escritos médicos o emprego de *dosagem* como sinônimo de *dose*, o que é incorreto. Os melhores léxicos da língua portuguesa estabelecem claramente a distinção entre dose e dosagem. *Dose* refere-se a uma dada porção ou quantidade e *dosagem* à operação de dosar. Como assinala o mestre Pedro Pinto, "não se aplica ao doente, ao animal de laboratório, uma dosagem, mas uma dose, certa porção, dada quantidade" (PINTO, 1959).

Segundo a RDC nº 14/10, fitoterápico é o medicamento cujo princípio ativo é um derivado de droga vegetal (extrato, tintura, óleo, cera, exsudato, suco e outros), obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais, caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Não se considera como medicamento fitoterápico aquele que inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (BRASIL, 2010).

De acordo com a abrangência da RDC nº 14/10, não é objeto de registro a planta medicinal ou suas partes, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada. Desta forma, produtos anteriormente registrados na forma de rasura vegetal, como por exemplo, para o preparo de chás não terão seus registros renovados como medicamento fitoterápico (BRASIL, 2010).

As plantas medicinais, de acordo com a legislação brasileira, podem ser comercializadas em farmácias e ervanárias, de acordo com a Lei nº 5.991/73, enquanto os produtos obtidos das mesmas podem ser cadastrados ou registrados junto à ANVISA como alimentos, cosméticos e medicamentos fitoterápicos; porém, apenas os produtos registrados como medicamentos podem apresentar alegações terapêuticas em suas bulas, embalagens e publicidade.

A comercialização de plantas na forma rasurada para a preparação de chás pode ser enquadrada como alimento. O cadastro de plantas para o preparo de chás é feito junto à Gerência de Alimentos da ANVISA, através das resoluções RDC nº 267/05, RDC nº 277/05, RDC nº 278/05 e RDC nº 219/06. As plantas que podem ser cadastradas nesta categoria estão definidas nas resoluções supracitadas e devem ter um histórico de uso alimentício.

Atualmente, há cerca de 400 fitoterápicos com registro válido junto à ANVISA. Este valor sofre freqüentes alterações, pois a realidade do registro é muito dinâmica, uma vez que a situação dos produtos é constantemente modificada. Diariamente, novos medicamentos são registrados, enquanto outros perdem o registro, seja por indeferimento da solicitação de renovação, cancelamento do registro anteriormente concedido, ou seja, por caducidade, que é a caracterizada pela não solicitação de renovação de registro dentro do prazo legal.

As plantas que mais possuem registro na ANVISA na forma de seus derivados para obtenção de fitoterápicos são: *Ginkgo biloba*, *Aesculus hippocastanum*, *Panax ginseng*, *Senna alexandrina*, *Peumus boldus*, *Cynara scolymus*, *Passiflora incarnata*, *Valeriana officinalis* e *Arnica montana*. Tais espécies figuram entre as 34 previstas na Lista de registro simplificado de fitoterápicos (RE nº 89/04), as quais têm o registro facilitado por não precisarem comprovar critérios de segurança e eficácia terapêuticas, pelo fato dos mesmos serem amplamente reconhecidas pela sociedade científica.

De acordo com a RDC Nº 10, DE 9 DE MARÇO DE 2010, da ANVISA, as notificações das drogas vegetais, são consideradas as seguintes definições:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X - maceração com água: preparação que consiste no contato da droga vegetal com água, à temperatura ambiente, por tempo determinado para cada droga vegetal disposta no anexo I dessa Resolução.

Esse método é indicado para drogas vegetais que possuam substâncias que se degradam com o aquecimento;

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

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

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

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

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

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

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

Conforme o art. 4º, da RDC N° 10, para fins de padronização, são adotadas as seguintes medidas de referência:

I - colher das de sopa: 15 mL / 3 g;

II - colher das de sobremesa: 10 mL / 2 g;

III - colher das de chá: 5 mL / 1 g;

IV - colher das de café: 2 mL / 0,5 g;

V - xícara das de chá ou copo: 150 mL;

VI - xícara das de café: 50 mL; e

VII - cálice: 30 mL.

Os dados que devem constar sobre as espécies vegetais selecionadas, com base no Memento Terapêutico de **Farmanguinhos**, FIOCRUZ (Brasil, 2006), através de dados da literatura existente, obedecem a um mesmo esquema de informação, na seguinte seqüência:

- Nome e caracterização do produto (em ordem alfabética pelo nome genérico);
- Indicações;
- Contra-indicações;
- Posologia;
- Precauções;
- Gravidez e lactação;
- Efeitos colaterais / reações adversas;
- Interações medicamentosas;
- Superdosagem; e
- Farmacologia clínica.

Seleção e identificação das espécies vegetais

As espécies vegetais citadas, do quadro 1 representam as mais citadas pelos usuários do SUS, a partir do levantamento etnofarmacêutico realizado na ilha de Cotijuba, no período de junho a dezembro de 2009, em que se verificou a FRAPS, com base nas citações dos entrevistados/as e os problemas alegados para cada espécie vegetal.

Com base nas 10 espécies vegetais mais citadas pelos usuários do SUS, construiremos uma proposta de Memento Fitoterapêutico da ilha de Cotijuba, considerando os parâmetros adotados pelo Memento Terapêutico de Farmanguinhos, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. São elas: Boldo (*Peumus boldus*), Erva Cidreira (*Melissa officinalis* L.), Anador (*Justicia pectoralis* Jacq. var. *stenophylla* Leonar.), Hortelãzinho (*Mentha arvensis* L.), Elixir Paregórico (*Piper callosum* Ruiz & Pav.), Pariri (*Arrabidaea chica* (H.B.K.) Verlot), Verônica (*Verônica officinalis*), Pirarucu (*Kalanchoe pinnata* (Lam.) Pers.), Hortelã (*Mentha x villosa*) e Canela (*Cinnamomum zeylanicum* Breyn).

Formas de uso de plantas medicinais e remédios caseiros

Os medicamentos caseiros feitos com plantas medicinais podem ser preparados de diversas maneiras:

Chás

INFUSÃO

Despeje água fervendo sobre as ervas, em uma vasilha e depois deixe bem tampado por alguns minutos. Para fazer infusão em cascas e raízes, deve-se picar bem e deixar em repouso por uns 20 minutos. Depois coar.

DECOCCÃO

Cozinhar a parte a ser utilizada em água; para folhas e flores basta cozinhar por 10 minutos e raízes, cascas e caules, picar bem picadinho e deixar cozinhar por 20 minutos. Depois coar.

MACERAÇÃO

Botar as ervas de molho em água fria; para folhas, flores e sementes devem ficar por 12 horas; cascas e raízes deve-se picar e deixar de 16 a 24 horas. Depois coar.

SUCOS

São obtidos triturando a erva ou o fruto no pilão ou liquidificador, e em seguida coar. Devem-se usar as ervas e os frutos frescos e preparar no momento da utilização.

LAMBEDOR OU XAROPE

Misturar o suco (preparado como anteriormente) ou preparar a decocção e acrescentar mel ou açúcar. Prepara-se quente ou frio.

BANHOS

Cozinhar as ervas durante 20 a 40 minutos, coar e deitar o decocto na água que vai ser usada no banho.

CATAPLASMA

ERVAS AO NATURAL

Podem ser aplicadas diretamente na parte dolorida, inchada ou ferida.

EM FORMA DE PASTA

Socar com pilão de madeira as plantas até formar uma papa que se coloca sobre o local dolorido. Se não tiver plantas frescas podem-se usar secas, colocando água quente para formar a pasta.

GARGAREJO

Preparar o chá na forma de decocção. Esse chá deve ser bem forte. Deve-se fazer o gargarejo várias vezes ao dia.

INALAÇÕES

Colocar as plantas em uma vasilha com água fervida e aproveitar o vapor, aspirando-o.

BOLDO (Peumus boldus)**NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO**

Peumus boldus Molina

Família das Monimiáceas

NOMES VULGARES: boldo-do-chile, boldoa-fragans, boldo-verdadeiro, boldu.

HABITAT E DISTRIBUIÇÃO

Arbusto normalmente de 2 a 3 metros, originário das regiões andinas do Chile com um clima próximo da Europa Mediterrâneo, em colinas secas e de muito sol. Cultivado no Marrocos e na Itália.

PARTES UTILIZADAS

Folhas.

Composição Química:

Carboidratos – sacarose, frutose e ácido clorogênico;

Sesquiterpeno – lactonas;

Saponinas – plantas africanas do gênero *Vernonia* são ricas em Saponinas, principalmente nas entrecascas dos ramos (testes rápidos realizados com *Vernonia condensata*, em Recife nos laboratórios da UFPE).

Constituintes químicos do Boldo-do-Chile / *Peumus boldus*: Alcalóides derivados da aporfina (boldina, reticulina, isocoridina, esparteína), mirtenal, 1,8-cineol, p-cimeno, eucaliptol, ascaridol, flavonóides (pneumosídeo e boldosídeo), 1-metil-4-isopropenil-benzeno, 2-decanona, 2-heptanona, 2-nonanona, 2-octanona, alfa-3-careno, alfa-fenchol, alfa-hexilcinamaldeído, alfa-methilionona, alfa-pineno, alfa-terpineol, benzaldeído, benzilbenzoato, beta-pineno, boldoglucina, bornil-acetato, canfeno, cânfora, colina, cumarina, cuminaldeído, eugenol, farnesol, fenchona, gama-terpineno, isoboldina, isocoridina, óxido-n-isocoridina, isorhamnetina-3-glucosídeo-7-rhamnosídeo, kaempferol-3-glucosídeo-7-rhamnosídeo, laurolicina, laurotetanino, limoneno, linalol, metil-eugenol, norisocoridina, p-cimol, rhamnetina-3-arabinosídeo-3'-rhamnosídeo, sabineno, terpinen-4-ol, terpinolino, 2-tridecanono, 2-undecanono, eta-isometilionono, n-metillaurotetanino, paquicarpina, resina, reticulina, taninos, sitosterol, sais minerais, ácidos orgânicos, glicídios e lipídeos.

INDICAÇÕES

Uso:

Fitoterápico

-Colagoga, colerética, depurativa, diurética, laxativa, hipoglicemiante, reduz a taxa de uréia, reduz o colesterol sanguíneo.

-É indicado: anemia, anúria, aterosclerose, cálculos da bexiga, para favorecer a secreção da bile, bócio exoftálmico.

-clorese, colagogo, convalescença, doenças do coração, debilidade geral, diabete melito, diarréia, dispepsia, diurese, escrofulose, febre, doenças do fígado.

-gota, hemofilia, hemorróidas, hidropisia, hipertensão arterial, hipertireoidismo, ictéria, inflamação em geral, malária, nefrolitíase, obesidade, pneumonia, doenças dos pulmões.

-raquitismo, cálculos nos rins, doenças nos rins, sífilis, tosse, toxemia, uremia, uretrite, doenças urinárias.

Indicações do Boldo-do-Chile Peumus boldus: afecções do fígado e da vesícula, cálculo biliar, cólica, diarreia, digestão, dispepsia, febre, fraqueza orgânica, gota, hepatite, insônia, má-flatulência, previr icterícia, prisão de ventre, problemas diuréticos, reumatismo, uréia.

Outros usos

Das raízes de planta muito semelhante (Coleus forskolli Briq.) extrai-se o Forskollin, reagente empregado em técnicas farmacológicas especiais.

CONTRA-INDICAÇÕES

Contra-indicações/cuidados com o Boldo-do-Chile Peumus boldus: não utilizar na gravidez.

Nas vias biliares obstruídas. Em caso de cálculos, usar só depois de consultar o médico.

POSOLOGIA

Infuso: 2 gramas de folha em 100 ml de água fervente por 20 minutos. Tomar três vezes ao dia, antes das refeições.

Cosmética

Tratamento de 1 semana ingerindo maceração de boldo, dá realce especial à pele, acabando com cansaço da pele.

Maceração: Colocar duas folhas de boldo em 1 copo de água filtrada ou mineral à noite e tomar pela manhã. Preparar outra dose para tomar à noite.

Uso interno

Chá por decocção, dosagem normal, atuando nas afecções hepáticas e vesiculares, e influenciando, assim, beneficemente a digestão. Sumo: amassar 2 folhas em 1 copo e completar com água. Tomar 2 a 3 vezes ao dia.

Uso externo

Chá por decocção, sob a forma de banhos, agindo como tranqüilizante e proporcionando um sono reparador.

Tintura: 20g de planta fresca em 100mL de álcool. Tomar 20 a 40 gotas no momento do incômodo, ou até 3 vezes ao dia.

FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

Uso interno

Dose média diária, 4 g de folhas ou de preparação com conteúdo equivalente.

- Infusão: 1g por xícara, 3 a 4 xícaras por dia, antes das refeições.
- Extrato seco ou nebulizado (5:1): 50 mg por dose, 2 a 3 vezes por dia.
- Pó: 1 a 1,5 g, 1 a 3 vezes por dia.
- Tintura (1:10): 50 gotas, 3 vezes por dia.

PRECAUÇÕES

Não usar durante muito tempo e de forma contínua. Não ultrapassar as doses recomendadas. O óleo essencial, devido ao seu conteúdo em ascaridol, não deve ser utilizado por via interna, a partir de 250 mg já pode provocar vômitos e diarreia ou produzir efeitos neurotóxicos com convulsões.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Não utilizar na gravidez.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Como efeitos adversos, especialmente observados quando em uso prolongado e doses elevadas há registro de: vômitos, diarreias, alterações do sistema nervoso central, hemorragias internas, hepatotoxicidade, hiperemia da mucosa gastrointestinal entre outros.

Em altas doses pode provocar vômitos, diarreias e alterações do sistema nervoso (efeito narcótico). Pode ser abortivo e provocar hemorragias internas. Segundo Steinegger & Hansel (1988) podem ocorrer, com o uso prolongado ou de altas doses: hepatotoxicidade, hiperemia

da mucosa gastrintestinal, que pode levar a inflamações, distúrbios da coordenação, alterações psíquicas e convulsões.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Altas doses podem originar sinais de paralisia, atribuída à boldina (efeito narcótico).

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Supõe-se que a cinarina seja a principal responsável pelas atividades colagoga e colerética da droga, provocando o aumento da secreção biliar.

O amargo (cinaropicrina) aumenta a secreção gástrica e sua acidez. A cinarina (derivado da luteolina) abaixa a taxa de colesterol de maneira significativa através de uma estimulação metabólica enzimática. É utilizada para casos de hiperlipidemia e ateromatose interior dos tecidos adipóides.

A alcachofra não dissolve os cálculos biliares, mas diminui as cólicas, exercendo um efeito preventivo nas pessoas predispostas a desenvolverem litíase. O incremento da eficiência metabólica o fígado deve-se aos componentes polifenólicos que provocam a diminuição plasmática do colesterol.

A cinarina possui propriedades antihepatotóxicas, estimulando a função hepática.

ERVA-CIDREIRA



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome científico

Melissa officinalis L.

Família

Lamiaceae

Sinonímia popular

Melissa

Sinonímia científica

M. altissima Sibth e Sm, *M. cordifolia* Pers; *M. foliosa* Opiz, *M. graveolens* Host, *M. hirsuta* Hornens, *M. occidentalis* Rafins, *M. romana* Mill

Propriedades terapêuticas

Rejuvenescedora, calmante, revitalizante, antidepressivo, antialérgico, carminativo, hipotensor, nervino, sudorífero, tônico geral, antiespasmódico, bálsamo cardíaco, antidisentérico, antivômitos.

Melissa officinalis é o nome clássico que vem do fato de ter flores amarelas que atraem abelhas (melissa, em grego), mas é conhecida ainda como **erva-cidreira**.

Também é conhecida como lemon balm, abreviação de bálsamo e variação do hebraico Bal-Smin, chefe dos óleos. Esta erva também é conhecida como Melissa, segundo diz a lenda, em homenagem à ninfa grega protetora das abelhas, Melona.

A erva cidreira é usada há mais de dois mil anos, e seu chá é um dos mais apreciados ao redor do mundo. Os gregos a chamavam de “erva do mel de abelha”, e difundiram o seu uso por toda a Europa, na forma de chá com poderes medicinais.

Na Inglaterra, no século XVII, além de atribuir-se a ela a atuação positiva sobre a longevidade, acreditava-se também que tinha poderes mágicos para atrair o ser amado. Na Malásia é cultivada em grandes quantidades, para a fabricação de perfumes.

Na aromaterapia é indicada para pessoas com problemas de depressão. O incenso de erva cidreira confere felicidade e sucesso, ajuda a encontrar o verdadeiro amor, e combate a timidez e a falta de autoconfiança.

INDICAÇÕES

Regular menstruação, cólicas, tem efeito tônico no útero e, às vezes, pode ajudar em casos de esterilidade, insônia nervosa, problemas gastrintestinais funcionais, herpes simplex, lava feridas, combate mau hálito, revigora em banhos.

A Erva-cidreira tem propriedades calmantes, sedativas e também pode ser útil em casos de resfriados com febre (febrífugo). Também pode ser utilizado para combater estresse, problemas gastrintestinais e insônia. Na medicinal popular, também se acredita que esfregando folhas de Erva-Cidreira pelo corpo pode ajudar a repelir mosquitos. Muito utilizada na forma de chás e óleo essencial na aromaterapia.

É considerada uma panacéia com propriedades rejuvenescedoras, tal a gama de suas ações. Paracelso a considerava "o elixir da vida". Parece ter efeito calmante e revitalizante sobre a mente.

É um calmante, antidepressivo, antialérgico (embora possa irritar peles sensíveis), digestivo, revigorante, carminativo, hipotensor, nervino, sudorífero, tônico geral, antiespasmódicos, bálsamo cardíaco, antidisentérico, antivômitos. Repele insetos.

Tem grande afinidade para o organismo feminino, onde, além de regular as menstruações, tranqüiliza e relaxa em casos de cólicas, tem efeito tônico no útero e, às vezes, pode ajudar em casos de esterilidade.

Além de ter um sabor e aroma ótimo para condimentar alimentos, dela se faz também a “água de melissa” e xarope, além de ser usada na cosmética, como essência de perfumes, sabonetes xampus...

CONTRA-INDICAÇÕES

Nenhuma relatada na literatura.

POSOLOGIA

Recomendam-se doses de 1,5 a 4,5 g da droga vegetal (no caso folhas) seca; infuso ou decocto a 3% e toma-se de 50 a 200 cm³/dia; extrato fluido de 1 a 6 cm³/dia; ou xarope de 50 a 200ml/dia.

PRECAUÇÕES

Apesar de ser antialérgica, pode irritar peles sensíveis.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Embora seja antialérgica, pode irritar peles sensíveis.

No único estudo experimental até agora realizado sobre possíveis efeitos sedativos, este óleo foi administrado de 3 a 100mg/kg e, embora alguns efeitos se conseguiram (Wagner e Sprinkmeyer, 1973) a ausência de respostas dependentes de dose sugere que os efeitos não foram específicos.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Princípios ativos:

Citronelol, geraniol, linalol, citral, neral, ácido fenol carboxílico, ácido citronélico, acetato geranílico cariofileno e taninos.

Suas folhas emitem um odor agradável, semelhante ao do limão, quando machucadas e elas contém, pelo menos, 0,05% de óleo volátil de evaporação média, composto por citronelol, geraniol, linalol (são alcoóis), citral, neral (os três dão de 50 a 75% do óleo); e ainda ácido fenol carboxílico (4% do rosmarínico), ácido citronélico, acetato geranílico cariofileno e taninos.

O famoso óleo de melissa é obtido por destilação por vaporização de ervas colhida no início da floração.

ANADOR

NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome científico: *Justicia pectoralis* Jacq. var. *stenophylla* Leonar.



Família: Acanthaceae.

Sinônimos botânicos de *Justicia pectoralis* Jacq.: *Dianthera pectoralis* (Jacq.) J.F. Gmel., *Dianthera pectoralis* (Jacq.) Murray, *Ecbolium pectorale* (Jacq.) Kuntze, *Psacadocalymma pectorale* (Jacq.) Bremek.,

Rhytiglossa pectoralis (Jacq.) Nees, *Stethoma pectoralis* (Jacq.) Raf.

Outros nomes populares: anador, cerebril, chambá, cerebril, carpinteiro, cerebril, carpinteiro, erva-de-santo-antonio, peristrofe, pingo-de-ouro, trevo-do-pará, trevo-cumarú.

O Anador é uma planta herbácea de até 60 cm de altura que produz flores brancas ou róseas. Suas folhas e caules contêm cumarina, um anticoagulante, e DMT, um alucinógeno. Trata-se de uma planta trepadeira ou rasteira com ramos finos que enraizam facilmente nos nós. Folhas opostas e lanceoladas com pecíolos um pouco ondulados. Flores em panículas e tubulares com 2 lábios pubescentes de cor branca, lilás ou rosa por vezes pontilhada de roxo escuro. É largamente utilizada como planta medicinal na América do Sul.

Também conhecida como Melhoral (*Justicia pectoralis*) é uma planta herbácea de até 60 cm de altura que produz flores brancas ou róseas. Suas folhas e caules contêm cumarina, um anticoagulante, e DMT, um alucinógeno. É largamente utilizada como planta medicinal na América do Sul e também é usado em rapés sagrados (feitos com as sementes de duas espécies de *Viola*, ambas nativas da Amazônia) por ter aroma semelhante ao de baunilha.

O Melhoral é uma planta trepadeira ou rasteira com ramos finos que enraízam facilmente nos nós. Folhas opostas e lanceoladas com pecíolos um pouco ondulados. Flores em panículas e tubulares com 2 lábios pubescentes de cor branca, lilás ou rosa por vezes pontilhada de roxo escuro. Sementes são achatadas e aveludadas e se formam em cápsulas. A variedade *stenophylla* foi originalmente usada pelos povos indígenas da Colômbia e bacia do

Amazonas. Várias tribos indígenas adicionavam o pó das folhas secas ao pó das sementes da *Virola thetodora* produzindo assim um rapé alucinógeno.

As plantas contêm betaína, cumarina e unbelliferone, além de DMT, um composto alucinógeno da família das triptaminas. Ramos do Melhoral são vendidos em feiras. As pessoas utilizam-se como sedativo e chá expectorante. No Panamá toma-se o chá para aliviar asias e dores nas pernas. Em Porto Rico se produz um xarope expectorante famoso produzido a partir do Melhoral. Em Guadalupe e Martinica um extrato é utilizado como digestivo e misturado com óleo vegetal é um remédio para o pulmão. As folhas são utilizadas como curativo sobre feridas. Em Trinidad, o xarope à base de Melhoral é usado para tosse, bronquite, gripe, febre e náuseas.

De fácil propagação, cresce em clima tropical e subtropical, locais onde pode tornar-se espontânea. As folhas ficam amareladas quando é cultivado em pleno sol e tornar-se verde escuro quando na sombra. Não sobrevive a geadas.

Cultivo: É uma Planta de fácil propagação, cresce em clima tropical e subtropical, locais onde pode tornar-se espontânea. As folhas ficam amareladas quando é cultivado em pleno sol e tornar-se verde escuro quando na sombra. Não sobrevive a geadas

Parte utilizada: folhas, ramos.

INDICAÇÕES

Indicações: afecção nervosa, afta, dermatite, catarro brônquial, corte, ferida, fígado, gastralgia, gogo de aves, gota, insônia, vias respiratórias.

CONTRA-INDICAÇÕES

Contra-indicações/cuidados: alucinógeno em doses elevadas.

POSOLOGIA

Modo de usar:

Uso interno: infusão, decocção e sumo.

Uso externo: suco e decocção (banhos).

O arilo das sementes combate o gogo de aves.

As folhas, utilizadas por decocção ou infusão, podem ser empregadas contra dores de estômago, cólicas, febres e vômitos.

A prescrição doméstica é a seguinte: um par de folhas por xícara de água a ferver.

PRECAUÇÕES

Alucinógeno em doses elevadas.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Possibilidade de produzir alucinações em doses elevadas.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Macerado com hortelã-pimenta (*Mentha piperita*) combate as cólicas estomacais e intestinais, minora afecções hepáticas e combate catarros brônquicos.

SUPERDOSAGEM

Alucinógeno em doses elevadas.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Constituintes químicos: 2"-O-rhamnosil-swertiajaponina, ácido alfa-aminobutírico, ácidos palmítico, alanina, alcalóides indólicos, aminoácidos fosfoserina, asparagina, betaína, b-sisterol, cumarinas, esteárico, esteróis, fenilalanina, flavonóides, glicina, hidroxifenil propiônicohidroxiprolina, leucina, lignanos (naftalido lignano, justicidina B), mucilagens, N-metiltriptamina, N,N-dimetiltriptamina, óleo essencial, ornitina, prolina, isoleucina, lisina, saponinas, serina, swertiajaponina, swertisina, treonina, umbeliferona, valina, vascina;

Em algumas variedades foi encontrado: ácido salicílico, álcool alifático, aminas aromáticas, esteróis, canferol, triptaminas.

Propriedades medicinais: adstringente, analgésica, antibacteriana, antiinflamatória, afrodisíaca, anti-reumática, anti-hemorrágica das vias urinárias, béquica, broncodilatadora, cicatrizante, catamenial, expectorante, febrífuga, peitoral, peitoral, relaxante da musculatura lisa, sedante nervoso, sedativa, tranquilizante.

Esta é uma dentre várias espécies pertencentes a diferentes famílias botânicas do nordeste brasileiro que têm em comum a presença de cumarina em sua composição. Tais espécies são referidas na medicina popular no tratamento de doenças do aparelho respiratório (ROCHA, 1945; BRAGA, 1976; CORREA, 1984). Um estudo fitoquímico das folhas mostrou, além da presença de cumarinas, flavonóides, saponinas e taninos, sendo sua atividade antiinflamatória e broncodilatadora demonstrada experimentalmente (LEAL et. al., 2000).

HORTELÃZINHO



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome Científico: *Mentha arvensis* L.

Família: Lamiaceae (Labiatae)

Nomes comuns: menta, hortelãzinho, hortelã comum, hortelã-de-panela, hortelã de cheiro, hortelã da folha miúda, hortelã da horta.

Erva perene de folhas aromáticas, originária da Ásia e Europa. Caracterizada por apresentar ramos estoloníferos, eretos e quadrangulares, ramificados na porção superior, cujas folhas são opostas, ovaladas, com margens abruptamente denteadas, rugosas e com pecíolos curtos. Quando floresce, suas flores são tubulares, labiadas, arrançadas em racemos terminais e axilares e ao frutificar, os frutos produzem sementes marrons.

Desenvolve-se melhor em canteiros a plena luz, de solo bem revolvido, fértil e rico em matéria orgânica. Pode-se acrescentar ao solo, de 3 a 5 kg/m² de esterco de curral curtido ou de composto orgânico. Irrigar a cultura sempre que necessário.

Sua propagação se dá através de estolões com algumas raízes (pedaços de ramos), cortados de touceiras sadias. Os estolões devem ter aproximadamente 20 cm de comprimento e apresentar pelo menos três gemas. Podem ser plantados em canteiro definitivo, devidamente preparado, colocando-se os estolões em sulcos, cobrindo-os com uma camada de terra e irrigando em seguida. Normalmente utiliza-se espaçamento de 25 cm entre plantas e 40 cm entre fileiras.

Sua colheita é iniciada 3 a 4 meses após o plantio, quando 2/3 das plantas começam a florir. Os ramos são cortados a 10 cm do solo, preferencialmente nas primeiras horas do dia, e após o corte devem ser protegidos da incidência direta dos raios solares.

A **hortelã-pimenta** junto com a *Mentha arvensis* L. (hortelã-japonesa), são as espécies de maior interesse econômico na obtenção de óleos voláteis.

Esses óleos voláteis são empregados in natura para preparação de chás, em infusão, e/ou sob a forma de preparações não bem definidas. É mais usada na área de alimentos (condimentos aromatizantes e bebidas) e cosmética (perfumes e produtos de higiene). Constitui uma importante atividade econômica, destacando-se como espécie de produção mundial em 2.367 toneladas/ano.

INDICAÇÕES

Distúrbios gastrintestinais, vermífugo (giardíase e amebíase), gases, analgésica, anti-séptica, antiespasmódica, antiinflamatória, tônica, problemas respiratórios.

CONTRA-INDICAÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

POSOLOGIA

Vermífugo

Sumo preparado diariamente de 20 gramas de folhas e ramos em 300 ml de água. Tomar três vezes ao dia, durante 5 dias.

Digestivo e calmante

Em infusão preparar 5 g de folhas e ramos frescos em 1 xícara de água. Tomar quatro a cinco xícaras por dia.

Mau hálito

Macerar em 1 litro de vinho branco, 30 gramas de folhas frescas de hortelã. Coar e utilizar a mistura para bochechos, duas vezes ao dia.

PRECAUÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/EFEITOS ADVERSOS

O uso da essência é contra-indicado para bebês, e pessoas com cálculos biliares só devem usar a planta com aconselhamento médico.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Constituintes químicos: Óleo essencial 0,7 a 3% que contém Mentol (30- 55%), cineol (6-8%), mentona (14-32%), mentofurano (ação hepatotóxica), pineno, limoneno e mentonapiperitona. Quando cultivado em períodos de dias longos e noites curtas, apresenta um maior rendimento de óleo com teor aumentado de mentofurano; ao contrário, noites frias favorecem a formação de mentol.

ELIXIR PAREGÓRICO



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome científico *Piper callosum* Ruiz & Pav.

Família: Piperaceae.

Sinônimos botânicos: *Peltobryon callosum* (Ruiz & Pav.) Miq., *Peltobryon poeppigii* Klotzsch, *Piper benianum* Trel., *Piper poeppigii* (Klotzsch) C. DC. (nome ilegal e não é a *Piper poeppigii* (Kunth) Steud.), *Schilleria callosa* (Ruiz & Pav.) Kunth. Outros nomes populares: João-brandim, óleo-elétrico, ventre-livre, matricá, huayusa (espanhol).

INDICAÇÕES

Cólicas menstruais e intestinais, diarreia, dismenorréia, dor de diversas origens, principalmente do aparelho digestivo, dor reumática e muscular, hemorragia local, náusea, picadas de mosquito; problemas digestivos, como dor de estômago, diarreia; reumatismo.

Adstringente, Afrodisiaca, Antibiótica, Azia, Diarreia, Digestiva, Diurética, Espasmo, Hemorragia, Hemostática, Leucorréia, Reumatismo, Vômito, etc.

CONTRA-INDICAÇÕES

Consumo concomitante de álcool, gravidez, lactação. Pode causar dependência com altas doses e uso em longo prazo.

POSOLOGIA

Uso interno:

Folhas chá: cólica menstrual e intestinal, reumatismo, problema digestivo, dor de estômago, diarreia, hemorragia, náusea.

Uso externo:

Folhas chá: efeitos alérgicos de picadas de insetos.

PRECAUÇÕES

Também conhecido como Tintura de ópio, é um medicamento da classe dos narcóticos de administração oral, utilizado como antidiarreico e analgésico. A administração desse medicamento deve ser acompanhada com alimentos para prevenir irritação gastrointestinal.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Não é recomendado usar durante a gravidez e lactação.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Xerostomia (boca seca), náuseas, vômitos, redução da motilidade gastrointestinal, obstipação, tontura, sonolência, fadiga, hipotensão, sedação, depressão respiratória, taquicardia, bradicardia, cefaléia, nervosismo, confusão e/ou alterações visuais. Reduz o volume e a frequência da micção.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Constituintes químicos: 16 compostos, sendo os mais abundantes: limoneno, trans-cariofileno, epibiciclosesquifelandreno e germacreno B. ácido ascórbico, beta-caroteno, chavicina, citral, germacreno B, jamborandina, limoneno, maticina, mirceno, safrol, trans-cariofileno, piperetina, pirrolina, taninos.

PARIRI



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome Científico: *Arrabidea chica* (H.B.K.) Verlot

Família: Bignoniaceae

Crajiru (*Arrabidea chica* (H.B.K.) Verlot; Bignoniaceae) é uma planta medicinal arbustiva brasileira, que comumente encontrada na Floresta Amazônica.

Sinonímia: Chica, Cricket-vine, Puca panga, Pariri.

Planta arbustiva escandente, de ramos sub-tetragonos, folhas compostas, trifoliadas, de fólhos oblongo-lanceoladas, flores campanuladas, róseo-lilacinas, em panículas terminais. É comum na Amazônia.

Dados Agronômicos: Originária da Amazônia brasileira. Planta arbustiva, escandecentes, de ramos cilíndricos e glabros quando jovens, quando adultos tetrágonos, lenticelados, verrugosos, estriados, folhas pecioladas, compostas de 2-3 folíolos, oblongos-lanceolados, ou ovado-lanceolados, obtusos na base, quase sempre curto agudo-acuminados no ápice, subcoriáceos, glabro nas duas faces, reticulado venosos, descolores ou concolores, inflorescências em panícula terminal, frouxa até 2 cm de comprimento, flores campanulado-infundibuliformes, róseas ou violáceas ou purpúreo-brancacentas, aveludadas, fruto cápsula linear, alongada, aguada dos dois lados, com uma nervura média saliente nas valvas, glabra, castanho-ferrugínea, sementes ovóides.

Das folhas secas extrai-se por maceração uma tinta vermelha, insolúvel na água, solúvel no álcool e no azeite, que os índios misturavam com azeite da andiroba para pintar o corpo (corante).

INDICAÇÕES

Seu chá tanto pode ser utilizado para higiene íntima, com lavagens, como também pode ser ingerido agindo como um antiinflamatório natural. O chá é preparado das verdes folhas do crajiru e transforma-se num chamativo líquido vermelho.

Uso principal:

Uso normal: Usando-se folhas, por infusão nas: cólicas intestinais, diarreia, enterocolites, inflamações uterinas, leucemia, icterícia, anemia, albuminúria. Usando-se folhas, na forma de infusão ou pomada uso local, afecções da pele de um modo geral; uso externo vem sendo utilizado no tratamento de impinges e na lavagem de feridas (antimicrobiana), antimicótica, herpes. Já utilizando 4 folhas com pedacinhos de ramos, verdes ou secos em meio copo de água, vem sendo usado como adstringente, para combater as diarreias, anemia, leucemia, inflamações uterinas e hemorragias. É considerada planta afrodisíaca.

Uso associado: As folhas secas maceradas em álcool, e misturada com azeite de andiroba, dá um produto corante.

Em 1998 recolhemos a seguinte receita de mãe de família do bairro de Curió-Utinga: juntar 4 a 5 folhas de Pariri a um litro e meio de água; levantar fervura e consumir o líquido decocto

de cor avermelhada diariamente (MADALENO, 2002). Combate a anemia e as inflamações uterinas.

Uso Popular: chá das folhas em descanso noturno: promove o fechamento dos poros (adstringente); serve para diarréias; anemia; leucemia; lavagem de feridas.

Algumas tribos preparam uma infusão das folhas, utilizando-a no tratamento contra conjuntivite aguda.

Também é um forte aliado no combate à anemia, por sua grande concentração de ferro.

As folhas submetidas à fermentação e manipuladas com a anileira fornecem um corante vermelho-escuro. Esse corante, há tempos, é utilizado pelos índios para pintura de seus corpos e utensílios.

CONTRA-INDICAÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

POSOLOGIA

Juntar 4 a 5 folhas de Pariri a um litro e meio de água; levantar fervura e consumir o líquido decocto de cor avermelhada diariamente (MADALENO, 2002).

PRECAUÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Composição química: Carajurina, carjurone (pigmentos flavônicos). Ácido anísico, tanino, ferro assimilável, cianocobalamina .

Largamente utilizada contra as seguintes doenças: Adstrigente, Afecção da pele, Afrodisíaca, Albuminúria, Anemia, Antidisenterica, antiúlcera, bactericida, Catarro do intestino, Cólica intestinal, Conjuntivite, Diabetes, Diarréia, Diarréia de sangue, Emoliente, Espectorante, Ferida, Fortificante, Hemorragia, Icterícia, Inflamação, Inflamação no útero, Leucemia.

VERÔNICA



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome Científico – *Verônica officinalis*

Família – Escrofulariáceas.

Sinonímia – Verônica das boticas, Verônica da Alemanha, Verônica macho, Chá da Europa, Chá do norte.

Resumo descritivo – Planta de 10 a 30 cm, verde-escuro, aveludada. Haste herbácea, rasteira, ramosa. Folhas opostas, quase sésseis, serrilhadas. Flores azul-pálidas ou branco-rosadas, quase sésseis, em cachos axilares ou terminais. Cálice de quatro divisões rotadas. Fruto em cápsula pequena, polisperma.

Propriedades e uso conhecidos – A Verônica aumenta a secreção urinária e favorece a expectoração. É de grande utilidade nas afecções pulmonares, como catarros crônicos, bronquites e tosses. Também utilizada para icterícia, cálculos dos rins, bexiga e fígado.

Parte usada – Sumidades floridas – por infusão.

INDICAÇÕES

Inapetência, peso no estômago, enxaquecas de origem digestiva causadas por má digestão - Usa-se para lavar os eczemas, acalmar pruridos e suavizar pele ressecada pelo frio.

CONTRA-INDICAÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

POSOLOGIA

Dosagem – 25 gramas para 1 litro de água – 4 a 5 xícaras por dia.

COMO FAZER: 3 colheres/sopa de erva para meio de um litro de água quando a água alcançar fervura desligue, Tampe e deixe a solução abafada por cerca de 10 minutos. Em seguida é só coar e beber.

COMO BEBER: três a quatro xícaras diárias

PRECAUÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Chá de Verônica: adstringente, diurética, tonificante, aperitiva e digestiva, expectorante, depurativa, béquica e antitussígena.

PIRARUCU (Folha da fortuna)



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome científico: *Kalanchoe pinnata* (Lam.) Pers.

Família: Crassulaceae.

Sinonímia popular: folha da fortuna, saião, folha-fortuna.

Nome científico: *Bryophyllum calycinum*, *Kalanchoe pinnata* Lam.

Sinonímia: Courama, coirama, folha-da-costa, fortuna, folha-de-pirarucu, pirarucu.

Outros nomes populares: coirama, erva-da-costa, folha-da-costa, folha-da-fortuna, folha-de-pirarucú, folha-grossa, orelha-de-monge, paratudo, roda-da-fortuna.

Propagação: muda: folha parcialmente enterrada e enraizada

Espaçamento em metros: planta ornamental

Época do Plantio: planta espontânea, ornamental , com irrigação: ano todo

Época da Colheita: folhas, esmagadas ou seu sumo: ano todo

Dados Agronômicos: FOLHA-DA-FORTUNA *Bryophyllum pinnatum* Descrição: Planta da família das Crassulaceae, Originária da África, planta sublenhosa, perene, carnosa, 1,5 de altura; caule de cor mais clara e os demais avermelhados; flores hermafroditas, tubulosas, penduladas, verde-pálidas ou amarelo-avermelhadas.

O Pirarucu é planta herbácea perene, de folhas carnosas e dentadas como as escamas do peixe homônimo do Rio Amazonas.

O Pirarucu cresce no Baixo Amazonas e no estado do Maranhão, onde se conhece pela designação de Erva de Santa Quitéria.

Uso litúrgico: Existe uma confusão entre três plantas: a coirama ou folha da costa (*Kalanchoe pinnata*), a folha da fortuna (*Kalanchoe brasiliensis*) e a folha grossa ou pirarucu (*Bryophyllum pinnatum*). Algumas pessoas nomeiam a todas como folha da fortuna, ou trocam a folha da costa com a folha da fortuna. Na verdade, a folha da costa é consagrada a Oxalá e a folha da fortuna a Oxumarè. Há que se prestar atenção a pequenas diferenças entre as duas, como a aparência "denteada" mais acentuada na folha da costa, assim como a borda arroxeadada de sua folha quando madura. Quanto ao seu uso medicinal todas as três têm propriedades parecidas. Já quanto ao uso litúrgico, desconheço a utilidade da folha grossa ou pirarucu.

INDICAÇÕES

Uso principal: Usada no tratamento local de furúnculos, e via oral no preparo de xarope para tosse; tratamento caseiro da anexite e gastrite (sumo de duas folhas diluídas em meio copo de água sem cloro, e com dose de 10-20 ml tomados antes da primeira refeição diariamente, até acabarem os sintomas); foram observadas atividade antiinflamatória, antialérgicas, antiúlcera e imunossupressiva, além de uma eficácia em leishmaniose, especialmente a cutânea ("ferida-brava"). A *Kalanchoe pinnata*, nome científico do saião, estimula o sistema de defesa do organismo a combater o causador da doença. Com o saião, o óxido nítrico presente no corpo humano é ativado e mata a leishmania, deixando inativa essa célula que iria evoluir a doença. Além de deixar inativa, a planta ajuda na cicatrização das feridas que é consequência da doença.

Uso normal: As folhas, usadas na forma de emplastos, cataplasma, sucos, nas contusões, furúnculos, queimaduras, como cicatrizante.

Infusões das folhas usam-se em aplicações internas contra a gastrite. O suco pingado nos olhos é recomendado em caso de cataratas e de glaucoma.

CONTRA-INDICAÇÕES

Lorenzi: apesar de ensaios terem mostrado total ausência de ação tóxica, não deve ser usada continuamente, por causa do risco de causar hipotireoidismo (FERREIRA; ROSENTHAL; CARVALHO, 2000). Pode apresentar efeito antitireoidiano se seu uso for prolongado.

POSOLOGIA

Infusão, decocção. Suco (visco da folha) pingado nos olhos, xarope.

Receituário fitoterápico: 1) Ferver 2 ou 3 folhas de Pirarucu em meio litro de água e tomar contra dores de estômago e diarreias; 2) Colocar 2 ou 3 folhas suculentas num pouco de água. Juntar açúcar a gosto. Levar ao lume e deixar ferver até apurar. Depois de arrefecer, espremer a mistela, coando-a. O xarope antitússico pode ser tomado várias vezes ao dia, usando uma colher de sopa como medida.

Preparo e dosagem:

Cataplasma - aquecer a folha e colocar sobre o local afetado (furúnculos), em queimaduras ou outros ferimentos fazer uma pasta com a folha e colocar sobre a região machucada (cicatrizante). Só se deve recorrer exclusivamente ao tratamento com plantas nas queimaduras de 1º grau ou outras de pequena extensão.

Suco: bater no liquidificador 1 folha com 1 xíc. de água, tomar 2 vezes ao dia entre as refeições (úlceras e gastrites).

PRECAUÇÕES

Nenhuma informação relatada na literatura.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Nenhuma informação relatada na literatura.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Contra-indicações/cuidados: não encontrados na literatura consultada.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Uso associado: Na forma de xaropes caseiros para tosse, associado à folha de malvarisco (*Plectranthus amboinicus*), ou ipecacuanha-da-praia (*Hybanthus ipecacuanha*), e a cebolinha-branca (*Allium scalonium* L.)

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Constituintes químicos: mucilagem, taninos, glicosídeos (quercitina), sais minerais, quercetina 3-0-a-arabinopiranosil(1-R-2)-a-L-ramnopiranosídeo, quercitrina, afzelina, ácidos isocítrico e 1-málico, briofilina.

Propriedades medicinais: analgésica, antialérgica, antiartrítica, antibacteriana, antidiabética, antifúngica, antiinflamatória externa tópica, antilítica, anti-séptica, bactericida, calmante para erisipela, cicatrizante, depurativa, diurética, emoliente, hemostática, imunossupressiva, imunoestimulante, refrigerante intestinal, resolutive, tônica pulmonar, vulnerária.

HORTELÃ



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome popular: Hortelã, Hortelã-rasteira

Nome científico: *Mentha x villosa*

Família: Labiatae (Lamiaceae)

Origem: Europa.

Características: Erva perene, de 30 a 40 cm de altura, com folhas que possuem aroma forte e característico. Tem grande importância medicinal e social, por sua ação contra micro parasita intestinais, recentemente descoberta. Há muitas espécies de hortelã parecidas, dificultando a escolha da planta certa para fins medicinais, exigindo a obtenção das mudas em locais de confiança.

Desde a mais remota antiguidade, essa e outras plantas são utilizadas como condimento em massas e carnes, bem como para fins medicinais.

Parte usada: Folhas

Cultivo: No plantio inicial as plantas desenvolvem bem em solos ricos em húmus e umidade. Pode ser multiplicada através de estaquia.

Propriedades Medicinais

Todas as hortelãs encerram em suas folhas vitaminas A, B e C, minerais (cálcio, fósforo, ferro e potássio); exercem ação tônica e estimulante sobre o aparelho digestivo, além de propriedades anti-sépticas e ligeiramente anestésicas. Para picadas de insetos em crianças, colocar rapidamente muitas folhas amassadas em cima. Bom para dores de cabeça e juntas doloridas. Para dores abdominais, tomar um copo de leite aquecido com algumas folhas de hortelã. Ligeiramente vermífugo (lombriga e oxiúros), calmante, é também um bom chá para gripes e resfriados. Combate cólicas e gases aumentam produção e circulação da bÍlis. Favorece expulsão dos catarros e impede a formação de mais muco. Infusão indicada para gripes e resfriados.

- Infusão - 3 g em 100 mL de água fervente não mais que 5 minutos.
- Óleo medicinal - Mergulhar um bom punhado de folhas e flores amassadas em azeite por quatro dias para aplicações locais com massagens.

1. *M. piperita* - Fortificante de glândulas, nervos e coração. Efeitos antiespasmódicos e calmantes. Dores do baixo ventre, câimbras e prisão de ventre. Infusão quente favorece transpiração e facilita menstruação. Os chás são conhecidos calmantes para idosos e crianças. Para combater o soluço, tomar 1/2 colher de suco fresco de folha de *m.piperita* com algumas gotas de vinagre.

2. *M. spicata*- recomendado por suas virtudes diuréticas e antitérmicas

3. *Balsamite major/Chrysanthemum balsamite* (família compostas) para distúrbios do estômago e da cabeça (infusão de não mais de 5 minutos para não amargar); também indicada para gota, ciática e dores semelhantes (maceração em azeite de oliva por 4 dias, aplicação externa local. Curiosidade: na Nova Inglaterra é conhecida como folha da bíblia, pois era utilizada para marcar as páginas da bíblia no culto dominical, e os fiéis mascavam suas folhas para afastar o sono.

4. Hortelã do norte, levante: usam-se as folhas e ramos floridos nas cólicas intestinais e como excitante do sistema nervoso central, na proporção de 3 gramas para um copo de água fervente.

Cosmética: Em geral bom para o rejuvenescimento da pele e refrescante. O hortelã pimenta é adstringente e clareia o tom da pele; bom também para infusos para bochecho do hálito.

Sauna facial antinevrálgica: em uma tigela, adicione 1/2 litro de água fervente a 25 gramas de hortelã pimenta. Exponha o rosto aos vapores, cobrindo a cabeça com um pano formando uma cabana para o rosto.

Banho estimulante: Ferver em fogo brando por 3 minutos 50 gramas de folhas de hortelã em um litro de água. Misturar à água da banheira (tomar pela manhã).

INDICAÇÕES

Forma de uso / dosagem indicada: O tratamento contra ameba e giárdia pode ser feito com o pó das folhas em três doses diárias por cinco dias consecutivos.

O pó pode ser preparado a partir das folhas que são colhidas e postas a secar a sombra, em ambiente ventilado, ou na estufa do fogão ou no forno quente, porém apagado, até que fiquem bem secas e facilmente trituráveis. Crianças de cinco a treze anos devem tomar ¼ de colher (de café). Adolescentes e adultos podem tomar ½ colher (de café). O tratamento deve ser repetido após 10 dias, devendo-se observar durante e após ele, os cuidados de higiene pessoal e familiar.

Efeitos da menta: Espasmolítico (contra os espasmos), antiflatulento, colagogo (ajuda o fígado), aromático, digestivo.

Indicações da menta: Problemas digestivos, colite (espasmódico), câimbras digestivas, mau hálito, dores na região gastrointestinal.

A literatura etnofarmacológica registra como suas propriedades as ações: espasmolítica, antivomitiva (evita vômitos), carminativa (eliminador de gases intestinais), estomáquica (favorece a digestão), e anti-helmíntica (elimina vermes intestinais), por via oral, bem como anti-séptica (contenção de microrganismos) e anti-prurido (redução da coceira), por via local.

Uso Clínico e Medicinal

- Auxílio à digestão
- Síndrome do Intestino Irritável
- Náusea / Enjôo matinal
- Descongestionante nasal

A partir de agora, lembraremos sempre dos benefícios da hortelã para o sistema digestivo sempre que servirmos um chá de hortelã após o jantar.

O chá de hortelã é consumido em muitas culturas para auxiliar a digestão.

A ação carminativa desta planta aumenta a secreção dos sucos digestivos e melhora as contrações musculares do estômago. Alivia gases intestinais.

A hortelã não tem qualquer ação sobre inflamações no estômago e conseqüentemente não é usada em gastrites ou úlceras de estômago.

A ação espasmolítica da hortelã é útil para qualquer forma de espasmos no intestino, mas particularmente aos que ocorrem na Síndrome do Intestino Irritável.

Inchaço e flatulência, que são características comuns desta condição, também respondem bem a hortelã.

As propriedades antieméticas da hortelã são favoráveis para aqueles que sofrem náuseas ou enjoos matinais. Uma chávena de chá de menta pela manhã na fase inicial da gestação pode ser de grande alívio.

Os óleos voláteis na hortelã são usados largamente como descongestionantes nasais pelas indústrias farmacêuticas e herbal.

Aromaterapia: Fortalece a autoconfiança, dissolve pensamentos negativos, medo e egoísmo.

CONTRA-INDICAÇÕES

Crianças com menos de cinco anos e lactantes, pois pode causar dispnéia e asfixia.

POSOLOGIA

Forma de uso / dosagem indicada: O tratamento contra ameba e giárdia pode ser feito com o pó das folhas em 3 doses diárias por 5 dias consecutivos.

O pó pode ser preparado a partir das folhas que são colhidas e postas a secar a sombra, em ambiente ventilado, ou na estufa do fogão ou no forno quente, porém apagado, até que fiquem

bem secas e facilmente trituráveis. Crianças de cinco a treze anos devem tomar ¼ de colher (de café). Adolescentes e adultos podem tomar ½ colher (de café). O tratamento deve ser repetido após 10 dias, devendo-se observar durante e após ele, os cuidados de higiene pessoal e familiar.

Usada como analgésico estomacal e intestinal, refrescante, digestivo, combate azia, gastrite, cólicas e gases intestinais. Também tem ação antifúngica e antiinflamatória. Seu suco ajuda a combater vermes intestinais.

Os ramos de hortelã podem ser armazenados quando secos. Para isso, você deve pendurar os galhos com as folhas voltadas para baixo, em local seco, arejado e na sombra. Quando as folhas estiverem bem secas e quebradiças, podem ser guardadas em potes fechados.

Digestivo, excitação nervosa, insônia- Infusão: em 100g água quente colocar 5 g de folhas frescas ou secas de hortelã-pimenta. Beber o líquido em seguida bem devagar.

Mau hálito- Infusão: Macerar por 2 dias em um litro de vinho branco 30 g de folhas frescas de hortelã e também algumas gotas de sua essência. Usar em freqüentes bochechos.

Vômito- Infusão: Em uma xícara de água quente colocar uma pitada de folhas secas de hortelã. Beber em seguida.

PRECAUÇÕES

Não deve ser consumida em grande quantidade por crianças e lactantes, pois pode causar dispnéia e asfixia. As mentas não devem ser consumidas em grandes quantidades por longos períodos de tempo, pois a pulegona contida na planta exerce ação paralisante sobre o bulbo raquidiano. Pode causar insônia se tomado antes de deitar.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Deve ser usada com cautela na gravidez, principalmente em pessoas que sofrem de insônia e irritabilidade nervosa. Evitar irritação das mucosas. Em crianças, se desaconselha o uso de unguentos mentolados ou preparados tópicos nasais a base de mentol, pois podem causar depressão cardíaca e broncoespasmos.

Outros estudos indicaram que a essência desta planta pode reduzir o fluxo de leite durante a amamentação, devendo-se administrar com cautela nesses casos. É importante lembrar que as folhas jovens da *M. piperita* são as mais ricas em pulegona no qual se recomenda não utilizá-las.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

Em pessoas sensíveis ao mentol podem aparecer insônia e irritabilidade nervosa. Por outro lado, a introdução da essência por via inalatória pode causar depressão cardíaca e broncoespasmos, especialmente em crianças, pelo qual se desaconselha o uso de unguentos mentolados ou preparados tópicos nasais a base de mentol. Assim mesmo, a inalação do óleo essencial não deve realizar-se durante longos períodos devido à possibilidade de irritação das mucosas.

Estudos experimentais a base de óleos essenciais, tem demonstrado que algumas das substâncias componentes em altas doses (cetonas terpênicas e/ou fenóis aromáticos) podem ser tóxicos. No caso da *M. piperita* foram descobertos na pulegona efeitos convulsivos e abortivos; no limoneno e felandreno efeito de irritação sobre a pele e no mentol efeitos narcóticos e em menor escala a irritação sobre a pele.

Outros estudos indicaram que a essência desta planta pode reduzir o fluxo de leite durante a amamentação, devendo-se administrar com cautela nesses casos. É importante lembrar que as folhas jovens da *M. piperita* são as mais ricas em pulegona no qual se recomenda não utilizá-las.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Componentes: Óleos essenciais (menthol, etc.), taninos, flavonóides, princípios amargos, triterpenos, etc.

O mentol é o principal componente do óleo essencial responsável pelo aroma agradável e de sua atividade terapêutica. Tanto o óleo essencial como os flavonóides por seu efeito espasmódico, colagogo, antiflatulento, antipruriginoso, antiemético e analgésico das mucosas, o qual pode ser demonstrado por numerosos ensaios in vivo e in vitro.

A respeito do efeito analgésico a nível digestivo, o que se produz é uma ligeira anestesia da mucosa gástrica, que condiciona indiretamente um efeito antiemético útil em casos de náuseas e vômitos.

Em um estudo feito na Alemanha em 45 pacientes afetados com dispepsia, em 95% mostrou sinais objetivos de melhoras (eliminação de gases, cólicas, náuseas, etc.) com a ingestão de cápsulas que continham uma mescla de 90 mg de óleo de menta e 50 mg de óleo de algaravia.

A aplicação externa do óleo essencial de menta nas têmporas, pescoço e testa alivia dores de cabeça.

Provavelmente o efeito analgésico é dado por um relaxamento dos músculos pericraniais e através de um bloqueio dos canais de Cálcio.

Tanto o óleo essencial de menta quanto o de eucalipto mostram-se exercer uma atividade por mecanismos não competitivos de serotonina e substância P, as quais provocam contração muscular em animais.

Em outros ensaios se demonstrou que o princípio amargo concede virtudes aperitivas e aos ácidos fenólicos propriedades antiinflamatórias, anti-sépticas e antifúngicas.

Em camundongos que se administrou um extrato aquoso de *M. piperita* se observou em algumas horas um efeito diurético significativo sem espoliação importante de K, e um efeito sedativo sem transtornos na coordenação motora.

Os taninos da menta exercem uma ação adstringente útil em casos de diarreia.

Atualmente encontra-se em fase preliminar nos estudos sobre atividades antivirais de óleos essenciais. Ao contrário, a atividade antimicrobiana tem sido suficientemente ensaiada através de métodos de difusão disco-placa e de inibição em meio líquido.

Foi encontrada atividade inibitória frente à *Bacillus subtilis*, *Micrococcus luteus*, *E. coli* e *Serratia marcescens*. A atividade anti-micótica mostrou ser efetiva em caso de *Aspergillus oryzae* e negativa frente à *Cândida albicans*.

A **hortelã-pimenta** pode ainda ser usada como expectorante, desodorante, refrescante, estimulante, tônica.

As folhas da planta são usadas medicinalmente e os princípios ativos incluem um óleo volátil, taninos e substâncias amargas, todos com valor para a ação carminativa da planta.

O óleo volátil dá à hortelã seu aroma característico e contém 50 a 60% de mentol. Esta é provavelmente a parte mais importante do óleo de hortelã.

A Hortelã também possui um grau significativo de atividade antiemética. Tem um efeito desinfetante suave, o qual, juntamente com o sabor agradável, a torna um ingrediente favorável para soluções para lavagem da boca e pastas de dentes.

Um conselho comum para aqueles que fazem uso de remédios homeopáticos é abster-se do uso de pastas de dentes com hortelã como um ingrediente. O óleo volátil contido na hortelã é muito potente, e responsável pelo sabor 'fresco' na boca depois do uso de pastas de dentes. Entretanto, pode também 'desativar' os remédios homeopáticos.

CANELA



NOME E CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

Nome Científico: *Cinnamomum zeylanicum* Breyn.

Família: Lauráceas

Origem: Ceilão, Birmânia, Índia

Outros nomes populares: caneleira, caneleira-da-índia, caneleira-de-ceilão, cinamomo e pau-canela.

Outros Idiomas: cinnamomi (latim), cinnamon (inglês), canela (espanhol), cannelle (francês), cannella (italiano) e zimt (alemão).

Características: A caneleira é uma árvore que requer cerca de 1.300 mm de chuva por ano e temperatura média anual de superior a 21° C. A casca dos ramos é comercializada em rama (pau), raspas e pó. A caneleira é utilizada na culinária e na fabricação de bebidas, medicamentos, perfumes e sabonetes. Outras espécies do gênero *Cinnamomum* e *Cassia* também produzem canela. A canela é uma árvore de ciclo perene e que atinge até 8 a 9 metros de altura. O tronco alcança cerca de 40 centímetros de diâmetro. As folhas são coriáceas, lanceoladas, com nervuras na base, brilhantes e lisas na parte superior e verde-claras e finamente reticuladas na parte inferior. As flores são de coloração amarela ou esverdeada, numerosas e bem pequenas, agrupadas em cachos ramificados.

Partes Usadas: Óleo essencial e casca desidratada.

Clima indicado: quente, com temperatura constante e chuvosa.

Exposição solar: Plena

Propagação e formação de mudas: a multiplicação é feita por meio de sementes, originárias de plantas produtivas, vigorosas e saudáveis. A semeadura é direta em saquinhos de polietileno após a retirada da polpa, a 1 cm de profundidade, preenchidos com terra de boa qualidade.

Solo indicado: textura arenosa, leve e bem drenado.

Espaçamento: 3,5 x 2,5m ;3 x 3m ou 2,5 x 2m ou mais adensado, de acordo com o manejo a ser utilizado. As covas são de 40 x 40 x40 cm, abertas e adubadas 30 a 60 dias antes do plantio.**Adubação:** esterco de animal curtido, húmus ou matéria orgânica, incorporados a 60 centímetros de profundidade.

Necessidade de água: Elevada

Proteção contra o sol: a planta necessita de proteção contra os raios solares nos primeiros meses após o plantio, o que pode ser feito com folhas de palmeiras ou outro material disponível.

Colheita da Casca: 5 anos após o plantio, quando ela naturalmente se solta do tronco (geralmente no outono).

Secagem da casca: primeiramente em local sombreado e bem ventilado por 4 a 5 dias; em seguida é exposta ao sol, não muito intenso.

Armazenamento: em recipientes de vidro bem limpos e fechados.

INDICAÇÕES

Usos:

Culinária: para condimentar presunto e alguns tipos de carne, no preparo de doces, pães doces, arroz-doce, bolos, tortas de frutas, cremes para pastéis e panquecas doces, frutas condimentadas, compotas, pudins e bebidas quentes como o chocolate e o café.

Cosmética: para dar brilho nos cabelos; usada em pastas dentais e óleos bronzeadores.

Saúde: Contra gases abdominais, úlceras estomacais causadas por stress, hipertensão arterial, resfriados e dores abdominais.

O **óleo de canela** é considerado pelos aromaterapeutas um óleo "quente" e muito aromático. Utilizado nas massagens, tonifica o corpo, é anti-séptico, anti-espasmódico, facilita a circulação sanguínea e é estimulante sexual.

Os antigos judeus curavam febres e gota misturando a canela com vinho de tâmaras, mas foi na China e em outros países asiáticos que ela começou a ser usada como condimento e acabou se tornando uma planta medicinal.

Útil na **fadiga e depressão**, também é um tônico para os sistemas respiratórios e digestivos, em forma de chá, especialmente nas tosses, resfriados, **gripes, dores de estômago e diarreia**. Utilizado em difusores, evita que o vírus da gripe se espalhe pelo ar. Como afrodisíaco, **atua em casos de impotência**.

O incenso de canela é usado como um purificador de ambientes é um poderoso calmante e também sintoniza bons fluidos financeiros, sendo seu odor reputado como "chamariz" para atrair clientes a negócios.

CONTRA-INDICAÇÕES

Não se recomenda o uso da canela para mulheres grávidas, pois pode apresentar ação abortiva. O óleo essencial pode apresentar ação irritante da pele e da mucosa. Pode originar dermatite de contato e causar danos na mucosa gástrica. Além de irritação da mucosa bucal, no uso, por um longo período, gel dental com óleo essência da casca de canela.

POSOLOGIA

Pode ser utilizada em pó, 500 mg ao dia, ou em infusão na forma de chá da casca, 2 a 3 vezes ao dia.

PRECAUÇÕES

Não se recomenda o uso da canela para mulheres grávidas, pois pode apresentar ação abortiva. O óleo essencial pode apresentar ação irritante da pele e da mucosa. Pode originar dermatite de contato e causar danos na mucosa gástrica.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Não se recomenda o uso da canela para mulheres grávidas, pois pode apresentar ação abortiva.

EFEITOS COLATERAIS/REAÇÕES ADVERSAS

A canela é utilizada há séculos em pequenas quantidades como tempêro e não tem efeitos secundários conhecidos. Há algum tempo, o seu uso em dose mais elevada para diabetes tem sido controverso, pois existem dados científicos sobre sua toxicologia no uso cotidiano e em alta dose. Entre os compostos da canela, algumas substâncias podem ser consideradas problemáticas do ponto de vista toxicológico: a *cumarina* e o *cinnamaldehyde*.

O aldeído cinâmico é responsável pelo efeito alergizante da casca da canela; a cumarina age sobre a coagulação e se torna hepatotóxica e cancerígena, se consumida em alta dose. As cumarinas, no entanto, não estão presentes em todas as variedades de canela: a canela do Ceilão (*Cinnamomun verum*) contém apenas traços, e a canela da China (*Cinnamomum cassia*), que é, sobretudo utilizada na indústria alimentícia, contém cerca de 0,45 %. Por outro lado, consideramos que a concentração de cumarina nos extratos aquosos de canela não gera problemas.

Não se recomenda o uso da canela para mulheres grávidas, pois pode apresentar ação abortiva. O óleo essencial pode apresentar ação irritante da pele e da mucosa. Pode originar dermatite de contato e causar danos na mucosa gástrica. Por gostar muito da canela, preparei um gel dental com óleo essencial da casca, que é mais adocicado. Depois de alguns dias utilizando este gel dental começaram a aparecer pequenos cortes na língua. Estes cortes foram aumentando e os lábios começavam a arder logo após a escovação dos dentes. Demoraram ainda alguns dias para associar ao gel dental todos aqueles sintomas que nunca tinha tido antes. Suspendi o gel dental e os sintomas desapareceram. Portanto cuidado com o óleo puro.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Nenhuma informação relatada na literatura.

SUPERDOSAGEM

Nenhuma informação relatada na literatura.

FARMACOLOGIA CLÍNICA

Composição Química: acetato de eugenol, ácido cinâmico, açúcares, aldeído benzênico, aldeído cinâmico, aldeído cumínico, benzonato de benzil, cimeno, cineol, eugenol, felandreno, furol, goma, linalol, metilacetona, mucilagem, oxalato de cálcio, pineno, resina, sacarose, tanino e vanilina.

Propriedades Mediciniais: Adstringente, afrodisíaca, anti-séptica, aperiente, aromática, carminativa, digestiva, estimulante, hipertensora, sedativa, tônica e vasodilatadora.

Princípios Ativos: A caneleira é uma planta onde a grande preocupação é com a concentração de óleos essenciais. Quanto maior a concentração mais aromática e mais valorizada será o produto. Dependendo da espécie e da região produtora a qualidade do óleo e conseqüentemente o valor do produto irá variar significativamente. O tamanho da casca também irá influenciar no preço do produto. No comercio encontra-se a canela em pó, rasurada e em cascas enroladas em si mesmas e medindo cerca de 20 a 25 cm de comprimento. A preferência na hora de comprar deve ser pela casca inteira ou rasurada, pois a canela em pó perde rapidamente os seus óleos, e para atingir um aroma desejado à pessoa acaba colocando uma grande quantidade do pó, o que irá amargar o alimento, devido à presença de taninos.

Ação Farmacológica e Indicações: A canela é indicada na Europa para anemia, debilidade, problemas estomacais, e no oriente é usada principalmente para gripes e resfriados, por ser uma planta "quente", "amornante" sendo usada para esquentar o corpo. Na medicina ayurveda a canela é usada para provocar transpiração e cortar a febre. Pode ser utilizada para aliviar cólicas intestinais. Possui ação antiinflamatória. Para anemia prepara-se um elixir colocando-se para macerar em vinho tinto doce, tipo marsala ou do porto, 10 g de canela, 30 g de quina e 50 g de centaurea. Também é indicada para debilidade, problemas estomacais e como reconstituintes.

Recomendações a política municipal de saúde

O trabalho na ilha de Cotijuba, a partir de discussões com os ilhéus e no Laboratório de Etnofarmácia do NUMA/UFPA, permite sugerir que se construa uma parceria entre o LAEF/NUMA/UFPA e as autoridades constituídas da política municipal de saúde de Belém, objetivando construir as bases para a implantação do uso das plantas medicinais e remédios caseiros no sistema público de saúde do município, na atenção básica em saúde. Para tanto, afirmamos que nosso trabalho desenvolvido na região insular, pode ser reprodutível na área continental de Belém. Nesse sentido, recomenda-se dialogar sobre:

- ❖ Lei Municipal de PMF e PMPMF;
- ❖ Comissão Interna de Vigilância Sanitária em PM;
- ❖ Comissão Interna de PIC em Saúde;
- ❖ Elaboração de Memento Fitoterapêutico na região insular e área continental de Belém;
- ❖ Capacitação dos ACS da área continental de Belém, em Fitoterapia;
- ❖ Capacitação de Especialistas Tradicionais em Etnofarmácia;
- ❖ Possibilidade de um Plano de Negócios para a região insular e área continental de Belém, que considere:
 - Conformação de uma cooperativa ou associação de produtores de PM;
 - Elaboração de uma parceria LAEF/NUMA/UFPA com a cooperativa ou associação de produtores de PM;
 - Elaboração de um projeto de sistema agro florestal em áreas já degradadas, um programa de plantio de PM nesta área;
 - Elaboração de parceria entre a cooperativa ou associação e o programa Farmácia Nativa do município;
 - Elaboração de parceria da associação com a SESMA para a produção de PM;
 - Produção de PM e remédios caseiros que passem integrar a rede básica de saúde do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que após o levantamento etnofarmacêutico e a discussão desenvolvida na ilha de Cotijuba e no LAEF/NUMA/UFPA sobre a utilização das plantas medicinais e remédios caseiros no SUS, faz-se necessário avançar na superação de desigualdades regionais quanto ao financiamento, estabelecendo uma política de desenvolvimento de ações voltada à inserção das PMF na atenção básica em saúde, garantindo mecanismos de financiamentos para a estruturação dos serviços e estabelecendo um tratamento diferenciado à região amazônica, quanto aos critérios de alocação de recursos a produtos prioritários ao Ministério da Saúde (MS) e toda a rede pública de saúde, que tenham maior potencialidade de desenvolver e/ou ampliar o acesso a PMF, principalmente para aquela faixa da população mais carente.

Isso significa fortalecer a Assistência Farmacêutica em PMF, ou seja, a sua implantação faz parte da reorientação da assistência farmacêutica e a sua prática pode ser entendida como uma estratégia na promoção do uso racional de medicamentos. Isso nos ajudará a garantir a efetividade, a segurança e o cumprimento da farmacoterapia, otimizando os recursos destinados a garantia do acesso. Até porque, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país. Nelas, de maneira geral, as farmácias ocupam espaços relativamente pequenos, cerca de 20 metros quadrados, os quais são estruturados como um local de armazenamento dos medicamentos até que sejam dispensados. Romper com essa realidade proporcionará a integração do farmacêutico às equipes de saúde, constituindo comissões internas de assistência farmacêutica e fitoterapia.

Para a consecução desses objetivos, além de garantir o acesso aos usuários do SUS, 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 é necessário promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético quando este for acessado; promover parcerias com movimentos sociais, sociedade civil e organizações não governamentais; identificar comunidades detentoras de conhecimento tradicional, sistematizando, definindo instrumentos de valorização e divulgando e apoiando projetos voltados à valorização; identificar, definir e apoiar mecanismos de

validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico-científico).

No âmbito geral, a utilização das plantas medicinais e remédios caseiros, não será simples, se mantida a forma como o serviço está estruturado, pois grande parte das pressões de demanda não depende do serviço de saúde em si, mas de políticas sociais inclusivas, as quais têm impacto direto nas condições de saúde da população. No âmbito específico, é fundamental que os gestores racionalizem a utilização dos medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário. Uma alternativa seria estimular a criação de **Comissões Municipais de Farmácia e Fitoterapia** que promovam a confecção de protocolos clínicos de tratamento das principais patologias crônicas, propondo desde a padronização racional dos medicamentos até a prescrição destes.

Além disso, os gestores municipais poderiam gerar informações sobre a utilização correta dos medicamentos junto aos usuários da rede, promovendo a implantação de um serviço de atenção farmacêutica centrado no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão ao tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos. Entretanto, torna-se necessário desenvolver modelos que atendam a demanda infinitamente crescente e, ao mesmo tempo, não desumanizar o serviço.

Para a difusão do conhecimento devem ser estimulados espaços apropriados para a informação e discussão de questões pertinentes ao tema PMF, abrangendo públicos-alvos distintos, como os setores acadêmicos, de serviços, produtivo e a sociedade civil. Estabelecer ainda uma discussão da importância do etnoconhecimento que considere o saber popular e, sobretudo a sua proteção, permitindo seu compartilhamento com todas as garantias as populações detentoras desse conhecimento.

A farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos é uma preocupação emergente e através de um sistema nacional e internacional será possível identificar os efeitos indesejáveis desconhecidos, quantificar os riscos e identificar os fatores de riscos e mecanismos, padronizar termos, divulgar experiências, entre outros, permitindo seu uso seguro e eficaz.

Um dos caminhos, portanto, a Etnofarmácia e o levantamento etnofarmacêutico cujos resultados dos parâmetros de Assistência Farmacêutica permitem constatar que a maioria da população do município utiliza plantas medicinais para manter sua saúde não só por tradição, bastante forte na região, mas também em função de dificuldades financeiras para adquirir medicamentos alopáticos e ainda pela falta de acesso aos medicamentos ditos essenciais, fato observado nas visitas às farmácias das unidades de saúde do município. Nesse contexto a etnofarmácia cumpre esse papel, pois ela nos permite acessar um conhecimento milenar sobre plantas medicinais, conhecer as relações que se estabelecem entre os povos ou grupos sociais com remédios caseiros e, sobretudo orientar o uso seguro e eficaz das plantas medicinais e seus remédios.

Os resultados do levantamento dos parâmetros de Assistência Farmacêutica permitem constatar que a maioria da população do município utiliza plantas medicinais para manter sua saúde não só por tradição, bastante forte na região, mas também em função de dificuldades financeiras para adquirir medicamentos alopáticos e ainda pela falta de acesso aos medicamentos ditos essenciais, fato observado nas visitas às farmácias das unidades de saúde do município.

Isso leva a refletir sobre as responsabilidades institucionais dos diferentes níveis de gestão do SUS. Em comum, prevê-se para todos os gestores responsabilidades, como: elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde; definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPIC; promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; implementar a educação permanente em consonância com a realidade loco regional; estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política; acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; exercer vigilância sanitária e incentivar estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia; apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC nos Conselhos de Saúde.

Do nosso ponto de vista, as implicações da proposta são de ordem nacional e internacional. Internamente, trata-se de mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário, na medida em que veicula informações claras, precisas e atuais, referentes aos tipos de terapias e racionalidade disponíveis para o cuidado. Internacionalmente, a PNPIC-SUS traz implicações que reforcem a visão de que o sistema

público de saúde brasileiro, modelo mundial em relação a várias ações, segue competente na defesa da construção de um "*paradigma prudente para uma vida decente*".

Daí a necessidade de avançarmos na implementação e consolidação da PNPMF, mas, sobretudo construirmos essa política nos estados e em municípios no sentido de disponibilizar a população que acessa a rede básica de saúde pública plantas medicinais e remédios caseiros, possibilitando ao usuário das Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família (UBS/USF) e aos formadores de opinião o uso e o acesso seguro as plantas medicinais e fitoterápicos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado aos grupos sociais e povos tradicionais. Logo, a implementação se dará, a partir do momento em que organizarmos setores públicos e privados, IES, ONG, poderes legislativo e executivo, no sentido de discutir, elaborar e aprovar a **Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PEPMF)**, bem como o **Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** e seu correspondente na política de saúde pública municipal.

Ao encerrar-se essa discussão, sem a pretensão de esgotá-la, refletimos juntos o papel relevante que cumpre a etnofarmácia, demarcando em suas atribuições e articulações a outras áreas de investigação, abordando os aspectos de desenvolvimento tecnológico, propondo a partir da investigação da planta, novas aplicações para as várias espécies, através da abordagem farmacológica, biológica e/ou tecnológica apropriada à área das Ciências Farmacêuticas.

Abordando, fundamentalmente, o papel da assistência farmacêutica, objeto desse estudo, nesse contexto buscando produzir conhecimento a partir dos resultados obtidos ao longo do desenvolvimento e aproveitamento das espécies medicinais investigadas, contribuindo para a formação e qualificação de profissionais de saúde. E, ainda validando protocolos farmacognósticos, fitoquímicos e farmacotécnicos para fins de padronização e controle de qualidade na produção, comercialização e uso de fitoterápicos, e introduzindo a farmacovigilância na prática da fitoterapia popular.

Entretanto, um grande desafio da Etnofarmácia é o papel humanístico que ela joga no sentido de tentar entender como se dá a cura e os seus processos para uma dada doença em um determinado grupo social. Desafia-nos compreender o uso popular de espécies vegetais

nesses grupos sociais, através da visão antropológica social, a inter-relação de possíveis efeitos medicinais, o aproveitamento nos hábitos alimentares e ritualísticos envolvidos e difundidos como instrumentos terapêuticos no tratamento de diversas enfermidades, compreendendo que existem fatores subjetivos ligados aos valores e tradições de indivíduos e de culturas que influenciam na descrição dos sintomas e na forma de tratá-los. **Esse, sem dúvida, é o próximo desafio!!!**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEODATO, S., OLIVEIRA, L., OLIVEIRA, V. **Uma farmácia no fundo do quintal.** *Globo Ciência*, 6(64): 44-49. 1996.
- ADUSUMILLI, P. S., LEE, B., PAREKH, K., FARRELLY, P. A. **Acalculous eosinophilic cholecystitis from herbal medicine: A review of adverse effects of herbal medicine in surgical patients.** *Surgery* 131: 352-356. 2002.
- ALEXANDRE, R. F., BAGATINI, F., SIMÕES, C. M. O. **Potenciais interações entre fármacos e produtos à base de valeriana ou alho.** *Rev Bras Farmacogn* 18: 455-463. 2008.
- ALEXIADES, M. N. **Collecting Ethnobotanical Data: An introduction to basic concepts and techniques.** In: ALEXIADES, M. N.; MIGUEL, O. N; SHELDON, J. M. (Eds). **Selected Guidelines for Ethnobotanical Research: A Field Manual.** New York, New York Botanical Garden Press Advances in Economic Botany, 306 p. 1996.
- ALONSO, F. G. **Uso racional de los medicamentos.** *Med Clin.* 94(16):628-632. 1990.
- ALONSO, J. R. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas.** ISIS. Ediciones SRL, p. 238-254. 1998.
- AMOROZO, M. C. M, GELY, A. **Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas, Barcarena, Pará, Brasil.** Brasil: **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi.** Série Botânica. v. 4: 1, 47-131. 1988.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS Jr., T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, v. 8, n. 1-2, jul/ago. 2000.
- ANDRADE, M. A. **Avaliação do consumo de medicamentos em idosos no município de Londrina-PR** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; 2003.
- ARAÚJO, A. L. A. **Assistência farmacêutica como modelo tecnológico** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; 2005.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas – Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, vol. 42, n. 1, jan./mar., 2006.

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. **Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, sup. 0. Rio de Janeiro, 2008.

ARRAIS, P. S. D. **Farmacovigilância: Até que enfim no Brasil!** *Saúde em Debate* 49/50: 80-82. 1996.

BAILLY, A. Dictionnaire grec-français, 16. ed. Paris, Lib. Hachette, 1950. Bailly, A., Dictionnaire grec-français, 16.ed., 1950.

BARBOSA, W. L. R. et. al. **Etnofarmacêutica: uma abordagem de plantas medicinais pela perspectiva das Ciências Farmacêuticas.** Revista Brasileira de Farmácia, 77(3), 82-84, 1996.

_____, **Aproveitamento farmacêutico da flora como instrumento de preservação cultural e ambiental.** Poematropic, 1(1), 43-45. 1998.

_____; Pinto, L. N.. **Levantamento etnofarmacêutico de fitoterápicos tradicionais, uma contribuição para a inserção deles nas ações primárias em saúde.** In: Simpósio de Plantas Mediciniais do Brasil, 18., 2004, Manaus. **Resumos...** Manaus: SPMB. 2004.

_____; BATALHA, V. et. al. **Aspectos socioeconômicos da abordagem etnofarmacêutica das espécies vegetais comercializadas na feira do Ver-o-Peso, Belém-PA.** V Simpósio Brasileiro de Farmacognosia, Recife-PE. 2005.

_____; Pinto, L. N.; Lovato, G. M.; Ferreira, D. A.. **Semeando Saúde: Uma proposta de orientação para o uso adequado de plantas medicinais nas comunidades do entorno da Universidade Federal do Pará.** In: Simpósio Brasileiro de Farmacognosia, 5., 2005, Recife, **Resumos...** Recife: SBFg, 2005.

_____ (org.); PINTO, L. N.; SILVA, W. B.; FERNANDES, J. G. S.; SOLER, O. **Etnofarmácia: fitoterapia popular e ciência farmacêutica**. Belém: NUMA/UFPA. 2009. 169 p.

BECKER, B. K. **Cenários de curto prazo para o desenvolvimento da Amazônia**. Cadernos IPPUR, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.53-85. 2000.

BEINNER, R. P. C.; ARNOUS, A. H.; SANTOS, A. S. **Plantas Medicinais de uso caseiro-conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 6, n. 2, p. 1-6, jun. 2005.

BENSOUSSAN, A., MYERS, S. P. **Toward a safer choice: the practice of traditional chinese medicine in Austrália**. Camberra: Department of Human Service. 1996.

BRAGA, R. *Plantas do Nordeste especialmente do Ceará*, Imprensa Oficial, 3ª edição, Fortaleza. 1976.

BRANDÃO MG, Freire. N, Soares CDV 1998. **Vigilância de fitoterápicos em Minas Gerais. Verificação da qualidade de diferentes amostras comerciais de camomila**. *Cad Saúde Pública* 4: 613-616.

Brasil. DIÁRIO OFICIAL [DA] REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Rio de Janeiro: Constituição da República Federativa do Brasil, Tít. VIII, art. 196; 1988.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1988. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1988, p. 18.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 357, de 27 de maio de 2001. Concede pedido de autorização de funcionamento das empresas de produtos para a saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2001.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 140, de 29 de maio de 2003. Estabelece regras das bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2003. Seção 1, p. 53.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 267. Aprova regulamento técnico de espécies para o preparo de chás. *Diário Oficial de União*, Poder Executivo, DF. 2005.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 277. Aprova regulamento técnico para café, cevada, chá, erva-mate e produtos solúveis. *Diário Oficial de União*, Poder Executivo, DF. 2005.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 278. Aprova as categorias de alimentos e embalagens dispensados e com obrigatoriedade de registro. *Diário Oficial de União*, Poder Executivo, DF. 2005.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 219. Aprova a inclusão das espécies vegetais e parte (s) de espécies vegetais para o preparo de chás. *Diário Oficial de União*, Poder Executivo, DF. 2006.

_____, 2006a. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mai. 2006.

_____, 2006b. Presidência da República. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Memento terapêutico / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos – Brasília: MS, 2006. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. DAF/SCTIE/MS – RENISUS. Plantas de interesse do SUS – Brasília: MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, de 09 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à ANVISA e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 abr. 2010.

BRITO, D. C. **A modernização da superfície: Estado e desenvolvimento na Amazônia.** Belém: UFPA/NAEA/PDTU, 2001. (Prêmio NAEA).

BULUS, A. *et. al.*. **Studies on the use of *Cassia singueana* in malaria ethnopharmacy.** *J Ethnopharmacol.* 88 (2-3):261-267. 2003.

CALIXTO, J. B. **Efficacy, safety, quality control, marketing and guidelines for herbal medicines (phytotherapeutics agents).** *Braz J Med Biol Res* 33: 179-189. 2000.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 569-584, 2003.

CAPASSO, R., IZZO, A. A., PINTO, L., BIFULCO, T., VITOBELLO, C., MASCOLO, N. **Phytotherapy and quality of herbal medicines.** *Fitoterapia* 71: S58-S65. 2000.

CARVALHO, A. C. B., BALBINO, E. E., MACIEL, A., PERFEITO, J. P. S. **Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil.** *Rev. Bras. Farmacogn.* 18: 314-319. 2008.

CARVALHO, F., JUNIOR, R. T., MACHADO, J. C. M. S. **Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial.** *Cad. Saúde Pública* 1998; 14:617-621. 1998.

COELHO, H. L., ARRAIS, P. S. D., GOMES, A. P. **Sistema de farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência.** *Cad. Saúde Pública* 15: 631-640. 1999.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 6, n. 2. 2001.

CORREA, P. M. **Dicionário de plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas.** Ministério da Agricultura, Instituto Brasileiro de Desenvolvimento, Florestal, Brasil 5: 474-475. 1984.

COUTO, R. C. S. **Buscando ouro, perdendo a saúde: um estudo sobre as condições de saúde no garimpo do Cumaru-PA.** Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

COUTO, R. C.; CASTRO, E. R.; MARIN, R. A. **A pesquisa em ciências humanas e as relações entre trabalho, saúde e meio ambiente.** In: _____. (Orgs.). **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia.** Belém: Edufpa, 2002. 289 p. il.

DESTRUTI, A. B., et. al., SENAC, **Introdução à Farmacologia,** São Paulo: 1999.

DUPIN, J. A. A. **Assistência farmacêutica – Um Modelo de Organização.** Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília. 1999.

ELIAS, P. E. **Afinal, de que descentralização falamos.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 310-313. 2001.

FERREIRA, M. R. C. **Identificação e valorização das plantas medicinais de uma comunidade pesqueira do litoral paraense (Amazônia Brasileira).** Belém, PA: MPEG. Originalmente apresentada como tese de Doutorado, Universidade Federal do Pará. 2002. 320 p.

FERREIRA, A. C. F., ROSENTHAL, D., CARVALHO, D. P. **Tyroid peroxidase inhibition by *Kalanchoe brasiliensis* aqueous extract.** *Food and Chemical Toxicology*. v. 38, issue 5, pages 417-421, may 2000.

GALLO, M., SARKAR, M., AU, W., PIETRZAK, K., COMAS, B., SMITH, M., JAEGER, T. V., EINARSON, A. R. N., KOREN, G. **Pregnancy outcome following gestational**

exposure to Echinacea: a prospective controlled study. *Arch Intern Med* 160: 3141-3143. 2000.

GENOVÉS, J. S., LARREA, V. P., GOMIS, E. R., MIR, I. M. **Consumo de hierbas medicinales y medicamentos.** *Atención Primaria* 28: 311-314. 2001.

GOES, C. **Dicionário de afixos e desinências**, 3.ed. Liv. Francisco Alves, 1937.

GOTTLIEB, O.R., KAPLAN, M. A. C. **Amazônia: Tesouro químico a preservar.** *Ciência Hoje* 61:17-29. 1990.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia.** 5^a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HAMINTON, A. **Medicinal plants and conservation: issues and approaches.** 2003. Portable Document Format. Disponível em: <www.wwf.org.uk/filelibrary/pdf/medplantsandcons.pdf>. Acesso em: 21 julho 2009.

HÄNSEL, R., STICHER, O. & STEINEGGER, E. **“Pharmakognosie - Phytopharmazie”** 6. Aufl., Berlin, Springer, 1403 págs. 1999.

HEINRICH, M. **Ethnopharmacy and natural product research – Multidisciplinary opportunities for research in the metabolomic age.** *Phytochemistry Letters*, v. I, 1-5. 2007.

HURTIENNE, T. Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável na Amazônia. In: COELHO, M. C. N., CASTRO, E., MATHIS, A.; HURTIENNE, T. **Estado e políticas públicas na Amazônia: gestão do desenvolvimento regional.** Belém: Cejup, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>> Acesso em: 23 jun. 2010.

LEAL, L. K. A. M., FERREIRA, A. A. G., BEZERRA, G. A., MATOS, F. J. A., VIANA, G. S. B. **Antinoceptive, antiinflammatory and broncodilator activities of Brazilian medicinal plants containing coumarin: a comparative study.** *J Ethnopharmacol* 70: 151-159. 2000.

LÓPES, C. A. A. **Considerações gerais sobre plantas medicinais.** *Ambiente: Gestão e Desenvolvimento*, 1(1): 19-27. 2006.

LORENZI, H., MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** Nova Odesa. Instituto Plantarum. 512p. 2002.

MACHADO, J.P. - Dicionário etimológico da língua portuguesa, 3.ed. Lisboa, Livros Horizonte, 1977.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 2^a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

NUNES, G. P., SILVA, M. F., RESENDE, U. M., SIQUEIRA, J. M. **Plantas medicinais comercializadas por raizeiros no Centro de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.** *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 13(2). 2003.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia.** Belém: EDUFPA, 2008. 248 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10^a revisão, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, v. 1. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR.** 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 08 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/United Nations Children's Fund. **Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata.** URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. 50^a Asamblea Mundial de la Salud, 1997.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS.** Nueva Delhi: OMS; 1988.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. **Punto 19 del orden del día.** 47^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1994.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunión de la OMS*. Tóquio: OMS; 1993.

PIERONI, A. *et al.*. **Traditional phytotherapy of the Albanians of Lepushe, Northern Albanian Alps**. Italy: *Fitoterapia*. 76 (3-4), 379-399. 2005.

PINN, G. **Adverse effects associated with herbal medicine**. *Australian Family Physician* 30: 1070-1075. 2001.

PINTO, L.N. **Levantamento etnofarmacêutico de fitoterápicos tradicionais – uma contribuição para a inserção deles nas ações primárias em saúde**. Belém, PA: CESP MED. Originalmente apresentada como monografia de especialização, Universidade Federal do Pará, 2004. 55 f.

_____. **Plantas medicinais utilizadas por comunidades do município de Igarapé-Miri, PA: etnofarmácia do município de Igarapé-Miri-PA**. Originalmente apresentada como tese de Mestrado. Universidade Federal do Pará. 2008. 98 p.

PINTO, P.A. **Dicionário de termos farmacêuticos**. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1959.

PLANO AMAZÔNIA SUSTENTÁVEL (PAS). Brasília: Ministério da Integração Regional; Ministério do Meio Ambiente, 2004. v. 1.

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

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

ROCHA, D. *Formulário terapêutico de plantas medicinais cearenses, nativas e cultivadas*. Progresso, Fortaleza. 1945.

SAID ALI, M. **Gramática histórica de língua portuguesa**, 3.ed. São Paulo, Melhoramentos, p.235. 1964.

SILVA, M. I. G. *Utilização de Fitoterápicos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no Município de Maracanaú-CE*. Fortaleza, 144p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. 2003.

SILVA, M. I. G., GONDIM, A. P. S., NUNES, I. F. S., SOUSA, F.C. F. **Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE)**. *Rev Bras Farmacogn* 16: 455-462. 2006.

SILVA, M. V., RITTER. **Plantas Medicinais e tóxicas da Reserva Biológica do Lami**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Iheringia, Rev Bot* 57: 61-73. 2002.

SIMÕES, C. M. O., MENTZ, L. A., SCHENKEL, E. P., IRGANG, B. R., STEHMANN, J. R. **Plantas da Medicina Popular do Rio Grande do Sul**. 5ª Edição, Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 174 p. 1998.

SIMÕES, C. M. V., SCHENKEL, E. P., GOSMAN, G. et al. **Farmacognosia – da planta ao medicamento**. Ed. Univ./UFRGS/UFSC. Porto Alegre, 833p. 2001.

SOARES, A. K. A., CARMO, G. C., QUENTAL, D. P., NASCIMENTO, D. F., BEZERRA, F. A. F., MORAES, M. O., MORAES, M. E. A. **Avaliação da segurança clínica de um fitoterápico contendo *Mikania glomerata*, *Grindelia robusta*, *Copaifera officinalis*, *Myroxylon toluifera*, *Nasturtium officinale*, própolis e mel em voluntários saudáveis**. *Rev Bras Farmacogn*. 2006.

THABREW, M. I. et. al. **Immunomodulatory activity of three Sri-Lankan medicinal plants used in hepatic disorders**. *J Ethnopharmacol*. May-Jun; 33(1-2): 63-6. 1991.

TOLEDO, A. C. O., HIRATA, L. L., DA CRUZ, M., BUFFON, M., MIGUEL, M. D., MIGUEL, O. G. **Fitoterápicos: uma abordagem farmacotécnica**. *Revista Lecta*, 21(1/2):7-13. 2003.

TRAMIL. Traditional medicine in the island. **Program of Applied Research to Popular Medicine in the Caribbean**. Disponível em <<http://www.funredes.org/endacaribe/traduccion/tramil.html>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

TRÓCCOLI, B. T. **Obediência às prescrições médicas e controle da doença**. *Unidade Médica*. 15(2):11-13. 1990.

VASCONCELOS, C. M. **Lições de filologia portuguesa**. Rio de Janeiro, Livros de Portugal, p.77. 1959.

VEIGA Jr., V. F.; PINTO, A. C. **Plantas medicinais: cura segura?** *Química. Nova*, 28(3): 519-528. 2005.

VIEIRA, R. F., 1993. **Espécies medicinais prioritárias para conservação – levantamento preliminar**. Comunicado técnico n. 14, EMBRAPA – CENARGEN, 10 p.

VIEIRA, R. F.; SKORUPA, L. A., 1993. **Brazilian medicinal plants gene bank**. *Acta Horticulturae*, v. 330, p. 51 58.

VOLAK, J., STODOLA, J. *Plantas Mediciniais*. Ed. Inquérito. 319p. 1990.

WWF – BRASIL. **O que é Biodiversidade**. Disponível em: <www.wwf.org.br/informacoes/questoes_ambientais/biodiversidade/index.cfm>. Acesso em: 21 julho 2009.

YUNES, R. A., PEDROSA, R. C., CECHINEL FILHO, V. **Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil**. *Quím. Nova* 24: 147-152. 2001.