

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SUBSÍDIOS PARA A INTRODUÇÃO DO USO DE FITOTERÁPICOS NA REDE
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR.**

**CURITIBA
2004**

MARISA INES TOMAZZONI

**SUBSÍDIOS PARA A INTRODUÇÃO DO USO DE FITOTERÁPICOS NA REDE
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem - Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Rejane
Bonato Negrelle
Co-Orientadora: Profa. Dra. Lia Rieck

**CURITIBA
2004**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL – COORDENAÇÃO DE PROCESSOS TÉCNICOS

Tomazzoni, Marisa Ines

Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel / PR / Marisa Inês Tomazzoni. – 2004. 113f. : il., tabs.

Inclui bibliografia

Orientadora: Profª Drª Raquel Rejane Bonato Negrelle

Co-orientadora: Profª Drª Lia Rieck

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Plantas medicinais. 2. Saúde pública – Cascavel (PR). 3. Etnobotânica. 4. Ervas – Uso terapêutico. I. Negrelle, Raquel Rejane Bonato, 1956-. II. Rieck, Lia, 1962-. III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDD 615.321

Andrea Carolina Grohs CRB 9/1.384

TERMO DE APROVAÇÃO**MARISA INES TOMAZZONI****SUBSÍDIOS PARA A INTRODUÇÃO DO USO DE FITOTERÁPICOS NA REDE
BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/ PR.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau Mestre – Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Co-orientadora: _____

Profa. Dra. Lia Rieck

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná

Profa. Dra. Solange Zaniollo

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná

Profa. Dra. Maria de Lourdes Centa

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 06 de dezembro de 2004

Dedicatória

Dedico esta dissertação às comunidades que fazem parte da área de abrangência da Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes, região de Cascavel – PR, e em especial à Equipe de Saúde desta Unidade, pela atenção e carinho com os quais fui recebida durante a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todos os momentos em que a Ele me dirijo e, em que por meio da Sua resposta, se fortalece a minha caminhada.

Aos meus pais, por entenderem a minha ausência nos diversos fins de semana em que me dediquei a este estudo.

À minha família, pelo apoio recebido.

À minha orientadora Profa. Dra. Raquel R. B. Negrelle, grande responsável por esta caminhada, pelo entendimento dos meus limites e paciência demonstrada durante todo o tempo em que me orientou neste estudo.

À Profa. Dra. Maria de Lourdes Centa, pela contribuição e carinho com que sempre me tratou.

À Profa Deborah G. Schneider, pela importante contribuição quanto à metodologia na coleta de dados deste trabalho.

À enfermeira Maria Lucia F. Rizzotto, pela contribuição com seu saber.

Ao enfermeiro Rubens Griep, pelo companheirismo e disponibilidade em me auxiliar sempre que a ele me dirigi.

Aos demais professores e colegas do mestrado, pela aprendizagem e troca de experiências.

Às amigas Mara, Sandra e Salete, pelos belos momentos compartilhados.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, pela dispensa parcial das minhas atividades como docente.

À Secretaria de Saúde do Município de Cascavel, por ter permitido que pudesse participar deste curso dispensando-me das minhas atividades profissionais nos períodos que foram necessários.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
RESUMO.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	6
1.1.1 Objetivo Geral.....	6
1.1.2 Objetivos Específicos.....	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 POLÍTIAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA INFLUÊNCIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	8
2.2 ALGUNS ASPECTOS SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS	23
2.3 A FITOTERAPIA NA ATUALIDADE.....	26
2.4 A FITOTERAPIA COMO RECURSO APROPRIADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
2.5 A ETNOBOTÂNICA COMO ELEMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	35
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	40
3.2 UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES.....	43
3.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS COMUNIDADES ATENDIDAS PELA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES.....	45
3.4 METODOLOGIA	47
3.4.1 População amostral - usuários	48
3.4.2 População amostral - Unidade de Saúde	52
3.4.3 População amostral - Gestor Municipal de Saúde.....	52

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	54
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO AMOSTRADA.....	54
4.2 LEVANTAMENTO ETNOBOTÂNICO JUNTO AOS USUÁRIOS DA USF NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	55
4.3 ACEITAÇÃO DO USO DE FITOTERÁPICOS PELOS DIVERSOS SEGMENTOS ENVOLVIDOS COM A USF NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES.....	81
4.4.1 Usuários	81
4.4.2 Profissionais da USF	81
4.4.3 Gestor Municipal de Saúde.....	84
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	85
5.1 Proposta	88
5.2 Recomendações	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA O LEVANTAMENTO ETNOBOTÂNICO	111
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE SAÚDE....	112
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O GESTOR MUNICIPAL. DE SAÚDE	113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Município de Cascavel (área urbana)	41
Figura 2	Mapa do Município de Cascavel (área rural)	41
Figura 3	Número de famílias por comunidade pesquisada	44
Figura 4	Incidência de indivíduos representativos em levantamento etnobotânico realizado nas comunidades da área de abrangência da USF Nossa Senhora dos Navegantes, Município de Cascavel, PR.....	44
Figura 5	Equipe de Saúde da USF Nossa Senhora dos Navegantes	45
Figura 6	Vista panorâmica da região pesquisada	46
Figura 7	Demonstrativo da população amostra I- usuários	49
Figura 8	Famílias participantes e pesquisa de campo	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Incidência de indivíduos representativos de diferentes faixas etárias em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR.....	55
Tabela 2	Espécies vegetais citadas em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR, com respectivas famílias e nomes vulgares	57
Tabela 3	Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR	61
Tabela 4	Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR.	69
Tabela 5	Incidência de indivíduos representativos de diferentes faixas etárias em pesquisa de opinião realizada junto aos profissionais de saúde vinculados a UBS N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR.....	82

RESUMO

TOMAZZONI, Marisa Ines. **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/Pr.** 2004. 124 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba/Paraná.

O presente estudo teve como objetivo ampliar o conhecimento sobre a relação da comunidade de Cascavel com o uso de plantas medicinais, visando gerar subsídios para o planejamento e introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/PR. Além de informações gerais sobre a população amostrada e sobre o uso de plantas medicinais, buscou-se averiguar como este conhecimento foi adquirido e quais as fontes de obtenção das espécies utilizadas. Adicionalmente, buscou-se comparar os resultados obtidos com a bibliografia especializada, no sentido de saber se há discrepância quanto ao uso popular e o conhecimento científico das plantas indicadas. Para tanto, executou-se pesquisa exploratório-descritiva baseada em levantamento bibliográfico e levantamento etnobotânico. A amostra foi composta por 50 famílias pertencentes à área de abrangência da Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes, pela equipe de saúde e pelo gestor municipal de saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista com questões fechadas e semi-estruturadas. Para a análise e discussão dos resultados organizaram-se blocos temáticos, sendo o primeiro composto pelo levantamento etnobotânico junto aos usuários da USF e aceitação do uso de fitoterápicos pelos diversos segmentos envolvidos com a USF (usuários, equipe de saúde e gestor). O segundo bloco representa a interlocução dos dados para a discussão conjunta e a proposição aos diversos segmentos envolvidos no projeto. Em relação às famílias entrevistadas, 96% relataram o uso de fitoterápicos cuja informação foi geralmente transmitida pelos seus ancestrais, e 100% responderam que deles fariam uso para tratamento de problemas de saúde. O gestor local de saúde e 92,9% dos profissionais de saúde da USF manifestaram-se favoráveis à implantação de um programa de uso de fitoterápicos. Foram registradas 271 referências etnobotânicas englobando 75 etnoespécies. A família Asteraceae foi a que englobou o maior número de espécies citadas (16 spp), seguida pela família Labiateae (14 spp). As espécies mais citadas foram: *Mentha* sp (37 entrevistas) e *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf. – capim limão (30). Foram registradas 40 propriedades terapêuticas distintas relacionadas ao uso doméstico, sendo que as mais citadas foram: digestiva (76%), calmante (43%), antigripal (37%), analgésica (30%), entre outras. Pôde-se averiguar que 50% das plantas citadas como de uso terapêutico apresentam algum grau de toxicidade ou contra-indicação de uso. Também, registraram-se, junto à comunidade estudada, algumas discrepâncias entre as indicações de uso, forma de preparo e dosagens e aqueles citados na bibliografia consultada. No transcorrer do presente estudo, percebeu-se que a utilização de plantas na terapia popular, pela comunidade de usuários da USF N. Sra. dos Navegantes, é bastante difundida e presente. A transferência do conhecimento etnobotânico nesta comunidade, aparentemente, segue os padrões de comunidades tradicionais, não havendo indicativos de bloqueios ou rupturas neste processo na população avaliada. Entretanto, o uso sem orientação médica apropriada é um fator de preocupação que deve ser considerado pelos atores sociais do setor de saúde bem como por aqueles envolvidos na educação comunitária, dada a incidência de espécies com registro de toxicidade e contra-indicações de uso. Frente aos resultados obtidos na pesquisa etnobotânica junto aos usuários em associação ao alto índice de aceitabilidade do uso de plantas medicinais obtido junto aos profissionais de saúde da USF N. Sra. dos Navegantes, considera-se oportuna e adequada a implantação de Programa de Uso de Fitoterápicos na Rede Pública de Saúde do Município de Cascavel.

Palavras-chave: Plantas medicinais, etnobotânica, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

TOMAZZONI, Marisa Ines. **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/Pr.** 2004. 124 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba/Paraná.

This study aimed to amplify the knowledgement about the relationship of the community from Cascavel city with the use of the medicinal plants, wondering to generate subsidies to the planning and introduction of the Phitotherapics use at Health Basic System from Cascavel city in Paraná. Besides general informations about the population showed and about the use of medicinal plants, it was checked how this knowledge was acquired and what are the sources of obtainment of the used species. Besides that, it was compared the obtained results with the specialized bibliography, wondering to know if there is a divergence regarding popular use and scientific knowledge of the indicated plants. For this reason, it was executed the descriptive-explorer research based in bibliographic and. The sample was composed by 50 families from the embracing areas of the Family Health Unit (USF) Nossa Senhora dos Navegantes, by health team and health manager from the city. For the collecting of the datas, it was used an interview with closed questions and partly-structured. For the analyses of the results it was organized thematic blocks, being the first one, composed by ethnobotanical survey with the users of USF and Phitotherapics acception of the several segments involved with the USF, (users, health team and manager). The second block represents the inserting between datas for discussion and proposition to several segments involved in the project. Regarding interviewed families, 96% reported the use of phitotherapic whose information was generally transmited by their ancestrals and 100% answered that they would use the same ones to the health problems treatment. The Health local manager and 92,9% of the health professionals from USF said that they agree with the establishment of a phitotherapic program. 271 ethnobotanical references were registered involving 75 ethnospecies. The *Asteraceae* family had the greater number of species mentioned (16 spp). Followed by Labiateae (14spp) family. The most mentioned species were: *Mentha* sp (37 interviewing) and *Cymbopogon citratus* (DC) stapf. – lemongrass (30). 40 different therapeutical properties related to domestic use were registered. The most mentioned ones were: digestible (76%), calmative (43%), antiflu (37%), analgesic (30%), among others. It could be checked that 50% of the mentioned plants to the therapeutic use, presents some degree of toxicity or non-indication of use. It was also registered some divergences in the studied community among the use of indicatives, ways of preparing and doses besides those ones mentioned in the reserched bibliography. During the present study, it was realized an use of plants on the popular therapy, by users community of the USF Nossa Senhora dos Navegantes. It is so much diffused and present. The transference of ethnobotanical knowledge in this community, follows the patterns of traditional communities, having no indicatives of blockers or ruptures in this process in the evaluated population. However, the use without medical orientation is a worrying factor that must be considered by social actors from the health sector, as well by those ones involved in the communitary education, because of the incidence of species with register of toxicity and non-indication of use. Considering the obtained results in the ethonobotanical research with the users in association to high index of acceptance of the medicinal plants use with the health professionals from USF Nossa Senhora dos Navegantes. It considers to be oportune and adequate to the phitotherapics Using Program at Public service of Health in Cascavel city.

Key-words: medicinal plants, ethnobotanic, primary attention to health.

1 INTRODUÇÃO

O tema “plantas medicinais na atenção básica a saúde” está diretamente interligado à nossa trajetória profissional enquanto enfermeira, docente do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), na disciplina de Saúde Coletiva e a experiências anteriores como funcionária da Secretaria de Saúde do município de Cascavel/PR.

Esta temática tornou-se mais consistente a partir da constatação de que, simultaneamente ao uso de medicamentos alopáticos, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz uso de plantas medicinais com fins terapêuticos, muitas vezes desconhecendo a possível existência de toxicidade e mesmo sua comprovada ação terapêutica, forma correta de cultivo, preparo, indicações e contra-indicações, acreditando que, por serem plantas medicinais, não são prejudiciais à saúde, independente da forma e quantidade utilizada.

Constatou-se também que, na maioria dos casos, a divulgação do uso das plantas com finalidade terapêutica é feita de maneira informal, sendo estes conhecimentos, muitas vezes, transmitidos de geração a geração, tendendo a se restringir a determinadas culturas. É importante analisar as implicações que o uso indiscriminado de plantas medicinais pode ter na assistência à saúde e como os profissionais de saúde poderiam empregar este recurso terapêutico de forma eficaz.

Acredita-se ser função da equipe de saúde assistir ao paciente, à família e à comunidade, planejando a assistência com base na cultura da população, utilizando os recursos disponíveis, ajudando a comunidade a melhorar seu nível de saúde. Para isso, necessita possuir conhecimentos sobre as propriedades terapêuticas das

plantas usadas, seu preparo, indicação, cuidados e dosagem e, ainda, aprender a compreender como as pessoas destas comunidades percebem o processo saúde/doença.

No âmbito da Secretaria de Saúde, percebeu-se também que se conjugam dois modelos de atenção à saúde: o modelo assistencial sanitarista e o modelo médico-assistencial privatista. O modelo assistencial sanitarista se caracteriza pela prática de enfrentar os problemas de saúde por meio de campanhas e de programas. As formas de intervenção por meio de campanhas e programas têm seu foco de atenção direcionado apenas para determinados problemas/doenças e grupos considerados em risco de adoecer ou morrer.

Em contrapartida, o modelo médico-assistencial privatista, como denomina Cecílio (1997), tem, entre outras características, a prática de atendimento clínico, centrada na relação médico-paciente, e no tratamento/cura de doenças. A tônica desse modelo é a procura espontânea dos indivíduos pelos serviços de saúde quando se sentem doentes. A lógica destes modelos apresenta limitações, sendo que eles não dão conta de interferir e resolver os problemas de saúde da população, encarecem os custos com a atenção, medicalizam a sociedade, excluem as práticas alternativas (entre elas a fitoterapia) e retiram a autonomia de as pessoas de se autocuidarem.

Quanto ao uso de plantas com fins medicinais, a população insatisfeita com o sistema convencional de saúde, devido à percepção de suas limitações e devido às reações adversas comumente causadas pelos medicamentos e, ainda, buscando descobrir soluções alternativas para as doenças, continua fazendo uso de plantas, demonstrando que esta prática no cuidado à saúde permanece presente, contribuindo para o crescente uso das terapias não convencionais (FURNHAM;

BHAGRATH, 1993). E, ainda, continua a crença difundida de que o que é natural não faz mal, portanto as ervas não podem ser perigosas, de que apenas curam, o que direciona ainda mais ao consumo e aceitabilidade das terapias alternativas e, particularmente, da fitoterapia.

No entanto, o uso de plantas de forma indiscriminada pode causar sérios problemas de saúde. Segundo Schenkel (1995), algumas das mais tóxicas substâncias conhecidas são derivadas em geral de plantas, que são constituídas por uma diversidade de substâncias químicas que interferem nos processos fisiológicos normais, sendo então passíveis de causar efeitos nocivos, assim como terapêuticos.

Entretanto, a utilização de plantas medicinais cujas propriedades terapêuticas tenham sido comprovadas cientificamente pode ser um recurso terapêutico muito útil nos programas de atenção primária à saúde (MATOS, 2000).

O acesso a diferentes terapias medicamentosas está implícito nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A fitoterapia, por ser uma prática tradicional de saúde e já revelada em diversos estudos como de uso para fins terapêuticos para uma parcela significativa da população, poderia atender muitas das demandas de saúde da população usuária deste serviço.

Quanto aos modelos assistenciais vigentes na Secretaria de Saúde, o assistencial sanitarista e o médico-assistencial privatista, ambos apresentam limitações, o que justifica a tentativa do Município em buscar a mudança de modelo de atenção à saúde, ou, no mínimo, incorporar a esses, a prática de vigilância à saúde e o atendimento contínuo baseado no perfil epidemiológico da população local.

A busca em mudar o modelo de atenção ocorre pela tentativa do município

em implantar a Estratégia Saúde da Família, a qual se caracteriza pela identificação precoce das condições de risco nas quais as famílias estão inseridas, dando ênfase na prevenção de doenças. Para o Ministério da Saúde esta estratégia deve ser entendida como forma de universalidade e equidade da atenção e da integridade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas políticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Entende-se, no entanto, que a busca por um modelo assistencial que dê mais autonomia aos sujeitos, onde se pretende desenvolver a prática integral de atenção, compreendendo o ser humano como um todo e não como um conjunto segmentado e desagregado de sua realidade socioeconômica e cultural, passa pelo repensar as práticas de saúde, devendo estas serem redefinidas, construindo um modelo de atenção à saúde que esteja vinculado às condições de vida dentro das dimensões biológicas, políticas, psíquicas e sociais, dando prioridade à promoção e proteção da saúde.

A implantação de determinadas políticas de saúde depende de um conjunto de informações essenciais, que possam subsidiar a construção da situação da saúde local e a orientação do modelo de atenção. Dentre estas informações, é importante conhecer como as pessoas vivem, seus valores, suas crenças, seus costumes, enfim, fatores que possam estar interferindo no processo saúde/doença da população, constituindo-se numa estratégia importante para a melhoria de sua saúde.

Para Noronha (1990, p. 145), “a frustração do homem em resolver novos conflitos, novos distúrbios orgânicos ou psicológicos através dos recursos

consagrados pela ciência, leva-o a procurar alternativas na nossa sociedade”.

A busca de outras possibilidades terapêuticas, entre elas a fitoterapia, para resolução dos problemas de saúde, ou seja, a cura de doenças, demonstra que esta prática, além da ação terapêutica que tem sido comprovada em muitas das plantas utilizadas popularmente, representa parte importante da cultura de um povo e precisa ser valorizada.

Atualmente, planejadores do setor saúde estão incorporando este recurso nas políticas públicas de saúde, estimulando a implantação de programas de uso de fitoterápicos na atenção básica a saúde. Estão também incentivando estudos para a identificação de plantas localmente disponíveis, podendo estas ser uma possibilidade de recurso sustentável para as comunidades tradicionais e acrescentadas às listas de medicamentos que podem ser usados nos programas de assistência a saúde, desenvolvidos principalmente nas UBS.

Neste sentido, a identificação das plantas cultivadas pela população, a forma de cultivo e indicações de seu uso irão revelar possíveis problemas existentes nesse processo, ao mesmo tempo em que indicarão a potencialidade existente nas comunidades e região em produzir plantas medicinais para a utilização na rede municipal de saúde.

Desta forma, a existência de programa municipal de utilização de fitoterápicos poderia, além de oferecer mais uma possibilidade medicamentosa de fácil acesso à maioria das pessoas, converter-se em uma excelente alternativa de incremento de renda para pequenos agricultores locais.

A escolha da comunidade que abrange o território da Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes para a pesquisa foi fundamentada nos

seguintes fatores: tratar-se de população fixa, o que permite maior homogeneidade cultural e preservação e uso dos recursos naturais e interesse pelo tema fitoterapia, demonstrado por lideranças comunitárias no desenvolvimento de trabalhos em prol do resgate e valorização da cultura daquela população.

No que se refere ao âmbito cultural, busca-se a valorização do conhecimento humano. Quanto à aceitação do uso de fitoterápicos em Unidade de Saúde da Família (USF) (pesquisa de opinião) e ao levantamento etnobotânico, espera-se que estes possam servir de subsídios para a implementação de recursos terapêuticos na atenção primária à saúde, e que este conhecimento possa beneficiar uma parcela maior da população quanto ao tratamento de agravos à saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Ampliar o conhecimento sobre a relação da comunidade de Cascavel com o uso de plantas medicinais, visando gerar subsídios para o planejamento e introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/PR.

1.1.2 Objetivos Específicos

Realizar estudo etnobotânico de modo a identificar a utilização de plantas

medicinais na realidade da população da área de abrangência do projeto, buscando:

- Identificar espécies ainda não citadas na literatura como medicinais, ampliando o escopo das possibilidades fitoterapêuticas.
- Comparar a forma de uso das plantas medicinais utilizadas por esta população com a descrita na literatura, de modo a identificar incongruências e riscos de utilização inapropriada.
- Averiguar a aceitação do uso de fitoterápicos pelos diversos segmentos envolvidos com a Unidade de Saúde desta localidade, incluindo gestor municipal, equipe de saúde e usuários (pesquisa de opinião).
- Gerar conjunto de propostas e recomendações visando subsidiar o planejamento e introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/PR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUA INFLUÊNCIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

As políticas e instituições de saúde no Brasil desempenharam um papel histórico para a constituição e estabilização da ordem sociopolítica, papel que pode ser percebido e analisado ao longo dos períodos que marcaram as principais conjunturas de nossa história (LUZ, 1995).

Neste contexto, a Saúde Pública, a cada época, estabeleceu ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos, seguindo as tendências vigentes da sociedade e organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos.

Para Nunes (2000), a saúde pública se estrutura como uma política nacional de saúde a partir do início do século XX com a sistematização das práticas sanitárias. Frente ao processo de produção capitalista, baseado no modelo econômico agro-exportador, os governos sofrem pressão do capital para organizar a atenção à saúde visando à redução da mortalidade da mão-de-obra responsável em manter o processo de produção e acumulação do capital. Neste período houve um grande crescimento econômico no Brasil, no entanto, foi um período de crise socioeconômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café.

A mobilização da saúde pública, nessa época, tendo à frente Osvaldo Cruz como Diretor Nacional de Saúde Pública, organizando e implementando instituições

públicas de higiene, foi direcionada para a criação de grandes campanhas, como a vacinação em massa da população, com o objetivo de combater as epidemias urbanas, endemias rurais e controle da salubridade local.

A preocupação com a assistência à saúde estava voltada para o controle dessas epidemias e endemias, com o intuito de potencializar as exportações brasileiras (CONH, 1999).

Esse modelo de assistência ficou conhecido como campanhista, devido às campanhas realizadas para o combate das doenças, sendo estas norteadas por medidas autoritárias e baseadas apenas “na concepção ontológica e unicausal das doenças” (RIZZOTTO, 1999, p. 17). De acordo com Santana (1997), o modelo campanhista concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo autoritário de intervenção médica nos corpos individuais e sociais. Estas medidas de atenção à saúde trouxeram respostas aos problemas de saúde daquele momento histórico, porém, a longo prazo, não foram efetivas.

Nas décadas seguintes, com o desenvolvimento industrial e o crescimento do processo de urbanização, as funções atribuídas à Saúde Pública eram de higienização e disciplinarização das cidades e de seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem e da moral frente à reorganização dos modos de se viver nas cidades (NUNES, 2000).

A saúde pública neste período tem seu principal foco na preservação da força de trabalho, garantindo o crescimento industrial. Os trabalhadores das grandes indústrias criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que tinham como função a prestação de benefícios como assistência médica, aposentadorias e pensões apenas a seus contribuintes e dependentes (CONH, 1999).

O autor refere que a assistência à saúde se limitava a este segmento e o restante da população necessitava recorrer à assistência particular ou aos hospitais filantrópicos.

Com a ascendência e hegemonia do Estado populista, na década de 30, houve a unificação das CAPs que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos fundamentais para a economia agroexportadora, até então dominante (CONH, 1999).

As políticas de saúde, neste período, se caracterizaram por uma dicotomia institucional, onde a assistência à saúde caracterizou-se, basicamente pelo modelo médico-sanitário com duas vertentes: a epidemiológica, preocupada em controlar as doenças em escala social, e a clínica, que se baseava na necessidade de recuperar a força de trabalho (CONH, 1999).

O modelo campanhista predominava nos órgãos de saúde pública opondo-se ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, entretanto os dois modelos se mostraram burocratizados e ineficientes, havendo, conseqüentemente, um crescente problema de saúde tanto na população urbana como na rural. Nele foi percebido um impasse estrutural, envolvendo o conjunto de políticas sociais, sendo, então, proposto pelas elites progressistas que se fizessem, de forma imediata, as reformas de base e entre elas a reforma sanitária. A reação política das forças sociais conservadoras contrárias a estas propostas levou ao golpe militar de 1964, que centraliza fortemente o poder na esfera do governo federal (LUZ, 1995).

Em 1967, com o argumento de obter racionalidade financeira, o Estado intervém nos institutos (IAPs), ocorrendo a unificação deles no Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS). Esta medida foi acompanhada pela exclusão dos trabalhadores e empregadores da gestão da previdência, cabendo a estes apenas o papel de financiadores (BUSS; LABRA, 1995).

Concomitante a esta exclusão cresce a influência, junto à direção da previdência, principalmente das indústrias farmacêuticas, das indústrias de equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais (CORDEIRO, 1980).

Nesta época o governo militar fez suas principais alianças e investimentos nas instituições privadas do país e baixos investimentos, no que diz respeito à Saúde Pública. A valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa e individualizada.

Nos anos que se foram seguindo, estabeleceu-se uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores, aliando o campanhismo e o curativismo numa estratégia de medicalização social, onde a medicina se apropria do processo de tratamento e cura das doenças, e as demais profissões da saúde passam a ser suas auxiliares (RIZZOTTO, 1999).

A formação dos profissionais de saúde estava voltada à assistência curativista (modelo biomédico) seguindo as tendências econômicas do país e do mundo, vindo de acordo com interesses da elite capitalista. A ideologia dominante nesta época era fundamentada no modo de produção capitalista, com as atividades humanas submetidas às necessidades do lucro. A ciência passa a valorizar o desenvolvimento tecnológico servindo aos propósitos da sociedade burguesa, altamente consumista (OLIVEIRA et al., 2003). O autor afirma ainda que a valorização da ciência, atrelada à tecnologia, surgiu com os ideários positivistas e foi capaz de desencadear

profundas modificações na sociedade e nos projetos educacionais.

Quanto aos projetos educacionais, o autor refere-se à formação dos profissionais a partir da Reforma Flexner iniciada nos Estados Unidos, em 1910, quando houve “[...] a divisão em departamentos do ensino médico, sendo então criado o Hospital de Ensino, com a intenção de modernizar a prática médica, através de um ensino que incorporasse avanços tecnológicos emergentes à época”. (OLIVEIRA et al., 2003, p. 1). Esta formação, no entanto, estava desvinculada da realidade sanitária da população, voltada para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Este modelo de assistência foi chamado de modelo flexneriano, tendo como base a ciência e uma abordagem biocêntrica dos problemas de saúde e foi adotado não somente à formação do médico, mas a todos os profissionais da área de saúde. Neste sentido, o relatório de Flexner sugere uma hierarquização da educação médica, propondo uma estrutura discriminatória, com um elenco de recomendações para exclusões de práticas alternativas enfatizando a medicina curativa (OLIVEIRA et al., 2003).

Pode-se então afirmar que a medicina científica intensificada no século XIX excluiu todas as outras correntes de cuidado à saúde, principalmente no início do século XX, quando se adotou o modelo flexneriano.

A medicina assume compromisso com o biológico, separa a mente do corpo e faz prevalecer a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa. As doenças são compreendidas como processos individuais, naturais e biológicos (SIQUEIRA, 2000). Este modelo, norteador pelo paradigma positivista mecanicista, tendo como características uma forte tendência a não considerar a importância do papel da

sociedade da cultura sobre a base de seu conhecimento, e se opondo a visualizar o ser humano como um ser complexo, exerce um grande poder de intervenção nas doenças, porém perde-se a visão do todo, ou seja, o contexto saúde/doença, que tem dimensões ambientais, sociais, econômicas, espirituais e culturais.

Cabe ressaltar que o modelo assistencial biologicista, além de desconsiderar os fatores acima citados, caracteriza-se ainda por desenvolver a relação médico/paciente e serviços de saúde de forma autoritária, mercantilizada e tecnicizada. Tem ainda como tônica o saber científico em detrimento do saber popular, excluindo as demais práticas de saúde que não as “reconhecidas cientificamente”, portanto não reconhecendo ou não valorizando as práticas e possibilidades terapêuticas alternativas de cuidados à saúde, conseqüentemente, desenvolvendo uma estratégia de medicalização social (SIQUEIRA, 2000).

Acredita-se que a implantação do ensino, que incorporava os avanços tecnológicos da época, tenha trazido grandes benefícios para o desenvolvimento da técnica no campo da assistência médica, mas, no entanto, por ter seu enfoque na doença, trouxe inadequada compreensão do processo saúde/doença, que passou a ser visto apenas em sua dimensão biológica, desconsiderando-se outros fatores como as questões sociais, culturais, e de que a determinação da doença é multifatorial. Neste sentido, Oliveira et al. (2003 p. 2), referem que

[...] em termos gerais, a produção do conhecimento, nesse período, esteve subordinada ao capital e à sociedade do lucro. Neste caso, prevaleceu uma imposição quanto à formação dos profissionais de saúde, que deveria estar em consonância com o mercado de trabalho: na verdade, é da competência desse mercado traçar o perfil desses profissionais, não raro evidenciado incoerências acerca do seu saber-fazer e dos resultados do seu trabalho. O que se tem observado é a mercantilização da saúde, que passa a ter um valor e lucro no mercado capitalista. Dessa forma a sociedade foi incorporando as formas de assistência à saúde, predominantemente hospitalocêntrica, individual e com alta tecnologia.

Neste contexto, podemos afirmar que a economia direciona o modelo de assistência, bem como a prática dos profissionais de saúde, o que tem contribuído para um cuidado assistencialista, clientelista, individualista, curativista e com pouca resolutividade.

Em decorrência a este modelo de assistência à saúde, onde a tônica é o saber científico e a sua principal preocupação é com o indivíduo doente e não com a saúde da população no seu conjunto, reforça-se o processo de medicalização, de exclusão, do autocuidado, do saber popular e da autonomia do indivíduo. Autonomia entendida aqui como sinônimo de autodeterminação, independência, liberdade para fazer escolhas, tomar decisões ou selecionar um curso de ação sem controle externo. Frente a esta constatação, Illich (1975, p. 81) afirma que

[...] numa sociedade organizada em torno de suas salas de hospital, a maioria das pessoas não tem acesso aos tratamentos exigidos pelos médicos para eles próprios, e, simultaneamente, os remédios caseiros são denegridos, abandonados e retirados do mercado. Essas características estão inscritas nos próprios fundamentos do modo de produção industrial. A impotência, o aviltamento, a espoliação e o aprisionamento do consumidor em exigências cada vez mais severas aumentam a opressão de maior percentagem da população à medida que mais necessidades de base são definidas e satisfeitas pelo princípio de que as pessoas devem receber as coisas e não fazê-las elas próprias.

Segundo Barros (1995, p. 32), uma das conseqüências mais significativas do processo de medicalização é o aumento da dependência. Ele cita que as pessoas cada vez mais pretendem resolver seus problemas, sejam eles ou não classificados como “problemas médicos”, recorrendo aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, levando à hipervalorização da medicina e de seu instrumental técnico. Isto provoca também um “[...] aumento da perda da capacidade das pessoas na conquista de alternativas para a resolução de problemas vinculados a fatores de ordem extramédica”.

Outra consequência do processo de medicalização da sociedade foi o crescimento vultoso da indústria farmacêutica, fazendo com que atualmente o mercado farmacêutico brasileiro seja um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores. Há no país cerca de 50 mil farmácias, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações (BRASIL, 1999).

Outro dado importante, e que merece ser destacado, é que o consumo destes medicamentos tem sido feito a princípio pelos consumidores com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15% da população, sendo que estes consomem 48% do mercado total e têm uma despesa média anual de 193,40 dólares *per capita*.

Já os consumidores que apresentam uma renda entre quatro a dez salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consomem 36% do mercado e gastam anualmente em média 64,15 dólares *per capita*. O grupo de consumidores com renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares *per capita* (BRASIL, 1999).

Portanto, as possibilidades de autonomia parecem depender da lógica do modelo assistencial vigente, sendo necessário, no entanto, que questionamentos façam parte do cotidiano buscando ampliar o paradigma positivista de forma a possibilitar a real efetivação do trabalho coletivo, na assistência à saúde.

Como consequência ao processo descrito e com a predominância de um sistema de atenção médica massificado, centrado mais na lógica do lucro do que na saúde ou cura dos indivíduos, com o desenvolvimento de um ensino médico

desvinculado da realidade sanitária e mais voltado para a especialização, para a tecnologia e dependente das indústrias farmacêuticas e equipamentos médico-hospitalares, consolida-se uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente, e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1997).

Campos (1997) relata que o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde que se configurou no país foi o neoliberal, com várias modalidades assistenciais, tais como: trabalho assalariado; produtores autônomos; convênios com instituições; empresas e também estatais.

Para o autor, o modelo hegemônico contava com a intervenção mínima do Estado na regulação de suas ações e serviços, remetendo tal regulação para o mercado, o que produziu a mercantilização da assistência à saúde que, aliada a interesses empresariais e de alguns profissionais da área, dificultaram o estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado (CAMPOS 1997). Este mesmo autor relata, ainda, que esse modo hegemônico de produção em saúde que se estava estruturando no fim da ditadura, com a redemocratização da sociedade e o estabelecimento do Estado mínimo, criou suas contradições na maneira de gerar e gerir a assistência, não alcançando as metas propostas e também se mostrando insuficiente no atendimento à população.

Este modelo, denominado, por vários autores, como modelo médico-assistencial privatista, vigorou de forma hegemônica dos anos 1960 até meados de 1980 (MENDES, 1996).

No final da década de 1970, o país vivenciava uma crise generalizada com perda do poder aquisitivo dos salários, grande êxodo rural e aumento do número de pessoas à margem do sistema de assistência à saúde. Como consequência do modelo de atenção vigente, que se mostrou ineficiente e pouco resolutivo, os

serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social (LUZ, 1997).

Profissionais de saúde sensibilizados com esta crise, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acesso e tratamento da maior parte da sociedade, se mobilizam, unem-se com profissionais de outros setores, e começam a formular críticas ao modelo político-econômico praticado pela ditadura militar. Na área da saúde cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde, sendo este movimento denominado de *reforma sanitária*, cuja característica era a formulação do pensamento crítico à política de saúde vigente (CARVALHO, 2001).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído a princípio por uma parcela de intelectuais universitários e por profissionais da área da saúde, incorpora-se às lutas de outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (LUZ, 1997).

Para Fleury (1997), a reforma sanitária estava intimamente ligada à democracia, na medida em que havia, em suas propostas, formulações doutrinárias para o encontro de ideais igualitários e a tentativa de transformação das políticas públicas, através da regulamentação e responsabilização do Estado, pela proteção à saúde dos cidadãos.

Para o autor, a partir de então, o país entra em um processo de transição, para adoção desta nova política, marcada por muitas discussões quanto ao papel do Estado, poder, descentralização, participação social, transparência, criação de

conselhos de gestão. Este processo encontrou um grande impasse frente à necessidade de estruturação primária, pelo fato de a classe médica estar voltada para a medicina especializada e tecnicada, exigindo cada vez mais recursos para sua aplicação.

Neste cenário, surgem várias propostas para a implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, constituindo-se numa estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

O passo seguinte às AIS foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação destas.

No período de 1980 a 1990 se assiste ao enfraquecimento e queda da ditadura militar e o início do processo de transição democrática do país, acompanhado por uma profunda crise nas políticas de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e a promulgação da nova Constituição Federal, em outubro de 1988, retrata o resultado deste processo, desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A nova Constituição Federal enuncia os princípios fundamentais orientadores do funcionamento de toda a sociedade brasileira, dispondo, no título VIII, sobre a

Ordem Social, onde o Capítulo II, o da Seguridade Social, é composto por quatro seções, sendo estas: Disposições Gerais, da Saúde, da Previdência Social e da Assistência Social.

No capítulo da Seguridade Social está descrito o sistema oficial de saúde e o artigo 196 conceitua a saúde como

[...] um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação da saúde [...] e ainda afirma que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais (BRASIL, 1988).

O artigo 197 define que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e o artigo 198 trata da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de rede regionalizada de ações e serviços públicos de saúde, tendo como diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral preventivo/assistencial e a participação da comunidade. Os artigos 199 e 200 tratam, respectivamente, da assistência à saúde livre à iniciativa privada e sobre as competências do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Para que os direitos e deveres garantidos na Constituição pudessem ser usufruídos, fez-se necessária a elaboração de leis que os regulamentassem. Para tanto, elaboraram-se as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e Lei Federal nº 8.142/90). A Lei 8.080/90 dispõe sobre a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS. A Lei Federal nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências de

recursos (BRASIL, 1988).

Mediante esta legislação compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde integrando as ações assistenciais e as atividades preventivas, incluindo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica (CARVALHO, 2001).

Quanto à direção e ao financiamento do SUS, a primeira é única e exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: na esfera nacional, pelo Ministério da Saúde, nos Estados ou no Distrito Federal, pela secretaria de saúde ou órgão equivalente e na esfera dos municípios, pelas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes.

Quanto ao financiamento, o artigo 33 da Lei Federal nº 8080/90 descreve que este será oriundo do orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União, além de outras fontes. Esta descrição genérica tem provocado problemas, como cortes no orçamento e exclusão de fontes anteriormente destinadas à saúde, tendo como consequência a redução do orçamento para este setor. Isto fez com que vários setores propusessem uma emenda constitucional que fixasse percentuais tanto da União como dos Estados e dos Municípios para a área da saúde. Esta proposição culminou com a aprovação, no ano 2000, da Emenda Constitucional nº 29 (PEC 29), ficando determinado que a União deverá agregar 5% a mais ao orçamento da Saúde tomando como base o repasse do ano de 1999, e o reajuste fica atrelado à variação do Produto Interno Bruto; os Estados teriam que gastar no mínimo 7% dos seus orçamentos com saúde, chegando este percentual em 12% até 2004 e os Municípios devem aplicar 7% de seus orçamentos, chegando a 15% até 2004.

O SUS, sem dúvida, foi uma das maiores conquistas do povo brasileiro. No entanto, existe um conjunto de fatores negativos como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros, que tem se constituído em obstáculos para a sua concretização.

Outro ponto que merece destaque é que este modelo de assistência vem sendo desarticulado pela política neoliberal, política esta ditada por organismos internacionais, que pregam a liberdade individual e econômica sem a intervenção do Estado, como se este já tivesse oferecido as condições de igualdade a todos os brasileiros. Os ajustes sugeridos por estes organismos não medem as conseqüências da redução da atuação do Estado em uma população massacrada pela injusta distribuição de renda.

Para Paim apud Rouquayrol (1999, p. 473),

[...] o reconhecimento da complexidade da situação de saúde no Brasil, tanto em relação aos problemas de saúde da população quanto em relação àqueles referentes ao sistema de saúde, não significa uma impossibilidade absoluta de enfrentá-la. As intervenções necessárias para a melhoria dos níveis sanitários e para a garantia do acesso oportuno aos serviços de saúde dependem de medidas técnicas e administrativas, porém exigem mudanças de ordem econômica, política e cultural.

Merhy; Cecílio e Nogueira Filho (1991) propõem, para a democratização da saúde, um modelo de saúde que chamam de tecno-assistencial em defesa da vida, citando alguns princípios norteadores que viabilizam sua concretização: Gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores de serviços e governo); saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Para que esses princípios gerais se sustentem como elemento vital na configuração desse modelo de atenção em saúde, é de fundamental importância, segundo os referidos autores: o estabelecimento de uma relação bem firmada entre instituição/usuário, que permita o controle social e a organização de um processo de trabalho em saúde, que leve em consideração as necessidades do usuário.

Corroborando com Paim apud Rouquayrol (1999), Merhy; Cecílio e Nogueira Filho (1991), entende-se que, para enfrentar esta situação, são necessárias intervenções nos sistemas de serviços de saúde, visando à implantação de um modelo de assistência que possa transcender o conceito de saúde como a mera cura de doenças, garantindo o direito de cidadania onde os serviços públicos de saúde devem estar voltados para a defesa da vida individual e coletiva.

Estes autores entendem também que esta é uma prática complexa a ser construída e que implica inúmeros fatores que hoje permeiam a discussão para a efetivação do SUS, como um sistema de saúde que garanta os princípios descritos em sua legislação. Os dados descritos mostram-se como um desafio aos gestores de saúde assim como aos profissionais que se propõem a exercitar, na sua prática diária, os princípios do referido sistema. Além do aspecto jurídico legal, faz-se necessária a busca de respostas aos problemas no que se refere à sua organização, financiamento, infra-estrutura, que apontem os mecanismos que possibilitem sua efetivação.

Precisamos, ainda, refletir sobre o cuidado em saúde, para que possamos mudar muitas de nossas atitudes, redimensionando-as para uma prática mais conseqüente e concreta, superando o desafio da transformação a ser realizada, e, desta forma, colaborando para um sistema de saúde em que os direitos sejam igualitários.

2.2 ALGUNS ASPECTOS SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS

A história do uso de plantas medicinais tem mostrado que elas fazem parte da evolução humana e foram os primeiros recursos terapêuticos utilizados. As antigas civilizações têm suas próprias referências históricas às plantas medicinais e, muito antes de aparecer qualquer forma de escrita, o homem já utilizava as plantas e, entre estas, algumas como alimento e outras como remédio. Nas suas experiências com ervas, tiveram sucessos e fracassos, sendo que em muitas vezes estas curavam e em outras matavam ou produziam efeitos colaterais severos (DORTA, 1998).

A descoberta humana das propriedades úteis ou nocivas dos vegetais tem suas raízes no conhecimento empírico. A observação do comportamento dos animais e a verificação empírica dos efeitos da ingestão deste ou daquele vegetal no organismo humano teve um importante papel. Por exemplo, a observação de religiosas sobre os efeitos excitantes dos cafeeiros selvagens (*Coffea arábica* L.), nos herbívoros domésticos que os tinham ingerido, fez com que estas se utilizassem desses vegetais para prolongar o estado de vigília a que eram submetidas devido às suas piedosas ocupações.

Encontram-se também descritos relatos lendários relativos a descobertas das propriedades das plantas medicinais, muitas vezes atribuídas a uma intervenção divina (GOFF, 1997). Plantas com efeitos alucinógenos faziam parte de rituais religiosos e lhes foram atribuídos poderes de colocar os homens em contato direto com os deuses.

Nas referências históricas sobre plantas medicinais, podemos verificar que

existem relatos de seu uso em praticamente todas as antigas civilizações.

Eldin e Dunfort (2001) citam que a primeira referência escrita sobre o uso de plantas como remédios é encontrada na obra chinesa *Pen Ts'ao* (“A Grande Fitoterapia”), de Shen Nung, que remonta a 2800 a.C.

No Egito, antigos papiros mostram que a partir de 2000 a.C. um grande número de médicos utilizavam as plantas como remédio e consideravam a doença como resultado de causas naturais e não como consequência dos poderes de espíritos maléficos. No Papiro Ebers, que data de cerca de 1500 a.C., foram mencionadas cerca de 700 drogas diferentes, incluindo extratos de plantas, metais como chumbo e cobre, e venenos de animais de várias procedências (ALMEIDA, 1993). Neste mesmo papiro mencionam-se ainda fórmulas específicas para doenças conhecidas e, dentre as espécies que aparecem na lista estão incluídas algumas utilizadas por fitoterapeutas até hoje (ELDIN; DUNFORT, 2001).

Outros relatos demonstram, também, que desde 2300 a.C. os egípcios, assírios e hebreus cultivavam diversas ervas e traziam de suas expedições tantas outras, e com estas plantas criavam classes de medicamentos (MARTINS et al., 2000). Na antiga Grécia, as plantas e o seu valor terapêutico ou tóxico eram muito conhecidos. Hipócrates (460-377 a.C.), denominado o “Pai da Medicina”, reuniu em sua obra *Corpus Hipocratium* a síntese dos conhecimentos médicos de seu tempo, indicando para cada enfermidade o remédio vegetal e o tratamento adequado (MARTINS et al., 2000).

No Ocidente, os registros da utilização da fitoterapia são mais recentes, sendo suas primeiras prescrições datadas do século V a.C. No começo da Era Cristã, o grego Dioscórides, em sua obra “*De Matéria Medica*”, catalogou e ilustrou cerca de 600 diferentes plantas usadas para fins medicinais, descrevendo o

emprego terapêutico de muitas delas, sendo muitos os nomes, por ele apresentados, ainda hoje usados na botânica. Esta obra é tida como a principal referência ocidental para a área de plantas medicinais até o Renascimento, o que mostra sua importância (LORENZI; MATOS, 2002).

Na Bíblia, tanto no Antigo como no Novo Testamento, há muitas referências a plantas curativas ou seus derivados, como, por exemplo, o alôes, o benjoim, a mirra, entre outros. Na Idade Média, os eventos históricos que surgiram na Europa, como a ascensão e queda do Império Romano e o fortalecimento da Igreja Católica, exerceram enorme influência sobre todo o conhecimento existente na época. Por consequência desta influência, a medicina, o estudo e as informações sobre as plantas medicinais se mantiveram estagnados por um longo período.

Muitos dos escritos dos filósofos gregos também foram esquecidos e parte deles recuperados apenas no início do século XVI, por meio de versões em árabe. Foi assim que as obras de Dioscórides, Columela, Galeno e Plínio se tornaram consulta obrigatória para a época (MARTINS et al., 2000, p. 18). Este mesmo autor relata ainda que a arte de curar recebeu poderoso impulso dos alquimistas e, dentre eles, destaca-se Paracelso, que lançou as bases da medicina natural e foi um dos principais responsáveis pelo avanço da terapêutica.

A partir do século XIX, a fitoterapia teve maior avanço, devido ao progresso científico na área da química, o qual permitiu analisar, identificar e separar os princípios ativos das plantas.

No Brasil, a história da utilização de plantas, no tratamento de doenças, apresenta influências da cultura africana, indígena e européia (MARTINS et al., 2000). A contribuição dos escravos africanos com a tradição do uso de plantas medicinais em nosso país se deu por meio das plantas que trouxeram consigo, e

que eram utilizadas em rituais religiosos e também por suas propriedades farmacológicas empiricamente descobertas. Os índios que aqui viviam, dispostos em inúmeras tribos, utilizavam uma grande quantidade de plantas medicinais e, por intermédio dos pajés, este conhecimento, sobre as ervas locais e seus usos, foi transmitido e aprimorado de geração em geração. Os primeiros europeus que chegaram ao Brasil depararam-se com estes conhecimentos, que foram absorvidos por aqueles que passaram a viver no país e a partir da necessidade de viver do que a natureza tinha a oferecer localmente, assim como o contato com os índios que passaram a auxiliá-los como “guias”, fizeram com que estes ampliassem esse contato com a flora medicinal brasileira (LORENZI; MATOS, 2002).

A partir deste conhecimento, no Brasil, até o século XX, se fazia grande uso das plantas medicinais para a cura de inúmeras doenças, sendo esta prática uma tradição que foi sendo transmitida ao longo dos tempos. No entanto, com o advento da industrialização, da urbanização e o avanço da tecnologia no que diz respeito à elaboração de fármacos sintéticos, houve aumento por parte da população da utilização destes medicamentos, deixando-se de lado o conhecimento tradicional das plantas medicinais, que foram vistas como atraso tecnológico, levando, em parte, à substituição da prática de sua utilização na medicina caseira (LORENZI; MATOS, 2002).

2.3 A FITOTERAPIA NA ATUALIDADE

Para Grams (1999, p. 1), “[...] a crença popular de que uma simples planta funcionava para tratar doenças aos poucos foi sendo substituída pelo forte apelo dos

remédios [...], que atraíam os pacientes com a promessa de uma cura rápida e total”. Este conceito começa a ser modificado, considerando que os fitoterápicos têm conseguido um espaço cada vez maior na comercialização de medicamentos.

Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, assim como em países desenvolvidos, a partir da segunda metade dos anos 70 e década de 80 tem se verificado o crescimento das “medicinas alternativas” e, entre elas, a fitoterapia (LUZ, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que, atualmente, a prática do uso de plantas medicinais é tida como a principal opção terapêutica de aproximadamente 80% da população mundial (ALVES; SILVA, 2002).

Matsuda et al. (2002) demonstraram, no resultado de um estudo realizado por estimativa, que 50% dos europeus e mais de 50% dos norte-americanos fazem uso de fitoterápicos. No Brasil estima-se que o comércio de fitoterápicos seja da ordem de 5% do mercado total de medicamentos, avaliado em mais de US\$ 400 milhões.

Em outro estudo realizado por Gullo e Pereira (1998, p. 128), embasados em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrou-se que, em 1980, o mercado mundial de fitoterápicos e produtos naturais movimentou 500 milhões de dólares; para o ano 2000 a previsão era de que só a Europa registrasse um volume de vendas de 500 bilhões de dólares; no Canadá, as vendas crescem 15% ao ano e nos Estados Unidos chegam a 20%.

O valor dos produtos naturais, especialmente das plantas medicinais, para a sociedade e para a economia do Estado, é incalculável. Dados da AGENDA 21 dão conta de que um em cada quatro produtos vendidos nas farmácias é fabricado a partir de materiais extraídos de plantas das florestas tropicais ou de estruturas

químicas derivadas desses vegetais. Esses dados afirmam, ainda, que a venda oficial desses medicamentos no mundo atinge cerca de 20 bilhões de dólares/ano. Se a este valor for incluída a economia informal da utilização popular de plantas medicinais nos países do Terceiro Mundo e nos países desenvolvidos, este valor alcança a ordem de centenas de bilhões de dólares/ano (AGENDA 21, 2003).

No Brasil, os dados obtidos em levantamento realizado pelo Departamento de Comércio Exterior demonstraram que, em 1998, foram exportadas oficialmente 2.842 toneladas de plantas medicinais. De 1999 para 2000, as vendas de fitoterápicos aumentaram 15%, contra 4% dos medicamentos sintéticos e já atingem US\$ 260 milhões/ano. Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso são os maiores exportadores, principalmente para países como: EUA, Alemanha, Países Baixos, França, Japão, Portugal, Itália, Coreia do Sul, Reino Unido, Espanha, Suíça e Austrália (IBAMA, 2003).

O aumento no consumo de plantas medicinais em todo o mundo tem sido atribuído a diversos fatores e justificado de forma diferenciada. Para Lorenzi e Matos (2002), a preocupação com a biodiversidade e as idéias de desenvolvimento sustentável despertou um novo interesse e o uso das plantas é visto como forma de cooperar para a melhoria da qualidade de vida da população. Lorenzi e Matos (2002), Matsuda et al. (2002) relataram que este crescente mercado espelha, de certa forma, a busca da população mundial por uma melhor qualidade de vida e procura por métodos mais naturais e saudáveis de manutenção da saúde.

Para Simões et al. (1988), o crescente interesse ao uso de plantas medicinais está relacionado a vários fatores, entre eles o alto custo dos medicamentos industrializados, a crise econômica, a falta de acesso da população à assistência médica e farmacêutica e uma tendência dos consumidores em utilizar produtos de

origem natural.

Outros relatos justificam o aumento do consumo de fitoterápicos com o fato de que as populações estão questionando os perigos do uso abusivo e irracional de produtos farmacêuticos e procuram substituir os medicamentos industrializados por plantas medicinais.

Além dos fatores descritos, a ação terapêutica que tem sido comprovada em muitas plantas utilizadas popularmente, a “[...] insatisfação com o sistema de saúde oficial, a necessidade das pessoas da sensação de controle sobre seu próprio corpo e recuperação da saúde, tomando as práticas de saúde para si ou para sua família [...]”, são fatores que também estariam contribuindo para o aumento no consumo de fitoterápicos (LEITE, 2000, p. 5)

Neste contexto, podemos verificar que, em diversas épocas e culturas, o homem conviveu com os recursos naturais locais e especialmente com as plantas, onde encontrou um recurso terapêutico, o qual foi utilizado como fonte necessária para aumentar sua sobrevivência.

Verificamos que a utilização das plantas, como medicamento, é provável que seja tão antiga quanto o próprio homem. Quanto às práticas da medicina tradicional, observou-se que são baseadas em crenças existentes há centenas de anos, antes mesmo do desenvolvimento da medicina científica moderna e prevalecem até hoje, fazendo parte da tradição de cada país, onde passam de uma geração a outra e sua aceitação é fortemente condicionada pelos fatores culturais (MARTINS et al., 2000).

Além da crença sobre o poder de cura desta ou daquela planta, a fitoterapia evoluiu e sofisticou-se. A ação terapêutica de inúmeras plantas tem sido comprovada, em várias pesquisas desenvolvidas, e o aumento do consumo dessas

plantas tem sido constatado tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Portanto, o conhecimento sobre o poder curativo das plantas não pode mais ser considerado apenas como uma tradição passada de pais para filhos, mas como uma ciência, que vem sendo estudada, aperfeiçoada e aplicada por diversas culturas, ao longo dos anos.

2.4 A FITOTERAPIA COMO RECURSO APROPRIADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A medicina tradicional¹ tem sido difundida pelo mundo e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas. Este reconhecimento se deu em maio de 1978, por meio de uma resolução da XXXI Assembléia Geral desse organismo, que determinou o início de um programa mundial cuja finalidade era de utilizar e avaliar os métodos da chamada “medicina tradicional” (PLANTAS QUE CURAM, 1983, p. 7).

A medicina tradicional tem ainda sido reconhecida como um pilar essencial nos cuidados primários de saúde, sendo que sua principal contribuição tem sido com referência à descoberta de plantas medicinais (AKERELE, 1988).

Este mesmo autor diz ainda que a OMS “[...] tem estimulado os países a identificar e explorar os aspectos da medicina tradicional que fornecem remédios ou práticas seguras e eficazes para sua utilização em cuidados primários de saúde”

¹ A medicina tradicional conceitua-se como práticas baseadas em crenças, sendo parte da tradição de cada país, onde passa de uma geração a outra.

(AKERELE, 1988, p. 2).

Neste contexto, e frente à tendência generalizada de retorno à fitoterapia, a Assembléia Mundial de Saúde emitiu várias resoluções, sendo que a Resolução nº 29.72, de 1976, dispôs sobre a atenção para a reserva de recursos humanos constituída por praticantes da medicina tradicional; a Resolução nº 30.49, de 1977, recomendou aos países para usarem os seus sistemas tradicionais de medicina; a Resolução nº 31.33, de 1978, fez um apelo para uma abordagem ampla do tema “plantas medicinais”.

Em 1977, a Quadragésima Assembléia Mundial de Saúde, com a Resolução nº 40.33, reiterou os principais pontos das resoluções anteriores e das recomendações feitas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, convocada pela UNICEF, em Alma-Ata, 1978.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, foi declarado ser inaceitável a situação de saúde da maioria das populações, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, cabendo aos governos a responsabilidade pela saúde de seu povo, reconhecendo que o suprimento de medicamentos essenciais representa uma parcela significativa de despesas no setor da saúde.

Nesta mesma Conferência, como parte do plano de ação da Organização Mundial da Saúde para atender o objetivo “Saúde para todos no ano 2000”, foi incentivada a valorização das terapias tradicionais, entre elas a fitoterapia, sendo estas reconhecidas como recursos possíveis para a viabilização do objetivo proposto, como uma forma mais fácil e economicamente viável de aumentar a cobertura de atenção primária à saúde, nos países onde a estrutura de serviços é insuficiente (OMS/UNICEF, 1978).

Em março de 1978, a Conferência Internacional sobre Conservação de Plantas Medicinais, convocada pela OMS e realizada em Chiang Mai, na Tailândia, adotou a Declaração de Chiang Mai, que foi intitulada “Salvem as Plantas que Salvam Vidas”, colocando as plantas medicinais, o seu uso racional e sustentável e sua conservação, no cenário político e de interesse da saúde pública (AKERELE, 1988).

No Brasil este tema tem sido discutido em diversas oportunidades, como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi recomendada a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde (BRASIL, 1986).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em setembro de 1996, em Brasília, também propôs, em suas deliberações, incorporar no SUS as terapias alternativas e práticas populares. Incentivou, ainda, a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública, propondo o emprego de normas para a sua utilização após ampla discussão com os profissionais de saúde e especialistas (ELDIN; DUNFORD, 2001).

Em alguns países, a medicina tradicional é uma parte integrante do sistema formal de saúde, em outros permanece na forma de práticas particulares.

Atualmente muitos países da Europa e os Estados Unidos apresentam legislação para manufatura e veiculação de fitoterápicos (ALVES; SILVA, 2002).

No Brasil, desde janeiro de 2002, já se dispõe de legislação orientando sobre uso e comercialização destas substâncias. Quanto à produção e ao comércio de fitoterápicos, foram publicadas as Portarias nº 6 (1995) e nº 17 (2000), da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (MARQUES, 1996).

Com base nas recomendações acima descritas e de acordo com os estudos sobre programas de fitoterapia implantados em serviços públicos de saúde, constata-se que há um crescente interesse dos gestores municipais de saúde na implantação de programas de fitoterapia em unidades de saúde como alternativa medicamentosa.

Um destes programas foi implantado no município de Vitória/ES, onde, segundo relato da coordenadora do programa, a fitoterapia ressurgiu como uma opção medicamentosa bem aceita e acessível à população. Observou que o uso de fitoterápicos na atenção primária à saúde é tecnicamente apropriado, satisfazendo as necessidades locais e trazendo satisfação às comunidades e aos profissionais de saúde. Refere, também, que a prescrição de fitoterápicos não tem sido feita de forma indiscriminada e que os profissionais não trabalham incentivando a medicalização excessiva e, sim, a substituição do tratamento alopático pela aplicação de fitoterápicos. Observou-se que eles chegaram a obter uma economia em torno de 300%, após a produção própria de medicamentos fitoterápicos, cientificamente comprovada (ESPIRITO SANTO, 2003).

Outro exemplo de implantação de programa de uso de fitoterápicos na rede pública de saúde deu-se em Curitiba, no Paraná, onde a Secretaria Municipal de Saúde vem utilizando as plantas medicinais como opção terapêutica desde 1990. A fitoterapia tem sido enfocada como um recurso terapêutico médico e odontológico com critérios científicos. Este município desenvolve, em conjunto com diversos órgãos, o projeto Verde Saúde – Curitiba, que preconiza o uso de plantas medicinais com identificação botânica e consagrado uso farmacológico, em diversas formas farmacêuticas, visando à melhoria da qualidade dos produtos fitoterápicos. Em 2001, 81,90% das unidades de saúde já utilizavam a fitoterapia como opção terapêutica

(CURITIBA, 2003).

Há outros municípios no Brasil que implantaram o programa de uso de fitoterápicos na Atenção Básica a Saúde, como: Londrina/PR, Campinas/SP, João Pessoa/PE. Esses municípios avaliam os resultados deste programa como satisfatórios, tanto para o serviço como para os usuários do Sistema Público de Saúde.

Para Leite (2000, p. 12)

[...] o interesse por parte de gestores municipais na implantação de programas de uso de fitoterápicos na atenção primária à saúde, muitas vezes aparece associado apenas à concepção de que esta é uma opção para suprir a falta de medicamentos na impossibilidade de disponibilização destes, já que na maioria das vezes contabilizam-se os ganhos em custos gerados pela utilização dos fitoterápicos.

O autor afirma que, além da viabilidade econômica e da ação terapêutica que tem sido comprovada para muitas das plantas utilizadas popularmente, a fitoterapia representa parte importante da cultura de um povo, que não pode ser desconsiderada. No entanto, “a utilização de plantas medicinais tem sido muitas vezes considerada como um fato desvinculado da assistência à saúde como um todo e vista como simples medicamentação” (LEITE, 2000. p 12).

Hufford (1997, p. 736) também pontua que “um sistema de saúde que adota a fitoterapia deve incorporar um conjunto de atitudes, valores e crenças que constituem uma filosofia de vida e não meramente uma porção de remédios”.

O saber popular pode ser utilizado como base para a pesquisa científica sobre plantas medicinais, contribuindo com os profissionais da área de saúde no sentido de buscar subsídios para a introdução de outras espécies em programas de fitoterapia, na rede de atendimento básico de saúde, o que pode contribuir para o

sistema local de saúde e ajudar a desenvolver o potencial econômico inerente às plantas de valor medicinal (AKERELE, 1988).

Cabe, portanto, aos governos assegurar que a prática da medicina tradicional não seja prejudicial, adotando aspectos que são úteis e estejam de acordo com as crenças populares.

Os cuidados básicos de saúde requerem a utilização de todos os recursos locais apropriados e disponíveis para prestar assistência à saúde eficaz e de alta resolutividade. O uso adequado de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde representa um passo importante e mais uma alternativa medicamentosa a ser oferecida à população na tentativa de melhorar sua saúde e qualidade de vida.

2.5 A ETNOBOTÂNICA COMO ELEMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao longo da história da humanidade, a relação entre o homem e as plantas, ou seja, como os diferentes grupos humanos interagem com a vegetação, tem contribuído para o desenvolvimento de um ramo específico do conhecimento científico denominado etnobotânica (ARANDA, 1992).

O termo etnobotânica foi utilizado pela primeira vez em 1895 por Harshberger, que o definiu como “o uso de plantas por pessoas aborígenes”. Amorozo (1996) considera que embora Harshberger não a tenha definido, ele demonstrou formas de como a etnobotânica poderia ser utilizada para a investigação científica.

Após esta definição, este tema tem tido um grande avanço, sendo que poucas décadas depois foi considerada disciplina a qual foi reavaliada e organizada como ciência interdisciplinar de instrução e pesquisa em universidades (RAO, 1989).

John Ray, naturalista inglês, foi o primeiro a conceituar espécies vegetais na obra *Methodus Plantarum*, publicada em 1682, e, por meio da *Historia Plantarum*, realizou-se o primeiro tratamento sistematizado para todas as plantas conhecidas na Europa (DAVIS, 1991).

Em 1916, Robbins; Harrington e Freire-Marreco apud Schardong (1999, p.14) definem a área de etnobotânica incluindo todos os aspectos do estudo de plantas oriundas de sociedades humanas, onde consideram a etnobotânica como “o estudo e apreciação do conhecimento de todas as fases da vida das plantas entre sociedades primitivas, e o efeito do vegetal sobre a vida, os costumes, ponto de vista e história das pessoas destas sociedades”.

Nos anos 80 inicia-se uma nova fase para a etnobotânica, onde instrumentos de análise quantitativa são usados no sentido de analisar a relação entre diversidade biológica e cultural, bem como de avaliar a intensidade de uso dos recursos naturais pelas populações nativas (RODRIGUES, 1996).

Para Prance (1986, p. 119), “[...] um importante avanço da etnobotânica, que a torna uma ciência mais exata, é ter superado o status de mero catálogo de empregos de plantas interessantes”.

Gomez-Pompa (1982, p. 154), acredita que

[...] a etnobotânica não deve se engajar dentro de definições ou de limitar as discussões teóricas: a etnobotânica é e deve ser uma atividade científica, uma busca de novos conhecimentos, fruto da curiosidade da mente humana que trata de entender cada vez melhor a natureza que a rodeia, buscando de forma consciente ou não, o bem estar da humanidade.

Para Schardong (1999, p. 16), é interessante observar a definição de Yepes (1953), que considera a etnobotânica como:

[...] uma ciência etnológica que estuda a influência da vegetação na cultura, ou como a ciência das relações entre homem e a planta sendo que a influência é recíproca; a vegetação modifica a cultura e esta modifica a vegetação, em uma série indefinida de ações e reações.

Para Barrera (1983, p. 19), a etnobotânica “[...] é um campo interdisciplinar que compreende o estudo e a interpretação do conhecimento, significado cultural, manejo e uso tradicionais dos elementos da flora”, sendo que o conceito de *tradicional*, quer indicar que os conhecimentos, valores culturais, manejo e usos, têm sido heranças transmitidas, através dos tempos, por um grupo humano caracterizado por sua própria cultura.

Vários pesquisadores têm demonstrado preocupação com a destruição do conhecimento que a população tem sobre as plantas e seus usos. Afirmam que é urgente o estudo da etnobotânica, especialmente em áreas tropicais, onde as populações nativas são sujeitas à aculturação exercida pela pressão da sociedade hegemônica.

Muitas modificações estão sendo introduzidas nas formas de vida destas populações, podendo levar ao abandono ou inadequação das antigas estratégias de manejo, ou à sobreexploração dos recursos, resultantes de um aumento da densidade populacional ou da inserção destas populações na economia de mercado (AMOROZO, 1996). Para a autora, tanto a ciência, quanto o saber local, são “sistemas de conhecimento, com diferentes ênfases e abordagens. Estes, em conjunto, poderiam trazer melhores resultados para lidar com o complexo problema do uso e conservação dos recursos biológicos” (1996, p. 16).

Ainda segundo Amorozo (1996), grande parte dos estudos etnobotânicos tem sido realizada com populações mais dependentes do ambiente para sua sobrevivência, e que, ao longo de várias décadas de pesquisa, antropólogos e

etnobiólogos têm constatado um profundo conhecimento sobre os organismos e processos ecológicos locais por parte desses grupos em todo o mundo e que este saber tem uma importância crítica para a exploração e manejo de recursos com vistas à obtenção de alimentos, remédios e matérias-primas para os mais diversos fins. Demonstrou-se, ainda, por meio de muitos desses estudos, que um número significativo de espécies têm sido utilizado pelas comunidades humanas locais com as mais diversas finalidades.

Quanto ao Brasil, Matsuda et al. (2002) referem que nosso país é detentor de cerca de 22% do total de espécies vivas do planeta, e, destes 22%, cerca de 55 mil espécies têm potencial medicinal. Segundo Andrade et al. (1996), especialistas em fitoterapia calculam que há mais de 150.000 espécies de plantas medicinais catalogadas, motivo pelo qual a flora brasileira tem sido focalizada nos estudos de âmbito internacional no campo da fitoterapia.

A destruição da vegetação natural, devido à expansão agrícola, queimadas, exploração madeireira, construção de estradas e hidrelétricas, pecuária, expansão imobiliária, entre outras causas, tem representado uma grande ameaça a inúmeras espécies de plantas medicinais e aromáticas no Brasil. Com isso, muitas delas podem ser extintas mesmo antes de serem catalogadas ou de ter reconhecido seu potencial de uso. A conservação dos recursos genéticos, aliada a uma exploração sustentável e racional das plantas medicinais e aromáticas, é estratégia fundamental para nortear a política para o setor, garantindo a sobrevivência das espécies e suas respectivas cadeias produtivas (EMBRAPA, 2003).

Pesquisas para a descoberta de produtos naturais, princípios ativos e fitoterápicos que beneficiam a sociedade, de uma forma ou de outra, têm se tornado mais frequentes, sendo que uma parte significativa dessas descobertas tem como

ponto de partida a informação etnobotânica obtida de comunidades nativas, que incorporam produtos naturais em suas práticas e manejo do meio ambiente (SIMÕES et al., 2002).

O projeto “Florestas Mediciniais” pode ser citado como um exemplo de manejo sustentável. Foi criado, a partir de 1999, na região Centro-Oeste do Paraná a partir do envolvimento que a comunidade dessa região tinha com as plantas medicinais. Hoje representa uma alternativa de renda para os agricultores familiares, assim como uma forma de tratamento acessível e saudável à população. Os resultados demonstram aumento da produção e um processo de comercialização crescente de pacotes de chás de plantas medicinais, que levou ao surgimento da marca “Produtos da Roça”, comercializada em diversas regiões. Resultou, também, no levantamento de mais de 150 espécies de ervas medicinais, compondo um “herbário medicinal” que serve de referência para a comunidade (PARANÁ, 2001).

A utilização do saber popular como base para a pesquisa científica sobre plantas medicinais tem ganhado força nos últimos anos e tem levado muitos profissionais da área de saúde a buscar subsídios para a introdução de espécies em programas de fitoterapia na rede de atendimento básico à saúde.

Cabe, entretanto, aos governos locais, tomar decisões onde a etnobotânica, que inclui muitos aspectos das ciências biológicas e das ciências sociais, especialmente a antropologia, poderá ser utilizada como elemento das políticas públicas, colaborando com o processo de atendimento das necessidades de saúde da população.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados para a realização desta pesquisa, iniciando com a caracterização do local do estudo.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Cascavel, Município localizado no Terceiro Planalto, na região extrema do oeste paranaense (24° 58' Sul; 53° e 26' Oeste). Este Município limita-se ao norte com os Municípios de Toledo, Tupãssi, Cafelândia, Corbélia e Braganey; ao sul com os Municípios de Boa Vista da Aparecida e Três Barras do Paraná; ao leste com Campo Bonito e Catanduvas e ao oeste com os Municípios de Toledo, Lindoeste e Santa Tereza do Oeste. O Município de Cascavel, que está a uma altitude média de 800 metros acima do nível do mar, engloba atualmente uma área de 2.062 Km², configurados em um perímetro urbano com área de 89 Km² rodeado por 8 Distritos, a saber: Sede Alvorada, São João, São Salvador; Rio do Salto, Juvinoópolis, Espigão Azul, Região 1 e Sede Administrativa (Figura 1 e 2).

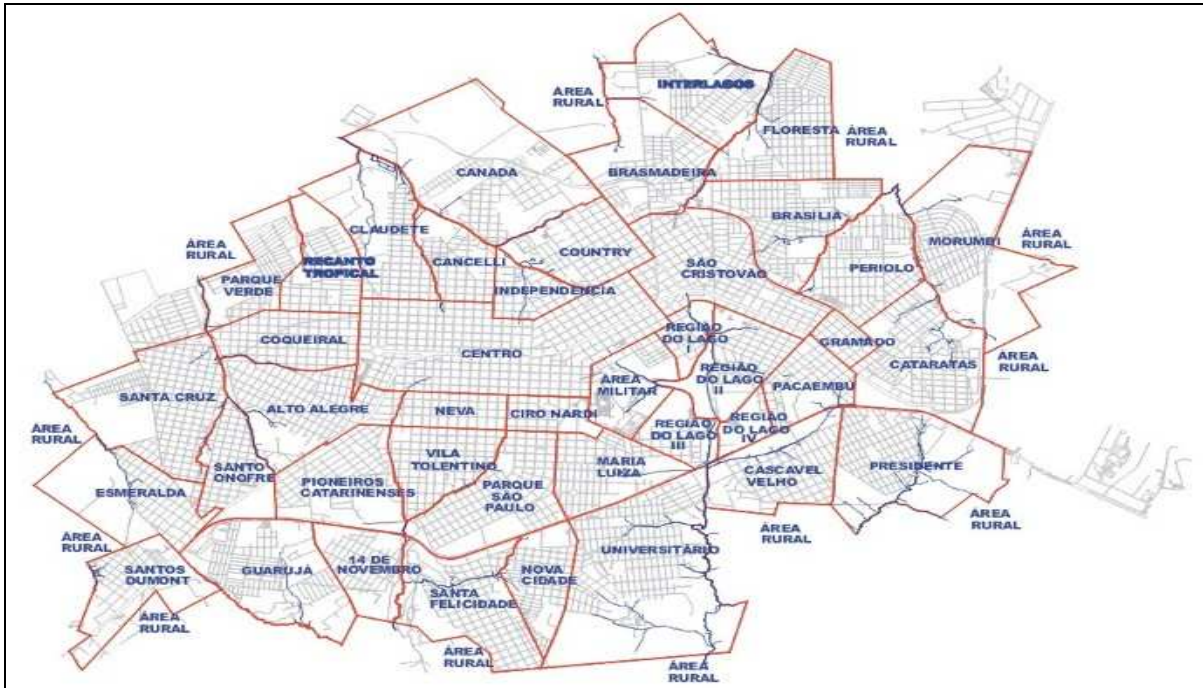


Figura 1: Mapa do Município de Cascavel (Área Urbana)
Fonte: Cascavel (2003).

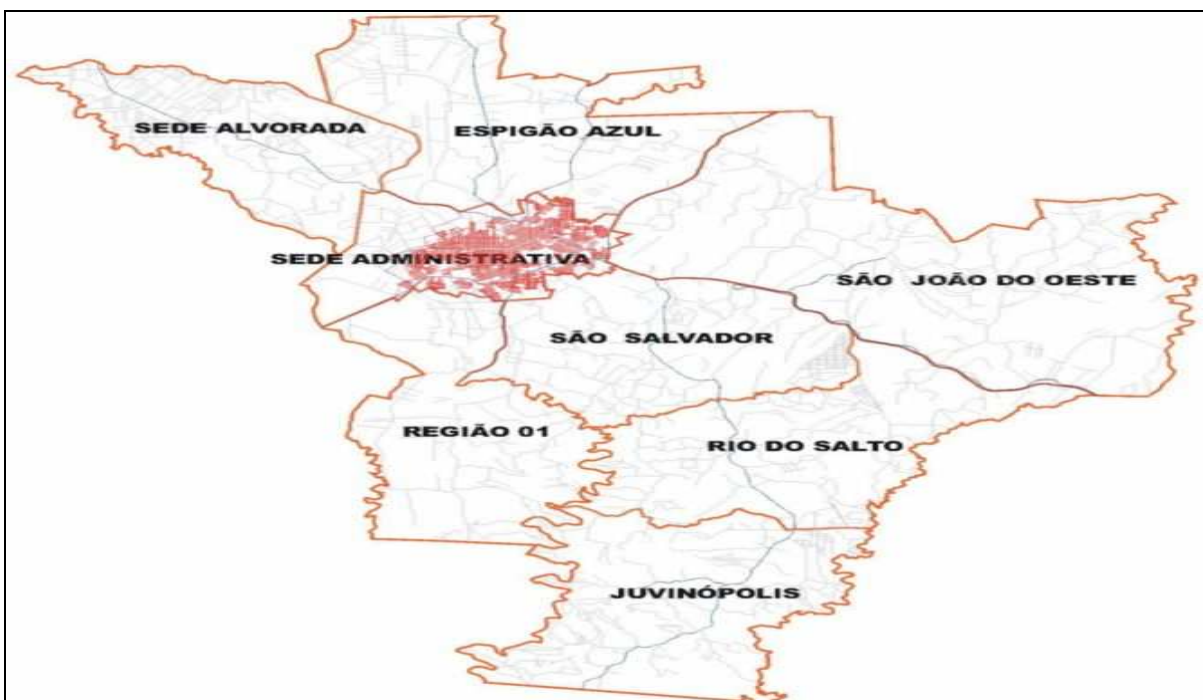


Figura 2: Mapa do Município de Cascavel (Área Rural)
Fonte: Cascavel (2003).

A região onde se insere o município de Cascavel apresenta clima temperado mesotérmico, superúmido, com temperatura média anual em torno de 21°C. A

temperatura máxima do verão é de 28°C e, no inverno, oscila entre 13°C e 15°C, com ocorrência de geadas.

Cascavel conta com uma população estimada de 266.604 mil habitantes (IBGE, 2004), sendo que a maioria está concentrada na área urbana. Cerca de 93% deste contingente populacional é constituído basicamente por migrantes gaúchos e catarinenses, predominando a cultura italiana, alemã, polonesa e portuguesa.

O povoamento do município teve início em 1928, quando José Silvério de Oliveira, conhecido como "Nhô Jeca", arrendou terras do colono José Elias, o primeiro habitante do povoamento denominado "Encruzilhada", que mais tarde provavelmente em 1936, passou a ser chamado de Aparecida dos Portos, pertencente ao Município de Foz do Iguaçu. Milhares de colonos sulistas migraram para o local quando o ciclo da erva-mate já estava extinto, dedicando-se ao corte de madeira, substituindo árvores por grandes lavouras de cereais e de rebanhos de suínos.

Em 1943, o povoado, já com a denominação de Cascavel, elevou-se a distrito. A lenda conta que o nome Cascavel surgiu por causa de um grupo de colonos que, quando ali pernoitavam, foram acordados pelo ruído de um ninho de cobras cascavéis ou Cascavel, simplesmente. Em 14 de dezembro de 1952, Cascavel torna-se município, no auge do ciclo da madeira e das empresas colonizadoras (CASCAVEL, 2004).

Atualmente, Cascavel é responsável por 26% do total da produção de grãos do Estado do Paraná, citando-se, como sendo os principais produtos cultivados em seu território, soja, trigo, milho, arroz, algodão e feijão. Destaca-se, ainda, no contexto estadual, pelo volume de avicultura, bovinocultura, suinocultura e ovinocultura. O setor industrial deste município acha-se em fase de expansão, sendo

que as indústrias já instaladas relacionam-se principalmente ao beneficiamento da produção agropecuária (CRUZ, 2004).

3.2 UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES

A rede pública de saúde, que oferece serviços na atenção primária em Cascavel, é composta por 31 Unidades de Saúde (US), sendo 23 na área urbana e 8 na área rural. Dentre estas, encontra-se a Unidade Saúde da Família (USF) Nossa Senhora dos Navegantes, a qual foi escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa. Ela localiza-se no Distrito de São João, distante aproximadamente 15 Km do perímetro urbano.

Esta USF foi implantada em junho de 2002 com o objetivo de oferecer serviços de saúde 8 horas por dia, dentro da lógica do Programa de Saúde da Família, que consiste no desenvolvimento de estratégia que busca atribuir maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. Adicionalmente, busca gerar novas políticas setoriais, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

A área de abrangência desta USF corresponde a 12 comunidades rurais denominadas: Alto Bom Retiro; Jangadinha; Cerro Verde; Nossa Senhora dos Navegantes; Rio Diamante; Peroba; Gramadinho; Rio Quarenta e Sete; Jangada; Rio Saltinho; Jangada Taborda e São Mateus. No total, a USF presta atendimento a 1.550 habitantes, distribuídos em 452 famílias. A densidade populacional entre as comunidades é bastante diversificada, sendo Gramadinho o maior núcleo

populacional, com 71 famílias, e Rio Saltinho o menor, com apenas 8 famílias (Figura 3).

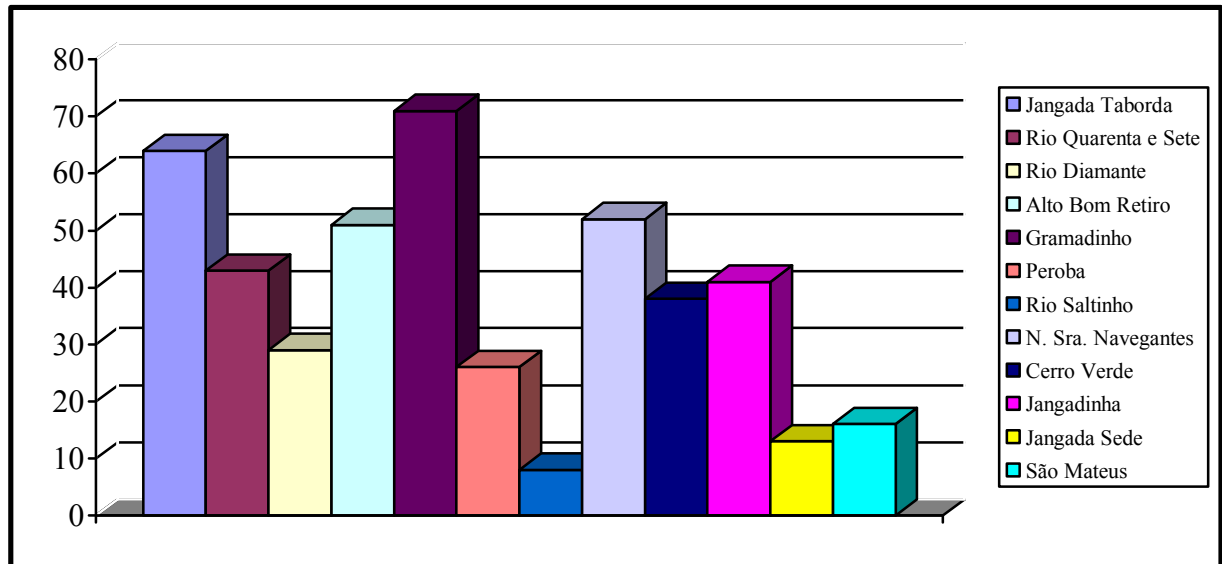


Figura 3: Número de famílias por comunidade pesquisada
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2003).

A maior parte da população (59,74 %) atendida pela USF é representada por indivíduos adultos (> 21 anos e < 60 anos). O restante desta população está configurado por 17,16 % de indivíduos adultos senis (> 60 anos) e 0,77 % de crianças (< 1 ano) (Figura 4).

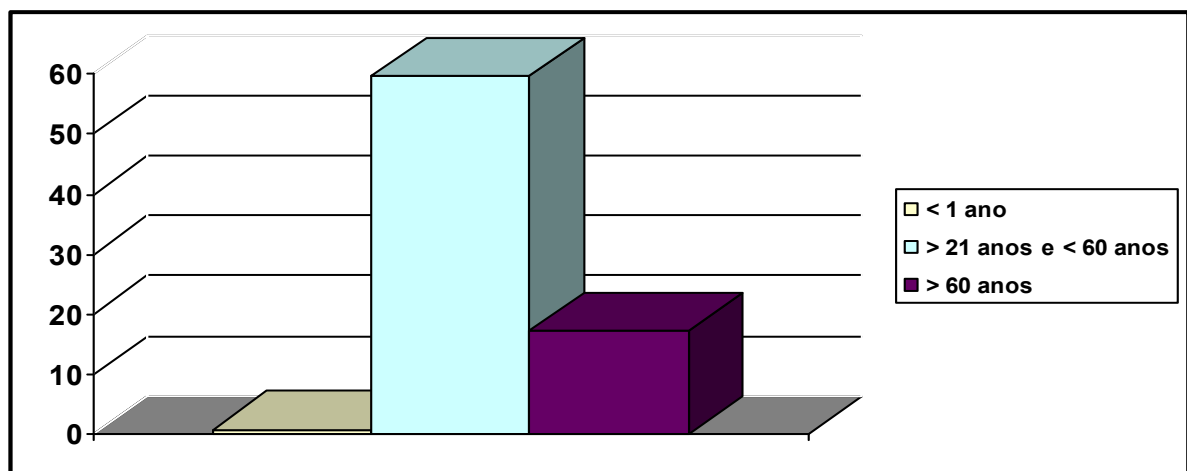


Figura 4: Incidência de indivíduos representativos em levantamento etnobotânico realizado nas comunidades da área de abrangência da USF Nossa Senhora dos Navegantes, Município de Cascavel, PR.
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2003).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, a USF contava com a seguinte equipe de profissionais: 1 médico clínico geral; 1 enfermeiro; 1 assistente social; 1 cirurgião dentista; 2 auxiliares de enfermagem; 1 técnico em higiene bucal; 1 auxiliar de cirurgião dentista; 6 agentes comunitários de saúde; 1 motorista e 1 zeladora (Figura 5).



Figura 5: Equipe de Saúde da USF Nossa Senhora dos Navegantes
Fonte: Dados primários (2003-2004)

3.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS COMUNIDADES ATENDIDAS PELA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES

As comunidades que fazem parte da área de abrangência da USF Nossa Senhora dos Navegantes estão localizadas, em média, a uma distância de 11 Km da USF e a 18 Km da área urbana do município. São, em sua grande maioria, comunidades formadas por populações tradicionais, residentes nestas localidades há mais de 20 anos, à exceção de uma comunidade, que se formou há oito anos e caracteriza-se por ser um assentamento para trabalhadores sem-terra, oriundos de

diversas regiões, e outra que se formou há seis anos, que se caracteriza como um reassentamento, onde as famílias são procedentes de uma área desapropriada para a construção de uma hidrelétrica, sendo esta a comunidade onde se encontra localizada a USF.

Quanto à população, a maior comunidade é composta por 71 famílias e a menor por 8, e as principais atividades desenvolvidas são: o cultivo de grãos (soja, milho), pecuária, avicultura, suinocultura e produção de leite. Na maioria das comunidades, os moradores são proprietários e, nas demais, são empregados de grandes fazendas.

O acesso a todas as comunidades dá-se por estradas não pavimentadas (Figura 6), e o transporte coletivo está disponível para a população apenas duas vezes por semana.



Figura 6: Vista panorâmica da região pesquisada
Fonte: Foto Rubens Griep (Janeiro, 2004).

3.4 METODOLOGIA

Segundo Simioni et al. (1997), a opção metodológica deve estar fundamentada na natureza do problema a ser estudado, bem como, no recorte da realidade de cada pesquisa. Com o intuito de atingir os objetivos propostos para este estudo, optou-se pela pesquisa exploratório-descritiva.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (1999), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Segundo este mesmo autor, esta pesquisa propicia ainda o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição de determinadas características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Neste âmbito, a pesquisa englobou dois componentes: estudo etnobotânico e pesquisa de opinião. Entende-se como estudo etnobotânico o levantamento da relação ser humano *versus* plantas (XOLOCOTZI, 1983). No caso específico do âmbito desta pesquisa, focalizou-se principalmente a relação dos usuários da USF Nossa Senhora dos Navegantes com plantas medicinais. A pesquisa de opinião correspondeu à detecção do conhecimento e aceitabilidade do uso de fitoterapia tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos usuários vinculados à USF.

Para a realização do estudo etnobotânico e da pesquisa de opinião, utilizou-se de um tipo de entrevista denominada semi-estruturada seguindo um roteiro básico (Apêndice A, B e C), instrumento que foi aplicado a três amostras populacionais distintas: 1) Usuários da USF; 2) Equipe da USF, e 3) Gestor Municipal de Saúde, como especificado a seguir. Estes roteiros básicos foram previamente avaliados por meio de pré-teste, em dois aspectos fundamentais: a

validade e a confiabilidade.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro 2003 a fevereiro de 2004, sendo que os sujeitos envolvidos no estudo tiveram preservado o direito de participar ou não da pesquisa (Anexo A), bem como puderam desistir, se assim o desejassem, conforme a Resolução nº 196/96-CONESP/MS, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

3.4.1 População amostral – usuários

Para a definição da amostra de usuários utilizou-se a técnica de amostra estratificada proporcional. Nesta técnica, a determinação do tamanho da amostra é definida pela proporção do número de famílias da população *versus* a quantidade de famílias em cada estrato (cada comunidade).

Segundo Costa Neto (1977), este tipo de amostragem possibilita ao indivíduo da população ter igual probabilidade de pertencer à amostra e todas as possíveis amostras têm também igual probabilidade de ocorrer. Desta forma, dentre as 452 famílias que faziam parte da área de abrangência da USF Nossa Senhora dos Navegantes, a amostra foi composta por 50, sendo estas famílias selecionadas por meio da técnica de amostragem aleatória, que se constitui em sorteio simples. Na Figura 7 apresenta-se a população amostral dos usuários pesquisados:

Comunidade	Número de Famílias	Amostragem estratificada proporcional	Número das famílias na amostragem aleatória
Jangada Taborda	64	9 Famílias	4; 8;10; 15; 19; 32; 47; 60 e 62
Rio Quarenta e Sete	43	4 Famílias	11; 17; 23 e 36
Diamante	29	2 Famílias	20 e 26
Alto Bom Retiro	51	6 Famílias	22; 27; 39; 40; 47 e 50
Gramadinho	71	11 Famílias	13; 19; 20; 34; 41; 44; 46; 49; 54; 66, 69
Peroba	26	2 Famílias	6 e 12
Rio Saltinho	8	1 Famílias	4
Navegantes	52	6 Famílias	11; 18; 21; 25; 49 e 50
Cerro Verde	38	3 Famílias	29; 37 e 38
Jangadinha	41	4 Famílias	16; 32; 37 e 39
Jangada Sede	13	1 Famílias	8
São Mateus	16	1 Família	4
Total	452	50 Famílias	50 Famílias

Figura 7: Demonstrativo da população amostral – usuários
 Fonte: Dados Primários (2003).

A abordagem feita aos entrevistados foi em forma de diálogo seguindo o roteiro básico (Apêndice A). Além da informação sobre a identificação pessoal (nome completo, endereço, idade, sexo, escolaridade), durante o diálogo foram anotados dados etnobotânicos (plantas medicinais utilizadas, modo de uso, finalidade e obtenção deste conhecimento) associados à pesquisa de opinião sobre

aceitabilidade do uso de fitoterápicos pela USF. Cabe ressaltar que a obtenção destes dados se deu de modo informal, possibilitando uma maior flexibilidade no contato entre entrevistador e entrevistado (Figura 8).



Figura 8: Famílias participantes e pesquisa de campo
Fonte: Foto de Rubens Griep (Janeiro, 2004).

Após apresentação e explanação inicial acerca do objetivo da pesquisa, e desde que tivesse havido concordância em participar do estudo proposto, a entrevista era iniciada. No decorrer da entrevista, quando se fez necessário, foram feitas algumas intervenções pertinentes a fim de solicitar esclarecimento de aspectos importantes relacionados ao objetivo da pesquisa.

Finalizada a entrevista, foi procedido relato da comunicação verbal de todas

as questões abordadas pelo entrevistado. A opção por esta forma de registro teve como objetivo evitar o constrangimento do entrevistado frente ao uso de gravador, que poderia contribuir para a omissão de informações importantes.

Para facilitar a aproximação e por entender que o entrevistado se sentiria mais seguro com a presença de uma pessoa que já lhe fosse familiar, foi solicitado, durante a entrevista, o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde responsável pela visita domiciliar mensal àquela família. Isto possibilitou estabelecer um vínculo de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, o que foi fundamental para o aprofundamento dos aspectos pesquisados.

A duração de cada entrevista variou de acordo com cada entrevistado, dependendo da sua disponibilidade e número de citações apresentadas, chegando ao máximo de 2 horas e mínimo de 40 minutos.

Sempre que possível, realizou-se adicionalmente a coleta e herborização² das plantas citadas. A identificação do material coletado seguiu os padrões da taxonomia clássica, feita com base em caracteres morfológicos florais e utilizando-se, quando possível, vários exemplares.

As determinações foram efetuadas através de chaves analíticas e comparações com materiais depositados no Herbário UPCB do Departamento de Botânica da Universidade Federal do Paraná. Para as espécies de que não foi possível coleta, a identificação foi feita através de literatura especializada, onde se considerou a espécie mais comum para o nome popular citado. Para tanto, realizou-se busca intensiva junto a bases de dados eletrônicas e impressas, tendo como palavra-chave o nome vulgar da citada planta medicinal.

² Procedimento que engloba a desidratação e preparação de parte vegetal para incorporação em herbário.

3.4.2 População amostral - Unidade de Saúde

Todos os profissionais vinculados à USF Nossa Senhora dos Navegantes foram entrevistados, à exceção do motorista e da zeladora. Desta forma, esta população amostral englobou: 1 médico clínico geral; 1 enfermeiro; 1 assistente social; 1 cirurgião dentista; 2 auxiliares de enfermagem; 1 técnico em higiene dental; 1 auxiliar de consultório dentário; 5 agentes comunitários de saúde e 1 auxiliar administrativo.

A abordagem foi igualmente feita em forma de diálogo seguindo o roteiro básico (Apêndice B), englobando questões relativas ao conhecimento do entrevistado sobre plantas medicinais e respectiva opinião sobre potencial implantação do uso de fitoterápicos pela USF.

3.4.3 População amostral - Gestor Municipal de Saúde

Este componente amostral correspondeu ao Gestor Municipal de Saúde em vigência durante o período de realização da pesquisa, que, neste caso, trata-se de profissional da área médica com especialização em medicina comunitária, atuando na área de saúde pública há mais de 15 anos. O Gestor Municipal frente à municipalização da saúde tem sob sua responsabilidade direta gerir a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde da população, o que implica o aperfeiçoamento ou a própria organização do sistema de saúde do município.

Para a análise e discussão dos resultados, os dados foram organizados com base nos objetivos propostos para o estudo, onde foram determinados os núcleos

estruturadores para a apresentação dos resultados em dois blocos temáticos, sendo que o primeiro foi composto pelo levantamento etnobotânico junto aos usuários da USF Nossa Senhora dos Navegantes e aceitação do uso de fitoterápicos pelos diversos segmentos envolvidos com a USF (usuários, equipe de saúde e gestor), o que possibilitou o acesso aos elementos pesquisados. O segundo bloco representa a interlocução de todos os dados para a discussão conjunta e a proposição aos diversos segmentos envolvidos no projeto.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos junto à população que fez parte da pesquisa, iniciando com a caracterização sociodemográfica da amostra relativa aos usuários, seguida dos resultados do levantamento etnobotânico e da aceitação do uso de fitoterápicos pelos diversos segmentos envolvidos com a USF Nossa Senhora dos Navegantes.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO AMOSTRADA

A amostra populacional relativa aos usuários da USF N. Sra. dos Navegantes englobou indivíduos entre 19 e mais de 70 anos, sendo 82% destes do sexo feminino (Tabela 1). Com relação à escolaridade, apenas 2% dos entrevistados referiram ter concluído o ensino médio; 2% não eram alfabetizados e 10% informaram apenas saber ler e escrever; 92% informaram serem católicos; 94% indicaram ser procedentes da Região Sul, sendo que, destes, 50% do Estado do Paraná. Quanto ao tempo de permanência na comunidade, 62% dos indivíduos amostrados explicitaram residir há mais de 10 anos na mesma localidade e 18% informaram residir há mais de 30 anos. Quando questionados sobre a profissão, 58% declararam serem agricultores e 30% eram donas de casa (“do lar”).

Tabela 1 - Incidência de indivíduos representativos de diferentes faixas etárias em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR (dez. 2003 a fev. 2004)

Idade	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10 – 19 anos			3	6	3	6
20 – 29 anos			5	10	5	10
30 – 39 anos	3	6	8	16	11	22
40 – 49 anos	3	6	13	26	16	32
50 – 59 anos	3	6	6	12	9	18
60 – 69 anos			3	6	3	6
70 e + anos			3	6	3	6
Total	9	18	41	82	50	100

Fonte: Dados Primários (2004).

4.2 LEVANTAMENTO ETNOBOTÂNICO JUNTO AOS USUÁRIOS DA USF NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES

Deste universo amostral, 96% dos indivíduos entrevistados (n=50), independentemente de sexo ou idade, indicaram fazer uso de plantas medicinais, eventual (54%) ou freqüentemente (46%), quando da preparação de remédios caseiros. Dos entrevistados, 86% indicaram o cultivo doméstico das plantas medicinais que utilizam. Além desta fonte de obtenção, também foram indicados o comércio (farmácia - 6%), amigos (42%) e a Pastoral da Saúde (6%).

Nenhum entrevistado indicou a utilização de plantas medicinais sob orientação médica, referenciando o uso como advindo de indicação de amigos e parentes (92%), livros especializados (2%), autoconhecimento (8%), muitas vezes reunindo todas estas alternativas. Um padrão de respostas semelhante foi obtido com relação à dosagem, evidenciando-se que a maioria segue recomendações de

amigos e parentes (54%). Dentre os entrevistados, 10% relataram não se importar com a dosagem “uma vez que planta não faz mal à saúde”. A totalidade dos entrevistados não apresentou registro de casos de envenenamento ou intoxicação pelo uso de plantas na família.

Um total de 271 referências etnobotânicas foram registradas junto aos entrevistados, englobando 75 etnoespécies. A maioria dos entrevistados citou mais de uma espécie da qual faz uso medicinal, totalizando 59 identificadas em nível específico e 10 em nível genérico, 1 em nível de família e 5 que não foram associadas a um taxon específico (Tabela 2). A média de citações de plantas medicinais por questionário foi de 6,36 (valor máximo = 22, valor mínimo = 0, moda = 4). A família *Asteraceae* foi a que englobou o maior número de espécies citadas (16 spp), seguida por *Labiatae* (14 spp), *Amaranthaceae* (4 spp), *Verbenaceae* (3 spp) e *Apiaceae*, *Juglandaceae*, *Malvaceae*, *Rutaceae* e *Zingiberaceae* (2 spp). As demais famílias tiveram apenas citação de uma espécie cada, integralizando 30,6% do total amostrado.

Tabela 2: Espécies vegetais citadas em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N.Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR no período de dez. 2003 a fev. 2004 , com as respectivas famílias e nomes vulgares.

FAMILIA	ESPÉCIE	NOME VULGAR	
Amaranthaceae	<i>Alternanthera brasiliiana</i> L.	penicilina terramicina	
	<i>Alternanthera</i> sp.	anador figatil	
	<i>Celosia cristata</i> L.	crista-de-galo	
	<i>Pfaffia glomerata</i> (Spreng) Pederson	dipirona	
Apiaceae	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill	endro erva-doce	
	<i>Pimpinela anisium</i> L.	erva-doce	
Aristolochiaceae	<i>Aristolochia triangularis</i> Cham. et Schl.	cipó-mil-homens	
Asteraceae	<i>Achillea millefolium</i> L.	mil-ramos novalgina ponto-alivio	
	<i>Achryocline satureoides</i> D.C.	macela	
	<i>Artemisia absinthium</i> L.	losna	
	<i>Artemisia camphorata</i> Mill	canflor cânfora	
	<i>Artemisia</i> sp.	novalgina	
	<i>Artemisia vulgaris</i> L.	Artemísia	
	<i>Baccharis trimera</i> (Less) D.C.	carqueja carqueja-caseira carqueja-do-mato	
	<i>Crysanthemum parthenium</i> (L.) Berhn	Artemísia catinga-de-mulata	
	<i>Cynara scolymus</i> L.	alcachofra	
	<i>Matricaria chamomilla</i> L.	camomila macanilha	
	<i>Mikania</i> sp.	guaco	
	<i>Solidago chilensis</i> Meyen	arnica	
	<i>Tanacetum vulgare</i> L.	catinga-de-mulata losna verde ponto-alívio	
	<i>Taraxacum officinale</i> Weber ex F.H. Wigg	dente-de –eão	
	<i>Vernonia condensata</i> Baker	boldo boldo-do-chile figatil heparema jurubeba	
		<i>Xanthium cavanillesii</i> Schouw	espinho-de-carneiro
	Borraginaceae	<i>Symphytum officinale</i> L.	confrei
	Caesalpinaceae	<i>Bauhinia forficata</i> Link	pata-de-vaca
	Celasteraceae	<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart.	espinheira-santa

Tabela 2: Espécies vegetais citadas em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N.Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR no período de dez. 2003 a fev. 2004 , com as respectivas famílias e nomes vulgares. (cont.)

FAMILIA	ESPECIE	NOME VULGAR
<i>Chenopodiaceae</i>	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	erva-de-santa Maria
<i>Commelinaceae</i>	<i>Tradescantia</i> sp.	manto-de-viúva
<i>Curcubitaceae</i>	<i>Sechium edule</i> Sw.	chuchu
<i>Equisetaceae</i>	<i>Equisetum</i> sp.	cavalinha
<i>Euphorbiaceae</i>	<i>Phyllanthus tenellus</i> Roxb.	quebra-pedra
<i>Gentianaceae</i>	<i>Erythraea centaurium</i> Pers.	fel-da-terra
<i>Juglandaceae</i>	<i>Carya illinoensis</i> Wangerh	nogueira
	<i>Juglans regia</i> L.	nogueira
<i>Labiataeae</i>	<i>Lavandula officinalis</i> L.	alfazema
	<i>Lavandula</i> sp.	alfazema
		osmarin
	<i>Leonotis nepetaefolia</i> (L.) R. Br.	cordão de frade
	<i>Melissa officinalis</i> L.	erva-cidreira
		melissa
	<i>Mentha</i> sp.	hortelã
		hortelã-rasteiro
		manjerona
		puejo
	<i>Mentha suaveolens</i> Ehrl.	hortelã
	<i>Mentha viridis</i> L.	hortelã-de-alambique
	<i>Origanum vulgare</i> L.	manjerona
	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	boldo
		boldo-do-chile
	<i>Plectranthus neochillus</i> Schlechter	boldo
		boldo-adulto
		boldo-alto
		boldo-criança
		boldo-do-chile
		boldo-miúdo
		boldo-rasteiro
	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	alecrim
		guiné
	<i>Salvia officinalis</i> L.	sábia
		salvia
	<i>Salvia</i> sp.	erva-de-santa Maria
		salvia
	<i>Stachys bizantina</i> C. Koch	pulmonar
<i>Lauraceae</i>	<i>Persea americana</i> Mill.	abacate
<i>Leguminosae</i>	<i>Leguminosae</i> sp.	angico
<i>Liliaceae</i>	<i>Aloe</i> sp.	babosa
<i>Lythraceae</i>	<i>Cuphea carthagenensis</i> (Jacq.) J.F. Macbr	sete-sangrias
<i>Malvaceae</i>	<i>Hibiscus</i> sp.	malva
	<i>Malva sylvestris</i> L.	malva
<i>Moraceae</i>	<i>Ficus carica</i> L.	figo
<i>Myrtaceae</i>	<i>Eugenia uniflora</i> L.	pitanga
<i>Papaveraceae</i>	<i>Chelidonium majus</i> L.	figatil
		catinga-de-mulata

Tabela 2: Espécies vegetais citadas em levantamento etnobotânico realizado junto aos usuários da USF N.Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR no período de dez. 2003 a fev. 2004 , com as respectivas famílias e nomes vulgares. (cont.)

FAMILIA	ESPECIE	NOME VULGAR
<i>Passifloraceae</i>	<i>Passiflora sp.</i>	maracujá
<i>Phytolaccaceae</i>	<i>Petiveria alliacea L.</i>	guiné
<i>Piperaceae</i>	<i>Piper umbellatum L.</i>	pariparoba
<i>Plantaginaceae</i>	<i>Plantago major L.</i>	tansagem
<i>Poaceae</i>	<i>Cymbopogon citratus (DC ex N) Stapf</i>	capim-cidreira capim-santo erva-cidreira
<i>Rosaceae</i>	<i>Eryobotrya japonica Lindl.</i>	ameixa
<i>Rutaceae</i>	<i>Citrus sinensis Osbeck</i>	laranja
	<i>Ruta graveolens L.</i>	arruda
<i>Verbenaceae</i>	<i>Aloysia triphilla (L'Her) Britton</i>	cidreira cidró
	<i>Aloysia pulchra (Briq.) Moldenke Sin</i>	cidró
	<i>Lippia alba (Mill) N. e Br.</i>	erva-cidreira
	<i>Lippia alba (Mill) N. e Br.</i>	orégano
<i>Zingiberaceae</i>	<i>Costus spicatus (Jacq.) S.w.</i>	bambuzinho
	<i>Zingiber officinale Boiss. & Buhse</i>	gingibre
ni 1	não identificado	bálsamo-alemão
ni 2	não identificado	cibalena
ni 3	não identificado	gabriuva
ni 4	não identificado	infallivina
ni 5	não identificado	terramicina

Fonte: Dados Primários (2004)

As espécies citadas em maior número de entrevistas foram *Mentha sp.* (37 entrevistas) e *Cymbopogon citratus (DC) Stapf.* – capim limão (30). Outras espécies citadas em relativamente expressivo número de questionários foram: *Rosmarinus officinalis* (26), *Plectranthus neochillus* (24), *Artemisia absinto* (22), *Foeniculum vulgare* (22) e *Tanacetum vulgare* (22) (Tabela 3).

Foram registradas 40 propriedades terapêuticas distintas relacionadas ao uso doméstico das espécies citadas, ressaltando-se que muitos entrevistados mencionaram buscar assistência médica em casos de enfermidades consideradas mais graves. As propriedades terapêuticas mais frequentemente citadas foram: digestiva (76%), calmante (43%), antigripal (37%), analgésica (30%), antibiótica (22

%), diurética (20%) e hipotensora (20%). A grande maioria das espécies (35 sp) estava associada a apenas uma indicação de uso. As demais foram associadas desde 2 até 7 distintas utilidades terapêuticas. As espécies com maior número de indicações terapêuticas (7) foram *Mentha sp*; *Rosmarinus officinalis* e *Tanacetum vulgare* (Tabela 3).

Para quase a totalidade das espécies citadas, o chá foi a forma de uso referenciada pelos entrevistados. Para apenas 2 espécies – *Mentha viridis* e *Solidago chinensis* - indicou-se a tintura como única forma de emprego e, nestes casos, associado à atividade analgésica e/ou emoliente para tratamento externo de machucaduras.

Em poucos outros casos, citou-se, adicionalmente ao emprego do chá, o uso da mesma planta para emplastro ou como erva-desidratada misturada ao chimarrão. A dose administrada variou de acordo com a indicação, desde uma dose diária até várias ingestões ou aplicações por dia.

Na maior parte das citações (96%), indicou-se exclusivamente a folha como parte utilizada no preparo do chá ou outra forma de uso. O caule, assim como a casca, flor, seiva, semente e raiz foram menos freqüentemente citados como utilizados pelos entrevistados (Tabela 3).

Com relação ao uso das plantas, mesmo estas sendo cultivadas pelos entrevistados, verificou-se que nem sempre estes souberam informar com precisão sobre sua indicação terapêutica, informando que ouviram falar que fazia bem para esta ou aquela doença. Muitos tinham a planta na horta ou quintal, mas não tinham certeza da sua indicação.

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se à indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Mentha sp.</i>	hortelã, hortelã rasteiro, manjerona, puejo	37	calmante (28,6); antigripal (21,4); anti-helmíntico (21,4); digestivo (10,7); antipirético (7,1); analgésico (7,1); antiespasmódico (3,6)	folha (96,5); folha/caule (3,5)	chá (96,5); tintura (3,5)	
<i>Cymbopogon citratus (DC ex N) Stapf</i>	capim-cidreira, capim-santo, erva cidreira	30	calmante (73,3); antipirético (13,2); hipotensor (6,6); antigripal (6,6)	folha (100)	chá (100)	
<i>Rosmarinus officinalis L.</i>	alecrim, guiné	26	hipotensor (25); analgésico (25); antiinflamatório (16,6); calmante (8,3) genérico (8,3); menopausa (8,3); cardiativo (8,3)	folha (91,7); folha/caule (8,3)	chá (100)	
<i>Plectranthus neochillus Schlechter</i>	boldo, boldo adulto, boldo alto, boldo criança, boldo miúdo, boldo rasteiro	24	digestivo (84,6); antiespasmódico (7,7); analgésico (7,7)	folha (100)	chá (100)	
<i>Artemisia absinthium L.</i>	losna	22	digestivo (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Foeniculum vulgare Mill</i>	endro, erva-doçe	22	digestivo (30); carminativo (30); galactogeno (20); antigripal (10); calmante (10)	folha (60); folha/semente (10); folha/caule (10); sementes (20)	chá (100)	
<i>Tanacetum vulgare L.</i>	catinga-de-mulata, losna verde, ponto alívio	22	digestivo (40); antipneumonia (10); antibiótico (10); cicatrizante (10); cauterizante (10); emoliente (10); analgésico (10)	folha (100)	chá (90)	
<i>Malva sylvestris L.</i>	malva	16	antibiótico (43); antiinflamatório (43); antigripal (14)	folha (100)	chá (100)	
<i>Achillea millefolium L.</i>	mil ramos, novalgina, ponto alívio	15	analgésico (44,4); antigripal (22,2); antipirético (11,1); calmante (11,1); hipotensor (11,1)	folha (100)	chá (100)	
<i>Artemisia camphorata Mill</i>	canflor, cânfora	15	digestivo (85,7); dispéptico (14,3)	folha (100)	chá (100)	
<i>Origanum vulgare L.</i>	manjerona	15	calmante (42,8) carminativo (14,3) digestivo (14,3) hipotensor (14,3); analgésico (14,3)	folha (85,7); folha/caule (14,3)	chá (100)	

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se à indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Ruta graveolens L.</i>	arruda	15	antiinflamatório (42,8); analgésico (14,3); anti-inflamatório/antibiótico (14,3); inseticida (14,3); odontálgico (14,3)	folha (100)	chá (100)	
<i>Aloe vera L.</i>	babosa	13	emoliente (33,3); depurativo (22,2); antigripal (11,1); antineoplásico (11,1); antitussígeno (11,1); digestivo (11,1)	folha (88,9); seiva (11,1)	chá (77,7); emplastro (23,3)	
<i>Alternanthera brasiliana Kuntze</i>	penicilina, terramicina	13	analgésico (25); antiinflamatório (25); antipirético (25); antibiótico (12,5); antigripal (12,5)	folha (100)	chá (100)	
<i>Phyllanthus tenellus Roxb.</i>	quebra-pedra	13	diurético (66,6); antibiótico (16,6); litolítico (16,6)	planta inteira (66,6);folha (33,3)	chá (100)	
<i>Salvia officinalis L.</i>	sálvia, sábia	13	digestivo (33,3); antiinflamatório (16,6); antitussígeno (16,6); antibiótico(16,6); antigripal (16,6)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Stachys bizantina C. Koch</i>	pulmonar	13	expectorante (42,8); antigripal (28,4); antiespasmódico (14,2) bronquiodilatador (14,2)	folha (100)	chá (100)	
<i>Vernonia condensata Baker</i>	boldo, boldo-do-chile, figatil, heparema, jurubeba	13	digestivo (66,6); colagogo (33,3)	folha (100)	chá (100)	
<i>Achyrocline satureoides D.C.</i>	macela	11	digestivo (71,4); antidisentérico (14,2); antipirético (14,2)	flor (100)	chá (100)	
<i>Plectranthus barbatus Andrews</i>	boldo, boldo do chile	11	digestivo (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Citrus sinensis Osbeck</i>	laranja	9	antigripal (75); analgésico (25)	folha (100)	chá (100)	
<i>Cynara scolymus L.</i>	alcachofra	9	digestivo (60) diurético (20); emagrecedor (20)	folha (100)	chá (100)	*

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se à indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Lavandula sp.</i>	alfazema	9	digestivo (50) menopausa (25); genérico (25)	folha (100)	chá (75); chimarrão (25)	*
<i>Lippia alba (Mill) N. e Br.</i>	erva-cidreira	9	calmante(50); hipotensor (25); digestivo (25)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Mikania sp.</i>	guaco	9	antigripal (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Crysanthemum parthenium (L.) Berhn</i>	artemisia, catinga-de-mulata	7	antiespasmódico (33,3); digestivo (33,3); analgésico (33,3)	folha/flor (50); folha (50)	chá (100)	
<i>Matricaria chamomilla L.</i>	camomila, maçanilha	7	digestivo (40); calmante (40); antiinflamatório (20)	flor (100)	chá (100)	*
<i>Melissa officinalis L.</i>	erva-cidreira, melissa	7	calmante (66,6); antigripal (33,3)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Mentha suaveolens Ehrl.</i>	hortelã	7	calmante (33,3); antiemético (33,3); antihelmíntico (33,3)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Petiveria alliaceae L.</i>	guiné	7	hipotensor (33,3); antihistamínico (33,3); genérico (33,3)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Zingiber officiale Roscoe</i>	gengibre	7	antiinflamatório/antibiótico (50); antigripal (25); antihistamínico (25)	rizoma (100)	chá (100)	*
<i>Aloysia triphilla (L'Her) Britton</i>	cidreira, cidró	4	antigripal (50); calmante (50)	folha (50); folha/caule (50)	chá (100)	
<i>Alternanthera sp.</i>	anador, figatil	4	antipirético (50); colagogo (50)	folha (50); folha/caule (50)	chá (100)	
<i>Aristolochia triangularis Cham. et Schl.</i>	cipó-mil-homens	4	dispéptico (50); depurativo (50)	casca (50); caule (50)	chá (100)	

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se à indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Baccharis trimera</i> (Less) D.C.	Carqueja, carqueja caseira, carqueja-do-mato	4	hipotensor (40); emagrecedor (40); diurético (20)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Chelidonium majus</i> L.	Figatil, catinga-de-mulata	4	colagogo (50); analgésico (50)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Equisetum hiemale</i> L.	Cavalinha	4	diurético (100)	caule (100)	chá (100)	*
<i>Eryobotrya japonica</i> Lindl.	Ameixa	4	antigripal (66,6); antitussígeno (33,3)	folha (66,6); broto (33,3)	chá (100)	
<i>Juglans regia</i> L.	Nogueira	4	hipocolesteremiante (50); depurativo (50)	folha (100)	chá (100)	
Ni1	Bálsamo-alemão	4	digestivo (50); antiulcerogênico (50)	folha (100)	chá (100)	
Ni4	Infalivina	4	colagogo (66,6); digestivo (33,3)	folha (100)	chá (100)	
<i>Passiflora</i> sp.	Maracujá	4	calmante (100)	folha/fruto (50); folha (50)	chá (100)	
<i>Salvia</i> sp.	Erva-de-santa maria, sálvia	4	analgésico (50); calmante (50)	folha (100)	chá (100)	
<i>Symphytum officinale</i> L.	Confrei	4	antigripal (66,6); digestivo (33,3)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Aloysia pulchra</i> (Briq.) Moldenke Sin	Cidró	2	antigripal (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Artemisia</i> sp.	Novalgina	2	antipirético (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Artemisia vulgaris</i> L.	Artemísia	2	analgésico (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Bauhinia forficata</i> Link	Pata-de-vaca	2	diurético (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Carya illinoensis</i> (Wangenh) K. Koch	Nogueira	2	calmante (100); depurativo (100)	folha (100); flor (100)	chá (100)	
<i>Celosia cristata</i> L.	Crista-de-Galo	2	calmante (100)	flor (100)	chá (100)	

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se a indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>	Erva-de-santa maria	2	antihelmíntico (100)	folha/semente (100)	chá (100)	*
<i>Costus spicatus (Jacq.) S.w.</i>	Bambuzinho	2	litolítico (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Cuphea carthagenensis (Jacq.) J.F. Macbr</i>	Sete-sangrias	2	depurativo (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Erythraea centaurium Pers.</i>	Fel-da-terra	2	colagogo (100)	caule/flor (100)	chá (100)	
<i>Eugenia uniflora L.</i>	Pitanga	2	antidientérico (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Ficus carica L.</i>	Figo	2	hipotensor (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Hibiscus sp.</i>	Malva	2	antibiótico (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Lavandula officinalis L.</i>	Alfazema, osmarim	2	antiespasmódico (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Leguminosae sp.</i>	Angico	2	antigripal (100)	casca (100)	chá (100)	
<i>Leonotis nepetaefolia (L.) R. Br.</i>	Cordão-de-frade	2	calmante (100)	flor/fruto (100)	chá (100)	
<i>Maytenus ilicifolia Mart.</i>	Espinheira-santa	2	digestivo (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Mentha viridis L.</i>	Hortelã-de-alambique	2	analgésico (100)	folha (100)	tintura (100)	
ni5	Terramicina	2	antibiótico (100)	folha (100)	chá (100)	
ni2	Cibalena	2	analgésico (100)	folha (100)	chá (100)	
ni3	Gabriúva	2	antigripal (50); antiasmático (50)	casca (100)	chá (100)	
<i>Persea americana Mill.</i>	Abacate	2	hipotensor (100)	folha (100)	chá (100)	*

Tabela 3 - Espécies vegetais utilizadas pelos usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004), listadas em ordem decrescente de frequência absoluta (FA) (n= 50 entrevistas). TOX = * refere-se a indicação bibliográfica de algum nível de toxicidade ou contra-indicação de uso. Obs.: Indicação em azul = não referenciada na literatura consultada. (cont.)

ESPÉCIE	NOME VULGAR	FA (%)	INDICAÇÃO (% do total de citações)	PARTE USADA (% do total de citações)	FORMA DE USO (% do total de citações)	TOX
<i>Pfaffia glomerata (Spreng) Pederson</i>	dipirona	2	antigripal (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Pimpinela anisium L.</i>	erva-doce	2	antiespasmódico (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Piper umbellatum L.</i>	pariparoba	2	antibiótico (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Plantago major L.</i>	tansagem	2	antibiótico (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Sechium edule Sw.</i>	chuchu	2	hipotensor (100)	folha/fruto (100)	chá (100)	
<i>Solidago chilensis Meyen</i>	arnica	2	emoliente (100)	folha (100)	tintura (100)	
<i>Taraxacum officinale Weber ex F.H. Wigg</i>	dente-de-leão	2	depurativo (100)	folha (100)	chá (100)	*
<i>Tradescantia sp.</i>	manto-de-viúva	2	antiácido (100)	folha (100)	chá (100)	
<i>Xanthium cavanillesii Schouw</i>	espinho-de-carneiro	2	antibiótico (100)	folha/fruto (100)	chá (100)	

A partir da bibliografia consultada, pode-se averiguar que aproximadamente 50% das plantas, citadas como de uso terapêutico pela população, apresentam algum tipo de toxicidade ou contra-indicação de uso (Tabela 4). Vale salientar que esta porcentagem pode estar subestimada em virtude de não haver informação disponível para várias das espécies citadas. A ausência de informação não significa ausência de toxicidade ou contra-indicação, mas, sim, falta de estudos a esse respeito

Dentre as espécies com alguma indicação de toxicidade ou contra-indicação de uso, ressalta-se que várias constam na literatura como abortivas e/ou não recomendadas durante a gravidez ou lactação (por exemplo: *Eugenia uniflora* – “pitanga”). Outras conseqüências associadas ao uso de algumas das espécies citadas pelos usuários incluem reação alérgica (por exemplo: *Artemisia vulgaris* – “Artemísia”); hepatite aguda (p.exemplo: *Chelidonium majus* – “figatil”); degeneração do sistema nervoso, alucinações e convulsões (p.exemplo: *Artemisia absinthium* – “losna”), sonolência (por exemplo: *Lavandula officinalis* – “alfazema”), ação depressora do SNC (por exemplo: *Mentha suaveolens* – “hortelã”) e indução a formação de tumores malignos na bexiga e fígado (por exemplo: *Symphytum officinale* – “confrei”). A ingestão do chá desta última espécie e também de *Tanacetum vulgare* (“catinga de mulata”), de *Passiflora* (“maracujá” folha) e de *Petiveria alliaceae* (“guiné”) é totalmente desaconselhada face à alta toxicidade destas (ver Tabela 4).

Registraram-se, junto a comunidade estudada, algumas discrepâncias entre as indicações de uso, forma de preparo e dosagem e aqueles citados na bibliografia consultada. Neste aspecto, salientam-se aquelas cuja indicação de uso não consta na literatura consultada, como, por exemplo, *Aloysia pulchra*, *Artemisia camphorata*,

Celosia cristata, *Crysanthemum parthenium*, *Leonotis nepetaefolia*, *Plectranthus neochillus*, *Stachys bizantina*, *Tradescantia sp.* e *Xanthium cavanillesii* e, aquelas cuja forma de uso ou parte utilizada diferem da recomendada pela literatura especializada, como por exemplo *Alternanthera brasiliana*, *Chelidonium majus*, *Eryobotrya japonica*, *Hibiscus sp.*, *Plantago major*, *Rosmarinus officinalis*, *Ruta graveolens* e *Tanacetum vulgare*, entre outras (Vide Tabelas 3 e 4).

Estas indicações discrepantes tanto podem ser novas e corretas formas de uso quanto podem representar erros freqüentemente cometidos quando da identificação de determinada espécie. Este erro de identificação pode estar associado ao uso do nome vulgar, dado que este não é um indicador seguro da correta identificação de uma espécie. Varias espécies botânicas, muitas vezes, de gêneros e/ou famílias distintas, são referenciadas por um mesmo nome vulgar, sem, no entanto, terem os mesmos princípios ativos, como, por exemplo, “erva cidreira” – nome vulgar referenciado tanto para *Cymbopogon citratus* (*Poaceae*) quanto para *Lippia alba* (*Verbenaceae*) e *Melissa officinalis* (*Labiatae*).

Também, ao analisar-se a relação nome vulgar *versus* espécie identificada, observa-se que os entrevistados podem estar utilizando de maneira errônea determinadas espécies que são morfologicamente semelhantes a outras corretamente indicadas como medicinais. Ao avaliarem-se as indicações de usos das espécies citadas (vide Tabela 4), isto parece estar acontecendo com várias espécies, como, por exemplo, *Crysanthemum parthenium* (usado erroneamente em lugar de *Artemisia vulgaris*); *Aloysia pulchra* (em lugar de *A. Triphilla*), *Artemisia camphorata* (em lugar de *A. Absinthium*), *Plectranthus neochilus* (em lugar de *Plectranthus barbatus*).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde Na. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Achillea millefolium</i> L.	Adstringente, hemostática, vulnerária, lenitiva, caminativa, anti-séptica, tônica, refrescante, anticaspa, hipotensiva, diaforética, antipirética, antiespasmódica, antiinflamatória, estomáquico (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000). Expectoante, contra distúrbios digestivos (dispepsia) e úlceras internas, varizes, cólicas menstruais, amenorréia, celulite e hemorróidas, cicatrizante, antireumático (Martins et al., 2000).	Folhas e inflorescências (Martins et al., 2000).	Banhos (Furlenmeier, 1984). Infusão, decocção, sumo (Martins et al., 2000).	Óleo essencial (cineol, proazuleno), flavonóides (apigenina, luteolina, artemetina, rutina), aminoácidos, açúcares, taninos, mucilagens, resinas, alcalóides (aquileína), cumarinas, heterosídeo cianogênético, vitamina C, ácidos salicílico e cafeico, ácidos graxos, minerais P e K, fitoesterol e lactonas sesquiterpênicas (Teske; Trentini, 1997).	Possível ação tóxica em animais domésticos (Martins et al., 2000).
<i>Achyrocline satureoides</i> D.C.	Estomáquica, anti diarréica, emenagoga, anódina e amarga (Lorenzi, 1991). Hipocolesteremiante (Conceição, 1987). Sudorífico, hipocolesteremiante, antiinflamatório, elimina toxinas e manchas na pele (Franco, 1997).	Inflorescências (Teske & Trentini, 1997) (Martins et al., 2000).	Infusão (Lorenzi, 1991) (Martins et al., 2000). Banho (Franco, 1997).	Flavonóides (quercetina, luteolina, galangina, isognafalina), ésteres da calerianina com ácido cafeico e ácido protocatéquico, óleo essencial, saponinas triterpênicas (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000).	Sem referências
<i>Aloe vera</i> L.	Antiinflamatória, analgésica, anti-séptica, emoliente, adstringente, colerética e vulnerária (Franco, 1996). Purgante enérgico, tônico, estomáquico; prevenção de congestões cerebrais (Conceição, 1987). Laxante, cicatrizante, tônico para os cabelos, anticaspa, antimicrobiano, hidratante e protetor solar, contusões, entorses e dores articulares. (Silva, 1995).	Folhas frescas ou secas (Silva, 1995).	Pó, aplicação direta da mucilagem, solução alcoólica (Silva, 1995). Suco, resina e goma. (Soares, 2000).	Aloína, aloesina e aloe-emodina, aloenina (Sousa, 1991). Aloína, mucilagem polissacarídica, salicatos, lactato de magnésio, taninos, resina e aloé-emodina (Franco, 1996) Aloetina (corante), aloína (princípio ativo). (Conceição, 1987)	Não deve ser ingerida por mulheres durante a menstruação ou gravidez. Também deve ser evitado nos estados hemorroidários. Não usar internamente em crianças (Martins et al., 2000).
<i>Aloysia pulchra</i> (Briq.) Moldenke Sin	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Aloysia triphilla</i> (L'Her) Britton	Atividade antagonista de receptores beta em ratos (Vargas; Perez, 2000), ação anti-radicais livres em camundongos (Zamorano-Ponce et al., 2004)	Folhas (Zamorano-Ponce et al., 2004)	Infusão (Zamorano-Ponce et al., 2004) Extrato hexânico (Vargas; Perez, 2000).	Sem referências	Sem referências
<i>Alternanthera brasiliana</i> Kuntze	Béquica, antitumoral, digestiva, depurativa, adstringente, anti diarréica, contra prisão de ventre (Lorenzi, 2002).	Flores, folhas (Lorenzi, 2002).	Infusão, decocto (Lorenzi, 2002).	Sem referências	Sem referências
<i>Aristolochia triangularis</i> Cham. et Schl.	Atividade citotóxica e inibidora do crescimento de tumores in vitro (Mongelli et al., 2000)		Extrato cru (Mongelli et al., 2000)	Sem referências	Sem referências

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004). (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Artemisia absinthium L.</i>	Tônico, estimulante, aperitivo, emenagogo, amenorréico e vermífuga (Conceição, 1987). Digestivo, estimulante da bile, pâncreas e saliva, laxativo (Silva, 1995). Contra infecções estomacais, intestinais e pulmonares, depurativa, tônica, vermífuga, gota e antifebriúlo (Franco, 1997).	Extremidades floridas e folhas (Silva, 1995).	Maceração (Silva, 1995). Cataplasma (Franco, 1997).	Tujona e absintina (Sousa, 1991). Derivados terpênicos, ácidos graxos, flavonóides, carotenóides, esteróis, elemol, β -bisabol, nerol, acetato de nerila, vitaminas B e C, e vários guaianolídios e artabsina (procamazuleno), arabsina, isso-absintina e absintina, α e β -tujona (absintol), tujil álcool e glicosídeo amargo (Silva, 1995).	Não utilizar a planta continuamente ou em excesso, pois pode causar convulsões e perturbações da consciência (absintismo: degeração do sistema nervoso central). O óleo essencial é tóxico (tujona) (Martins et al., 2000). Em doses excessivas provoca alucinações e convulsões (Silva, 1995). Abortiva (Albuquerque, 1980). Não se deve tomar por muito tempo (Franco, 1997).
<i>Artemisia camphorata Mill</i>	Antinevrálgica, antiepiléptica, antireumática, anti-séptica, calmante, descongestionante das vias respiratórias, sedativa. Indicações: contusão, distúrbios neurológicos e cardíacos, distonias neurovegetativas com comprometimento cardiovascular, dor muscular, feridas, hemorragia uterina, neurose cardíaca, picada de inseto, reumatismo (http://www.plantamed.com.br/PG/TEXTOS/NCA/Artemisia_camphorata.htm)	Folhas, ramos e raiz	Uso externo (cataplasmas, compressas, fricções - 4 X dia), infusão; extrato bruto aquoso; alcolatura (macerar as folhas na cachaça ou álcool de cereais, deixar em local escuro por dez dias).	Óleos essenciais, derivados de cânfora (submetida a uma série de reações, desdobra-se em: borneol, isso-borneol, canfano, cimol carvacrol, quinona de cânfora, ácido canfórico).	Sem referências
<i>Artemisia vulgaris L.</i>	Analgésica, antiespasmódica, anticonvulsiva, antihelmíntica, empregada para dispepsia, astenia, epilepsia, dores reumáticas, febres, anemias, cólicas intestinais e menstruais, tônico da circulação (Lorenzi, 2002).		Extrato e infusão (Lorenzi, 2002).	Óleo essencial rico em terpenos (cineol e tuiona), flavonóides, taninos, saponinas, resinas, artemisina e princípios amargos (Lorenzi, 2002).	A planta pode causar alergias (Jovanovic et al., 2003; Schmid-Grendelmeier et al. 2003).
<i>Baccharis trimera (Less) D.C.</i>	Estomáquica, dispepsia, asma, bronquite, antibiótica, hepatoprotetor, colagogo, hipoglicêmica, afecções hepáticas, antidiabética e tenífuga (Franco 1996). Tônica, antireumática, vermífuga, aromática, antigripal, depurativa, diurética, aperiente, sudorífica, antiarréica, baço, hidropsia, icterícia e cálculos biliares (Lorenzi, 1991). Antidiabética (Conceição, 1987). Colerético, estimulante do apetite, hipotensora (Silva, 1995).	Planta florida (Silva, 1995).	Chás (Conceição, 1987).	Sp de SC –Carquejol, acetato de carquejila, ledol, nopineno (β -pineno), álcoois sesquiterpênicos e sesquiterpenos bi e tricíclicos (Sousa, 1991). Princípio amargo (lactonas) e saponina (Franco, 1996).	Vapores de carquejol irritam a mucosa ocular e nasal; doses fracas provocam efeitos narcóticos e diminuição da atividade motora; doses elevadas levam a coma profundo, levando a morte; sangramento nasal (Silva, 1995).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004). (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Bauhinia forficata</i> Link	Hipoglicemiante, diurética e antidiarréica (Franco, 1996) Afecções urinárias, "urina solta" (Lorenzi, 1991). Hipocolesteremiante (Silva, 1995). Garganta, tosses, bronquite, sífilis, verminoses, contra males do coração e da coluna (Franco 1997).	Folhas e flores (Silva, 1995).	Infusão (Silva, 1995).	Glicosídeos: heterosídeos, cianogênicos, heterosídeos, saponínicos, goma, mucilagem, taninos, ácidos orgânicos e sais minerais (Franco, 1996). Ácidos tartáricos, taninos pirogálicos, taninos flobafênicos, alcalóides, heterosídeos cianogênicos, antociânicos e saponínicos, mucilagem, rutina, quercetina, canferol, esoquercitrina, astragolina, ésteres e glicosídeos (Silva, 1995).	Raiz é venenosa (Franco, 1997).
<i>Carya illinoensis</i> (Wangenh) K. Koch	Adstringente, empregada popularmente como antipirético, dispepsias, resfriados, hepatite, leucorréia, malária e dores estomacais. Óleo essencial empregado em medicamentos e cosméticos < http://www.uga.edu/fruit/pecan.htm#folklore >.	Folhas e frutos	Óleo essencial	Folhas e frutos contêm juglona e lenalool, com atividade alelopática e fungicida.	O pólen é altamente alérgico (Rachmiel et al., 1996). Fruto armazenado pode conter aflatoxina, substância tóxica produzida por fungos que se desenvolvem quando as condições de umidade do produto são favoráveis < http://www.uga.edu/fruit/pecan.htm#folklore >.
<i>Celosia cristata</i> L.	Sem referências Para outra espécie, <i>Celosia argentea</i> , atividade antidiabética do extrato alcoólico da semente em ratos. Vetrichelvan T, Jegadeesan M, Devi BA. Biol Pharm Bull, 2002 Apr;25(4):526-8.>	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Chelidonium majus</i> L.	O fármaco homeopático demonstrou atividade antitumoral em estudos pré-clínicos (Biswas; Khuda-Bukhsh, 2004; 2002). O extrato aquoso modulou ativação de macrófagos peritoniais em camundongos (Chung et al., 2004). Estudo pré-clínico indica ação preventiva contra radiação (Song et al., 2003). Apresenta atividade antimicrobiana em vitro (Kokoska et al., 2002). Estudos clínicos apontam eficácia do composto semi-sintético de ácido trifosfórico e o alcalóide chelidonina – Ukrain - no uso terapêutico de câncer pancreático avançado e irreversível (Gansauge et al., 2002).		Extrato aquoso (Chung et al., 2004) e composto semisintético – Ukrain (Gansauge et al., 2002).	Sem referências	O uso terapêutico induziu hepatite aguda em pacientes (Stickel et al., 2003).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004). (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Estudo clínico demonstra eficácia do suco administrado por três dias consecutivos contra <i>Ascaris lumbricoides</i> e <i>Hymenolepis nana</i> (Lopez et al., 2001). Atividade antihelmíntica (Quinlan et al., 2002). O óleo volátil parece ser um efetivo inseticida contra <i>Lucilia sericata</i> (Morsy et al., 1998). O extrato foliar mostrou eficácia de 100% contra <i>Ancilostoma</i> e <i>Trichuris</i> e de 50% contra <i>Ascaris</i> em estudo clínico (Giove Nakazawaet et al., 1996).	Folhas (Giove; Nakazawaet et al., 1996).	Suco (Lopez et al., 2001) e extratos foliares (Giove; Nakazawaet et al., 1996).	Sem referências	A infusão tem potencial anti-helmíntico mais fraco que o óleo essencial, porém seu uso é mais seguro (MacDonald et al., 2004). O suco apresentou efeito colateral em 23,9% dos casos clínicos estudados (Lopez et al., 2001). Usada popularmente como abortiva e emenagoga (Conway; Slocumb, 1979).
<i>Citrus sinensis</i> Osbeck	Estomacal, estimulante, edulcorante, usado nas gastralgias e nas dispepsias (Oliveira; Akisue, 2000). Fruto: carminativo, estimulante digestivo, aumenta a pressão arterial, diurético, expectorante, tônico energético; flores: sedativo, tônico, anti-séptico, antiespasmódico, antidepressivo (Ody, 2000). Lenitiva, antiespasmódica (Cowan, 1973).	Fruto e flores (Ody, 2000).	Decocção, tintura, óleo, creme, água de flor de laranjeira (Ody, 2000).	Flavonóides: hesperidina, açúcar, matéria mucilaginoso; óleo essencial (Oliveira; Akisue, 2000). Óleo volátil, vitaminas A, B, C, flavonóides, amargos (Ody, 2000).	Sem referências
<i>Costus spicatus</i> (Jacq.) S.w.	Atividade antimicrobiana dos extratos alcoólicos das folha e raiz (Jimenez et al., 1979).	Folha e raiz (Jimenez, et al., 1979).	Extratos alcoólicos (Jimenez et al., 1979).	Sem referências	Sem referências
<i>Crysanthemum parthenium</i> (L.) Berhn	Aperiente, carminativo, purgativo, tônico, emenagogo. Contra enxaquecas, flatulências, vermes e inchaço. Promove regulação do ciclo menstrual. Usado no tratamento de histeria e alcoolismo com <i>delirium tremens</i> . As flores são purgativas < http://www.holistic-online.com/Herbal-Med/_Herbs/h57.htm >	Folha e flores	Extrato foliar (0,2% parthenolide). Capsulas ou tabletes (250 mg de parthenolide 2 x ao dia durante 6 semanas) < http://www.holistic-online.com/Herbal-Med/_Herbs/h57.htm >.	Sesquiterpene lactones (destas, 85% são denominadas parthenolide). Parthenolide impede o acúmulo excessivo de plaquetas e inibe a liberação de certas substâncias, inclusive serotonina e mediadores inflamatórios. Isto pode reduzir a severidade, duração e frequência de enxaquecas e melhorar a circulação sanguínea < http://www.holistic-online.com/Herbal-Med/_Herbs/h57.htm >.	Efeitos colaterais incluem nervosismo e distúrbios gastrointestinais. Não é recomendado durante gravidez ou lactação e não deve ser utilizado por crianças de menos de 2 anos < http://www.holistic-online.com/Herbal-Med/_Herbs/h57.htm >. Pode causar dermatite ou reação alérgica < http://www.thebakken.org/about-us/plant.html >.

Tabela 4 -Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Cuphea carthagenensis</i> (Jacq.) J.F. Macbr	Depurativa, sedativa do coração, diaforética, anti-sifilítica, antiinflamatória das mucosas, antitérmico nas febres intermitentes, balsâmico, hipotensora, anticolinesterásica, antireumática, depurativa do sangue, antiarterosclerótica, combate disenterias e auxilia na eliminação de ácido úrico (Teske & Trentini, 1997). Benéfica em doenças cardiovasculares (Schuldt-Elke, 2000). Atividade redutora do colesterol (Biavatti et al., 2004).	Toda a planta (Teske & Trentini, 1997).	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Cymbopogon citratus</i> (DC ex N) Stapf	Miorrelaxante, analgésico, antiséptico, antitérmico, antiespasmódico e antibacteriano (Franco, 1996). Antiflatulento, sudorífico (Silva, 1995). Regulador das funções digestivas, calmante, sedativo, litolítico (Franco, 1997). Fungicida, anticonvulsiva (Córrea, 1984).	Folhas frescas ou secas e rizomas (Silva, 1995).	Infusão (Silva, 1995).	Óleo essencial (lemon grass): citral (geranial e neral) e mirceno (Sousa, 1991). Óleos essenciais ricos em citrol e aldeídos, cetonas, ácidos, ésteres, e outros sesquiterpenos e terpenos, mircenos, citrol (neral e geraniaol), alcalóides e saponinas (cimeropogonol e cimpogonol). (Franco, 1996; Silva, 1995)	Pode ser abortivo em doses concentradas (Martins et al., 2000).
<i>Cynara scolymus</i> L.	Colagoga, colerética, depurativa, diurética, laxativa, hipoglicemiante, reduz a taxa de uréia, reduz o colesterol sanguíneo (Teske, Trentini, 1997). Distúrbios digestivos e hepáticos, auxilia no tratamento de obesidade e antifóidico (Martins et al., 2000).	Folhas (Teske, Trentini, 1997) (Martins et al., 2000). Raízes (Furlanmeier, 1984).	Extrato de folhas e raízes (Furlanmeier, 1984). Infusão (Martins et al., 2000).	Cinarina, inulina, sais minerais, ácido clorogênico, ácido caféico, mucilagem, pectina, tanino, ácidos orgânicos, glicosídeo A e B, cinaropicrina (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000).	Não deve ser utilizada durante a lactação, pois pode reduzir a secreção láctea (Martins et al., 2000).
<i>Equisetum arvense</i> L.	Diurética, em mineralizante, hemostática, sebotática, antiinflamatória, antiacne, vulnerária, cicatrizante, adstrigente genito-urinário, abrasiva, tonificante e revitalizante (Teske; Trentini, 1997).	Partes aéreas (Teske; Trentini, 1997).	Banho, chá (Furlanmeier, 1984).	Ácido silício. Flavonóides: isoquercetina, equisetrina, canferol e galutenonina, fitosterol. Triglicérides: ácido oléico, esteóico, linoléico e linolênico. Alcalóides: metosapiridina, nicotina, palustrina e palustrinina. Ácidos orgânicos: ácido gálico, málico, oxálico. Saponinas: equisetonina. Compostos amargos. Vitamina C, taninos (Teske & Trentini, 1997).	Contra indicado para disfunção cardíaca ou renal (Martins et al., 2000).
<i>Eryobotrya japonica</i> Lindl.	Hipoglicemiante (Roman, 1991).	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Erythraea centaurium</i> Pers.	O extrato aquoso apresentou efeitos antiinflamatórios e antipiréticos em modelos animais (Berkan et al., 1991). O extrato metanólico das folhas apresentou significativo efeito protetor gástrico em cobaias (Mroueh et al., 2004)	Folhas (Mroueh et al., 2004)	Extrato aquoso (Berkan et al., 1991).	Sem referências	Sem referências

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Eugenia uniflora L.</i>	Antidiarréico, anti-séptico bucal, digestivo. (Silva, 1995). Contra cólicas, febres, bronquite e asma; calmante, hipotensor, contra gota e reumatismo, caxumba, rubéola, sarampo, catapora; anti-tussígeno e anti-gripal (Franco, 1997).	Folhas e frutos (Silva, 1995). Casca (Franco, 1997).	Infusão e suco (Silva, 1995). Xarope (Franco, 1997).	Folhas: triterpenos, citrionelol, geraniol, cineol e sesquiterpenos. Taninos, guassina e pectina (Silva, 1995).	A infusão de folhas frescas não apresentou efeito tóxico agudo em análise pré-clínica (Schapoval et al., 1994). O extrato bruto aquoso em exames pré-clínicos apresentou possíveis efeitos colaterais em pacientes sob risco cardíaco (Consolini; Sarubbio, 2002).
<i>Ficus carica L.</i>	Atividade imunoestimulante (Dai et al., 2000). O extrato etil-acetato apresenta um composto com atividade anti-cancerígena (Yin; Chen, 1997; Meng et al., 1996)	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Látex altamente tóxico (Amorin et al., 1999).
<i>Foeniculum vulgare Mill</i>	Aromático, carminativo, estimulante, estomacal, expectorante, galactagogo; flatulências e embaraços gástricos, diurético (Conceição, 1987). Digestivo, galactagogo, antiespasmódico e antitussígeno (Silva, 1995).	Fruto, folhas e sementes (Silva, 1995). Raiz (Franco, 1997).	Infusão, condimento, alimentação (Silva, 1995).	Anetol (Sousa, 1991). Ácidos málico, fosfórico, succínico e tânico. Aleurona, óleo fixo, açúcar, mucilagem, óleo essencial (pireno, dipteno, felandreno, anetol, androl) (Conceição, 1987). Frutos: anetol, cumarinas, esteróis, flavonóides, ácidos cafeico e clorogênico, tocoferóis e ácidos graxos. Folhas: flavonóide derivado de quercetina, anetol, α -pineno, canfeno, felandreno, dipenteno, fenchona, estragol e feniculina (Silva, 1995).	Em dose alta tem propriedades emenagogas enérgicas (Conceição, 1987).
<i>Hibiscus rosa sinensis L.</i>	O extrato usado topicamente apresentou ação preventiva de carcinogênese cutânea em cobaias (Sharma et al., 2004). O extrato foliar éter de petróleo usado topicamente apresentou potencial ação sobre o crescimento de cabelo em cobaias (Adhirajan et al., 2003). O extrato floral etanólico diminuiu os níveis de colesterol, triglicérides e glicose sanguíneos, após uso continuado em cobaias (Sachdewa et al., 2003) O extrato foliar aquoso apresentou atividade hipoglicemiante em animais (Sachdewa et al., 2001).	Folhas (Adhirajan, et al., 2003) (Sachdewa et al., 2001) e flores (Sachdewa et al., 2003), (Pakrashi et al., 1986), (Murthy et al., 1997).	Uso tópico (Sharma et al., 2004), extrato foliar éter de petróleo (Adhirajan et al., 2003) e aquoso (Sachdewa et al., 2001), extrato floral etanólico (Sachdewa et al., 2003) e benzênico (Pakrashi et al., 1986) (Murthy et al., 1997)		O extrato floral benzênico (via i.p.) mostrou atividade estrogênica e antiovatória em camundongos (Murthy et al., 1997) e via oral provocou aborto em camundongos fêmeas prenhas (Pakrashi et al., 1986; Kholkute et al., 1997). Provável atividade antireprodutiva em fêmeas (Nath et al., 1992). Estudos clínicos indicam que a planta pode causar urticária e dermatite (Paulsen et al., 1998).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Juglans regia</i> L.	O extrato etanólico da folha apresentou atividade antiinflamatória em estudos pré-clínicos (Erdemoglu et al., 2003). O extrato metanólico da fruta apresentou atividade anti-diabética em ratos (Kavalali et al., 2002).	Fruto (Kavalali et al., 2002).	Extrato metanólico (Kavalali et al., 2002).	Sem referências	Sem referências
<i>Lavandula officinalis</i> L.	Antiespasmódica, carminativa, anti-séptica, cicatrizante, estimulante da circulação periférica, repelente de insetos, antidepressiva, sedativa, anti-reumática, antiasmática, diurética, diaforética, colagoga, sudorífica, aromática, rubefaciente, anticonvulsiva, analgésica, desodorante, refrescante, purificante (Teske; Trentini, 1997).	Sumidades floridas (Teske; Trentini, 1997) (Balmé, 1982).	Infusão e decocção (Teske; Trentini, 1997) (Balmé, 1982). Óleo e solução alcoólica (Balmé, 1982).	Princípios amargos, cumarina, óleo essencial (linalol, acetato de linalila, geraniol, cineol, limoneno, sesquiterpenos), taninos, aldeídos, cetonas (Teske; Trentini, 1997).	Em doses elevadas pode causar sonolência (Teske & Trentini, 1997).
<i>Leonotis nepetaefolia</i> (L.) R. Br.	O cordão-de-frade ajuda no tratamento do reumatismo e da asma por ter funções antiinflamatória, diurética e expectorante < http://bolnimesa.bol.com.br/ervas/cordao_frade.jhtm . Acesso em 22/11/04>.		Folhas usadas em salada.		
<i>Lippia alba</i> (Mill) N. e Br.	Antiespasmódica, estomáquico (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000). Carminativa, calmante, digestivo, combate a insônia e a asma (Martins et al., 2000). Cicatrizante, anti-reumática, diurética, aromática, tonificante, antiinflamatória, antinevrálgica, estimulante neuro-endócrino, antitúfiase, adstringente, expectorante e galactogogo (Teske; Trentini, 1997). Antibacteriana (Alea et al., 1997).	Folhas (Martins et al., 2000).	Infusão (Martins et al., 2000).	Ácido valeriano, sesquiterpenos, beta-cariofileno, óleo essencial: citral, limoneno, linalol, terpineol, d-citronelol, geraneol, verbenona; flavonóides (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000).	Popularmente não se recomenda o uso por hipotensos (pressão baixa) (Martins et al., 2000).
<i>Malva sylvestris</i> L.	Diurética, emoliente, anti-séptica, laxativa, expectorante, bactericida, hiperglicemiante e obesidade (Franco, 1996). Contra catarros na garganta e dos brônquios, angina, catarros agudos no estômago, inflamação ou catarro na bexiga (Conceição, 1987). Antiinflamatório, calmante e dores em geral; úlceras, feridas, inchaços das pernas, picadas de inseto; obesidade (Franco, 1997).	Folhas, flores e raízes. (Conceição, 1987)	Clisteres, banhos, fomentações, gargarejos, colírio e infusão. (Conceição, 1987) Cataplasma. (Franco, 1997)	Óleo essencial, tanino e mucilagem. Vitaminas A, B1, B2 e C. (Franco, 1996)	Sem referências
<i>Matricaria chamomilla</i> L.	Antiflogística, tônica, emoliente, refrescante, anti-séptica, antialérgica, vulnerária (Teske; Trentini, 1997). Antiinflamatória, calmante, carminativa, cicatrizante, antiespasmódica (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000). Estomáquico e usado na elaboração de xampu (Oliveira, 1997). Analgésica, emenagoga (Martins et al., 2000).	Capítulos florais (Teske; Trentini, 1997), (Martins et al., 2000), (Oliveira, 1997).	Infusão e compressas (Silva, 1995), (Conceição, 1987), (Martins et al., 2000).	Óleo essencial: alfa-bisabolol, pró-camzulenol, matricina, apigenina, colina, aminoácidos, ácidos graxos, sais minerais, terpenos, cumarinas como a hemiarina e umbeliferona, mucilagens e ácidos orgânicos (Teske; Trentini, 1997).	Doses elevadas promovem paralisia da musculatura lisa (Silva, 1995). Mulheres grávidas ou em período de lactação devem evitar o seu uso (Martins et al., 2000).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart.	Antiflatulento, cicatrizante, gastralgias, analgésico, dispéptico, hipotônicos, úlceras gástricas e duodenais (Franco, 1996). Sialorréia, antiflatulento (Silva, 1995). Tônica, balsâmica, digestivo, anti-flatulento, contra males do fígado e rins, afecções cutâneas e alcoolismo (Franco, 1997).	Folhas frescas ou secas (Silva, 1995). Sementes e folhas (Soares, 2000).	Decocção (Silva, 1995). Infusão (Franco, 1997).	Alcalóides triterpênicos, flavonóides, tanino, Óleo essencial, resina, antocianosídeos, sais de ferro, enxofre, sódio, cálcio, mucilagem e açúcar (Franco, 1996). lodo (Conceição, 1987).	Em mulheres em período de lactação, o uso prolongado pode reduzir a produção de leite (Silva, 1995) (Martins et al., 2000). É contra-indicado para gestantes (Silva, 1995).
<i>Melissa officinalis</i> L.	Sedativa, estomáquica, carminativa, colerética, antiespasmódica, emenagoga, antivirótica e insônia (Franco, 1996). Câimbra do estômago e dos intestinos (quando são de origem nervosa), palpitações nervosas, asma bronquial, insônia, histerismo, debilidade do coração, vômitos nervosos; tônico amargo e excitante, estimulante. (Conceição, 1987). Calmente, digestivo, alivia as dores do parto, auxilia no nascimento e na expulsão da placenta; icterícia (Franco, 1997).	Folhas frescas ou secas e sumidades florais. (Silva, 1995) Folhas (Cruz, 1965). Sumidades florais. (Côrrea, 1984)	Infusão, bochechos, compressas, tempero (Silva, 1995). Chá (Franco, 1997).	Óleos essenciais com compostos terpênicos, nerol, citrol, citronelol, linalol, cariofileno, eugenol, pineno, mirceno, limoneno, terpineno, taninos, derivados dos ácidos rosmarínicos e caféico, saponinas e glicosídeos, flavonóides, sais minerais e princípios amargos e aloés (Franco, 1996).	É atóxica nas doses recomendadas (Martins et al., 2000). Duas xícaras ao dia se apresenta tóxica (Santos, 1988). Pode causar, em pequenas doses, entorpecimento e diminuição da pulsação (Teske; Trentini, 1997).
<i>Mentha suaveolens</i> Ehrh.	Os extratos foliares metanólico e diclorometanólico apresentaram atividade bradicárdica e hipotensora em animais (Bello et al., 2001). O extrato metanólico obteve atividade analgésica e anti-espasmódica em cobaias (Moreno et al., 2002). O óleo essencial possui atividade antimicrobiana (Oumzil et al., 2002).	Folha	Extrato		O extrato metanólico não apresentou toxicidade em estudos pré-clínicos, mas apresentou forte ação depressora do SNC (Moreno et al., 2002).
<i>Mentha viridis</i> L.	O extrato apresentou atividade antimicrobiana (Mansouri, 1999; Hasan, 1999).	Folha	Extrato		Sem referências
<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	Broncodilatadora, antiasmática, cicatrizante, expectorante, febrífuga (Teske; Trentini, 1997), (Martins et al., 2000). Diurética, tônica, peitoral, emoliente, bêquica, depurativa (Teske; Trentini, 1997). Antisséptico das vias respiratórias, sudorífico, anti-reumático (Martins et al., 2000). Bêquico, expectorante, anti-séptico das vias respiratórias, anti-inflamatório, analgésico, antiasmático, anti-reumático, diurético, cicatrizante, antibiótico, broncodilatador e antifúngico (Franco 1996). Antitussígeno, gripe, rouquidão, resfriado, dermatite e micose (Silva, 1995). Contra reumatismo, artrites e nevralgias (Franco 1997).	Folhas (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000). Planta florida (Martins et al., 2000). Folhas frescas ou secas (Silva, 1995). Raiz (Soares, 2000).	Infusão, xarope (Martins et al., 2000). Chá, xarope, tintura (Silva, 1995).	Óleo essencial: contém diterpênicos e sesquiterpênicos. Taninos, saponinas, resinas, guacina, cumarinas, guacosídeo (Teske; Trentini, 1997) (Martins et al., 2000).	Pode causar vômitos e diarreia quando usado em excesso (Martins et al., 2000). Pode provocar hipertensão (Silva, 1995).
<i>Origanum vulgare</i> L.	Aperiente, expectorante, diurético, carminativo, tônico (Martins et al., 2000). Antivirótica, antiespasmódica, analgésica, bactericida, cicatrizante, expectorante, relaxante, vermífuga, entre outras < http://boxer.ciagri.usp.br/pm/ver_1pl.asp,06/08/04 >.	Flores e folhas secas (Martins et al., 2000).	Infusão (Martins et al., 2000).	Taninos, timol, fenóis, origaneno e caneacol (Martins et al., 2000).	Sem referências

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Passiflora allata</i> (Dryand.) Ait.	Sedativa, emenagoga, anti-inflamatória, depurativa, vermífuga, antiespasmódica, analgésica, antidiabética; contra asma, diarreia e insônia, alcoolismo (Franco, 1997). Diurético, hipotensor, antipirético (Soares, 2000).	Frutos, sementes e folhas (Silva, 1995). Flores, raiz, partes aéreas, folhas, flores (Soares, 2000).	Infusão, compressas (Silva, 1995). Banho, cozimento (sementes), "garrafada" (Franco 1997). Tintura (Soares, 2000).	Folhas: passiflorina; fruto: vitaminas A, B1, B2, B5, C, sais: fósforo, cálcio, ferro (Conceição, 1987).	Chá das folhas deve ser controlado por riscos de intoxicação cianídrica, deprime o sistema nervoso central (Silva, 1995).
<i>Persea americana</i> Mill.	Diurética, emenagoga, colagoga, carminativa, balsâmica e expectorante. O óleo é anti-raquitico, emoliente e suavizante da pele (Teske; Trentini, 1997). Estomáquico, colerético, externamente anti-inflamatório (Martins et al., 2000). As folhas e o caroço são usados contra diarreias, disenterias, doenças das vias urinárias; o fruto é afrodisíaco (Cruz, 1965).	Folhas, botões florais, frutos e sementes (Martins et al., 2000).	Infusão (Vieira, 1992) e óleo (Teske; Trentini, 1997).	Matéria insaponificável, potássio, cálcio, fósforo, ferro, abacatina, flavanóides e óleo essencial (Teske & Trentini, 1997). Tanino metil-eugenol, dopamina, quercitina e perseitol, nas sementes: abscina (Martins et al., 2000).	A ingestão das folhas deve ser evitada no período de amamentação, pois estudos pré-clínicos indicam que pode causar necrose no epitélio das glândulas mamárias (Oelrichs et al., 1995).
<i>Petiveria alliaceae</i> L.	Estimulante, empregado nas paralisias, diurético, diaforético, antireumático, depurativo e antifebril (Conceição, 1987). Alivia dor de cabeça e enxaqueca, reconstituente da memória, combate paralisia, artrite e hidropsia. (Franco 1997).	Raiz (Conceição, 1987). Folhas secas, raiz seca ou fresca (Soares, 2000).	Tintura, vinagre (Conceição, 1987). Solução alcoólica (Franco 1997).		Desaconselhado uso interno por ser tóxica, especialmente a raiz (Conceição, 1987). Abortivo (Franco, 1997) (Reader's Digest, 1999). Teratogênica: malformação do feto (Reader's Digest, 1999).
<i>Pfaffia glomerata</i> (Spreng) Pederson	O extrato aquoso apresentou atividade protetora da mucosa gástrica em animais (Freitas et al., 2004). O extrato metanólico das raízes apresentou atividade anti-hiperglicemiante em estudos pré-clínicos (Sanchez et al., 2001).	Raízes (Sanchez et al., 2001).			Sem referências
<i>Phyllanthus tenellus</i> Roxb.	Atividade antimicrobiana e imunomodulatória do extrato aquoso da planta seca e fresca (Ignacio et al., 2001) e Atividade antinociceptiva e analgésica do extrato foliar cru e hidroalcoólico (Santos et al., 2000; 1999) em estudos pré-clínicos.	Folhas (Ignacio et al. 2001). (Santos et al., 2000; 1999).	Extrato aquoso (Ignacio et al., 2001); extrato cru (Santos et al., 2000) e hidroalcoólico (Santos et al., 1999).		Sem referências
<i>Pimpinella anisum</i> L.	Expectorante, béquico, antiespasmódico, carminativo, estomáquico, contra flatulência e emenagogo. (Franco 1996). Estimulante das secreções brônquicas, estômago, intestinos e galactogênico, contra cólicas (Conceição, 1987).	Fruto e semente. (Moreira, 1972)	Infusão, essência, pó (Roger, 1998).	Anetol (Sousa, 1991). Óleos essenciais anetol e isoanetol, resinas, colina e ácido málico (Franco; 1996).	Sem referências

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Paraná / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Piper umbellatum L.</i>	O estrato aquoso apresentou ação sedativa em exames pré-clínicos (Bioka; Abena, 1990).				Sem referências
<i>Plantago major L.</i>	Antiinflamatório, expectorante, analgésica, antipirética, emoliente, depurativa, adstringente, diurética, vulnerária, sinusite e traqueobronquite (Franco, 1996). Tônica, antihemorroidais, purgativa, cicatrizante, purificadora do sangue, anginas, parotidites e gengivas sangrentas (Lorenzi, 1991). Antihemorrágico (Conceição, 1987). Antiulcerogênico, anti-diarréico, em lesões herpéticas (alívio da dor) (Silva, 1995). Antibiótico, combate dores nos seios, apendicite crônica, prostatite; feridas, tumores malignos, dermatoses (Franco, 1997).	Folhas, flores e sementes (Silva, 1995). Raiz e suco (Franco, 1997).	Infusão, compressas, comer as sementes (Silva, 1995). Gargarejos, banhos e chá (Franco, 1997).	Tanino, mucilagem, pectina, sais minerais, enxofre, flavonóides, ácido fenólico, glicosídeos, citrato de potássio e vitamina C. (Franco, 1996). Iridóides, manitol, sorbitol, heterosídeo cromogênico, aucobosídeo, p-cumarico (folhas), lactona (loliolida) (Silva, 1995).	Sem referências
<i>Plectranthus barbatus Andrews</i>	Atividade hipossecretora gástrica, usada no tratamento para controle da gastrite, na dispepsia, azia, mal-estar gástrico, ressaca e como amargo estimulante da digestão e do apetite (Lorenzi; Matos, 2002).	Folhas (Lorenzi; Matos, 2002).	Infusão (Lorenzi; Matos, 2002).	Barbatusina, ciclobarbatusina, cariocal, além de triterpenóides e esteróis (Lorenzi; Matos, 2002).	Abortiva, malformação fetal e toxicidade maternal, teratogenicidade (Almeida; Lemonica, 2000).
<i>Plectranthus neochillus Schlechter</i>	Espanta cobras provavelmente pelo seu odor desagradável; purificador de ar < http://www.plantzafrica.com/plantnop/plectranneochil.htm >.	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Rosmarinus officinalis L.</i>	Estimulante, colerético, colagogo, emenagogo, antiespasmódico, expectorante e diurético; dores articulares, contusões e fadiga muscular; anticaspas; condimento (Silva, 1995). Excitante, antianoréxico, digestivo, contra tosses úmidas, clorose e escrófulas (Conceição, 1987).	Folhas e sumidades floridas (Teske; Trentini, 1997) (Silva, 1995). Folhas (Conceição, 1987).	Infusão, decocção e banho (Conceição, 1987). Xarope, tintura, pó (Martins et al., 2000).	Óleo essencial: pineno, canfeno, cineol, borneol, acetato de bornila, cânfora, diterpenos. Ácidos orgânicos, saponina traços de alcalóides, princípios amargos e tanino (Teske; Trentini, 1997). Pineno, canfeno, tanino e resina (Conceição, 1987). Terpenos, acetaldeído, heterosídeos cianogênicos, dextrogira, eucaliptol, ácidos fenólicos e flavonóides (Silva, 1995).	Abortiva, pode irritar a pele (Teske; Trentini, 1997) (Albuquerque, 1980). Não se recomenda o uso interno para gestantes, prostáticos e pessoas com diarreia (Côrrea, 1994) (Martins et al., 2000).
<i>Ruta graveolens L.</i>	Emenagogo, vermífugo, enxaqueca, antiflatulência, antioncicoses e pediculose, carminativa e diaforético (Franco, 1996). Antihisterismo, sistema nervoso, cólicas uterinas e intestinais, estimulante (Conceição, 1987). Antivarizes, flebites, hemorróidas (Silva, 1995).	Folhas (Conceição, 1987). Folhas e sumidades florais (Silva, 1995). Sementes secas (Soares, 2000).	Infusão (Conceição, 1987). Solução alcoólica (tintura), banho (Silva, 1995).	Óleo essencial: metilcetonas, hidrocarbonetos, fenóis, álcoois acíclicos, ácidos graxos esterificados e cineol (folhas e flores). Rutina e lactonas (raiz) (Sousa, 1991). Constituintes fixos: tem-se a rutina, cumarina, bergapteno, xantotoxina, psoraleno, rutaretina, rutamina, graveolinina, cocusaginina e outros. Hibalactona (raiz) (Silva, 1995).	Abortiva (Silva, 1995) (Martins et al., 2000) (Albuquerque, 1990). Pode provocar hiperemia dos órgãos respiratórios, vômitos, gastroenterites, salivções, edema na língua em grandes doses. Deve ser ministrada com cuidado quando em uso interno (Martins et al., 2000).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Salvia officinalis L.</i>	Emenagogo, eupéptico, diaforético, tônico, germicida, antiinflamatório, vulnerário e adstringente (Franco 1996). Excitante, antiespasmódico, estimulante do coração e do sistema nervoso, reumatismo, febril, diurético, sudorífico, desinfetante (Conceição, 1987). Antiséptico bucal, antiflatulento, antiemético (Silva, 1995). Calmante, descongestionante, contra gengivite, laringite e inflamações na garganta (Franco, 1997). Atividade antioxidante (Masaki et al., 1995; Hohmann et al., 1999). Atividade hipoglicemiante (Alarcon-Aguilar et al., 2002), atividade antiinflamatória (Baricevic et al., 2001).	Folhas frescas ou secas e sumidades florais (Silva, 1995).	Gargarejo e infusão (Conceição, 1987). Bochecho (Silva, 1995). Banho (Franco, 1997).	Óleo essencial, glicosídeos, diterpênico, ácidos flavonóides, tanino, saponina, esteróis, tujona, rosmarino e cânfora (Franco, 1996; Silva, 1995).	Não deve ser usado por gestantes (Martins et al., 2000).
<i>Sechium edule Sw.</i>	Hipotensor, diurético, elimina o ácido úrico, calmante, alivia hemorróidas (Franco, 1997).	Folhas (Franco, 1997).	Chá (Franco, 1997).	Sem referências	A metabolização dos extratos (macerado e infusão) induziu a formação de metabólitos vivos (Feliciano et al., 2002).
<i>Solidago chilensis Meyen</i>	Amarga, estomáquica, adstringente, cicatrizante, vulnerária (Lorenzi; Matos, 2002).	Folhas, rizomas (Lorenzi; Matos, 2002).	Compressa, tintura (Lorenzi; Matos, 2002).	Parte aérea: quercitina, flavonóide glicosídico. Raízes: taninos, saponinas, resinas, óleo essencial, inulina, rutina, ácido quínico, ramnosídeos e ácidocaféico, clorogênico e hidrocínâmico e seus derivados (Lorenzi, Matos, 2002).	Sem referências
<i>Stachys bizantina K. Koch ex Scheele</i>	Emoliente < http://www.thebakken.org/about-us/plant.html >. Emoliente e anestésico em picadas de abelha < http://norcrossws.org/norcross/Herb/medicinalbed.htm >.	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências
<i>Symphytum officinale L.</i>	Anti-reumática, antiinflamatória, expectorante, emoliente e vulnerário e béquico (Franco, 1996). Queimaduras, cicatrizante (Silva, 1995). Anti-anêmica e aumenta os glóbulos vermelhos do sangue; dermatoses, intestinos e ovários; depurativo (Franco, 1997).	Raízes e folhas (Silva, 1995).	Compressas, emplasto (Silva, 1995). Chá (Franco, 1997).	Raízes: alcalóides pirrolizidínicos, especialmente sinfitina e equimidina, alantoína, taninos, açúcares, saponinas, titerpenóides, esteróides e ácidos clorogênico e cafeico. Folhas: alatoínas (principalmente) e alcalóides pirrolizidínicos (Sousa, 1991). Vitaminas A, B1, B2, B12, C e ácido pantotênico, alantoína e caroteno. Sais minerais: ferro, manganês, zinco, cálcio, fósforo (Franco, 1996).	Uso prolongado pode causar tumores malignos na bexiga e fígado (Souza, 1991). Má formação de fetos, abortiva e mutagênico (Silva, 1995). Uso interno produz irritação gástrica e problemas hepáticos (Santos, 1988).

Tabela 4 - Dados bibliográficos sobre as espécies citadas em levantamento etnobotânico realizado junto a usuários da Unidade de Saúde N. Sra. dos Navegantes (Cascavel, Parana / dez.2003 a fev.2004) (cont.)

ESPÉCIE	PROPRIEDADES	PARTE USADA	FORMA DE USO	COMPOSIÇÃO QUÍMICA	TOXICIDADE e CONTRA-INDICAÇÃO
<i>Tanacetum vulgare L.</i>	Regula funções hepáticas, emenagogo; contra problemas no nervo ciático, erisipelas e para estancar sangue; vermífugo, repelente (Franco 1997). Estimulante, inseticida, condimento (Côrrea, 1984).	Folhas e flores (Franco, 1997).	Chá, banho, dedetização (queima das folhas) (Franco, 1997).	Tanacetona e confol (cânfora) (Côrrea, 1984).	Possui elementos tóxicos como o ácido tanásico e a tanacetona (Martins et al., 2000). Abortivo uso perigoso (Côrrea, 1984).
<i>Taraxacum officinale Weber ex F.H. Wigg</i>	Possui atividade antiinflamatória (Kim et al., 2000) e atividade imunoestimulatória (Kim et al., 1998; 1999) segundo estudos pré-clínicos. O extrato etanólico apresentou atividade antioxidante (Panovska; kuleyanova, 2002)	Sem referências	Sem referências	Sem referências	O contato com a planta pode desencadear reações alérgicas (Mark et al., 1999)
<i>Vernonia condensata Baker</i>	O composto Vernonioside B2, isolado do extrato metanólico apresentou atividade analgésica e antiinflamatória em análises pré-clínicas (Valverde et al., 2001). O extrato aquoso bruto apresentou atividade analgésica e anti-ulcerogênica em animais (Fruituoso et al., 1994).	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Estudos pré-clínicos indicam que o extrato aquoso possui baixa toxicidade e não apresenta riscos mutagênicos ou teratogênicos (Monteiro et al., 2001).
<i>Xanthium cavanillesii Schouw</i>	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Sem referências	Toxica para gado (Mendez et al, 1998); (Loretti et al. 1999)
<i>Zingiber officinale Roscoe</i>	Estomáquico, carminativo, sialagoga, revulsiva, anti-hemorragica, antitussígena, expectorante, antibronquica, antireumática e anticancerígena (Franco, 1996). Anti-gripal, fraqueza no estômago, flatulência, rouquidão e antiasmático, contra dores no nervo ciático e nevralgias (Franco, 1997).	Raiz (Franco, 1997).	Compressa (Franco, 1997).	Óleos essenciais (citril, cineol, zingibereno, bisaboleno, geraniol, acetado de geranila, gíngerois, chugaios, zingiberol, etc.) (Zingibereno (Sousa, 1991).	O uso externo deve ser acompanhado para evitar possíveis queimaduras (Martins et al., 2000). Não deve ser usado durante a gravidez (Teske; Trentini, 1997).

4.3 ACEITAÇÃO DO USO DE FITOTERÁPICOS PELOS DIVERSOS SEGMENTOS ENVOLVIDOS COM A USF NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES

4.4.1 Usuários

Quanto a possibilidade de serem prescritas plantas medicinais na USF em substituição aos medicamentos industrializados, 100% dos usuários entrevistados responderam que fariam uso delas para o tratamento de problemas de saúde. A manifestação favorável quanto ao uso foi respondida com várias justificativas, como acreditam que as plantas têm poder de cura; preferem utilizar produtos naturais; já utilizam plantas cultivadas por eles mesmos ou fornecidas pela Pastoral da Saúde; confiam mais nestes medicamentos, referindo que desconhecem quais as composições dos medicamentos industrializados; as plantas medicinais têm menos efeitos colaterais que os medicamentos alopáticos; a resposta terapêutica é mais lenta quando comparada a resposta dos medicamentos alopáticos, no entanto, é mais eficaz; porque estes medicamentos estariam mais disponíveis e, ainda, que, se estes medicamentos fossem prescritos na USF, seria seguro utilizá-los.

4.4.2 Profissionais da USF

O componente amostral representativo do profissional de saúde vinculado à USF foi composto por indivíduos entre 20 a 59 anos, sendo em sua maioria do sexo feminino (Tabela 5). A grande maioria destes profissionais (64,3%) apresentava nível médio de escolaridade e apenas 28,6% informaram ter nível superior. Quanto ao

tempo de trabalho na USF, 78,6% dos entrevistados indicou fazer parte da equipe desde que a USF entrou em funcionamento (2 anos).

Tabela 5 - Incidência de indivíduos representativos de diferentes faixas etárias em pesquisa de opinião realizada junto aos profissionais de saúde vinculados à UBS N. Sra. dos Navegantes, Cascavel, PR (dez. 2003 a fev. 2004) .

Idade	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10 – 19 anos			3	6	3	6
20 – 29 anos			5	10	5	10
30 – 39 anos	3	6	8	16	11	22
40 – 49 anos	3	6	13	26	16	32
50 – 59 anos	3	6	6	12	9	18
60 – 69 anos			3	6	3	6
70 e + anos			3	6	3	6
Total	9	18	41	82	50	100

Fonte: Dados Primários (2003).

Quando perguntado se, enquanto membro da equipe de saúde, o entrevistado tinha conhecimento quanto ao uso de plantas medicinais pela comunidade, 85,7% destes respondeu que sim e 14,3% não soube informar.

Quando indagados sobre o significado de fitoterapia, com exceção de um entrevistado, que respondeu não saber do que se tratava, os demais explicitaram corretamente que se relacionava a tratamento baseado na utilização de plantas medicinais.

Apenas uma pequena parcela (21,4 %) dos entrevistados explicitou não orientar os usuários da USF sobre o uso de plantas no tratamento de doenças. Os demais indicaram proceder esta orientação de maneira regular (28,6 %) ou esporádica (50%).

No tocante à especificação desta orientação, a grande maioria (78,6%) referenciou indicar diversos chás para tratamento de várias enfermidades, como, por exemplo, diarreia, cálculo renal, hipertensão, hepatopatias, nervosismo, hipercolesteremia, vermes, problemas digestivos e flatulência.

Quanto à obtenção do conhecimento que embasava estas orientações, os entrevistados indicaram tê-lo obtido em fontes diversas, como livros específicos (28,6%), programas de televisão (7,14%), com a comunidade (28,6%), com familiares mais velhos (50,0%) e palestras (21,4%), sendo que, em alguns casos, o entrevistado respondeu a mais de uma alternativa.

A quase totalidade da equipe de profissionais de saúde vinculados a USF (92,9%) manifestou-se favorável à implantação de um programa de fitoterápicos, explicitando que indicaria o uso de plantas no tratamento de doenças. A justificativa para a adesão centrou-se no fato de ser esta uma alternativa mais natural, associada ao fato de acreditarem que várias doenças podem ser tratadas com fitoterápicos e por representar um menor custo na assistência farmacêutica.

Quanto às respostas em relação à efetividade da implantação do programa de uso de fitoterápicos na atenção básica à saúde, os profissionais de saúde da USF entendem que, primeiramente, deve haver aceitação do profissional médico, por ser este o profissional de saúde que tem como uma de suas funções a prescrição de medicamentos, bem como, o programa disponibilizar fitoterápicos com resposta terapêutica comprovada, recursos humanos capacitados (treinamento) e recursos financeiros garantidos por parte do gestor local de saúde para que o programa não sofra descontinuidade.

4.4.3 Gestor Municipal de Saúde

Este segmento englobou a entrevista a apenas um indivíduo (profissional médico com especialização em medicina comunitária), que naquela oportunidade correspondia ao gestor em vigência no município.

Quando questionado sobre a intencionalidade, enquanto gestor de saúde, em implantar programa de uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde, esta informou que era favorável e que a intenção da Secretaria de Saúde com este programa é oferecer, aos usuários do serviço público de saúde, mais uma alternativa terapêutica de base científica, além da alopatia. Informou, ainda, acompanhar a experiência de diversos municípios que já fazem uso desta terapêutica. Nestes, evidenciou que, além da satisfação dos usuários e da própria equipe de saúde, o programa de uso de fitoterápicos tem representado um menor custo na assistência farmacêutica, quando comparado aos medicamentos alopáticos.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Atualmente tem sido reconhecido que o “modelo médico hegemônico”, centrado no atendimento à doença, na figura e saber médico, onde o saber popular tem sido relegado ao segundo plano ou mesmo completamente desconsiderado, apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade, resolutividade e necessidades prioritárias em saúde.

A falta de valorização do saber popular tem feito com que as pessoas que se julgam “menos cultas” se sintam inferiorizadas em relação aos profissionais de saúde, impedindo-as de falar sobre suas crenças, medos, dúvidas e anseios. A barreira que acaba sendo imposta nesta comunicação interfere na formação do vínculo com o paciente e na autonomia sobre os cuidados com sua saúde, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada.

Neste contexto, gestores e profissionais de saúde buscam implantar modelos alternativos em saúde, tais como: a oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, medicina tradicional, entre outros.

A Atenção Básica a Saúde tem sido entendida como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. É reconhecida também como um espaço de experimentação de modelos assistenciais alternativos em consonância com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população. Isto significa que a gestão de atenção básica, ao mesmo tempo em que administra o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, deve conduzir a estratégia de reorientação de todo o sistema, portanto, precisamos a princípio

compreender o conceito de cuidado básico à saúde e utilizá-lo como fio condutor para a organização do serviço local de saúde.

No entanto, a efetivação de um modelo de atenção à saúde que dê conta das necessidades integrais das pessoas deve levar em consideração um conjunto de informações essenciais e ações intersetoriais, que possam subsidiar a construção da situação da saúde local. Para tanto, é importante conhecer quais os fatores que podem estar interferindo no processo saúde/doença desta população, podendo estes ser identificados, em parte, por meio da assistência prestada à população através da atenção básica à saúde.

No transcorrer do presente estudo, percebeu-se que a utilização de plantas na terapia popular, pela comunidade de usuários da USF Nossa Senhora dos Navegantes, do município de Cascavel, é bastante difundida e presente. A transferência do conhecimento etnobotânico, nesta comunidade, aparentemente, segue os padrões de comunidades tradicionais, não havendo indicativos de bloqueios ou rupturas neste processo na população avaliada.

Constatou-se, então, que as plantas medicinais para esta comunidade representam um fator importante para a manutenção das condições de saúde, sendo também parte de um saber local preservado e utilizado, ou seja, de sua cultura e costumes.

A utilização de plantas medicinais de forma apropriada vem ao encontro das proposições da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem incentivado a valorização das terapias tradicionais, sendo estas reconhecidas como um recurso terapêutico muito útil nos programas de atenção primária à saúde, podendo atender muitas das demandas de saúde da população. Poderá, ainda, contribuir para o sistema local de saúde e desenvolver a autonomia no cuidado à saúde dos usuários

do sistema público de saúde.

Entretanto, o uso sem orientação médica apropriada é um fator de preocupação que deve ser considerado pelos atores sociais do setor de saúde bem como por aqueles envolvidos na educação comunitária, dada a incidência de espécies com registro de toxicidade e contra-indicações de uso. Assim como as plantas podem representar remédios poderosos e eficazes, o risco de intoxicação causada pelo seu uso indevido deve ser sempre levado em consideração. A observância às dosagens prescritas e o cuidado na identificação precisa do material utilizado pode evitar uma série de acidentes como os apontados por Lorenzi e Matos (2002).

A falsa idéia de que tudo o que é “natural é bom”, ou, mais especificamente, como indicado pelos entrevistados, de que “planta não faz mal à saúde”, deve ser esclarecida junto à comunidade de usuários da USF. Estudos epidemiológicos em várias partes do mundo têm demonstrado que certos produtos naturais podem representar, cumulativamente, risco carcinogênico aos humanos.

Alguns ésteres presentes em muitas das *Euphorbiaceae*, que são utilizadas como medicinais, são potentes mitogênicos que foram detectados como agentes causadores de câncer nasofaríngeo na China e câncer esofágico em Curaçao. Toxinas pirrolozidínicas mutagênicas, encontradas no chá de confrei e em várias outras ervas medicinais, foram detectadas como hepatocarcinogênicas em ratos e causadoras de cirrose hepática e outras patologias em humanos (AMES et al., 1990).

A não-consonância das indicações de uso, forma de preparo e dosagem registrados junto à comunidade estudada em relação àquelas citadas na bibliografia consultada, deve servir também de referencial para estudos adicionais no sentido de ampliar as possibilidades de uso das espécies indicadas ou mesmo comprovar a

ineficácia ou impropriedade de sua utilização.

5.1 Proposta

Frente aos resultados obtidos na pesquisa etnobotânica junto aos usuários, isto associado ao alto índice de aceitabilidade do uso de plantas medicinais obtido junto aos profissionais de saúde da USF Nossa Senhora dos Navegantes, considera-se oportuna e adequada a implantação de Programa de Uso de Fitoterápicos na Rede Pública de Saúde do Município de Cascavel.

Seria relevante, para o serviço público de saúde do município em questão, adotar, em parceria com a comunidade, o uso de plantas medicinais na atenção básica à saúde, como uma solução prática para muitos problemas básicos de saúde de sua população. A proposta de implantação desta prática poderia, além de melhorar a qualidade de saúde destas comunidades, preservar o traço cultural na prática terapêutica, valorizando o saber popular, reforçando, desta forma, laços sociais e contribuindo para a construção histórica do consenso cultural da região.

Considerando os distintos modelos alternativos em saúde, a prática da medicina tradicional tem sido recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em relação específica aos fitoterápicos, esta organização tem recomendando que cada país proceda a um levantamento regional das plantas utilizadas na medicina popular tradicional, estimulando e recomendando o uso das que tiverem eficácia comprovada, desaconselhando as que podem ser prejudiciais e desenvolvendo projetos de cultivo e uso das plantas selecionadas.

Em atendimento a estas recomendações, tem ocorrido no Brasil diversas

iniciativas propondo o uso de fitoterápicos como possibilidade terapêutica em programas de atenção básica à saúde. Pode-se citar, como exemplo, o programa pioneiro da Universidade Estadual do Ceará, desenvolvido desde 1985, denominado Farmácias Vivas. O projeto é direcionado para a saúde pública, e tem como objetivo agregar garantias científicas à prática terapêutica do uso de plantas medicinais, sendo que as plantas permitem hoje o tratamento de aproximadamente 80% das patologias mais comuns que acometem as comunidades que se utilizam deste serviço. Os bons resultados das Farmácias Vivas motivaram o governo cearense a criar o Programa Estadual de Fitoterapia, nos moldes do projeto, que é hoje aplicado em cerca de 30 comunidades do interior, como complemento do Programa Saúde da Família (BARATA, 2003).

O uso de ervas medicinais, muitas delas cultivadas no próprio quintal, é uma prática secular baseada no conhecimento popular e transmitida oralmente, na maior parte das situações. Numa população com baixo acesso a medicamentos, agregar garantias científicas a essa prática terapêutica pode trazer diversas vantagens. A implantação de um programa de produção, cultivo, elaboração e distribuição de plantas medicinais na atenção básica à saúde pode garantir à população o acesso a medicamentos, diminuindo custos e valorizando o saber popular

Um projeto desta natureza poderia ser implantado, em uma perspectiva interdisciplinar, seguindo as diretrizes do documento elaborado em 2001 pelo Ministério da Saúde, que autoriza a prática de uso de fitoterápicos no sistema público de saúde. O mesmo poderia ser implantado de forma gradativa, sendo prioritariamente selecionadas as comunidades a partir de critérios como interesse da população, responsabilidade técnica e política na manutenção do projeto, inserção da comunidade nos problemas locais, entre outros. Com a definição das

comunidades, a implantação do programa poderia seguir, a exemplo de outros programas já implantados, as seguintes etapas:

- Primeira etapa

Criação do programa interdisciplinar de uso de fitoterápicos na rede básica de saúde através de instrumento legal apropriado.

Estabelecimento de equipe interdisciplinar (biologia/botânica, agronomia, enfermagem, medicina, sociologia) envolvendo profissionais da Secretaria de Saúde, assim como de outras Instituições parceiras (Universidades e Institutos de Pesquisa) e também representantes da comunidade.

Complementação do levantamento etnobotânico (espécies de plantas medicinais utilizadas na região) e do levantamento de informações bibliográficas sobre estas espécies³.

Escolha das plantas que farão parte do projeto, que podem tanto ser as plantas que são de uso tradicional e popular já inseridas na comunidade local, ou aquelas plantas oficialmente aceitas como medicinais e que estão, portanto, inseridas na farmacopéia brasileira. Podem ser incluídas no programa também as plantas já cultivadas ou aquelas ainda silvestres, levando em consideração as espécies com atividades biológicas comprovadas, as condições de saúde e os agravos de interesse.

- Segunda etapa

Implantação de horto para a produção de mudas a serem utilizadas nas hortas medicinais comunitárias, garantindo sua certificação. Um horto principal permite instalar e manter as hortas caseiras e comunitárias por meio da produção e

³ O Município já conta com dois levantamentos desta natureza, a saber, Tomazzoni et al. (2004) e Negrelle et al. (2004).

distribuição de mudas genuínas; permite preservar as espécies medicinais nativas ou cultivadas na região e garantir a continuidade do processo de recuperar a informação popular sobre as plantas medicinais. Serve, também, como uma base para o desenvolvimento de pesquisas sobre as plantas.

Instalação de Unidade Comunitária de Beneficiamento. Para que isto seja possível é necessária a aquisição de máquinas, como equipamentos de secagem, moagem e embalagem das plantas secas, além da instalação de laboratório farmacêutico e de oficina destinados à preparação dos produtos fitoterápicos com base na matéria-prima produzida.

Instalação de hortas medicinais comunitárias que servirão para a produção das plantas medicinais podendo contar com o apoio da Secretaria de Meio Ambiente ou de Agricultura. As hortas são um espaço comunitário para o cultivo das plantas medicinais e sua implantação permite o suprimento em quantidades suficientes das plantas validadas cientificamente para uso terapêutico das famílias que vivem nas proximidades das hortas.

- Terceira etapa

Organização dos meios de distribuição das plantas medicinais para a população que pode ser feita das seguintes formas:

a) Recomendação e medidas para o uso de plantas frescas, fornecendo as medidas recomendadas.

b) Distribuição das plantas secas empacotadas para a preparação de chás.

c) Distribuição de fitoterápicos pelas unidades de saúde, descentralizando o acesso à população.

- Quarta etapa

Sensibilização dos profissionais de saúde para que utilizem e recomendem os fitoterápicos, por meio de capacitações programadas. Estas capacitações podem ser realizadas em parceria com o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Atenção Básica, sendo ele um projeto do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a educação continuada de profissionais de saúde que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde.

Divulgação contínua e freqüente do uso correto e advertências quanto ao uso incorreto de plantas medicinais para os potenciais usuários através de seminários, palestras, cursos, cartilhas entre outros.

5.2 Recomendações

Independentemente da existência do Programa Municipal de Fitoterápicos em Cascavel, apresenta-se a seguir um conjunto de recomendações que se julga serem pertinentes frente ao uso de plantas medicinais pela população de Cascavel:

- Gestor Local de Saúde

a) Discutir a problemática diagnosticada na comunidade pesquisada junto ao Conselho Municipal de Saúde.

b) Cursos de capacitação em fitoterápicos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção básica à saúde.

c) Programas de divulgação sobre uso adequado e indevido de plantas medicinais.

- d) Elaborar material informativo que possa ser distribuído junto à população.
- e) Elaborar estratégias de intervenção pertinentes ao problema diagnosticado.

- Profissionais de Saúde

- a) Buscar capacitação para melhor indicar a utilização de plantas medicinais principalmente em relação a dosagens, interações, formas de preparo.
- b) Buscar conhecer contra-indicações e reações adversas das plantas usualmente empregadas pelos usuários.
- c) Realizar atividades educativas junto aos grupos organizados das comunidades de abrangência da USF.
- d) Promover discussões relativas ao tema com a equipe interdisciplinar da USF e com o Conselho Local de Saúde.
- e) Valorizar o saber popular e a cultura local.

- Usuários

- a) Evitar o uso de plantas somente com base no nome vulgar.
- b) Buscar a correta identificação botânica e informações sobre uso das plantas.
- c) Usar plantas medicinais sob orientação de um profissional de saúde.
- d) Cultivar as plantas medicinais em locais apropriados para o consumo.
- e) Buscar informações sobre contra-indicações e toxicidade das plantas.
- f) Participar dos grupos de atividades educativas da USF, sobre o uso de fitoterápicos.

- Pesquisadores

a) Realizar pesquisas no sentido de preencher as lacunas de conhecimento existentes em relação às plantas aqui relatadas e outras de uso popular comum e corrente.

b) Divulgar informações científicas sobre uso adequado, toxicologia e contra-indicações de uso de plantas medicinais em veículos de fácil entendimento pela população em geral.

c) Desenvolver projetos de extensão em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de um Projeto Municipal de Uso de Fitoterápicos no município de Cascavel estaria integrando o conhecimento das práticas da medicina tradicional aos conhecimentos da fitoterapia científica, substituindo o uso empírico de plantas medicinais pelo uso correto das plantas existentes na região, selecionadas pela sua eficácia e segurança cientificamente comprovadas e garantindo à população em geral o acesso aos medicamentos.

Para a comunidade científica, o aspecto relevante deste projeto estaria relacionado ao levantamento etnofarmacológico, que constitui dados primários para o desenvolvimento de novos medicamentos fitoterápicos e/ou novos fitomedicamentos.

Entende-se que todas as pessoas participam de sua própria saúde ou doença em todos os momentos, mediante suas crenças, sentimentos e atitudes diante da vida, assim como, de modo mais direto, mediante o emprego de terapias adequadas. A compreensão de que esta participação é um primeiro passo para a manutenção da saúde passa pelo entendimento de que uma doença não é apenas um problema físico, mas um sistema que compreende tanto o físico, como o mental e o espiritual, envolvendo o contexto social em que o sujeito esteja inserido. Se este sistema que constitui a integralidade da pessoa não estiver em equilíbrio, as intervenções puramente físicas não conseguirão obter êxito.

Temos que considerar o ser humano em sua totalidade, incluindo a sua relação com o mundo exterior e não nos centrarmos apenas em suas doenças. Nesta relação deve-se levar em conta sua cultura, valores, ritos e mitos, os quais

são transmitidos através da herança cultural, de geração para geração. Eles interferem em seu cotidiano, ditando formas de agir e reagir frente as ocorrências vividas. Observa-se, entretanto, que a cada dia se descuida mais do indivíduo como pessoa, e se cuida mais de sua doença. Compete a nós, profissionais de saúde, promover esta mudança de atitude permitindo que as pessoas possam exteriorizar sua cultura, seus valores, ritos e mitos, tendo mais autonomia no cuidado à saúde, desenvolvendo atitudes saudáveis tanto para com elas como com os componentes da sua rede de relações, ou seja, com a comunidade com a qual convive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENDA 21. **Conservação e manejo de recursos para o desenvolvimento. Abordagem integrada do planejamento e do gerenciamento dos recursos terrestres.** Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/publicacoes/politica/agenda21>>. Acesso em: 25 nov. 2003.

AKERELE, O. Medicinal plants and primary health care: an agenda for action. (Tradução de André A. R. de Meijer e Ceres B. Laus). **Revista Fitoterapia**, n. 5. p. 355–363, 1988.

ALARCON-AGUILAR, F. J.; ROMAN-RAMOS, R.; FLORES-SAENZ, J. L.; AGUIRRE-GARCIA, F. Investigation on the hypoglycemic effects of extracts of four Mexican medicinal plants in normal and alloxan-diabetic mice. **Phytother Res.** 16(4), p. 383-6, 2002.

ALBUQUERQUE, J. M. **Plantas tóxicas no jardim e no campo.** Belém: FCAP. Serviço de Documentação e Informação, 1990.

ALEA, J. A. P.; LUIS, A. G. A.; PÉREZ, A. R.; JORGE, M. R.; BALUJA, R. Composición y propiedades antibacterianas del aceite esencial de *Lippia alba* (Mill.) n. e. Brown. **Rev. Cubana Farm**, 30(1), 1997.

ALMEIDA, E. R. **Plantas medicinais brasileiras.** São Paulo: Hemus, 1993.

ALMEIDA, F. C. G.; LEMONICA, I. P. The toxic effects of *coleus barbatus* B. on the different periods of pregnancy in rats. **Journal of Ethnopharmacology**, v: 73, Issue: 1-2, november, 2000. Disponível em: <http://else.hebis.de/cgi-bin/sciserv.pl/collection=journals&journal=03788741&issue=v73i12&article=53_tteocbdpopir>. Acesso em: 08 set. 2004. p. 53-60.

ALVES D. L.; SILVA C. R. **Fito-hormônios: abordagem natural da terapia hormonal.** São Paulo: Atheneu, 2002.

AMES, B. N., PROFET, M.; GOLD, L.S. III. **Nature's chemicals and synthetic chemicals: comparative toxicology.** Proc. Natl. Acad. Sci. (USA), p. 271-280, 1990.

AMORIN, A; BORBA, H. R.; CARAUTA, J. P.; LOPES, D.; KAPLAN, M. A Anthelmintic activity of the latex of *ficus* species J-Ethnopharmacol. **Journal-of-Ethnopharmacology**, 64(3), p. 255-258, 1999.

AMOROZO, M. C. M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: _____. **Plantas medicinais: arte e ciência - um guia de estudo interdisciplinar.** São Paulo: UNESP, 1996.

ANDRADE, A. A. B; ARAUJO, A. L; DINIZ, M. F. F. M. et al. Uso de plantas no ciclo gravídico-puerperal. **Jornal Bras Ginecol**, 106: 177-185, 1996.

ARANDA, A. G. **La historia de América en etnobotânica 92.** Córdoba: El Pregonero, 1992. p. 13-15.

BALMÉ, F. **Plantas medicinais.** São Paulo: Hemus, 1982.

BARATA, G. Medicina popular obtém reconhecimento científico. **Cien. Cult.**, vol. 55, n. 1, p. 12-12, jan, /mar., 2003.

BARICEVIC, D.; SOSA, S.; DELLA LOGGIA, R.; TUBARO, A.; SIMONOVSKA, B.; KRASNA, A.; ZUPANCIC, A. Topical anti-inflammatory activity of salvia officinalis L. leaves: the relevance of ursolic acid. **Journal of Ethnopharmacology**, 75(2-3): p. 125-32, 2001.

BARRERA, A. La etnobotánica. In: _____. **La etnobotánica: três puntos de vista y una perspectiva.** Xalapa: Instituto Nacional de Investigaciones sobre Recursos Bióticos, 1983. p. 7-28.

BARROS, J.A.C. **Propaganda de medicamentos atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BERKAN, T.; USTUNES, L.; LERMIOGLU, F.; OZER, A. Antiinflammatory, analgesic, and antipyretic effects of an aqueous extract of *Erythraea centaurium*. **Planta Med**, 57(1): p. 34-7, 1991.

BIOKA, D.; ABENA, A. Psychopharmacologic profile of an aqueous extract of piper umbellatum. **Encephale**.16(3): p. 205-8,1990.

BISWAS, S.J.; KHUDA, B.A.R. Effect of a homeopathic drug, chelidonium, in amelioration of p-DAB induced hepatocarcinogenesis in mice BMC. **Complementary and Alternative Medicine**, 2002, p. 2-4.

BRASIL. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. **Resolução CNS nº 196/96**. Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. **Guia prático de saúde da família**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica - (SIAB)**. Brasília: MS, 2003.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G. B; CORDONI, JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. CORDONI JR, L. (Orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL-ABRASCO, 2001. Cap. 2, p. 27-59.

CASCAVEL. Secretaria de Planejamento. **Mapas**. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.) Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: _____. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHUNG, H. S., AN, H. J.; JEONG, H. J.; WON, J. H.; HONG, S. H.; KIM, H. M. Water extract isolated from chelidonium majus enhances nitric oxide and tumour necrosis factor-alpha production via nuclear factor-kappaB activation in mouse peritoneal macrophages. **J Pharm Pharmacol**, jan., 56(1), p. 129-34, 2004.

CONCEIÇÃO, M. **As plantas medicinais no ano 2000: dicionário de plantas medicinais**. 3. ed. Brasília: Editerra, 1987.

CONH, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: CONH, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. p. 13-57. 3. ed. rev. e amp. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSOLINI, A. E.; SARUBBIO, M. G. Pharmacological effects of *Eugenia uniflora* (Myrtaceae) aqueous crude extract on rat's heart. **J Ethnopharmacol**, 81(1), p.57-63, 2002.

CORDEIRO, H. A. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CÔRREA, M. P. **Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1984.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977.

COWAN, R. S.; SMITH, B. L. **Flora ilustrada catarinense, rutáceas**. Itajaí, Santa Catarina, 1972.

CRUZ, G. L. **Livro verde: das plantas medicinais e industriais do Brasil**. 1. ed. v. I, BH, 1965.

CRUZ, L. C. **Historia** – encruzilhada de Tio Zeca. Cascavel, Terra de Oportunidades. Cascavel: Tuicial, mai., 2004. p. 4-7.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de fitoterapia**. Disponível em: <http://www.plantasmedicinais.org/saúde/arquivo_000013.html>. Acesso em: 08 nov. 2003.

DAI, W. J.; SI, D.Y.; XIN, Q.; WANG, Q. Effects of fig (*Ficus carica*) polysaccharide on cellular immune function in mice. **Chin-Tradit-Herb-Drugs** (Chinese-Traditional-and-Herbal-Drugs), p. 355-356, 2000.

DAVIS, W. Towards a new synthesis in ethnobotany. In: Las plantas y el hombre. Memórias del primer. **Simposio Ecuatoriano de etnobotânica y Botânica Económica**. Quito: Abaya-yala, p. 339-358, 1991.

DORTA, E. J. Introdução. In: **Escala Rural: especial de plantas medicinais**, 1 (4): 1-62. São Paulo: Escala, 1998.

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

EMBRAPA. **Recursos genéticos de plantas medicinais e aromáticas**: estratégias de conservação e manejo sustentável. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinais.org/saude.html>>. Acesso em: 08 nov. 2003.

EMBRAPA. **Recursos genéticos e biotecnologia**. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinais.org/saude.html>>. Acesso em: 08 nov. 2003.

ERDEMOGLU, N.; KUEPELI, E.; YESILADA, E. Anti-inflammatory and antinociceptive activity assessment of plants used as remedy in Turkish folk medicine. (**J-Ethnopharmacol**) (**Journal-of-Ethnopharmacology**), 89(1), p. 123-129, 2003.

ESPIRITO SANTO. **Programa de fitoterapia**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/fito1.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2003.

FELICIANO, G. D.; LIMA, E. A.; PEREIRA, M. J.; OLIVEIRA, M. B.; MORENO, S. R.; MATTOS, D. M.; LEVI, JALES, R.; BERNARDO-FILHO, M. Effect of a chayotte (*Sechium edule*) extract on the labeling of red blood cells and plasma proteins with technetium-99m: in vitro and in vivo studies. **Cell Mol Biol** (Noisy-le-grand), 48(7), p. 751-5, 2002.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In FLEURY, S. (org.). **Saúde democracia – a luta do CEBES**. p. 25-41. São Paulo: Lemos Editorial. 1997.

FRANCO, I. J. **Ervas e plantas**: a medicina dos simples. Erechim, RS: Imprimax, 1997.

FRANCO, L. L. **As sensacionais 50 plantas medicinais campeãs de poder curativo**. V. I. Curitiba: Santa Mônica, 1996.

FREITAS, C. S. et al. Involvement of nitric oxide in the gastroprotective effects of an aqueous extract of *pfaffia glomerata* (Spreng) pedersen, Amaranthaceae, in rats. **Life Sciences**, v. 74, Issue 9, p. 1167-1179, 2004.

FRUTUOSO, V. S.; GURJÃO, M. R.; CORDEIRO, R. S.; MARTINS, M. A Analgesic and anti-ulcerogenic effects of a polar extract from leaves of *Vernonia condensate*. **Planta Medica**, v. 60, Issue 1, p. 21-25, 1994.

FURLENMEIER, M. **Plantas curativas y sus propiedades medicinales**. Zug, Suíça: Schwitser, 1984.

FURNHAM, A; BHAGRATH, R. A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine. **British Journal of Clinical Psychology**, 32: 237-246, 1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVE NAKAZAWA, R. A. [Traditional medicine in the treatment of enteroparasitosis]. **Rev Gastroenterol**, Peru, sep./dec.,16(3), p.197-202, 1996.

GOFF, J. **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa, 1997. p. 343-357.

GOMEZ-POMPA, A. **La etnobotânica em México**. *Biotica*, 7 (2) : 151-161. 1982.

GRAMS, W. F. M. P. **Plantas medicinais de uso popular em cinco distritos da ilha de Santa Catarina - Florianópolis, SC**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Setor de Ciências Biológicas. Universidade Federal do Paraná. Curitiba: UFPR, 1999. 160 p.

GULLO, C, PEREIRA, C. De volta à inquisição. **Isto É**, set., 1511: 128-130, 1998.

HASAN, A. A; QASEM, J. R. Mycotoxic properties of some medicinal plants on two plant pathogenic fungi. **Dirasat-Agricultural-Sciences**, 26 (1), p. 15-22, 1999.

HOHMANN, J.; ZUPKO, I.; REDEI, D.; CSANYI, M.; FALKAY, G.; MATHE, I.; JANICSAK, G. Protective effects of the aerial parts of *Salvia officinalis*, *melissa officinalis* and *lavandula angustifolia* and their constituents against enzyme-dependent and enzyme-independent lipid peroxidation. **Planta Med**, 5(6), p. 576-8, 1999. <<http://www.hospvirt.org.br/homeopatia/port/biblioteca/pesquisahomeopatica/artigogigio.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2004.

HUFFORD, D. J. Folk medicine and health culture in contemporary society. **Primary Care**, 24(4): 723-741, 1997.

IBAMA. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis. **Diagnóstico aponta espécies prioritárias para pesquisa e conservação**. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinais.org/saúde.html>>. Acesso em: 08 nov. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Estimativa para 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IGNÁCIO, S. R. N., FERREIRA, J. L. P.; ALMEIDA, M. B.; KUBELKA, C. F. Nitric oxide production by murine peritoneal macrophages in vitro and in vivo treated with *phyllanthus tenellus* extracts. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 74, Issue 2, February, 2001. p. 181-187.

ILLICH I. **A expropriação da saúde** – nêmesis da medicina. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JIMENEZ, M. I. S. A. S.; CA, ROJAS.; HERNANDEZ, N. M.; LOPEZ ABRAHAM, A. M. Contribucion a la evaluacion biologica de plantas cubanas. II. **Revista Cubana de Medicina Tropical**, 31(1): p.13-9, 1979.

JOVANOVIC, M.; POLJACKI, M.; BOZA, P. Erythema multiforme due to contact with weeds: a recurrence after patch testing. **Contact Dermatitis**, 48(1), p.17-25, 2003.

KAVALALI, G.; TUNCEL, H.; GOKSEL, S.; HATEMI, H. H. Hypoglycemic activity of fruits of *Juglans regia* L. on streptozotocin diabetic rats. **Acta-Pharm-Turc (Acta-Pharmaceutica-Turcica)**; 44(3); p. 243-248, 2002.

KIM, H. M. et al. Taraxacum officinale restores inhibition of nitric oxide production by cadmium in mouse peritoneal macrophages. **Immunopharmacol Immunotoxicol.** (2): p. 83-97, 1998.

KIM, H. M. et al. Activation of inducible nitric oxidase synthase by Taraxacum officinale in mouse peritoneal macrophages. V. 32, Issue 6, p. 683-688, 1999.

KIM, H. M. et al. Taraxacum officinale inhibits tumor necrosis factor-alpha production from rat astrocytes. **Immunopharmacol Immunotoxicol.** (3): p. 519-30, 2000.

LEITE, S. N. **Além da medicação**: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2000. 114 p.

LORENZI H. **Plantas daninhas do Brasil**: terrestre, aquáticas, parasitas, tóxicas e medicinais. 2. ed. Nova Odessa: São Paulo, Editora Plantarum, 1991.

LORENZI, H; MATOS, F.J.A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. Instituto Plantarum. São Paulo: Nova Odessa, 2002.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(1): 13-43, 1997.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição demográfica – Anos 80. In: SANTANA, J.P. (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1995. p. 138-154.

MANSOURI, S. Inhibition of staphylococcus aureus mediated by extracts of Iranian plants. *Pharmaceutical-Biology*, 37 (5), p. 375-377, 1999.

MARK, K.A.; BRANCACCIO, R.R.; SOTER, N.A.; COHEN, D.E. Allergic contact and photoallergic contact dermatitis to plant and pesticide allergens. *Arch Dermatol*;135(1): p. 67-70, 1999.

MARQUES, L.C. Avaliação do mercado de fitoterápicos em relação às exigências em vigor da Portaria SVS n. 06/95. **Anais XIV Simpósio de Plantas Medicinais no Brasil**, Florianópolis; p. 61, set; 1996.

MARTINS, E. R. et al. **Plantas medicinais**. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa: UFV, 2000.

MARTINS, E. R.; CASTRO, D. M.; CASTELLANI, D. C.; DIAS, J. E. **Plantas medicinais**. Viçosa: Editora da UFV, 2000.

MASAKI, H.; SAKAKI, S.; ATSUMI, T.; SAKURAI, H. Active-oxygen scavenging activity of plant extracts. *Biol Pharm Bull*. 18(1): p. 162-6, 1995.

MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas na fitoterapia no Nordeste do Brasil**. 2. ed. Fortaleza: IU, 2000.

MATSUDA, A. H. et al. Fitoterápicos: complementos nutricionais ou medicamentos? In: TORRES, E.A.F.S. **Alimentos do milênio: a importância dos transgênicos, funcionais e fitoterápicos para a saúde**. São Paulo: Signus, 2002, p. 31-41.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENG, Z. M.; WANG, Y. X.; JI, J.; ZHONG, W. T. Studies of chemical constituents of *Ficus carica*. L.J-China-Pharm-Univ-Zhongguo-Yaoke-Daxue-Xuebao. **Journal of the China Pharmaceutical University**; 27(4); p. 202-204, 1996.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**. Manguinhos, RJ: CEBES, 1991. p. 33 e 83-89.

MIURA, K.; KIKUZAKI, H.; NAKATANI, N. Antioxidant activity of chemical components from sage (*Salvia officinalis* L.) and thyme (*Thymus vulgaris* L.) measured by the oil stability index method. **J Agric Food Chem**. 50(7):1845-51, 2002.

MONTEIRO, M. H.; GOMES-CARNEIRO, M. R.; FELZENSZWALB, I.; CHAHOUD, I.; PAUMGARTEN, F. J. Toxicological evaluation of a tea from leaves of *vernonia condensata*. **J Ethnopharmacol**, 74(2): p. 149-57, 2001.

MOREIRA FILHO, H.; GOLTCHER, A. **Plantas medicinais**. 1. ed. Curitiba: UFPR, 1972.

MORENO, L.; BELLO, R.; PRIMO-YUFERA, E.; ESPLUGUES, J. Pharmacological properties of the methanol extract from *mentha suaveolens*. **Ehrh. Phytother Res. Suppl** 1: S, p. 10-3, 2002.

MORSY, T. A.; SHOUKR, Y. A.; MAZYAD, S. A.; MAKLED, K. M. The effect of the volatile oils of *chenopodium ambrosioides* and *thymus vulgaris* against the larvae of *Lucilia sericata* (Meigen). **J Egypt Soc Parasitol**, aug., 28 (2): p. 3-10, 1998.

MROUEH, M.; SAAB, Y.; RIZKALLAH, R. Hepatoprotective activity of *centaurium erythraea* on acetaminophen-induced hepatotoxicity in rats. **Phytother Res**;18(5): p. 431-3, 2004.

MURTHY, D. R.; REDDY, C. M.; PATIL, S. B. Effect of benzene extract of *hibiscus rosa sinensis* on the estrous cycle and ovarian activity in albino mice. **Biol Pharm Bull**, jul, 20(7): p. 756-8, 1997.

NORONHA, M. O sucesso das medicinas paralelas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, abr. jun.; 19(2): 143-147, 1990.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciências e Saúde Coletiva**. Manguinhos: v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

ODY, P. **Complete guide to medicinal herbs**. 2. ed. London: Dorling-Kindersly, 2000.

OELRICHS, P. B.; SEAWRIGHT, A. A.; WARD, A.; SCHAFFELER, L.; MACLEOD, J. K. Isolation and identification of a compound from avocado (*Persea americana*) leaves which causes necrosis of the acinar epithelium of the lactating mammary gland and the myocardium. **Natural Toxins Nat Toxins**, 3(5): p. 344-9, 1995.

OLIVEIRA E.N. et al. **A influência positivista na formação dos profissionais de saúde**. Disponível em: <<http://sbmfc.org.br/site/bib/influenciapos.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2003.

OLIVEIRA, F.; AKISUE, G. **Fundamentos de farmacobotânica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

OMS/UNICEF. Alma-Ata, 1978. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata – URSS**. Brasília, 1979, 64p. 6-12 set., 1978.

OUMZIL, H.; GHOULAMI, S.; RHAJAOU, M.; ILIDRISSI, A.; FKIHTETOUANI, S.; FAID, M.; BENJOUAD, A. Antibacterial and antifungal activity of essential oils of mentha suaveolens. **Phytotherapy Research Phytother Res**, 16(8): p. 727-31, 2002.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-487.

PAKRASHI, A.; BHATTACHARYA, K.; KABIR, S. N.; PAL, A. K. Flowers of hibiscus rosa-sinensis, a potential source of contragestative agent. III: Interceptive effect of benzene extract in mouse. **Contraception**, nov., 34(5): p. 523-36, 1986.

PANOVSKA, T. K.; KULEVANOVA, S. Antioxidant properties of ethanol extracts of Taraxaci radix (MAPS-P-414). **FIP-World-Congress (International-Pharmaceutical-Federation-World-Congress)**; 62, p. 134, 2002.

PARANÁ. **Projeto florestas medicinais resgata sabedoria popular**. In: Biodiversidade e Agroecologia. Fundação Rureco, Guarapuava, Paraná, mar., 2001, p. 11-12.

PLANTAS QUE CURAM. **A natureza a serviço da sua saúde**. Introdução. São Paulo: Três livros e fascículos, v. 1, 1983. 260 p.

PRANCE, G. T. **Etnobotânica de algumas tribos brasileiras**. In: RIBEIRO, D. (ed.), *Suma etnológica brasileira*. v. 1, *Etnobiologia*. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 119-134.

QUINLAN, M. B.; QUINLAN, R. J.; NOLAN, J. M. Ethnophysiology and herbal treatments of intestinal worms in Dominica. **West Indies Journal of Ethnopharmacology**, v. 80, Issue 1, april, 2002. p. 75-83.

RACHMIEL, M.; VERLEGER, H.; WAISEL, Y.; KEYNAN, N.; KIVITY, S.; KATZ, Y. The importance of the pecan tree pollen in allergic manifestations. **Clinical & Experimental Allergy**. 26(3): p. 323-329, 1996.

RAO, R. R. **Methods and techniques in ethnobotanical study and search**: some basic consideration. In: JAIN, S. K. (ed.). *Methods e approaches in etnobotany*, Lucknow. India: Society of Ethnobotanists, 1989. p. 13-23.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

RODRIGUES, E. **Etnofarmacologia no Parque Nacional do Jaú**. Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, p.1-11. 1996.

ROGER, J. D. P. **Plantas medicinais**: enciclopédia das plantas medicinais. Planeta, 1998. (Fascículos 3 e 4).

ROMAN-RAMOS, R.; FLORES-SAENZ, J. L.; PARTIDA-HERNANDEZ, G.; LARA-LEMUS, A.; ALARCON-AGUILAR, F. Experimental study of the hypoglycemic effect of some antidiabetic plants. **Arch Invest Med**, México, jan-mar., 22(1): 87-93, 1991.

SACHDEWA, A.; KHEMANI, L. D. Effect of *Hibiscus rosa sinensis* Linn: ethanol flower extract on blood glucose and lipid profile in streptozotocin induced diabetes in rats. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 88, Issues 2-3, October, 2003. p. 235-239.

SACHDEWA, A.; RAINA, D.; SRIVASTAVA, A. K.; KHEMANI, L. D. Effect of aegle marmelos and hibiscus rosa sinensis leaf extract on glucose tolerance in glucose induced hyperglycemic rats (Charles foster). **Journal of Ethnopharmacology**, v. 89, Issue 1, november, 2003. p. 61-66.

SANCHES, N. R.; GALLETTO, R.; OLIVEIRA, C. E.; BAZOTTE, R. B.; CORTEZ, D. A. G. Evaluation of antihyperglycemic potential of *pfaffia glomerata* (Spreng.) pedersen (Amaranthaceae). **Acta-Scientiarum-Universidade-Estadual-de-Maringa**, 23 (2): p. 613-617, 2001.

SANTANA, J. R. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: OPAS, 1997.

SANTOS, A. R. S.; CAMPOS, R. O. P.; MIGUEL, O. G.; FILHO, V. C.; SIANI, A. C.; YUNES, R. A.; CALIXTO, J. B. The involvement of K⁺ channels and G_{i/o} protein in the antinociceptive action of the gallic acid ethyl ester. **European Journal of Pharmacology**, v. 379, Issue 1, 20 august, 1999. p. 7-17.

SANTOS, A. R. S.; CAMPOS, R. O. P.; MIGUEL, O. G.; FILHO, V. C.; SIANI, A. C.; YUNES, R. A.; CALIXTO, J. B. Antinociceptive properties of extracts of new species of plants of the genus *Phyllanthus* (Euphorbiaceae). **Journal of Ethnopharmacology**, v. 72, Issues 1-2, 1 september, 2000. p. 229-238.

SCHAPOVAL, E. E.; SILVEIRA, S. M.; MIRANDA, M. L.; ALICE, C. B.; HENRIQUES, A. T. Evaluation of some pharmacological activities of *Eugenia uniflora* L. **J Ethnopharmacol.** 44(3): p. 137-42, 1994.

SCHARDONG, R. M. F. **Estudos etnobotânicos das plantas de uso medicinal e místico na comunidade de São Benedito, bairro São Francisco, Campo Grande, MS**. Dissertação (Mestrado em Botânica). Universidade Federal do Paraná. Curitiba: UFPR, 1999. 121 p.

SCHENKEL, E. P. **Cuidado com os medicamentos**. As plantas medicinais, os chás e os fitoterápicos. Porto Alegre: Saga/Deluzzata; 1995. p. 103-106.

SCHMID, G.; HOLZMANN, P.; HIMLY, D.; WEICHEL, M.; TRESCH, M.; RUCKERT, S.; MENZ, B.; FERREIRA, G.; BLASER, F.; WUTHRICH, K.; BRUNELLO, C. R. Native Art v 1 and recombinant Art v 1 are able to induce humoral and T cell-mediated in vitro and in vivo responses in mugwort allergy. **Journal of Allergy & Clinical Immunology**, 111(6): p. 1328-1336, 2003.

SCHULDT, E. Z.; CKLESS, -K.; SIMAS, M. E.; FARIAS, M. R.; RIBEIRO, V. R. M. Butanolic fraction from *cuphea carthagenensis* Jacq McBride relaxes rat thoracic aorta through endothelium-dependent and endothelium-independent mechanisms. **Journal-of-Cardiovascular-Pharmacology**, 35 (2): p. 234-239, 2000.

SHARMA, S., KHAN, N., SULTANA, S. Study on prevention of two-stage skin carcinogenesis by hibiscus rosa sinensis extract and the role of its chemical constituent, gentisic acid, in the inhibition of tumour promotion response and oxidative stress in mice. **Eur J Cancer Prev**, feb., 13(1): p. 53-63, 2004.

SILVA, I. et al. **Noções sobre o organismo humano e utilização de plantas medicinais**. Cascavel: Assoeste, 1995. 203 p.

SIMIONI, A. M. C.; LEFÉVRE, F.; PEREIRA BICUDO, I. M. T. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva**: considerações teóricas e instrumentais. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: USP, 1997. (Série Monográfica nº 2, Eixo – Promoção de Saúde).

SIMÕES, C. M. O.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P.; IRGANG, B. E.; STEHMANN, J. R. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRG, 1988. 173 p.

SIMÕES, C. M. O.; SCHENKEL, E. P. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 4. ed. **Revista**, Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS/UFSC, 2002.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Revista Bioética**. Brasília, v. 8, n. 1, p. 55-65, 2000.

SOARES, A. A. D. **Farmácias homeopáticas**. 1. ed. São Paulo: Andrei, 1997.

SOUSA, M. P.; MATOS, M. E. O.; MATOS, F. J. A.; MACHADO, M. I. L.; CRAVEIRO, A. A. **Constituintes químicos ativos de plantas medicinais brasileiras**. Fortaleza: UFC: Lab. de Produtos Naturais, 1991.

TESKE, M.; TRENTINI, A. M. **Herbarium**: compêndio de fitoterapia. 3. ed. Curitiba, 1997.

VALVERDE, A. L. et al. Analgesic and antiinflammatory activities of vernonioside B2 from vernonia condensata. **Phytother Res.**; 15(3): p. 263-4, 2001.

VIEIRA, L. S. **Fitoterapia da Amazônia, manual de plantas medicinais**. São Paulo: Agronômica Ceres, 1992.

XOLOCOTZI, E. H. **El concepto de etnobotánica**. In: BARRERA, A. La etnobotánica: tres puntos de vista y una perspectiva. Xalapa: Inst. Nac. de Investigaciones sobre recursos bióticos. p.13-24, 1983.

YIN, W. P.; CHEN, H. M. New coumarin compound with anticancer activity. **Chin-Tradit-Herb-Drugs (Chinese-Traditional-and-Herbal-Drugs)**; 28 (Jan); p. 3-4, 1997.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel/PR.

Pesquisador Responsável: Marisa Ines Tomazzoni.

Este é um trabalho sobre Fitoterápicos, que tem como objetivo diagnosticar a utilização de plantas medicinais em comunidades da área rural do município de Cascavel/PR., visando obter subsídios para o planejamento e implantação de programa de uso de fitoterápicos pelos usuários da Rede Básica de Saúde deste município. Será realizado junto as famílias que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes; a equipe de saúde desta unidade e o gestor municipal de saúde. A coleta de dados para esta pesquisa será realizada por meio de entrevista com perguntas semi-estruturadas e anotadas pelo pesquisador, após o entrevistado estar ciente deste documento. Sua participação será muito importante para que possamos realizar esta pesquisa.

Tendo recebido as informações anteriores e, esclarecido dos meus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;

Compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.

Em seguida assino meu consentimento.

Cascavel, ____/____/____

Nome: _____ R.G: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura do Pesquisador _____

Rua Carlos de Carvalho, 3496, apto 11, 1ª andar. Cascavel/PR. CEP: 85801-130.

e-mail: tomazzoni@certo.com.br

Telefone: (45)224-8697

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA O LEVANTAMENTO ETNOBOTÂNICO

Data da entrevista: ____/____/____

Nº Família: _____ Comunidade: _____

1. Dados de Identificação

Sexo: Masc: () Fem: () Idade: _____

Naturalidade: _____

Religião: _____

Escolaridade: Não alfabetizado () Alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior ()

Profissão: _____ Tempo de residência na comunidade: _____

2. Dados sobre as plantas medicinais

2.1 Costuma usar plantas no tratamento de doenças?

Às vezes () Sempre () Nunca ()

2.2 Por que você utiliza plantas medicinais no tratamento das doenças?

2.3 Faz uso de plantas na forma de:

Chás () Emplastos () Compressas () Xaropes () Outros ()

2.4 Tem alguma planta medicinal cultivada em casa? SIM () NÃO () Qual ?

2.5 Com quem você obteve os conhecimentos sobre as plantas medicinais?

2.6 Onde você obtém as plantas medicinais que usa:

Em casa () Farmácia () Amigos () Supermercado () Outros ()

2.7 Para fazer uso de uma planta medicinal:

- a) segue recomendação médica ()
- b) segue recomendação de amigos e parentes ()
- c) procura orientação em livros especializados ()
- d) usou uma vez e deu certo, usa outras vezes ()

2.8 Com relação à dosagem que costuma usar:

- a) segue recomendação médica ()
- b) segue recomendação de amigos e parentes ()
- c) procura orientação em livro especializado ()
- d) utiliza qualquer dosagem, pois a planta não faz mal à saúde ()

2.9 Já teve casos de intoxicação (envenenamento) por plantas na família?

a)- Sim () Não () Em caso afirmativo: criança () adulto ()

Idade: _____

b)- Qual a planta: _____

c)- Como foi utilizada: _____

e)-Quais as reações e o que foi feito para sanar o problema: _____

2.10 Cite algumas plantas que costuma usar, para que e como as usa:

Nome da planta Para que usa De que maneira usa Parte usada

3. Dados sobre a possibilidade de uso de medicamentos fitoterápicos

3.1 Qual sua opinião sobre a possibilidade de serem prescritas plantas medicinais na UBS?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE SAÚDE

1. Dados de Identificação

Sexo: Masc: () Fem: () Idade: _____

Escolaridade: Não alfabetizado () Alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior ()

Profissão: _____ Tempo de trabalho na USF: _____

2. Sobre o uso de fitoterápicos

2.1 - Você tem conhecimento se as comunidades da área de abrangência desta Unidade de Saúde fazem uso de plantas medicinais no tratamento de doenças?

Sim () Não () Não sei informar ()

2.2- O que você conhece sobre fitoterapia?

2.3 – Onde você adquiriu este conhecimento?

2.4 - Você costuma orientar os usuários da Unidade de Saúde sobre o uso de plantas no tratamento de doenças?

Sim () Não () Às vezes ()

Porquê? _____

2.5 - Caso a Secretaria Municipal de Saúde implante este programa, você indicaria o uso de plantas no tratamento de doenças?

Sim () Não ()

Por quê? _____

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Dados de Identificação

Profissão: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Cargo: _____

2. Dados sobre a implantação de Programa de Fitoterápicos

2.1 - Existe intenção da Secretaria Municipal de Saúde em implantar programa de uso de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município?

Sim () Não ()

2.2 - Caso haja intenção, qual a possibilidade e importância de implantação deste programa?

-2.3 - Caso não haja intenção, descrever os fatores que o levam a não implantação deste programa:

