



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FARMANGUINHOS  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA INOVAÇÃO EM  
FITOMEDICAMENTOS

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRUPO DE IDOSOS DE  
UNIDADE DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, RIO DE JANEIRO:  
UMA DISCUSSÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA  
LOCAL

MARIA DE FATIMA VENTURA

Rio de Janeiro  
2012

MARIA DE FATIMA VENTURA

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRUPO DE IDOSOS DE UNIDADE DE  
SAÚDE DE CAMPO GRANDE, RIO DE JANEIRO: UMA DISCUSSÃO PARA A  
IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA LOCAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Farmanguinhos - FIOCRUZ, como requisito parcial  
para obtenção do grau de especialista em Gestão da  
Inovação de Fitomedicamentos.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Aparecida Padilha  
Magalhães Fraga.

Rio de Janeiro  
2012

MARIA DE FATIMA VENTURA

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRUPO DE IDOSOS DE UNIDADE DE  
SAÚDE DE CAMPO GRANDE, RIO DE JANEIRO: UMA DISCUSSÃO PARA A  
IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA LOCAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Farmanguinhos - FIOCRUZ, como requisito  
parcial para obtenção do grau de especialista  
em Gestão da Inovação de Fitomedicamentos.

Aprovada em / / 2012

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Sandra Aparecida Padilha Magalhães Fraga, D.Sc.  
FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Annelise Caetano Fraga Fernandez, D.Sc.

---

Prof<sup>a</sup>. Silvia Regina Nunes Baptista.

“Não foi em vão que Deus proveu a natureza de tão rica e variada flora medicinal. Ao espalhar o Todo-Poderoso, com mão liberal, os Seus socorros na natureza, previu cada uma das nossas necessidades, cada uma das nossas dores. Não há dor que não possa ser aliviada nem necessidade que não possa ser provida pelos meios que Deus pôs ao nosso alcance na natureza”

(Balbachas, 1958).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus por ter me acompanhado até o presente momento, concedendo-me saúde e força

Aos meus familiares pela compreensão e apoio

À coordenação do curso pelo incentivo e apoio

À Amanda, pela dedicação e colaboração

À todos os amigos, que de uma forma ou de outra, contribuíram em minha formação, inclusive, à minha mais que orientadora, uma amiga

Ao meu amigo José, que me deu força e colaborou para que eu não desistisse

## RESUMO

### **USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRUPO DE IDOSOS DE UNIDADE DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, RIO DE JANEIRO: UMA DISCUSSÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA LOCAL**

O presente estudo, de natureza qualitativa, foi realizado em um Centro Municipal de Saúde, situado na Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro. O mesmo teve por objetivo analisar a Utilização de Plantas Medicinais por idosos, como ponto de partida para promover a discussão sobre a implantação da fitoterapia local. E como objetivos específicos levantar o uso tradicional de plantas medicinais no grupo de idosos; conhecer quais plantas medicinais estão sendo utilizadas e como; identificar o interesse de gestores e profissionais de saúde, na implantação da fitoterapia na unidade de saúde. Os sujeitos da pesquisa foram 54 pessoas acima de 60 anos que fazem parte do Grupo da Terceira Idade de uma Unidade Básica de Saúde, localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro; 27 profissionais da Unidade em questão (nutricionista, farmacêutico, médico, enfermeiro, tec. enfermagem, administrativo, pessoal da limpeza) e 3 gestores: Diretor da Unidade, Assessora da Coordenadora da CAP 5.2 e a responsável pelo PMPMF/RJ. A entrevista foi através de um roteiro contendo 25 perguntas para os idosos, 11 para os profissionais e 15 para os gestores. Sobre a eficácia, 100% daqueles que declararam uso (52), informaram que deu certo e que o uso não apresentou efeitos colaterais. Quanto a informação do uso ao profissional de saúde, apenas 27% declarou fazê-lo, sendo este profissional em sua maioria, o clínico geral. Observa-se que haverá uma boa aceitação por parte do grupo e dos funcionários. Urge que se implante a fitoterapia na unidade em estudo, já que os pontos são favoráveis para que se efetive essa terapêutica.

## ABSTRACT

This study was qualitative in nature, was conducted in a Municipal Health Center, located in the western area of the City of Rio de Janeiro. The same was to analyze the Use of Medicinal Plants for the elderly, as a starting point for further discussion on the implementation of phytotherapy site. And as specific goals to lift the traditional use of medicinal plants in the elderly group; know which herbs are being used and how; identify the interest of managers and professionals, the deployment of herbal medicine in the health unit. The study subjects were 54 people over 60 who are part of the Third Age group of a Basic Health Unit, located in the western area of the Municipality of Rio de Janeiro; Unit 27 professionals concerned (dietitian, pharmacist, physician, nurse tech. nursing, administrative, cleaning personnel) and 3 managers: Unit Director, Advisor to the Coordinator of CAP 5.2 and responsible for PMPMF / RJ. The interview was via a script containing 25 questions for seniors, 11 to 15 for professionals and managers. About effectiveness, 100% of those who reported using (52), reported that it worked and that no use had side effects. As usage information to health professionals, only 27% said do it, and this is mostly professional, the general practitioner. It is observed that there is good acceptance by the group and staff. Urge that phytotherapy implant unit under study, since the points that are favorable to become effective this therapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: FISIOLOGIA E ASPECTOS SOCIAIS.....	9
1.2 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA.....	13
1.2.1 Qualidade.....	18
1.2.2 Segurança.....	19
1.2.3 Eficácia .....	20
1.3 LEGISLAÇÃO.....	21
1.3.1 Plantas Medicinais e Fitoterápicos.....	21
1.3.2 Importância e orientação para o uso seguro de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.....	23
1.3.3 Políticas Públicas Aplicáveis aos Idosos.....	25
1.4 JUSTIFICATIVA.....	29
1.5 OBJETIVO.....	31
1.5.1 Objetivo Geral.....	31
1.5.2 Objetivos Específicos.....	31
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: FISIOLOGIA E ASPECTOS SOCIAIS

Longevidade, não é mais um assunto para o futuro. Vivenciamos nas últimas décadas a chamada transição demográfica, onde se verifica uma considerável redução da taxa de mortalidade e natalidade, contribuindo para o aumento na expectativa de vida da terceira idade a nível mundial.

O termo terceira idade originou-se em 1974, na cidade de Toulouse, França, por Pierre Vellas. O objetivo de Vellas era encontrar meios educacionais para os recém-aposentados, sendo ele, portanto pioneiro na criação de um modelo de universidade da terceira idade (*Universités du T'roisième Âge*), daí a origem da expressão *troisième âge* (terceira idade) (CHACHIONI *apud* PINHEIRO JUNIOR, 2004). De acordo com Debert, 1997, o termo terceira idade vem se popularizando no Brasil, porém ele não tem o objetivo de definir uma idade cronológica, mas sim servir como forma de tratamento das pessoas com mais idade.

Já a denominação pessoa idosa é utilizada a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos a partir dos 65 anos. Esta diferença é explicada pela qualidade de vida que as pessoas possuem em cada país. Porém, a idade em anos nem sempre se correlaciona com a idade biológica do indivíduo, pois essa pode sofrer influencia tanto dos hábitos individuais, quanto do meio externo no qual o sujeito encontra-se inserido (MS, 2009)

Segundo Caldas, 1998:

“Envelhecer de maneira saudável significa fundamentalmente que, além da manutenção de um bom estado de saúde física, as pessoas necessitam de reconhecimento, respeito, segurança; e sentirem-se participantes de sua comunidade, onde podem colocar sua experiência e seu interesse”.

O mesmo autor afirma que a valorização do idoso como pessoa socialmente útil repercute diretamente e indiretamente na própria pessoa, família e comunidade alcançando, assim, um estilo de vida desejável. Portanto, vão além das ações individuais e, para isso, famílias, comunidade e Estado atuando juntos poderão criar

condições favoráveis de atendimento ao interesse comum.

O envelhecimento traduz-se em alterações funcionais, psicológicas, morfológicas e bioquímicas que ocorrem na vida de um indivíduo. Essas transformações e essas mudanças levam à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, os tornando mais suscetíveis às doenças (CARVALHO FILHO, 2007).

É nesta faixa etária que ocorrem casos de enfermidades crônicas, ocasionadas não só pela fisiologia, mas também por mudanças sociais, psicológicas, fisiológicas e metabólicas, inerentes ao processo do envelhecimento, normalmente contribuem negativamente para o estado de saúde dos idosos (FRANK; SOARES, 2004).

Velhice é quando o indivíduo se torna mais vulnerável ao ambiente físico e social devido à fase da vida que sofre as transformações sociopsicológicas e anatomometabólicas. Essas pessoas ficam mais expostas a quedas, a dificuldades financeiras, ao abandono, à segregação e, muitas vezes, à preconceitos (MALAGUTTI; BERGO, 2010).

A longevidade vem proporcionando o surgimento de novas formas de cuidados para com as pessoas idosas e ampliando a adoção de medidas preventivas eficazes na redução ou no retardo de distúrbios orgânicos advindos com as enfermidades crônicas e degenerativas (FRANK; SOARES, 2004).

O envelhecimento tem que ser celebrado e não lamentado, pois seu oposto é a morte. Essa celebração da sabedoria e do conhecimento acumulado já é feita diariamente por muitas pessoas. Há duas dimensões para o envelhecimento: perder laços com a comunidade humana – isolar-se ou fazer movimentos de fazer laços – não isolar-se.

Segundo Costa (2004):

“Acredita-se que as unidades básicas sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.”

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), os idosos correspondem a 17,6 milhões de pessoas em nosso país. A expectativa média de vida para mulheres é de 76,6 anos e para os homens 69,0 anos. Porém a previsão para 2050 é que essa expectativa suba para 81,29 anos, assemelhando-se as médias atuais da Islândia (81,80

anos), Hong Kong (82,20 anos) e Japão (82,60 anos), dados levantado pelo IBGE (BRASIL, 2008). Todos esses dados nos fazem visualizar um futuro em que o Brasil deixará de ser um país de jovens, tornando-se predominantemente morada de octogenários, pois, concomitantemente, a taxa de fecundidade vem sofrendo queda. Os últimos dados do IBGE (BRASIL, 2009) revelam que em 2050, a previsão é que o número de idosos chegue aos 64,1 milhões, superando o de crianças e adolescentes, 28,3 milhões.

Atualmente, existe no Brasil cerca de 19 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, pelo menos, 10% do total da população, de acordo com o IBGE. Estimativas da OMS apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no país aumentará quinze vezes, já a população total, cinco. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Outra estimativa é de que, em 2040, o total de brasileiros com mais de 50 anos supere os indivíduos de zero a 30 anos, de acordo com análise do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), com base nos dados da Pnad/IBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009, do IBGE).

O Brasil vem se tornando um país mais velho. Entre 1992 e 2009, a participação de idosos na população brasileira passou de 0,9% para 1,6%. O país soma 2,9 milhões de pessoas com 80 anos e mais, faixa etária com o maior crescimento populacional entre os grupos analisados com mais de 61 anos. Ou seja, a população idosa também envelheceu.

No entanto, cerca de 19,28 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, o que corresponde a quase 10% da população nacional, concentrada na região Sul e Sudeste. Há 20 anos, esse número não chegava a 10 milhões, ou seja, menos de 7% da população brasileira. Enquanto a população brasileira cresceu numa proporção de 32%, a faixa etária de 60 anos aumentou em 95%.

No Brasil, os Estados com o maior número de idosos são Rio de Janeiro, com 13,3% da população local com 60 anos ou mais, ou seja, mais de 2,12 milhões de pessoas estão na terceira idade, de acordo com dados do Censo 2010 do IBGE. Na lista dos dez bairros brasileiros com maior proporção de idosos, a capital fluminense possui nove. Em seguida, encontra-se o Rio Grande do Sul (12%). Na outra ponta, os Estados com menos idosos são Amapá, com apenas 4,5% da população local com 60 anos ou

mais e Amazonas (5,2%).

Copacabana, na zona sul do Rio, dispara na liderança do levantamento. Dos 146.392 habitantes do bairro, 43.431 habitantes estão acima dos 61 anos, idade a partir da qual a Constituição considera, oficialmente, um brasileiro como idoso. Com isso, Copacabana tem cerca de 3,3 idosos para cada dez habitantes. Na média dos bairros, essa proporção não chega a um idoso para cada dez moradores. Após Copacabana, vêm Campo Grande na zona oeste, que se caracteriza dados de saúde, geografia e socioeconômicos.

De acordo com Frank & Soares (2004), a explosão do número de idosos em todo o mundo e o prolongamento de vida em idades muito avançadas, ocasionou a redução da mortalidade em idades mais precoces.

É preciso uma conscientização geral para que a sociedade se preocupe com os problemas já existentes e busquem um mínimo de qualidade de vida para essa parcela da população: “é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos, que mais anos a uma vida mal vivida.”

O estudo teve como preocupação promover o reconhecimento da importância do saber popular adquirido pelos idosos e o quanto podem contribuir para a ciência e para a sociedade. Os idosos são, em geral, colocados à margem da sociedade dita produtiva, tendo, muitas vezes, sua sabedoria ignorada ou até ridicularizada (Bertoncello *et al.*, 2003).

Segundo Larocca, 2000, diante de uma realidade que se renova, diversas são as tentativas de incluir, de forma relevante, os idosos na sociedade. A perspectiva socioeducativa de atendimento a este grupo social está relacionada à conscientização e integração dos idosos. Um trabalho sério e comprometido com a educação fornece instrumentos reflexivos para interpretar, compreender e apoiar a ação.

A proposta da discussão sobre plantas medicinais com um grupo de idosos justifica-se, pois, sendo esse conhecimento também originário das práticas sociais tradicionais, podem contribuir de forma eficiente no resgate das informações sujeitas a se perderem no tempo (SARTORI, 2004).

É comum ouvir idosos referirem o uso de preparados a base de plantas, por meio de expressões como: “quando estou mais nervosa, tomo chá...”, “além do remédio, uso o chá”.

O uso de plantas medicinais em idosos foi verificado por Silva *et al.*, 2008, sendo

as plantas mais utilizadas capim santo (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf.), hortelã-da-folha-miúda (*Mentha x villosa* Huds) e erva-cidreira (*Lippia alba* (Mill.) Br.). Em outro estudo, o emprego de plantas medicinais em situação de automedicação foi verificado em 47,4% dos idosos (CASCAES *et al.*, 2008).

É possível constatar o uso de plantas medicinais em idosos, como prática terapêutica contemporânea, associada ou não ao uso de medicamentos alopáticos ocidentais, cujo fenômeno pode estar associado às estratégias de resistência à biomedicina, ou simplesmente tem a finalidade de complementar a terapêutica medicamentosa prescrita.

Este trabalho teve como propósito fazer um levantamento do emprego de plantas medicinais por idosos, usuários do SUS, no bairro de Campo Grande, a fim de contribuir com informações relevantes as medidas a serem tomadas pelo município, em função desse novo perfil demográfico.

## **1.2 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA**

As plantas medicinais vêm sendo utilizadas pelo homem ao longo de toda a história da humanidade no tratamento e cura de enfermidades. É uma prática que nasceu provavelmente na pré-história, quando, a partir da observação do comportamento dos animais na cura de suas feridas e doenças, os homens descobriram as propriedades curativas das plantas e começaram a utilizá-las, levando ao acúmulo de conhecimentos empíricos que foram passados de geração para geração (FERRO, 2006).

O uso das plantas como remédio é, provavelmente, tão antigo quanto à própria humanidade. Nas Ilhas Oceânicas, por exemplo, há séculos, a planta kava kava (*Piper methysticum*) é usada como calmante. Durante muito tempo, foi utilizada em cerimônias religiosas, para um tipo de "efeito místico". Depois, cientistas alemães comprovaram que seu extrato tem efeito no combate à ansiedade.

Os indícios sobre a prática da Fitoterapia são muito antigos e encontrados em todo o mundo. O primeiro manuscrito conhecido sobre essa prática é o Papiro de Ebers (1500 a.C.), que descreve centenas de plantas medicinais. No Egito, várias plantas são mencionadas nos papiros, e na Grécia, Teofrasto (372-285 a.C.), discípulo de Aristóteles (384-322 a.C.), catalogou cerca de 500 espécies vegetais. Hipócrates (460-361 a.C.), considerado o pai da medicina, utilizava drogas de origem vegetal em seus pacientes e deixou uma obra – *Corpus Hippocraticum*, que é considerada a mais clara e

completa da Antiguidade no que se refere à utilização de plantas medicinais (ALMASSY JÚNIOR et al. 2005; ALONSO, 1998; WAGNER e WISENAUER, 2006).

Durante muito tempo, as plantas medicinais foram utilizadas em rituais religiosos e na cura de doentes pelos curandeiros e feiticeiros. O pensamento hipocrático estabeleceu uma concepção holística do Universo e do homem, visando o tratamento do indivíduo e não apenas da doença. Já na Idade Média, a concepção de mundo máquina levou à difamação daqueles que detinham o conhecimento sobre as plantas medicinais, considerados como bruxos e condenados à fogueira (ALMASSY JÚNIOR et al. 2005; ALONSO, 1998; ALVIM et al. 2006).

Na Idade Moderna, com o desenvolvimento da pesquisa e metodologia, as terapêuticas sem base científica, como a Fitoterapia, foram marginalizadas (ALMASSY JÚNIOR et al. 2005; ALVIM et al. 2006).

No mundo, a Fitoterapia desenvolveu-se dentro das Medicinas Chinesa e Ayurvédica. A Fitomedicina na Europa tornou-se uma forma de tratamento predominante. No Brasil, a terapêutica popular foi desenvolvida com as contribuições dos negros, indígenas e portugueses (ALMASSY JÚNIOR et al. 2005; ALVIM et al. 2006; WAGNER e WISENAUER, 2006).

A partir do século XX, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e os processos de produção sintética dos princípios ativos existentes nas plantas contribuíram para a desvalorização do conhecimento tradicional (ALMASSY JÚNIOR et al. 2005; ALONSO, 1998; WAGNER e WISENAUER, 2006).

O uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo nos últimos tempos. Dados da OMS mostram que cerca de 80% da população mundial faz o uso de algum tipo de erva medicinal na busca do alívio de alguma sintomatologia dolorosa ou desagradável. Desse total, pelo menos 30% deu-se por indicação médica.

A utilização de plantas medicinais tem inclusive recebido incentivos da própria OMS. São muitos os fatores que vêm colaborando no desenvolvimento de práticas de saúde que incluam plantas medicinais, utilizando recursos naturais e renováveis, além de econômicos e sociais. É bem provável que das cerca de 200.000 espécies vegetais que possam existir no Brasil, na opinião de alguns autores, pelo menos a metade pode ter alguma propriedade terapêutica útil à população, mas nem 1% dessas espécies com potencial foi motivo de estudos adequados.

O Ministério da Saúde divulgou uma lista com 71 plantas medicinais que poderão ser usadas como medicamentos fitoterápicos pelo SUS (Sistema Único de Saúde). A idéia é que a relação sirva de base para uma ampliação do número de fitoterápicos que hoje são financiados com verba federal.

Foi ampliado o número de fitoterápicos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, constante da Portaria Nº. 2.982/GM/MS que aprova as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Atualmente existe financiamento para oito fitoterápicos com recurso tripartite, ou seja, oriundo dos Municípios, Estados/DF e União. São eles: *Cynara scolymus* (Alcachofra), *Glycine max* (Soja-isoflavona), *Harpagophyllum procumbens* (Garra-do-diabo), *Rhamnus purshiana* (Cáscara sagrada), *Schinus terebinthifolius* (Aroeira-da-praia), *Uncaria tomentosa* (Unha-de-gato), além de *Maytenus ilicifolia* (Espinheira-santa) e *Mikania glomerata* (Guaco), financiados desde 2007.

As pesquisas com estas espécies devem receber apoio total do poder público, pois, além do fator econômico, há que se destacar a importância para a segurança nacional e preservação dos ecossistemas onde existam tais espécies. Muitas substâncias exclusivas de plantas brasileiras encontram-se patenteadas por empresas ou órgãos governamentais estrangeiros, porque a pesquisa nacional não recebe o devido apoio. Hoje em dia, o custo para desenvolver medicamentos sintéticos ou semi-sintéticos é muito elevado e tem se mostrado pouco frutífero.

Os trabalhos de pesquisa com plantas medicinais, via de regra, originam medicamentos em menor tempo, com custos muitas vezes inferiores e, conseqüentemente, mais acessíveis à população, que, em geral, encontra-se sem qualquer condição financeira de arcar com os custos elevados da aquisição de medicamentos que possam ser utilizados como parte do atendimento das necessidades primárias de saúde, principalmente porque na maioria das vezes as matérias primas utilizadas na fabricação desses medicamentos são importadas.

De acordo com Ferro (2008), o Brasil, tem a biodiversidade considerada uma das mais ricas do mundo (35% de todas as espécies do mundo), contida nos diversos biomas como a flora atlântica, equatorial e do cerrado, guardando o maior banco de germoplasma do planeta, é ainda pouco valorizado pelas nossas autoridades no sentido de incentivo à pesquisa, e muito castigado pela devastação predatória de certos grupos

econômicos. Sem contar a intensa biopirataria de países estrangeiros, que levam nossas plantas medicinais para seus grandes laboratórios, identificam seus princípios ativos e os patenteiam de alguma forma, vendendo mais tarde para nós a preço de ouro e com grande perda de divisas econômicas. Nosso país é também um dos grandes consumidores mundiais de fitoterápicos, principalmente na forma de infusões – automedicação – devido às suas características socioculturais e à falência do sistema público de saúde, no qual mais de 100 milhões de brasileiros não têm acesso à cadeia de consumo. Hoje, somos grandes exportadores de guaraná e arruda, e, apesar da nossa imensa riqueza natural em plantas medicinais, somos grandes importadores delas, cerca de 1.500 toneladas ao ano, principalmente de *Ginkgo biloba L.*, *Salvia officinalis L.*, *Arnica montana L.*, *Matricaria chamomilla L.*, *Peumus boldus Molina*, *Glycyrrhiza glabra* (alcaçuz), *Origanum vulgare* (orégano) e *Hypericum perforatum*.

Como relata Ferro (2008), as plantas medicinais têm tido papel cada vez mais importante dentro do contexto da medicina, pois cresce a cada ano o número de profissionais e pacientes que procuram este recurso para amenizar seus males. Isto tem explicação em vários aspectos, dentre os quais o descrédito cada vez maior com os medicamentos alopáticos, carregados de efeitos colaterais e, na maioria das vezes, paliativos. A própria abordagem da medicina tem deixado a desejar pelo modo organicista como encara o ser humano.

Ainda segundo o mesmo autor, existe uma conscientização crescente em favor de uma medicina mais preventiva, em detrimento do modelo atual mais curativo ou paliativo, e uma busca acelerada por agentes curativos menos agressivos ao organismo, respeitando seu equilíbrio biopsicoenergético. A planta medicinal como um todo, diferentemente, da droga sintetizada ou isolada da planta, traz em si todo um potencial energético específico, em função do local em que vive e sua interrelação com o meio, e é este potencial que vai ajudar nos processos curativos ressonantes a ele.

De acordo com Vieira (1996), o consumo de determinada droga em excesso ou de muitas drogas ao mesmo tempo (polifarmacologia), pode ser um alto risco para o idoso devido às possíveis reações adversas provocadas por este procedimento. Algumas das possíveis conseqüências negativas do uso de medicações (a desidratação advinda do uso de diuréticos, a anorexia ou toxicidade pelo uso constante de digoxina, a gastrite pelos antiinflamatórios, a hipotensão frente aos anticolinérgicos e a sedação pelos hipnóticos ou relaxantes musculares) devem ser constantemente avaliadas. Episódios de confusão

que trazem sérios riscos e danos à segurança do indivíduo, também podem ocorrer como manifestação do uso de medicamentos. A taxa de mortalidade por confusão aguda devida a medicamentos é de 18%.

A utilização das plantas medicinais como recurso terapêutico é bastante difundida em todo o mundo. Em pesquisa realizada por Veiga Junior (2008), a prevalência de utilização de plantas medicinais alcançou 97,7%. Mesmo com a disponibilidade de medicamentos alopáticos, a terapêutica com plantas medicinais foi a principal forma de tratamento em 63% dos entrevistados, e o conhecimento das indicações terapêuticas se centralizava nas pessoas idosas.

A Fitoterapia é uma palavra que une dois radicais gregos: “phyton”, que significa planta, e “therapia”, tratamento. É a terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas (extratos, tinturas, pomadas e cápsulas) que utiliza como matéria-prima, partes de plantas, como folhas, caules, raízes, flores e sementes, com conhecido efeito farmacológico. Associado às suas atividades terapêuticas está o seu baixo custo; a grande disponibilidade de matéria-prima vegetal, principalmente nos países tropicais; e a cultura relacionada ao seu uso.

Os fitoterápicos devem ser utilizados com muito cuidado, pois não é apenas um “chazinho”, ele tem muitos efeitos, inclusive a toxicidade quando usado por muito tempo a mesma planta. Sua qualidade de ser muito bem supervisionada, não se pode comprar plantas medicinais em qualquer lugar, ou utilizar a planta de qualquer lugar, por exemplo, uma árvore de pata de vaca que nasce na rua central de uma cidade, onde existem muitos carros, não deve ser utilizada, pois sua contaminação é muito grande.

A utilização das plantas medicinais como recurso terapêutico é bastante difundida em todo o mundo. As representações sobre as plantas medicinais parecem ancoradas na concepção de inocuidade, desconsiderando a potencialidade de reações adversas e até toxicidade. O uso de plantas medicinais em idosos tem elevada prevalência, como prática da automedicação.

Já é consenso que o uso indiscriminado de plantas in natura ou de seus derivados pode trazer sérios danos à saúde, por conta da presença de princípios tóxicos, contrapondo o consenso popular, que diz que “se é natural, é bom; se não fizer bem, mal

não fará”.

Em muitos casos as pessoas subestimam as propriedades medicinais das plantas e fazem uso delas de forma aleatória. Entretanto, cada vegetal, em sua essência, pode ser alimento, veneno ou medicamento. A distinção entre as substâncias alimentícias, tóxicas e medicamentosas se faz apenas com relação à dose, a via de administração e a finalidade com que são empregadas.

Um fato importante a ser destacado é que o uso de qualquer terapêutica em idosos requer maiores cuidados, pois os idosos estão em processo de degeneração orgânica, o que de certa forma dificulta o curso dos princípios ativos das ervas ou medicamentos alopáticos no organismo, além de muitos possuírem órgãos cujo funcionamento já não é o suficientemente adequado, como é o caso do fígado e dos rins. Estes órgãos são vitais e de fundamental importância para a manutenção do metabolismo, sendo responsáveis por desempenharem várias funções, dentre elas a de metabolização e eliminação de substâncias.

No Brasil para que um medicamento seja considerado fitoterápico, ele não deve ter, em sua composição, substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A Fitoterapia é comumente utilizada no combate de doenças infecciosas, disfunções metabólicas, doenças alérgicas e traumas diversos.

### **1.2.1 QUALIDADE**

Em comparação com as preparações convencionais, os produtos fitoterápicos apresentam alguns problemas singulares relacionados ao aspecto qualidade. Isso ocorre por causa da natureza das plantas, formadas por misturas complexas de compostos químicos que podem variar consideravelmente dependendo dos fatores ambientais e genéticos. Além disso, os princípios ativos responsáveis pelos alegados efeitos terapêuticos, amiúde são desconhecidos ou apenas parcialmente explicados, e isso impede o nível de controle que pode ser feito rotineiramente com substâncias sintetizadas nos medicamentos convencionais. Essa situação é complicada ainda mais pela prática tradicional de usar combinações de plantas, e muitas vezes um único produto contém mais de cinco plantas (QUALITY OF HERBAL REMEDIES, 1989; QUALITY OF HERBAL REMEDIES, 1992).

Portanto, um controle rigoroso da matéria-prima e do produto final é essencial para assegurar qualidade de um medicamento fitoterápico. Assim, fatores como

identificação de planta, fatores ambientais, época de colheita, parte da planta usada, secagem, armazenamento, teor de cinzas, contaminação microbiana e doseamento dos princípios ativos, devem ser levados em consideração no controle da matéria-prima (EUROPEAN SCIENTIFIC COOPERATIVE FOR PHYTOTHERAPY, 1990; PHILLIPSON JD, 1993; DE SMET, 1993; EVANS, 1989).

### 1.2.2 SEGURANÇA

Assim como acontece em todas as formas de automedicação, o uso de plantas representa um risco potencial para saúde humana. A segurança dos fitoterápicos é especialmente importante, pois na maioria das vezes produtos não são descritos por um profissional de saúde (KELLER K, 1994; DE SMET, 1992; DE SMET, 1993; DUKES, 1977; D'ARCY, 1991; D'ARCY, 1993; TISSERAND, 1995; MATTOCKS, 1998).

Dados científicos toxicológicos sobre plantas medicinais são limitados. A premissa de que o uso tradicional de uma planta por centenas de anos estabelece a sua segurança não é verdadeira. Pois as formas sutis e crônicas de toxicidade, como carcinogenicidade, mutagenicidade e hepatotoxicidade, podem ter passado despercebidas pelas gerações anteriores. (NEWALL *et al.*, 2002).

Existem também algumas plantas empregadas na medicina popular e até mesmo na culinária que possuem substâncias químicas potencialmente tóxicas. Como exemplos podem ser citados o óleo de sassafrás, revelou ser hepatotóxico, o óleo da salsa, possui ação abortiva e hepatotóxica quando essa planta for utilizada por um longo período, os óleos estragão, funcho, alfavaca-cheirosa e cerefólio, provaram ser carcinogênicos. (TISSERAND, 1995). Espécies vegetais pertencentes aos Gêneros *crotalaria*, *Heliotropium* e *Senecio*, que possuem em sua constituição química alcalóides do tipo pirrolizidínicos, quando utilizadas na forma de alimentos e/ou chás, em países da África, Caribe e da América do Sul apresentaram efeitos hepatotóxicos (DE SMET, 1992; D'ARCY, 1991; MATTOCKS, 1986).

Plantas quando ingeridas na forma de chá ou ingeridas “*in natura*” também podem causar efeitos adversos como cardíacos, alérgicos, hormonais, irritantes e purgativos, em seres humanos ou animais. A ingestão excessiva de algumas plantas pode causar problemas à saúde (NEWALL *et al.*, 2002).

Sabe-se que as lactonas sesquiterpênicas possuem propriedades alergênicas. Esses metabólitos ocorrem predominantemente em plantas da família *Asteraceae*, a que

pertence à camomila. A camomila e outras plantas da mesma família podem causar reações de hipersensibilidade (DEBOYSER, 1991).

Poucos medicamentos convencionais são considerados seguros durante a gestação, e sabe-se que não se deve tomar nenhuma substância medicamentosa, a menos que os benefícios superem os riscos. Essa regra também se aplica as plantas usadas na medicina popular, que muitas vezes são erroneamente consideradas alternativas e totalmente seguras. Algumas plantas que contém óleos voláteis são consideradas abortivas, pois induzem as contrações uterinas. Dentre as plantas que produzem esses efeitos podemos destacar a hera, zimbro, salsa, poejo, sálvia, tanaceto e mil-folhas (TISSERAND, 1995).

Existem poucas informações sobre a interação de plantas quando ingeridas na forma de chás com os medicamentos convencionais. Pode-se tentar, contudo, identificar as plantas que podem interferir com categorias específicas de medicamentos convencionais, com base em suas propriedades químicas e farmacológicas e nos efeitos colaterais de que se tem conhecimento. Por exemplo, plantas que contém níveis elevados de cumarinas podem aumentar o tempo de coagulação sanguínea quando consumidas em doses elevadas; o uso prolongado ou excessivo de uma planta que possui ação diurética pode potencializar alguma terapia diurética que esteja em curso ou o efeito de certos medicamentos cardioativos, por causa da hipocalemia (ANDERSON, LA, 1985; D'ARCY, 1993).

### **1.2.3 EFICÁCIA**

Apesar de muitas plantas empregadas com fins medicinais existe pouca documentação científica ou médica a respeito dos seus princípios ativos, farmacodinâmica ou eficácia clínica.

Embora os dados químicos ou os estudos realizados em animais dêem respaldo ao seu uso tradicional, as evidências da sua eficácia no ser humano são limitadas. Atualmente, existe um pequeno número de plantas que foram submetidas a um estudo científico rigoroso. Algumas dessas plantas são: como camomila, ginkgo-biloba, espinheiro branco, lúpulo, uva-ursina e valeriana. (NEWALL *et al.*, 2002).

A OMS recomenda aos estados-membros “o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso

racional dessa integração” (BRASIL, 2006). Para isso, são necessários promover a segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional dessas práticas (WHO, 2002).

Atenção deve ser dada ao uso incorreto das plantas medicinais. Lorenzi & Matos (2008) orientam quanto à adoção de fitoterapia cientificamente orientada para a produção de plantas para uso imediato padronizada e instalada nas diversas comunidades sob orientação centralizada. Seria uma maneira de efetuar controle de qualidade aos produtos usados pela população assegurando uma seqüência de operações, desde que o plantio, coleta e preparação preliminar da planta, até o produto final que chega ao usuário, que a medicina alternativa seja aproveitada nos programas de saúde pública alcançando a meta de saúde para todos sem que o consumidor esteja sujeito a riscos.

Quanto ao uso seguro das plantas medicinais, que é um dos pontos levantados no desenvolvimento desta monografia, vale ressaltar um relato pessoal nesses últimos dias em que estou efetuando a mesma (ANEXO IV).

## **1.3 LEGISLAÇÃO**

### **1.3.1 Plantas Medicinais e Fitoterápicos**

Aos profissionais e às políticas direcionadas aos idosos, cabe contribuir para o processo de conscientização de seu papel na comunidade e nas intervenções junto aos outros segmentos sociais, garantindo o avanço almejado, instrumentalizando o idoso para que ele seja capaz de buscar alternativas para viver com qualidade, aumentando sua visibilidade para lutar por seus direitos e cidadania, contra qualquer forma de exclusão social, crenças e preconceitos, visto que estes dois últimos desempenham papel orientador, integrador e controlador sobre os comportamentos de indivíduos, grupos, instituições sociais e nações (BORGES, 2003; NERI, 2003).

A valorização do saber e memória popular foi o ponto de partida para a compreensão da importância destas informações para a sociedade e para a ciência, visto que esta última, em muitos casos, fundamenta-se na busca de explicações para fenômenos observados pelas pessoas, ou seja, em suas experiências de vida para o desenvolvimento da humanidade, de um bem comum, a melhor qualidade de vida das pessoas.

Segundo Marlière (2008), inquéritos de saúde realizados em vários países têm focalizado o uso de medicamentos fitoterápicos entre os idosos, sendo que alguns

apontam uma maior utilização desses em comparação aos adultos jovens.

No Brasil, a primeira descrição sobre o uso de plantas como remédio foi feita por Gabriel Soares de Souza, autor do Tratado Descritivo do Brasil, de 1587. Esse tratado descrevia os produtos medicinais utilizados pelos índios de “as árvores e ervas da virtude”. Com vinda dos primeiros médicos portugueses ao Brasil, diante da escassez, na colônia, de remédios empregados na Europa, perceberam a importância das plantas utilizadas pelos indígenas como medicamento (VEIGA, 2002).

Desde então, populações de todo o mundo tem usado tradicionalmente, ao longo dos séculos, plantas na busca por alívio, cura de doenças e controle de pragas (CUNHA, 2004).

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como as maiores diversidades vegetais do mundo, amplas sociodiversidade, usam de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento.

A fitoterapia já tem, de longa data, garantida a sua inserção científica. No Brasil, a inserção da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através da aprovação de duas políticas nacionais públicas: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que inclui a Fitoterapia, a Homeopatia e a Acupuntura (BRASIL, 2006), e vem ao encontro da estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre o uso da medicina tradicional, complementar e alternativa como opções terapêuticas mais acessíveis aos cuidados básicos de saúde (BRASIL, 2006); e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Decreto Presidencial número 5813/06, que visa desenvolver toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, para atender aos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, e que estimulou à produção e utilização de fitoterápicos: resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais; apoiar e integrar as iniciativas setoriais relacionadas à disseminação e ao uso sustentável de plantas medicinais e fitoterápicos existentes no Brasil (BRASIL, 2006). O emprego de plantas medicinais pelas secretarias municipais de saúde como um primeiro passo para a implantação da Fitoterapia é um importante recurso para a melhoria da atenção primária.

Em 2007 houve a Inclusão de fitoterápicos no Elenco de Referência de

medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde (Portaria nº 3.237/GM/MS) e em 2008 a aprovação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Portaria Interministerial nº 2960) que define ações, prazos, recursos, ministérios/órgãos gestores e envolvidos, para o desenvolvimento das diretrizes da política e criação do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Já em 2009 ocorreu a ampliação do número de fitoterápicos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. (Portaria nº 2.982/GM/MS). O Ministério da Saúde divulgou, em fevereiro de 2009, a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (*Renisus*).

Recentemente a ANVISA, através da RDC 10 de 2010, publicou essa norma para notificação de drogas vegetais. As drogas vegetais notificadas não podem ser confundidas com os medicamentos fitoterápicos. Apesar de ambos serem obtidos de plantas medicinais, os dois produtos são elaborados de forma diferenciada. Enquanto as drogas vegetais são constituídas da planta seca, inteira ou rasurada (partida em pedaços menores) utilizadas na preparação dos populares “chás”; os medicamentos fitoterápicos são produtos tecnicamente mais elaborados, apresentados na forma final de uso, como, por exemplo, comprimidos, cápsulas e xaropes.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

A OMS lançou três volumes de monografias de plantas medicinais, fruto de uma ampla revisão sistemática da literatura científica e revisão de especialistas do mundo inteiro, com objetivos de auxiliar a segurança e efetividade no uso da Fitoterapia nos sistemas de saúde (WHO, 1999; WHO, 2001; WHO, 2007).

### **1.3.2 Importância e orientação para o uso seguro de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**

As plantas medicinais possuem princípios ativos, ou seja, compostos químicos produzidos durante o metabolismo da planta, que lhe conferem a ação terapêutica

(WAGNER e WISENAUER, 2006). Há diversas formas de utilização, que dependem da parte do vegetal a ser utilizada, do tipo de efeito desejado e da enfermidade a ser tratada.

As plantas medicinais podem ser utilizadas sob a forma de infusão, decocção, maceração, tintura, extratos fluido, mole ou seco, pomadas, cremes, xaropes, inalação, cataplasma, compressa, gargarejo ou bochecho (WAGNER e WISENAUER, 2006).

A utilização de plantas medicinais não é isenta de efeitos colaterais, interações medicamentosas ou contra-indicações. Apresentam substâncias que podem ser tóxicas, desencadeando reações adversas. Além disso, a utilização da dose incorreta, da parte da planta indevida ou auto-medicação errônea podem causar efeitos colaterais indesejáveis (TUROLLA e NASCIMENTO, 2006).

Muitas plantas utilizadas no passado eram tóxicas e havia risco no seu emprego da forma natural. Por exemplo, podemos citar a digoxina (medicamento para o coração) que é isolado de uma planta. Na época em que não se dispunha de outra forma de tratamento, utilizava-se a planta com muito mais risco de morte. Assim, o isolamento foi importante para garantir a segurança no emprego. Por isso devemos estudar as plantas para utilizá-las com segurança. A diferença principal é que os fitoterápicos atuam de modo mais amplo, ou seja, são varias substâncias que exercem efeitos ao mesmo tempo (efeito sinérgico). Enquanto que o alopático geralmente emprega uma substância que atua de modo específico sobre um sitio ativo. Os pesquisadores têm demonstrado que o efeito da mistura de substâncias ativas (fitocomplexo) é mais suave e por isso os fitoterápicos apresentam menos efeitos colaterais.

Com o uso indiscriminado de medicamentos, principalmente por meio da automedicação, descobriu-se que podem ocorrer interações entre os medicamentos fitoterápicos e alopáticos. Atualmente sabe-se que as substancias ativas de varias drogas vegetais podem interferir com o fígado, o que resulta em diminuição ou aumento na atividade de medicamentos alopáticos.

Ferro (2008) alerta que, como qualquer outro medicamento, os fitoterápicos podem provocar sérios efeitos colaterais e, portanto, deveriam ser prescritos pelos médicos. O kava-kava, famoso por suas propriedades calmantes, foi recentemente associado à ocorrência de diversos casos de hepatite. Além disso, a associação do hipérico (erva-de-são-joão), um dos antidepressivos mais populares, com anticoncepcionais pode reduzir os efeitos e interferir no tratamento. Por isso, foram

incluídos entre os medicamentos com tarja vermelha.

Para serem comercializados e utilizados de forma segura os produtos à base de plantas, precisa-se provar que possuem padrões aceitáveis de qualidade, segurança e eficácia.

### **1.3.3 Políticas Públicas Aplicáveis aos Idosos**

Na Constituição de 1988 o povo brasileiro conquistou o direito universal e integral à saúde, sendo reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e através das Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90. A partir de então, começam a surgir políticas públicas visando à integralidade na atenção à saúde e, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas, partindo da idéia de que a população e os indivíduos estão inseridos em diferentes realidades e necessidades (MS, 2010).

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, no capítulo IV, das ações governamentais na área da saúde garante ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento ao idoso. Além de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.

De acordo com o crescimento da população idosa, foi verificada, por meio das autoridades da saúde, a necessidade da construção de leis que favorecessem a compreensão tanto dos profissionais de saúde, quanto dos próprios idosos, sobre a seguridade de seus direitos. Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso e regulamentada em 1996. Essa, por sua vez, buscava o incentivo na promoção da autonomia por parte dos idosos, integração e participação efetiva na sociedade (MS, 2010).

Somente em 1999 foi determinado, através da Portaria Ministerial nº 1.395/99 que os órgãos do Ministério da Saúde, promovessem planos, projetos e ações conforme as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde do Idoso. (MS, 2010)

Tendo em vista o aumento da população da terceira idade ser um fenômeno de nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs em 2002 através de um projeto intitulado “*Towards Age-friendly Primary Health Care*” a adaptação dos serviços de atenção básica para melhoria no atendimento das pessoas idosas, cujo objetivo envolvia a sensibilização e educação no cuidado primário em saúde, considerando as necessidades desta população (MS, 2006). Também nesse período

foram criados os critérios para cadastro nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, com objetivo de organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (MS, 2010).

Uma das maiores vitórias alcançadas em benefício da população idosa e após sete anos de tramitação no Congresso, foi a aprovação em setembro de 2003 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), onde os direitos dos cidadãos acima de 60 anos foram ampliados (BRASIL, 2003). O capítulo IV da citada lei, traz algumas informações no que diz respeito o direito à saúde:

[...] Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. [...] Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. [...] Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. [...] Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda. Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. [...]

Além dos direitos à saúde do idoso os demais capítulos do Estatuto, reforçam

também as prioridades que lhes cabem, como atendimento preferencial em órgãos públicos e privados, o direito em optar por serem atendidos pela própria família ao invés de asilos, obter profissionais capacitados na área de geriatria e gerontologia, garantia de acesso a serviços de saúde e assistência social locais. Além desses itens o Estatuto também aborda questões relativas a transportes, violência e abandono, educação, lazer, cultura e esporte, entre outros (BRASIL, 2003).

Criado O Dia Nacional e Internacional do Idoso (1º de outubro), data instituída mundialmente em 1999 pela ONU e, no Brasil, pela Lei nº 11.433, de 2006. Importantes avanços foram conquistados no que se refere à conquista dos direitos dos idosos em todo o mundo.

Do Pacto pela Saúde criado em fevereiro de 2006 (por meio da Portaria GM nº 399), faz parte o Pacto pela Vida, do qual originaram seis prioridades, sendo abordadas neste momento, apenas três: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Nesse documento, a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão. Para o seu cumprimento, foi instituída, pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, passando a desencadear a reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Essa Política tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. É uma política relevante para os idosos, porque os profissionais de saúde que os atendem terão condições de avaliar os riscos à manutenção de sua saúde e para os quais os profissionais desta área devem estar atentos. A Política Nacional põe em prática um conjunto de medidas amplas de atenção à saúde das pessoas com mais de 65 anos de idade. Foi a partir de pesquisas junto a usuários do SUS, que o Ministério percebeu a importância de criar ações específicas para as necessidades de saúde dessa faixa etária. (MS, 2006; MS, 2010)

Ainda em 2006, a Portaria GM (Gabinete do Ministério) nº 648 de 28 de março de 2006 regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, voltada tanto para o individual quanto para o coletivo e tendo seu foco na promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Seu objetivo está em solucionar os problemas de saúde de maior relevância e frequência a nível territorial, sendo a Atenção Básica o contato preferencial dos usuários ao serviço

de saúde prestado pelo sistema (MS, 2006).

Pretende-se através da Atenção Básica firmar ações que ofereçam à pessoa idosa suporte social, alcançando seus familiares e cuidadores, quando houver. Trata-se de uma atenção humanizada, que realiza trabalhos de orientação, acompanhamento e visitas domiciliares, aumentando o contato entre os profissionais de saúde e população, levando em consideração as culturas locais e as diferentes formas do envelhecer (MS, 2006).

A Assistência Primária à Saúde (APS) alcança destaque entre os demais seguimentos, sendo a porta de entrada para os serviços de saúde prestados pelo sistema, uma vez que investindo no tratamento inicial ou na prevenção das doenças, é possível obter resultados mais rápidos e positivos em relação à cura ou saúde, e a ainda poupar gastos com os setores secundário e terciário que normalmente são mais elevados. Além do mais, através da APS é garantido o acesso aos demais segmentos de saúde, caso sejam necessários (MS, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica Saúde do Idoso, tem promovido também o Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, na modalidade à distância, assinado em 2008. Outra parceria com instituições como a FIOCRUZ e a OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) irá promover o curso de especialização à distância “Gerencia em Salud para Personas Mayores”, com o objetivo de qualificar profissionais de nível superior que atuam ou tenham interesse na direção de serviços e programas de saúde que atendam à população idosa, visando apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em comemoração ao Dia Nacional e Internacional da Saúde do Idoso, o Ministério da Saúde lança, em parceria com o Laboratório de Informações em Saúde, da Fiocruz, uma ferramenta que irá fornecer aos gestores e profissionais de saúde informações e indicadores que auxiliem na tomada de decisões e no planejamento de ações voltadas à população idosa. O Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) foi oficialmente lançado durante o seminário “Relevância da informação para a construção e efetivação de política pública de saúde do idoso”, realizado no campus da Fiocruz em Manguinhos (RJ).

Pelo SISAP-Idoso é possível fazer a consulta online dos indicadores, doenças, decretos, legislação, políticas públicas e programas que contemplam a saúde do idoso

em todos os estados e municípios brasileiros. A ferramenta também possibilita sistematizar e acompanhar as políticas, programas e instrumentos de gestão, como o Pacto pela Vida, relacionados com a saúde do idoso.

Para estimular um envelhecimento ativo e saudável entre a população brasileira, o Ministério da Saúde dispõe do Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que propõe estratégias que visam fortalecer o envelhecimento ativo de forma saudável. Para garantir que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

A Área Técnica da Saúde do Idoso vem desenvolvendo ações estratégicas com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006, objetivando promover o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente, que serão descritas a seguir: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – Nº 19 – distribuídos para os profissionais da rede; Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, na modalidade a distancia – visa à capacitação de profissionais de saúde da rede; Oficinas Estaduais de Prevenção da Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas, com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais de nível superior, preferencialmente aqueles que atuam na Atenção Primária; Oficinas de Prevenção da Violência contra a pessoa idosa com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde na identificação das pessoas idosas vítimas de maus-tratos e violência; Distribuição de Material Educativo.

#### **1.4 JUSTIFICATIVA**

A Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. (BRASIL, 2006).

O desconhecimento e a falta de informações sobre o assunto faz com que em muitos casos, as plantas sejam mal aproveitadas ou usadas de forma incorreta, que poderiam ser prevenidas com orientação, idas a unidade com maior frequência orientados de acordo com o real conhecimento das plantas e da importância das mesmas, juntamente com o valor da fitoterapia, como tratamento coadjuvante. Sendo

este mais um importante e decisivo motivo para justificar a elaboração do estudo em questão.

Desta forma, observou-se um interesse pelo desenvolvimento deste estudo a partir da observação de relatos de idosos e do conhecimento expresso em estudos que descrevem a utilização de meios “alternativos” no tratamento, como por exemplo, da pressão arterial elevada. Acredita-se na importância de enfermeiros e demais profissionais da saúde conheçam e discutam as práticas de saúde tradicionais e historicamente firmadas em relação ao uso de plantas medicinais, para que possamos atuar de forma efetiva e eficaz na resolução dos reais problemas de saúde, aliando o conhecimento popular ao científico.

Estes relatos estão sendo observados há oito anos em uma farmácia que dispensa alopáticos em grande quantidade, em uma Unidade Básica de Saúde. Analisando os pacientes e seus retornos com tantas lamentações à respeito dos sintomas e doenças que persistem, dos problemas advindos do uso indiscriminado desses mesmos remédios. Observando também a frequência na farmácia do grupo de idosos que fazem uso desses alopáticos em grande escala, o mesmo que já carrega em si todo um sistema de funcionamento do corpo debilitado e com seus órgãos internos já desgastados e sobrecarregados, fazendo uso de medicações fortes e que não reduz o seu consumo, pelo contrário, só aumenta a dosagem e quantidade. Visando todos esses aspectos, pode-se perceber a importância de um método de tratamento menos agressivo e que fosse resolutivo, dando origem a este estudo em questão.

A unidade em questão não possui um profissional específico para tratar os idosos, possui um Grupo de idosos que é acompanhado por uma nutricionista, que prescreve plantas medicinais e fitoterapia há mais ou menos um ano. A mesma, junto ao grupo, fez uma hortinha de plantas medicinais (ANEXO V). E esse mesmo grupo se reúne para fazer exercícios, e compartilhar seus conhecimentos. Dessa forma, os idosos ficam em descoberto com relação a acompanhamento especializado de um profissional, como um geriatra ou um fitoterapeuta. O atendimento é feito à população em geral pela Clínica Médica.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é conhecer os hábitos quanto ao uso racional das plantas medicinais de um grupo de idosos de uma Unidade de Saúde Pública, levantar mais informações à respeito das plantas medicinais e o conhecimento dos idosos, podendo assegurar de maneira eficaz e rentável os cuidados primários de

saúde com recursos locais, podendo ser extensivo para outras faixas etárias, além de conhecer os métodos e modelos assistenciais integrados para beneficiar às demandas para uma melhor qualidade de vida e sobrevida.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a Utilização de Plantas Medicinais por idosos de uma Unidade de Saúde de Campo Grande, Rio de Janeiro, como ponto de partida para promover a discussão sobre a implantação da fitoterapia local.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- . Realizar um levantamento das plantas medicinais utilizadas pelo grupo de idosos;
- . Conhecer os usos que os idosos fazem das plantas medicinais;
- . Identificar o interesse dos idosos, gestores e profissionais de saúde, na implantação da fitoterapia na unidade de saúde;
- . Discutir a possibilidade da implantação da fitoterapia na unidade de saúde.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 ÁREA DE ESTUDO**

O estudo foi realizado com o Grupo de Idosos do Posto de Saúde Mario Victor, situado no bairro de Campo Grande, pertencente a Divisão Administrativa Setorial 5.2 (Fig 1). Campo Grande é um bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro, que fica a 45 km do centro da cidade, de classe média com porções de classe média alta. Sua ocupação remonta a 17 de novembro de 1603, devendo-se, sobretudo aos inúmeros trabalhos jesuíticos na região. O bairro possui cerca de 328.370 habitantes de acordo com o Censo 2010, sendo considerado o mais populoso do município do Rio de Janeiro. Cobre uma área de 11.912,53 hectares, sendo o terceiro bairro mais extenso da cidade, com mais de 120.049 domicílios. O bairro ocupa a 82ª posição (dados 2000) dentre os bairros da cidade em relação ao índice de desenvolvimento humano com índice de 0,810. O IDH-L (Longevidade) é de 0,747, IDH-E (Educação) é de 0,931 e IDH-R (Renda) com índice de 0,751.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações



## **6.2 REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS**

Utilizou-se a abordagem qualitativa, de cunho exploratório, tendo como fonte direta dos dados, entrevista com idosos, gestores e profissionais de saúde. Os questionários foram aplicados no período de agosto a outubro de 2011. Foi garantido o anonimato dos entrevistados. Todas as entrevistas foram escritas (Triviños, 1987).

### **6.2.1 ENTREVISTAS COM IDOSOS**

Foi aplicado um questionário com 25 questões (Anexo 1), a 54 usuários do posto de saúde com idade de 60 anos ou mais, lúcidos e orientados no tempo e no espaço, que autorizaram sua participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Foram adotados como instrumentos de coleta de dados a observação simples e a entrevista semi-estruturada. Através da técnica da observação simples, buscou-se conhecer como o Grupo da Terceira Idade se relaciona com a questão das plantas medicinais. Já a entrevista permitiu conhecer essa realidade através do discurso de cada integrante do grupo.

### **6.2.2 ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Foi aplicado o questionário com 11 questões a 27 profissionais de saúde trabalhadores do posto de saúde (Anexo 3).

### **6.2.3 ENTREVISTAS COM GESTORES DA ÁREA DE SAÚDE**

Foi aplicado um questionário a três gestores públicos: a diretora do Posto de Saúde Posto de Saúde Mario Vitor de Assis Pacheco, a gestora do Programa Municipal de Plantas Mediciniais e Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro, e a gestora da Área Programática de Saúde 5.2.

### **6.2.4 ASSOCIAÇÃO DOS NOMES POPULARES DAS PLANTAS MEDICINAIS AOS NOMES CIENTÍFICOS**

Este estudo não é um levantamento etnobotânico, e também pela natureza de uma monografia de especialização e seu tempo de elaboração, não é possível realizar a coleta das espécies relatadas nos questionários para que a identificação científica pudesse ser realizada. Como as pesquisas sobre as espécies e seus usos são realizadas utilizando os nomes científicos, é essencial que se tenha esta informação. Portanto, os nomes científicos foram obtidos através da análise dos usos relatados com o conhecimento já adquirido e disponível na literatura sobre as espécies mais utilizadas. Neste sentido, quando a espécie não era muito comum, mesmo tendo a informação do nome científico, optou-se por não utilizar o nome científico. Quando a planta relatada possui o mesmo nome comum para várias espécies botânicas diferentes e muito semelhantes, também se optou por não escolher nenhum deles.

Quanto à associação dos usos relatados com o que é encontrado como uso na medicina tradicional, a bibliografia referência foi Lorenzi & Matos, 1998, pelo fato desta publicação ser um levantamento do que existia neste período, levando em consideração estudos científicos do uso tradicional e popular, com e sem respaldo em testes de eficácia e segurança. Estes autores são muito respeitados, e notadamente a maioria dos usos estão relatados. Um dos autores tem reconhecido conhecimento na área, é o fundador do Projeto “Farmácias Vivas” do Ceará, que é um dos mais antigos e importantes Projetos de fitoterapia do Brasil e da América Latina, o ilustre professor Francisco José de Abreu Matos, falecido em dezembro de 2008. O outro autor é também ilustre em sua área, o botânico Harri Lorenzi, e a correta identificação botânica e o uso das plantas medicinais estão unidas nesta publicação.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 GRUPO DA TERCEIRA IDADE**

As pessoas se mostraram muito interessadas no tema, e se sentiram capazes de responder, pelo fato de se identificarem com o tema que faz parte de seu cotidiano.

Os idosos entrevistados são todos participantes do grupo Raio de Sol que freqüentam o Centro Municipal de Saúde Pública em Campo Grande. Tem sido encontrado um número maior de idosos do sexo feminino. A procura predominante de qualidade de vida, atividades, profilaxia e conhecimento, são das mulheres.

## **7.1.1 CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS – GRUPO DA TERCEIRA IDADE**

### **7.1.1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO**

Apenas 11 % dos idosos entrevistados moram sozinhos, e a metade deles está aposentada. A grande maioria (93%) possui renda (39% de um salário mínimo, e 61% de 2 a 3 salários mínimos). Em relação a escolaridade, apenas 31% tem segundo grau completo.

### **7.1.1.2 CONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA**

A maioria dos entrevistados declarou ter ouvido falar em fitoterapia (67%), e a maior parte deles faz uso de plantas medicinais (89%). Estes dados não surpreendem pelo fato da população ter uma forte relação com as plantas medicinais, e seu uso tradicional e popular ser bastante difundido por questões culturais, econômicas e inclusive ambiental, já que Campo Grande é um bairro que ainda possui bastante área verde. Porém, o fato de terem já ouvido falar em fitoterapia surpreende, e pode ser um indicativo de um maior interesse por parte destes usuários, que pode estar relacionado a sua busca por um maior conhecimento que possa dar apoio a este uso declarado. Já a declaração de que o efeito terapêutico foi satisfatório, e que não houve nenhum efeito colateral, pode ser contestado, já que não houve nenhum acompanhamento médico. No entanto, devemos considerar a relevância do conhecimento e vivência destas pessoas no assunto, fato que deve ser respeitado. Estes dados denotam a importância da realização de atividades relacionadas a correta utilização, no que refere a dosagem, identificação correta da planta, parte que possui ação terapêutica, tempo de uso, modo de preparo e conservação e interação. A importância de considerar este fato, lembrando do uso descontinuado que pode estar relacionado a não confiança e tradição do uso (que fortalece a manutenção do uso).

O PNPMF ressalta a importância do uso seguro e racional das plantas medicinais e fitoterápicos, e o papel do SUS no acolhimento aos usuários no sentido de deixá-los a vontade para declarar este uso, é fundamental, principalmente nas unidades básicas de saúde. A maioria dos entrevistados declarou não informar aos profissionais de saúde o uso de plantas medicinais (73%), fato que pode ser um indicativo da baixa confiança dos usuários nos profissionais de saúde no que tange ao acolhimento a este tipo de uso,

mostrando que a ampliação das opções terapêuticas ofertados pelo SUS conforme preconiza o PNPMF ainda não está ocorrendo. Dos 14 usuários que relataram este uso, 10 o fizeram para o profissional da clínica médica, 3 para nutricionistas, 1 para o pediatra, 1 para o gastroenterologista e 2 para os cardiologistas. Este dado não deve necessariamente corresponder a uma escolha ou afinidade por determinada especialidade, mas provavelmente uma correlação com a disponibilidade de determinados profissionais nas unidades básicas de saúde.

Todos os entrevistados declararam conhecer algum tipo de plantas medicinal e seu uso. Foram mencionados 72 tipos de plantas, e mais de 20 usos diferentes, e relatado para a maioria delas, mais de uma ação terapêutica (Tab.1). A espécie mais utilizada foi o boldo com 28 citações, seguido da erva cidreira com 25, e do capim limão com 23, quebra pedra com 14, erva doce com 12, camomila e saião com 10. Estas espécies estão associadas à ação calmante, combate as queixas do trato digestivo (fígado, estômago) e urinário. A maioria dos usos declarados foi descrita pela literatura usada como referência, com algumas exceções 12 das 72 espécies. Estes usos não encontrados na literatura podem estar relatados em literatura específica para a área de etnobotânica, que não foram exploradas neste trabalho. Foi observado que alguns usos relatados estão relacionados aos usos citados na bibliografia, como ser considerado com efeito para pressão alta ou diabetes pelo fato de ser diurético, ou ser considerado com ação para baixar o colesterol pelo fato de ser depurativo. No entanto cabe ressaltar que houve apenas dois casos de usos que devem ter maior análise para sua análise de risco. Porém, não foram objetivos deste estudo analisar a dosagem, frequência e tempo de utilização, concomitância com medicamentos alopáticos relacionados, parte da planta utilizada, ou modo de utilização. Na comparação com o que é referido na literatura foram encontrados dois usos que devem ser observados com cuidado como a utilização da erva de santa Maria contra vermes, que deixou de ser utilizada na prática médica por causa de sua toxicidade. A erva de são João deve ser utilizada apenas em seu estado vegetativo (sem flores) porque os alcalóides tem efeito hepatotóxico. Algumas espécies possuem efeito abortivo e, portanto, não podem ser utilizadas por gestantes. Estas e outras questões relacionadas ao uso seguro poderiam estar sendo discutidas com os profissionais de saúde, caso os usuários se sentissem a vontade para declarar estes usos, daí a importância do acolhimento desta prática e da implantação da fitoterapia.

É importante relatar que os usuários também relataram ter dificuldades na

identificação das plantas medicinais (73%), o que fortalece a importância de ações que fomentem o uso seguro e racional. Porém, devemos considerar estas ações como fortalecedoras do conhecimento popular e/ou tradicional e não como inibidoras do uso. Várias atividades podem ser desenvolvidas na unidade como etapas para implantação da fitoterapia, ou pelo menos como ações de acolhimento ao uso de plantas medicinais e empoderamento destes usuários, uma delas pode ser a realização de oficinas de identificação botânica onde os usuários poderiam trazer as plantas que utilizam, e pesquisadores convidados poderiam confirmar a identificação e conversar sobre as confusões que podem surgir. As oficinas chamadas como “Rodas de conversa” do Projeto Profito da Fiocruz, podem ser levadas para unidade, integrando agricultores, outros usuários, pesquisadores e profissionais da saúde. Nesta oficina os usos são declarados e a ação terapêutica e efeitos colaterais são discutidos, tudo com respeito ao conhecimento popular/tradicional. Desta forma, o debate é aberto, novos atores vão se integrando e a possibilidade da implantação da fitoterapia vai se fortalecendo. O Programa de Fitoterapia de Maringá, por exemplo realiza oficinas semelhantes conhecidas como “hora do chá” com muito sucesso.

Das espécies informadas, 32 pertencem à lista de plantas medicinais de interesse ao SUS, a RENISUS, que é considerada estratégica e foi elaborada com base em informações científicas do uso destas espécies. Este fato é altamente relevante e demonstra como os usos relatados pelos idosos têm respaldo científico e são indicações do conhecimento deste grupo nesta área. 35 % das espécies utilizadas pelos idosos é nativa do Brasil e, portanto, seu cultivo poderá ser também uma atividade de conservação das espécies brasileiras e do conhecimento tradicional de nosso país.

Tabela 1. Resultado do levantamento das espécies utilizadas pelos idosos (nome comum e científico), origem, presença na RENISUS e usos relatados e comparação com a literatura considerada como referência (Lorenzi & Matos, 2008).

Planta (nome comum)	Citações (Número)	Usos declarados (utilizada para e/ou como:)	Espécie provável (nome científico)	Usos relatados		
				citados em Lorenzi e Matos, 2008	Presente na RENISUS	Nativa do Brasil
Abacate	4	Calmanete, fígado, rins e pressão alta	<i>Persea americana</i> Mill.	Sim	Sim	Não
Abajeru	2	Diabetes	<i>Chrysobalanus icaco</i> L.	Sim	Não	Sim
Abóbora	1	Verme	<i>Cucurbita pepo</i> L.	Sim	Não	Não
Agrião	1	Gripe	<i>Nasturtium officinale</i> R. Br.	Sim	Não	Não
Alcaçus	1	Estômago	<i>Polygala paniculata</i> L.	Sim	Não	Sim
Alecrim	3	Calmanete	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Não	Não	Não
Aloe vera	1	Estômago, cicatrizante, hemorróida	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. F.	Sim	Sim	Não
Alpiste	1	Pressão alta	Não encontrado			
Amor do campo	1	Inflamação no útero e ovário	<i>Desmodium adscendens</i> (Sw.) DC.	Sim	Não	Sim
Amora	1	Problemas hormonais	<i>Morus nigra</i> L.	Sim	Sim	Sim
Anador	1	Dor de cabeça	<i>Justicia pectoralis</i> var. <i>stenophylla</i> Leonard	Sim	Sim	Sim
Arnica	5	Contusão, tombo, esporão, pancada	<i>Solidago chilensis</i> Meyen	Sim	Sim	Sim
Aroeira	3	Feridas, cicatrização e inflamação	<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi	Sim	Sim	Sim

Arruda	1	Inchaço	<i>Ruta graveolens</i> L.	não	Sim	Não
Assa peixe	6	Pneumonia,gripe,expectorante,bronquite	<i>Vernonia polyanthes</i> Less.	não	Sim	Sim
Barbatimão	1	Inflamação	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.) Coville	Sim	Sim	Sim
Bicuíba	1	Dor	<i>Virola surinamensis</i> (Rol. Ex Rottb.) Warb.		Não	Sim
Boldo	28	Gastrite,figado,enjôo,ressaca,estomago, intestino	<i>Pectranthus barbatus</i> Andrews	Sim	Sim	Não
Boldo chileno	1	Fígado	<i>Vernonia condensata</i> Baker	Sim	Sim	Não
Cabelo de milho	7	Rins	<i>Zea mays</i> L.	Sim	Não	Não
Caju	1	Cicatrização de feridas	<i>Anacardium occidentale</i> L.	Sim	Sim	Sim
Calêndula	2	Estomago,furúnculo	<i>Calendula officinalis</i> L.	Sim	Sim	Não
Camomila	10	Calmante,digestão	<i>Chamomilla recutia</i> (L.) Rauschert	Sim	Sim	Não
Cana do brejo	6	Rins	<i>Costus spicatus</i> (Jacq.) SW.	Sim	Sim	Sim
Capim limão	23	Calmante, resfriado,cólica,diarréia Fígado, diabetes,	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Diarréia e resfriado não	Não	Não
Carqueja	8	emagrecimento,enjôo,digestão,febre	<i>Bacharis trimera</i> (Less.) DC.	Sim	Sim	Sim
Chapéu-de-couro	1	Colesterol	<i>Echinodorus grandiflorus</i> (Cham. & Schldtl.)	Sim	Não	Sim
Chipotó	1	Dor	Não encontrado			
Colônia	7	Pressão,cólica,colesterol	<i>Alpinia zerumbet</i> (Pers.) B.L. Burt. & R.M. Sm.	Colesterol não	Sim	Não
Confrei	1	Antibiótico	<i>Symphytum officinale</i> L.	Sim	Não	Não
Dente de leão	2	Depurativo do sangue,emagrecedor	<i>Taraxacum officinale</i> F.H. Wigg.	Depurativo não	Não	Não
Erva cidreira	25	Calmante,cólica,pressão	<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br.	Pressão não	Não	Sim
Erva de bicho	1	Frieira	<i>Polygonum hydropiperoides</i> Michx	Sim	Sim	Não
Erva doce	12	Cólica,calmante	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Calmante não	Sim	Não
Erva grossa	1	Intestino, cólica	<i>Elephantopus mollis</i> Kunth	Sim	Não	Sim
Erva macaé	2	Estimulante,enjôo,figado,dor de barriga	<i>Leonurus sibiricus</i> L.	Sim	Não	Não
Erva moura	1	Desinchar a perna	<i>Solanum americanum</i> Mill.	Sim	Não	Sim
Erva-de-santa-maria	4	Verme	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Sim	Sim	Sim
Erva-de-são-joão	2	Inflamação no útero e ovário,analgésico	<i>Ageratum conyzoides</i> L.	Sim	Não	Sim
Erva-tostão	1	Hepatite,limpar o fígado	<i>Boerhavia diffusa</i> L.	Sim	Não	Sim
Espinheira santa	2	Fígado e vesícula, coluna, estômago	<i>Maytenus ilicifolia</i> (Schrad.) Planch.	Coluna não	Sim	Sim
Gervão roxo	1	Infecção intestinal, cólica de fígado e estômago	<i>Stachytarpheta cayennensis</i> (Rich.) Vahl	Sim	Não	Sim
Goiaba	4	Diarréia,intestino,dor de barriga	<i>Psidium guajava</i> L.	Sim	Sim	Sim
Guaco	4	Pulmão,tosse,resfriado,osteoporose,bronquite	<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	Osteoporose não	Sim	Sim
Hortelã	8	Digestão,estômago,verme,calmante,garganta	podem ser várias espécies/variedades			
Hortelã pimenta	1	Calmante	Várias espécies possuem este nome popular			
Insulina	1	Diabetes	<i>Cissus verticillata</i> (L.) Nicolson & C.E. Jarvis	Sim	Não	Sim
Lágrima de nossa senhora	1	Rins	<i>Coix lacryma-jobi</i> L.	Sim	Não	Não
Laranja	5	Gripe,resfriado e febre	<i>Citrus aurantium</i> L.	Sim	Não	Não
Língua de sogra	1	Dor,figado	Não encontrado			
Losna	1	Rins,abortivo	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Rins não	Sim	Não
Louro	5	Digestão,estômago,figado,azia	<i>Laurus nobilis</i> L.	Sim	Não	Não
Malva	1	Dor de dente	<i>Malva sylvestris</i> L.	Sim	Sim	Não
Mate	1	Diurético	<i>Ilex paraguariensis</i> A. St.-Hil.	Sim	Não	Sim
Melão-de-são-caetano	2	Limpar sangue, pulmão,piolho	<i>Momordica charantia</i> L.	Pulmão não	Sim	Sim
Novalgina	2	dor,febre	Várias espécies possuem este nome popular			
Panacéia	1	Infecção urinária,cistite	<i>Solanum cernuum</i> Vell.	Sim	Não	Sim
Parietaria	4	Anti-inflamatória,rins	<i>Parietaria officinalis</i> L.	Sim	Não	Não
Pata de vaca	2	Diabetes	<i>Bauhinia forficata</i> Link	Sim	Sim	Sim
Picão	5	Rins,estomago, icterícia,figado	<i>Bidens pilosa</i> L.	Sim	Sim	Não
Pitanga	5	Gripe,resfriado,pressão,febre,calmante	<i>Eugenia uniflora</i> L.	Sim	Sim	Sim
Poejo	5	Tosse,resfriado, expectorante,bronquite	<i>Mentha pulegium</i> L.	Sim	Sim	Não
Quebra-pedra,erva-pombinha	14	Rins,antiinflamatório	<i>Phyllanthus tennellus</i> Roxb.	Sim	Sim	Sim
Quina cruzeiro	1	Estômago	<i>Strychnos pseudoquina</i> A. St.-Hil.	Sim	Não	Sim
Romã	4	Garganta	<i>Punica granatum</i> L.	Sim	Sim	Não
Rosa branca	1	Corrimento	Não encontrado			
Sabugueiro	1	Sarampo	<i>Sambucus australis</i> Cham. & Schldtl.	Sim	Não	Sim
Saco de velho	1	Ferida, frieira	<i>Calotropis procera</i> (Aiton) W.T. Aiton	Sim	Não	Não
Saião	10	Contusão, dor articular, gripe, cicatrizante, pulmão, catarro, dor, bronquite, antiinflamatório	<i>Kalanchoe brasiliensis</i> Cambess.	Sim	Não	Sim
Sene	1	Prisão de ventre	<i>Senna occidentalis</i> (L.) Link	Sim	Não	Sim
Tabueraba	1	Desidratação	Várias espécies possuem este nome popular			
Tanchagem	5	Garganta, estômago e inflamação	Várias espécies possuem este nome popular			

### **2.1.3 RELATIVO AO USO E CONHECIMENTO DA FITOTERAPIA**

A maioria dos entrevistados declarou fazer uso de plantas medicinais (89% ), no entanto, aqueles que haviam informado da primeira vez que não utilizavam (6 pessoas), quando questionados sobre exemplo de planta medicinais da qual fez uso, 4 deles informaram o uso e ainda disseram se deu certo Um dado surpreendente diz respeito ao fato de que 67% declarou conhecer a fitoterapia. Este saber demonstrou ser mais conhecida pelos usuários do que pelos profissionais de saúde. O que provavelmente deve estar relacionado ao interesse, uso tradicional e características culturais desta população.

Sobre a eficácia, 100% daqueles que declararam uso (52), informaram que deu certo e que o uso não apresentou efeitos colaterais. Quanto a informação do uso ao profissional de saúde, apenas 27% declarou fazê-lo, sendo este profissional em sua maioria, o clínico. Esta informação é super importante, pois é o principal fator de risco ao uso de plantas medicinais, e demonstra também um distanciamento e falta de confiança dos usuários nos profissionais de saúde. Este é um fato lamentável que está associado a vários fatores como mudança constante do quadro de profissionais, pouco tempo de consulta, etc. No caso da maior confiança no clínico pode dever-se ao fato de que este profissional normalmente é aquele que realiza uma anamnese mais completa e que tem que ouvir o paciente com mais cuidado.

### **2.1.4 PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO A FITOTERAPIA NO SUS**

Todos os entrevistados consideraram importante a divulgação do uso de plantas medicinais por parte dos profissionais de saúde, e gostariam de receber orientação sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Apenas 54 dos 55 entrevistados declararam interesse no fornecimento de PM e fitoterápicos na Farmácia das unidades, e na prescrição. A maioria dos entrevistados (76%) declarou que poderia se comprometer junto com a unidade na implantação de uma horta de PM para beneficiar a comunidade local, e aqueles que não podem foi por motivo de saúde ou por falta de tempo.

### **2.1.5 PARTICIPAÇÃO DO GRUPO DE IDOSOS NA IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA**

A maioria quer ajudar na horta (com mudas, sementes, mexendo na terra...), e a outra parte se interessa na orientação e divulgação do uso das plantas medicinais. Estes dados demonstram que há um grande interesse destes usuários em atuar diretamente na implantação da fitoterapia, e mais do que isto poderiam ser os atores fundamentais, já que foi demonstrado neste estudo um grande conhecimento das plantas e seus usos. Estes usuários normalmente possuem tempo para atuar nas unidades, e podem ter sua qualidade de vida e auto-estima fortalecida pelo fato de estarem atuando naquilo que acreditam e conhecem, sendo valorizados e ajudando a comunidade.

## **2.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Foram entrevistados 27 profissionais que atuam na unidade, em diversas especialidades, tais como: psicólogo, nutricionista, enfermeira, farmacêutico, administrador, médico, assistente social, agente administrativo, dentista, pediatra, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, pessoal da limpeza, auxiliar administrativo, técnico em informática, oficial de farmácia e técnico de enfermagem. Todos trabalham há mais de dois anos na unidade. Todos referiram conhecer pouco a fitoterapia. Todos relataram ser importante o acolhimento desta opção terapêutica. Dos 27 entrevistados, sete disseram que não gostariam de se aprofundar nessa opção terapêutica. Ao perguntar o principal desafio havendo possibilidade de implantar a fitoterapia, sete profissionais informaram que haverá aceitação por parte dos pacientes; cinco referiram resistência dos médicos; cinco acreditam que capacitar os profissionais seria o maior desafio; quatro acham que não há local, nem materiais adequados, e seis deram diferentes respostas, incluindo ausência de resposta. Em relação ao ponto favorável para implantação, oito informaram ser mais uma opção de tratamento; oito informaram reduzir gastos com medicação; seis informaram diminuir interações medicamentosas, diminuindo também os efeitos colaterais e seis deram respostas diversas, incluindo ausência de resposta. Quando perguntado do interesse em apoiar a implantação da fitoterapia na unidade 25 responderam afirmativamente. Oito profissionais não mostraram interesse em capacitação em fitoterapia.

## **2.3 GESTORES**

Foram entrevistados três gestores. Em relação aos gestores, a gestora do PMPMF/RJ, declarou estar há 4 anos coordenando o programa; a assessora da coordenadora da CAP está nesta função há 2 anos e a diretora da unidade de saúde há 5 anos. Em relação ao conhecimento de fitoterapia, as gestoras da Unidade e da CAP referiram ter pouco conhecimento. Há o interesse por parte das duas gestões, tanto da Unidade quanto da CAP, em implantar a fitoterapia nessa unidade. Porém as gestoras referidas acima acreditam que o maior desafio será conquistar e despertar o interesse dos profissionais para desempenhar o trabalho, ou seja, profissionais com envolvimento. E o ponto favorável referido pelas duas gestoras acima, seria o espaço da Unidade e o apoio da SMSDC/RJ. Tanto a gestora da CAP quanto da Unidade em estudo acham que haverá boa aceitação por parte dos usuários, pois, segundo a gestora da CAP, muitos já apóiam a idéia de reduzir o uso de medicamentos. A mesma gestora informou que poderia dar apoio a implantação incentivando gestores e profissionais de saúde a implantar em todas as unidades da CAP 5.2. Já em relação a gestora do PMPMF/RJ, referiu não conhecer ainda a unidade em questão, mas já há o interesse em três unidades da CAP 5.2, as quais concorrerão à Certificação Unidade Amiga das Plantas Medicinais, porém ela não informou se a unidade em questão estaria entre essas três. Segundo a gestora citada acima, o maior desafio tem sido o controle de qualidade dos fitoterápicos manipulados pelo Pólo de Produção de Medicamentos Fitoterápicos e os Recursos Humanos. De acordo com seu relato o Programa tem recebido maior apoio da Fiocruz e do Jardim Botânico. Ela informou que até junho desse ano teriam 36 unidades com a fitoterapia implantada. Acrescentou que, faz parte dessa gestão ampliar as ações do Programa nas unidades de saúde do RJ.

## **8 CONCLUSÃO**

O estudo foi baseado na observação profissional de uma funcionária da unidade, que tem como formação o curso de graduação em enfermagem, com o grupo da terceira idade de uma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro, direcionando a fitoterapia e plantas medicinais. A formação profissional com o conhecimento, através da cultura dos idosos,

poderá diminuir os custos da Atenção Básica trabalhando com ênfase na promoção e prevenção da saúde da população.

Na unidade de saúde em estudo, foi observada a necessidade de se complementar o tratamento dos usuários. Em especial o Grupo da Terceira Idade, com o uso racional das plantas medicinais e a fitoterapia, já que a unidade oferece um tipo de serviço com esse fim, porém ainda precário. Observa-se que haverá uma boa aceitação por parte do grupo e dos funcionários.

Educação é emancipação, portanto, deve instrumentalizar e preparar o indivíduo para escolher livremente os melhores caminhos para a vida que se quer levar em sociedade e em comunhão com a/natureza.

São necessárias medidas de conscientização dos usuários e educação dos profissionais de saúde para que o uso racional das plantas medicinais seja disseminado. Há grupos como crianças, idosos, lactantes, gestantes e portadores de doenças graves que merecem atenção especial e não podem utilizar a Fitoterapia de maneira indiscriminada, devendo levar em consideração as dosagens e contra-indicações. Além disso, é importante ressaltar que há possibilidades de interação medicamentosa entre a Fitoterapia e o uso de alopáticos, tornando ainda mais necessária a conscientização da população e o cuidado com a auto-medicação.

De acordo com os resultados apresentados, observa-se que o número de idosos do sexo feminino participantes foi maior que o do sexo masculino. Provando que as mulheres se preocupam em buscar mais qualidade de vida e prevenção.

Todos os dados apresentados mostraram uma grande possibilidade da realização da implantação da fitoterapia local, pelo fato do alto interesse e conhecimento do grupo de idosos que inclusive podem ser protagonistas desta conquista. Pelo interesse dos profissionais e gestores, que muitas vezes são relatados nas pesquisas como a maior dificuldade para a implantação da fitoterapia.

É fundamental relatar que a nutricionista da unidade já vem prescrevendo e atuando em uma pequena horta local. Quanto a questão dos recursos, poderia ser resolvido através do desenvolvimento de um projeto de implantação da fitoterapia que pode ser enviado ao Ministério da Saúde, e há editais e outras fontes de financiamento. Estas ações devem ser realizadas com base neste estudo e devem ser fortalecidas através da gestão participativa, com envolvimento inclusive dos agricultores locais da

Associação de Produtores Orgânicos da Pedra Branca que já foram capacitados e são usuários também das unidades de saúde de Campo grande, constituindo assim um modelo sócio produtivo de plantas medicinais participativo.

Algumas ações poderiam ser realizadas na unidade:

- 1) Realização de palestras/cursos sobre identificação correta de plantas medicinais;
- 2) Diálogo com o PMPMF/RJ sobre a real possibilidade de implantação da fitoterapia na unidade de saúde;
- 3) Realização de um seminário que reúna usuários, profissionais de saúde, agricultores e gestores para apresentar os dados e discutir de forma participativa um projeto de implantação da fitoterapia na unidade.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMASSY JÚNIOR, Alexandre; LOPES, Reginalda Célia; ARMOND, Cíntia; da SILVA, Francieli; CASALI, Vicente Wagner Dias. Folhas de Chá – plantas medicinais na Terapêutica Humana. UFV: Viçosa, 2005.

ALONSO, Jorge. Tratado de Fitomedicina: Bases clínicas e farmacológicas. Argentina, Rosário: Corpus Libros, 1998.

ALVIM et al. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Rev Latino-am Enfermagem, v.14, n.3, mai./jun. 2006. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

ANDERSON, LA and phillipson, JD. Herbal medicine education and the pharmacist. Pharm Journal 1985, 233, 303-5.

BERTONCELLO, S.L.; SCAPOL, M.E.S.; PINTO, G.C.F.; TOZONI-REIS, M.F.C.; DINIZ, R.E.S. Educação Ambiental e terceira idade: análise de um processo de conscientização. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL – EPEA, 2., 2003. São Carlos . Anais... São Carlos, 2003.

BORGES, M. C. M. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: VON SIMPSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Orgs.) As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2003.

BOTSARIS, et al. Memento terapêutico – Fitoterápicos – Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF, 2006b.

CASCAES, E. A.; Falchetti, M. L. & Galato, D. 2008. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil Arquivos Catarinenses de Medicina, v.37, n.1.

D'ARCY PF. Adverse reactions and interactions with herbal medicines. Part 2. Drug interactions. Adverse Drug react Toxicol Reviue 1993. 10, 147-62.

DE SMET ET AL. Adverse effects of herbal drugs 1992. Berlin: Springer Verlag vol. 1.

DE SMET ET AL. Adverse effects of herbal drugs 1993. Berlin: Springer Verlag vol 2.

DEBOYSER P. Traditional herbal medicines around the globe: modern perspectives. Swiss Pharma 1991, 13, 86-9.

DI STASI, et al. Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica – São Paulo, 2002.

DUKES MNG. Remedies used in non-orthodox medicine. Side effects of drugs annual, 1. Amsterdam: Excerpta Medica 1997, 317-8.

European Scientific Cooperative for Phytotherapy (ESCOP). Ptopasal for European Monographs 1990, vol. 1, 1992 vol. 2 e 3.

EVANS WC. Treasa and Evans' Pharmacognosy 1989, 13<sup>th</sup> Ed. London: Bailliere Tindall.

FERRO, D. Fitoterapia – conceitos clínicos – São Paulo: Atheneu, 2008.

FERRO, Degmar. Fitoterapia: conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu, 2006.

[http://portal.saude.gov.br/portal//politica\\_plantas\\_medicinais\\_fitoterapia](http://portal.saude.gov.br/portal//politica_plantas_medicinais_fitoterapia) em 05/10/11.

<http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1648749-plantas-medicinais/#ixzz1t4IUyD2H>

JORDAN, B. *et al.* Do treinamento à aprendizagem na nova economia. In: CASALI, A. et al. (Org.). *Educação e empregabilidade: novos caminhos da aprendizagem*. São Paulo: EDUC, 1997.

KELLER K. Phytoterapy on the European level. European Phytotelegram 1994, 6, 40-9.

LAMEIRA, et al. Plantas medicinais: do cultivo, manipulação e uso à recomendação popular – Belém: Embrapa, 2008.

LAROCCA, P. O ensino de psicologia da educação sob o olhar de licenciados e licenciandos. In: AZZI, R. G.; SADALLA, A. M. F. A. (Orgs.). *Formação de professores: discutindo o ensino de Psicologia*. Campinas: Alínea, 2000.

LEONARD-BARTON, D. *Nascentes do saber: criando e sustentando as fontes de inovação*. RJ: FGV, p. 367, 1998.

LORENZI, et al. *Plantas Medicinais no Brasil. Nativas e exóticas – São Paulo: Instituto Plantarum, 2008.*

MATTOCKS AR. *Chemistry and toxicology of pyrrolizidine alkaloids*, New York: Acaemic Press 1986.

MS. *A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos – Brasília, 2006.*

MS. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Brasília, 2006.*

NERI, A. L. *Atitudes e crenças sobre a velhice: análise do conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002*. In: VON SIMPSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Orgs.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Alínea, 2003.

NEWALL CA, ANDERSON, LA, PHILLIPSON, JD, *Plantas Medicinas: Guia para profissional de saúde*. Ed. Premier, 2002.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus, p. 358, 1997.

Org. Bia Costa. *Uma experiência de saúde alternativa no RJ – Capina, 2004.*

PHILLIPSON JD. *Quality assurance of medicinal*. In: Franz C, Seitz R and Verlet N. *World Congress on medicinal and aromatic plants for human welfare, quality, phytochemistry, industrial aspects, economic aspects*. Acta Horticulturae 1993.

*Quality of Herbal Remedies. The Rules Governing Medicinal Products in the European Community 1989, vol. III; 31-7.*

*Quality of Herbal Remedies. The Rules Governing Medicinal Products in the European Community 1992, vol. IV; 127-9.*

*Quality of Herbal Remedies. The Rules Governing Medicinal Products in the E. Community .*

SAAD, et al. Fitoterapia Contemporânea – Tradição e ciência na prática clínica – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARTORI, E.R. Conhecimento e uso de plantas medicinais por idosos, para tratamento de algumas doenças mais freqüentes nesta faixa etária em Rio Claro, SP. 2004.

SARTORI, E.R. Conhecimento e uso de plantas medicinais por idosos, para tratamento de algumas doenças mais freqüentes nesta faixa etária em Rio Claro, SP. 2004. Monografia (Bacharelado) - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.

SCHILCHER, Heinz. Fitoterapia na Pediatria – Guia para médicos e farmacêuticos. Alfenas: Ciência Brasiliis, 2005.

SCHUMPETER, Joseph Alois .Teoria do desenvolvimento econômico, São Paulo, Abril Cultural, 1982 .

SIANI, Antonio. Plataforma metodológica – Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, F. L. A.; Oliveira, R. A. G. & Araújo, E. C. 2008. Uso de plantas medicinais pelos idosos em uma Estratégia Saúde da Família. Revista de Enfermagem da UFPE On Line, v. 2, n.1.

SPENDER, J. C. Gerenciando sistemas de conhecimento. In: FLEURY, M. T.; OLIVEIRA JR., M. M. (Org.). *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas, 2001.

TESKE, et al. Herbarium – Compêndio de fitoterapia – Curitiba: Herbarium Lab. Bot., 2001.

TISSERAND R AND BALACS T. Essential oil safety. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995.

TUROLLA, Mônica Silva dos Reis; NASCIMENTO, Elizabeth de Souza. Informações toxicológicas de alguns fitoterápicos utilizados no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 42, n. 2, abr./jun., 2006.

VEIGA Jr, V. F. 2008. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, v. 18, n.2.

WAGNER, Hildebert e WISENAUER, Markus. *Fitoterapia – Fitofármacos, Farmacologia e Aplicações Clínicas*. 2.ed. São Paulo: Pharmabooks, 2006.

[WWW.rio.rj.gov.br/smsdc](http://WWW.rio.rj.gov.br/smsdc) em 05/10/11.

ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, p. 175, 1999.

10º Encontro de estudos avançados em plantas medicinais – Araxá, 2010.

Disponível na Internet – Via Google

*Redes: uma Nova Forma de Atuar.*

*Conectando Pessoas, Tecendo Redes.*

*Rede: uma Estrutura Alternativa de Organização.*

WWW. *Redes uma Introdução às Dinâmicas da Conectividade e da Auto-Organização.*

## ANEXO I

### Roteiro de entrevista para idosos

#### Características socioculturais e econômicas:

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Mora sozinho (a)?  sim  não
- 4) Com quem mora (grau de parentesco)?
- 5) Endereço: Rua/estrada ... n° ... Bairro:...
- 6) Está aposentado?  sim  não
- 7) Qual sua profissão? (independente de estar aposentado)
- 8) Grau de escolaridade:  1° grau .....  2° grau  3° grau
- 9) Tem renda?  sim  não
- 10) Valor da renda:  1 salário  2-3 salários  4-5 salários  mais que 5 salários
- 11) Você já ouviu falar em fitoterapia?  sim  não
  
- 12) Quais plantas medicinais você conhece?
  
- 13) Você saberia informar para que serve cada planta citada?
  
- 14) Faz uso de plantas medicinais?  sim  não
  
- 15) Dê o exemplo de uma planta medicinal da qual fez uso, e para que?
  
- 16) Deu certo?  sim  não
  
- 17) Apresentou efeitos colaterais?  sim  não
  
- 18) Você informou ao profissional de saúde que estava fazendo uso de PM?  sim  não. Qual profissional?
  
- 19) Você tem dificuldade em identificar as plantas medicinais?
  
- 20) Você acha importante que os profissionais da saúde divulguem mais a respeito das plantas medicinais e seus benefícios?
  
- 21) Você gostaria de receber orientação sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Posto de Saúde?  sim  não. Por que?
- 22) Você gostaria que a Farmácia do Posto de Saúde fornecesse plantas medicinais e fitoterápicos?  sim  não
  
- 23) Você gostaria que os profissionais de saúde do Posto de Saúde prescrevessem plantas medicinais e fitoterápicos?  sim  não
  
- 24) Você se comprometeria junto com a unidade de saúde em cultivar uma horta medicinal em benefício da comunidade local?

25) A partir dessa nossa conversa em que você poderia contribuir para essa proposta?

## ANEXO II

Roteiro de entrevista para profissionais

- 1) Qual é o seu Campo de atuação?
- 2) Há quanto tempo trabalha na Unidade?
- 3) Você conhece fitoterapia? ( ) sim ( ) não
- 4) Qual o seu grau de conhecimento? ( ) pouco ( ) suficiente ( ) muito
- 5) Gostaria de se aprofundar? ( ) sim ( ) não
- 6) Na rotina de seu trabalho vc tem identificado usuários com vínculo com Plantas Medicinais? ( ) sim ( ) não
- 7) Vc acha importante o acolhimento desta opção terapêutica? ( ) sim ( ) não
- 8) Vc se interessa em apoiar a implantação da fitoterapia nesta Unidade? ( ) sim ( ) não
- 9) Havendo possibilidade de implantar a fitoterapia, qual o principal desafio?
- 10) Qual o ponto favorável para esta implantação?
- 11) Vc tem interesse em capacitação em fitoterapia? ( ) sim ( ) não

## ANEXO III

Roteiro de entrevista (Questionário) para gestores: Gestor local, Gestor da CAP Campo Grande e Gestora do PMPMF-RJ

- 1) Há quanto tempo trabalha no Programa (anos)? E como gestora?
- 2) Qual tem sido o maior desafio?
- 3) De onde (instituição) o Programa tem recebido maior apoio? Que tipo de apoio?
- 4) Atualmente quais unidades de saúde tem fitoterapia implantada?
- 5) O Programa gostaria de atender outras unidades? ( ) Sim ( ) Não
- 6) Qual a principal dificuldade para este atendimento?
- 7) O Programa oferece capacitação a profissionais de saúde? ( ) Sim ( ) Não
- 8) Conhecer o interesse dos usuários e profissionais de saúde das unidades ajudaria no apoio a implantação da fitoterapia em novos locais? ( ) Sim ( ) Não Pq?
- 9) O Programa tem registro de solicitações das unidades de saúde para o apoio a implantação da fitoterapia? ( ) Sim ( ) Não Pode dar exemplos?
- 10) Você conhece o Centro Municipal de Saúde Mário Vitor de Assis Pacheco? ( ) Sim ( ) Não
- 11) Já visitou a unidade? ( ) Sim ( ) Não. Qual foi o ano da última visita?
- 12) O programa em algum momento já havia pensado em dar apoio para implantação da fitoterapia na CAP 5.2? ( ) Sim ( ) Não Pq?
- 13) Caso a referida unidade solicitasse apoio para implantação da fitoterapia local, do programa teria interesse em atender? ( ) Sim ( ) Não Pq?

#### ANEXO IV

Vivenciei uma crise renal. Entre as idas e vindas à emergência, foi feita uma Tomografia de Abdômen Total para localizar o cálculo. O mesmo se encontrava proximal ao rim, logo o urologista solicitou uma cirurgia de emergência, para evitar uma infecção.

Pedi ao mesmo para que eu pudesse retornar após 3 dias, para ver se eu conseguia expelir o cálculo, contando com a poderosa mão de Deus e da ação das plantas medicinais, obra das mãos do mesmo Deus. O médico permitiu, desde que eu fizesse uso de um antibiótico para prevenção da infecção. Eu topei, apesar das dores intermitentes. Logo que cheguei em casa comecei fazendo uso de chá de parietária, casca do côco, cabelo de milho, cana do brejo, casca de abacaxi. E também de uma fórmula que uma pessoa amiga faz em sua casa para doação, que contém: panacéia, parietária, chapéu de couro e quebra pedra. Fazendo uso de 30 gts em ½ copo com água 3x/dia.

Nesse ínterim, em que as cólicas eram lancinantes, minha mãe relatou que ia colher quebra pedra no quintal. Minha mãe é uma senhora idosa de 74 anos, ela fez o chá da planta rasteira e avermelhada, ou seja, a planta tóxica (da espécie *Euphorbia serpens*). Ao passar a crise, vi que a erva que ela utilizara não era quebra pedra para uso interno. Fiz uso indevido, não me prejudicou pois ingeri pouca dosagem.

Enfim, 4 dias após, eu havia eliminado o cálculo. Retornei ao urologista. O mesmo se impressionou, pois segundo ele, o cálculo se encontrava em local difícil de se expelir. E me questionou que tipo de chá eu havia tomado?? Logo, me livre de cirurgia, uso de cateter por 3 meses, e que, para retirada precisaria de outra cirurgia. Esse é meu relato pessoal que reafirma a importância do uso das plantas medicinais de forma racional.

ANEXO V

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO E HORTA MEDICINAL

