

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

Antonio Jorge Ataíde Souza

Uso de Plantas Medicinais no Município de Benevides/Pará: Elaboração do Memento Fitoterápico e Construção da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Belém

2011

Antonio Jorge Ataíde Souza

Uso de Plantas Medicinais no Município de Benevides/Pará: Elaboração do Memento Fitoterápico e Construção da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de pós-graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal de Pará, como exigência para obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa.

Belém  
2011

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Central/UFPA, Belém-PA**

---

Souza, Antonio Jorge Ataíde, 1965-

Uso de plantas medicinais no município de Benevides/Pará: elaboração do memento fitoterápico e construção da política municipal de plantas medicinais e fitoterápicos / Antonio Jorge Ataíde Souza; orientador, Wagner Luiz Ramos Barbosa. — 2011.

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

1. Plantas medicinais – Benevides (PA). 2. Política de saúde. 3. Ervas - Uso terapêutico I. Título.

CDD - 22. ed. 581.634098115

---

Antonio Jorge Ataíde Souza

Uso de Plantas Medicinais no Município de Benevides/Pará:  
Elaboração do Memento Fitoterápico e Construção da Política Municipal de  
Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de pós-graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal de Pará, como exigência para obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa.

Data da aprovação: 25 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa - Orientador  
Doutor em Ciências Naturais  
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva  
Doutor em Ciências Farmacêuticas  
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Thomas Mitschein  
Doutor em Sociologia, história da economia e ciência política.  
Universidade Federal do Pará

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo Dom da vida.

A meus pais, Antônia e Jorge, pelos ensinamentos que através dos quais pauto minha vida.

A minha amada esposa, pela parceria afetiva, apoio e compreensão.

A meus filhos, razão pela qual enfrento os desafios.

A meus irmãos pela confiança, força e apoio.

A meus chefes de trabalho e colegas de trabalho pela compreensão e permissão de ausência do trabalho por acreditarem ser possível, um homem melhor, por conseguinte um profissional melhor.

Ao Prof. Wagner pela amizade, confiança e compreensão com os pormenores manifestados nos textos e nos contextos.

A meus amigos e companheiros de etnofarmácia pela construção de um conhecimento sólido.

A meus amigos e companheiros de mestrado pelos momentos de discussão e descontração.

Aos professores e funcionários do PPGEDAM pelo carinho e atenção.

Aos ACS's do município de Benevides pela parceria sem a qual a extensão do trabalho não seria possível.

O conhecimento é, portanto, um fenômeno multidimensional, de maneira inseparável, simultaneamente físico, biológico, cerebral, mental, psicológico, cultural, social.

Edgar Morin

## Resumo

O uso de plantas medicinais no Município de Benevides: Elaboração do Memento Fitoterápico e Introdução da Política de Plantas Medicinais no Município de Benevides é um trabalho, desenvolvido com o objetivo de levantar as espécies vegetais utilizadas por usuários do SUS e profissionais de saúde, integrados na Estratégia Saúde da Família do município de Benevides, com vistas à elaboração do Memento Fitoterápico do município, como primeiro passo para a institucionalização da Política Municipal de Plantas Medicinais. Para o levantamento dos dados, utilizou-se a tecnologia social Etnofarmácia, desenvolvida e aplicada em parceria com a comunidade, envolvendo a aplicação do formulário etnofarmacêutico aos usuários do SUS e profissionais de saúde, o que permitiu uma análise quantitativa dos dados. Os resultados indicaram que a utilização de plantas medicinais pela população entrevistada é uma prática intensa e se deve, em parte, à dificuldade que os usuários do sistema têm em acessar os medicamentos sintéticos prescritos nas Unidades Saúde da Família (USF) do município e ao baixo padrão de renda das famílias entrevistadas. Quanto aos profissionais de saúde, os resultados indicam sensibilidade dos mesmos ao tema e disposição para prescrição, desde que se tenha disponível capacitação, protocolo clínico e plantas medicinais nas USF. Para compor o Memento Fitoterápico, foram selecionadas as espécies: *Chenopodium ambrosioides*, Linn. (mastruz); *Eleutherine plicata*, Herb (marupazinho); *Mentha pulegium*, Linn. (hortelãzinho); *Coleus amboinicus*, Lour. (boldo) e *Arrabidaea chica*, Velrt. (pariri), segundo os critérios de frequência de citação, perfil epidemiológico do município, interesse do Ministério da Saúde e manejo da espécie.

Palavras chave: Plantas medicinais, Etnofarmácia e Memento fitoterápico.

## Abstract

The use of medicinal plants in the district of Benevides: Elaboration of the phytotherapeutical compendium and Introduction of the Politics of Medicinal Plants in the district of Benevides are a research, developed with the objective of lifting the vegetable species used by users of SUS and health's professionals, integrated in the health strategy of the district's family of Benevides, with views to the elaboration of the phytotherapeutical compendium of the district, as first step the institution of the district was used developed by Ethnopharmacy, with application of the Politics of medicinal plants. For the rising of the die, the meth form Ethnopharmaceutical to the users of SUS and health of professionals, that it all owed quantitative and qualitative analysis of the die. The results indicated that the use of medicinal plants for the population interviewee is an intense practice and it is due to the fact of the access difficulty to the synthetic drug prescribed in the Unidades Saúde da Família (USF) of the district for the users and the low pattern of income of the interviewed families. With relationship to the health's professionals the results indicated, sensibility of the same ones to the theme and disposition for prescription, since it has available training, clinical protocol and medicinal plants in USF. For composition of the phytotherapeutical compendium, were selected, the *Chenopodium ambrosioides*, Linn (mastruz); *Eleutherine plicata*, Herb (marupazinho); *Mentha pulegium*, Linn. (hortelãzinho); *Coleus amboinicus*, Lour. (boldo) and *Arrabidaea chica*, Velrt. (pariri), according to the criteria of citation frequency, epidemic profile of the district, interest of Ministério da Saúde and easiness of propagation of the species.

Key words: Medicinal plants, Ethnopharmacy and phytotherapeutical compendium.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Área de convergências entre as Políticas Públicas de Saúde, Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. ....	34
Quadro 1 Quadro 1 Quantitativo de profissional por USF. ....	39
Figura 2 Carta Imagem do Município de Benevides com Localização da USF. ....	42
Gráfico 1 Gráfico 1 População residente no município de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	44
Gráfico 2 Evolução em porcentagem de cobertura da ESF do período de 2007 a 2009. ....	44
Gráfico 3 Evolução do casos de HAS na população de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	45
Gráfico 4 Principais Causas de Óbitos do Município de Benevides dos anos 2007, 2008 e 2009. ....	47
Gráfico 5 Evolução dos Óbitos por Doenças do Aparelho circulatório do Município de Benevides dos anos 2007, 2008 e 2009. ....	47
Gráfico 6 Evolução em porcentagem de residências com e sem tratamento de água no município de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	48
Quadro 2 Síntese das informações etnofarmacêutica prestadas pelos profissionais de saúde. ....	55
Quadro 3 Frequência absoluta de alegação das plantas medicinais. ....	58
Quadro 4 Plantas medicinais selecionadas para elaboração do Memento Fitoterapêutico. ....	61
Quadro 5 Plantas Mediciniais Identificadas no Museu Paraense Emílio Goeldi ....	62
Figura 3 Esquematização do acesso seguro e racional às plantas medicinais. ....	68
Foto 1 Treinamento das ACS em Etnofarmácia, no LAEF/UFPa período de 8 a 12/11/2010 ....	113
Foto 2 Treinamento das ACS em Etnofarmácia, visita ao herbário do Museu Emílio Goeldi. ....	113

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente no Município de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	43
Tabela 2 - Porcentagem de Famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	44
Tabela 3 - População residente no município de Benevides portadora de hipertensão arterial no período de 2007 a 2009. ....	45
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa das morbidades ocorridas no Município de Benevides no período de julho de 2005 a junho de 2006. ....	46
Tabela 5 - Porcentagem de residências com e sem tratamento de água no município de Benevides no período de 2007 a 2009. ....	47
Tabela 6 - Tratamento de dejetos das residências cobertas pela Estratégia Saúde da Família, no período de 2007 a 2009. ....	48
Tabela 7 - Contingente de recursos humanos trabalhando na ESF, no Município de e Benevides no ano de 2010.....	48
Tabela 8 - Perfil social, econômico e cultural dos usuários avaliados através do formulário etnofarmacêutico. ....	49
Tabela 9 Frequência Absoluta e Relativa de Pessoas por Famílias. ....	49
Tabela 10 Perfil de acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde no SUS. ..	51
Tabela 11 Perfil da acessibilidade às plantas medicinais e/ou outros recursos opcionais. ....	53

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.  
CID 10 - Código Internacional de Doenças, versão 10.  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
LAEF – Laboratório de Etnofarmácia.  
MPEG - Museu Paraense Emílio Goeldi.  
NUMA – Núcleo de Meio Ambiente.  
OMS – Organização Mundial de Saúde.  
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.  
PPGeDAm – Programa de Pós-graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia.  
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada.  
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade.  
SUS – Sistema Único de Saúde.  
UFPA – Universidade Federal do Pará.  
USF – Unidade Saúde da Família.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AF – Assistência Farmacêutica.

ACD - Auxiliar de consultório dentário.

ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde.

BPM - Boletim de Produção Médica.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica.

MS - Ministério da Saúde.

THD – Técnico em higiene dental.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	07
<b>Abstract</b> .....	08
<b>Lista de Ilustrações</b> .....	09
<b>Lista de Tabelas</b> .....	10
<b>Lista de Siglas</b> .....	11
<b>Listas de Abreviaturas</b> .....	12
<b>1 Introdução</b> .....	13
<b>1.1 Histórico de Formação do Município.</b> .....	13
<b>1.2 Justificativa.</b> .....	15
<b>1.3 Objetivo geral.</b> .....	16
<b>1.3.1 Objetivos específicos:</b> .....	16
<b>1.4 Metodologia</b> .....	17
1.5 Os cenários de desenvolvimento sócio-econômico e político da Amazônia. ....	18
1.6 A hegemonia do conhecimento científico e suas consequências e a reemergência de novo conhecimento. ....	20
1.7 Saúde uma conquista de direito democrático para cidadania. ....	22
1.8 O contexto histórico da Política de Plantas Medicinais no Brasil e no Pará. ....	25
1.9 Política de Plantas Medicinais opção terapêutica integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. ....	31
<b>2 Etnofarmácia: Metodologia para elaboração do memento fitoterapêutico.</b> ..	34
2.1 Aplicação do formulário para abordagem etnofarmacêutica quanti -qualitativa aos usuários do SUS. ....	37
2.2 Aplicação do formulário para abordagem etnofarmacêutico aos profissionais de saúde que atuam no SUS. ....	39

2.3 Seleção das plantas medicinais para composição do memento fitoterapêutico e identificação botânica das espécies citadas durante as entrevistas dos usuários e profissionais de saúde. ....	41
2.4 O Município de Benevides área de estudo. ..	42
2.4.1 A saúde em foco: o perfil da saúde pública no município de Benevides. ....	43
<b>3 Resultados</b> .....	49
3.1 Dados etnofarmacêutico sobre os usuários do SUS. ....	49
3.2 Resultados obtidos através do formulário etnofarmacêutico aplicados aos profissionais de saúde do SUS. ....	55
3.3 Relação plantas medicinais citadas pelos usuários do SUS. .	58
<b>4 Discussão.</b> .....	63
4.1 Modelo de financiamento da Assistência Farmacêutica, perfil socioeconômico dos usuários entrevistados, acesso aos serviços de saúde pública e aos medicamentos sintéticos. ....	63
4.2 Acesso e utilização das plantas medicinais por populares no município de Benevides. ....	67
4.3 Perfil dos Profissionais de Saúde quanto á utilização de plantas medicinais.	
4.4 Elenco de plantas medicinais para utilização na terapêutica no município de Benevides. ....	72
<b>5 Considerações finais.</b> .....	75
<b>6 Proposições.</b> .....	78
<b>Referências bibliográficas.</b> .....	80
<b>Apêndices.</b> .....	84
<b>Anexos.</b> .....	112

## **1 Introdução**

Uso de Plantas Medicinais no Município de Benevides/Pará: Elaboração do Memento Fitoterápico e Construção da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é um projeto de pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia (PPGeDAm/NUMA/UFGA), construído a partir da observação do comportamento do usuário atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Benevides, que não tem acesso ao medicamento básico (sintético) e que utiliza as plantas medicinais para suprir a deficiência do sistema.

Porém, a prática de usar as plantas medicinais no tratamento de doenças humanas, data da origem das civilizações nas quais grupos humanos mantêm a tradição até os dias de hoje repassando-a oralmente através das gerações (BARBOSA, 2009).

No Brasil o uso de vegetais com finalidade terapêutica é comum, esta prática vem recebendo nos últimos anos incentivos, principalmente do governo federal, muito embora não tenha alcançado a esperada consolidação, sobretudo no estado do Pará, no município de Benevides, local onde se desenvolveu o presente projeto.

Organizar o memento fitoterapêutico do município de Benevides, aplicando a tecnologia social da Etnofarmácia, método quanti-qualitativo, apoiada no formulário semi-aberto, aplicados ao usuário onde se procurou conhecer sua rotina quanto à utilização das plantas medicinais e/ou fitoterápicos e construir o perfil dos profissionais de saúde que atuam na área estudada, objetivando perceber a sensibilidade dos mesmos quanto à terapia por plantas medicinais e/ou fitoterápicos.

### **1.1 Histórico de Formação do Município**

Segundo Begot (1984) o Município de Benevides teve suas origens política administrativa, ainda no tempo do império, com sua formação datada de 13 de junho de 1876, com a criação da colônia de Benevides, nome recebido em homenagem ao governador da Província do Grão-Pará, Francisco Maria de Sá e Benevides. Parte de uma estratégia para ocupação e colonização da zona

bragantina. O município foi desenvolvendo ao longo da estrada de ferro Belém - Bragança que tinha ainda os municípios ao longo do seu trecho os municípios de Ananindeua, Marituba, Santa-Izabel, Castanhal que objetivava o escoamento da produção da região bragantina.

A estrada de ferro teve importância fundamental no desenvolvimento do município, foi inaugurada no dia 09 de novembro de 1884, sendo que esta primeira etapa era constituída de 29 km ligando Belém a Benevides, o que favoreceu a mobilidade da população nos dois sentidos. Posteriormente neste trecho, foram originadas as paradas e estações do entroncamento, Ananindeua, Marituba e Canutama, porém a estrada de ferro foi extinta por determinação do Governo Federal em 1964. Em 1878 à Colônia de Benevides passou a denominar-se Núcleo Colonial de Nossa Senhora do Carmo de Benevides, nome em homenagem a Santa pela qual D.Pedro II era devoto e que hoje é a padroeira do município (BEGOT, 1984).

A Colônia de Nossa Senhora do Carmo e Benevides foi instalada em terras situadas às margens do antigo viradouro dos índios Tupinambás, conhecida também como Estrada do Maranhão ou de Bragança. O início do povoamento na localidade data de 04 de junho de 1877, quando chegaram 180 emigrantes estrangeiros, que deixaram as novas terras dois anos após sua chegada. No entanto, com a impiedosa seca que assolava o nordeste brasileiro, nordestinos chegaram ao município naquele ano na esperança de melhores condições de vida, haja vista, o apogeu econômico da região vivido naquele período devido a ciclo da borracha (BEGOT, 1984).

A cidade de Benevides, ainda na condição de colônia, representa um marco histórico importante para a região em virtude de ser a 1ª cidade paraense e a 2ª brasileira a abolir a escravatura negra quatro anos antes da Lei Áurea que aboliu no restante do Brasil a escravatura negra. Em meados de 1881 foi criada a Sociedade Libertadora de Escravos, que tinha como presidente, o Dr. Martinho D. Pinto Braga, essa sociedade objetivava libertar e dar abrigo aos escravos. No dia 30 de março de 1884, o então Presidente da Província do Pará, General Rufino Galvão



(Visconde de Maracajú), deslocou-se até a colônia de Benevides, para presidir a Sessão Magna da Libertação dos Escravos dessa Colônia (BEGOT, 1984).

Segundo a Lei estadual nº 2.460, de 29 de dezembro 1961, publicada no Diário Oficial do Estado nº 19.759, Benevides foi elevada a município, se desligando definitivamente do município de Ananindeua, sendo um município de imensa dimensão geográfica, possuía como distritos o engenho o Araci atual Município de Santa Bárbara do Pará e Benfica.

## **1.2 Justificativa**

Ao exercer por um período de três anos a Coordenação de Assistência Farmacêutica (AF) no município de Benevides, como profissional farmacêutico, observamos que na ausência de medicamentos básicos (sintético) dispensados nas farmácias dos postos da estratégia saúde da família (ESF) do município, muitos usuários do SUS recorrem para tratamento de suas doenças a outros recursos entre os quais as plantas medicinais, muitas vezes cultivadas em seus quintais ou coletados na mata. Esse padrão de comportamento é observado em várias comunidades amazônicas, porém de forma não sistemática (BARBOSA, 2009).

Portanto, o questionamento que se faz e justifica o presente trabalho é que: tendo em vista a tradicional utilização de plantas medicinais pelas comunidades regionais, a nossa vivência na Amazônia considerada um dos maiores celeiros de biodiversidade do planeta, sobretudo, vegetal e o incentivo dos governos, federal e estadual, por que a população de Benevides não tem acesso nos postos de saúde aos produtos como fitoterápicos e plantas medicinais como opção terapêutica? Essa é a grande indagação que nos motivou a realização desta pesquisa.

Responder a esta indagação é sem dúvida importante, mas buscar mecanismo que permita disponibilizar as plantas medicinais e/ou fitoterápicos para a população é um desafio maior ainda. Através da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), infere-se quatro importantes etapas para que o gestor municipal torne o uso de plantas medicinais, não um programa de saúde, mas uma política pública tendo como estímulo, além das políticas dos governos federais e estaduais, as demandas populares e suas práticas. Portanto, a institucionalização da prática no município será a primeira etapa da construção da política municipal de

plantas medicinais, que inclusive deve favorecer a participação de organizações da sociedade civil no debate do tema, que é direito constitucional garantido da população brasileira (BRASIL, 1990a).

A segunda etapa do processo, porém, paralela à primeira, deve ser estimulada uma fonte produtora de plantas medicinais que garanta o abastecimento das mesmas nas unidades de saúde. Esta etapa da construção política também é considerada como ação do município na geração de ocupação e renda, uma vez que estimulará as comunidades a produzir as plantas de acordo com memento terapêutico do município.

A terceira etapa do processo se dá na medida em que se observa, pela própria dinâmica de funcionamento do SUS no Brasil, que as equipes multidisciplinares de saúde devem trabalhar de forma organizada e integrada no sentido de promover a saúde dos munícipes seja de forma preventiva ou curativa. Logo estes profissionais de saúde, sobretudo os prescritores do sistema, devem estar preparados para prescrever os fitoterápicos e/ou plantas medicinais.

Fechando o ciclo das quatro etapas, para consolidação do uso de plantas medicinais, é fundamental o esclarecimento dos usuários do SUS em relação ao tema, que no caso do município de Benevides por encontrar-se em avançado processo de urbanização, que leva muitos habitantes a preterirem suas práticas tradicionais a *práticas modernas* ditadas pelo processo de globalização, que nem sempre oferece qualidade de vida, mas apenas dita moda (OLIVEIRA, 2008). Porém, qualquer ação no sentido de esclarecer os usuários, será necessária entender suas práticas sociais relacionadas com o uso de plantas medicinais, pois é condição "*Sine qua non*" para a consolidação da política de plantas medicinais no município.

**1.3 Objetivo geral:** obter a relação de plantas medicinais mais utilizadas pelas comunidades do município, a fim de que possa subsidiar a proposta de Memento Fitoterápico do Município de Benevides.

**1.3.1 Objetivos específicos:**

- Capacitar agentes comunitários de saúde no método etnofarmacêutico;
- Conhecer o perfil epidemiológico do município de Benevides
- Traçar o perfil dos profissionais de saúde que atuam na USF do município que atuam em fitoterapia;

- Preparar exsicatas das plantas mais citadas objetivando para identificação botânica da espécie;
- Formular propostas de políticas públicas baseadas no acesso de plantas medicinais.

#### **1.4 Metodologia**

A metodologia inclui a aplicação do formulário etnofarmacêutico aos profissionais de saúde que compõem a ESF e a usuários cadastrados neste modelo de assistência, considerando as seguintes variáveis: cidade de origem, endereço, gênero, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, portadores de doenças crônicas, acesso aos medicamentos sintéticos nos postos públicos de saúde, preferência pelo uso de medicamento sintético ou caseiro, acesso às plantas medicinais, as circunstâncias do uso das mesmas, origem do conhecimento sobre plantas medicinais, a forma de repasses dos conhecimentos entre as gerações e as plantas utilizadas considerando a parte usada, como prepara, como administra, em que quantidade, tempo de coleta e presença de efeitos indesejáveis.

Portanto, o levantamento das principais plantas medicinais utilizadas pelas comunidades do município e Benevides para subsidiar uma proposta de elaboração do Memento Fitoterápico do Município de Benevides (MPM-Benevides) é o primeiro passo em direção a consolidação da Política Municipal de Plantas Medicinais, considerando a evolução da política de saúde ao longo do tempo no mundo, no Brasil e no Estado do Pará.

O presente trabalho está dividido em seis partes. Na segunda parte reflete-se sobre questões referentes ao questionamento feito anteriormente, quanto a não oferta de plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades públicas de saúde, sendo que para tal, procura-se traçar o padrão de desenvolvimento da Amazônia, os interesses políticos para a região e a hegemonia do conhecimento científico que suprimiu outras formas de conhecimentos entre eles o conhecimento tradicional; em seguida elenca-se eventos que levaram o Brasil a uma proposta de saúde para população pautada na universalidade, igualdade e integralidade que favorece as prestações de serviços a comunidades de acordo com suas necessidades e cultura; descreve-se o contexto histórico da Política Nacional e Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e suas condições políticas que

favorecem a implementação da prática fitoterápica na região e finalmente discute -se a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos como parte integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A segunda parte refere-se à metodologia etnofarmacêutica planejada para a pesquisa e o método quanti-qualitativo empregado para alcance dos objetivos propostos.

Na terceira parte apresenta-se os resultados obtidos através dos formulários para abordagem etnofarmacêutica quanti-qualitativo aos usuários e profissionais do SUS; na quarta parte são tecidas as discussões pertinentes aos resultados obtidos relacionando-se os mesmos com a literatura base; na quinta parte precede-se as considerações finais e na sexta e última parte fazemos proposições a fim de institucionalizar a política de plantas medicinais iniciando com a elaboração do Memento Fitoterapêutico para o Município de Benevides.

### **1.5 Os cenários de desenvolvimento sócio -econômico e político da Amazônia.**

O presente trabalho propõe discutir a formação dos cenários para análises de desenvolvimento sócio-econômico e político da Amazônia por duas faces, sendo uma pela visão econômica da região que gerou um conceito equivocado dos povos amazônidas e outra marcada pelas relações de conflitos pela posse da terra e dos recursos naturais da região, alimentados pela ausência do Estado, sobre tudo nos idos de 70 e 80. A partir dos anos 90 já se pode observar uma presença mais efetiva do Estado em áreas de sua ação, inclusive na área da saúde (SILVA, 2008).

A visão economicista considera que o desenvolvimento da região surgiu a partir da lógica diferente das dinâmicas das populações locais. Primeiro, os pressupostos teóricos da economia capitalista, sobre os povos habitantes da região amazônica, é que esses apresentam uma cultura tradicionalista preocupada economicamente somente com o processo de subsistência, e m que ao se implementar o modelo capitalista (explorador), levou os povos da região a uma relação fundamentada na semi-servidão e aviamento, provocando a formação de uma imagem equivocada sobre os povos amazônidas de: preguiçosos, indolentes com aversão as inovações tecnológicas (SILVA, 2008).

Para Silva (208) a consequência dessa visão equivocada sobre os amazônidas, que versa sobre o desenvolvimento econômico e social da Amazônia indica-nos, que este processo tem-se vinculado ao interesse pela região como fornecedora de recursos naturais (matéria -prima) para desenvolvimento econômico externo.

Neste contexto três períodos são bem marcantes no desenvolvimento da região (SILVA 2008). O primeiro ocorrido no início do século XVI, quando a Índia e a África davam lucros para coroa portuguesa, que pouco se interessou pela nova colônia (Brasil). Neste período Portugal era uma potência naval e comercial na Europa. Com o declínio do comércio oriental ainda no século XVI, o colonizador começou a ocupar o espaço de seu domínio na nova colônia, o Brasil, sob a máxima “ocupar para não perder”.

Na Amazônia, a ocupação começou quando o Marques de Pombal, no início do século XVIII, fundou as províncias do Maranhão e do Pará, com a finalidade de ocupar a região, incentivou a união entre soldados, colonos e indígenas, na chamada ocupação efetiva, que dava como recompensa terras, instrumentos agrícolas e recursos financeiros para o desenvolvimento dessas terras. No entanto, antes mesmo do final do século, a economia declina provocando estagnação da região (LOUREIRO, 2009).

O segundo período marcado pelo ciclo da borracha trouxe inicialmente para a região um crescimento econômico significativo que posteriormente, com o declínio da atividade, transformou-se em um déficit social e econômico dramático com sequelas graves para a região. Em decorrência da explosão demográfica, provocada principalmente pela migração nordestina, levando ao desemprego, ao aumento da violência e ao deslocamento da população para periferia sem estrutura (SILVA 2008).

O terceiro período de desenvolvimento da Amazônia deu -se novamente pela necessidade do mercado nacional e internacional pela matéria -prima da região. Destaca-se nessa época os grandes projetos, como por exemplo, agropecuário e mineração, instalados na região que perduram até os dias de atuais.

Segundo Silva (2008), a incompreensão da dinâmica da região por parte da comunidade científica, políticos, gestores e até mesmo por alguns cidadãos comuns, tem levado a negação dos seus povos e suas florestas, a ponto de

considerar apenas os recursos naturais da região como fonte inesgotável de matéria-prima para atender às demandas do mercado interno e externo, favorecendo o desenvolvimento regional, entretanto, a partir das necessidades que não condizem com as aspirações regionais.

Neste cenário, o olhar para a região parece moldado por uma série de condicionantes físicas e naturais, que dificultam a compreensão de sua dinâmica. A divergência entre os autores que escrevem sobre a evolução da região perpassa pela visão romântica, determinista e economicista, sendo que para alguns o conhecimento minucioso da região é dificultado pelas peculiaridades físicas do ambiente. Para outros a cultura é tão diversificada, que permite a sobreposição de regiões dentro de uma mesma região, ou seja, varias Amazônias dentro de uma Amazônia (OLIVERIA, 2008).

Portanto, as propostas de desenvolvimento para a região são tecidas em políticas que historicamente visam os interesses externos, sendo ignorados interesses, conhecimentos e necessidades dos amazônidas, ou seja, as ingerências dos poderes externos são mais efetivas que as ações do próprio governo local, com reflexo nas áreas de: educação, economia, social e saúde.

### **1.6 A hegemonia do conhecimento científico , suas consequências e a reemergência de novo conhecimento.**

Segundo Santos (2010) a ciência moderna ao nascer no berço renascentista foi fortalecida por com grandes teorias como galilaica, cartesiana, newtoniana, marxista, entre outras. Ao se estabelecer, a ciência moderna produziu uma forma de conhecimento denominado de conhecimento científico que se perpetua até os dias atuais. O fato de o conhecimento científico perdurar até os dias atuais, deveu-se as suas características peculiares como à racionalidade cognitiva, instrumental e verdade intemporal.

Este conhecimento a partir da idade moderna influenciou os intelectuais que o estabeleceram como único conhecimento válido, portanto, suprimindo outros tipos de conhecimento que aos poucos foram sendo esquecidos e em alguns cas os extintos, o que o autor denominou de epistemicídios.

Para Santos (2010) o conhecimento científico por ser demonstrável, ou seja, reproduziu resultados permitiu a formação de padrão, portanto, tornou -se

verdade intemporal, uma vez que ao ser demonstrável e reproduzir comportamento (padrão) previu o futuro, pelo qual ostentou a bandeira do desenvolvimento tecnológico e prometeu o progresso da sociedade.

Contudo a ciência moderna ao prometer o progresso da sociedade através do desenvolvimento tecnológico foi protagonista de consequências de proporção catastrófica e irreversível: degradação ambiental, fome, dizimação de povos e de línguas. Esta reação fez com que o conhecimento científico fosse questionado como único válido, desencadeando uma crise que os sociólogos denominaram como a crise da ciência moderna ou crise epistemológica.

Segundo Santos (2010) com a crise da ciência moderna, a partir da segunda metade do século XIX, pós-modernismo, a ciência buscou nova concepção de desenvolvimento, haja vista, que a ciência moderna ao ter alcançado o progresso da sociedade principalmente dos países do hemisfério norte, o fez com consequências graves sendo o meio ambiente o mais atingido.

As ciências pós-modernas ao questionarem a hegemonia do conhecimento científico como único válido, validou outras formas de conhecimento, o novo conhecimento, pois do futuro prometido pelas ciências modernas de progresso da sociedade restou apenas uma lacuna que não cabe o passado nem o presente. Portanto, o novo conhecimento, porém velho, reemerge como alternativa que foi reconhecida pelos intelectuais como solução de muitos problemas, sobretudo, ambientais, pois espelhados na forma de vida de povos como, por exemplo, indígenas onde estes demonstraram ser possível uma convivência sustentável com o meio ambiente (SANTOS, 2010).

Segundo Santos (2010) o novo conhecimento foi caracterizado como inverso do conhecimento científico, pois não distingue entre meios e fins, cognição e edificação, uma vez que este conhecimento está vinculado as práticas sociais e, por conseguinte a uma cultura, portanto, possuindo um conteúdo ético próprio, que assume diferentes formas e diferentes tipos de conhecimento, pois sua validação é dada pelo poder de convicção dos argumentos em que são traduzidos.

Para Morin (2008) “o conhecimento é, portanto, um fenômeno multidimensional, de maneira inseparável, simultaneamente físico, biológico, cerebral, mental, psicológico, cultural, social”. Logo Santos (2010) propõe uma

relação entre os conhecimentos de forma horizontal, paralelas e muitas vezes complementares.

Segundo Morin (2008) pelo fato da realidade se apresentar aos humanos de forma representativa, torna a verdade relativa, portanto, o conhecimento científico não poder ser considerado como único válido para explicar os fenômenos e estabelecer padrão, mas outros tipos de conhecimentos devem ser considerados, como, por exemplo, o conhecimento tradicional criado no seio de diversas culturas, por exemplo, conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.

### **1.7 Saúde, uma conquista de direito democrático para cidadania.**

Historicamente os anos setenta representaram para a comunidade mundial um salto no reconhecimento dos direitos humanos. Os movimentos sociais, sobretudo, os que clamavam pela conservação do meio ambiente, foram os mais ativos tendo denunciado as desigualdades sociais provocadas pelos modelos econômicos que tinham no capitalismo os seus pilares (SILVA, 2008). Foi neste período que aconteceu a I Conferência sobre Meio Ambiente, que colocou ênfase no papel dos países desenvolvidos (que adotaram o modo de produção capitalista), na degradação do meio ambiente (SAÚDE, 1998).

No ano de 1978, realizou-se em Alma-Ata, na então União Soviética, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, com os 134 países e 67 organismos internacionais. Os participantes se comprometeram com a meta de garantir saúde para todos até o ano 2000 (SAÚDE, 1998). Porém, um desafio ainda maior foi estabelecido, quando a conferência considerou saúde não apenas a ausência de enfermidades, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social; um direito humano fundamental, inclusive com direito a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

A Conferência apontou a necessidade de uma ação urgente dos países membros em interferir de forma consistente no campo da saúde e do desenvolvimento em busca do pleno bem estar das populações do mundo.



A partir da Conferência de Alma Ata, saúde passou a compor um objetivo a ser alcançado, para o qual todos os segmentos administrativos do Estado deveriam canalizar seus esforços a fim de diminuir, através de políticas, sejam econômicas ou de ações sociais as desigualdades existentes (BRASIL, 1988).

Em Alma Ata foram geradas diretrizes que tiveram influências importantes no Brasil, a partir da proposta de um conceito mais abrangente de saúde. Entre as diretrizes, o controle social passou a ser um direito garantido segundo o qual o povo deveria participar do planejamento das ações do Estado, inclusive com capacitação para participação, nas decisões, sobretudo naquelas referentes à saúde.

Foi determinado aos países participantes que os cuidados primários seriam as chaves que o Estado dispunha para produzir saúde, com medidas sanitárias e sociais, que garantiriam justiça social. Estes cuidados deveriam ser a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde no qual apresentariam tecnologias e serviços adequados às necessidades das populações, além de estarem próximos às suas residências, com custos suficientes para serem partilhados e mantidos pela comunidade e o Estado (SAÚDE, 1998).

A conferência apontou que o Estado deveria interferir a partir dos cuidados primários de acordo com as peculiaridades de suas comunidades, adquiridas através de pesquisas sobre os diversos ângulos que formam a sociedade em questão e terem em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços que objetivem proteger, curar e reabilitar, além de incluir a educação no tocante aos problemas prevalentes de saúde e aos métodos de prevenção e controle (SAÚDE, 1998).

A interferência do Estado também deve se dar no fomento de políticas públicas que favoreçam as populações a terem acesso ao alimento e nutrição apropriados, provisão de água potável e saneamento básico, cuidados à saúde materno-infantil, imunização, planejamento familiar, controle de endemias e acesso ao medicamento básico (SAÚDE, 1998).

Portanto, para a atenção primária cabem várias ações intersetoriais para além da saúde, tais como a agricultura, a pesca, a produção, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas e a comunicação (SAÚDE, 1998).

Os cuidados devem ser reproduzidos de forma em que, na medida que a população necessite deve haver uma rede integrada para atender a comunidade de

acordo com sua necessidade seja ao nível de atenção básica , média ou alta-complexidade dos serviços de saúde (SAÚDE, 1998).

Por fim, a Conferência propõe que a equipe de saúde seja composta não somente pelos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), mas também por especialistas tradicionais como integrante da equipe de saúde, porém recebendo devida capacitação para atuar (SAÚDE, 1998).

Durante a conferência foram estabelecidos quatro princípios básicos que nortearam as conclusões do relatório final: a estruturação dos sistemas de saúde através da organização dos cuidados primários; os cuidados primários e o sistema nacional de saúde e a construção da equidade em saúde; o direito à saúde e o controle social e finalmente, a ação intersetorial e participação cidadã. Esses princípios nortearam as conclusões do relatório final da Conferência Nacional de Saúde do Brasil de 1986 que inclusive alicerçaram a Constituição federal brasileira nos capítulos da saúde (SAÚDE, 1986).

A Carta Magna brasileira (1988) representa um grande avanço na medida em que promove a diminuição das diferenças sociais comuns em países do hemisfério Sul. No caso do Brasil, na área da saúde, essas diferenças eram latentes, onde apenas os cidadãos que possuíam carteira de trabalho assinada eram os que tinham acesso à saúde através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A Constituição brasileira no Título VIII, da Ordem social, na seção II referente à saúde Art.196 garante que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado , garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como foi informado anteriormente o evento de Alma Ata teve grande influência na Constituição brasileira, que através da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (também conhecida como Lei orgânica da saúde) regulamentou o SUS adotando três princípios básicos: Universalidade, Igualdade e Integralidade.

A universalidade garante atendimento a toda população residente no país de forma gratuita e de acordo com sua necessidade. A igualdade garante atendimento a todos os indivíduos sem distinção de qualquer natureza e a

integralidade que prevê o atendimento às pessoas considerando o conceito mais amplo de saúde, no qual saúde não é vista apenas com a ausência de doenças, mas um estado de bem-estar físico e mental, que considera fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, etc e ainda o acesso a bens e serviços essenciais que vão desde o nível primário a serviços de alta-complexidade (BRASIL, 1990a).

A Lei Orgânica da Saúde, além de instituir os princípios básicos do SUS, propôs diretrizes para o sistema e atribuiu as competências dos entes federativos, inclusive propondo ações articuladas e complementares. As diretrizes instituídas perseguem os princípios do direito democrático destacando-se: a descentralização da gestão e dos recursos financeiros para os estados e municípios onde os problemas impactantes devem ser resolvidos; direito à informação sobre o tipo de assistência disponível, ao qual o usuário está sendo submetido, bem como o estado geral de sua saúde e o controle social. (BRASIL, 1990a).

Complementarmente, em dezembro de 1990, o presidente da república sanciona a Lei 8141 de 28 de dezembro de 1990, que trata exclusivamente do controle social, instituiu as conferências de saúde e os conselhos de saúde como instâncias paritárias, colegiadas e deliberativas, por onde devem passar todas as discussões, sobre as matérias relativas às políticas públicas na área da saúde (BRASIL, 1990b).

### **1.8 O contexto histórico da Política de Plantas Medicinais no Brasil e no Pará.**

Ao final dos anos 70, na Conferência Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde, em seu relatório final dispôs à necessidade de ação urgente de toda a sociedade mundial para proteger e promover a saúde dos povos no mundo tendo recomendado aos estados-membros proceder e formular políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada, além de explorar as possibilidades para incorporação de detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente (SANT'ANA, 2004).

Neste mesmo período a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional, e recomenda aos países signatários o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa

nos sistemas nacionais de atenção à saúde desses países, bem como promover o seu uso racional.

Segundo Sant'Ana (2004) através da Central de Medicamento (CEME), o Brasil deu início à pioneira tentativa de sistematizar o uso de PM no SUS. A CEME foi criada em 25/6/1971 tendo sido subordinada a vários órgãos do governo federal desde a Presidência da República ao Ministério da Saúde até que em 1997 foi desativada. A CEME foi criada objetivando o processo produtivo de medicamentos bem como distribuição dos mesmos às classes menos favorecidas, porém também foi sua incumbência a promoção e o desenvolvimento das pesquisas essenciais, inclusive para o aproveitamento de produtos naturais e fármacos resultantes da pesquisa dos mesmos.

A partir de 1982 a CEME reuniu em um banco de dados informações etnobotânicas e bibliográficas a cerca de plantas medicinais encontradas em todas as regiões do país. Neste mesmo ano a CEME promoveu o encontro entre vários segmentos da sociedade entre empresas públicas, empresas privadas e pesquisadores da área para discutir as questões relacionadas ao tema entre os participantes destacam-se: EMBRAPA, Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal (IBDF), BNDES, Associação Médica Brasileira, Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, Universidades Federais, laboratórios privados e Agências de fomento governamental CNPq, Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) (SANT'ANA, 2004).

O encontro gerou um elenco de problemas relacionados à produção de fitoterápicos no Brasil que foram: grande dispersão de recursos; ausência de resultados concretos das pesquisas realizadas; falta de uma coordenação para pesquisas; deficiências na infra-estrutura e na formação de recursos humanos necessários para o tratamento do tema e deficiências na aquisição, na caracterização botânica e no controle de qualidade das plantas medicinais (SANT'ANA, 2004).

Os problemas elencados permitiram o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM) traçar como meta o fortalecimento da pesquisa científica com plantas, dando ênfase nas propriedades terapêuticas de maior uso popular, visando uma futura produção de fármacos resultantes dessas pesquisas, para uso no

sistema de saúde pública, como opção terapêutica, além de compor a Relação Nacional de Medicamento (RENAME) (SANT'ANA, 2004).

Com o intuito de legitimar e viabilizar o PPPM, a CEME e os representantes da comunidade acadêmica sugeriram a formação de uma Comissão de Seleção de Plantas Medicinais e de uma Comissão de Ensaios Pré-clínicos e Clínicos (SANT'ANA, 2004).

Durante o ano de 1982 e 1983, o programa produziu um elenco de vinte e uma plantas, com base nas informações populares, informações clínicas, antropológicas e sociais, botânico-agronômicas e econômicas, tendo dividido esse elenco por classe terapêutica para estudo, aos quais, posteriormente, foram agregadas informações produzidas pelas universidades, ampliando-se para sessenta e cinco o número de espécies vegetais catalogadas em destaque, a andiroba como representante de plantas nativas da Amazônia (SANT'ANA, 2004).

Abaixo estão listados os objetivos propostos do PPPM pela Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Saúde, que deveriam ser alcançados visando o fortalecimento do programa são elas:

- Elaborar o banco de dados de plantas medicinais a partir das informações populares;
- Selecionar espécies vegetais para estudos;
- Elaborar o protocolo de ensaios pré-clínicos e clínicos;
- Implantar núcleos fornecedores de material vegetal para as pesquisas;
- Contratar projetos de pesquisas farmacológicas/toxicológicas;
- Divulgar os resultados;
- Contratar projetos de cultivo;
- Contratar projetos de tecnologia farmacêutica e controle de qualidade;
- Produzir e distribuir fitoterápicos à população;
- Incluir na RENAME os produtos produzidos;
- Elaborar o memento fitoterápico e
- Estudar métodos fitoquímicos para extração de princípios ativos.

Segunda Sant'Ana (2004), o PPPM teve incentivo financeiro do governo federal entre 1983 a 1997, porém somente nos anos de 1983, 1986 e 1988 houve a maior concentração de escolha de projetos, pois propositalmente culminou com

Conferência Nacional de Saúde de 1986 (CNS) que teve como finalidade preparar as bases da reforma sanitária no Brasil, a CNS propôs a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, no âmbito dos serviços, possibilitou ao usuário o direito de optar pela terapêutica preferida, incentivou investimento público para pesquisa e propôs o aprofundamento do conhecimento para utilização de formas alternativas na atenção à saúde (SAÚDE, 1986).

A Assembléia Mundial de Saúde em 1987 reiterou as recomendações feitas pela Conferência de Alma-Ata e orientou os estados-membros o início de programas amplos, relativos à identificação, avaliação, preparo, cultivo e conservação de plantas usadas na medicina tradicional, além de assegurar a qualidade das drogas derivadas extraídas de plantas, através de técnicas modernas e aplicações de padrões apropriados e de boas práticas de fabricação (BPF).

Em 1991, a OMS reforçou a importante contribuição da medicina tradicional na prestação de assistência social, especialmente às populações que têm pouco acesso aos sistemas de saúde e solicitou aos estados signatários que intensificassem a cooperação entre praticantes da medicina tradicional e da assistência sanitária moderna, principalmente no tocante ao emprego de remédios tradicionais de eficácia científica demonstrada, a fim de reduzir os gastos com medicamentos, inclusive desenvolvendo novos produtos de base natural.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1996 recomendou a incorporação das práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares no SUS. Recomenda, também, que o gestor federal da saúde incentive a fitoterapia na assistência farmacêutica pública, com ampla participação popular para a elaboração de suas normas e utilização (SAÚDE, 1996).

O Ministério da Saúde (MS) em 2001 cria a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) com a finalidade de garantir o acesso opcional a plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com a necessária segurança, eficácia e qualidade bem como promover o uso racional. No documento publicado o MS aponta as potencialidades, tanto sociais como econômicas, dos produtos de origem vegetal, inclusive como forma de desenvolver o setor no país. Porém, o desafio maior da PNPMF foi a de propor uma política para o setor que envolvesse

toda a cadeia produtiva: pesquisa, desenvolvimento, produção, cultivo e uso racional (SAÚDE, 2001).

A OMS estabeleceu para quadriênio 2002/2005 uma estratégia global sobre medicina tradicional na qual reforça o compromisso em estimular o desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de inseri-las no sistema oficial de saúde dos seus 191 estados-membros e como forma de fortalecer a atenção sanitária e de contribuir para a reforma do setor saúde (SAÚDE, 2001).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde trouxe subsídios para a normatização das ações governamentais na área de saúde para plantas medicinais e fitoterápicos (SAÚDE, 2003).

A partir deste período o MS desenvolve expedientes no sentido de consolidar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no país. Em 2006 por intermédio da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, primeiro passo para consolidação de terapias opcionais no sistema oficial de saúde, a qual propõe a inclusão da homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo social/crenoterapia, plantas medicinais e fitoterapia, como opções terapêuticas aos usuários do SUS, sendo que para estas, a PNPIC propõe a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos (SAÚDE, 2006).

No mesmo ano, através do Decreto 5813 de 22/06/2006, a Casa Civil da Presidência da República cria a atual Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), com a composição de uma força tarefa interministerial na qual todos são co-partícipes na construção dessa política (BRASIL, 2006).

A PNPMF agora com uma proposta mais abrangente, objetiva garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Essa nova proposta amplia e detalha as diretrizes fundamentais que prevê o uso de plantas medicinais em todas as suas fases, como segue:

1. Regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização;

2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
3. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos;
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos;
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;
7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos;
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;
15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;



16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado e

17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

Através dessas diretrizes o Ministério da Saúde pretende fortalecer os pontos estratégicos na consolidação da política de plantas medicinais, que terá como consequência a disponibilização a os usuários do SUS nas unidades de saúdes de opções terapêuticas a base de plantas com ações terapêuticas (BRASIL, 2006).

No estado do Pará a iniciativa de se implementar uma política de plantas medicinais é recente, muito embora se observe há tempos a utilização das plantas na terapêutica dos habitantes. A Política Estadual de Plantas Medicinais do Estado de Pará encontra-se em fase de construção e segundo a Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica deverá entrar em processo de consulta pública, por ém apresenta os seguintes eixos:

- Regulamentação da cadeia produtiva buscando a sustentabilidade de produção;
- Formação técnica-científica;
- Fomento de pesquisa;
- Uso racional de plantas medicinais;
- Incentivo a cadeia produtiva e
- Integração e articulação dos setores envolvidos na produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

### **1.9 Política de Plantas Medicinais opção terapêutica integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.**

A integralidade da assistência instituída pela Lei Orgânica da Saúde que prevê o atendimento do usuário do SUS considerando vários aspectos não somente a questão da saúde, também entende como integralidade à assistência ao usuário, o acesso ao medicamento para tratamento de suas enfermidades (BRASIL, 1990a).

No início da década de 90 as ações de AF que eram executadas pelo governo central, descentralizaram para os estados e municípios brasileiros e criou uma lacuna na organização, devido à insegurança dos entes estadual e municipal,

haja vista, não dominarem as atividades descentralizadas inclusive a AF (CARVALHO, 1999).

Porém com o estabelecimento desordenado da população entorno das cidades urbanizadas, provocou a elevação dos índices de doenças, o que forçou a gestão da saúde a elevar a oferta de serviços oferecidos aos usuários do SUS, ou seja, a exacerbação da necessidade da população levou o estado a reorientar os serviços de saúde e entre eles o de assistência farmacêutica, pois houve um aumento no consumo dos medicamentos (CARVALHO, 1999).

Para Carvalho (1999), em concomitância com o aumento no consumo de medicamentos, houve aumento no custeio da saúde. Isto provocou um impacto no orçamento do estado, em que foi necessário elevar o quantitativo de recursos financeiro aplicados na saúde de forma sistemático, integrado e pactuado entre as três esferas de governo, mesmo assim, ainda há uma grande parcela da população sem acesso ao medicamento.

Com o aumento da complexidade dos serviços de saúde, para assistência farmacêutica, vários entraves foram observados que mereceu a devida atenção na organização dos serviços: a desarticulação entre as três esferas de governo, falta de prioridades na adoção de produtos padronizados pelos profissionais prescritores pertencentes a RENAME, irregularidade no abastecimento de medicamentos e modelo de vida do homem moderno que favoreceu a emergência e reemergência de doenças (MINAYO, 2008).

Esse contexto levou o Ministério da Saúde a estabelecer uma política específica para área de medicamentos. Através da Portaria M/S 3916 de 30 de outubro de 1998, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da política de saúde, que objetivou garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (SAÚDE, 1998).

A normativa contempla as diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Pela primeira vez no Brasil é criada uma política de reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional

pelos três gestores do sistema, que se fundamenta na descentralização da gestão, promoção do uso racional dos medicamentos, otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (SAÚDE, 1998).

A partir da Portaria MS 3916 de 30 de outubro de 1998, foi um espaço para plantas medicinais dentro da política de assistência farmacêutica do país. Tal fato estimula o contínuo apoio à expansão das pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando -se a certificação de suas propriedades terapêuticas (SAÚDE, 1998).

A Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde no Artigo 2º, parágrafo X institui a utilização de plantas medicinais como um dos eixos estratégicos para a política de assistência farmacêutica e refere que:

Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País (SAÚDE, 2004).

Esta resolução insere definitivamente o uso de plantas medicinais na política de assistência farmacêutica do Brasil, que reconhece o uso de plantas medicinais como opção terapêutica resguardando os conhecimentos tradicionais com embasamento científico e vislumbra o cultivo desses vegetais como geração de emprego e renda.

Mas é neste ano de 2010 que o Ministério da Saúde promove uma significativa mudança na política de assistência farmacêutica. Através da Portaria 2982 de 26/11/2009 institui pela primeira vez no Artigo 1º e anexo II, o uso de recursos financeiros pactuados pelas três esferas de governo na aquisição de fitoterápicos e medicamentos homeopáticos como opção terapêutica na atenção básica no SUS, conforme o quadro abaixo.

Nome Popular	Nome Científico	Forma Farmacêutica	Indicação de Uso
Espinheira Santa	Maytenus ilicifolia	Cápsula, comprimido, emulsão, solução, tintura.	Dispepsias, Coadjuvante no tratamento de gastrite e Úlcera duodenal
Guaco	Mikania glomerata	Cápsula, solução oral, tintura, xarope, cápsula.	Expectorante, broncodilatador.
Alcachofra	Cynara scolymus	Cápsula, comprimido, drágea, solução ora, tintura.	Colagogos e coleréticos em dispepsias associadas a disfunções hepatobiliares.
Aroeira	Schinus terebenthifolius	Gel e óvulo.	Produtos ginecológicos antiinfeciosos tópicos simples
Cáscara sagrada	Rhamnus urshiana	Cápsula e tintura.	Constipação ocasional.
Garra do diabo	Harpagophytumbens Glycine max	Cápsula e comprimido.	Antiinflamatório (oral) em dores lombares, osteoartrite.
Isoflavona da soja		Cápsula	Climatério (Coadjuvante no alívio dos sintomas).
Unha de gato	Uncaria tomentosa	Cápsula, comprimido e Gel.	Antiinflamatório (oral e tópico) nos casos de artriterumatóide, osteoartrite e como imunoestimulante

Esse marco regulatório é importante, pois é parte estratégica do MS na consolidação da PNPMF, uma vez que estimula financeiramente os municípios a adotarem como opção terapêutica, os fitoterápicos na atenção básica e vincula as duas políticas sendo a PNPMF como política integrante da PNAF, conforme diagrama abaixo.

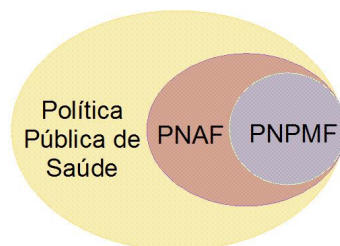


Figura 1 Área de convergências entre as Políticas Públicas de Saúde, Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

## 2 Etnofarmácia: Metodologia para elaboração do memento fitoterapêutico.

Segundo Barbosa (2009), as plantas medicinais são utilizadas por grupos humanos como alimentos e medicamento desde a antiguidade próxima da origem das civilizações humanas, e alguns grupos humanos acrescentam à utilização das plantas adjuvantes característicos de sua cultura, como comunicação com seus deuses e com a natureza, formando uma rede complexa de símbolos e significados na busca do estabelecimento pleno da saúde.

O trabalho realizado por Barbosa (2009) em Igarapé-Miri, objetivou resgatar o patrimônio cultural relacionado às plantas medicinais, otimizar e sistematizar o uso popular de produtos a base de ervas a fim de obter opções

terapêuticas mais baratas, organizar os conhecimentos tradicionais de forma a utilizá-los em processos tecnológicos aplicáveis na própria comunidade.

Para esta pesquisa o autor disponibilizou da metodologia etnofarmacêutica. Sendo assim, conceitualmente a Etnofarmácia é uma ciência interdisciplinar, que possui uma metodologia que investiga a percepção e o uso de remédios tradicionais dentro de um grupo humano para o desenvolvimento de serviços e produtos (BARBOSA, 2009).

A Etnofarmácia possui uma metodologia que pode levar ao desenvolvimento de tecnologias que promovem a inclusão social de grupos humano. Esta tecnologia é definida por Dagnino (2010) como tecnologia social, que surge em oposição à tecnologia convencional capitalista, que por ser poupadora de mão de obra, promove exclusão social.

Para Heinrich (2008), a Etnofarmácia, estuda especialmente plantas medicinais e alimentos, ligados ao cultivo tradicional e local, através de esforços multidisciplinares, da etnobotânica, da etnofarmacologia, com potencial terapêutico tradicional. Nesta perspectiva, o autor defende que a observação do uso de plantas medicinais por comunidades tradicionais na terapêutica pode inspirar a indústria farmacêutica a desenvolver e produzir novos fármacos.

Portanto, o caráter interdisciplinar da metodologia para o estudo de plantas medicinais torna-se mais adequado, uma vez que produz uma análise das técnicas e teorias da etnobotânica, etnofarmacologia e etnomedicina numa rede integrada de informações, cujo objetivo é compreender as práticas sociais das comunidades, através de seus imaginários, representações e saberes que são responsáveis pelo seu desenvolvimento econômico, político, social e inclusive pela opção terapêutica que estas comunidades dispõem para o tratamento de doenças (OLIVEIRA, 2007a).

Logo as práticas sociais de grupos humanos são dependentes do nível de relação entre estes grupos e o meio ambiente onde habitam, além do nível de influências das informações que os grupos têm acesso (MORAES, 2008).

Teixeira (2007) refere que: “Práticas educativas no campo da saúde na Amazônia, precisam estar molhadas pela cultura local construída historicamente

pelo (a) amazônida”, portanto, para se desenvolverem ações numa comunidade, é necessário conhecer as representações sociais que fazem parte do cotidiano da comunidade, ou seja, conhecer seu modo de vida, cultura, costumes, educação, etc.

O trabalho que propomos realizar está relacionado às plantas medicinais, e partimos do levantamento das espécies vegetais utilizadas pelas comunidades do município para tratamento de suas enfermidades para propor um memento fitoterapêutico de Benevides, como primeiro passo na construção de uma política pública de saúde de plantas medicinais e fitoterápicos, onde captamos de usuários e profissionais de saúde informações no sentido de se estabelecer seus perfis, bem como suas experiências no campo da saúde relacionada à temática.

Para Morin (2008):

Deve-se lembrar aqui que a palavra “método” não significa de jeito nenhum metodologia? As metodologias são guias *a priori* que programam as pesquisas, enquanto que o método derivado do nosso percurso será uma ajuda a nossa estratégia (a qual compreenderá utilmente, certo, segmentos programados, isto é, “metodologias”, mas comportará necessariamente descoberta e inovação) (MORIN, 2008, P. 35).

Segundo Oliveira (2008b) a metodologia consiste em um conjunto de operações (entre elas o método) que devem estar sistematizadas de forma a alcançar o objetivo chave para resolução ou não do problema.

Portanto, a metodologia etnofarmacêutica tem em sua base o método de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Pope (2006) define pesquisa qualitativa como a inferência de uma situação, fato, ocorrência, etc., ou seja, é a interpretação de falas, atitudes, experiências, do mundo social e como as pessoas compreendem seus mundos. A pesquisa qualitativa é um método que proporciona ao pesquisador uma interação com o objeto pesquisado, ou ainda, a pesquisa qualitativa é a inferência obtida através da observação direta do pesquisador sobre o fato social.

Na abordagem qualitativa, procuramos orientar o roteiro etnofarmacêutico de entrevista para buscar respostas que confirmem ou neguem, que a utilização de plantas medicinais pelas comunidades estão pautado pelas assertivas:

- a- Relação da comunidade com o meio ambiente;
- b- A manutenção e freqüência do repasse de conhecimentos relativos a planta medicinal das gerações mais antigas para as mais novas;

- c- Deficiência no acesso aos medicamentos sintéticos disponibilizados pelas unidades ESF;
- d- Disponibilidade das plantas medicinais para o acesso das comunidades e
- e- O perfil da formação dos profissionais de saúde na academia.

O método de pesquisa quantitativa, também conhecida como pesquisa estatística, tem na sua essência a conferência ou estabelecimentos da frequência com que determinados fatos ou objetos de pesquisa se repetem, delineando um padrão de comportamento (POPE, 2006). Para este autor, a pesquisa quantitativa sempre esteve presente nas temáticas relacionadas às questões da saúde, haja vista, este método ser à base dos estudos epidemiológicos.

Contudo, Pope (2006) defende a idéia de que o método de pesquisa quantitativa pode ser o complemento do método de pesquisa qualitativa e vice-versa, portanto, a metodologia etnofarmacêutica permite ao pesquisador utilizar os métodos complementarmente um ao outro.

Para abordagem quantitativa, procuramos orientar o formulário de forma a adquirir informações sobre as principais plantas medicinais utilizadas pelas comunidades do município de Benevides, bem como parte da planta utilizada, modo de preparo, tempo de coleta, administração, posologia e referência de reações adversas provocadas pela utilização das plantas medicinais.

## **2.1 Aplicação do formulário para abordagem etnofarmacêutica quanti-qualitativa aos usuários do SUS.**

A metodologia etnofarmacêutica permitiu que os questionários direcionados aos usuários fossem aplicados pelas ACS previamente capacitados na temática. Foram capacitados em Etnofarmácia quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, sendo duas agentes que atuam em região próxima a sede e duas com atuação distante da sede municipal. A seleção dos ACS se deu considerando a inserção deles junto às diversas comunidades que atendem na rotina de trabalho e iniciativa voluntária.

Das ACS que atuam em região distante da sede municipal, uma está vinculada ao bairro de Santa Maria, na Unidade Saúde da Família de Santa Maria (USF-Santa Maria) e outra no bairro de Murinin, na Unidade Saúde da Família

Paraíso do Murinin (USF-Paraíso do Murinin). As ACS que trabalham próximas à sede municipal estão vinculadas ao bairro central da cidade, na Unidade Saúde da Família Benevides Centro (USF -Benevides centro), no bairro do Independente (USF -Independente) e USF Santos Dumont.

A capacitação das ACS em Etnofarmácia foi realizada no Laboratório de Etnofarmácia (LAEF) da UFPA no campus Guamá, na qual foram abordados os seguintes temas: Conceitos e definições de Etnofarmácia; plantas medicinais, verdades e mitos; principais plantas utilizadas na Amazônia; técnicas de coleta de material e preparo do mesmo para exsicata; visita ao herbário do Museu Emílio Goeldi; Sistema Único de Saúde, princípios e diretrizes; pacto pela saúde; políticas nacionais de plantas medicinais e assistência farmacêutica; abordagem etnofarmacêutica aos usuários do SUS, com carga horária de 20 h (apêndices 1 e 2).

Para cada ACS foram distribuídos cem formulários para abordagem etnofarmacêutica quanti-qualitativa de plantas medicinais junto aos usuários do SUS, porém com abrangência à família, conforme o apêndice 3, portanto, considerando as quatro ACS totalizamos o quantitativo de quatrocentos formulários ou quatrocentas famílias abordadas.

Com o intuito de obter uma amostragem mais distribuída da zona urbana, aplicamos trinta formulários direcionados aos usuários do SUS, cadastrados no USF-Santos Dumont, no bairro que recebe o mesmo nome.

Os formulários direcionados aos usuários dos SUS apresentaram a seguinte divisão:

1º Bloco: Identificação do usuário na família.

- Nome;
- Cidade de origem;
- Endereço e
- Sexo.

2º Bloco: Perfil social, econômico e cultural da família.

- Posição na família;
- Quantitativo de pessoas na família;
- Formação escolar;
- Ocupação;



- Renda familiar

3º Bloco: Acesso aos serviços de saúde.

- Portadores de doenças crônicas;
- Doenças mais frequentes que acometem a família;
- Quem indica o medicamento para tratamento quando algum componente da família está doente;
- Local de aquisição dos medicamentos prescritos ou indicados;
- Frequência de aquisição e quantidade de aquisição dos medicamentos prescritos ou indicados;
- Atitude do usuário quando não adquire os medicamentos sintéticos e como trata suas doenças e de seus familiares;

4º Bloco: Acesso às plantas medicinais e/ou outros recursos opcionais.

- Preferência pelo uso de medicamento sintético ou caseiro;
- Acesso às plantas medicinais;
- As circunstâncias que levam ao uso de plantas medicinais;
- Origem do conhecimento sobre plantas medicinais;
- Relação das plantas utilizadas pela família, considerando a parte usada, forma de preparo, forma de administração, posologia, tempo de coleta e presença de efeitos indesejáveis e
- Sensibilidade para participação aos cursos de capacitação em plantas medicinais.

## **2.2 Aplicação do formulário para abordagem etnofarmacêutico aos profissionais de saúde que atuam no SUS.**

A abordagem etnofarmacêutica foi realizada com os profissionais de saúde vinculados ao SUS do bairro onde os usuários foram entrevistados para esta pesquisa, ou seja, os profissionais que atuam na USF Santa Maria, USF Murinin, USF Paraíso do Murinin (zona rural) e USF Benevides Centro, USF Independente e USF Santos Dumont (zona urbana).

O quadro 1 demonstra o quantitativo de entrevistas realizadas com os profissionais de saúde de acordo com a USF que estão vinculados e segue da seguinte forma:

USF	Médico	Enfermeiro	Téc. Enf.	ACS	Total
Murinin	1	1	1	5	8
Paraíso do Murinin	1	1	1	5	8
Santa Maria	1	1	1	5	8
Independente	1	1	1	5	8
Benevides centro	1	1	1	5	8
Santos Dumont	1	1	1	5	8
Total	6	6	6	30	48

Quadro 1 Quantitativo de profissional por USF.

Foram aplicados 48 formulários para abordagem etnofarmacêutica aos profissionais de saúde divididos em blocos da seguinte forma:

1º Bloco: Identificação do profissional.

- Nome;
- Cidade de origem;
- Endereço e
- Sexo.

2º Bloco: Caracterização profissional

- Formação profissional;
- Tempo de formação profissional e
- Instituição de ensino onde foi formado.

3º Bloco: Acesso aos serviços de saúde.

- Portadores de doenças crônicas;
- Doenças mais frequentes que acometem a família;
- Quem indica o medicamento para tratamento quando algum componente da família está doente;
- Onde adquire os medicamentos prescritos ou indicados;
- Sempre adquire todos os medicamentos prescritos ou indicados;
- Quando não adquire os medicamentos sintéticos como trata as doenças;

4º Bloco: Acesso às plantas medicinais e/ou outros recursos opcionais para tratamento de suas enfermidades.

- Preferência pelo uso de medicamento sintético ou caseiro;
- Acesso às plantas medicinais;
- As circunstâncias que levam ao uso de plantas medicinais;
- Origem do conhecimento sobre plantas medicinais;

- Se o profissional prescreveria ou indicaria as plantas medicinais;
- As plantas utilizadas considerando a parte usada; como prepara; como administra; em que quantidade; tempo de coleta e presença de efeitos indesejáveis;
- Sensibilidade aos cursos de capacitação em plantas medicinais e informações relevantes em relação ao tema.

### **2.3 Seleção das plantas medicinais para composição do memento fitoterapêutico e identificação botânica das espécies citadas durante as entrevistas dos usuários e profissionais de saúde.**

A seleção das plantas medicinais para composição do memento fitoterapêutico do município de Benevides, foi baseada em critérios considerando a relação de plantas utilizadas pelas comunidades do município, perfil epidemiológico do município, interesse do MS e rapidez de propagação das espécies.

A partir da seleção obtida considerando os parâmetros acima citados, procedemos à coleta de amostras para herborização. Primeiramente foram preparadas as exsiccatas das plantas secas, identificação por comparação às plantas herborizadas pertencentes ao Museu Paraense Emílio Goeld (MPEG) e depósito nesta instituição das amostras identificadas para prova.

## 2.4 O Município de Benevides área de estudo.

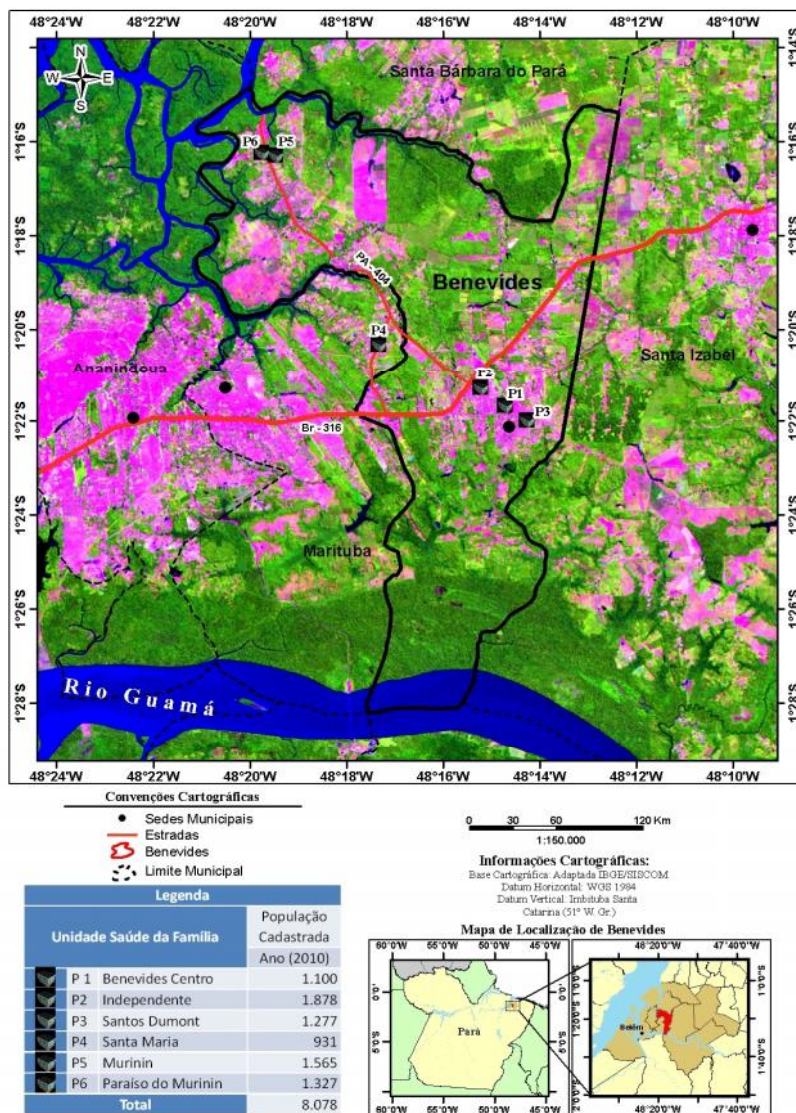


Figura 2 Carta Imagem do Município de Benevides com Localização da USF.

O Município de Benevides passou a fazer parte da zona metropolitana de Belém através da Lei nº 27 de 19 de outubro de 1995; está localizado na Mesorregião Metropolitana de Belém, compreendido entre as seguintes coordenadas geográfica: 1°14'55,55 "e 1° 28'5,36" de latitude Sul e 48°21'44,58 "e 48°12'25,24" de longitude W. Gr. sua altitude é de aproximadamente 25 metros a cima do nível do mar.

O município faz limites ao norte com Santa Bárbara do Pará, ao sul com o rio Guamá - Bujarú/Acará, ao leste o município de Santa Izabel do Pará e ao oeste com os municípios de Marituba e Ananindeua.

As principais vias que servem o Município de Benevides são: A rodovia federal Br-316, a rodovia estadual Pa 391, que no centro urbano recebe o nome de rodovia Augusto Meira Filho, até a ligação com a ilha do Mosqueiro e a rodovia Pa 404 que cruza a Br 316 e liga o centro urbano aos distritos de Santa Maria, Benfica e Murinin.

Para pesquisa foram escolhidas três USF próximas ao centro urbano e três distantes do centro urbano conforme figura 2, a saber: Benevides Centro, Santos Dumont, Independente, Santa Maria, Murinin e Paraíso do Murinin com 1.277, 1.277, 1.878, 931, 1.565 e 1.327 famílias cadastradas respectivamente.

#### **2.4.1 A saúde em foco: o perfil da saúde da população no município de Benevides.**

Para o presente trabalho os dados coletados nos sistemas de informação são relativos aos períodos de 2007 a 2009. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE) para o ano de 2009, foi estimada uma população de 46.611 habitantes para o município de Benevides.

Porém dos dados obtidos através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), mostra uma realidade diferente da apresentada pelo IBGE conforme a tabela 1 e gráfico1.

Tabela 1 População residente no município de Benevides no período de 2007 a 2009.

<b>População total de 2007 a 2009</b>			
Ano	2007	2008	2009
População	44.611	46.254	55.958

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010.

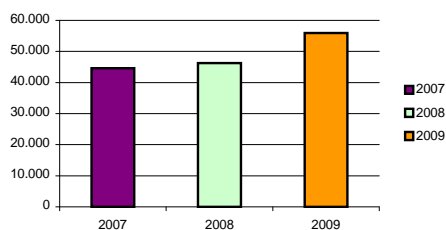


Gráfico 1 População residente no município de Benevides no período de 2007 a 2009.

A relevância da diferença entre os dados é que conforme a Lei orgânica da saúde, o investimento pactuado entre as três esferas de governo se dará conforme o número de habitantes de cada município, considerando os dados populacionais gerados pelo IBGE, portanto, gera um déficit financeiro considerável para o município, sobretudo, na área da saúde.

No Brasil a porta de acesso aos serviços de saúde pública é a ESF. Esse modelo de atenção visa o atendimento básico e referência ao atendimento especializado do usuário quando necessário. Atualmente, segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 do MS, a equipe da ESF é composta por pelo menos: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD), ACS, agente administrativo, para assistir até doze mil habitantes nos grandes centros urbanos.

Os dados coletados no SIAB de 2007 a 2009 e representados na tabela 2 e gráfico 2 mostram que o número de famílias cadastradas e acompanhadas pela estratégia saúde da família teve um aumento significativo.

Tabela 2 Porcentagem de Famílias cobertas pela ESF no município de Benevides no período de 2007 a 2009.

% Famílias cobertas pelo PSF			
Ano	2007	2008	2009
Nº Famílias	35,08	34,44	41,28

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010.

Morbidade das

	2007	2008	2009
ALC N	0	0	0
CHAM	0	0	0
DEF N	5	5	5
Doenças D I A N	24	21	23
TOTAL	29	26	33

Gráfico 2 Evolução em porcentagem de cobertura da ESF do período de 2007 a 2009.

Dentre as principais doenças de acompanhamento pelo SIAB, ou seja, doenças que apresentam programa de saúde específico do MS, dada a sua prevalência e gravidade da doença, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que segundo a tabela 3 e gráfico 3 vem se mostrando sempre crescentes.

Tabela 3 População residente no município de Benevides portadora de hipertensão arterial no período de 2007 a 2009.

<b>População residente com problemas de HAS no período de 2007<sup>a</sup> 2009</b>			
<b>Ano</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Pop residente	44.611	46.254	55.958
Pop. HÁ	1.310	1.497	1.860
<b>%</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,3%</b>

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010

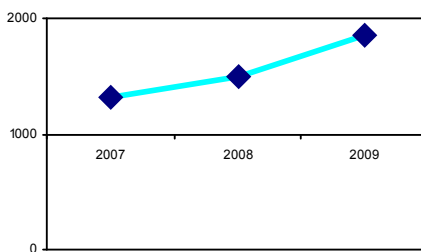


Gráfico 3 Evolução dos casos de HAS na população de Benevides no período de 2007 a 2009.

Em 2008, uma equipe de alunos do curso de farmácia da UFPA, realizou trabalho de conclusão de curso sob o tema, Perfil Epidemiológico do Município de Benevides do período de julho de 2005 a junho de 2006. Neste trabalho foram analisados dados de morbidades do Boletim de Produção Médica (BPM) do período supracitado.

O BPM é um instrumento de registro da produção do atendimento do profissional médico no ambulatório, sem que o paciente seja participante dos programas de saúde específicos do MS, que após o atendimento relativo a uma competência (mês) é informado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS/MS (SIA/SUS). Neste instrumento são anotadas informações importantes sobre o atendimento do usuário do SUS como, por exemplo: identificação do usuário, o seu quadro clínico no momento da consulta, e no caso de diagnóstico de alguma enfermidade sua identificação através do Código Internacional de Doenças versão 10 (CID 10).

Segundo Pereira (2007), as principais doenças de interesse sanitário e que mais acometeram os usuários do SUS registrados em BPA no município de Benevides no período de julho de 2005 a junho de 2006 são: as doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 Frequência absoluta e relativa das morbidades ocorridas no Município de Benevides no período de julho de 2005 a junho de 2006.

CID	Decodificação do CID	Frequência	Frequência Relativa (%)
I00-I99	Doenças do aparelho circulatório.	2.170	20,66
A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	2.080	19,80
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório.	1.409	13,41
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário.	1.011	9,62
R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	914	8,70
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	676	6,44
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.	571	5,44
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.	472	4,49
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	440	4,19
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo.	357	3,40
G00-G99	Doenças do sistema nervoso.	117	1,11
F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais.	116	1,10
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide.	88	0,84
H00-H59	Doenças do olho e anexos.	84	0,80
Total		10.505	

Fonte: SESMA/Benevides, 2005 a 2006.



Entre as principais causas de mortalidade geral do município ocorridas nos anos de os anos 2007, 2008 e 2009, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (gráficos 4 e 5).

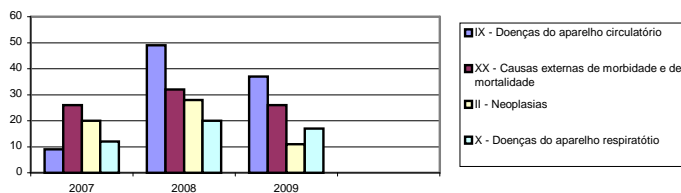


Gráfico 4 Principais Causas de Óbitos do Município de Benevides dos anos 2007, 2008 e 2009.

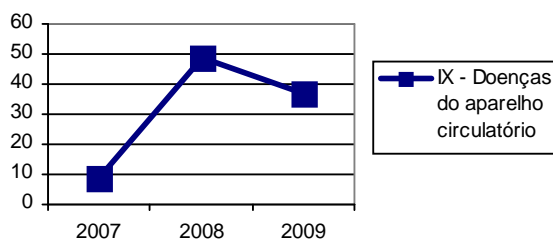


Gráfico 5 Evolução dos Óbitos por Doenças do Aparelho circulatório do Município de Benevides dos anos 2007, 2008 e 2009.

O município de Benevides muito embora esteja situado a 30 km da capital do estado apresenta precária situação de infra-estrutura básica. Segundo a tabela 5 e gráfico 6 as residências da população municipal coberta pelo ESF são desprovidas de sistema de tratamento d'água público e cerca de 96% das mesmas possuem fossa sem tratamento, tabela 6 e gráfico 7.

Tabela 5 Porcentagem de residências com e sem tratamento de água. no município de Benevides no período de 2007 a 2009.

Porcentagem de residências com e sem tratamento de água no período de 2007 a 2009.			
Tratamento	2007	2008	2009
Filtração	7,28	6,93	5,46
Fervura	2,45	2,35	1,86
Cloração	34,21	31,75	24,00
Sem tratamento	55,97	56,61	55,41

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010.

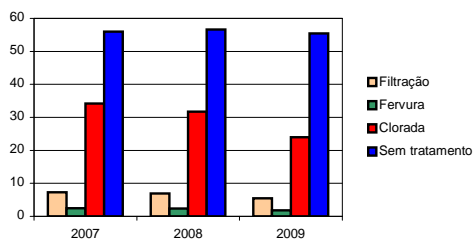


Gráfico 6 Evolução em porcentagem de residências com e sem tratamento de água no município de Benevides no período de 2007 a 2009.

Tabela 6 Tratamento de dejetos das residências cobertas pela ESF, no período de 2007 a 2009.

**Porcentagem Destino de dejetos humanos no período de 2007 a 2009.**

Ano	2007	2008	2009
Sistema de esgoto	1,20	1,13	1,13
Fossa	96,67	96,99	97,29
Céu aberto	2,13	1,88	1,58

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010.

A tabela 7 mostra o atual quadro, segundo o SIAB, de recursos humanos existentes na ESF do município:

Tabela 7 Contingente de recursos humanos trabalhando na ESF, no Município de Benevides no ano de 2010.

<b>Recursos Humanos ESF</b>	
Médico	12
Enfermeiro	13
Dentista	06
Técnico de Enfermagem	13
Geral ACD	06
ACS	124
<b>Total</b>	<b>174</b>
<b>Equipes ESF</b>	<b>12</b>
<b>Equipes EACS</b>	<b>01</b>

Fonte: SMS/Benevides/SIAB/2010.

### 3 Resultados

#### 3.1 Dados etnofarmacêutico sobre os usuários do SUS.

Após a tabulação dos dados coletados junto aos usuários do SUS, obtivemos os seguintes cenários demonstrados a seguir:

Tabela 8 Perfil social, econômico e cultural dos usuários avaliados através do formulário etnofarmacêutico.

Item avaliado	Parâmetro			
Identificação do entrevistado na família	Sexo	Masculino		Feminino
		7%		93%
Posição na família		Mãe		Pai
		93%		7%
Quantitativo de pessoas na família	Média ponderada de pessoas por família.			
	5			
Perfil social, econômico e cultural do avaliado.	Ocupação	Do lar	Domestica	ACS
		58%	10,08%	7,14%
Renda familiar	Menos 1 Sal. Min.	Até 1 Sal. Min.	1 a 3 Sal. Min.	Acima de 3 Sal. Min.
	32,35%	42,86%	12,61%	12,18%
Formação escolar	Analfabeto	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
	9,66%	56,30%	31,77%	2,94%

Fonte: Formulário abordagem etnofarmacêutico aos usuários do SUS, 2010.

Tabela 9 Frequência Absoluta e Relativa de Pessoas por Famílias.

Nº Pessoas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
1	16	3,65
2	56	12,79
3	74	16,89
4	120	27,40
5	78	17,81
6	46	10,50
7	20	4,57
8	14	3,20
9	8	1,83
10	2	0,46
12	2	0,46
14	2	0,46
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Formulário Etnofarmacêutico, 2010.

A tabela 8 mostra que a maioria dos entrevistados é do gênero feminino com 93% ocupando posição familiar de mãe. Segundo a tabulação dos dados , 400 famílias foram entrevistadas, sendo a média ponderada por familiar de 5 pessoas. A formação escolar dos entrevistados varia entre o analfabetismo e nível superior, em destaque para os entrevistados que cursam o ensino fundamental, com 56,30%, e ensino médio com 32,77%. O nível de analfabetismo é de 9,66%.

Entre os entrevistados, 58% alegaram desenvolver atividades de trabalho em casa, cuidando da família. Dentre as famílias entrevistadas 75,21%, possuem renda familiar que entre menos de 1 salário a 1 salário mínimo.

Tabela 10 Perfil de acesso dos usuários aos serviços de saúde no SUS.

Item avaliado	Parâmetro				
	Sim	Não			
Perfil de acesso aos serviços de saúde.	Portadores de doenças crônicas.	39,92%	60,08%		
	Doenças mais frequentes que acometem a família.	Hipertensão	Diabetes	Asma	
		56,70%	14,43%	14,43%	
	Doença sazonal mais freqüente alegada	Gripe			
		91,84%			
	Principais sintomas alegados.	Febre	Dor de cabeça	Diarréia	
		40,83%	28,90%	12,39%	
	Quem indica o medicamento para tratamento quando algum componente da família está doente.	Profissionais de saúde	Automedicação		
		59,91%	39,19%		
	Local de aquisição dos medicamentos prescritos ou indicados.	Farmácia Comercial	Posto de Saúde	Casa	
		42,58%	33,49%	19,14%	
	Frequência de aquisição e quantidade de aquisição dos medicamentos prescritos ou indicados.	Sim	Não		
		23,83%	76,17%		
Motivo do não acesso.	Falta do medicamento na Unidade Saúde	Não tem condições de compra			
	87,06%	11,76%			
Atitude do usuário quando não adquire os medicamentos e como trata suas doenças e de seus familiares;	Uso do medicamento Caseiro	Compra o medicamento prescrito			
	79,26%	19,15%			

Fonte: Formulário abordagem etnofarmacêutico aos usuários do SUS, 2010.

A tabela 10 mostra informações acerca do perfil de acesso dos usuários aos serviços de saúde pública no município de Benevides. Os dados tabulados mostram que 39,92% dos entrevistados informaram possuir entre seus familiares portadores de doenças crônicas entre estas, destaque para a hipertensão arterial com 56,70%.

Entre as principais doenças sazonais mencionadas está a gripe, referida por 91,84% dos entrevistados e sua sintomatologia febre, dor de cabeça e diarreia, com 40,83%, 28,90% e 12,39% respectivamente.

Entre os entrevistados, 59,91%, informaram que os medicamentos são prescritos pelos profissionais de saúde e 39,19% praticam a automedicação. O local informado para aquisição da medicação foi à farmácia comercial com 42,58%, farmácia do posto de saúde com 33,49% e recursos caseiros com 19,14%. Contudo 23,83% adquirem os medicamentos prescritos (comprados e/ou adquiridos no posto de saúde), porém 76,17% informaram não terem acesso à medicação prescrita; 87,06% dos usuários que compram e que não tem acesso ao medicamento prescrito, informaram que isto se dá devido à falta dos medicamentos nos posto de saúde pública e 11,76% não utilizam à medicação prescrita por falta de condições financeiras para aquisição.

Dentro os usuários entrevistados, 79,26% alegaram que na ausência dos medicamentos sintéticos recorrem aos medicamentos caseiros.

Tabela 11 Perfil do acesso às plantas medicinais e/ou outros recursos opcionais.

Item avaliado	Parâmetro					
Perfil da acessibilidade às plantas medicinais e/ou outros recursos opcionais.	Preferência pelo uso de medicamento caseiro ou sintético.	Caseiro		Sintético		
		49,03%		50,97%		
	Motivo do uso de plantas medicinais.	Natural (toxicidade)	Confiança (segurança)	Rápido efeito	Baixo custo	
		42,86%	38,10%	13,49%	5,56%	
	Motivo do uso de medicamento sintético.	Confiança	Acesso	Rápido efeito	Eficaz	
		30,25%	2,29%	29,77%	18,32%	
	Indicação de plantas medicinais por profissionais de saúde.	Sim		Não		
		20,00%		80,00%		
	Meio de aquisição do conhecimento sobre planta medicinal.	Repasse através das gerações.				
		100,00%				
	Acesso às plantas medicinais.	Sim		Não		
		80,28%		19,72%		
	Principal fator do acesso.	Cultiva		Compra		
80,18%		3,60%				
Manipulação de plantas medicinais.	Sim		Não			
	80,18%		6,30%			

Fonte: Formulário abordagem etnofarmacêutico aos usuários do SUS, 2010.

A tabela 11 mostra o acesso dos usuários do SUS às plantas medicinais, que as utiliza como recurso alternativo para tratamento de suas enfermidades, quando tem seu acesso ao medicamento sintético, dificultado nos postos de saúde do município.

Primeiramente os dados mostram preferência pelos medicamentos sintéticos com percentual de 50,97%, porém o medicamento caseiro apresenta uma significativa porcentagem de 49,03% de preferência entre os entrevistados.

Todos os usuários, ou seja, 100% relataram que o conhecimento a cerca das plantas medicinais, foram adquiridos através de seus parentes de gerações anteriores, e apresentaram sensibilidade para participação em capacitação sobre plantas medicinais.

Dentre os principais motivos informados pelos usuários sobre sua preferência aos medicamentos sintéticos, destaque para a confiança 49,62%, efeito mais rápido com 29,77%, eficácia com 18,32% e acesso com 2,29%.

Com relação à preferência pelos medicamentos caseiros os principais motivos informados foram: por ser natural no sentido de menos tóxico com percentual de 42,86%, confiança no sentido de segurança com 38,10%, efeito rápido com 13,49% e baixo custo com 5,56%.

Os dados tabulados informam, que 80% dos usuários entrevistados não tiveram nenhum tipo de orientação sobre a utilização de plantas medicinais por profissionais de saúde, porém os 20% que informaram, receberam-na de enfermeiros e ACS.

O acesso as plantas medicinais foi informado por 80,28% dos usuários entrevistados que as cultivam (80,18%) em quintais próprios, de parentes ou de vizinhos.



### 3.2 Resultados obtidos através do formulário etnofarmacêutico aplicados aos profissionais de saúde do SUS.

Formação profissional	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	ACS
Número de profissionais entrevistados.	6	6	6	30
Tempo de formado	3 m. - 50 a.	3 a. - 20 a.	1 a. - 6 <sup>a</sup>	2 a. - 12 <sup>a</sup>
Instituição de formação	UEPA e UFPA	UEPA e UFPA	Escola Enfermagem	Escola Pública
Quem indica o medicamento.	Médico	Médico	Médico	Médico
Local de aquisição do medicamento	Farmácias comerciais	Farmácias comerciais.	Farmácias da Unidade e Comerciais	Farmácias da Unidade e Comerciais
Frequência de aquisição	Sempre	Sempre	Nem sempre	Nem sempre
Preferência pelo medicamento				
Sintético	100%	90%	90%	30%
Caseiro	-	10%	10%	70%
Homeopático	-	-	-	-
Justificativa da preferência.	Eficácia, Segurança	Eficácia e segurança (sintético) e confiança (caseiro)	Eficácia (sintético)	Confiança (sintético e caseiro)
Utilização de Plantas Medicinais.				
Sim	90%	100%	100%	100%
Não	10%	-	-	-
Acesso às Plantas Medicinais.				
Sim	40%	100%	100%	100%
Não	60%	-	-	-
Detentor de algum conhecimento sobre Plantas Medicinais.				
Sim	90%	100%	60%	100%
Não	10%	-	40%	-
Mecanismo de aquisição do conhecimento.	Livros	Livros	Repasse da mãe	Repasse da mãe
Prescreveria Plantas Medicinais?				
Sim	60%	100%	60%	20%
Não	40%	-	40%	80%
Participaria de curso sobre Plantas Medicinais?				
Sim	60%	100%	100%	100%
Não	40%	-	-	-

Quadro 2 Síntese das informações etnofarmacêutica prestadas pelos profissionais de saúde.

A amostra que compõe este grupo resultou num total de quarenta e oito profissionais de saúde entrevistados dos quais 6 são médicos, 6 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 30 ACS (quadro 1).

Entre os profissionais de nível superior, estes possuem tempo de formação profissional que varia entre 3 meses a 50 anos, todos formados em instituições de ensino superior pública e 100% de suas preferências são pelos medicamentos sintéticos, prescritos por profissionais de saúde e adquiridos nas farmácias.

Alegaram a utilização de plantas medicinais médicos e enfermeiros, 90% e 100% respectivamente, para tratamento sintomático da gripe. Informaram terem acesso às plantas medicinais, 40% dos médicos, e 100% dos enfermeiros.

Entre os médicos, 60% informaram que prescreveriam plantas medicinais enquanto que 100% dos enfermeiros o fariam. Quanto à participação em capacitação sobre a temática, 60% dos médicos informaram sim e 100% dos enfermeiros informaram a mesma resposta (sim).

Quanto aos profissionais de nível médio, estes possuem tempo de formação profissional entre 1 a 12 anos; concluíram o ensino médio em escolas públicas e a qualificação em técnicos de enfermagem em escolas técnicas particulares.

Destes profissionais, a totalidade adquire seus medicamentos em farmácias dos postos de saúde e/ou farmácias comerciais. Entre os técnicos de enfermagem, 90% preferem medicamento sintético, devido ao fato destes serem mais eficazes, porém 70% dos ACS preferem medicamento caseiro à base de plantas medicinais devido ao fato de terem confiança nestes.

Entre os profissionais de nível médio, 100% alegaram utilização de plantas medicinais no tratamento sintomático da gripe, pois tem acesso às mesmas. Entre os técnicos de enfermagem, 60% informaram que possuem conhecimento sobre plantas medicinais e entre os ACS 100% informaram possuir conhecimento sobre as mesmas; 100% destes profissionais informaram possuir conhecimento sobre as plantas medicinais, tendo sido estes conhecimentos repassados de gerações anteriores às suas.

Entre os técnicos de enfermagem 60% informaram indicar plantas medicinais aos usuários, porém 80% dos ACS não o fazem; 100% dos técnicos de nível médio informaram disposição para participarem de capacitação sobre o tema.

### 3.3 Relação plantas medicinais citadas pelos usuários do SUS.

Frequência de citação	Nome popular referido	Indicação	Modo de preparo	Quando é coletada	Posologia
68	Mastruz	Fígado, gases, cólicas, tosse com secreção.	Decocção de cinco folhas fervura.	Na hora do uso.	Uma vez ao dia.
66	Marupazinho	Dor de barriga e verme.	Decocção de três Batatas.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
60	Andiroba	Baque	Massagem.	Não houve citação.	Não houve citação
46	Hortelâzinho	Diarréia	Decocção de 10 folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
44	Eucalipto	Cólica	Decocção de cinco folhas.	Não houve citação.	Duas vezes ao dia.
40	Cidreira	Cobreiro	Compressa de pano com o sumo.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
38	Verônica	Furúnculo, inflamação.	Aquecido em água, depois de aquecido retirado o sumo.	Não houve citação.	Compressa duas vezes ao dia.
38	Pirarucu	Anemia, inflamação uterina e cólicas intestinais.	Decocção de folhas secas.	Não houve citação.	Não houve citação.
38	Elixir paregórico	Gases.	Decocção de cinco folhas ou talos.	Na hora do uso.	Uma vez ao dia.
36	Juca	Febre, inflamação, inflamação uterina.	Maceração de cinco favas	Não houve citação.	Não houve citação.
30	Gengibre	Inflamação uterina, Anemia.	Decocção da batata.	Não houve citação.	Não houve citação.
26	Unha de gato	Couro cabeludo, queimadura.	Decocção cinco de pedaços talos sem casca 1 l d'água.	Não houve citação.	Por três dias seguidos passe creme no cabelo agindo por cinco min.
24	Raiz de açazeiro	Inflamação.	Infusão de cinco folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
20	Boldo	Fígado, feridas e queimaduras.	Uma gota do sumo no ferimento.	Não houve citação.	Não houve citação.
20	Caju	Banho	Maceração de água mais álcool.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
20	Manjeriçã	Gases.	Infusão de cinco folhas.	Uma semana antes do uso.	Três colheres de sopa, três vezes ao dia.
20	Goiabeira	Tosse, asma.	Sumo da folha.	Não houve citação.	Não houve citação.
18	Insulina	Coração.	Infusão de seis folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
16	Vassourinha	Banho.	Maceração de folhas em água no sereno.	Não houve citação.	Usar durante três dias, deixar agir por cinco min.
16	Chicória	Infecção nos rins.	Decocção de três partes de raízes durante 3 min.	Na hora do uso.	Não houve citação.
16	Couve	Diabetes e colesterol.	Maceração em água por uma semana do fruto seco	Não houve citação.	Não houve citação.
14	Favação	Inflamação.	Decocção da casca.	Não houve citação.	Usar por suas semanas.

14	Pariri	Anemia e baque.	Decocção de cinco folhas.	Não houve citação.	Não houve citação.
14	Capim santo	Queda de Cabelo e infecção.	Sumo de algumas folhas e talo.	Não houve citação.	uma por semana deixar agir por cinco minutos.
12	Copaíba	Feridas e queimaduras.	Aplicação da resina.	Uma semana antes do uso.	Três vezes ao dia.
12	Sucurijú	Dor de urina e fígado.	Decocção de três folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
10	Babosa	Tosse.	Decocção da poupa da folhas.	Não houve citação.	Uma colher de sopa, três vezes ao dia.
10	Trevo roxo	Gripe.	Decocção de um punhado de folhas.	Não houve citação.	Três colheres de hora em hora.
10	None	Hemorragia.	Maceração do fruto e semente.	Não houve citação.	Não houve citação.
8	Folha do algodão roxo	Dor no ouvido.	Sumo de três folhas.	Não houve citação.	Um pingo ao dia.
8	Coramina	Hipertensão.	Decocção de uma folha	Não houve citação.	Não houve citação.
8	Maracujá	Dor de cabeça.	Decocção de três folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
8	Leite de Banana	Febre.	Decocção de pedaços de folhas.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
8	Pião roxo	Não houve citação.	Não houve citação	Não houve citação.	Não houve citação.
8	Laranja	A.V.C.	Decocção da casca seca	Não houve citação.	Passar no corpo.
6	Quebra-pedra	Diabetes.	Decocção de nove folhas por três min.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
6	Jardineira	Gripe e resfriado.	Decocção de um punhado de folha.	Não houve citação.	Não houve citação.
6	Alecrim	Diarréia e diarreia.	Não houve citação.	Não houve citação.	Não houve citação.
6	Catinga de mulata	Diarréia.	Cinco gotas do látex.	Na hora do uso.	Não houve citação.
6	Abacateiro	Ferimento externo.	Látex diluído em água.	Não houve citação.	Uma vez ao dia no ferimento.
6	Canela	Diabetes.	Decocção de uma folha.	Não houve citação.	Duas colheres duas vezes ao dia.
6	Jerimum	Dor de barriga.	Decocção da casca seca	Não houve citação.	Não houve citação.
6	Gergelim	Anemia.	Maceração em álcool e água dos grãos.	Não houve citação.	Não houve citação.
4	Algodão roxo	Gripe.	Melaço.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
4	Malvarisco	Asma.	Sumo da folha.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
4	Arruda	Contusão.	Sumo da folha	Na hora do uso.	Não houve citação.
4	Sacaca	Bicheira de cachorro.	Não houve citação.	Não houve citação.	Não houve citação.

4	Tajá do sol	Banho e coração.	Sumo de um punhado de folha.	Na hora do uso.	Não houve citação.
4	Terramicina	Fígado, gases, cólicas e inchaço.	Decocção de três folhas.	Não houve citação.	Não houve citação.
4	Ameixeira	Gastrite.	Sumo de três folhas.	Não houve citação.	Usar por duas semanas.
4	Pião branco	Afta.	Uma gota do látex.	Não houve citação.	Não houve citação.
4	Jacumarú	Sinusite.	Maceração da semente.	Não houve citação.	Três gotas no nariz.
4	Jenipapo	Menopausa.	Não houve citação	Não houve citação.	Posologia
4	Alho	Hipertensão.	Decocção do bulbo.	Não houve citação.	Não houve citação.
4	Losna	Dor, cólica menstrual.	Decocção da folha e talo.	Não houve citação.	Tomar diariamente.
4	NEEN	Anticoncepcional, verminose, repelente.	Não houve citação	Não houve citação.	Cinco ramos três vezes ao dia.
2	Amor Crescido	Diarréia.	Decocção de cinco folhas, talos e raízes novas.	Na hora do uso.	Não houve citação.
2	Alpiste	Hipertensão.	Infusão de um grama de semente.	Não houve citação.	Bebendo a vontade.
2	Erva de passarinho	Dor de cabeça.	Banho do sumo.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Jambú	Diarréia.	Decocção de três folhas.	Na hora do uso.	Às 6 h da manhã
2	Oriza	Tosse.	Decocção de folhas	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
2	Canarana	Inflamação.	Decocção da casca	Não houve citação.	Três vezes ao dia, durante uma semana.
2	Romã	Anemia.	Decocção de do fruto.	Uma semana antes do uso.	Duas vezes ao dia.
2	Pau d'arco	Infecção nos rins.	Decocção da casca.	Não houve citação.	Duas vezes ao dia.
2	Cabacinha	Inflamação nos olhos.	Infusão da semente com água limpa.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Camomila	Dor de ouvido.	Sumo da flor cozida.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Amoras	Não houve citação.	Não houve citação.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Erva de jaboti	Hipertensão.	Decocção da folha e talo.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Pata de vaca	Diabetes.	Decocção da folha.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Abacaxi	Asma.	Decocção da fruta com mel.	Não houve citação.	Não houve citação.
2	Cedro	Inflamação.	Decocção da casca.	Não houve citação.	Não houve citação.
1	Erva doce	Gases.	Decocção do grão.	Não houve citação.	Não houve citação.

1	Alface	Hipertensão.	Decocção da raiz.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
1	Berinjela	Colesterol.	Infusão do fruto em água.	Não houve citação.	Tomar 3 x ao dia.
1	Macela	Gastrite.	Decocção da folha	Não houve citação.	Não houve citação.
1	Laranja da terra	Tosse.	Suco serenado	Não houve citação.	Não houve citação.
1	Sucuba	Úlceras gastricas.	Não houve citação	Não houve citação.	Não houve citação.

Quadro 3 Frequência absoluta de alegação das plantas medicinais.

Frequência de citação (relativa)	Nome popular referido	Indicação	Modo de preparo	Quando é coletada	Posologia
68 (6,72%)	Mastruz	Fígado, gases, cólicas, tosse com secreção.	Decocção de cinco folhas fervura.	Na hora do uso.	Uma vez ao dia.
66 (6,52%)	Marupazinho	Dor de barriga e verme.	Decocção de três Batatas.	Não houve citação.	Três vezes ao dia.
46 (4,54%)	Hortelãzinho	Diarréia	Decocção de 10 folhas.	Na hora do uso.	Três vezes ao dia.
20 (1,97%)	Boldo	Fígado, feridas e queimaduras.	Uma gota do sumo no ferimento.	Não houve citação.	Não houve citação.
14 (1,38%)	Parirí	Anemia e baque.	Decocção de cinco folhas.	Não houve citação.	Não houve citação.

Quadro 4 Plantas medicinais selecionadas para elaboração do Memento Fitoterapêutico.

Plantas Medicinais Seleccionadas para o Memento Fitoterapêutico do Município de Benevides.	
Nome popular alegado	Nome científico Identificado
Mastruz	<i>Chenopodium ambrosioides</i> , Linn.
Marupazinho	<i>Eleutherine plicata</i> , Herb.
Hortelãnzinha	<i>Mentha pulegium</i> , Linn.
Boldo	<i>Coleus amboinicus</i> , Lour.
Parirí	<i>Arrabidaea chica</i> , Velrt.

Quadro 5 Plantas Medicinais Identificadas no MPEG .

O quadro 3 tabula os dados referentes às plantas citadas pelos usuários do SUS, utilizadas para tratamento de suas enfermidades em ordem de sua frequência de citação. No quadro 4 foram seleccionadas as plantas para identificação botânica, análise e composição do Memento Fitoterapêutico do Município.

O quadro 5 representa as plantas seleccionadas com suas respectivas nomenclaturas científicas, identificadas por comparação com amostras depositadas no MPEG. Contudo, somente o *Coleus amboinicus*, Lour, nomeado pelos populares entrevistados de boldo, no momento, não irá compor o memento fitoterapêutico de Benevides, uma vez que se priorizará as espécies que constam na listagem anexa da RDC/ANVISA/MS nº 10 de 9 de março de 2010 .



## **4 Discussão**

### **4.1 Modelo de financiamento da Assistência Farmacêutica, perfil socioeconômico dos usuários entrevistados, acesso aos serviços de saúde pública e aos medicamentos sintéticos.**

A partir da Constituição Federal de 1988 o Brasil ao tornar a saúde um direito de todos e dever do estado, divide as responsabilidades do financiamento da saúde entre as três esferas de governo. Segundo Carvalho (1999) o processo de descentralização amadureceu em meio à desconfiança tanto do nível central anteriormente, executor das ações, quanto do nível periférico (município) anteriormente, receptor das ações de saúde.

Para Assistência Farmacêutica o processo de financiamento, assim como o financiamento dos programas e ações de saúde, é tripartite, ou seja, são alocados recursos do ente federal, estadual e municipal. No ano de 2008 o MS publica a Portaria nº 1.928, de 17 de setembro de 2008 na qual determina que o financiamento da AF tomará como base os dados populacionais estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2007, logo, para o município de Benevides a população estimada foi de 43.282 habitantes.

Segundo a Portaria 3.237/GM, de 24 de dezembro de 2007 os medicamentos destinados à assistência básica nos municípios terão as seguintes contrapartidas: o ente federal repassa aos municípios R\$ 4,10 (quatro reais e dez centavos) por habitante ao ano enquanto que para os entes estadual e municipal suas contrapartidas são de R\$ 1,80 (um real e oitenta centavos) habitante ao ano, num total anual de R\$ 7,70 (sete reais e setenta centavos).

Ora, ao observar na tabela 1 os quantitativos populacionais informados pelo SIAB nos anos de 2007 a 2009, constatamos uma diferença significativa que influencia diretamente no financiamento da AF básica. Considerando um total de investimento para AF básica no valor de R\$ 7,70 (sete reais e setenta centavos) por habitante ano, pelos os dados do IBGE, o município teve em 2009, para AF básica, um montante de R\$ 333.271,40 (trezentos e trinta e três mil, duzentos e vinte e sete reais e quarenta centavos), ao passo que, considerando os dados populacionais da tabela 1, portanto do SIAB, o município teria um montante de R\$ 343.504,70 (trezentos e quarenta e três mil, quinhentos e quatro reais e setenta centavos). Porém, o que se discute são os recursos a serem aplicados no ano de 2009 onde o SIAB computa no município de Benevides uma população de 55.958 habitantes, logo o

município deveria ter aplicado na AF básica o valor de R\$ 430.876,60 (quatrocentos e trinta mil, oitocentos e setenta e seis reais e sessenta centavos), ou seja, o município possui um *deficit* no investimento em torno de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) ao ano.

Segundo Carvalho (1999) o grande empecilho à descentralização era o desfinanciamento da saúde, pois os municípios temiam receber o ônus sem o bônus. Para Oliveira (2008c) a forma de financiamento dos serviços públicos de saúde é responsável pelas diferenças regionais no setor, provocando a formação de enclaves econômicos com hegemonia na região sudeste, onde estão instalados os maiores e modernos centros de tratamentos principalmente de alta-complexidade no SUS. Portanto, para a região norte a dinâmica do processo de financiamento, impõe um desafio ingrato para o gestor em pensar políticas públicas de saúde de forma universal, integral e igualitária tendo como base os cálculos populacionais subestimados, acrescida das peculiaridades geográficas da região.

O formulário etnofarmacêutico aplicados aos usuários do SUS revela um perfil interessante com relação ao acesso aos serviços de saúde. Os dados demonstram que o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos é precário uma vez que cerca de 87% dos entrevistados informaram, que a falta de acesso aos medicamentos prescritos é devido à indisponibilidade de muitos deles nos postos de saúde do SUS, o que nos remete a repensar no mecanismo de cálculo do financiamento dos serviços de saúde. Ao se pensar em saúde de forma integral há uma ruptura deste princípio importante do SUS, o que Carvalho (1999) refere se tratar de desfinanciamento da saúde, portanto, refletindo diretamente na qualidade da mesma.

O acesso dos usuários aos serviços de saúde e aos medicamentos é deficiente, como mostra o perfil socioeconômico deles, construído através do formulário etnofarmacêutico (tabela 8), onde se observa que 75% dos entrevistados informaram possuir uma renda familiar de até 1 salário mínimo, o que prediz dificuldades por parte dos usuários em efetivarem seus tratamentos com os medicamentos prescritos, levado-os a buscar alternativas, demonstrado no percentual de 79,26% de utilização de remédios caseiros (tabela 10).

O perfil socioeconômico demonstrado na tabela 8 para o qual contribuíram quatrocentas famílias distribuídas entre as áreas próximas e distantes da sede municipal, mostra que 93% dos entrevistados são do gênero feminino,

ocupam a condição de mãe na família abordada, tem como atividade de trabalho, os afazeres do lar e possui, em sua maioria, o ensino fundamental. Esse percentual é muito próximo do percentual obtido por Barbosa (2009) no município de Igarapé -Miri. No caso de Benevides a tendência deste comportamento é praticamente o mesmo nas duas áreas de estudo.

Para Santos (2010), as relações sociais familiares por serem dominadas pelo poder patriarcal, que extrapola o território social familiar e estende -se aos territórios sociais da produção, cidadania, política e ética, faz com que haja uma divisão sexual notória na divisão do trabalho doméstico, no qual é imputada a mulher várias responsabilidades, como a organização e execução de atividades que permitam o funcional da unidade familiar, além da reprodução biológica.

Este padrão de comportamento da sociedade é reproduzido na sociedade amazônica, uma vez que é observada em diversas partes da região, por exemplo, em regiões de pesca, que segundo Moraes (2007) a atuação feminina é restrita aos afazeres domésticos e no cuidado da família e menos intensa na atividade pesqueira, portanto, justificável na pesquisa realizada em Benevides, a significativa porcentagem de entrevistadas serem dadas, por pessoas do gênero feminino, mãe e do lar.

Complementando as análises do perfil socioeconômico, evidenciou -se, através das respostas emitidas pelos entrevistados, que a média de componente familiar ficou em torno de 5 pessoas por família.

Ora, ao considerar as dificuldades de acesso aos medicamentos sintéticos uma realidade no município de Benevides, provocado pelos limites financeiros bem como o quantitativo médio de pessoas das famílias, aliado ao mecanismo de cálculo para financiamento da Assistência Farmacêutica que gera déficit, a oficialização da utilização de plantas medicinais no SUS, torna -se uma opção importante, no sentido diminuir os problemas de acesso aos medicamentos.

Contudo, a partir do conceito amplo de saúde instituído através Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), onde saúde não é apenas a ausência de enfermidades, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um direito humano fundamental inclusive com direito a alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, nos força a perceber que o acesso aos serviços de saúde é ladeado de outras ações não pertencentes à alçada do gestor da saúde, porém

necessitam estar interligados para se alcançar plenamente o conceito de saúde da Constituição brasileira.

Segundo os dados levantados no SIAB o município de Benevides carece de boa estrutura de saneamento básico. A tabela 5 gráfico 6 demonstram que entre o período de 2007 a 2009, Benevides apresentou uma discreta variação percentual de residências que recebem água tratada, na verdade mais da metade das residências cadastradas no sistema não possuem qualquer tipo de tratamento. O quadro é agravado devido ao fato do município não possuir um sistema de tratamento de dejetos, onde 96% dos dejetos são depositados em fossas próprias (tabela 6).

O cenário de saneamento básico precário justifica o quadro de morbidade representado na tabela 7 construído a partir dos dados coletados do BPA por Pereira (2007), onde 19,80% dos usuários apresentaram doenças infecciosas e parasitárias. Esse mesmo cenário é percebido nas respostas dos usuários ao formulário etnofarmacêutico, onde segundo a tabela 10, aproximadamente, 12% dos entrevistados queixaram-se de diarreia como principal problema de saúde acometido em sua família.

Contudo a hipertensão arterial é o maior problema de saúde no município tendo em vista a quantidade de pessoas acometidas, a gravidade da doença quando se torna um fator de risco, sobretudo pelas suas complicações decorrentes, sendo as mais comuns o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal, além de contribuir significativamente para o coeficiente de mortalidade humana em adultos. Segundo a tabela 4, a hipertensão arterial sistêmica alcança o maior percentual entre as doenças registradas em BPA com 20,66%. No SIAB o gráfico 3 representa a evolução desta doença que no período de 2007 a 2009 apresentou uma curva sempre ascendente, portanto, tendo em 2009 atingindo seu maior percentual (3,3%) das famílias registradas no sistema. Este quadro é confirmado pelas respostas dos usuários ao formulário etnofarmacêutico, onde esta morbidade foi a mais mencionada entre as doenças crônicas que acometem as famílias abordadas, com 56,70%, seguida pelo diabetes a asma, ambas com o mesmo percentual de 14,43%.

Ao se analisar as principais causas de óbito humano no município de Benevides, as doenças do aparelho circulatório aparecem como a principal causa, atingindo um percentual acima de 25% conforme gráfico 5, porém entre 2008 a 2009

a evolução do quadro de mortalidade por essa causa apresenta tendência descendente.

Para Navarro (2006) a hipertensão arterial é uma doença emergente conhecida como doença da modernidade. Esta morbidade está relacionada com a forma de vida das pessoas juntamente com os hábitos alimentares adquiridos pelos humanos nos tempos atuais.

A hipertensão arterial sistêmica apresenta-se como doença tão grave que mereceu atenção especial do Ministério da Saúde ao criar uma estratégia específica denominada de Programa de controle da hipertensão arterial sistêmica para tratar os usuários do SUS.

Para o MS, no Brasil, cerca de 17 milhões pessoas são portadoras de hipertensão arterial, sendo que 35% destes portadores estão na faixa etária acima de 40 anos. Porém, essa morbidade apresenta indicadores sempre crescentes e, o mais grave, seu aparecimento está cada vez mais precoce, e o MS estima que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras desse agravo (SAÚDE, 2006).

#### **4.2 Acesso e utilização das plantas medicinais por populares no município de Benevides.**

Está entre os objetivos da atual PNPMF, garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento de arranjos produtivos da indústria nacional (SAÚDE, 1998).

Do objetivo supracitado é importante discutir a definição de acesso seguro, assim, no Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica ocorrido em 2003, foi definido e expresso no relatório final do evento:

Considera-se como acesso aos medicamentos a relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (BRASIL, 2003).

Portanto, o acesso ao medicamento envolve vários eventos e atores, sendo que estes possuem incumbências importantes e bem definidas em relação ao acesso seguro, que, ao final, contribuirá para a racionalidade da utilização do medicamento que são: primeiro há uma necessidade populacional sempre

crescente, sobretudo nas zonas urbanas devido ao aglomerado humano que migra à cidade em busca de oportunidades e melhor condições de vida (LOUREIRO, 2009); segundo, a oferta dos medicamentos que devem ser selecionados e programados de acordo com o quadro epidemiológico do município, para tanto os serviços de saúde devem estar devidamente organizados, sendo esta incumbência direcionada ao gestor (BRASIL, 2003); e terceiro, o usuário deve ter acesso ao medicamento mediante informações e orientações quanto ao uso adequado dos mesmos que devem ser prestadas pelos profissionais de saúde de acordo com sua alçada (BRASIL, 2003).

Este algoritmo pode ser empregado na utilização das plantas medicinais no SUS, pois os mesmos eventos e atores são previstos na PNPMF (SAÚDE, 1998). Contudo, ao analisar a tabela 11, percebe-se que 80,28% dos entrevistados têm acesso às plantas medicinais e destes, 80,18% cultivam as mesmas. Ora, ao considerar a definição do MS sobre a temática, percebe-se que os eventos acontecem, porém os atores que viabilizam o acesso seguro, não fazem parte desse processo envolvendo as plantas medicinais. Este fato é evidenciado na entrevista aos usuários do SUS, onde 80% dos entrevistados que utilizam plantas medicinais para tratamento de doenças, referiram não receber indicação para utilização das mesmas de nenhum profissional de saúde. Isso reforça a proposta de sistematização dessa prática, tendo em vista que 49,03% dos entrevistados mostraram preferência pela utilização de remédios caseiros a base de plantas medicinais por terem confiança nelas e por considerá-las menos tóxicas.

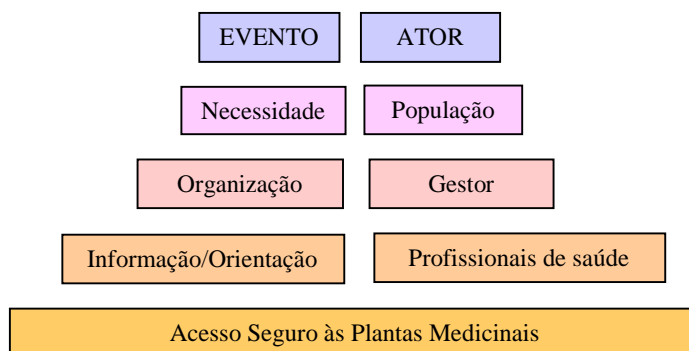


Figura 3 Esquematização do acesso seguro e racional às plantas medicinais.

Contudo o acesso seguro e racional às plantas medicinais devem estar alicerçados pela segurança do produto previsto na PNPMF (SAÚDE, 1998). Neste

sentido, há de se considerar dois aspectos importantes que ladeiam a temática sobre a segurança das plantas medicinais quando introduzidas na terapêutica: no primeiro aspecto a segurança a partir do conhecimento científico à luz da farmacologia, e a segurança das plantas medicinais a partir do conhecimento tradicional que vem sendo repassado através de sucessivas gerações.

Para Hardman (1995) a margem de segurança de um medicamento é a relação entre as doses necessária para produzir um efeito desejável ou indesejável, portanto, é uma definição que não é estática, pois está relacionada à seletividade das drogas, que por sua vez apresentam vários efeitos devido ao fato de possuírem vários sítios de ação.

Portanto, a seletividade é medida indiretamente por meio da incidência de efeitos adversos produzidos por doses terapêuticas do medicamento e pela proporção de pacientes que são forçados a diminuir a dosagem ou interromper o tratamento por causa dos efeitos adversos, em outras palavras a segurança ou a margem de segurança de determinado medicamento é dada pela razão entre a dose eficaz média (DE 50) e a dose letal média (DL50), ou seja, quanto menor o valor calculado maior é o risco.

O conhecimento tradicional é um paradigma que durante o período moderno iniciado no renascimento, foi preterido pelos intelectuais ao conhecimento científico. Segundo Santos (2010), a partir da segunda metade do século XIX, com a crise da ciência moderna, também conhecida por crise epistemológica, os intelectuais, sobretudo, os pós-modernistas admitiram novas formas de conhecimento.

Segundo Morin (2008) o conhecimento é um fenômeno multidimensional, inseparável e simultaneamente físico, biológico, cerebral, mental, psicológico, cultural e social, portanto, se por um lado a dose de segurança de uma planta medicinal é calculada através do conhecimento científico, ou seja, pela razão entre as DE50 e DL50 obtidas por métodos científicos que os validam, logo, instrumentais e intemporais, por outro lado a mesma segurança é obtida pelo conhecimento tradicional em que há relatos da prática de utilização milenar de plantas medicinais pelas populações, tendo o valor ético e intercultural, vinculados à prática e a uma cultura que as validam.

Ao analisar a tabela 11 percebe-se que 100% dos entrevistados responderam que adquiriram conhecimento sobre as plantas medicinais através de informações advindas de gerações anteriores a delas. Ora, os dados revelam que a

população é conhecedora do assunto, porém necessita de orientação conforme foi discutido na figura 2.

Portanto, na estruturação da Política Municipal de Plantas Medicinais do Município de Benevides, não se deve preterir nenhuma forma de conhecimento, mas considerar a mesma notoriedade entre os conhecimentos científicos e tradicionais de forma que possam ser ou não complementares.

A validação dos elementos não-científicos se dá por tradução científica, ou seja, este processo é estabelecido por ações de construção de redes articuladoras dos contextos técnico-científicos que elaboram rotinas e conceitos da prática científica, *molhada* pelo contexto sócio-cultural das comunidades observadas pelos pesquisadores (SANTOS, 2008).

#### **4.3 Perfil dos Profissionais de Saúde quanto á utilização de plantas medicinais.**

A PNPMF apresenta como uma de suas diretrizes o estabelecimento de estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos. Esta diretriz se consolidará através da capacitação técnico-científico de profissionais de nível superior e médio, além de inserção da temática na educação fundamental de jovens no Brasil (SAÚDE, 2006).

Ao analisar o quadro 2, várias constatações são evidenciadas através das respostas dos profissionais de saúde quais sejam:

- 90% dos médicos e 100% dos enfermeiros informaram que adquiriram conhecimento sobre plantas medicinais a partir de livros, porém livros consultados fora da academia e 100% dos profissionais de nível médio adquiriram conhecimento de plantas medicinais através de repasse oral de familiares de gerações anteriores;
- 100% dos profissionais de nível superior e 90% dos técnicos de enfermagem informaram preferência pelos medicamentos sintéticos, porém 70% dos ACS alegaram preferência pelas plantas medicinais;
- 60% dos médicos, 100% dos enfermeiros, 40% dos técnicos de enfermagem e 80% dos ACS prescreveriam e/ou indicariam plantas medicinais para terapêutica de usuários.



A partir do formulário etnofarmacêutico aplicado aos profissionais de saúde, observa-se que a insegurança dos mesmos devido ao fato de não possuírem capacitação, disponibilidade de protocolo clínico e disponibilidade das plantas medicinais nas respectivas USF.

Ao vincular entre si, as informações das constatações acima, percebe-se que os profissionais médicos e enfermeiros não recebem, na academia, informação suficiente sobre a temática, isto poderia justificar os 100% destes profissionais em informarem opção pelos medicamentos sintéticos e 60% dos médicos não terem acesso às plantas medicinais. Porém efeito contrário percebeu-se principalmente advindo dos ACS, pois o acesso facilitado e a forma de aprendizagem sobre plantas medicinais foram às condições necessárias para utilização e indicação das plantas medicinais pelos ACS aos usuários do SUS, logo demonstraram interesse por mais conhecimento sobre tema, prova que, 100% alegaram disposição para participação em capacitação.

O Ministério da Saúde ao estimular a produção de material didático e de divulgação sobre plantas medicinais e fitoterápicos, contribui significativamente para propagação de uma prática que Barbosa (2009) refere datar desde os primórdios da humanidade. Para Freire (2004) somente a educação é capaz de provocar mudança de comportamento da sociedade e promover atitudes de populações e governos.

Portanto, não há dúvida que para uma proposta de Política Pública de Saúde em Plantas Medicinas, o conhecimento do perfil dos profissionais de saúde com relação à prática fitoterápica, é condição *sine qua non* para consolidação da prática, uma vez que, por exemplo, segundo o código de ética médica possui em seus princípios básicos que:

Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública e privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do tratamento (Medicina, 2009).

Logo, para implementação de atividades e ações das políticas públicas devem ser observadas as tendências culturais das comunidades e as tendências técnicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

#### 4.4 Elenco de plantas medicinais para utilização na terapêutica no município de Benevides.

Através dos dados coletados foram selecionamos cinco espécies vegetais apresentadas no quadro 4. As citações feitas por nome popular permitiram a coleta, herborização e identificação das espécies. Segundo Ribeiro (1999), a identificação científica das espécies é importante, haja vista, a vasta sinonímia popular que os vegetais recebem, podendo ocasionar sérias consequências, sobre tudo, na terapêutica.

Estão descritas através de suas respectivas monografias no apêndice 4, as seguintes plantas que devem ser utilizadas na terapêutica, nos postos de saúde do município: *Chenopodium ambrosioides* Linn, *Eleutherine plicata* Herb, *Mentha pulegium* Linn, *Coleus amboinicus* Lour e *Arrabidaea chica* Vell.

O *Chenopodium ambrosioides*, Linn pertence à família Chenopodiaceae, que foi a mais citada pelos usuários e profissionais de saúde. Conhecida popularmente como mastruz, esta espécie vegetal é nativa da região Amazônica (GRIEVE, [2011?]) e possui várias utilizações na medicina popular. Segundo Berg e Barbosa (2009) a espécie, *Chenopodium ambrosioides*, Linn é utilizada para tratamento dos sintomas de doenças episódicas como é o caso da gripe e como vermífugo para crianças e adultos. Segundo Berg (2010) são utilizadas folhas e sumidades florais na forma de sumo, decocto e/ou infusão. Os usuários do SUS alegaram o uso do *Chenopodium ambrosioides* em problemas hepáticos, gases, cólicas e tosse com secreção.

Estudos realizados por nos Estados Unidos verificou a presença de um óleo volátil, conhecido popularmente como óleo de Baltimore, extraído das sementes desta espécie vegetal muito utilizada neste país e no México no tratamento de verminoses (GRIEVE, [2011?]).

Apesar das várias indicações de uso para esta espécie a utilização da *Chenopodium ambrosioides*, para o Memento Fitoterapêutico, esta espécie será indicada para o tratamento sintomático da gripe e verminoses na forma proposta no apêndice 4 em anexo.

A *Eleutherine plicata* Herb, pertence a Iridaceae, esta espécie é conhecido popularmente como marupazinho no município em estudo, típica da região amazônica, esta espécie teve uma expressiva porcentagem de citação no tratamento de cólicas do trato digestório provocados por vermes. O MS possui

interesse em estudos sobre esta espécie, no sentido de utilização futura na terapêutica no SUS. Muito embora apresente poucos estudos, Barbosa (2009) detectou em *Eleutherine plicata*, naftoquinonas, substâncias farmacologicamente ativas como heterosídeos, taninos e açúcares redutores.

Para o memento fitoterapêutico do município de Benevides, a proposta de utilização desse vegetal na forma de decocto dos bulbos para tratamento sintomático de verminose conforme descrito no apêndice 4.

A *Mentha pulegium* é conhecida popularmente entre os entrevistados como hortelãzinha (Berg 2010). Segundo Grieve ([2011?]) esta espécie vegetal é também conhecida como poejo e nativa de boa parte da Europa, Noroeste de África e Oriente, onde cresce em sítios úmidos e nas margens de cursos de água. Em Portugal, esta planta é muito utilizada com aromatizante em culinária e foi trazido pelos portugueses para o Brasil quando o país ainda era colônia de Portugal. Segundo Berg (2010) esta espécie é utilizada na região Amazônica para tratamento de cólicas infantis e como vermífugo.

Os principais metabólitos encontrados com atividade farmacológica na *Mentha pulegium* são os flavonóides, substâncias conhecidas por participar da coloração das pétalas florais. Os flavonóides são formados por inúmeros grupos de substâncias com potencial ação antiinflamatória muito utilizada pelas comunidades e de grande interesse industrial. (COSTA, 1994).

No Memento Fitoterapêutico a espécie, *Mentha pulegium*, será indicada na forma de decocto, entre outras indicações, ao combate da sintomatologia das verminoses, como náuseas, diarreia, vômitos, cólicas intestinais, inapetência (PESSOA, 1988).

O *Coleus amboinicus*, Lour pertence à família das Lamiaceae, entre os usuários do SUS, apresenta significativo valor de citação. Este vegetal é conhecido popularmente como hortelã grande, porém entre os entrevistados nesta pesquisa este vegetal foi nomeado como Boldo e indicado para o tratamento de problemas no fígado, feridas e queimaduras.

Segundo Plantamed (2011) esta planta é nativa da Ásia, porém de boa adaptação na região Amazônica, porém em estudos de perfil fitoquímico apresentou entre outros, os seguintes metabólitos: mucilagens, óleo essencial (rico em timol), carvacrol, a-terpineol.

O *Coleus amboinicus* possui varias propriedades medicinais entre elas: antibacteriana, antifebril, antiinflamatória da boca e garganta, anti -séptica bucal e da garganta, antitussígena, balsâmica, béquica, diaforética (PLANTAMED, 2011). Através do formulário etnofarmacêutico, alegação de uso desta espécie por usuários do SUS, foi para tratamento de problemas hepáticos , feridas e queimaduras.

A *Arrabidaea chica* é uma espécie da família Bignoniaceae, nativa na região Amazônica, este vegetal também apresenta uma expressiva porcentagem de citação entre os usuários do SUS. Dentre as principais sinónimas dessa espécie, na região amazônica, é conhecida como parirí. Segundo Barbosa (2009) e sta espécie vegetal é utilizada para combater as seguintes doenças: processos inflamatórios e anêmicos ferropriva, sendo os principais metabólitos com ações farmacológicas encontrados nesta espécie serem: ácidos orgânicos, catequinas, depsídeos, saponinas espumídicas, alcalóides, fenóis e taninos. Segundo as informações coletadas através do formulário etnofarmacêutico, os usuários do SUS utilizam este vegetal no combate à anemia ferropriva e processos inflamatórios leves provocados por pequenos traumas.

## 5 Considerações finais

O presente trabalho visou o levantamento de informações sobre a utilização de plantas medicinais por comunidades e por profissionais de saúde que atuam nas unidades saúde da família do Município de Benevides. Para os usuários do SUS procurou-se saber sobre as plantas utilizadas por estes no que se refere à coleta da planta, preparo do produto, posologia, administração e alegação de uso. Para os profissionais de saúde procurou-se conhecer o perfil destes com relação ao grau de aceitação de terapias integrativas e complementares como a fitoterapia.

A estratégia executada para coleta das informações junto aos usuários do SUS constou primeiramente em dividir o município em duas áreas de pesquisa: uma próxima e outra distante da sede municipal. Na área próxima a sede foram eleitas três USF: Benevides Centro, Santos Dumont e Independente; na área distante da sede as USF Santa Maria, Murinin e Paraíso do Murinin. Posteriormente, foram selecionados quatro ACS pelo critério de inserção nas comunidades ou próximo a estas e iniciativa voluntária; em seguida, os mesmos foram capacitados em Etnofarmácia.

Aos usuários do SUS foram aplicados formulários com estrutura semi-aberta para pesquisa quanti-qualitativa, divididos em quatro blocos classificados de acordo com o objetivo: 1º Bloco: identificação do avaliado na família; 2º Bloco: perfil social, econômico e cultural do entrevistado; 3º Bloco: Perfil de acesso aos serviços de saúde e 4º Bloco: Perfil de acesso a plantas medicinais e /ou outros recursos alternativos.

Para a abordagem aos profissionais de saúde, elegeu-se uma equipe de cada ESF composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco ACS. A estes profissionais foram aplicados o formulário etnofarmacêutico com estrutura semi-aberta para pesquisa quanti-qualitativa, composto dos seguintes blocos: 1º Bloco: Identificação do avaliado; 2º Bloco: Caracterização profissional; 3º Bloco: Perfil do acesso aos serviços de saúde e 4º Bloco: Perfil do acesso e sensibilidade a tratamentos a base de plantas medicinais.

O perfil epidemiológico do município foi determinado com auxílio de informações retiradas do SIAB e SIA que demonstram que há uma lacuna entre setores da gestão pública, sobretudo educação e saúde, o que contribui para um crescente aumento dos casos de usuários com hipertensão arterial sistêmica, para os quais são previsto protocolos de tratamento com utilização de medicação,

execução de exercício físico, processo educativo para mudança hábitos alimentares e eliminação de fumo entre jovens e adultos.

A inexistência de saneamento básico como tratamento do esgoto e de água para consumo humano é um fator que compromete as condições de saúde da população de Benevides. Este tipo de deficiência da gestão contribui para o adoecimento da população por agravos característicos de comunidades pobres como, por exemplo, as doenças infecto-parasitárias por veiculação hídrica.

Ao se constatar, através da análise dos dados coletados, os problemas da gestão pública no município de Benevides, as ações relativas à prevenção de agravos citados anteriormente ficam prejudicadas, uma vez que a gestão ao não intervir no melhoramento da infraestrutura da cidade é forçada a realizar ações curativas destinadas a mitigar demandas urgentes da população, como, por exemplo, adquirir medicamentos em quantidades cada vez mais elevadas, tornando o processo de manutenção da saúde ainda mais oneroso.

O levantamento etnofarmacêutico revelou que a prática da utilização de plantas medicinais na terapêutica pela população de Benevides é comum, e este fato conduziu a pesquisa a investigar o motivo que levou os munícipes a adoção da prática fitoterápica.

Constatou-se que o acesso deficiente a alguns medicamentos alopáticos, nas USF, é a principal causa da prática fitoterápica que se apresenta como alternativa. Esta constatação foi evidenciada pela análise da legislação vigente que regula o cálculo da dotação orçamentária do PNAF, instituída pelo MS, e pelo perfil socioeconômico da população entrevistada, que, em parte, não tem acesso aos medicamentos nas USF do município.

Para o cálculo da dotação orçamentária para aquisição de medicamentos da AF para o ano de 2009 o MS se baseou em dados populacionais estimados pelo IBGE para 2007, provocando um *déficit* nos recursos financeiros municipais usados para aquisição daqueles medicamentos e sua disponibilização nas USF. O déficit financeiro foi detectado com base nas informações geradas pelo SIAB, que utiliza dados coletados em campo, pelos ACS durante a visita domiciliar, e que mostrou uma população maior do que a estimada pelo IBGE.

Acrescido a esta problemática, o perfil sócio-econômico desenhado a partir das respostas das entrevistas no levantamento etnofarmacêutico contribui para dificultar o acesso dos usuários do sistema aos medicamentos alopáticos, pois uma

significativa parcela de entrevistados alegou que a sobrevivência da família se dá com até um salário mínimo.

Ademais, a utilização de vegetais no tratamento de doenças como alternativa terapêutica, determinada por aspectos econômicos, é favorecida pelo acesso às plantas medicinais que a população de Benevides possui. Isto é um fato real que deriva de fatores pertinentes à gestão municipal e ao conhecimento acumulado pela população, assimilado por oralidade de gerações anteriores, sendo essa dinâmica mantida até os dias atuais. Logo, a pesquisa ora desenvolvida apontou a necessidade da criação de mecanismos organizacionais que contribuam para sistematizar e normatizar essa prática. O levantamento etnofarmacêutico apontou que a disponibilidade das plantas cultivadas ocorre devido à existência de uma relação ancestral entre a comunidade e o meio ambiente.

A metodologia aplicada na pesquisa revelou que os conhecimentos sobre plantas medicinais adquiridos pela população e os ACS advêm de repasses orais de informação através das gerações. Essa forma de aprendizado é responsável pela perpetuação dos conhecimentos, mesmo com todas as informações divulgadas na mídia em relação a medicamentos alopáticos.

Uma significativa parcela de profissionais de saúde de nível superior alegou conhecimento sobre a temática, também demonstrou necessidade de se implementar mecanismos que garantam aos mesmos procederem à prescrição segura, estabelecida por protocolo clínico, haja vista, não terem acessado conhecimentos acadêmicos suficientes, sobretudo com relação às reações adversas das plantas.

Ainda segundo o levantamento etnofarmacêutico, os entrevistados relataram a alegação de uso de várias espécies vegetais a que têm acesso, sendo que cinco delas foram selecionadas com vistas à elaboração do memento fitoterápico. A metodologia utilizada favoreceu o estabelecimento de critérios que podem servir de parâmetros para a elaboração de mementos fitoterápicos de outras localidades e regiões e que são: relação de plantas utilizadas pelas comunidades do município, perfil epidemiológico do município, interesse do MS e condições de manejo das espécies.

Portanto, com base nos critérios supracitados propomos inicialmente para o Memento Fitoterápico do Município de Benevides as seguintes espécies vegetais:

*Chenopodium ambrosioides*, Linn.; *Eleutherine plicata*, Herb.; *Mentha pulegium*, Linn.; *Coleus amboinicus*, Lour. e *Arrabidaea chica*, Velrt.

Resumidamente a metodologia permitiu as seguintes conclusões:

- 1 – Construir informações sobre as plantas medicinais mais utilizadas para fins de subsidiar proposta de memento fitoterapêutico do município;
- 2 – Construir conhecimento sobre o cotidiano, saberes, representações e imaginários de usuários do SUS e profissionais de saúde sobre plantas medicinais;
- 3 – Construir conhecimento acerca do perfil de comunidades de Benevides e profissionais de saúde que ali atuam, para subsidiar a implantação de Política Pública em Plantas Medicinais de forma participativa.

## **10 Proposições**

Para a elaboração do Memento Fitoterápico do Município de Benevides, como primeiro passo na construção da Política Municipal de Plantas Medicinais, foram produzidas informações que possibilitaram conhecer a população usuária e a população prescritora e/ou indicadora de plantas medicinais no município, com base nessa constatação apresentamos as seguintes proposições:

1. Levar ao gestor municipal os resultados desta pesquisa, bem como a metodologia etnofarmacêutica utilizada para alcançar os mesmos, tendo em vista a necessidade de oficializar a utilização de plantas medicinais, corrente entre os munícipes de Benevides, não pela ausência do medicamento alopático ou pela falta de recurso financeiro do usuário ou do sistema, mas pela importância da prática tradicional, nos seus aspectos cultural e ambiental, possibilitando, ainda, oferecer mais uma opção terapêutica nas USF para os usuários do SUS, de acordo com as políticas vigentes sobre o tema;
2. Propor ao Conselho Municipal de Saúde uma discussão em torno dos resultados obtidos, uma vez que esta entidade é um instrumento de controle social de caráter deliberativo;
3. Propor aos profissionais de saúde uma discussão em torno dos resultados encontrados, uma vez que os mesmos são atores importantes no estabelecimento da saúde preventiva ou curativa dos usuários do SUS;
4. Propor um fórum de debate entre gestores (prefeito, secretário de saúde, secretário de educação, e outros afins), usuários e profissionais de saúde



sobre a temática em plantas medicinais, com apresentação dos resultados alcançados nesta pesquisa, tendo vista a implantação da Política Municipal de Plantas Medicinais de Benevides, objetivando sistematizar o uso da prática com vistas à terapêutica oficial;

5. Elaborar o memento fitoterapêutico do município a partir das cinco plantas sugeridas a partir da metodologia desenvolvida pela Etnofarmácia.

## 11 Referências bibliográficas

ALMEIDA, A.W.B. in: D'INCAO, M.A.; SILVEIRA, I.M. **A Amazônia e a crise da modernização** – Universalidade e Localismo: Movimentos sócias e crise dos padrões tradicionais de relação política na Amazônia. Belém: Museu Paraense Emilio Goeldi, 1994.

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et. al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

BEGOT, C. **Álbum Histórico**: Terra da Liberdade. Benevides: [s.n.], 1984.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O Que é Educação Popular**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 - Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências**. Brasil, 2006.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em:16 mai.2010.

BRASIL, M.S. **Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica** – Acesso aos medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_ Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 - **Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências**, 2006.

CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves do processo de descentralização in: LIMA, F. (Org.). **O município do século XXI**: Cenários e perspectivas – São Paulo: 1999.

COSTA, A. F. Farmacognosia. 4ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.V. 2, 1994.

FREIRE, P. Educação um ato político in: FREIRE, A. M.A. Pedagogia da Tolerância. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

GRIEVE, M. A Moder Herbal. Disponível em: [Botanical.com Home Page: http://botanical.com/botanical/mgmh/p/penny23.html](http://botanical.com/botanical/mgmh/p/penny23.html) [2011?]. Acesso em 06/01/2011.

HADMAN, J.G.; GILMAN, A. G.; LIMBIRD, L.E. Goodman e Gilman's **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. 9ª Ed. Internacional Edition, 1995.

LOUREIRO, V.R. A Amazônia no Século XXI: Novos Dilemas e suas Implicações no Cenário Internacional In: ROCHA, G.M.; MAGALHÃES, S.B.; TEISSERENC, P. (Org.). **Territórios de Desenvolvimento e Ações Públicas**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

MEDICINA, C.F. **Resolução nº 1931/2009 - Código de Ética Médica**. Diário Oficial da União de 24/09/2009. Seção I, p.90. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=3362> Acesso em 14/02/2011.

MORAES, Sérgio Cardoso. **Uma arqueologia dos saberes da pesca – Amazônia e Nordeste**. Belém: UFPA/EDUFPA, 2007.

MORIN, E. **O método: conhecimento do conhecimento** 4. Edição. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2008.

NAVARRO, M. B. M. et. al. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e meio ambiente. in: MINAYO, M. C. S. (Org.); MIRANDA, A. C.(Org.). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando os nós** –. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

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

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

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

PEREIRA, S. S.; ARAÚJO, M. F. **Perfil Epidemiológico do Município de Benevides no Período de Julho de 2005 a Junho de 2006**. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro de Ciências da Saúde – Curso de Farmácia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

PESSOA, S. B.; MARTINS, A. V. **Parasitologia Médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

PLANTAMED, Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

RIBEIRO, J.E.L.S. Et. al. Flora da reserva Ducke: Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra-firme na Amazônia Central. Manaus: INPA, 1999.

SANTOS, B. S. **Pela Mão de Alice** – O social e o político na pós-modernidade. Edição 13ª. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

SANTOS, F.S.D.; SIANI, A.C.; SOUZA, L.P.A. Óleo de Choulmoogra como conhecimento científico: A construção de uma terapêutica antileprótica. História, Ciência, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-47, jan./mar., 2008.

SANT'ANA, P.J.P.; ASSAD, A. **Programa de pesquisa em produtos naturais: a experiência da CEME**. Química Nova, Vol. 27, Nº. 3, 508-512, 2004.

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

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ **10ª Conferência Nacional de Saúde**. 1996. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ **12ª Conferência Nacional de Saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/> acesso em: 16 mai. 2010.

SAÚDE, Organização Mundial de. **Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata 1978, Genebra, 1998. Disponível em: <http://afrolib.afro.who.int/RC/RC51/pt/AFRRC51RT.1.pdf>

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

\_\_\_\_\_. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 - **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasil, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 - **Aprovar a Política Nacional de Medicamentos**, D.O.U. de 10/11/98. Brasil, 1998. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 17 de julho de 2010.


\_\_\_\_\_ Portaria 3.237/GM, de 24 de dezembro de 2007 - **Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.** Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br>

Acesso em: 16 mai. 2010.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 1.928, de 17 de setembro de 2008 - **Altera os dados populacionais dos Municípios brasileiros discriminados no Anexo III da Portaria nº 3.237/GM, de 24 de dezembro de 2007, referente aos recursos financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica .** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis> Acesso em: 16 mai. 2010.

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

TEIXEIRA, E. Saberes do cuidar, hibridismo cultural no processo de viver humano. In: OLIVEIRA, I. A. (Org.); SANTOS, R.L.(Org.) **Cartografias de Saberes – Representações sobre Cultura Amazônica em Práticas de Educação Popular .** Belém:UEPA/EDUEPA; 2007. p. 59-67.



**Memento Fitoterapêutico do Município de  
Benevides**

**Benevides  
2011**

## SUMÁRIO

---

Apresentação. ....	03
Comissão de Farmacoterapêutica. ....	04
Capítulo I	
Como utilizar o Memento Fitoterapêutico.....	05
Definições Importantes.....	06
Capítulo II	
Critério de Inclusão de Plantas Mediciniais. ....	09
Critérios de Exclusão de Plantas Mediciniais. ....	09
Referências Bibliográficas.....	10
Monografias Plantas Mediciniais	
<i>Mentha pulegium</i> Linn. – HORTELÃZINHA .....	11
<i>Chenopodium ambrosioides</i> Linn. – MASTRUZ.....	13
<i>Eleutherine plicata</i> Herb. – MARUPAZINHO.....	17
<i>Coleus amboinicus</i> Lour. – BOLDO.....	19
<i>Arrabidea chica</i> Verlot. – PARIRÍ.....	21

## APRESENTAÇÃO

---

A prática de usar as plantas medicinais no tratamento de doenças humanas, data da origem das civilizações nas quais grupos humanos mantêm a tradição até os dias de hoje repassando -a oralmente através das gerações.

No ano de 1978, realizou-se em Alma-Ata, a Conferência Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta conferência os países participantes comprometeram com a meta de garantir saúde para todos até o ano 2000, através de uma estratégia de ações para serem aplicadas prioritariamente nos cuidados primários. Porém esta estratégia deveria respeitar o modo de vida das populações, culturas, saberes e tradições.

Entre as ações propostas, constava o respeito e incentivo às culturas que utilizavam plantas medicinais no tratamento de suas enfermidades. Portanto, a partir desse período o Brasil começa a pensar em Política Pública de Plantas Medicinais.

Atualmente a prática fitoterápica está formalizada como terapêutica oficial no Brasil, através de duas políticas específicas comandadas pelo Ministério da Saúde: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Segundo Souza (2011) a utilização de espécies vegetais no tratamento de doenças como alternativa terapêutica é comum no município de Benevides. Esta prática é favorecida pelo acesso às plantas medicinais que a população possui, por cultivares em seus quintais e pelo conhecimento acumulado adquirido por oralidade de gerações anteriores. Logo se torna necessário estabelecer mecanismos organizacionais objetivando sistematizar e normatizar a prática fitoterápica.

Portanto, o Memento Fitoterápico do Município de Benevides (MF) é um instrumento criado para subsidiar as ações de profissionais de saúde no campo, bem como orientar a população quanto ao uso adequado das plantas medicinais pertencentes à flora do município.

PREFEITO MUNICIPAL DE BENEVIDES



## COMITÊ DE FARMÁCIA E TERA PIA/SMS

---

### COORDENADORES

Msc. Antonio Jorge Ataide Souza - Farmacêutico.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Farmacêutica.

### MEMBROS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Enfermeira.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Médico.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Dentista.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Agente Comunitário de Saúde.

## ASSESSORIA: EQUIPE DE ETNOFARMÁCIA DA UFPA

---

### COORDENADOR

Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

### MEMBROS

Msc. Fernando Maia.

Msc. Maurícia Melo Monteiro.

## COMO UTILIZAR ESTE MEMENTO

---

Este instrumento foi desenvolvido com o intuito de reunir as informações sobre as plantas medicinais proposto pela dissertação de mestrado de Msc. Antonio Jorge Ataíde Souza, com base na frequência de alegação de usuários do SUS durante a elaboração da pesquisa. Foram inseridas informações complementares de fontes bibliográficas científicas do Laboratório de Etnofarmácia da UFPA.

O Memento Fitoterapêutico está dividido em duas partes: definições importantes e compêndio das principais plantas medicinais disponíveis nas Unidades Saúde da Família do município.

## DEFINIÇÕES E CONVÊNCÕES IMPORTANTES

---

I - Definições importantes:

**Acesso:** grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades.

**Assistência farmacêutica:** conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto de envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004 – Conselho Nacional de Saúde).

**Atenção básica à saúde:** estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa, e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio.

**Atenção farmacêutica:** é um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente. (Conselho Federal de Farmácia).

**Atores envolvidos:** são cidadãos (profissionais, gestores, prestadores de serviço) ou grupos (instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho etc.) que participam, organizadamente, da cadeia produtiva.

**Comunidades tradicionais:** as comunidades locais, quilombolas e povos indígenas.

**Conhecimento tradicional:** todo conhecimento, inovação ou prática de comunidade tradicional relacionado aos componentes da diversidade biológica.

**Derivado de droga vegetal:** produto de extração da matéria prima vegetal: extrato, tintura, óleo, cera, escudado, suco, e outros.

**Dispensação:** ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado.

**Etnofarmácia:** É uma tecnologia social, que investiga a percepção e o uso de remédios tradicionais dentro de um grupo humano para o desenvolvimento de serviços e produtos.

**Fitoterapia:** terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

**Fitoterápico:** medicamento obtido empregando se exclusivamente matérias -primas ativas vegetais.

**Matéria prima vegetal:** Planta medicinal fresca, droga vegetal ou derivados de droga vegetal.

**Medicamento:** produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente, em associação com adjuvantes farmacotécnicos.

**Medicina tradicional:** compreende diversas práticas, enfoque, conhecimentos e crenças sanitárias que incluem plantas, animais e/ou medicamentos baseados em minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades.

**Planta medicinal:** espécie vegetal cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos.

**Prescrição:** Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.

**Remédio:** são cuidados que se utiliza para curar ou aliviar os sintomas das doenças, como um banho morno, uma bolsa de água quente, uma massagem, um medicamento, entre outras coisas.

**Qualidade:** grau de cumprimento de exigências de propriedades inerentes a um produto, processo ou sistema.

**Segurança:** condição de ser seguro, de não causar injúria ou perda.

**Uso racional:** é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

**Validação:** ato documentado que atesta que qualquer procedimento, processo, equipamento, material, operação ou sistema realmente conduza aos resultados esperados.

II – Convenções importantes:

Colher das de sopa: 15 mL / 3 g;

Colher das de sobremesa: 10 mL / 2 g;

Colher das de chá: 5 mL / 1 g;

Colher das de café: 2 mL / 0,5 g;

Xícara das de chá ou copo: 150 mL;

Xícara das de café: 50 mL; e

Cálice: 30 mL.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PLANTAS MEDICINAIS

Para inclusão de espécies vegetais no Memento Fitoterápico, o Comitê de Farmácia e Fitoterapia deverá observar os seguintes critérios:

- a - O uso da espécie vegetal na rotina da população e o perfil epidemiológico do Município;
- b – As espécies devem ser cultivadas em hortos comunitários e cumprir os requisitos exigidos pela RDC/ANVISA 10 de 09/03/2010, no seu Artigo 8 e incisos;
- c – As espécies vegetais devem estar incluídas em protocolo clínico para tratamento de doenças episódicas;
- d – Na falta de testes de segurança através de métodos científico, será considerada histórico de utilização tradicional.

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PLANTAS MEDICINAIS

Para exclusão de espécies vegetais do Memento Fitoterápico, o Comitê de Farmácia e Fitoterapia deverá observar a literatura especializada e confiável que relate dados sobre possível toxicidade da forma de uso popular, ou sobre problemas alegados ao uso da espécie considerada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BRASIL, Presidência da República. **Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 - Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências**. Brasil, 2006.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em:16 mai.2010.

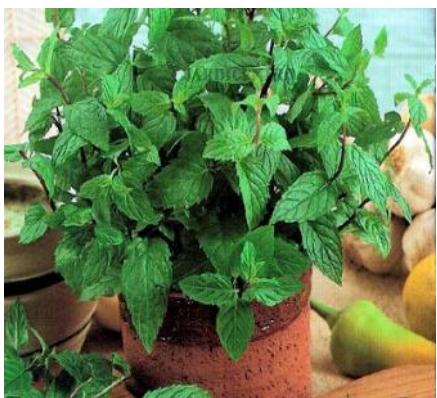
SANITÁRIA, A.N.V. RDC 10 de março de 2010, **Notificação de Drogas Vegetais**, 2010. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10> Acesso em 25 de fev. 2011.

SOUZA. A.J.A. **Uso de Plantas Medicinais no Município de Benevides/Pará** : Elaboração do Memento Fitoterapêutico e Construção da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, 2011. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local da Amazônia) – Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

## MONOGRAFIA DAS PLANTAS MEDICINAIS

---

### *Mentha pulegium* Linn. - Hortelãzinha



**Nome científico:** *Mentha pulegium* Linn.

**Família:** Lamiaceae.

**Sinônimos botânicos:** *Mentha daghestanica* Boriss., *Pulegium dagestanicum* (Boriss.) Holub, *Pulegium vulgare* Mill.

**Nome popular:** Hortelãzinha, Poejo, erva-de-são-lourenço, poejo-real, menta-selvagem, poejo-das-hortas.

**Características botânicas:** Planta arbustiva, sendo a de menor porte entre o gênero *Mentha*, com haste ereta, fracos e avermelhados, prostrados, abruptamente quadrangular, 3 polegadas para um pé longo, que arraigam prontamente às mais baixas juntas ou nodos. As folhas são opostas, curtamente peciolada, oval - alongada, lanceolada ou acuminada, serradas, com pêlos em ambos os lados, oval, verde, aproximadamente 1 a 1 1/2 polegada longo e 1/2 polegada largo. As flores estão em agrupamentos com dez a doze pétalas. A semente é marrom claro, oval e muito pequeno.

**Constituintes químicos:** Flavonóides, mucilagens, N-metiltriptamina, N,N-dimetiltriptamina, óleo essencial, ornitina, prolina, isoleucina, lisina, saponina s, serina, swertiajaponina, swertisina, treonina, umbeliferona, valina, vascina  
Propriedades medicinais: amebicida, aperiente, digestivo, estimulante, tônico estomacal, sudorífera.

**Ações farmacológicas dos flavonóides:** Antiinflamatórios.



**Distribuição geográfica no município:** Distribuída por todo o município de Benevides/PA. As amostras foram coletadas nos bairros Centro, Santa Maria, e Murinin, pelo período vespertino.

**Indicações:** acidez e ardor estômago, arroto, bronquite, catarro, cólica estomacal e intestinal, debilidade geral, debilidade do sistema nervoso, diarreia, distúrbio gastroentestinal, dor de cabeça, enjôo, gases, gripe, hidropsia, histeria, insônia, palpitação do coração, reumatismo, rouquidão, tontura, transtorno menstrual, tosse, vermes, tratamento dos sintomas gripais e aromatizante na culinária.

**Parte utilizada:** Talos e folhas.

**Reação adversa:** Pode provocar aborto.

**Advertência e precauções:** Não usar durante a gravidez.

**Alegação popular de preparo:** infusão das folhas e talos.

**Informações complementares:** Planta aromática, de crescimento espontâneo, em terrenos úmidos e nas margens de cursos de água. Nativa da Europa, Ásia e Noroeste de África ocidental, onde são conhecidas pelas suas propriedades [relaxantes](#) e até como [emenagoga](#) quando tomada em [infusão](#).

#### **Referências Bibliográficas:**

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

GRIEVE, M. A Modern Herbal. Disponível em: <http://botanical.com> Acesso em Em 06/01/2011.

PLANTAMED, Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.

RIBEIRO, J.E.L.S. Et al. **Flora da reserva Ducke**: Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra-firme na Amazônia Central. Manaus: INPA, 1999.

*Chenopodium ambrosioides* Linn. - Mastruz



**Nome científico:** *Chenopodium ambrosioides* Linn.

**Família:** Chenopodiaceae.

**Sinônimos botânicos:** *Ambrina ambrosioides* (L.) Spach, *Ambrina parvula* Phil., *Ambrina spathulata* Moq., *Atriplex ambrosioides* (L.) Crantz, *Blitum ambrosioides* (L.) Beck, *Chenopodium anthelminticum* L., *Chenopodium integrifolium* Vorosh., *Chenopodium spathulatum* Sieber, *Chenopodium suffruticosum* subsp. *remotum* Vorosch, *Chenopodium suffruticosum* Willd.

**Nomes populares:** Mastruz, Mastruço, Ambrosina, Erva-das-lombrigas.

**Descrição Botânica:** as folhas são ligeiramente petioled, oblongo-lanceolate, dentado, o superior inteiro e cônico a ambos os fins. As flores pequenas, muito numerosas são amarelado-verdes em colour e acontecem em numerosos agrupamentos pequenos, ou espigas globulares, organizadas no axils de filiais esbeltas, laterais, copadas. O cálice é cinco-partido, o ovate de lóbulos, pontudo. Estames cinco, ovário cobriu no topo com glândulas pequenas, oblongas, espiadas; estilos, dois a três. A fruta é perfeitamente inclusa no cálice, obtusamente angled, a semente liso e lustrando, o embrião que forma sobre três-trimestres de um anel ao redor do albume farinhento.

**Constituintes químicos:** Óleos essenciais, contendo ascaridol (principalmente nas sementes), anetol (éster fenólico), safrole, N-docosano, N-hentriacontano, N-heptacosano, N-octacosano, b-pineno, methadieno, dimetilsulfóxido, d-terpineol, aritasona, salicilato de metila, cânfora, ambrosídeo, betaína, ka empferol rhamnosídeo, santonina, chenopodium saponina A, chenopodosídeos A e B, cineol,

p-cimeno, 3-O-glicosídeo de quercitina, iso-hametina, pinocarvona, quenopodina, histamina, limoneno, glicol, ácidos butírico e salicílico, ácidos orgânicos, taninos, terpenos, carveno, p-cimol, linomeno, pectina, sais minerais.

**Distribuição geográfica no município:** Distribuída por todo o município de Benevides/PA, as amostras foram coletadas no bairro de Santa Maria, pelo período vespertino.

**Indicação:** angina, asma, aumentar a transpiração, bronquite, câibras, catarro bronquial, cicatrização, circulação, contusões, estômago, fraturas, fortificante dos pulmões, fungos de solo, gripe, hemorragia interna, hemorróidas, infecção pulmonar, insetos caseiros (pulga, piolho, percevejo), insetos como a *Scrobipalpula absoluta* (traça do tomateiro) e *Spodoptera frugiperda* (lagarta do cartucho do milho), laringites, má circulação, parasitas do intestino em geral (principalmente ascárides, nemátodos, oxiúros), pé-de-atleta, picadas de insetos, relaxar espasmos, tosse, tuberculose, varizes, vias respiratórias.

**Contra-indicação:** menores de 2 anos e gestantes.

**Ação farmacológica:** antiinflamatória.

**Características físico-químicas:**

Gravidade específica, 0.950 a 0.990.

Rotação óptica, - 5 graus para 10 graus.

Índice de refração, 1.4723 a 1.4726.

Saponification numeram, 246 a 280.

Solúvel em três volumes de 70 por centavo álcool.

**Parte utilizada:** Folhas e inflorescência

**Reação adversa:** Náuseas, vômitos, depressão do sistema nervoso, lesões hepáticas e renais, surdez, transtornos visuais, problemas cardíacos e respiratórios, cefalalgia e taquicardia.

**Advertência e precaução:** Abortiva, produz efeitos tóxicos por acumulação, em alta dose é extremamente tóxica, podendo causar a morte.

**Alegação popular de preparo:** Decocção de cinco folhas fervura.

**Outras formas de uso:**

- extrato fluído, tintura, essência, e xarope, in natura, infusão, decocção, extrato fluído, tintura, xarope etc.

- Cataplasma: misturar 150 ml de vinagre e uma colher das de sopa de sal e amassar as folhas da planta nesta mistura até obter uma papa. Aplicar o cataplasma

sobre a afecção e enfaixar: tumor, angina, infecções pulmonares, contusões, tremor da vista, afecções discrósicas do aparelho digestivo, espasmos musculares, palpitações do coração, má circulação do sangue, equimoses, dispepsias, insônia, corrimento vaginal, úlceras, varizes, hemorragia interna, câibras, ancilostomose e picada de animais peçonhentos, dança-de-são-guido, doenças, traumatismos ósseos, nervosas e indigestões;

- Infusão: 1 xícara de 50 ml da planta fresca com sementes em 1/2 litro d'água, tomar 1 xícara de chá de 6 em 6 horas (vermífugo, estomáquico);
- 20 a 30g da planta verde em 1 litro de água; tomar 3 xícaras ao dia;
- 10g de folhas em 1 litro de água. Tomar 1 gole de hora em hora. Após, tomar óleo de rícino para facilitar a expulsão dos vermes;
- Suco: misturar 1 copo da planta picada, com sementes, em 2 copos de leite e bater no liquidificador. Tomar 1 copo de suco por dia, durante 3 dias seguidos: vermífugo;
- Sumo: (peitoral) 2 a 4 colheres (sopa) do sumo das folhas para 1 xícara (chá) de leite, 1 vez ao dia. Menores de 2 anos, tomar metade da dose.
- Sumo: 1 copo da planta picada com sementes para 2 copos de leite, bater no liquidificador, tomar 1 copo de suco 1 vez ao dia por 3 dias seguidos: fortificante dos pulmões, combate a gripe, vermífugo;
- O suco da planta pisada é, em algumas localidades usada como vermífugo, porém o óleo é sempre preferível, já pelo volume mínimo a empregar, por sua ação muito mais enérgica.
- Óleo essencial: diluir 1ml do óleo da planta em 30ml de óleo de castor. Somente crianças acima de 5 anos poderão receber o produto: verminose;
- macerado pode ser usado na forma de compressas, abluções e banhos: estomacais, diurética, vermífuga, sudorífera, angina, infecção pulmonar, cicatrizante e contusão (uso externo);
- Geléia: pegar 4 bananas nanicas maduras com casca, picar 1 copo de folhas de erva-de-santa-maria com sementes, meio copo de hortelã, 1 copo e meio de açúcar. Triturar bem as plantas em um pilão, pode-se adicionar um pouco de água, em seguida juntar a banana e o açúcar, amassar bem. Levar ao fogo até dar o ponto de geléia, o que ocorre em poucos minutos. Dar 1 colher de chá duas vezes por dia, pura ou passar na bolacha, pão, etc. (vermífugo);
- Folhas cozidas com sal, desincha pernas gotosas, afecções da pele, distúrbios renais, cólicas, dores de estômago, tuberculose;

- Outros usos: elimina e repele pulgas e percevejos (colocar os ramos debaixo dos colchões e varrer a casa utilizando-os como vassoura).

**Informação complementar:** Planta nativa da região Amazônica.

A dose letal de ascaridol em ratos é de 0,075mg/kg.

**Referência bibliográfica:**

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

GRIEVE, M. **A Modern Herbal**. Disponível em: <http://botanical.com> Acesso em 06/01/2011.

PLANTAMED, **Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos**. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.

*Eleutherine plicata* Herb. - MARUPAZINHO



**Nome científico:** *Eleutherine plicata* Herb.

**Família:** Iridaceae.

**Nomes populares:** coquinho, marupaí, maruphiy, marupa-ú, marupari.

**Característica botânica:** Planta arbustiva com folhas inteiras, plissada e simples, com flores brancas ou rosadas.

**Constituintes químicos:** heterosídeos, taninos e açucares redutores.

**Ação farmacológica dos taninos:** Antiinflamatórios.

**Distribuição geográfica no município:** Distribuída por todo o município de Benevides/Pa. As amostras foram coletadas no bairro de Santa Maria e Murinin pelo período vespertino.

**Indicação:** Tratamento de cólicas do trato digestório provocados por helmintos e protozoários.

**Parte utilizada:** Bulbos.

**Reações adversas:** Não encontrada na literatura pesquisada.

**Advertências e precauções:**

**Alegação popular de preparo:** Decocção.

**Informações complementares:** Espécie vegetal nativa da região Amazônica.

**Referência bibliográfica:**

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFP/NUMA, 2009.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

PLANTAMED, Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.

RIBEIRO, J.E.L.S. Et al. **Flora da reserva Ducke**: Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra-firme na Amazônia Central. Manaus: INPA, 1999.

*Coleus amboinicus* Lour. – **Boldo**



**Nome científico:** *Coleus amboinicus* Lour.

**Família:** Lamiaceae.

**Sinônimos botânicos:** *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng., *Coleus aromaticus* Benth.

**Nomes populares:** Boldo, erva-cidreira, hortelã-grande, hortelã-graúda, hotelã-grossa, hortelã-pimenta, orégano-orelhão, malva, malvão, malvariço, malvarisco, country borage, indian borage, broadleaf thyme, cuban oregano, mexican mint, menthol plant, mexican oregano, spanish thyme, jamaicathymian, spanischer thymian.

**Características botânicas:** Planta arbustiva, perene, carnuda. Folhas opostas, carnudas, serrilhadas, com pêlos de ambos os lados.

**Constituintes químicos:** mucilagens, óleo essencial (rico em timol), carvacrol, cariofileno, bergamoteno, a-humuleno, cumeno, a-terpineol.

**Ação farmacológica dos flavonóides:** Antiinflamatório.

**Distribuição geográfica no município:** Distribuída por todo o município de Benevides/Pa. As amostras foram coletadas no bairro de Santa Maria pelo período vespertino.

**Indicação:** antibacteriana, antifebril, antiinflamatória da boca e garganta, anti-séptica bucal e da garganta, antitussígena, balsâmica, béquica, diaforética, peitoral.

**Parte utilizada:** Folhas.

**Reações adversas:** Não encontrada na literatura pesquisada.

**Advertências e precauções:**

**Alegação popular de preparo:** Infusão das folhas. Aplicação do sumo no ferimento.

**Outras formas de uso:**

- mastigação das folhas frescas (rouquidão e inflamação da boca e garganta).
- Xarope: 30 a 40 folhas frescas em 100 ml de água e 150 a 200 g de açúcar. Ferver e coar. Tomar uma colher de sopa de xarope 3 a 5 vezes ao dia;
- Balas preparadas com o xarope, chupar 3 a 6 balas por dia;
- Suco: 10-16g/dia de folhas frescas submetidas à decocção e extração do suco.
- Inalação do vapor oriundo de decocção.
- Administração perlingual das folhas socadas com um pouco de sal.
- O uso infantil prevê o socamento das folhas em mel.

**Informações complementares:** A erva conhecida como orégano, possui sabor forte e aroma agradável. Esta espécie de vegetal é planta nativa da África, porém facilmente adaptada em climas tropicais.

**Referências Bibliográficas:**

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

PLANTAMED, Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.



*Arrabidea chica* Verlot. – **PARIRÍ**



**Nome Científico:** *Arrabidea chica* Verlot.

**Família:** Bignoniaceae.

**Sinonímia Botânica:**

**Nome popular:** Parirí, Chica, Cricket-vine, Puca panga, Crajiru.

**Características botânicas:** planta arbustiva trepadeira, de ramos subtetragonos, folhas compostas, trifolioladas, de fólhos oblongolanceola das, flores campanuladas, róseo-lilacinas, em panículas terminais.

**Constituintes químicos:** Ácidos orgânicos, catequinas, depsídios e depsidonas, saponinas espumídicas, alcalóides, fenóis e taninos.

**Ação farmacológica dos alcalóides:** Antiinflamatórios.

**Distribuição geográfica no município:** Distribuída por todo o município de Benevides/Pa. As amostras foram coletadas no bairro de Santa Maria e Murinin pelo período vespertino.

**Indicação:** Anemia, luxação e edema.

**Outras indicações:** cólicas intestinais, diarréia, enterocolites, inflamações uterinas, icterícia, albuminúria.

**Parte utilizada:** Folhas.

**Reações adversas:** Não encontrada na literatura pesquisada.

**Advertências e precauções:** Não encontrada na literatura pesquisada.

**Alegação popular de preparo:** Decocção de cinco folhas.

**Outras formas de uso:**

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: 141). 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.

**Informações complementares:** Planta nativa da Amazônia, utilizada pelos índios como corante, pois se extrai tinta de coloração vermelha.

BARBOSA, W. L. R. (Org.); et al. **Etnofarmácia – Fitoterapia popular e Ciência farmacêutica**. Belém: UFPA/NUMA, 2009.

BERG, M.E. **Plantas medicinais na Amazônia**. 3 ed. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2010.

PLANTAMED, Plantas e Ervas Medicinais e Fitoterápicos. [www.plantamed.com.br](http://www.plantamed.com.br), 2011. Acesso em 02/02/2011.

RIBEIRO, J.E.L.S. Et al. **Flora da reserva Ducke**: Guia de identificação das plantas vasculares de uma floresta de terra-firme na Amazônia Central. Manaus: INPA, 1999.

## **Projeto de Curso de Capacitação em Etnofarmácia**

### **I – Introdução**

O curso de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em etnofarmácia é um curso elaborado para profissionais que atuam na área da saúde, que compõe equipe seja da estratégia saúde da família ou estratégia de agentes comunitários de saúde.

Estes profissionais possuem uma característica importante, peculiar às suas atividades, pois o ACS é o profissional que estabelece o primeiro contacto com o usuário do sistema e possui uma relação íntima com as famílias ou usuários que visita, conhecendo, portanto, seus problemas por menores.

Através da observação como profissional farmacêutico do município, percebermos várias dificuldades no processo assistência aos usuários, entre estas, duas em especial: a primeira é de que os usuários do SUS, na ausência de medicamentos básicos, prescritos pelos profissionais de saúde durante sua consulta no posto de saúde (ESF), utilizam as plantas medicinais cultivadas em seus quintais e/ou coletadas na mata. A segunda trata-se da dificuldade de abordagem dos agentes comunitários de saúde (ACS) às famílias, o que justifica a proposta deste projeto.

**II - Objetivo Geral:** Capacitar os ACS para aplicar o questionário etnofarmacêutico, a fim de que possa obter as informações mais próximas da realidade da população quanto ao uso de plantas medicinais ou fitoterápicos.

### **III - Objetivo Específico:**

- Testar o instrumento etnofarmacêutico;
- Capacitar os ACS quanto à abordagem aos usuários do SUS;
- Discutir com os ACS o método qualitativo, no que refere a facilidade de entendimento, manuseio e interpretação dos questionamentos e as respostas dos usuários;
- Identificar as principais plantas medicinais utilizadas pelas comunidades de Benevides, quanto à espécie, parte utilizada, forma de preparo, posologia, coleta e cultivo;

### **IV – Clientela:**

- Agentes Comunitários de Saúde

### **V – Nº de participantes:**

- 05 (cinco)

**VI - Carga Horária:**

- 20 h

**VII - Período:**

- 08 a 12/11/2010.

**VIII – Local:**

- POEMA (UFPA)

**IX - Conteúdo:**

## 1 – Plantas Medicinais

- Conhecimento Tradicional, Conhecimento Científico e Etnofarmácia.
- Plantas Medicinais: Verdades e Mitos.
- Principais Plantas utilizadas na Amazônia.
- Coleta de Material
- Preparo da Amostra para Exsicata e extrato.
- Visita ao Herbário da UFPA / Museu Goeld

## 2 – Sistema Único de Saúde

- Princípios e Diretrizes.
- Pacto pela saúde.
- Políticas Nacionais de Plantas Medicinais e Assistência Farmacêutica.

## 3 - Abordagem etnofarmacêutica aos usuários do SUS.

**X – Material**

- Computador.
- Datashow.
- Pastas.
- Canetas.
- Cópia do instrumento etnofarmacêutico.
- Folha em branco.

## FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM

ETNOFARMACÊUTICA QUALI-QUANTITATIVO  
DE PLANTAS MEDICINAIS

Objetivo: levantar e documentar informações de populares sobre plantas medicinais usadas com finalidade curativa. As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do (a) entrevistado (a), a menos que ele (a) assim autorize.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E  
CONSENTIMENTO**

Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e de acordo em prestar as informações solicitadas por, ....., como parte integrante das atividades desenvolvidas no âmbito do PP-SUS e do PPGEDAM/NUMA, sob a coordenação do Prof. Wagner Barbosa e realizada por Antonio Jorge Ataíde Souza, na Universidade Federal do Pará.

**Aos usuários**

Questionário para abordagem etnofarmacêutica de Plantas Medicinais.

Nº do questionário:  
Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PEFIL DO ENTREVISTADO**

Nome do informante.....

.....

PSF: .....

Nº Matrícula da Família no PSF .....

Cidade/Estado de origem:.....

Endereço:.....

.....

Área:..... Microárea:.....

Sexo:  (M/F)

Situação familiar: ( ) pai ( ) mãe ( ) filho

( ) outro grau de parentesco

Nº de pessoas da casa ( ) pessoas

Formação escolar:.....

Ocupação:.....

Renda familiar:.....

**DADOS GERAIS**

Na família tem algum portador de doenças crônicas? Sim ( ) Não ( )

Se sim,  
qual:.....

Que doenças mais freqüentes acometem sua família?

.....

Quem indica o medicamento para o tratamento?

.....

Onde adquire o medicamento?

.....

Sempre adquire todos os medicamentos quando prescritos por profissionais de saúde? Sim ( ) Não ( ).

Quando não, por quê?

.....

.....

Quando não, como trata suas enfermidades?

.....

.....

Você prefere medicamento feito em casa ou feito pela indústria farmacêutica?

.....

.....

Por quê a preferência?

.....

Você teve indicação de algum profissional de saúde para fazer uso de plantas medicinais?

Você tem acesso as plantas medicinais? Sim ( ) não ( )

Justifique sua resposta:

.....

.....



## FORMULÁRIO PARA ABORDAGEM ETNOFARMACÊUTICA QU ALI-QUANTITATIVO DE PLANTAS

## MEDICINAIS

Objetivo: levantar e documentar informações de populares sobre plantas medicinais usadas com finalidade curativa. As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do (a) entrevistado (a), a menos que ele (a) assim autorize.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO**

Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e de acordo em prestar as informações solicitadas por, ....., como parte integrante das atividades desenvolvidas no âmbito do PP-SUS e do PPGEDAM/NUMA, sob a coordenação do Prof. Wagner Barbosa e realizada por Antonio Jorge Ataíde Souza, na Universidade Federal do Pará.

**Aos profissionais de saúde**

Questionário para abordagem etnofarmacêutica de Plantas Medicinais.

Nº do questionário:

Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PEFIL DO ENTREVISTADO**

Nome:.....

Cidade/Estado de origem:.....

Endereço:.....

Unidade de saúde.....

Sexo:  (M/F)

Formação profissional:.....

Quanto tempo de formado:.....

Instituição de ensino:.....

**DADOS GERAIS**

Na família tem algum portador de doenças crônicas? Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual:.....

Que doenças mais freqüentes acometem sua família?

.....

Quem indica o medicamento para o tratamento? .....

Onde adquire o medicamento?

.....

Sempre adquire todos os medicamentos quando prescritos por profissionais de saúde?

Sim ( ) Não ( ).

Quando não, por quê?

.....  
 .....

Quando não, como trata suas enfermidades?

.....  
 .....

Você prefere medicamento feito em casa ou feito pela indústria farmacêutica?

.....  
 .....

Por quê a preferência?

.....  
 .....

Você já fez uso de plantas medicinais? sim ( ) não ( )

Você teve indicação de algum profissional de saúde para fazer uso de plantas medicinais? sim ( ) não ( )

Você tem acesso as plantas medicinais? Sim ( ) não ( )

Justifique sua resposta:

.....  
 .....

Em que circunstâncias você usa as plantas medicinais?

.....  
 .....

Como você adquiriu conhecimento sobre o uso das plantas medicinais?

.....  
 .....

Você prescreveria e/ou indicaria plantas medicinais para usuário? Sim ( ) Não ( )

Quais as plantas medicinais que sua família utiliza? (informe o nome, indicação, modo de preparo, quando é coletada e efeito indesejável de cada uma delas).

.....  
 .....

Você gostaria de participar de algum treinamento em plantas medicinais? sim ( ) não ( )

Outras informações relevantes sobre plantas medicinais.

.....  
 .....



## Anexo 1



Foto 1 Treinamento das ACS em Etnofarmácia, no LAEF/UFPA período de 8 a 12/11/2010.



Foto 2 Treinamento das ACS em Etnofarmácia, visita ao herbário do Museu Paraense Emílio Goeldi.