

Manuela Souza Correia de Araújo¹
Josefa Waldenora da Costa¹
Ana Alessandra da Costa¹
Pollyana Steffany Paiva de Lima Tocchio¹
Laianne Shirley de Azevedo Araújo¹
Vilani Medeiros de Araújo Nunes¹

The use of medicinal plants and phytotherapy in a community assisted by the Family Health Strategy program

A utilização de plantas medicinais e da fitoterapia em comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT | Introduction: *Medicinal plants have been increasingly used in primary care. Objective:* The main aim of this study is to describe awareness and use of medicinal plants and phytotherapy by a community assisted by The Brazilian Family Health Strategy Program, carried out by Primary Health Care (HBU) teams in the city of Parnamirim, Rio Grande do Norte. **Methods:** Six HBU units participated in the research from July to September of 2014 involving 596 users, who answered a questionnaire to provide researchers with qualitative data such as: gender, use and types of medicinal plants, and schooling levels. From the data obtained, absolute and relative frequencies were calculated using the chi-square test (χ^2). **Results:** A predominance of females was found among the medicinal plants users (78.8%) and the most used plants were: mint (14.2%), boldo (*Peumus boldus* 14.1%), and lemongrass (8.1%); Users generally consume the plant making tea (74%) from their leaves (81%); Some of the most relevant symptoms and diseases treated with the plants were indigestion (28.8%), flu (16.8%) and stress (15.9%). **Conclusion:** It was found that the community studied frequently made use of medicinal plants as their primary health treatment, regardless of any awareness of scientific evidence, thus contributing to high rates of self-medication. Family Health Strategy professionals should then be properly trained in phytotherapy, expanding the use of medicinal plants in the community in an effective and safe way.

Keywords | Medicinal plants; Phytotherapy; Tea; Family Health Strategy; Community.

RESUMO | Introdução: As plantas medicinais têm sido cada vez mais utilizadas na atenção básica. **Objetivo:** Descrever o conhecimento e a utilização das plantas medicinais e da fitoterapia da comunidade assistida pelas equipes da Estratégia de Saúde à Família do Município de Parnamirim, Rio Grande do Norte. **Métodos:** Participaram da pesquisa 596 usuários em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) no período de julho a setembro de 2014, em diferentes polos, por meio de questionários aplicados individualmente aos usuários nas UBS. Os questionários respondidos geraram dados qualitativos tais como: sexo dos entrevistados, se fazem uso de plantas medicinais, nível de escolaridade, quais plantas são cultivadas, entre outros. Com base nas informações, foram calculadas as frequências absolutas e relativas dessas variáveis nas quais se aplicou o teste qui-quadrado. **Resultados:** Como resultados do estudo, verificou-se a predominância do sexo feminino no uso das plantas medicinais (78,8%); quanto às plantas mais utilizadas, destacaram-se: hortelã (14,2%), boldo (14,1%) e capim-santo (8,1%); A população consome a planta normalmente por meio de chás (74%) das folhas (81%); o consumo das plantas tem como finalidades tratar algumas doenças e sintomas dos quais os mais relevantes são a má digestão (28,8%), a gripe (16,8%) e o estresse (15,9%). **Conclusão:** Identificou-se que a comunidade faz uso frequente das plantas medicinais no tratamento primário à saúde, mesmo considerando o pouco conhecimento sobre seu uso e/ou comprovação científica, contribuindo para elevar o índice de automedicação. Nesse sentido, faz-se necessária a capacitação dos profissionais da Estratégia em Saúde da Família para atuar no âmbito da fitoterapia, ampliando o uso de plantas medicinais na comunidade de forma segura e eficaz.

Palavras-chave | Plantas medicinais; Fitoterapia; Chá; Saúde da Família.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil.

INTRODUÇÃO

As plantas medicinais sempre estiveram presentes na vida da humanidade, influenciadas pela sabedoria indígena e pela tradicionalidade chinesa, que as utilizou como forma preventiva e curativa de doenças. Apesar dos avanços tecnológicos e das terapias farmacológicas modernas, o uso das ervas medicinais ainda é frequente, devido à tradição, ao baixo custo e ao fácil acesso¹.

Os produtos obtidos de plantas medicinais possuem diversas definições na área farmacêutica dependendo de sua etapa tecnológica de processamento, e o fitoterápico é definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como o resultado da última etapa do processamento. Trata-se de um medicamento farmacêutico obtido por processos tecnologicamente adequados, empregando exclusivamente matérias-primas vegetais, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. Tem sua eficácia e riscos de uso conhecidos, assim como reprodutibilidade e constância de sua qualidade².

A fitoterapia sobreviveu no Brasil devido ao conhecimento enraizado na cultura e crença popular que reconheceu sua eficácia e legitimidade³. Esse reconhecimento veio durante a Conferência Internacional sobre cuidados da Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Alma-Ata (antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas-URSS) em 1978, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente legitimidade ao uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no tratamento da saúde e recomendou a difusão dos conhecimentos necessários ao seu uso. Desde então, há uma tendência mundial de defesa, estímulo e inserção da fitoterapia nos programas APS⁴.

A fitoterapia é enquadrada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como prática integrativa e complementar à saúde⁵. As Práticas Integrativas e Complementares se inserem no que a OMS denomina de medicina tradicional (MT) e medicina complementar e alternativa (MCA) e, sobre esse tema, a OMS recomenda aos seus Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração ou inserção da MT/MCA aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária⁵.

Essas políticas foram formuladas em consonância com as recomendações da OMS, os princípios e diretrizes do SUS, o potencial e oportunidades que o Brasil oferece para o desenvolvimento do setor, a demanda da população

brasileira pela oferta dos produtos e serviços na rede pública e pela necessidade de normatização das experiências existentes no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

As ações para implementação das diretrizes dessas políticas são intersetoriais e englobam toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterapia, conferindo responsabilidades às três esferas do governo. Desse modo, busca-se ampliar a oferta de serviços e produtos relacionados à fitoterapia no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção⁷.

Atualmente, o uso da fitoterapia como opção terapêutica tem respondido bem ao tratamento de muitas patologias comuns na Atenção Primária à Saúde⁸. A fitoterapia tornou-se mais consistente na Atenção Básica a partir da constatação de que a população atendida pelas Unidades Básicas de Saúde faz uso de plantas medicinais com fins terapêuticos simultaneamente ao uso de medicamentos industrializados. Ressalta-se, porém, que o uso concomitante desses medicamentos ocorre, na maioria das vezes, sem o conhecimento pleno sobre a toxicidade e ação terapêutica das plantas medicinais por parte dos usuários⁵.

A prática indiscriminada da fitoterapia pode acarretar a ineficácia do tratamento, e até mesmo pôr em risco a saúde de quem a pratica, tendo em vista que cada espécie medicinal possui peculiaridades no que diz respeito à manipulação, à forma de cultivo e às formas de administração.

Em fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade o documento que embasa a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que foi publicado na forma das Portarias Ministeriais nº 971, em 03 de maio de 2006, e nº 1600, de 17 de julho de 2006⁹. A PNPIC é extremamente oportuna e atinge o esforço de inúmeros órgãos de representação social e de profissionais que atuam há décadas no setor. Sua gestão aconteceu dentro das recomendações internacionais contínua e progressivamente atualizadas, principalmente nas Assembleias da Organização Mundial da Saúde, em que se consolidaram paulatinamente os avanços nesse campo⁴.

De acordo com o descrito nas considerações finais das PNPIC⁹, O desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como continuidade do processo de implantação

do SUS, na medida em que favorece de forma efetiva o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o Sistema. Ao considerar o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde –, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. De outra parte, a busca pela redução das diferenças regionais na oferta de ações de saúde tem, na implantação ou implementação da PNPIC no SUS, a abertura de possibilidades de acesso a serviços de maneira mais equânime. Essa Política Nacional busca, portanto, concretizar tal prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.

É possível identificar que o desenvolvimento da PNPIC no SUS é um aprofundamento do cuidado em saúde em busca da integralidade da atenção, acesso a serviços e exercício da cidadania. Também é possível compreender que várias práticas complementares têm sido desenvolvidas na rede pública estadual e municipal de saúde de diferentes estados brasileiros, de forma desigual e descontinuada devido à ausência de diretrizes específicas¹⁰.

Desse modo, faz-se necessária a realização de estudos capazes de identificar como a fitoterapia tem sido praticada nas comunidades atendidas pelo SUS atualmente. Esses estudos visam obter dados que permitam avaliar a coerência entre o que tem sido praticado pela comunidade e o uso seguro das plantas medicinais no tratamento primário à saúde, conforme recomendado na literatura e com base em estudos científicos e fontes confiáveis.

Assim, o presente estudo objetiva descrever o conhecimento e a utilização das plantas medicinais e da fitoterapia da comunidade assistida pelas equipes da Estratégia de Saúde a Família do Município de Parnamirim, Rio Grande do Norte (RN).

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no município de Parnamirim/RN, no período de julho a setembro de 2014, e se caracterizou pela aplicação de questionário semiestruturado à comunidade que frequenta a Estratégia em Saúde da Família do município. Os questionários

foram aplicados individualmente para os usuários das UBS selecionadas, abordados na sala de espera enquanto aguardavam o atendimento, e suas respostas foram transcritas pelo entrevistador.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município de Parnamirim possui atualmente 25 UBS divididas em seis polos, e os critérios de escolhas delas estavam relacionados com o maior fluxo de pacientes; sendo selecionada uma UBS em cada polo, exceto em dois: o polo V, no qual foram selecionadas duas UBS — a UBS Liberdade e a UBS Pium. Esse polo está inserido em uma área litorânea que ainda apresenta uma ampla zona rural, e é a única área do município com essas características; e o polo VI, no qual não houve seleção de nenhuma unidade, pois ele congrega os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) que não se enquadram no perfil desta pesquisa. Assim, as Unidades selecionadas por polo foram: Polo I- UBS Parque Industrial; Polo II- UBS Centro; Polo III- UBS Passagem de Areia; Polo IV- UBS Santa Tereza; Polo V- UBS Liberdade e UBS Pium.

Já para a seleção dos participantes da comunidade era necessário atender a alguns itens, entre eles: ser usuário do sistema de saúde pública e da ESF do bairro que foi selecionada para a pesquisa; ter idade igual ou superior a 18 anos e não ser portador de doença psicocognitiva. Ao final, foram entrevistados 596 participantes nas seis UBS. As datas das coletas dos dados foram agendadas em consonância com os gestores de cada UBS, de modo que os questionários fossem aplicados nos dias que apresentassem o maior fluxo de usuários.

Dentre as variáveis de estudo respondidas estão: sexo, se fazem uso de plantas medicinais, nível de escolaridade, quais plantas são cultivadas, entre outros. A partir dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas dessas variáveis e se aplicou o teste qui-quadrado (χ^2) que mede o nível de associação entre elas. Quando o nível de significância (p) do teste é menor que 5% significa que as variáveis estão associadas. De forma oposta, se (p) for maior ou igual a 5% implica que não há associação entre as variáveis.

Na análise e processamento dos dados, utilizaram-se os programas *Microsoft Office Excel 2007* e *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0.

Inicialmente o projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim para obtenção da

autorização, por meio da carta anuência, para a realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tendo sido aprovado sob parecer número 732.426/2014 em conformidade com as normas de pesquisa com seres humanos, preconizadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Antes da coleta de dados, foram entregues duas vias aos participantes da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, a desistência da pesquisa a qualquer momento sem quaisquer penalidades, a isenção de qualquer custo, bem como o sigilo na identidade, conforme prevê a Resolução.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Nesta pesquisa, foi observado que o público maior era representado por mulheres, com 78,80% dos entrevistados, enquanto apenas 21,20% eram homens, e isso corroborou com a literatura, a qual registra ser a presença de homens nos serviços de atenção básica à saúde menor do que a das mulheres¹¹. É do conhecimento da população que as unidades básicas de saúde funcionam de segunda a sexta em horário comercial, o que torna seus horários praticamente incompatíveis com a disponibilidade do homem que trabalha. Portanto, neste estudo fica evidente a predominância do atendimento à mulher, possivelmente pela menor inserção dela no mercado formal de trabalho com maior disponibilidade de tempo. Verificou-se que 38,8% das entrevistadas eram donas do lar, além de uma possível percepção diferenciada do seu processo saúde-doença¹².

O uso de medicamentos não convencionais tem sido utilizado em diferentes estudos nacionais e internacionais⁸, como ocorre nesta pesquisa, na qual se vê que 22,40% das mulheres são usuárias de ervas medicinais para tratar sintomas do cotidiano, enquanto apenas 13,40% dos homens afirmaram utilizá-las. O nível de significância entre as duas variáveis sexo *versus* faz uso de plantas medicinais foi de ($p= 0,026$) indicando associação das mesmas.

Com relação ao conhecimento da definição de fitoterapia, foi observado nas seis UBS que 30,2%) das pessoas

tinham compreensão do termo, com destaque para a UBS de Liberdade, que apresentou um grau de conhecimento elevado (89,2%), e isso se deve ao fato de que lá já foram ministrados cursos sobre fitoterapia para a população; por esse motivo, ela sobressaiu quando comparada às demais: Centro (15%), Passagem de arcaia (25,80%), Parque industrial (13,70%), Pium (25,70%) e Santa Tereza (29,80%)

A pesquisa realizada nas UBS de Parnamirim comprovou que os indivíduos com ensino médio completo ou acima apresentaram um maior conhecimento do termo “fitoterapia” — 37,60% tinham conhecimento sobre o assunto, e 62,40% não o conheciam. Estudos internacionais têm evidenciado que entre as principais características de usuários de fitoterápicos e outras terapias complementares está a escolaridade em maiores níveis¹³. Quando comparados aos de menor escolaridade, ou seja, indivíduos com ensino médio incompleto ou abaixo, apenas 25,40% destes diziam ter conhecimento da palavra fitoterapia, e 74,60% não tinham tal entendimento. O nível de significância foi ($p= 0,02$) quando comparados os níveis de escolaridade, ou seja, amostra representativa.

De acordo com a pesquisa realizada nas Unidades Básicas de Parnamirim, houve um total de 1207 citações sobre o uso das plantas para doenças/sintomas listados pelos entrevistados, e as mais pronunciadas foram: má digestão (28,8%), gripe (16,8%) e estresse (15,9%), respectivamente (Tabela 1).

Foi observado que o uso de algumas plantas medicinais pela população das UBS não é o mesmo indicado pela literatura, com destaque para o capim-santo já que a grande maioria dos entrevistados o citou de uma maneira equivocada. Diferente do mencionado na literatura, na qual essa erva serve para cólicas intestinais e uterinas, quadros leves de ansiedade e insônia e como calmante suave¹⁴, a população a utiliza para dor na coluna e febre (Tabela 2).

Por ser a terceira espécie mais comentada pelos entrevistados, é de extrema importância que a população tenha conhecimento sobre essa erva, e se deve ter o cuidado redobrado ao fazer uso do capim santo, pois este, utilizado junto com medicamentos sedativos, faz com que ocorra a potencialização do efeito¹⁵.

Houve outros equívocos na utilização das plantas medicinais, a exemplo da erva-doce, utilizada para tratar hipertensão bem como a hortelã, usada para combater

Tabela 1 - Principais Sintomas/Doenças listados pela população que fazem o tratamento com plantas medicinais. Unidades Básicas de Saúde, Parnamirim/RN, 2014

Sintomas/Doenças	N	%
Má digestão*	347	28,75
Gripe*	203	16,82
Estresse/calmante*	192	15,91
Tosse	57	4,72
Inflamação	39	3,23
Dor(geral)	31	2,57
Dor de garganta	27	2,24
Mal-estar	26	2,15
Doenças de pele	21	1,74
Hipertensão	21	1,74
Obesidade	19	1,57
Colesterol	19	1,57
Dor de cabeça	18	1,49
Dor na coluna	16	1,33
Diarreia	14	1,16
Insônia	14	1,16
Gastrite	13	1,08
Dor no ouvido	12	0,99
Febre	11	0,91
Vermes	10	0,83
Diabetes	10	0,83
Outras	87	7,21
Total	1207	100,0

dor na coluna, gastrite e colesterol (Tabela 3), mesmo sem haver estudos científicos que provem tais alegações dos participantes da pesquisa.

Portanto, ao ser feita uma correlação das indicações populares com a literatura, pode-se observar que, apesar de o conhecimento da população sobre plantas medicinais ser passado ao longo das gerações e fazer parte de uma cultura muito forte, tem-se a necessidade de mais informações quanto ao uso e ao preparo das ervas medicinais. Nesse sentido, um aconselhamento profissional seria importante para auxiliar a população. Por outro lado, foi descrita

pela população a utilização correta de algumas plantas medicinais, como é o caso da erva-cidreira, babosa, romã, mastruz, arruda, none e a goiabeira (Tabela 2).

A utilização dessas plantas em sua grande maioria era como autotratamento, com o qual se deve ter cuidado ao associar medicamentos com as plantas medicinais, pois estas possuem compostos químicos que podem promover a diminuição dos efeitos ou provocar reações indesejadas daqueles¹⁶.

Neste estudo, foi visto que o preparo dessas plantas se dá basicamente por meio de chás (74,0%), e a parte das plantas mais utilizada são as folhas (81,0%). No que se refere ao preparo dos chás e à utilização dessas plantas medicinais, é importante estar atento à certificação de baixa toxicidade¹⁴. As plantas mais citadas pela comunidade entrevistada foram: hortelã (14,2%), capim-santo (8,1%), erva-doce (5,0%), Barbosa (3,3%), camomila (6,6%), boldo (14,1%), erva-cidreira (8%), mastruz (7,2%), romã (3,5%) e louro (2,4%) (Tabela 3).

No geral, o que se observa é a falta de indicação profissional e de orientação quanto ao uso, provavelmente devido ao pouco conhecimento dos profissionais da área de saúde. Isso traz prejuízos à população, uma vez que poderiam utilizar recursos eficazes e acessíveis com maior frequência e com maior segurança¹⁷.

O uso de fitoterápicos está relacionado a fatores culturais, e a indicação do uso das plantas é repassada e transmitida de pais para filhos. Os costumes e as crenças estão relacionados ao meio em que vive, portanto o ser humano é resultado do meio dos costumes e tradições que foram passados pelos familiares e que são transmitidos ao longo das gerações¹⁸. O uso das plantas pode dar-se em nível familiar e/ou em situações nas quais existam orientações por parte de profissionais de saúde que lidam com a prescrição e a venda dos fitoterápicos nas farmácias. Se apenas para uso familiar, doméstico, elas podem ser cultivadas nos quintais das casas, coletadas em áreas próximas às casas, compradas ou recebidas de parentes, amigos e/ou vizinhos¹⁹. Neste estudo, foi observado o total de 73 plantas cultivadas, as quais foram referenciadas o total de 21 (Tabela 4), pois estas foram as mais citadas ao longo das entrevistas; e o cultivo dessas plantas vem de indicação dos familiares (86,7%), e isso confirma a teoria de que esses hábitos são passados ao longo das gerações.

Tabela 2 - Uso das plantas mencionadas pela população entrevistada comparando a indicação na literatura científica. Unidades Básicas de Saúde, Parnamirim/RN, 2014

Nome popular	Nome científico	Uso mencionado na literatura*	Uso mencionado pelos entrevistados
Hortelã	<i>Menthapiperita L.</i>	Dor (geral), gripe, tosse, mal-estar, dor de cabeça, dor de ouvido	Gripe, tosse, resfriado, dor geral, vermes, dor de cabeça, dor na coluna, gastrite, colesterol
Erva cidreira	<i>Melissa officinalis L.</i>	Quadros leve de ansiedade Insônia, como calmante suave. Cólicas abdominais, Distúrbios estomacais, Flatulência (gases), como digestivo, e expectorante	Insônia, dor estômago. Diminui irritação, coração.
Capim* santo	<i>Cymbopogan citratus</i>	Cólicas intestinais e Uterinas. Quadros leve de ansiedade e insônia, como Calmante suave	Dor na coluna, febre
Mastruz	<i>Chemopodium ambrosioides L.</i>	Gastrite, vermes intestinais	Dor na coluna, gastrite, verminose
Boldo	<i>Peumus boldus</i>	Dispepsia (distúrbios da digestão) e hipotensão (Pressão baixa)	Digestão, mal-estar, Dor na coluna
Babosa	<i>Aloe vera</i>	Doenças de pele	Dor na coluna, doenças de pele
Romã	<i>Punica granatum</i>	Inflamações e infecções da Mucosa da boca e faringe como anti-inflamatório e antisséptico	Dor de garganta
Erva doce	<i>Pimpinela anisum</i>	Dispepsia (distúrbios Digestivos), cólicas Gastrointestinais e como expectorante	Diarreia, dor na coluna, Hipertensão
Arruda	<i>Rutagravedens</i>	Dor de ouvido	Dor no ouvido
Louro	<i>Laurusnobilis L.</i>	Estimula o fluxo urinário alivia a dor reumática e dores em geral contusões e bronquites	Diarreia
Camomila	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	Cólicas intestinais. Quadros leves de ansiedade, como calmante suave	Calmante e insônia
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Distúrbios circulatórios, Como antisséptico e Cicatrizante	Dor em geral, gripe
None	<i>Morinda Citrifolia L.</i>	Diabetes	Inflamação, diabetes
Limoeiro	<i>Citrus limon (L.) Burm. f.</i>	Infecções, alivia dores de cabeça, enxaquecas, tosse, resfriado e asma	Problemas na garganta, gripe
Pitangueira	<i>Eugenia uniflora L.</i>	Contra diarreias, doenças estomacais, inflamação	Dores menstruais
Goiabeira	<i>Psidiumguajava L.</i>	Diarréias não infecciosas	Diarreia
Anador	<i>Justiciapectoralis</i>	broncodilatador, analgésica, crise de asma	Dor na coluna
Chá-preto	<i>Camellia sinensis Kuntze</i>	Estimulante, analgésico, antiprurido(redução da coceira)	Obesidade

*ANVISA (2011); Aoyama (2011); Júnior & Lemos (2011); Ruiz et al. (2008); Ramos & Pimentel (2011).

Tabela 3 - Plantas medicinais utilizadas pelos entrevistados. Unidades Básicas de Saúde, Parnamirim/RN, 2014

Espécies	N	%
Hortelã	180	14,17
Boldo	179	14,09
Capim-santo	103	8,11
Erva-cidreira	101	7,95
Mastruz	91	7,17
Camomila	84	6,61
Erva-doce	63	4,96
Romã	44	3,46
Babosa	42	3,31
Louro	30	2,36
Chá verde	21	1,65
Arruda	20	1,57
Alecrim	17	1,34
Limão	16	1,26
None	14	1,10
Anador	14	1,10
Chá preto	14	1,10
Outras	237	18,66
Total	1270	100,0

Tabela 4 - Plantas Cultivadas pela população. Unidades Básicas de Saúde, Parnamirim/RN, 2014

Espécies	N	%
Hortelã	151	18,71
Capim-santo	111	13,75
Erva-cidreira	101	12,52
Mastruz	62	7,68
Boldo	50	6,20
Babosa	47	5,82
Louro	32	3,97
Arruda	27	3,35
Romã	23	2,85
Corama	23	2,85
Alecrim	22	2,73
None	19	2,35
Manjeriçã	14	1,73
Limoeiro	13	1,61
Anador	13	1,61
Erva-doce	12	1,49
Laranjeira	9	1,12
Pitangueia	8	0,99
Camomila	7	0,87
Goiabeira	7	0,87
Sabugueiro	4	0,50
Outras	52	6,44
Total	807	100,0

Outro dado observado é que quanto maior a idade, maiores as chances de essas pessoas cultivarem uma planta medicinal em casa, verificando o nível de significância ($p=0,011$) e comparando as idades entre 18 e 38 anos *versus* maiores que 38 anos. Constatando que maiores de 38 anos fazem cultivo das plantas medicinais com uma frequência de 55,3% do total da população entrevistada, em contrapartida com os usuários de 18 a 38 anos cuja frequência foi 44,7%. A maior proporção do cultivo pelas pessoas que apresentam maior idade evidencia a crença nas terapias ditas “naturais” e no conhecimento adquirido ao longo dos anos, que é passado de geração a geração²⁰. O cultivo de plantas medicinais é mais comum nas pessoas com mais idade pelo fato de estarem em casa na maior parte do tempo e, com isso, podem se dedicar mais ao

cultivo e cuidado das plantas. Além disso, detêm o mais conhecimento sobre a terra, as condições favoráveis ao crescimento, e informação sobre a espécie para a prática da produção domiciliar. As pessoas que mais utilizam as plantas medicinais como alternativas no tratamento de doenças são as de maior idade, e o modo de obtenção é prioritariamente o cultivo em hortas domésticas²¹. Apesar de os medicamentos industrializados terem tomado grande proporção no tratamento de doenças, a população idosa prefere tomar medicamentos caseiros²².

As plantas mais cultivadas pelos entrevistados que frequentam as unidades básicas de saúde de Parnamirim-RN são: Hortelã, capim-santo, erva-cidreira, mastruz, boldo e babosa (Tabela 5).

Tabela 5 - As espécies mais cultivadas pela população entrevistada. Unidades Básicas de Saúde, Parnamirim/RN, 2014

Espécies	Nomenclatura popular	%	N
<i>Mentha piperita</i> L.	Hortelã	18,71	151
<i>Cymbopogon citratus</i>	Capim-Santo	13,75	111
<i>Melissa officinalis</i> L.	Erva-Cidreira	12,52	101
<i>Chemopodium ambrosioides</i> L.	Mastruz	7,68	62
<i>Peumus boldus</i>	Boldo	6,20	50
<i>Aloe vera</i>	Babosa	5,82	47

São espécies largamente utilizadas por serem de conhecimento popular e de cultivo simples, e seu uso é característico na região Nordeste, fato confirmado pelo trabalho de Mosca e Loiola²³, realizado em Natal, Rio grande do Norte.

A hortelã (*Menthapiperita* L.) é a planta mais cultivada pela população — 18,7% dos entrevistados afirmaram possuí-la em suas casas, e que a utilizavam na forma de chá, ou temperos, sendo o chá para tratamentos de vermes, e na fitoterapia essa espécie é indicada informalmente como estimulante gástrico nas atonias digestivas, flatulências, vômitos, vermífugo, cólicas uterinas, expectorante, antisséptico bucal, aftas, infecções da boca (bochechos) e garganta (gargarejos), tremores nervosos e calmante. Essa amplitude de indicações informais passadas de gerações a gerações através dos séculos é mantida atualmente²⁴.

A segunda mais cultivada foi capim-santo (*Cymbopogon citratus*). Citada por 13,8% dos entrevistados, é uma planta medicinal bastante presente na vida dos nordestinos pelo fato de suas propriedades serem conhecidas, com indicações para cefaleia de origem tensional, ansiedade, nervosismo, insônia, flatulência e como relaxante muscular (dores e tensões musculares de etiologia diversa, hipertensão arterial)²⁵. Quando questionados, os entrevistados faziam uso dessa espécie na forma de chá, e a grande maioria o utilizava para dor na coluna (relaxante muscular), corroborando a literatura.

A terceira espécie mais cultivada pela população que frequenta as UBS de Parnamirim foi a melissa (*Melissa officinalis* L.) (12,52%), conhecida como erva-cidreira verdadeira. Os entrevistados que a cultivavam e faziam o uso dessa espécie na forma de chá citaram que a utilizavam como calmante, para insônia, dores no estômago, e para o coração. Essa planta medicinal encontra-se numa posição

de destaque devido à sua importância fitoterapêutica e é utilizada popularmente para controlar as emoções (crises nervosas, taquicardia, melancolia, histerismo e ansiedade). Também é considerada indutora do sono devido ao citral (seu constituinte majoritário), que é responsável pela ação relaxante. Suas folhas e inflorescência frescas são empregadas na forma de chás, que por infusão, tomado pela manhã ou à noite, combate dores de cabeça, problemas digestivos e cólicas intestinais; além disso, suas folhas são utilizadas maceradas no combate aos ferimentos²⁶.

A *Chemopodium ambrosioides* L., conhecida como erva-de-santa-maria e mastruzo no meio rural, é empregada como repelente de ectoparasitos como piolhos, pulgas e carrapatos. Suas propriedades anti-helmínticas são apregoadas na tradição oral com referência ao combate de vermes intestinais tais como ascarídeos, ancilostomídeos e oxiurídeos. Para esse fim, todas as partes anatômicas do vegetal são consideradas ativas, administradas via oral na forma de infuso (chá) ou de suco geralmente veiculado ao leite²⁷, e no estudo foi identificado que as pessoas que faziam o cultivo dessa espécie (7,68%) realizavam da forma indicada na literatura para parasitas intestinais, gastrite. No entanto, alguns entrevistados faziam o uso do mastruzo para a dor na coluna, sem comprovação na literatura científica.

O boldo-do-chile (*Peumus boldus*) foi a quinta espécie mais cultivada pelos entrevistados das UBS (6,20%). O que chamamos popularmente de boldo-do-chile em algumas regiões do Brasil, é na realidade a *Vernonia condensata*, também conhecida popularmente como Alumã, Figatil, Boldo baiano e falso Boldo-do-chile. As árvores de *P. boldus* plantadas no Brasil não produzem princípios ativos (boldina) suficiente para justificar seu emprego terapêutico²⁸. Estudos realizados com *P. boldus* comprovam várias das atividades atribuídas popularmente a essa espécie,

além de correlacionarem esses efeitos a vários compostos puros isolados a partir desses extratos. É importante observar que os estudos toxicológicos sugerem que o consumo de chá de boldo deva ser feito com moderação e cuidado, principalmente no primeiro trimestre da gravidez e no uso por tempo prolongado uma vez que há grandes indícios de teratogenicidade e hepatotoxicidade²⁹. Os participantes do presente estudo que cultivavam essa espécie (6,20%) faziam o uso das folhas para a preparação do chá com o intuito de minimizar os sintomas; da má digestão e o mal-estar, principalmente.

A *Aloe vera* é popularmente conhecida como babosa-verdadeira, e se afirma que ela possui várias propriedades terapêuticas importantes, incluindo a aceleração da cicatrização de feridas³⁰, como foi visto na população estudada nesta pesquisa, na qual 5,82% que a cultivavam faziam uso da sua polpa para doenças de pele.

CONCLUSÃO |

Com base na análise dos resultados concluiu-se que, do total de entrevistados, a maioria dos participantes da pesquisa não tinha conhecimento sobre o significado da palavra “fitoterapia”. Entre os participantes que declararam conhecer a temática, constatou-se uma relação direta entre o nível de escolaridade e o conhecimento do significado desse termo, e quanto maior o nível de escolaridade, maior o percentual de participantes que declararam conhecer o significado de “fitoterapia”. As mulheres são as que mais fazem uso das plantas medicinais. Hortelã, boldo e capim-santo foram as espécies mais mencionadas pela comunidade para o tratamento primário da saúde. Já com relação às doenças que eram tratadas com chás das plantas medicinais, as mais faladas foram: má digestão, estresse e gripe. Foi verificada, em alguns casos, incoerência entre as espécies citadas pelos participantes e as doenças tratadas com as indicações encontradas na literatura para aquelas espécies. Entre as mais cultivadas pela comunidade foram apontados a hortelã, o capim-santo e a erva-cidreira, e os adultos acima de 38 anos são as pessoas com o hábito de cultivá-los mais frequentemente. As espécies foram adquiridas de parentes e/ou familiares, configurando a tradicionalidade do hábito de cultivar plantas medicinais, conhecimento esse compartilhado entre gerações. Com isso, conclui-se que o uso de plantas medicinais tem sido realizado de forma empírica, sendo baseado em experiências

caseiras e no conhecimento popular. Constatou-se elevada frequência desse método na população estudada, mesmo quando esta não tinha pleno conhecimento sobre seu uso e/ou comprovação científica. A prática indiscriminada do uso das plantas medicinais pode acarretar a ineficácia do tratamento, e até mesmo pôr em risco a saúde de quem a pratica, tendo em vista que cada espécie medicinal possui peculiaridades no tocante à manipulação, à forma de cultivo e às formas de administração.

Foi verificada, com o estudo, a necessidade de capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para atuar no âmbito da fitoterapia de forma segura e eficaz. Futuras pesquisas devem ser realizadas na perspectiva de contribuir para a inserção das plantas medicinais no tratamento primário à saúde na ESF, fazendo com que, a fitoterapia tenha participação efetiva nas ações da atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Alvim NAT, Ferreira MA, Cabral IE, Almeida Filho AJ. O uso de plantas medicinais no recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais da sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizado pela enfermeira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(3):316-23.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 17, de 24 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos [Internet]. *Diário Oficial da União* 25 fev 2000 [acesso em 10 nov 2014]; Seção 1. Disponível em: URL: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/17.pdf>.
3. Sacramento HT. Legislação para produção, comercialização e uso de plantas medicinais. In: *Anais da 5. Jornada Paulista de Plantas Medicinais*; 2001; Botucatu, Brasil. Botucatu: UNESP; 2001.
4. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. Genebra: WHO; 2002.
5. Fontenele RP, Sousa DMP, Carvalho ALM, Oliveira FA. Fitoterapia na atenção básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia em Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(8):2385-94.

6. Rodrigues AG, Amaral ACF. Aspectos sobre o desenvolvimento da fitoterapia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 13-23. (A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 31).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).
8. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):228-38.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (B. Textos Básicos de Saúde).
10. Barros NF, Siegel P, Simoni C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(12):3066-7.
11. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-401.
12. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artemed; 1996.
13. Yu SM, Ghandour RM, Huang ZJ. Herbal supplement use among US women, 2000. *J Am Med Womens Assoc*. 2004; 59(1):17-24.
14. Grams WFMP. Plantas medicinais de uso popular em cinco distritos da Ilha de Santa Catarina. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Botânica] – Universidade Federal do Paraná; 1999.
15. Eldin S, Dunford A. Fitoterapia na atenção primária à saúde. São Paulo: Manole; 2001.
16. Albuquerque UP, Hanazaki N. As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas. *Rev Bras Farmacogn*. 2006; 16(Suppl 0):S678-89.
17. Alonso JR. Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas. Buenos Aires: ISIS; 1998.
18. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1):49-62.
19. Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
20. Ming LC, Silva SMP, Silva MAS, Hidalgo AF, Marchese JA, Chaves FCM. Manejo e cultivo de plantas medicinais: algumas reflexões sobre perspectivas e necessidades no Brasil. In: Coelho MFB, Costa Junior P, Dromboski JFD, organizadores. Diversos olhares em etnobiologia, etnoecologia e plantas medicinais. Cuiabá: Unicen. 2002; 149-156.
21. Motomiya AVA, Polezzi RCS, Wilson CF, Gomes LS, Menezes Filho SB. Levantamento e Cultivo das Espécies de Plantas Medicinais Utilizadas em Cassilândia, MS. Anais do 2. Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004 set 12-15; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: UFMG; 2004. p. 1-8.
22. Silva JA, Bündchen M. Conhecimento etnobotânico sobre as plantas medicinais utilizadas pela comunidade do Bairro Cidade Alta, município de Videira, Santa Catarina, Brasil. *Unoesc Ciênc*. 2011; 2(2):129-40.
23. Mosca VP, Loiola MIB. Uso popular de plantas medicinais no Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil. *Rev Caatinga*. 2009; 22(4):225-34.
24. Remédios caseiros são reconhecidos pelo Governo [Internet]. *Diário do Nordeste* 2006 jun 30 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/imprensa/clipping/2006/junho/300606.pdf>>.
25. Lemos Júnior HP, Lemos ALA. Hortelã. *Diagn Tratamento*. 2012; 17(3):115-7.
26. Aoyama EM, Indriunas A, Furlan MR. Produção de folhas em *Melissa officinalis* L. (Lamiaceae) em Taubaté, São Paulo. *Rev Biociências*. 2011; 17(1):57-65.

27. Ribeiro PGF, Diniz RC. Plantas aromáticas e medicinais: cultivo e utilização. Londrina: IAPAR; 2008.

28. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de fitoterápicos da farmacopeia brasileira. Brasília: Anvisa; 2011.

29. Ruiz ALTG, Taffarello D, Souza VHS, Carvalho JE. Farmacologia e toxicologia de *Peumus boldus* e *Baccharis genistellóides*. Rev Bras Farmacogn. 2008; 18(2):295-300.

30. Ramos AP, Pimentel LC. Ação da Babosa no reparo tecidual e cicatrização. Braz J Health. 2011; 2(1):40-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Manuela Souza Correia de Araújo

Departamento de Saúde Coletiva,

Campus Universitário Lagoa Nova

Natal - RN, Brasil

CEP: 59078-970

Tel.: (84) 3342-2275

Email: manukkacorreia@gmail.com

Submetido em: 22/01/2015

Aceito em: 21/12/2015