



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA BIOLÓGICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOPROSPECÇÃO MOLECULAR
MESTRADO ACADÊMICO EM BIOPROSPECÇÃO MOLECULAR

IZABEL CRISTINA SANTIAGO LEMOS

**USO DE RECURSOS NATURAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS
PREVALENTES NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA ETNOMEDICINA AO
ESTUDO DA MEDICINA TRADICIONAL**

CRATO

2015

IZABEL CRISTINA SANTIAGO LEMOS

**USO DE RECURSOS NATURAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS
PREVALENTES NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA ETNOMEDICINA AO
ESTUDO DA MEDICINA TRADICIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioprospecção Molecular da Universidade Regional do Cariri como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Bioprospecção Molecular (Área de concentração: Biodiversidade).

Orientador: Prof. Dr. George Pimentel
Fernandes

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina
Kerntopf

CRATO

2015

Esta Dissertação foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Bioprospecção Molecular / Área de Concentração Biodiversidade, outorgado pela Universidade Regional do Cariri, e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta Dissertação é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Izabel Cristina Santiago Lemos

Dissertação aprovada em: 24/02/2015

Examinadores:

Prof. Dr. George Pimentel Fernandes – Orientador
Universidade Regional do Cariri – URCA

Prof^a. Dr^a. Marta Regina Kerntopf – Co-orientadora
Universidade Regional do Cariri – URCA

Prof. Dr. Andrea Caprara – Avaliador Externo
Universidade Estadual do Ceará– UECE

Prof^a. Dr^a. Simone Cardoso Ribeiro – Avaliador Interno
Universidade Regional do Cariri – URCA

CRATO – CE

2015

Dedico este trabalho à comunidade Sto. Antônio, por ter me acolhido de forma tão calorosa e atenciosa, compartilhando seu rico conhecimento tradicional para a condução da minha pesquisa em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Jeová, por diariamente conferir forças para que eu possa alcançar aquilo que almejo.

À minha mãe, Dcilene Melo de Santiago, por ser minha maior incentivadora, melhor amiga e por tantas vezes, de forma abnegada, abrir mão de seus sonhos para que os meus possam ser concretizados.

À minha avó, Maria das Graças Melo de Santiago, por seu exemplo de perseverança, integridade, fé e amor, tão presentes durante a minha vida.

Ao meu noivo Luiz de Beltrão Lima Junior, por seu apoio e compreensão amorosos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. George Pimentel Fernandes, pela confiança em mim conferida e por sua notável atenção, dedicação e compromisso com a pesquisa, desde sua concepção e durante todo o seu desenvolvimento.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Marta Regina Kerntopf, por suas inúmeras colaborações e atenção constante dirigidas à minha pesquisa, bem como por seu carinho, amizade e encorajamento diários.

À professora Roseli Barbosa, por ter se disponibilizado gentilmente, contribuindo de forma prática com seus conhecimentos em diversos momentos do estudo.

À Ms. Jênifa Cavalcante Santiago da Universidade Estadual do Ceará (UECE) por suas contribuições imprescindíveis e auxílio prático na análise dos dados.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP**, pelo suporte financeiro.

Em especial, a todos os moradores do Sítio Sto. Antônio, onde foi realizada a pesquisa, por tornarem viável a consolidação desse estudo, meus sinceros agradecimentos.

"Onde existe vontade, existe um caminho."

(Bernard Shaw)

SUMÁRIO

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	13
LISTA DE QUADROS.....	15
LISTA DE GRÁFICOS.....	16
LISTA DE FIGURAS.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 A Prática da Medicina Tradicional.....	21
1.2 As Ciências Médicas.....	22
1.3 Uso de Recursos Naturais para o tratamento de agravos em saúde.....	23
1.4 A saúde da criança e a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).....	24
1.5 Infecções Respiratórias Agudas (IRA).....	26
1.6 Doenças Diarreicas.....	27
1.7 Anemia Ferropriva	28
1.8 O cuidado tradicional e as doenças prevalentes na infância.....	29
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 Objetivo Geral.....	32
2.2 Objetivos Específicos.....	32
3 MATERIAL E MÉTODO.....	35

3.1 Método da Pesquisa.....	35
3.2 Local do Estudo.....	38
3.3 Período do Estudo.....	40
3.4 População e Amostra.....	40
3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados.....	41
3.6 Análise dos Dados.....	45
3.7 Aspectos Éticos e Legais.....	48
4 RESULTADOS.....	51
4.1 Caracterização da Amostra.....	51
4.2 Conhecimento Tradicional: Uso e Fontes de Saber.....	54
4.3 Espécies citadas para o tratamento dos sintomas e/ ou das patologias relacionadas às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças.....	57
4.4 Espécies citadas para o tratamento de Doenças Diarreicas em crianças..	63
4.5 Espécies Citadas para o tratamento da Anemia em crianças.....	65
4.6 Frequência Relativa de Citação.....	68
4.7 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos do sexo feminino e entre indivíduos do sexo masculino.....	74
4.8 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos de diferentes grupos etários.....	77
5 DISCUSSÃO.....	82
5.1 Caracterização da Amostra.....	82
5.2 Conhecimento Tradicional: Uso e Fontes de Saber.....	84

5.3 Espécies mais citadas pelos entrevistados de acordo com a Frequência Relativa de Citação (RFC).....	90
5.3.1 Para o tratamento de sintomas e patologias relacionadas às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças.....	90
5.3.2 Para o tratamento da diarreia em crianças.....	96
5.3.3 Para o tratamento de Anemia em crianças.....	102
5.4 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos do sexo feminino e masculino e de diferentes grupos etários.....	109
6 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	117
6.1 Discurso do sujeito coletivo: compreendendo questões subjetivas através de uma análise quanti-qualitativa.....	117
6.2 Ideias Centrais e DSC – 9ª pergunta.....	119
6.3 Ideias Centrais e DSC – 10ª pergunta.....	124
6.4 Ideias Centrais e DSC – 11ª e 12ª pergunta.....	130
6.5 Ideias Centrais e DSC – 13ª pergunta.....	144
6.6 Perspectivas para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas, Diarreias e Anemia no contexto da saúde pública brasileira.....	152
7 PRINCIPAIS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS.....	161
ANEXOS.....	181
APÊNDICES.....	198

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC: Ancoragem

AIDPI: Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância

AVC: Acidente Vascular cerebral

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa.

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

EAB: Extrato Aquoso Bruto

ECH: Expressões-Chave

FUNCEME: Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IC: Ideia Central

IPDSC: Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo

IRA: Infecção Respiratória Aguda

MMA: Ministério do Meio Ambiente

PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PPBM: Programa de Pós-Graduação em Bioprospecção Molecular

RFC: Relative Frequency of Citation

SNC: Sistema Nervoso Central

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TRO: Terapia de Reidratação Oral

URCA: Universidade Regional do Cariri

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos informantes do Sítio Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....	51
Tabela 2 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....	68
Tabela 3 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento de Doenças Diarreicas em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....	71
Tabela 4 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento de Anemia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....	73
Tabela 5 – Associação entre número de espécies citadas pelos informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para IRA, diarreias e anemias e o sexo.....	75
Tabela 6 – Associação entre número de espécies citadas pelos informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE e a faixa etária.....	78
Tabela 7 – Ideias centrais da questão 9 e proporção das respostas de acordo com o sexo.....	119
Tabela 8 – Ideias centrais da questão 10 e proporção das respostas de acordo com o sexo.....	124
Tabela 9 – Ideias centrais da questão 11 e proporção das respostas de acordo com o sexo.....	131
Tabela 10 – Ideias centrais da questão 12 e proporção das respostas de acordo com o sexo.....	137

Tabela 11 – Ideias centrais da questão 13 e proporção das respostas de acordo com o sexo.....145

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Relação de Espécies de plantas e de Animais utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento dos sintomas de IRA em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, sintomas/ patologias tratados, partes utilizadas e formas de uso tradicional...58
- Quadro 2** - Relação de Espécies de plantas utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento de Diarreias em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, partes utilizadas e formas de uso tradicional.....63
- Quadro 3** – Relação de Espécies de plantas e de animais utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento de Anemia* em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, partes utilizadas e formas de uso tradicional.....66
- Quadro 4** – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....90
- Quadro 5** – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento da diarreia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....96
- Quadro 6** – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento da anemia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.....100
- Quadro 7** - Relação de perguntas realizadas com informantes da comunidade Sto. Antônio referente ao uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância destinadas à análise de dados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.....118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência com que os informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE relataram utilizar plantas e/ ou animais para o tratamento e a prevenção de doenças.....54

Gráfico 2 – Forma como os informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE adquiriram conhecimento acerca do uso de plantas e/ ou de animais para o tratamento de doenças.....55

Gráfico 3 – Familiares mencionados como difusores do conhecimento tradicional referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento de doenças.....56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – <i>Ocimum basilicum</i> L.....	91
Figura 2 – <i>Eucalyptus globulus</i> Labill	91
Figura 3 – Folhas opostas do <i>Eucalyptus globulus</i> Labill.....	92
Figura 4 – <i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng.....	93
Figura 5 – <i>Egletes viscosa</i> (L.) Less.....	95
Figura 6 – Vista geral de um plantio comercial de <i>Egletes viscosa</i> (L.) Less.....	98
Figura 7 – <i>Plectranthus barbatus</i> Andrews.....	99
Figura 8 – <i>Psidium guajava</i> L.....	100
Figura 9 – <i>Beta Vulgaris</i> L.....	103
Figura 10 – <i>Bos Taurus</i>	104
Figura 11 – <i>Phaseolus vulgaris</i> L.....	106
Figura 12 – <i>Croton campestris</i> St Hil.....	108

RESUMO

LEMOS; Izabel Cristina Santiago. **Uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância: contribuições à medicina tradicional.** 2015.199f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Bioprospecção Molecular/ PPBM) Departamento de Química Biológica. Universidade Regional do Cariri. 2014.

Para proporcionar boas condições de saúde à criança é necessária atenção às doenças prevalentes na infância, em especial às Infecções Respiratórias Agudas (IRA), Diarreias e Anemias, provenientes de desnutrição. Nos cuidados empregados por mães e responsáveis para o manejo dessas patologias, a medicina complementar emerge como figura importante em diversas comunidades tradicionais, principalmente através de práticas que utilizam plantas e animais com propriedades terapêuticas. O estudo teve como objetivo conhecer saberes tradicionais acerca do uso de recursos naturais utilizados para o tratamento de IRA, Diarreias e Anemias. A pesquisa foi desenvolvida na comunidade Santo Antônio (Barbalha – CE). A população do estudo consistiu de pessoas residentes na comunidade, na faixa etária compreendida entre 12 e 90 anos de idade. Para a coleta de dados foram utilizadas técnicas como: “rapport” e “Snowball”, e aplicado um questionário fechado e entrevista semiestruturada, estabelecendo critérios de saturação da amostra. Para análise dos dados foi empregada a estatística descritiva (frequência simples e percentual); a *Relative Frequency of Citation* (RFC) o teste do Qui-Quadrado (χ^2); a Razão de Verossimilhança e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e utilizados os softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e o Qualiquantisoft. A amostra contou com 54 informantes. O estudo evidenciou que: uma parcela significativa dos entrevistados relataram utilizar frequentemente plantas e/ ou partes de animais para tratar e prevenir doenças e a forma de transmissão de conhecimento mais recorrente foi a oral. Para o tratamento de IRA, diarreia e anemia em crianças foram citadas 38, 21 e 15 espécies, respectivamente. As espécies mais citadas para cada patologia foram, nessa ordem, *Ocimum basilicum* L. (0,59); *Egletes viscosa* (L.) Less (0,40) e *Beta vulgaris* L. (0,40). A parte mais utilizada foram as folhas, e o tipo de preparo mais comum foi o chá. A diferença entre o conhecimento esboçado entre homens e mulheres teve significância estatística apenas para as espécies citadas para doenças diarreicas ($p = 0,041$) e só houve associação relevante entre a idade e o número de espécies citadas quando considerada as IRA ($p = 0,000$). Na análise de dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foram identificadas 46 ideias centrais, que revelaram uma valorização do uso de recursos naturais para tratar as doenças comuns na infância, dentre outros aspectos. Os resultados evidenciaram que considerar aspectos culturais na abordagem assistencial à saúde da criança é relevante, uma vez que são recursos largamente utilizados. Desse modo, os profissionais de saúde são incentivados a englobar em sua prática assistencial, condutas que possibilitem um maior contato com as culturas locais. Sendo possível, assim, mensurar que recursos são utilizados e de que forma eles podem interferir na terapêutica prescrita.

Palavras chave: Etnomedicina; Etnobotânica; Saúde da Criança.

ABSTRACT

LEMOS; Izabel Cristina Santiago. **Use of natural resources for the treatment of prevailing childhood diseases: contributions to traditional medicine.** 2015.199p. Dissertation (Postgraduate Program in Molecular Bioprospecting/PPMB). Department of Biological Chemistry. Regional University of Cariri, 2014.

For the child to have good health and development is required attention to prevailing childhood diseases, in particular the Acute Respiratory Infections (ARI), Diarrhoea and Anemias, originating from undernutrition. In care used by mothers and responsible for the treatment of these pathologies, complementary medicine emerges as an important tool in many traditional communities, especially through practices that use plants and animals with therapeutic properties. The study aimed to identify the traditional knowledge about the use of natural resources for the treatment of ARI, Diarrhoea and Anemias. The research was conducted in Santo Antonio community (Barbalha - CE). The study sample consisted of residents in the community, aged 12 and 90 years old. For data collection, the technique of "rapport" and "Snowball" were used, and received a questionnaire and semi-structured interview with sample saturation criteria. For data analysis was used descriptive statistics (simple and percentage frequency); the Relative Frequency of Citation (RFC) the chi-square test (χ^2); the likelihood ratio and the Discourse of the Collective Subject (DCS). The software used were Statistical Package for Social Sciences (SPSS) and the Qualiquantisoft. The study had 54 informants. The research showed that: a significant portion of the interviewees reported often use plants and / or parts of animals to treat and prevent disease and the most common form of knowledge transmission was oral. For the treatment of ARI, diarrhea and anemia in children were mentioned 38, 21 and 15 species, respectively. The most frequent species for each condition were, in that order, *Ocimum basilicum* L. (0,59); "*Egletes viscosa* (L.) Less" (0,40) e "*Beta vulgaris* L." (0,40). The most used part were the leaves, and the most common type of preparation was the tea. The difference between knowledge demonstrated by men and women was statistically significant only for the species cited for diarrheal diseases ($p = 0.041$). Between the age and number of species mentioned was only statistically significant for ARI ($p = 0.000$). For data analysis of the DCS it was identified 46 key ideas, which showed an appreciation of the use of natural resources to treat common childhood illnesses, among others contributions. The results demonstrated that consider cultural aspects in care approach to children's health is relevant, because they are widely used. Thus, health professionals are encouraged to include in their care practice ducts to provide better contact with local cultures. This makes it possible to determine that resources are used and how they can interfere with prescribed therapy.

Keywords: Ethnomedicine; Ethnobotany; Child Health.

CAPÍTULO

1

Introdução

INTRODUÇÃO

1.1 A Prática da Medicina Tradicional

A Etnomedicina é considerada como um dos ramos da Etnobiologia, e tem como objeto de estudo as diversas formas de Medicina Tradicional (Medicina Popular ou Medicina Alternativa), sendo essa última definida apropriadamente como um sistema médico baseado em crenças culturais de determinados povos, ou seja, em práticas que atravessaram gerações e permanecem vivas até a atualidade (HELMAN, 2009).

Portanto, é correto afirmar que a Etnomedicina apresenta uma relação direta com o início da história e da formação humana, bem como da gênese dos conhecimentos associados ao processo de saúde-doença (LAPLANTINE, 1991).

Desse modo, o conceito de Medicina Tradicional é abrangente e envolve a fitoterapia – estudo das plantas medicinais e sua relação com a cura de determinadas patologias –, a zooterapia – utilização de remédios confeccionados a partir de partes do corpo do animal, ou ainda de produtos de seu metabolismo, para o tratamento e prevenção de doenças –, os rituais místicos e as terapias espirituais (ARAÚJO, 2004).

Ou seja, são práticas baseadas em tradições, interligando aspectos da espiritualidade e constatações cotidianas, transmitidas, especialmente, de forma oral por membros pertencentes a uma dada comunidade e difundidas a partir dos processos migratórios estabelecidos na realidade da dinâmica das relações humanas, podendo ser preservadas de forma essencialmente integral ou reinventadas a partir de um dado momento histórico (LAPLANTINE, 1991).

Dessa forma, a Medicina Tradicional configura-se como importante elemento cultural, tendo seu escopo de conhecimentos sido incorporado por determinados grupos populacionais e sedimentados no cotidiano, perfazendo parte indissoluta do que definimos e conhecemos como sabedoria popular, regendo, em maior ou menor intensidade nossos hábitos diários; nossas crenças

e nossa forma de encarar a busca pelo restabelecimento, frente uma enfermidade (ARAÚJO, 2004; HELMAN, 2009).

Vale ressaltar, portanto, que o binômio saúde-doença e o modo de compreendê-lo está relacionado à organização histórica das comunidades, que abrangem suas características culturais e seus saberes (ALMEIDA, 2010).

Provavelmente, por esse motivo não seja possível destituir o indivíduo de suas concepções, representações e experiências vivenciadas de forma intimista ou inseridas em uma determinada comunidade, ainda que isso represente, de fato, um distanciamento do que hoje é a assistência baseada em conhecimentos fisiopatológicos e na terapia medicamentosa (BARROS, 2002; SIQUEIRA et al, 2006).

1.2 As Ciências Médicas

Contudo, no decorrer dos anos e a partir da constante cientificidade incorporada nas práticas médicas, observou-se uma crescente desvalorização, em especial por parte dos profissionais de saúde, daquilo que se constitui em práticas relacionadas à medicina tradicional (ANDRADE; COSTA, 2010; ROONEY, 2013).

Desse modo, gradativamente, o saber atual que direciona a prática das ciências médicas passou a considerar o enfermo como um ser essencialmente biológico, compartimentado de sua totalidade, muitas vezes desprovido de características sociais, desconsiderando de forma negligente as vertentes: ambiental; psicossocial; emocional; espiritual e cultural do ser humano, onde residem seus conhecimentos e suas crenças referente ao modo de compreender e de tratar as doenças (BARROS, 2006).

Entretanto, a despeito dessa tendência esboçada por alguns profissionais da área das ciências médicas, fato é que os muitos ainda buscam os recursos oriundos da Medicina Tradicional para o tratamento de uma gama infindável de patologias, e os motivos que instigam essa procura são diversos (LUZ, 2005; TESSER, 2008).

1.3 Uso de Recursos Naturais para o tratamento de agravos em saúde

Nesse sentido, alguns autores destacam que uma das principais razões associadas ao uso de recursos naturais, tais como as plantas, por exemplo, é porque eles representam uma alternativa mais acessível, tendo em vista seu baixo custo quando comparados aos medicamentos de indústrias farmacêuticas (TORRES, et al, 2005).

Além disso, frisa-se que em algumas localidades, em especial nos países em desenvolvimento, o acesso aos serviços oficiais de saúde é precário ou deficiente, condicionando, em maior ou menor grau, a busca pelas alternativas apresentadas através da Medicina Tradicional (CUNHA; BORTOLOTTI, 2011; VEIGA JUNIOR; PINTO; MACIEL, 2005).

Ainda outra razão que pode ser mencionada é o fato de muitos afirmarem que o uso de recursos naturais para o tratamento de determinadas enfermidades ou para o manejo de doenças crônicas mostrou-se eficaz, configurando-se, assim, em uma experiência positiva, que foi reafirmada ao longo dos anos, em diferentes gerações (SAUTCHUK; FLEISCHER, 2012; SILVA, et al, 2014; WITTER, 2005).

Todavia, esses motivos isoladamente não justificam a permanência das práticas da medicina rústica nos dias atuais. Pode-se raciocinar que essa herança cultural ainda é praticada, sentida e vivenciada – mesmo diante dos incontestáveis avanços da Medicina Moderna – porque a cultura tem um valor em si próprio, não sendo estanque ou limitada a determinados grupos da sociedade ou tempos históricos. A sua existência por si só é a legitimação do seu valor (CHAUÍ, 2004; GINZBURG, 1987).

No âmbito da Medicina Tradicional, conforme já mencionado, destacam-se aspectos místicos e/ou religiosos, como também o uso isolado ou associado de diferentes recursos naturais na busca do restabelecimento, tais como a utilização de plantas e de animais. Sendo esse um aspecto comum nos sistemas médicos tradicionais de diferentes comunidades (BITENCOURT; LIMA;

BARROS, 2014; FERREIRA, 2013; GOMES; BANDEIRA, 2012 VIGANÓ; VIGANÓ; CRUZ-SILVA, 2007).

Esse último aspecto fomenta pesquisas, em especial, nas áreas da Etnofarmacologia – estudo do conhecimento de populações tradicionais acerca das possíveis propriedades medicinais de determinadas espécies de uma flora nativa (ALBUQUERQUE; ALMEIDA; MARINS, 2005) – e da Etnozoologia – estudo de culturas existentes e suas relações com a fauna de um dado ambiente – (ALVES; SOUTO; MOURÃO, 2010).

As pesquisas na área da Etnofarmacologia e da Etnozoologia são indiscutivelmente relevantes para estudos que abordam a fitoterapia e a zooterapia, respectivamente. Impulsionando ainda de forma intensa as pesquisas que são desenvolvidas na área da Bioprospecção (RANGEL; BRAGANÇA, 2009).

No caso das pesquisas em Bioprospecção, pode-se compreendê-las como um processo que objetiva a identificação e a avaliação de determinado material biológico extraído da natureza, visando sua aplicabilidade e utilidade na geração de novos processos e produtos (PALMA; PALMA, 2012).

Por esse fato, há inúmeras pesquisas preocupadas em catalogar, assim como descrever as espécies de plantas e de animais utilizados para tratar as mais diversas patologias, suas formas de uso, modos de preparo e partes utilizadas (ÂNGULO; ROSERO; GONZALEZ INSUASTI, 2012; ENRIQUEZ VAZQUEZ et al, 2006; MARINHO; SILVA; ANDRADE, 2011; TORRES, et al, 2009; ZUCCHI, 2013).

1.4 A saúde da criança e a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

Algumas pesquisas ainda evidenciam que esse conhecimento tradicional concentra-se de forma mais intensa entre as pessoas do sexo feminino, condicionando um ciclo de saberes que se perpetua nas gerações posteriores, embora, na maioria dos casos, não de forma integral. Estando esse

corpo de saberes, portanto, inegavelmente refletido nos cuidados prestados por essas mulheres aos seus familiares, em especial com os filhos (PULIDO FUENTES, 2010; TOMELERI; MARCON, 2009).

Corroborando com Mello (et al, 2009) Sabe-se que para proporcionar boas condições de saúde durante a infância (0-2 anos tem-se a primeira infância, dos 3-5 anos a segunda infância e dos 6-10 anos a terceira infância) são necessárias ações integradas, que envolvem: “o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância” (p. 749).

No âmbito da atenção básica, considerando a realidade do Brasil, a Estratégia Saúde da Família desempenha um papel de suma importância para o correto manejo das condições específicas apresentadas no contexto da saúde da criança, sendo a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) um aspecto em constante evidência e que vem demonstrando resultados positivos com sua implementação (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

A AIDPI pode ser compreendida como uma estratégia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), adotada pelo Brasil em 1996 e que apresenta, conforme afirma Pina (et al, 2009), os seguintes objetivos:

[...] a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde quanto no domicílio e na comunidade; fortalecimento da promoção da saúde e de ações preventivas na infância (p. 143).

Nesse sentido, no Brasil, para a população de 0 a 5 anos de idade, dentre os problemas de saúde prioritários destacam-se as infecções respiratórias agudas, a diarreia e as anemias, culminadas pelas deficiências nutricionais, sendo esses agravos caracterizados como passíveis de controle e de assistência no nível primário de atenção à saúde (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

1.5 Infecções Respiratórias Agudas (IRA)

No que diz respeito às infecções respiratórias agudas (IRA), Cardoso (2010) destaca que as IRA são um problema de saúde contemporâneo, alertando que o Brasil encontra-se entre os 15 países que apresentam maiores números de casos de pneumonia clínica em crianças menores de 5 anos.

Conseqüentemente tem-se que as infecções respiratórias agudas (IRA) constituem uma síndrome clínica, tendo como agentes infecciosos mais comuns vírus respiratórios, como o vírus sincicial respiratório, ou bactérias, como *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* (CARDOSO, 2010). Referente às IRA destaca-se que:

Em países em desenvolvimento, estima-se 0,29 episódio de pneumonia clínica/criança-ano ou 151,8 milhões de casos novos anuais (95% da incidência mundial em menores de 5 anos); 7 a 13% dos casos resultam em internação; e mais de 2 milhões evoluem para óbito, posicionando a pneumonia como a principal causa isolada de óbito em crianças. (CARDOSO, 2010, pg. 2070).

No tocante à classificação, a doença pode ser classificada de duas formas: quando restrita ao trato respiratório superior (acima da epiglote) é classificada como doença respiratória alta e quando alcança brônquios e/ou alvéolos pulmonares, é denominada como doença respiratória baixa (FORNAZARI; MELLO; ANDRADE, 2003).

Entre os fatores de risco associados a maior frequência dos episódios de infecções respiratórias agudas destacam-se: baixo peso ao nascer, desnutrição, aleitamento materno insatisfatório ou ausente, negligência com a imunização, baixa renda familiar, uso de roupas inadequadas ao clima e presença de fumantes no domicílio (FORNAZARI; MELLO; ANDRADE, 2003; MELLO, 2009).

1.6 Doenças Diarreicas

Outra doença prevalente na infância é a diarreia. As doenças diarreicas representam, em muitos países, a principal causa de morte entre crianças de um a quatro anos. Apesar da redução considerável das taxas de mortalidade infantil e pré-escolar nas últimas décadas, em especial a partir de 1983 (advento da terapia de reidratação oral – TRO e à introdução de vacinas para rotavírus) pode-se afirmar, contudo, que as doenças diarreicas ainda são consideradas como um relevante problema de saúde populacional, principalmente para as nações em desenvolvimento (BENÍCIO; MONTEIRO, 2000).

Assim, frisa-se que os fatores de risco para a incidência de doenças diarreicas abrangem aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais, com destaque para a pobreza, o desmame precoce, as deficiências nutricionais e um menor nível de escolaridade materna (MOURA, *et al*, 2012).

Destaca-se ainda que os enteropatógenos bacterianos mais frequentemente relacionados à incidência de diarreia aguda na criança tem-se a *Escherichia coli*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Campylobacter spp* e o *Vibrio cholerae*, este último de forma mais frequente em surtos epidêmicos (UNICEF, 2009).

Quanto à mortalidade, em termos absolutos, de acordo com Vasconcelos e Batista Filho (2008) as doenças diarreicas causaram 2,5 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos, esse número expressivo representou 21% do total de óbitos registrados para essa faixa etária. Além disso, a diarreia configurou entre as seis causas que explicavam 73% das mortes em crianças menores de cinco anos, tendo contribuído direta ou indiretamente para 18% desses óbitos.

1.7 Anemia Ferropriva

Juntamente com as IRA e as síndromes diarreicas as deficiências nutricionais são responsáveis direta ou indiretamente por altas taxas de morbimortalidade infantil. Nesse contexto, frisa-se que das 12 milhões de mortes de menores de cinco anos registradas a cada ano nos países em desenvolvimento, algo em torno de 60% estão relacionadas à desnutrição (FELISBINO-MENDES; CAMPOS; LANA, 2010).

Além disso, frisa-se que as repercussões da desnutrição são sistêmicas, ou seja, afetam todo o organismo do indivíduo, impedindo seu crescimento e desenvolvimento adequados. Desse modo, tem-se um quadro clínico de carência nutricional quando a oferta, biodisponibilidade e a utilização dos nutrientes mostram-se insuficientes frente à demanda requerida pelo organismo.

Entre as complicações relacionadas à nutrição inadequada em crianças, pode-se dizer que as anemias tornaram-se as mais comuns (SOUSA; ARAÚJO, 2004). De acordo com dados apresentados por Silva et al (2011):

[...] estima-se que, no mundo todo, 47,4% das crianças menores de 5 anos tenham anemia, com valores distribuídos em 3,4% na América do Norte a 64,6% na África. Na América Latina, os valores são de 39,5% para crianças menores de 5 anos [...] (p. 498).

Portanto, no que concerne à anemia, podemos considera-la como um problema relevante na infância, pois afeta diretamente o desenvolvimento e crescimento normais nos primeiros anos de vida, condicionando em maior ou menor grau consequências que podem vir a ser significativas e determinantes (PANATO; DENARDI; NOZAKI, 2011).

No caso da anemia causada pela deficiência de ferro, ela proporciona perdas para o desenvolvimento motor, cognitivo, mental e possibilita que o organismo da criança esteja mais susceptível à ocorrência de infecções (SANTOS, et al, 2011a).

Isso culmina em uma redução da produtividade e do rendimento corporal, bem como implica em dificuldades para o aprendizado da criança, devido aos efeitos no Sistema Nervoso Central - SNC (BORTOLINI; VITOLO, 2012; SOUSA; ARAÚJO, 2004).

Dentre os fatores que podem condicionar a anemia oriunda das deficiências nutricionais pode-se destacar: “o baixo nível socioeconômico da população, infecções parasitárias e respiratórias, juntamente com hábitos alimentares inadequados, aumenta o risco de anemia, podendo comprometer o apetite e o sistema imunológico” (LEITÃO; LOGRADO; USTRA, 2012, p. 240).

1.8 O cuidado tradicional e as doenças prevalentes na infância

Tendo em vista a relevância das doenças prevalentes na infância no âmbito da saúde pública, mais notoriamente nos países em desenvolvimento, e estando sua prevalência e fatores de risco relacionados de forma determinante com variáveis socioeconômicas, torna-se mister compreender como se dá o processo de cuidado instituído por mães/responsáveis para o tratamento e manejo das IRA, das diarreias e da anemia, levando-se ainda em crédito as limitações existentes na estratégia AIDPI.

Sendo relevante focar em especial nas questões que abordem: as limitações existentes para assistência em saúde, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, bem como a aquisição de fármacos por famílias de baixa renda; os saberes tradicionais que estão sendo reproduzidos e perpetuados no cuidado às crianças; o uso da medicina não convencional e a forma como essas práticas médicas culturais configuram-se na realidade das comunidades tradicionais contemporâneas e suas possíveis contribuições para as práticas médicas convencionais, entre outras (RAYMUNDO, 2013).

De fato, alguns estudos publicados em território nacional já se debruçaram acerca dos saberes tradicionais e da influência que esses conhecimentos culturalmente aprendidos exercem nos cuidados prestados à criança, em especial abordando a ótica da mãe nesse processo, pois essa

caracteriza-se como a principal cuidadora (ALVES; SILVA, 2003; ICHISATO; SHIMO; KAKUDA, 2001; ISERHARD, *et al*, 2009; ZANATTA; MOTTA, 2007).

Essa tendência em pesquisas que abordem o tema da Etnomedicina, está em consonância com a assistência integral em saúde, ou holística. Por conseguinte, embora se apregoe que se deve considerar o cliente-paciente em sua totalidade, como um ser holístico, o que se observa é um distanciamento entre o doente, a doença, os fatores culturais, os fatores sociais e a forma do indivíduo de compreender seu processo de adoecimento e o que motiva sua busca por restabelecimento e de que forma essa busca será realizada (HELMAN, 2009).

Lamentavelmente, isso imprime uma barreira entre profissional de saúde e paciente, uma vez que não se é estabelecida a compreensão da realidade do outro e das práticas que regem sua vida e como isso interferirá no seu curso terapêutico (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; TESSER, 2009).

Todavia, compreender as práticas associadas à Medicina Tradicional, como elas se desenvolveram e como ainda exercem uma influência direta sob nossas vidas em maior ou menor grau, nos dará subsídios para compreender a realidade cultural daqueles que prestamos assistência e isso corrobora com a necessidade vigente de estabelecer modelos assistenciais pautados em uma abordagem que relaciona a saúde humana diretamente associada com o dinamismo existente nos fenômenos biológicos; psicossociais; espirituais; ambientais e culturais (YUNIET, *et al*, 2012).

A partir do que foi exposto, observou-se que se mostra relevante o desenvolvimento de pesquisas que busquem resgatar saberes tradicionais instituídos, avaliando o grau de influência que determinam nos cuidados de saúde empregados em uma determinada comunidade, apontando possíveis alternativas ao tratamento farmacológico de alto custo e fomentando a necessidade em considerar aspectos culturais na prática integral de assistência à saúde, entre outras contribuições.

CAPÍTULO

2

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Tomar conhecimento referente aos saberes de uma dada comunidade tradicional do município de Barbalha (CE) acerca dos recursos naturais utilizados para o tratamento de doenças prevalentes na infância.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as possíveis plantas e os animais utilizados por mães ou responsáveis para o tratamento de doenças prevalentes na infância;
- Apontar as formas de uso de plantas e de animais utilizados pelas mães ou responsáveis de crianças que foram acometidas por infecções respiratórias agudas (IRA); diarreias e/ou deficiências nutricionais (anemia);
- Comparar o conhecimento referente à utilização desses recursos naturais entre indivíduos do sexo feminino e entre indivíduos do sexo masculino, bem como entre pessoas de diferentes grupos etários, nessa referida comunidade, para o tratamento de (IRA), diarreias e deficiências nutricionais (anemia);
- Determinar os tipos e as formas de transmissão de conhecimentos instituídos no que diz respeito ao uso de plantas e de animais para o tratamento de doenças comuns na infância;
- Compreender o significado atribuído ao uso desses recursos naturais pelas mães ou responsáveis de crianças pertencentes à comunidade Santo Antônio (Barbalha – CE), bem como o reflexo dessa prática para a medicina convencional.
- Discutir a atuação dos profissionais de saúde no que diz respeito ao uso de plantas e de animais por parte de mães/responsáveis para o manejo de IRA; Diarreias e Deficiências Nutricionais (Anemia).

- Fomentar a discussão relativa à influência dos fatores culturais na utilização de recursos da biodiversidade, bem como na forma em que as comunidades tradicionais compreendem, classificam e tratam os agravos de saúde.

CAPÍTULO

3

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Método da Pesquisa

Neste estudo adotou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. Desse modo, tem-se que o DSC consiste na busca pela representação do pensamento coletivo, a partir da construção de um discurso-síntese originado de conteúdos discursivos de indivíduos distintos. Dito em termos simples, o DSC é a junção de discursos individuais, gerados por meio de uma pergunta aberta, que expressa eficazmente o pensamento de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Nesse sentido, através dessa proposta do DSC de tabulação de dados qualitativos oriundos de natureza verbal, torna-se possível que cada indivíduo entrevistado no estudo possa contribuir para a construção do pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

Esse procedimento metodológico está ancorado na perspectiva empírica de que o caráter coletivo do pensamento social pode ser mensurado pela quantidade de escolhas de um determinado grupo de pessoas que pertencem a uma dada comunidade, por isso pode ser considerado socialmente compartilhado, embora expresso de maneira individual (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005a), o DSC sustenta-se na hipótese de que os indivíduos quando em sociedade compartilham crenças, valores e representações sociais. Conseqüentemente, elaborou-se um processo metodológico capaz de gerenciar uma organização das expressões verbais geradas pelas pesquisas sociais que utilizam questionários abertos para a coleta de dados.

Esse processo metodológico orienta-se sistematicamente por meio de elementos específicos para o seu desenvolvimento, sendo eles a Ideia Central, as Ancoragens, as Expressões Chave e os DSC como produto final desse processo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Segundo Lèfevre e Lèfevre (2005a, p. 17) as expressões-chave (ECH) são transcrições literais do discurso que revelam a essência dos depoimentos. No caso das ideias centrais, define-se que elas são um descrição do sentido dos depoimentos (IC). Por sua vez as ancoragens (AC) é a manifestação explícita de uma crença que o autor do discurso professa e que é usada para enquadrar uma situação específica.

Portanto, identificando as figuras metodológicas citadas acima (ECH, IC e AC) ter-se-á a formação do DSC, considerado como a principal figura metodológica. De acordo com Lèfevre e Lèfevre (2005a, p. 18): “O Discurso do sujeito coletivo é um discurso-síntese [...] composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC”.

Outra característica do DSC é o fato de ser evidenciado no modo discursivo. Os referidos autores defendem que a representação por meio de quadros, tabelas e categorias caracteriza-se como mais distante da realidade como os indivíduos concretos pensam, sendo portanto mais adequado o uso do discurso, como uma forma de representação mais vívida e real do pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Nesse âmbito, destaca-se que para chegar ao almejado pensamento coletivo, faz-se necessário uma amostra representativa de uma dada coletividade. Apenas desse modo será possível ter no conjunto das individualidades opinantes a representação das ideias coletivas internalizadas, ou seja, o sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Contudo, para desencadear o pensamento coletivo é necessário a utilização de um objeto imprescindível: a questão aberta. A questão aberta será responsável por produzir o pensamento, sendo considerada ainda como o procedimento de pesquisa que estimula de forma mais intensa a expressão dos pensamentos dos indivíduos em um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Cada DSC é confeccionado na primeira pessoa do singular, assim o pensamento de um grupo ou coletividade irá ser expresso como se fosse um discurso individual. Essa é a variável qualitativa do DSC. Contudo, após a construção do discurso-síntese, torna-se possível identificar a variável

quantitativa para cada DSC. Essa variável possui dois atributos, a saber: intensidade e amplitude (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Dessa forma, Lefèvre e Lefèvre (2006) caracterizam intensidade como o número ou percentual de indivíduos que contribuíram com E-CH a IC que esboçaram semelhanças ou se complementaram em determinado momento para a confecção dos diferentes discursos-síntese. No que diz respeito à amplitude, pode ser compreendida como a medida da presença do DSC considerando o campo ou universo.

Pode-se dizer, desse modo, que o DSC é apropriadamente uma técnica qualiquantitativa, pois a pesquisa de resgate de representações sociais é de natureza qualitativa no sentido do seu objeto de investigação, ou seja a busca pelo pensamento coletivo, que não pode, imediatamente, ser identificado por recursos meramente quantificáveis (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Todavia, após a identificação das ideias centrais, expressões-chaves, ancoragens e confecção do DSC, é possível aplicar um tratamento quantitativo. Uma vez que a dimensão quantitativa da opinião se faz a partir de uma integração indissociável com a dimensão qualitativa, tendo em vista que dizem respeito à quantidade de indivíduos ou de respostas que contribuíram para a confecção de cada discurso-síntese (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Portanto, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), ao contrário do que alguns pesquisadores apregoam, quantidade e qualidade são conceitos complementares e não mutuamente excludentes. Na técnica do DSC, por exemplo, há uma fusão inerente entre qualidade e quantidade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).

Assim, o DSC emerge como uma proposta que insere uma significativa mudança no campo das pesquisas qualitativas, que através desse procedimento metodológico assumem o status de pesquisas qualiquantitativas, uma vez que se possibilita conhecer e mensurar, com rigor científico, as representações de discursos de coletividades a respeito dos mais diversificados temas que interajam no âmago de sua realidade social (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na comunidade Santo Antônio (Sítio Sto. Antônio), localizada no distrito do Arajara, pertencente ao município de Barbalha (CE).

Foi no ano 1943 que o distrito de Farias passou a denominar-se Arajara e em 1963 o distrito de Arajara foi desmembrado do município de Barbalha e elevado à categoria de município. Contudo em 1965, Arajara não mais figurava como município, tornando-se novamente distrito de Barbalha (IBGE, 2014).

Em 1968, o município de Barbalha era constituído por 2 distritos: Barbalha e Arajara, já no ano de 1995 é composto de 3 distritos: Barbalha, Arajara e Estrela. Todavia, na mais recente divisão territorial datada de 2007, o município é constituído de 4 distritos: Barbalha, Arajara, Caldas e Estrela (IBGE, 2014).

Nesse âmbito, Barbalha é um município que faz parte da Mesorregião Sul Cearense, copondo a Região Metropolitana do Cariri. Compõe ainda em conjunto com as cidades de Crato e do Juazeiro o triângulo do Crajubar, com importante atuação sócio-econômica para a região do vale do Cariri.

Barbalha está a 553 quilômetros da capital do estado, Fortaleza, e localiza-se especificamente a uma latitude de 7° 18' 18" S e longitude de 39° 18' 7" W, adjacente à Chapada do Araripe possuindo uma área de unidade territorial de 569,508 Km². Em 2013, a população estimada do município de barbalha era de 57.818 habitantes, com uma densidade demográfica de 97,14 (hab/km²), segundo dados do IBGE (2014).

O clima do referido município caracteriza-se como tropical quente semi-árido, apresentando ainda como principais tipos de solos os Latossolos Amarelos (Chapada), os Neossolos Litólicos (na encosta da Chapada) e os Argissolos Vermelho-Amarelos (na região do Vale do Cariri).

A vegetação predominante é a caatinga, embora apresente domínios de cerrado e de cerrado. Uma árvore de cerrado bastante comum é o piquizeiro, sendo o seu fruto, o pequi, largamente utilizado no contexto da medicina

tradicional e na alimentação da população local (FUNCEME, 2014; FIGUEIREDO, 2012).

Vale destacar também a presença do Geoparque Araripe no município de Barbalha (encontrado ainda em Santana do Cariri, Nova Olinda, Crato, Juazeiro do Norte e Missão Velha). O Geoparque foi criado em 2006, sendo localizado na Chapada do Araripe e na Região do Complexo Sedimentar do Araripe, sendo o único representante nacional na Rede Global de Geoparques (BRITO; PERINOTTO, 2012; MOCHIUTTI, et al, 2012).

De acordo com Brito e Perinotto (2012), no ano de 2011, esse parque contava com 10 geossítios, que podem ser definidos como sítios de relevante significância arqueológica-paleontológica-geológica – além do vasto uso de recursos da biodiversidade através do etnoconhecimento – dentre eles tem-se o Riacho do Meio, localizado no município de Barbalha.

No que tange aos serviços de saúde, há pelo menos 52 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, de acordo com dados levantados pelo IBGE no ano de 2009, não há estabelecimentos de saúde com especialidades e com internação exclusivos para uso do SUS, contudo há 2 estabelecimentos no município que atendem privado/SUS (IBGE, 2014).

Relativo à assistência à saúde da criança há 1 estabelecimento com atendimento de emergência pediátrica. A taxa de mortalidade infantil é de 17,17 para cada 1000 nascidos vivos e em 2012 foram registrados 41 óbitos decorrentes de doenças associadas ao período perinatal (IBGE, 2014).

No município de Barbalha é ainda possível localizar diversas comunidades, dentre elas a comunidade do Santo Antônio, localizada no distrito do Arajara. Essa comunidade foi a selecionada como o local para a realização da coleta de dados.

O motivo pelo qual a comunidade Santo Antônio foi escolhida como local para a coleta de dados reside no fato dela enquadrar-se como uma comunidade tradicional, de acordo com os requisitos apresentados pelo Ministério do Meio Ambiente (BRASIL, 20014).

Desse modo, destaca-se que a comunidade Santo Antônio expressa as seguintes características: ocupa, de forma permanente ou temporária, territórios tradicionais; faz uso de recursos naturais, condicionando-o como uma ferramenta para a reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica da comunidade e vale-se principalmente de conhecimentos e de práticas oriundas pela tradição oral (HAVERROTH, 2013).

Ainda segundo o Ministério do Meio Ambiente, dentre os povos e comunidades tradicionais do Brasil, existe uma significativa sociodiversidade, sendo incluídos nessa categoria desde povos Indígenas e quilombolas à seringueiros, castanheiros, pescadores artesanais, ribeirinhos, campeiros, sertanejos, jangadeiros, catingueiros e raizeiros, apenas para mencionar alguns (BRASIL, 2014).

Nesse Âmbito, a comunidade Santo Antônio, em suma, pode ser caracterizada como uma comunidade tradicional, pois é reconhecida regionalmente por ser culturalmente diferenciada, tendo a tradição oral como o principal meio de difusão de seus costumes, em especial aqueles relacionados à Medicina Popular.

3.3 Período do Estudo

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas durante os meses de maio de 2013 a setembro de 2014.

3.4 População e Amostra

Para a seleção da amostra da pesquisa foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão. Desse modo, a população do estudo consistiu de pessoas residentes na comunidade Santo Antônio (Barbalha – CE), na faixa etária compreendida entre 12 e 90 anos de idade.

Foi ponderado incluir os adolescentes na pesquisa considerando o índice de gravidez na adolescência do município e de regiões circunvizinhas,

além disso, muitos auxiliam nos cuidados de irmãos mais novos, sobrinhos e primos (AUGUSTO; GOES, 2007). Incluir os adolescentes na coleta ainda possibilitou ampliar os parâmetros de comparação entre diferentes faixas etárias.

Além disso, como critério de inclusão frisa-se a necessidade de esboçar conhecimentos referentes ao uso e ao manejo de plantas medicinais e/ou de animais (ou partes de animais) para tratar doenças prevalentes na infância.

Em contrapartida, não puderam participar da pesquisa pessoas que apresentassem desorientação alopsíquica e autopsíquica; transtornos psiquiátricos que inviabilizassem sua compreensão da realidade, tais como: neuroses, esquizofrenia e distúrbios maníaco-depressivos e usuários sob o efeito de sedativos que causassem alterações em maior ou menor grau em suas funções motoras ou mentais.

Desse modo, os sujeitos foram contatados diretamente na comunidade, por meio de visitas de campo realizadas pela pesquisadora, mediante o auxílio de um intermediador e juntamente com o apoio de membros do corpo docente do PPBM.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

No *primeiro momento*, foi realizada uma visita à comunidade Santo Antônio, onde a pesquisadora foi apresentada ao líder comunitário, mediante atuação de um intermediador, que compõe o corpo docente do PPBM, expressando, assim, os objetivos da pesquisa e sua relevância.

Entretanto, a finalidade maior desse contato inicial foi a conquista da confiança indispensável na obtenção de informações, técnica conhecida como “rapport” (ALBUQUERQUE; LUCENA; CUNHA, 2010).

Posteriormente, no *segundo momento*, após autorização pelo líder comunitário e contando com a colaboração dos demais membros da comunidade, deu-se início ao processo de coleta de dados propriamente dito, onde foram contatados os primeiros sujeitos que atenderam aos critérios

estabelecidos para a pesquisa e desejaram participar do estudo, através da indicação inicial do líder comunitário.

Desse modo, foi aplicado primeiramente um questionário fechado (APÊNDICE A) para caracterização socioeconômica dos sujeitos da pesquisa. De acordo com Selltiz (1974), os questionários compreendem um conjunto de questões formuladas com a finalidade de atingir objetivos específicos e bem direcionados.

No caso do questionário fechado, ele ainda possibilita contextualizar de forma mais eficaz uma dada questão, é prático para responder – pois não demanda tempo excessivo dos sujeitos e facilita a categorização das respostas para a análise estatística (SELLTIZ, 1974).

Nesse sentido, o questionário aplicado na presente pesquisa teve como objetivo coletar dados referentes à idade, ao sexo, à escolaridade, à ocupação (atividade laboral), ao estado civil e ao tempo de residência na área, considerando esses aspectos como relevantes no contexto das práticas da medicina tradicional (ARAÚJO, 2004; SIVIERO, et al, 2012).

Logo após o preenchimento desses dados no questionário foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004) a entrevista semiestruturada emerge de questionamentos básicos, alicerçados em hipóteses que dizem respeito à pesquisa.

Esse tipo de entrevista permite ao entrevistado expor o seu pensamento, a partir de um roteiro pré-estabelecido de perguntas selecionadas e/ou formuladas para o estudo, oriundas das teorias que fomentam a ação do pesquisador, bem como das informações levantadas referentes ao assunto investigado (MINAYO, 2008; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Corroborando, portanto, com Fraser e Gondim (2004), alguns dos benefícios da entrevista são:

[...] favorecer a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado, e [...] permitir uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais [...] A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos [...] a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. Deste modo, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistador [...] (FRASER; GONDIM, 2004. p. 2).

Entretanto, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005a) destaca-se que o entrevistador deve tomar alguns cuidados, tais como: não é permitido introduzir novas questões, opinar, modificar, julgar ou intervir durante a entrevista, sendo possível apenas acrescentar indagações do tipo: “Tem algo mais a dizer? Como assim? Gostaria de complementar com mais alguma informação?” apenas com o intuito de facilitar a continuidade do depoimento do sujeito durante a entrevista.

Desse modo, a entrevista aplicada para a presente pesquisa contou com 13 questões que versavam sobre: o uso prático de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância; a forma em que se deu a apreensão desse conhecimento (por meio de quem/ do quê) e as percepções dos participantes da pesquisa referente à relação entre o conhecimento tradicional e o conhecimento médico convencional instituído.

Vale ressaltar que foi realizado um Teste piloto numa Unidade Básica de Saúde, localizada na área rural do município de Crato. Portanto, buscou-se aplicar o instrumento de coleta de dados com sujeitos semelhantes ou equivalentes aos que serão entrevistados, com o intuito de verificar a pertinência das perguntas elaboradas para alcançar os objetivos propostos pelo estudo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Frisa-se que o instrumento de coleta de dados foi aplicado no domicílio do participante da pesquisa, ou em outro local indicado pelo sujeito e que fosse

apropriado para a realização da coleta. Para compor a amostra total, foi utilizada a técnica SnowBall (bola de neve).

Para usar essa técnica o pesquisador deve estar centrado em grupos específicos, possibilitando a formação de uma amostra intencional ou por julgamento, ou de seleção racional. Na técnica de Snowball um participante indica outro (s) que atenda (m) aos critérios estabelecidos pela pesquisa e assim por diante (ALBUQUERQUE; LUCENA; CUNHA, 2010).

Para finalizar a composição da amostra será aplicado o critério de saturação das respostas, ou seja, reconhece-se que a coleta deve ser finalizada quando as novas entrevistas realizadas apresentam repetições recorrentes do conteúdo dos discursos coletados anteriormente (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Para o presente estudo, estabeleceu-se como saturação o momento em que mais de 50% de um grupo de informantes não mencionava nomes de espécies diferentes – em comparação com os outros grupos de entrevistados – para qualquer um dos três agravos considerados (IRA; Diarreia e Anemia).

Para conferir maior confiabilidade durante o processo de coleta e posterior transcrição dos dados, foi utilizado, no momento da entrevista, para captar as falas dos sujeitos, um mini gravador de voz digital Sony Icd-px333. Destaca-se que os sujeitos foram informados previamente acerca do uso desse aparelho eletrônico.

Além desse registro de voz dos sujeitos, foram realizados relatórios de campo pessoal da pesquisadora, durante cada visita à comunidade e o registro fotográfico de algumas das espécies mencionadas que podem ser encontradas no local da coleta de dados.

Para finalizar, *no terceiro momento*, após o levantamento das espécies mencionadas durante as entrevistas, a pesquisadora retornou à comunidade para dar início ao processo de identificação das espécies.

3.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram transcritos e para sua análise foi empregado o QualiQuantisoft, que é um software desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre, em parceria com a Sales & Paschoal Informática (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Dessa forma, destaca-se que a finalidade desse programa é possibilitar uma notável otimização do trabalho técnico para a análise dos dados da pesquisa. Além disso, o software permite relacionar de modo eficaz os aspectos qualitativos e quantitativos de estudos que utilizem o DSC para a análise de dados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

O software é composto por *cadastros* (possibilitando arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas e perguntas, entre outros); *análises* (são quadros e processos que tornam possível a realização das etapas pertinentes à construção dos Discursos do Sujeito Coletivo); *ferramentas* (responsáveis pela exportação e importação de dados, bem como dos resultados de pesquisa) e *relatórios* (realizam a organização e permitem a impressão dos resultados da pesquisa) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Todavia, salienta-se, em especial pelo Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC), que o QualiQuantiSoft pode ser classificado corretamente como um facilitador e não substituto, em nenhuma instância, do trabalho que deve ser realizado pelo pesquisador. De fato, o referido software representa um auxílio relevante para o investigador.

Assim, o QualiQuantisoft permite produzir o DSC adotando procedimentos mais fidedignos, sistemáticos, explícitos e padronizados, construindo, por meio da fala dos indivíduos, a fala do social, almejada pelo pesquisador. Esse processo realizado com o uso do software representa uma maior eficácia da atividade investigativa, além da economia de tempo para o pesquisador.

Desse modo, para a aplicação correta da técnica do DSC, faz-se necessário o resgate do sentido das opiniões coletivas de um dado grupo, no âmbito dessas opiniões coletivas será originado inúmeros DSC, sendo esse um

processo complexo, que deve ser subdividido em vários momentos, respeitando uma ordem hierárquica de processos bem estabelecidos, efetuado mediante operações que serão realizadas sobre o material verbal coletado durante as entrevistas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b).

Conforme exposto anteriormente, o pensamento é coletado a partir do uso de questões abertas, o que permite ao pensamento internalizado expressar-se por meio de um comportamento discursivo, possibilitando externar um fato social de interesse para o pesquisador.

No mais, o uso do Qualiquantisoft torna possível realizar o trabalho de pesquisa com amostras relativamente numerosas – quando se considera a realidade de pesquisas qualitativas – além de cadastros de dados importantes e a aplicação de filtros de acordo com as diferentes variáveis consideradas.

Frisa-se ainda o uso da estatística descritiva (frequência simples e percentual) e da *Relative Frequency of Citation* (RFC) -Frequência relativa de citação, obtida a partir da razão FC/N, onde FC representa o número de informantes que mencionaram o uso da espécie e N, o número total de informantes do estudo (TARDIO & PARDO-DE-SANTAYANA, 2008).

Foi ainda utilizado, para o tratamento dos dados, o teste de hipóteses, através de técnicas estatísticas não-paramétricas descritivas e de inferencial, com o intuito de comparar o conhecimento referente ao uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância expresso por pessoas do sexo feminino e por pessoas do sexo masculino (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

Essa comparação também ocorreu considerando os indivíduos de diferentes idades, por distribuição de grupos etários (12 – 21 anos; 22 – 29 anos; 30 – 45 anos; 46 – 59 anos; 60 – 75 anos; 76 – 90 anos).

Isso se tornou possível mediante o levantamento do número de espécies citadas por cada indivíduo para cada agravo considerado, a saber: infecções respiratórias agudas; diarreias e anemia.

De acordo com Câmara (2009), os métodos estatísticos são utilizados quando há a necessidade de planejar e conduzir um estudo, descrevendo os dados coletados, para a posterior tomada de decisões com base no que foi observado através de análise estatística.

Dessa forma, os testes de hipóteses se dividem em paramétricos e não paramétricos. Os paramétricos são aqueles que utilizarão os parâmetros da distribuição, ou uma estimativa destes, para o cálculo estatístico. Normalmente, estes testes são mais rigorosos e possuem mais pressuposições para sua validação (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003).

No caso das técnicas estatísticas não-paramétricas, elas são utilizadas quando os dados não satisfazem as suposições feitas pelas técnicas tradicionais. Essas técnicas fazem poucas suposições sobre as distribuições originais e apresentam, geralmente, grande dispersão de valores (CÂMARA, 2009).

Assim, os modelos não-paramétricos implicam uma ordenação ascendente das variáveis, tendo como uma das vantagens principais: o fato das variáveis não dependerem da distribuição da população (NUNES, *et al*, 2005).

Ressalta-se que os testes de hipóteses não paramétricos seguem o mesmo procedimento geral que os testes paramétricos, a saber, formulação das hipóteses; cálculo do valor da estatística do teste e validação ou descarte da hipótese levantada (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

Desse modo, para interpor o conhecimento de pessoas do sexo feminino e do sexo masculino, e de diferentes grupos etários, com a finalidade de estabelecer parâmetros de comparação, foi utilizado o teste de hipótese não paramétrico Exato de Fisher ou, como é mais comumente conhecido, o teste do Qui-Quadrado (χ^2).

Segundo Câmara (2009), o objetivo desse teste é comprovar que dois grupos diferem em relação a uma determinada característica expressa. Assim, para a comprovação da hipótese é necessário comparar as proporções

existentes de cada caso de um grupo, com as proporções encontradas no outro grupo em questão.

Além do teste do χ^2 , foi empregado o Teste da Razão de Verossimilhança, que permite a estimação dos parâmetros de modelos e a realização de testes de hipóteses relativos a restrições lineares e não lineares ao vetor de parâmetros estabelecidos (PIMENTEL-GOMES, 1990).

Foi utilizado como instrumento para análise estatística desses dados o Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais, versão 13.0.

Esse programa consiste em um software aplicativo, de análise estatística, e o nível de significância aplicado será de 0,05. Portanto, para finalizar a análise dos dados, os resultados foram organizados e listados em tabelas mediante o programa Excel.

3.7 Aspectos Éticos e Legais

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram atendidas todas as Exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, regulamentada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desse modo, os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e foi garantido sigilo das informações colhidas, garantindo, inclusive, o anonimato dos participantes, sendo ainda fornecido e apresentado previamente, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE/ Apêndice E).

Esse termo foi assinado pelo sujeito da pesquisa (por extenso ou através de impressão datiloscópica), e nele foram esclarecidos: os objetivos do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados colhidos com a pesquisa, assim como a liberdade de participação ou de declinar da mesma em qualquer etapa.

Caso fosse constatada dificuldade na compreensão dos termos ou de palavras presentes no TCLE por parte dos sujeitos da pesquisa, era fornecida pronta explicação referente a toda e qualquer eventual dúvida que surgisse durante a apresentação desse documento de pesquisa.

Portanto, em consonância aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo encaminhada, portanto, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Regional do Cariri (URCA), localizada no município do Crato, para sua contemplação e análise. Seguindo-se, assim, da coleta de dados, após parecer favorável do CEP, sob o nº 705.497 (Anexo A).

CAPÍTULO

4

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos Entrevistados

A pesquisa contou com um total de 54 informantes, divididos aleatoriamente em 7 grupos distintos, de acordo com a ordem da realização das entrevistas. Os grupos 1 ao 6 foram compostos por 8 entrevistados cada, o grupo 7 contou com 6 participantes.

A tabela 1 (abaixo) expressa o perfil dos informantes que participaram da pesquisa. No total, 44,44% dos entrevistados eram do sexo masculino e 55,56 eram do sexo feminino. O grupo etário com maior representatividade foi aquele compreendido entre os participantes com 30 a 45 anos (27,78%), seguido pelo grupo de adultos jovens (22-29 anos), representando 20,37%, e pelo grupo que abrangia os informantes com idade entre 46 a 59 anos (20,37%).

Com relação ao tempo de residência, ressalta-se que, conforme expresso na tabela 1, a maioria da amostra (22,22%) relatou morar na área a um período superior ou igual a 20 anos e inferior a 30 anos, seguido por aqueles que moram na área a um período superior ou igual a 40 anos e inferior a 50 anos (20,37%).

Tabela 1 – Perfil dos informantes do Sítio Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

Município	Localidade	N	%
Barbalha – CE	Sítio Sto. Antônio	54	100
Sexo			
Masculino		24	44,44
Feminino		30	55,56
Faixa Etária			
12-21		9	16,67
22-29		11	20,37

30-45	15	27,78
46-59	11	20,37
60-75	3	5,56
76-96	5	9,25

Tempo de residência na área

< 5 anos	--	--
≥ 5 < 10 anos	3	5,56
≥ 10 < 20 anos	8	14,81
≥ 20 < 30 anos	12	22,22
≥ 30 < 40 anos	8	14,81
≥ 40 < 50 anos	11	20,37
≥ 50 < 60 anos	9	16,67
≥ 60	3	5,56

Escolaridade

Não-Escolarizado	--	--
Ensino Fundamental Incompleto	15	27,78
Ensino Fundamental Completo	3	5,56
Ensino Médio Incompleto	12	22,22
Ensino Médio Completo	23	42,59
Outros	1	1,85

Ocupação

Agente comunitário de saúde	1	1,85
Agricultor(a)	28	51,85
Aposentado	9	16,67
Autônomo	3	5,56
Comerciário	1	1,85
Estudante	6	11,11

Manicure	1	1,85
Pedreiro	1	1,85
Professor	1	1,85
Vendedor	3	5,56
<hr/>		
Estado Civil		
Solteiro (a)	13	24,07
Casado (a)	38	70,37
Viúvo (a)	3	5,56
Divorciado (a)	--	--

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto. Antônio – Barbalha, 2014.

No que tange à escolaridade, 42,59% dos informantes relataram ter ensino médio completo. Enquanto isso, a segunda porção de maior representatividade da amostra foi do grupo daqueles que professavam ter o ensino fundamental incompleto, consistindo em 27,78% dos entrevistados. Entre os participantes da pesquisa, apenas 1 (1,85%) tinha curso superior completo.

Relacionado à ocupação laboral, a profissão predominante foi *agricultor*, consistindo em expressivos 51,85% da amostra. Inclusive entre o grupo dos adultos jovens (22-29 anos) essa profissão foi a que teve maior representatividade.

A segunda ocupação mais recorrente foi *aposentado*, consistindo em 16,67% da amostra final. A terceira ocupação com maior representatividade foi *estudante* (11,11%). Frisa-se que entre aqueles que professavam ser estudantes, 100% estava restrito ao grupo etário que compreendia jovens de 12-21 anos.

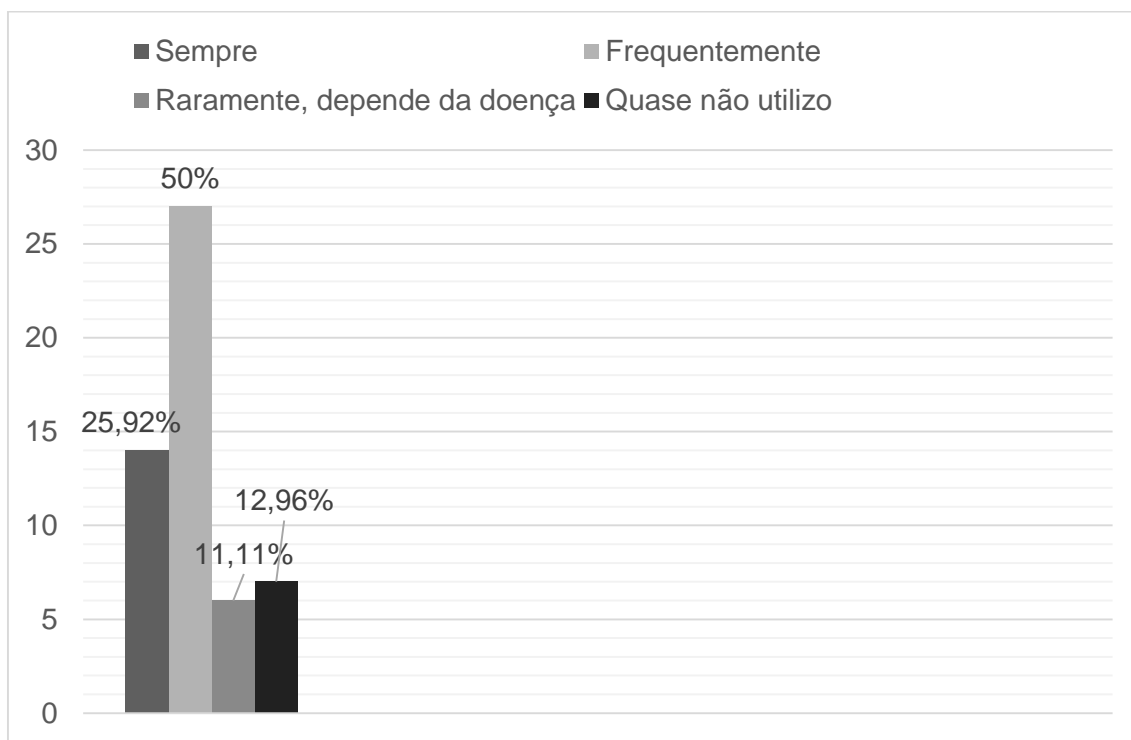
Referente ao estado civil, tem-se que a grande maioria, 70,37% afirmaram ser casados (ou em união estável), enquanto apenas 24,07%

informaram ser solteiros. Um dado curioso entre os membros da comunidade é que não houve informantes que professassem ser divorciados(as).

4.2 Conhecimento Tradicional: Uso e Fontes de Saber

Foi ainda investigado entre os informantes que participaram da pesquisa a frequência com que eles utilizavam plantas e/ou animais para o tratamento de doenças, essas informações estão expressas no gráfico 1 (abaixo).

Gráfico 1 – Frequência com que os informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE relataram utilizar plantas e/ ou animais para o tratamento e a prevenção de doenças.



Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto. Antônio – Barbalha, 2014.

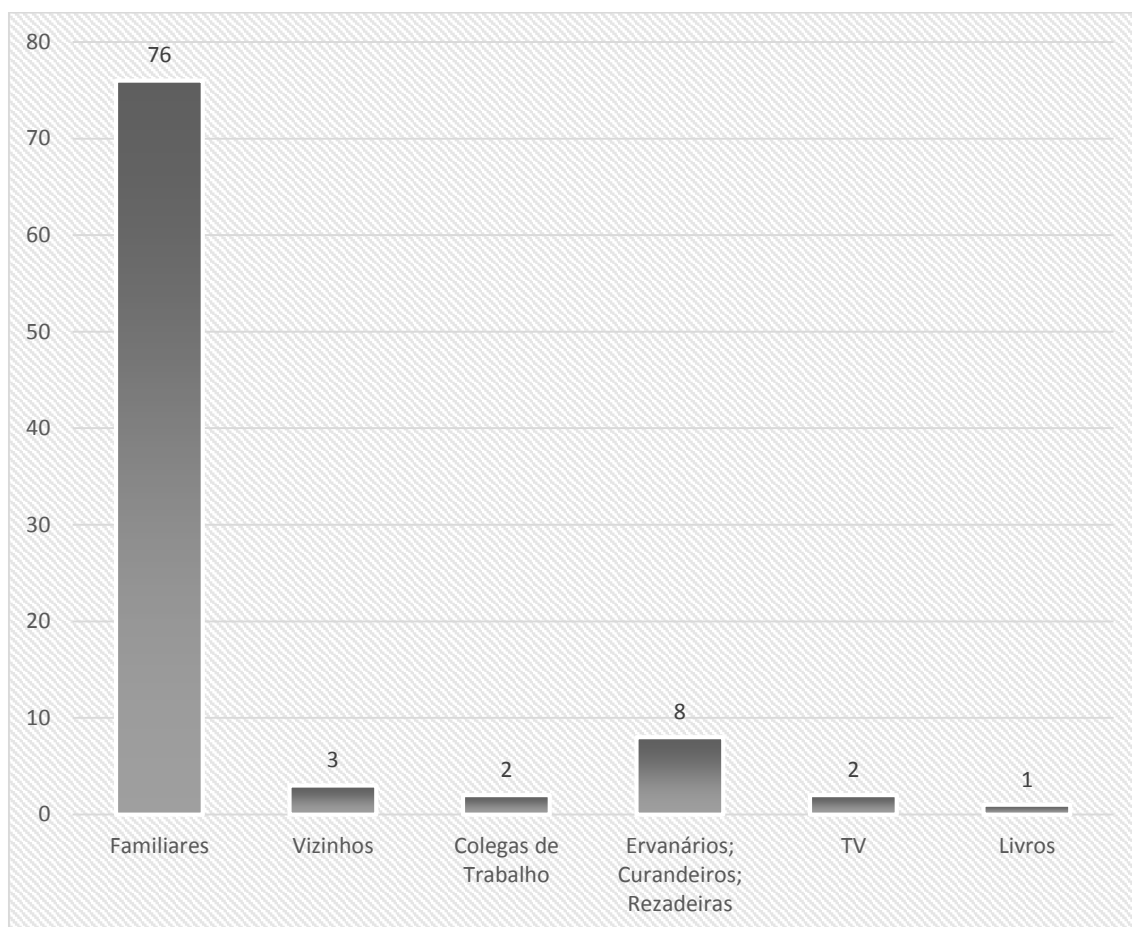
Entre os participantes do estudo, 27 (54%) relataram utilizar frequentemente plantas e/ou partes de animais para tratar e/ou prevenir doenças, enquanto 14 (25,92%) afirmaram sempre utilizar esses recursos naturais. Contudo, 6 (11,11%) informantes relataram o uso de plantas e/ou de

animais apenas para determinadas doenças, enquanto 7 (12,96%) expressaram quase não utilizar esses recursos.

A pesquisa teve também como um dos objetivos determinar os tipos e as formas de transmissão de conhecimentos instituídos no que diz respeito ao uso de plantas e de animais para o tratamento de doenças comuns na infância.

Ou seja, buscou-se conhecer de que forma as pessoas residentes no Sítio Sto. Antônio aprenderam a utilizar recursos naturais para o tratamento de doenças. Essa informação encontra-se no gráfico 2 (abaixo).

Gráfico 2 – Forma como os informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE adquiriram conhecimento acerca do uso de plantas e/ ou de animais para o tratamento de doenças



Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto. Antônio – Barbalha, 2014.

* Alguns Informantes relataram mais de uma pessoa.

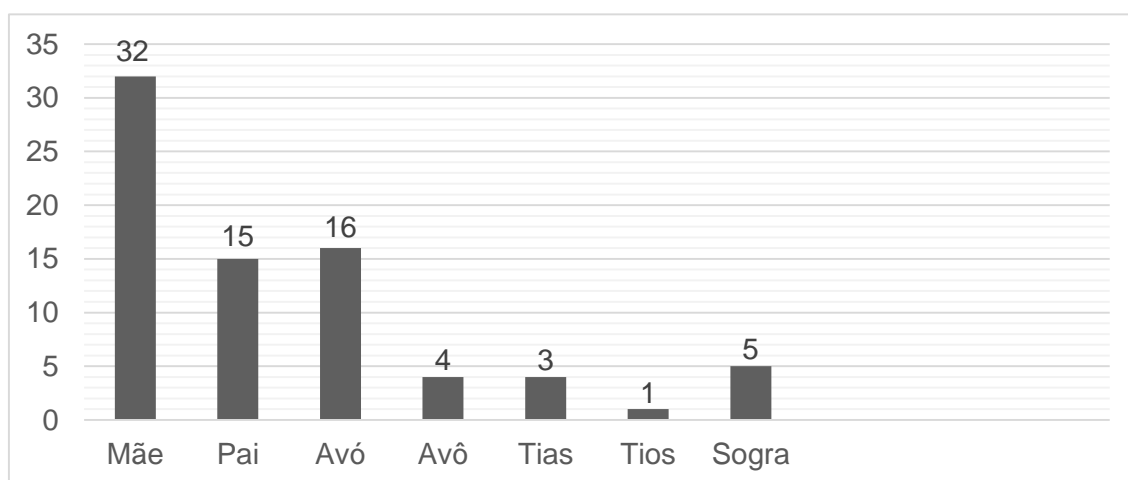
De acordo com o gráfico 2, tem-se que os participantes da pesquisa mencionaram por 76 vezes os familiares como sendo a fonte principal para aquisição do conhecimento referente ao uso e ao correto manejo dos recursos naturais no âmbito da medicina tradicional.

Os agentes da cura, por sua vez, foram o segundo grupo mais lembrado pelos participantes da pesquisa, com 8 citações. Entre essas tem-se: 4 citações para ervanários, 3 citações para rezadeiras ou benzedadeiras e 1 citação para curandeiros. Os vizinhos foram mencionados por 3 informantes, enquanto os colegas de trabalho foram mencionados 2 vezes.

A televisão também surge como meio para apreensão de conhecimento relativo ao uso dos recursos naturais, sendo citada por 2 entrevistados, enquanto os livros foram citados 1 vez, apenas.

Todavia, de acordo com as expressões dos entrevistados, a forma de transmissão de conhecimento mais recorrente foi a oral, tendo os familiares como difusores mais ativos nesse processo, com destaque para as mães, as avós e os pais (gráfico 3).

Gráfico 3 – Familiares mencionados como difusores do conhecimento tradicional referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento de doenças.



Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto. Antônio – Barbalha, 2014.

* Alguns Informantes relataram mais de uma pessoa.

De acordo com o gráfico 3, observa-se que as mães foram mencionadas 32 vezes pelos participantes, seguidas pelas avós (16 vezes) e pelos pais (15 vezes). Ressalta-se ainda que, dentre os entrevistados que mencionaram pais, avôs (4 vezes) e tios (1 vez), 100% eram do sexo masculino.

4.3 Espécies citadas para o tratamento dos sintomas e/ ou das patologias relacionadas às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças

Por meio da análise de dados, foi possível identificar um número considerável de plantas utilizadas na comunidade Sto. Antônio para o tratamento de doenças prevalentes na infância, bem como as formas de uso desses recursos naturais para o tratamento de infecções respiratórias agudas (IRA); de diarreias e/ou anemia. Destaca-se que, embora citados com menos frequência, algumas espécies de animais também foram mencionadas.

Todas essas informações foram organizadas em três quadros distintos, para melhor visualização. Sendo que a relação de espécies, partes utilizadas e formas de uso foram separadas de acordo com a patologia considerada (IRA; Doenças diarreicas e Anemia).

Inicialmente, no quadro 1 (abaixo), tem-se a relação de espécies de plantas e de animais utilizados na comunidade Sto. Antônio para o tratamento dos sintomas de IRA em crianças.

Quadro 1 - Relação de Espécies de plantas e de Animais utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento dos sintomas de IRA em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, sintomas/ patologias tratados, partes utilizadas e formas de uso tradicional.

Nome Popular	Nome Científico	Sintoma Tratado/ Patologia*	Partes Utilizadas	Formas de Uso Tradicional	
Alcaçuz	<i>Glycyrrhiza glabra</i> L.	Tosse; Inflamação da Garganta	Folha; Raiz	Chá (infusão); Chá (decoção)	
Alecrim	<i>Pectis brevipedunculata</i> Sch. Bip.	Febre; Sinusite	Gripe	Folha; Raiz	Chá (infusão); Chá (Decocto); Banho; Lambedor
Alfavaca	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Tosse; Bronquite; Inflamação da Garganta	Gripe;	Folha	Chá (infusão); Chá (decoção); Bochecho; Gargarejo
Alfavacão	<i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit.	Gripe; Febre; Congestão nasal	Folha	Chá (infusão); Banho na Cabeça	
Algodão	<i>Gossypium hirsutum</i> L.	Pneumonia; Tosse com secreção; Febre	Gripe;	Semente; Folha	Chá (infusão); Sumo
Alho	<i>Allium sativum</i> L.	Gripe; Infecção da Garganta	Febre; de	Dente (Bulbilhos); Folha	Chá (infusão); Chá (decocto); Sumo; Lambedor

Anador	<i>Alternanthera brasiliiana</i> (L.) Kuntze	Inflamação da Garganta; Febre	Folha	Chá (infusão); Chá (decocto)
Andu	<i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp.	Bronquite; Gripes; Inflamação da Garganta; Febre; Tosse	Folha	Chá (decocto); Chá (Infusão); Lambedor
Arruda	<i>Ruta graveolens</i> L.	Febre; Infecção Respiratória em geral	Folha	Chá (infusão)
Bananeira	<i>Musa paradisiaca</i> L.	Tosse; Inflamação da Garganta; Bronquite; Gripe	Folha; Látex	Lambedor; Sumo
Camará	<i>Lantana Camaia</i> L.	Tosse; Gripe	Folha	Chá (Infusão); Chá (Decocto); Lambedor
Capim-santo	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Febre	Folha	Chá (Infusão)
Carrapicho-de-Agulha	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC.	Inflamação da Garganta; Febre.	Folha	Chá (Infusão)
Cebolinha Branca	<i>Allium aescalonicum</i> L.	Inflamação de Garganta; Tosse com secreção; Tosse; Rouquidão	Bulbo; Folha	Chá (Infusão); Lambedor
Cidreira/ Erva-Cidreira	<i>Lippia alba</i> (M.) N.E. Br.	Gripe; Febre; Tosse com Secreção	Folha	Chá (Infusão)
Contra-Erva	<i>Dorstenia cayapia</i> Vell	Febre; bronquite; Inflamação da Garganta; Infecção	Folha; Raízes	Chá (Infusão); Chá (Decocto).

		Respiratória em Geral		
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i> Labill	Gripe; Congestão Nasal; Sinusite; Febre; Tosse	Folha	Chá (Infusão); Chá (Decocto); Inalação
Galinha Caipira	<i>Gallus gallus domesticus</i>	Febre; Gripe; Congestão Nasal; Tosse; Inflamação da Garganta; Rouquidão	Banha (Gordura)	Tópico; Lamedor
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe	Inflamação da Garganta; Tosse; Febre; Gripe	Raiz	Sumo; Macerado;
Hortelã	<i>Mentha arvensis</i> L.	Febre; Tosse; Congestão nasal	Folha	Chá (infusão); Banho; Inalação
Imburana/ Umburana	<i>Commiphora leptophloeos</i> (Mart.) J.B. Gillett	Bronquite; Gripe; Tosse; Inflamação da Garganta; Rouquidão	Casca	Chá (Decocto); Chá (Infusão); Lamedor; Macerado
Jandaíra	<i>Melipona subnitida</i> D.	Tosse; Rouquidão; Inflamação da Garganta; Tosse com secreção	Mel	Lamedor
Juazeiro	<i>Ziziphus joazeiro</i> Mart.	Gripe; Tosse; Febre; Bronquite	Folha; Casca do caule	Chá (Infusão); Chá (Decocto); Macerado
Limão	<i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f.	Febre; Gripe; Tosse; Inflamação da Garganta	Folha; Fruto; Casca (fruto)	Sumo; Suco; Chá (Infusão); Lamedor

Macaúba	<i>Acrocomia aculeata</i> (J.) Lodd.	Tosse; Gripe; Tosse com secreção	Folha; Casca	Sumo; Chá (Infusão); Chá (Decocto)
Malva do Reino	<i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng	Tosse; Inflamação da Garganta; Bronquite	Folha	Chá (Infusão); Sumo; Lamedor
Mamão/ Mamoeiro	<i>Carica papaya</i> L.	Cansaço; Febre	Seiva; Flor; Broto	Lamedor; Chá (Infusão)
Mandacaru	<i>Cereus jamacaru</i> DC.	Febre; Tosse; Bronquite	Casca; Raízes; Ramos	Chá (Infusão); Chá (Decocto); Lamedor
Mangueira	<i>Mangifera indica</i> L.	Tosse com secreção	Folha	Chá (Infusão); Sumo; Lamedor
Mastruz	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Febre; Tosse com secreção; Pneumonia	Folha	Chá (Infusão); Lamedor
Pequi	<i>Caryocar coriaceum</i> Wittm.	Inflamação da Garganta; Bronquite; Tosse com secreção	Fruto	Lamedor; Óleo (Ingestão)
Piracuru	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (L.) Oken	Tosse	Folha	Chá (Infusão); Lamedor; Sumo
Quina-Quina	<i>Coutarea hexandra</i> (J.) K. Schum.	Febre; Gripe; Tosse; Sinusite	Casca	Chá (Decocto); Lamedor

Retirante	<i>Acanthospermum hispidum</i> DC.	Febre; Tosse com secreção; Bronquite	Folha; Raiz	Chá (Decocto); Chá (Infusão)
Romã	<i>Punica granatum</i> L.	Inflamação da Garganta	Fruto (casca)	Bochecho; Gargarejo
Tejuaçu/ Teiú/ Teju	<i>Tupinambis merianae</i>	Inflamação da Garganta; Tosse com secreção; Gripe; Rouquidão	Banha (Gordura)	Fricção (Tópico)
Urucu	<i>Bixa orellana</i> L.	Febre; Cansaço; Gripe; Bronquite; Faringite; Tosse com secreção	Semente; Raiz	Lambedor; Macerada; Chá (Decocto)
Vassourinha	<i>Scoparia dulcis</i> L.	Febre; Tosse; Bronquite; Inflamação da Garganta	Raiz	Chá (Decocto)
Chanana	<i>Turnera subulata</i> Sm.	Tosse	Raiz; Folha	Chá (Decocto); Chá (Infusão); Lambedor

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

No total, foram citadas 39 espécies, sendo apenas 3 espécies animais, a saber: *Gallus gallus domesticus*; *Melipona subnitida* D. e *Tupinambis merianae*.

Dentre os sintomas tratados para as infecções respiratórias agudas na infância, foram mencionados pelos sujeitos da pesquisa: febre; tosse; tosse com secreção; inflamação da garganta; rouquidão; cansaço; congestão nasal.

Todavia, foram também citadas patologias respiratórias específicas que, segundo os informantes, podem ser tratadas com recursos naturais, sendo elas: gripe; sinusite; faringite; bronquite e pneumonia.

As partes mais utilizadas das espécies vegetais foram as folhas, mencionadas por 27 vezes, seguida pelas raízes, que foram citadas por 7 vezes, enquanto para as espécies animais a parte comumente utilizada para infecções respiratórias agudas em crianças é a gordura (banha), referida 2 vezes.

A forma de uso tradicional mais comum foram os chás, mencionados por 32 vezes, com duas formas de preparo: por decocto e por infusão. Destaca-se ainda os lambedores (xaropes caseiros) sendo associados ao uso de espécies vegetais por 20 vezes.

4.4 Espécies citadas para o tratamento de Doenças Diarreicas em crianças

No quadro 2 (abaixo), tem-se a relação de espécies de plantas e de animais utilizados na comunidade Sto. Antônio para o tratamento de doenças diarreicas em crianças.

Quadro 2 - Relação de Espécies de plantas utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento de Diarreias em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, partes utilizadas e formas de uso tradicional.

Nome popular	Nome Científico	Partes Utilizadas	Formas de Uso Tradicional
Algodão	<i>Gossypium hirsutum</i> L.	Folha	Chá (Infusão)
Aroeira	<i>Myracrodouon urundeuva</i> Fr. Allemão	Casca	Chá (Infusão)
Barbatimão	<i>Stryphnodendron coriaceum</i> Benth	Casca	Chá (Infusão)
Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	Folha	Chá (Infusão)

Cajazeiro/ Cajá	<i>Spondias mombin</i> L.	Folha	Sumo; Macerado
Cajueiro/ Caju	<i>Anacardium occidentale</i> L.	Casca; Folha	Chá (Decocto); Macerado
Cidreira/ Erva-Cidreira	<i>Lippia alba</i> (M.) N.E. Br.	Folha	Chá (Infusão)
Coentro	<i>Coriandrum sativum</i> L.	Semente	Chá (Decocto)
Contra-Erva	<i>Dorstenia cayapia</i> Vell	Folha; Raiz (rizomas)	Chá (Decocto); Macerado
Goiabeira-branca/ Goiaba branca	<i>Psidium guajava</i> L.	Broto	Sumo; Macerado; Chá (Decocto); Chá (Infusão)
Hortelã	<i>Mentha arvensis</i> L.	Folha	Chá (Infusão)
Janaguba	<i>Himatanthus drasticus</i> (Mart.) M.M. Plumel	Látex	In natura
Laranja	<i>Citrus aurantium</i> L.	Casca (fruto); Folha	Macerado; Chá (Infusão); Chá (Decocto).
Macela/ Marcela	<i>Egletes viscosa</i> (L.) Less.	Folha; Flor	Chá (Infusão); Chá (Decocto)
Malva do Reino	<i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng	Folha	Chá (Infusão)
Mamão/ Mamoeiro	<i>Carica papaya</i> L.	Flor; Broto	Macerado; Chá (Infusão); Chá (Decocto)
Mangueira	<i>Mangifera indica</i> L.	Folha	Sumo; Macerado; Chá (Infusão)
Mão de Deus	<i>Tithonia diversifolia</i> (Hemsl.) A. Gray	Folha	Chá (Decocto); Sumo

Marmeleiro	<i>Croton sonderianus</i> Müll. Arg.	Caule	Chá (Infusão)
Tamarino/ Tamarinda	<i>Tamarindus indica</i> L.	Broto	Chá (Decocto); Sumo; Macerado
Urucu	<i>Bixa orellana</i> L.	Broto; Raiz	Chá (Decocto)

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

Foram identificadas 21 espécies utilizadas para o tratamento de doenças diarreicas em crianças. No entanto, para esse agravo de saúde, não foram apontadas espécies animais entre os informantes da pesquisa.

Novamente, as folhas foram a parte mais utilizada, sendo seu uso referido por 12 vezes, e o uso de brotos citados por 4 vezes. Além disso, os chás também representaram, mais uma vez, a forma de uso tradicional preponderante.

Considerando esse aspecto, o preparo de chás foi mencionado por 19 vezes para um total de 21 espécies citadas. A forma de preparo dos chás por infusão foi referida por 13 vezes entre os participantes da pesquisa, enquanto a forma do tipo decocto foi mencionada 10 vezes.

Ressalta-se que para algumas espécies os sujeitos da pesquisa declararam que podia-se utilizar as duas formas de preparo sem alterar as propriedades medicinais das espécies consideradas, foi o caso da espécie: *Psidium guajava* L; *Citrus aurantium* L.; *Egletes viscosa* (L.) Less. E *Carica papaya* L.

4.5 Espécies Citadas para o tratamento da Anemia em crianças

Para o tratamento da anemia decorrente de deficiências nutricionais na infância foi relatado pelos participantes da pesquisa um total de 15 espécies, sendo a relação expressa no quadro 3. Das espécies relatadas para tratar anemia em crianças, apenas 1 é animal: *Bos Taurus*.

Com respeito às partes utilizadas das espécies vegetais, observou-se que o uso de folhas ainda foi majoritário, sendo mencionado por 6 vezes. A segunda parte mais utilizada é a casca, sendo aferida por 4 vezes.

A terceira parte mais utilizada é a raiz e o fruto, ambas citadas por 3 vezes, cada, e as sementes, em contrapartida, foram referidas 2 vezes, conforme detalhado no quadro 3 (abaixo).

Quadro 3 – Relação de Espécies de plantas e de animais utilizados na comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para o tratamento de Anemia* em crianças, com seus respectivos nomes populares, nomes científicos, partes utilizadas e formas de uso tradicional.

Nome popular	Nome Científico	Partes Utilizadas	Formas de Uso Tradicional
Abacate/ Abacateiro	<i>Persea americana</i> Mill.	Folha; Semente	Chá (Decocto); Chá (Infusão); Macerado
Acerola	<i>Malpighia emarginata</i> DC.	Fruto	Sumo
Anador	<i>Artemisia vulgaris</i> L.	Folha	Chá (Infusão)
Barbatimão	<i>Stryphnodendron coriaceum</i> Benth	Casca	Chá (Infusão)
Beterraba	<i>Beta vulgaris</i> L.	Raiz	In natura; Sumo
Boi	<i>Bos Taurus</i>	Fígado	Cozido
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	Folha	Chá (Infusão)
Cenoura	<i>Daucus carota</i> L.	Raiz	In natura; Sumo

Feijão	<i>Phaseolus vulgaris</i> L.	Semente	Cozido (Caldo/Sopa)
Laranja	<i>Citrus aurantium</i> L.	Fruto; Folha; Casca	In Natura; Chá (Decocto); Chá (Infusão)
Mangueira	<i>Mangifera indica</i> L.	Folha	Chá (Infusão)
Quina-Quina	<i>Coutarea hexandra</i> (J.) K. Schum.	Casca	Chá (Decocto)
Para-tudo	<i>Tabebuia aurea</i> (Manso) Benth. & Hook. f. ex S. Moore	Casca; Folha	Chá (Decocto); Chá (Infusão)
Tomate	<i>Solanum lycopersicum</i> L.	Fruto	In Natura; Sumo
Velame-do-campo	<i>Croton campestris</i> St Hil	Raiz	Chá (Decocto); Chá (Infusão)

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

* Anemia Ferropriva, decorrente de complicações relacionadas à desnutrição

Referente à forma de uso tradicional, os chás foram preponderantes, sendo mencionados por 9 vezes. No que diz respeito à forma de preparo, destaca-se que o preparo por infusão foi citado por 8 vezes, enquanto o preparo por decocto foi apontado durante 5 vezes, conforme expresso no quadro 3.

Todavia, para algumas espécies foi relatado que os dois tipos de preparo, em decocto e em infusão, eram permitidos, sem comprometer o tratamento caseiro, isso ocorreu para 4 espécies apenas, sendo elas: *Persea americana* Mill.; *Citrus aurantium* L.; *Tabebuia aurea* (Manso) Benth. & Hook. f. ex S. Moore e *Croton campestris* St Hil.

4.6 Frequência Relativa de Citação

A partir dos dados obtidos, foi gerado a *Relative Frequency of Citation* (RFC) -Frequência relativa de citação.

De acordo com Tardio e Pardo-De-Santayana (2008), a RFC pode ser obtida a partir da razão FC/N, onde FC representa o número de informantes que mencionaram o uso da espécie e N, o número total de informantes do estudo.

Um número expressivo de informantes mencionou mais de uma espécie por agravo considerado. Todas as RFC foram organizadas de acordo com a patologia considerada, e distribuídas em tabelas, com a finalidade de identificar aquelas espécies mais citadas pelos sujeitos do estudo.

Inicialmente na Tabela 2, temos a RFC das espécies mencionadas para o tratamento das IRA em crianças, considerando sintomas e patologias específicas apontadas pelos informantes da comunidade Sto. Antônio.

Tabela 2 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

Espécie	RFC*
1. <i>Glycyrrhiza glabra</i> L.	0,07
2. <i>Pectis brevipedunculata</i> Sch. Bip.	0,03
3. <i>Ocimum basilicum</i> L.	0,59
4. <i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit.	0,24
5. <i>Gossypium hirsutum</i> L.	0,07
6. <i>Allium sativum</i> L.	0,03
7. <i>Alternanthera brasiliana</i> (L.) Kuntze	0,01

8. <i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp.	0,16
9. <i>Ruta graveolens</i> L.	0,07
10. <i>Musa paradisiaca</i> L.	0,01
11. <i>Lantana Camaia</i> L.	0,01
12. <i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	0,03
13. <i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC.	0,01
14. <i>Allium aescalonicum</i> L.	0,22
15. <i>Lippia alba</i> (M.) N.E. Br.	0,07
16. <i>Dorstenia cayapia</i> Vell	0,03
17. <i>Eucalyptus globulus</i> Labill	0,59
18. <i>Gallus gallus domesticus</i>	0,07
19. <i>Zingiber officinale</i> Roscoe	0,03
20. <i>Mentha arvensis</i> L.	0,18
21. <i>Commiphora leptophloeos</i> (Mart.) J.B. Gillett	0,07
22. <i>Melipona subnitida</i> D.	0,01
23. <i>Ziziphos joazeiro</i> Mart.	0,05
24. <i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f.	0,01
25. <i>Acrocomia aculeata</i> (J.) Lodd.	0,09
26. <i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng	0,42

27. <i>Carica papaya</i> L.	0,01
28. <i>Cereus jamacaru</i> DC.	0,03
29. <i>Mangifera indica</i> L.	0,07
30. <i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	0,05
31. <i>Caryocar coriaceum</i> Wittm.	0,01
32. <i>Bryophyllum pinnatum</i> (L.) Oken	0,01
33. <i>Coutarea hexandra</i> (J.) K. Schum.	0,03
34. <i>Acanthospermum hispidum</i> DC.	0,12
35. <i>Punica granatum</i> L.	0,16
36. <i>Tupinambis merianae</i>	0,01
37. <i>Bixa orellana</i> L.	0,03
38. <i>Scoparia dulcis</i> L.	0,14
39. <i>Turnera subulata</i> Sm.	0,03

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.
 * Alguns participantes mencionaram mais de uma espécie.

Dentre todas as espécies com maior RFC, todas são espécies vegetais. Tem-se em destaque as seguintes espécies com maior número de citações: *Ocimum basilicum* L. (0,59); *Eucalyptus globulus* Labill (0,59); *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng (0,42); *Hyptis suaveolens* (L.) Poit. (0,24); *Allium aescalonium* L. (0,22); *Mentha arvensis* L. (0,18), tendo todas sido citadas 32, 32, 23, 13, 12 e 10 vezes, respectivamente.

Além das espécies mencionadas, destacam-se ainda: *Cajanus cajan* (L.) Millsp. (0,16); *Punica granatum* L. (0,16) e *Scoparia dulcis* L. (0,14), tendo as referidas espécies sido citadas 9, 9 e 8 vezes, respectivamente.

A seguir, na tabela 3, encontramos o RFC para as espécies que foram relatadas para tratar as doenças diarreicas em crianças, com destaque para a *Egletes viscosa* (L.) Less (0,40) como espécie mais citada, conhecida popularmente como Macela e mencionada pelos sujeitos do estudo 22 vezes.

Tabela 3 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento de Doenças Diarreicas em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

Espécie	RFC*
1. <i>Gossypium hirsutum</i> L.	0,05
2. <i>Myracrodruon urundeuva</i> Fr. Allemão	0,01
3. <i>Stryphnodendron coriaceum</i> Benth	0,09
4. <i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	0,38
5. <i>Spondias mombin</i> L.	0,05
6. <i>Anacardium occidentale</i> L.	0,09
7. <i>Lippia alba</i> (M.) N.E. Br.	0,20
8. <i>Coriandrum sativum</i> L.	0,01
9. <i>Dorstenia cayapia</i> Vell	0,03
10. <i>Psidium guajava</i> L.	0,33
11. <i>Mentha arvensis</i> L.	0,03

12. <i>Himatanthus drasticus</i> (Mart.) M.M. Plumel	0,05
13. <i>Citrus aurantium</i> L.	0,07
14. <i>Egletes viscosa</i> (L.) Less.	0,40
15. <i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng	0,07
16. <i>Carica papaya</i> L.	0,22
17. <i>Mangifera indica</i> L.	0,05
18. <i>Tithonia diversifolia</i> (Hemsl.) A. Gray	0,07
19. <i>Croton sonderianus</i> Müll. Arg.	0,07
20. <i>Tamarindus indica</i> L.	0,05
21. <i>Bixa orellana</i> L.	0,03

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

* Alguns participantes mencionaram mais de uma espécie.

Além da *Egletes viscosa* (L.) Less, tem-se como as espécies mais citadas para o tratamento das doenças diarreicas em crianças na comunidade Sto. Antônio: *Plectranthus barbatus* Andrews (0,38); *Psidium guajava* L. (0,33); *Carica papaya* L. (0,22) e *Lippia alba* (M.) N.E. Br. (0,20), as referidas espécies foram citadas pelos participantes do estudo 21, 18, 12 e 11 vezes, respectivamente.

A seguir, na tabela 4, temos expressa a RFC das espécies mencionadas para o tratamento de Anemia em crianças na comunidade Sto. Antônio, com destaque para a espécie *Beta vulgaris* L. (0,40), conhecida popularmente como beterraba e citada por 22 vezes durante as entrevistas.

Tabela 4 – Frequência relativa de citação – RFC das espécies mencionadas para o tratamento de Anemia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

Espécie	RFC*
1. <i>Persea americana</i> Mill.	0,01
2. <i>Malpighia emarginata</i> DC.	0,12
3. <i>Artemisia vulgaris</i> L.	0,01
4. <i>Stryphnodendron coriaceum</i> Benth	0,09
5. <i>Beta vulgaris</i> L.	0,40
6. <i>Bos Taurus</i>	0,24
7. <i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	0,01
8. <i>Daucus carota</i> L.	0,01
9. <i>Phaseolus vulgaris</i> L.	0,24
10. <i>Citrus aurantium</i> L.	0,05
11. <i>Mangifera indica</i> L.	0,01
12. <i>Coutarea hexandra</i> (J.) K. Schum.	0,01
13. <i>Tabebuia aurea</i> (Manso) Benth. & Hook. f. ex S. Moore	0,03
14. <i>Solanum lycopersicum</i> L.	0,01
15. <i>Croton campestris</i> St Hil	0,14

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

* Alguns participantes mencionaram mais de uma espécie.

Posteriormente, tem-se como espécies mais citadas as seguintes: *Bos Taurus* (0,24); *Phaseolus vulgaris* L. (0,24); *Croton campestris* St Hil (0,14); *Malpighia emarginata* DC. (0,12) e *Stryphnodendron coriaceum* Benth (0,09), tendo sido citadas pelos sujeitos do estudo por 13, 13, 8, 7 e 5 vezes, respectivamente.

Ressalta-se que dentre as três patologias consideradas, apenas para a Anemia, figurou uma espécie animal entre as mais citadas, a saber, a espécie *Bos Taurus*.

4.7 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos do sexo feminino e entre indivíduos do sexo masculino

Com a finalidade de comparar o conhecimento esboçado durante as entrevistas entre homens e mulheres, no que tange ao uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância, foram empregados testes de hipóteses.

Os testes que se mostraram adequados para essa finalidade foram: o teste Exato de Fischer, ou teste do qui-quadrado (χ^2), além da razão de verossimilhança, esses testes são usados para a associação de variáveis categóricas. Segue abaixo, na tabela 5 os cruzamentos.

O teste do χ^2 foi usado quando as frequências observadas foram maiores que 5. Em contrapartida a razão de verossimilhança foi utilizada quando as frequências observadas foram menores que cinco.

O valor estabelecido para significância estatística foi $p = 0,05$. A partir da tabela 5, é possível constatar que existe, de fato, uma associação entre o número de espécies citadas e o sexo ou a faixa etária.

Tabela 5 – Associação entre número de espécies citadas pelos informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE para IRA, diarreias e anemias e o sexo.

	SEXO		p-valor
	Masculino	Feminino	
IRA	f (%)	f (%)	
<=2	12 (50,0)	8 (26,7)	
3 a 5	10 (41,7)	12 (40,0)	0,060*
6 a 8	2 (8,3)	7 (23,3)	
>=9	0 (0,0)	3 (10,0)	
DIARREIA			
<=2	17 (70,8)	13 (43,3)	
3 a 5	7 (29,2)	14 (46,7)	0,041*
6 a 8	0 (0,0)	3 (10,0)	
ANEMIA			
<=2	22 (91,7)	24 (80,0)	
3 a 5	2 (8,3)	6 (20,0)	0,230**

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.
*razão de verossimilhança; **teste χ^2 .

Contudo, essa significância estatística mostrou-se real apenas quando se considerou o número de espécies citadas por homens e por mulheres para as doenças diarreicas na infância ($p = 0,041$).

No contexto de citações de espécies para o tratamento de IRA, bem como da Anemia, não houve valores estatisticamente relevantes, ou seja, a diferença entre o conhecimento esboçado por homens e mulheres mostrou-se significativamente mais tênue e sem relevância estatística, sendo $p = 0,060$ para IRA e $p = 0,230$ para Anemia.

Constata-se também que para o tratamento de IRA em crianças, o número de espécies foi significativamente maior, tendo 3 informantes do sexo feminino mencionado um número de espécies diferentes superior ou igual a 9.

Além disso, ainda considerando o grupo das espécies utilizadas no tratamento de IRA, 7 pessoas do sexo feminino e dois entrevistados do sexo masculino citaram um número compreendido entre 6 a 8 espécies.

Contudo, o grupo mais numeroso foi daqueles que citaram de 3 a 5 espécies diferentes, onde também foi possível perceber que a diferença entre o número de representantes do sexo masculino e do sexo feminino foi menor, sendo 10 e 12, respectivamente.

Para as doenças diarreicas em crianças, teve-se que 70,8% dos homens mencionaram um número de espécies diferentes menor ou igual a 2, enquanto apenas 43,3% das mulheres integraram esse grupo.

A maioria das mulheres entrevistadas (46,7%) citou de 3 a 5 espécies diferentes para o tratamento de doenças diarreicas na infância, enquanto 10% das entrevistadas citaram de 6 a 8 espécies.

Para as doenças diarreicas, considera-se ainda que não houve indivíduos do sexo feminino ou do sexo masculino, que relatassem um número de espécies diferentes superior ou igual a 9, em contraste com as IRA.

No que tange à citação de espécies para a Anemia, o conhecimento expresso entre representantes do sexo feminino e do sexo masculino mostrou-se relativamente próximo, sendo que 91,7% dos homens e 80% das mulheres relataram um número de espécies diferentes inferior ou igual a 2.

Nesse aspecto, destaca-se que 8,3% dos homens e 20% das mulheres mencionaram de 3 a 5 espécies diferentes para o tratamento de Anemia. Entretanto, nenhum dos sujeitos da pesquisa, considerando ambos os sexos, citaram de 6 a 8 espécies, ou um valor maior ou igual a 9 (grupos remanescentes).

Esse contraste evidente, entre o número de espécies citadas para IRA, doenças diarreicas e anemia, pode evidenciar um conhecimento mais limitado, quando considerada espécies que podem ser utilizadas para o tratamento das doenças diarreicas e da anemia, em comparação com as IRA.

Contudo, frisa-se que para as IRA há uma sintomatologia mais abrangente, que condiciona, de fato, tratamentos mais amplos, e, conseqüentemente, a possibilidade do emprego de um número maior de espécies para o tratamento de uma gama de sintomas específicos.

Dessa forma, não se pode afirmar, de fato, que há um conhecimento mais limitado para o tratamento dos agravos relacionados às doenças diarreicas e à anemia, ou se a própria sintomatologia expressa pelas IRA possibilita o emprego de um número mais diversificado de espécies.

Todavia, a partir do teste de hipóteses, foi possível constatar que não há uma diferença tão acentuada para o conhecimento esboçado entre homens e mulheres relativo ao uso de recursos naturais, exceto quando se considera o número de espécie citadas para as doenças diarreicas.

4.8 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos de diferentes grupos etários

Para comparar o conhecimento relacionado ao uso de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre pessoas de diferentes faixas etárias foi utilizado novamente o teste do χ^2 e a razão de verossimilhança, com relevância estatística para $p = 0,05$, conforme expresso na tabela 6.

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em 6 grupos etários distintos: 12-21 anos; 22-29 anos; 30-45 anos; 46-59 anos; 60-75 anos e 76-90 anos, a partir de então, foi realizada a associação entre o número de espécies diferentes citadas por cada indivíduo para um dado agravo (IRA; Diarreia ou Anemia) e sua idade.

Considerando os grupos etários distintos, só houve associação significativa entre a idade e o número de espécies citadas quando considerada as IRA, onde temos $p = 0,000$, para as doenças diarreicas e

anemia, não houve relevância estatística, sendo $p = 0,053$ e $p = 0,068$, respectivamente.

Tabela 6 – Associação entre número de espécies citadas pelos informantes da comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE e a faixa etária.

		F.ETARIA						
		12- 21anos	22- 29anos	30- 45anos	46- 59anos	60- 75anos	76- 90anos	p-valor
IRAS	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)		
<=2	8 (88,9)	7 (63,6)	0 (0,0)	3 (27,3)	0 (0,0)	2 (40,0)		
3 a 5	1 (11,1)	4 (36,4)	11 (73,3)	2 (18,2)	2 (66,7)	2 (40,0)	0,000*	
6 a 8	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (26,7)	3 (27,3)	1 (33,3)	1 (20,0)		
>=9	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		
DIARREIAS								
<=2	8 (88,9)	9 (81,8)	7 (46,7)	4 (36,4)	0 (0,0)	2 (40,0)		
3 a 5	1 (11,1)	2 (18,2)	7 (46,7)	6 (54,5)	3 (100,0)	2 (40,0)	0,053*	
6 a 8	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (20,0)		
ANEMIAS								
<=2	9 (100,0)	11 (100,0)	13 (86,7)	7 (63,6)	2 (66,7)	4 (80,0)		
3 a 5	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (13,3)	4 (36,4)	1 (33,3)	1 (20,0)	0,068**	

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

*razão de verossimilhança; **teste χ^2 .

Com respeito ao número de espécies citadas para o tratamento de IRA em crianças tem-se que, dentre os indivíduos dos grupos etários que compreendem as idades de 12-21 anos (9 informantes) e 22-29 anos (11 informantes), 88,9% e 63,6%, respectivamente, mencionaram um número de espécies diferentes igual ou inferior a 2.

Todavia, para o grupo de citações que incluía um número de espécies entre 3-5, esse percentual caiu para 11,1% daqueles com idade entre 12-21 anos e 36,4% daqueles com idade entre 22-29 anos.

Em contrapartida, para o grupo de citações que incluía um número de espécies entre 6-8 e igual ou maior que 9 – ou seja, os grupos que evidenciavam um conhecimento mais amplo relativo ao uso de espécies diferentes para o tratamento de IRA – as faixas etárias mais jovens não tiveram nenhuma representação.

Ainda referente às citações de espécies para o tratamento de IRA, observa-se que, de acordo com a tabela 6, entre aqueles com 30-45 anos, não houve representantes nos grupos de citação extremos, a saber: igual ou inferior a 2 e igual ou superior a 9.

Isso implica que os indivíduos nessa faixa etária (30-45 anos/ 15 informantes), concentraram-se nos grupos de citação remanescentes, sendo que 73,3% dos informantes de 30-45 anos citaram de 3-5 espécies, e 26,7% dos entrevistados com 30-45 anos relataram 6-8 espécies diferentes para o tratamento de IRA.

Dentre as faixas etárias consideradas, aquela que teve uma representação mais homogênea (equilibrada) nos grupos de citações diferentes por espécie para a IRA foram os indivíduos compreendidos entre as idades de 46-59 (11 informantes) anos.

Nota-se que, para o grupo de citações que abrange um número diferente de espécies igual ou inferior a 2; entre 6 a 8 e igual ou superior a 9 a porcentagem foi de 27,3 – dentre os indivíduos de 46-59 anos – para cada um desses grupos de citação. Sendo que para o grupo de citação de 3-5 espécies, a porcentagem a faixa etária considerada foi de 18,2.

Todavia, um resultado que deve ser destacado é o fato das faixas etárias que abrangem os idosos (60-75 anos/ 3 informantes e 76-90 anos/ 5 informantes), não terem tido representação no grupo de citação que envolve um número igual ou superior a 9 de espécies diferentes relatadas.

Nesse aspecto, destaca-se que os idosos figuram preponderantemente no grupo de citação que compreende de 3-5 espécies diferentes relatadas. Sendo que dentre aqueles com 60-75 anos a

porcentagem é de 66,7 e para os que estão entre os 76-90 anos a porcentagem para esse grupo de citação é de 40%.

Inclusive, nesse âmbito, destaca-se que 40% dos idosos entrevistados na faixa etária de 76-90 anos mencionaram apenas um número de espécies diferentes igual ou inferior a 2.

CAPÍTULO

5

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da Amostra

Em sua pesquisa, realizada em Ipameri (Goiás – GO), Zucchi (et al, 2013), contou também com uma amostra equilibrada no que diz respeito ao número de informantes do sexo feminino (54%) e do sexo masculino (46%), afirmando em seus resultados que, na localidade em que se deu a investigação, o uso de plantas para fins medicinais é independente do sexo e da faixa etária.

Nesse sentido, Girdali e Hanazaki (2010), em estudo desenvolvido em Sertão do Ribeirão, Florianópolis (Santa Catarina – SC), também buscou uma amostra com proporções similares entre homens (38,46%) e mulheres (61,54%).

Isso evidencia que, quando questionadas acerca do uso medicinal de recursos naturais, pessoas de comunidades tradicionais pertencentes ao sexo feminino e ao sexo masculino podem ter uma colaboração equiparada no repasse de informações. Embora, geralmente, como na pesquisa de Lima (2014), reconheça-se a mulher como o pilar no processo de preservação e de difusão do conhecimento tradicional.

Para a presente pesquisa teve-se que os grupos etários com maior representatividade foram aqueles em que os participantes apresentaram: 30 a 45 anos (27,78%), 22 a 29 anos (20,37%) e 46 a 59 anos (20,37%).

Nesse aspecto destaca-se que alguns estudos brasileiros que abrangem a temática de cuidado de saúde no contexto da medicina tradicional, não costumam direcionar suas amostras para informantes que estejam na faixa etária em que se compreende a adolescência e os adultos jovens, dando primazia para idosos e adultos maduros (FEIJÓ, et al, 2012; VASCONCELOS, 2011).

Segundo Heisler (2012), parte-se do pressuposto que o saber relacionado ao uso de recursos naturais no cuidado à saúde é dominado

preponderantemente por pessoas idosas, classificadas como as detentoras de um maior conhecimento, fomentado no decorrer de sua própria vivência, acerca de práticas alternativas de cuidado.

Esse fator, contudo, prejudica a comparação e implicações referentes à preservação do saber tradicional em diferentes gerações, e de que formas os mais jovens compreendem, utilizam e perpetuam o saber transmitido pelos mais velhos.

Seguindo a tendência apresentada por outras pesquisas, o tempo de residência na comunidade Sto. Antônio, para a maioria da amostra (22,22%) foi superior ou igual a 20 anos e inferior a 30 anos, seguido por aqueles que moram na área a um período superior ou igual a 40 anos e inferior a 50 anos (20,37%).

Assim, observou-se durante as entrevistas que um número considerável dos informantes reside no local durante toda a vida, nunca tendo fixado domicílio em outra área.

Nesse aspecto, destaca-se a pesquisa de Amorozo (1996) onde se frisa que esse fator é relevante pois: quanto maior o tempo em que uma determinada sociedade ocupa um ambiente, mais acentuado é o nível de precisão do conhecimento referente ao uso das plantas medicinais com propriedades terapêuticas. (apud, MARINHO, SILVA E ANDRADE 2011)

Referente à escolaridade 42,59% dos informantes relataram ter ensino médio completo. Enquanto 27,78% dos entrevistados professavam ter o ensino fundamental incompleto. Em contrapartida, na pesquisa de Liporacci e Simao (2013), apenas 7,5% dos entrevistados professaram ter ensino médio completo, e 65% ensino fundamental (2ª ao 7º ano).

Para o estudo de Oliveira, Machado e Rodrigues (2014), tem-se que 33,89% da amostra possuía ensino fundamental incompleto/completo e 25,42% possuía ensino médio incompleto/completo. Na pesquisa desenvolvida por Souza (2013), também houve um predomínio daqueles que cursaram o ensino fundamental incompleto (40,9%).

Todavia, de acordo com o estudo de Lopes et al (2013) a diferença entre as escolaridades dos informantes não é capaz, única e exclusivamente, de influenciar o saber relacionado à utilização de plantas medicinais.

Essa afirmação de Lopes et al (2013) vai de encontro com o conceito de que há uma relação inversa quanto à escolaridade e ao conhecimento no uso de plantas medicinais, inferindo que o maior nível de escolaridade acarreta em uma perda gradual dos costumes atrelados à medicina tradicional.

De fato, essa relação inversa entre escolaridade e conhecimento tradicional, tal como no estudo de Lopes (et al, 2013), também não foi evidenciada para a presente pesquisa.

Relacionado à ocupação laboral, a profissão predominante foi agricultor (51,85%). Quando considerado o ambiente rural, atrelado ao conhecimento tradicional, diversos estudos publicados em território nacional também evidenciaram uma prevalência dessa profissão, em contraste com as demais (SILVA, 2014; SILVA; DREVECK; ZENI, 2009; SOUZA et al, 2010).

Além disso, algumas pesquisas focaram especificamente em grupo de agricultores isolados/ ou não, com a finalidade de realizar levantamentos etnobotânicos precisos e com vastas informações no contexto da medicina tradicional (CEOLIN, 2011; GANDOLFO; HANAZAKI, 2011; LIMA, 2014).

5.2 Conhecimento Tradicional: Uso e Fontes de Saber

Relativo à frequência com que os participantes da pesquisa utilizavam plantas e/ou animais para o tratamento de doenças, teve-se que 27 indivíduos mencionaram utilizar plantas e/ou partes de animais para tratar e/ou prevenir doenças frequentemente e 14 relataram sempre utilizar esses recursos naturais.

Na pesquisa realizada por Feijó et al (2013), em Ilhéus (Bahia – BA) 97,7% dos entrevistados afirmaram fazer uso regular de plantas medicinais e para o estudo de Silva et al (2010) desenvolvido no Mato Grosso (MT), Nova Chavantina, essa porcentagem foi de 95,6.

Nesse aspecto, frisa-se a observação de Giraldi e Hanazaki (2010), quando mencionam que a utilização dos recursos naturais no contexto dos cuidados à saúde é um mecanismo de reforço das práticas tradicionais, bem como possibilita um maior contato e interação humana com elementos diversos da biodiversidade.

Considerando ainda os dados da presente pesquisa, foi evidenciado para este estudo que 6 informantes relataram o uso de plantas e/ou de animais apenas para determinadas doenças, enquanto 7 preferiram que quase nunca se valem desses recursos naturais.

Entre os motivos mais apontados para isso estava: conhecimento limitado, falta de tempo para preparar remédios caseiros e descrença referente à real eficácia do uso de plantas e/ ou de partes de animais para o tratamento e prevenção de doenças.

Todos os informantes que afirmaram quase não utilizar os recursos naturais estão compreendidos nos grupos etários mais jovens, a saber aqueles que tem entre 12 a 21 anos e 22 a 29 anos.

Em seu levantamento etnobotânico, Brasileiro et al (2008) observou que o uso de plantas medicinais ocorreu de forma mais intensa entre a população mais velha de Governador Valadares (Minas Gerais – MG).

Esse resultado pôde, de fato, retratar que há uma menor consideração da população mais jovem ao conhecimento tradicional transmitido por seus familiares na localidade onde foi desenvolvida a pesquisa, fato evidenciado por outros estudos (ABERA, 2014; ALAM, 2011).

Nesse sentido, um levantamento etnobotânico realizado por Oliveira e Menini Neto (2012) em Lima Duarte (MG) destacou que, a partir das entrevistas realizadas, era o nítido o contraste do interesse relativo ao tratamento com as plantas medicinais quando comparados idosos e jovens.

Nesse estudo, os pesquisadores destacaram que os participantes mais jovens da amostra esboçaram pouco desejo de aprender sobre o uso de

recursos da biodiversidade para o manejo de quadros patológicos (OLIVEIRA; MENINI NETO, 2012)

No que diz respeito aos tipos e as formas de transmissão de conhecimentos instituídos referente ao uso de plantas e de animais para o tratamento de doenças comuns na infância, foi relatado que as pessoas residentes no Sítio Sto. Antônio aprenderam a utilizar esses recursos naturais especialmente por meio da tradição oral, mediada por familiares.

Assim, os participantes da pesquisa citaram os familiares por 76 vezes, com destaque para as mães, mencionadas 32 vezes, as avós (16 vezes) e os pais (15 vezes).

Em seu estudo, Badke (2012) “constatou que o aprendizado do uso e manipulação de plantas medicinais tem sua origem no contexto familiar (p 363)”, ressaltando que a maioria dos entrevistados teve contato com o uso de plantas medicinais na infância, ao observarem o uso dessa prática por mães e avós.

Além disso, Badke et al (2012) pondera que isso ocorre devido ao fato de que: por ser referência no contexto familiar, a figura feminina é muitas vezes repleta de valores culturais agregados, levando-a a assumir responsabilidades relacionadas aos cuidados de saúde dos outros membros da família, em especial os filhos.

Inclusive, frisa-se que este padrão voltado para a transmissão oral do conhecimento tradicional e a predominância de mulheres sobre os saberes referente ao uso de recursos naturais é evidente em outros estudos publicados em território nacional (FREITAS et al, 2012; MARCHESE et al, 2009).

Os agentes da cura, por sua vez, foram o segundo grupo mais lembrado pelos participantes da pesquisa, com 8 citações. Entre essas tem-se: 4 citações para ervanários, 3 citações para benzedadeiras e 1 citação para curandeiros. Os vizinhos foram mencionados por 3 informantes, enquanto os colegas de trabalho foram mencionados 2 vezes.

Com respeito aos agentes da cura, estes ainda figuram como personagens importantes no cenário da Medicina Rústica mundial, tanto como

executores de práticas relacionadas à medicina tradicional, como perpetuadores do etnoconhecimento, conforme afirmou Araújo (2004).

Um exemplo recente foi a pesquisa conduzida por Amiri, Joharchi e Yazdi (2014), onde foram consultados especificamente os curandeiros ou “médicos tradicionais”, como são considerados em Mashhad (Irã), a respeito do uso de plantas medicinais para o tratamento de icterícia.

Outra pesquisa, que envolvia exclusivamente curandeiros, foi a de Rudrapal, Sridhar e Raghavendra (2012), esse estudo buscou realizar um levantamento etnobotânico em Andhra Pradesh (Índia) acerca de espécies utilizadas para fins medicinais por curandeiros da região, um total de 32 espécies de plantas foram mencionadas.

Esses, bem como outros estudos, apenas reforçam que os curandeiros, benzedeiros e ervanários são uma importante fonte de conhecimento relativo ao uso de recursos naturais para o manejo de quadros patológicos. Nesse sentido, é oportuno caracterizá-los (MACIEL; GUARIM NETO, 2006).

Entre os agentes de cura, a prática realizada pelo raizeiro ou ervanário talvez seja aquela de maior contribuição para os estudos da etnofarmacologia, bem como para o desenvolvimento da fitoterapia (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006).

Esse agente trabalha diretamente com o uso das chamadas ervas medicinais, o que envolve manejo; indicação; preparo e venda desse recurso natural. Além de conhecer detalhadamente as propriedades de determinadas ervas, muitas vezes, o raizeiro ainda domina aspectos relacionados à sintomatologia de algumas doenças e de sua progressão e regressão natural (ARAÚJO, 2004; NUNES, 2003).

Nesse sentido, os raizeiros preparam medicamentos específicos, que podem ser administrados em forma de chá ou infusão, xarope ou lambedor, banhos e emplastro ou cataplasma. Na gama de remédios preparados por ervanários, talvez o mais conhecido deles sejam as garrafadas (ARAÚJO, 2004).

Outro agente de cura é a chamada benzedeira. Essa agente diz ser capaz de afastar males diversos através de preces; de rezas; de rituais e de simpatias. Assim, enquanto recita a prece, a benzedeira faz sinais e aspersões, e pode prestar essa assistência na presença ou não do doente (ARAÚJO, 2004).

Popularmente, em especial entre grupos mais isolados as benzedeiros não são apenas procuradas e respeitadas, mas também temidas, pois devido afirmarem que suas práticas têm ligação com o sobrenatural, alguns membros da população passam a atribuir a elas poderes mágicos, tais como a possibilidade de evitar que aconteçam acidentes ou desgraças a partir de suas rezas ou de possibilitar a cura até mesmo de doenças que a medicina moderna não encontra solução (MACIEL; GUARIM NETO, 2006; OLIVEIRA, 1985).

Um aspecto interessante é que as benzedeiros procuram explicar a doença de uma forma mais ampla e compreensível, considerando a ligação entre corpo e espírito e valendo-se da linguagem coloquial. Além disso, essas agentes mostram-se acessíveis, estabelecendo laços de reciprocidade. Por isso, não raro, é comum existir a denominada “benzedeira” da família (CHALHOUB, et al, 2003; OLIVEIRA, 1985).

Entre as enfermidades tratadas pelas benzedeiros encontramos: constipação” (gripe); “Lamba Terra” (diarréia); “chiadeira” (asma), apenas para citar algumas (ARAÚJO, 2004).

Outro agente da cura é o denominado curandeiro. Assim, embora alguns possam confundir benzedeiros com curandeiros, ou acreditar que ambos realizam as mesmas atividades, há diferenças básicas entre eles observadas nas sociedades tradicionais (CHALHOUB, et al, 2003).

De acordo com o rico estudo de Araújo (2004): “O curandeiro também benze porque foi um estágio pelo qual passou”. Portanto, segundo as tradições incorporadas nas práticas não convencionais da medicina rústica, o curandeiro foi um benzedor ou rezador, contudo sua ligação com o sobrenatural passou a ser mais intensa, condicionando sua posição no que se denomina “alta-hierarquia”. Esse agente da cura utiliza técnicas mais elaboradas, rituais mais sofisticados e um aparato diferenciado em suas consultas.

Uma diferença básica entre rezador e curandeiro, é que o rezador, na maioria das vezes, atende os clientes em seus domicílios. No caso do curandeiro, os clientes encaminham-se até a residência dele para ser atendidos (ARAÚJO, 2004; CAMPOS, 1967).

A televisão também surge como meio para apreensão de conhecimento relativo ao uso dos recursos naturais, sendo citada por 2 entrevistados, enquanto os livros foram citados 1 vez, apenas.

Na década passada, o coro daqueles que eram contrários a esses subsídios externos era mais intenso. Um exemplo nesse aspecto foi o estudo de Medeiros, Fonseca e Andreatta (2004).

Nesse sentido, os autores desse estudo afirmavam que os meios modernos de comunicação têm o potencial para causar uma ruptura no processo de transmissão oral do conhecimento, o que pode acarretar em perda de informações valiosas no contexto da medicina rústica.

Em contrapartida, no seu estudo, Lopes (2013) não apenas defende o uso de meios de comunicação, como cita uma pesquisa realizada em Ariquemes, Rondônia (RO), onde os entrevistados relataram que aquisição do seu conhecimento sobre as plantas medicinais deu-se em especial por meio de livros, sendo esses informantes uma referência no que tange ao saber sobre plantas com propriedades medicinais na localidade onde moram (LOPES et al, 2013).

De fato, a partir do que foi exposto, nota-se que não há um consenso entre os pesquisadores acerca da influência negativa dos meios de comunicação para o processo de aquisição de conhecimento referente ao uso de recursos da biodiversidade.

5.3 Espécies mais citadas pelos entrevistados de acordo com a Frequência Relativa de Citação (RFC)

5.3.1 Para o tratamento de sintomas e patologias relacionadas às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças

Considerando as Infecções Respiratórias Agudas (IRA), com base nas frequências relativas de citação (RFC), teve-se as seguintes espécies mais citadas pelos informantes:

Quadro 4 – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

	Nome Científico	Nome Popular	RFC
1º	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Alfavaca	0,59
1º	<i>Eucalyptus globulus</i> Labill	Eucalipto	0,59
2º	<i>Plectranthus amboinicus</i> (L.) Spreng	Malva-do-Reino	0,42
3º	<i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit	Alfavacão	0,24

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

Considerando a RFC, o *Ocimum basilicum* L. e o *Eucalyptus globulus* Labill foram as espécies vegetais mais citadas pelos entrevistados para o tratamento de IRA, bem como de alguns sintomas isolados. Consideremos, inicialmente, a espécie *Ocimum basilicum* L, ou como é comumente conhecida a “alfavaca”.

No caso da ***Ocimum basilicum* L.** (figura 1), tem-se que é uma planta pertencente à família Lamiaceae, sendo largamente utilizada pela medicina tradicional, principalmente devido aos seus óleos essenciais, tendo como constituintes majoritários: metil chavicol, linalol, geranial e estragol (VELOSO et al, 2014).

Figura 1: *Ocimum basilicum* L.
Fonte: Pesquisa Direta, 2014



Os participantes da pesquisa apontaram que o *Ocimum basilicum* L. era eficaz para tosse; gripes em geral; bronquite e inflamação da garganta. Essas informações estão em consonância com os de outras pesquisas, tais como a de Albertasse, Thomaz e Andrade (2010).

No estudo etnobotânico de Ribeiro et al (2014), a espécie foi mencionada como eficaz para o tratamento de “gripe”, na pesquisa de Vandrúsculo e Mentz (2006), a planta é citada pelos entrevistados como útil para “dor de garganta”.



Figura 2: *Eucalyptus globulus* Labill
Fonte: Pesquisa Direta, 2014

Acerca do conhecido ***Eucalyptus globulus* Labill** (figura 1), os moradores da comunidade Sto. Antônio informaram que a planta é útil para o tratamento e o manejo de: gripe; congestão nasal; sinusite; febre e tosse.

De acordo com Lorenzi e Matos (2008), o eucalipto é uma árvore de grande porte, com folhas coriáceas opostas (Figura 3) e frutos operculados, a composição do óleo essencial do eucalipto, conta com: α -Pineno; β -Mirceno; α -Felandreno; α -Terpineno; Limoneno; 1,8-Cineol β -Ocimene; γ -Terpineno; p-Cimeno; Epóxi linalol, Óxido de Linalol, Linalol, Mentol, entre outros compostos.

Suas propriedades medicinais são frequentemente mencionadas em estudos de bioprospecção e levantamentos etnobiológicos, em especial para patologias ligadas ao trato respiratório humano, sendo apontadas, inclusive, como uma alternativa à antibioticoterapia (PEREIRA, 2014).

No estudo de Montesano (et al, 2012) a espécie foi referida como apresentando uma ação antisséptica no trato respiratório. Para a pesquisa de Gómez-Estrada (et al, 2011), o *Eucalyptus globulus* Labill foi mencionado como eficaz para o tratamento de tosses e gripes.

Figura 3: Folhas opostas do *Eucalyptus globulus* Labill

Fonte: Köhler, 1890



Nesse âmbito, destacando os achados de Teklay, Abera e Giday (2013), em estudo desenvolvido no distrito de Kilte Awulaelo, Etiópia, o *Eucalyptus globulus* Labill figura como a espécie com maiores citações para uso medicinal de aplicações práticas, entre as ações apresentadas pela pesquisa destaca-se a antitussígena.

Contudo, uma interessante e recente pesquisa de Okpashi, Bayim e Obi-Abang (2014) aponta os óleos essenciais do eucalipto associado ao de outras plantas com propriedades medicinais (*Anacardium occidentale*; *Psidium guajava* e *Xylopiya aethiopica*) como útil para a resolução de algumas complicações relacionadas ao Diabetes. Essa compreensão, portanto, vai além das patologias respiratórias e já foi apontada em outros estudos internacionais, como o de Khan (et al, 2014), onde o eucalipto é listado como uma planta que apresenta propriedades antidiabéticas.

A segunda espécie mais citada para a presente pesquisa foi ***Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng**, (figura 4) ou a malva-do-reino. As espécies do gênero *Plectranthus* (Lamiaceae) apresentam largo emprego na medicina tradicional. O referido gênero ocorre na: África, América, Oceania e Ásia (CARNEIRO, et al, 2010).



Figura 4: *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng
Fonte: Nascimento, 2014

Nesse sentido, a malva-do-reino caracteriza-se por ser “uma erva perene, ereta, muito aromática [...] com folhas deltoide-ovais, de base truncada e margens denteada, quebradiças, com nervuras salientes no dorso” (LORENZI; MATOS, 2008, p. 326).

Os óleos essenciais do *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng são compostos por: Copaeno; β -Bourboneno; *trans*-Cariofileno; Humuleno; Germacreno-D; Valenceno; β -Bisaboleno Δ -Cadineno e Óxido de cariofileno (BANDEIRA et al, 2011).

No estudo de Torres (et al, 2005) a autora afirma que a espécie é utilizada no combate às bronquites e que seu uso é coerente para o tratamento de patologias associadas ao sistema respiratório, uma vez que em seu óleo essencial encontra-se o timol e o carvacrol, que possuem propriedades antimicrobianas.

Na pesquisa de Rodrigues e Andrade (2014) a malva-do-reino também figura entre as espécies mais citadas, com indicações etnofarmacológicas para o tratamento medicinal de: tosse; catarro no peito; bronquite e gripe.

Essas indicações foram similares ao levantamento realizado por Feijó et al (2012), com acréscimos para o uso terapêutico da malva-do-reino contra “infecção” e “dor de ouvido”.

Um estudo publicado por Oliveira et al (2006), apontou que o óleo essencial de *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng mostrou um efeito sinérgico sobre a atividade dos antibióticos. Esse efeito dava-se, em especial, quando considerada a interação com *S. epidermidis*, avaliando ainda interações com *S. aureus*, *P. aeruginosa* e *E. Coli*.

Todavia, os autores concluem o estudo observando que o uso concomitante de produtos vegetais e medicamentos convencionais merece um olhar cuidadoso “visto ocorrer à possibilidade de interferir no tratamento de doenças de etiologia bacteriana” (OLIVEIRA, et al, 2006, p.81).

A terceira espécie mais citada para a presente pesquisa foi a ***Hyptis suaveolens* (L.) Poit.** (figura 5) “Caracterizada por ser um subarbusto anual, ereto, ramificado, fortemente aromático, de hastes quadranguladas. Folhas opostas, membranáceas, glandulas pubescentes [...] é empregada na medicina caseira” (LORENZI; MATOS, 2008, p. 302).



Figura 5: *Hyptis suaveolens* (L.) Poit
Fonte: National Remote Sensing Centre, 2014

Com relação aos óleos essenciais da espécie *Hyptis suaveolens* (L.) Poit, destacam-se os seguintes componentes: Sabineno, limoneno, biciclogermacreno, β -felandreno e 1,8-cineol como os principais constituintes, embora a sua composição dependa da região geográfica onde a espécie foi coletada (AZEVEDO, et al, 2001).

Nesse âmbito, Jesus et al (2009) menciona que a *Hyptis suaveolens* (L.) Poit apresenta atividade antioxidante e anti-inflamatória, frisa-se ainda a atividade antimicrobiana, conforme atestado por ensaios farmacológicos (NANTITANON; CHOWWANAPOONPOHN; OKONOGI, 2007).

Essa espécie vegetal, popularmente conhecida como alfavacão, tem um largo emprego na medicina rústica e de acordo com Morais et al (2005): “A presença de alto teor de cineol no óleo essencial das folhas permite o uso como antigripal [...]” (p.170).

Essa informação é condizente com o que foi apresentado pelos entrevistados, que aferiram o uso da espécie para tratar em crianças sintomas como: gripe, febre e congestão nasal.

Nos achados do levantamento etnobotânico realizado por Roque (et al, 2010), das plantas com propriedades medicinais da caatinga, o uso da *Hyptis suaveolens* (L.) Poit está associado ao tratamento de gripes e coriza/congestão nasal.

Outros estudos, tais como o de Kala (2005), onde a coleta de dados ocorreu na região do Himalai, Índia, a espécie foi indicada para tratar resfriados em geral e tosse. Outros estudos publicados em território internacional também a listam entre as espécies mais utilizadas para finalidades terapêuticas (CAVALCANTI; ALBUQUERQUE, 2013; KABIR, et al, 2014).

5.3.2 Para o tratamento da diarreia em crianças

Considerando as doenças diarreicas e as frequências relativas de citação (RFC), abaixo (Quadro 5) seguem as espécies mais citadas por ordem de classificação.

Quadro 5 – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento da diarreia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

	Nome Científico	Nome Popular	RFC
1º	<i>Egletes viscosa</i> (L.) Less,	Macela/ Marcela	0,40
2º	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	Boldo	0,38
3º	<i>Psidium guajava</i> L.	Goiaba branca/ goiabeira	0,33

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

Durante a análise de dados, observou-se que a espécie mais citada para o tratamento da diarreia em crianças foi a ***Egletes viscosa* (L.) Less**, ou como é popularmente conhecida a “macela” (figura 5).

Nesse sentido, Lorenzi, Matos (2008), descrevem algumas características da *Egletes viscosa* (L.) Less, a saber:

“planta do tipo “herbácea perene, de base sublenhosa e ramos muito curtos [...] folhas ásperas, quase todas encontradas na base [...] cresce

espontaneamente em pastagens, beira de estradas e terrenos baldios, onde é considerada planta daninha [...] Suas folhas e raízes são empregadas na medicina caseira em várias regiões do país” (p.140).

Na *Egletes viscosa* (L.) Less, os óleos essenciais são caracterizados pela presença de flavonóides e terpenóides. Desse modo, segundo Batista et al (2012) estudos farmacológicos revelaram que a referida espécie pode ter ação: antinociceptiva, anticonvulsiva, antibacterianas, anti-inflamatória, antitrombótica, hepatoprotetora e gastroprotetora.

Em diversos levantamentos etnobotânicos, as propriedades medicinais da “macela” ou “marcela”, em especial voltada para o tratamento de distúrbios digestivos e intestinais, vêm sendo aferidas.

Por exemplo, no estudo de Ribeiro et al (2014), onde a coleta ocorreu no município de Aratama – CE, a *Egletes viscosa* (L.) Less foi indicada pelos informantes como útil para: má digestão, dor no fígado, dor no estômago, dor de barriga e barriga inchada.

Em pesquisas realizadas no estado da Paraíba, onde uma delas foi desenvolvida na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras (Pombal) – PB e outra no município de Poço de José de Moura – PB, foi possível observar o uso da *Egletes viscosa* (L.) Less novamente associado ao tratamento de: problema intestinais, azia e diarreia (ANDRADE, et al, 2012; ANDRADE, et al, 2013).

No levantamento etnobotânico de Silva et al (2006), acerca das plantas utilizadas para tratar distúrbios do trato gastrointestinal – citados na pesquisa como dor de barriga, diarreia, inquinação, prisão de ventre, dentre outros – no povoado de Colônia Treze (SE), somente a *Egletes viscosa* (L.) Less, juntamente com as espécies *Lippia sp.* e *Ocimum gratissimum* L. foram mencionadas por usuários, praticantes da medicina popular e líderes da comunidade.



Figura 6: Vista geral de um plantio comercial da *Egletes viscosa* (L.) Less
Fonte: LORENZI; MATOS, 2008.

A segunda espécie mais utilizada para o tratamento da diarreia em crianças, conforme população entrevistada para o presente estudo, foi ***Plectranthus barbatus Andrews***, mais comumente conhecida por “boldo” (figura 7).

Essa espécie é caracterizada por ser “uma planta herbácea ou subarbustiva, aromática, perene, ereta [...], pouco ramificada [...] com folhas opostas, simples, ovalada de bordos denteadas [...]” (LORENZI; MATOS, 2008). A análise fitoquímica da referida espécie revela a presença de guaieno, fenchonas e componentes fixos terpênicos, tais como a barbatusina. As espécies do gênero *Plectranthus* possuem a capacidade biossintética para produzir uma gama de metabólitos secundários (ALBUQUERQUE, et al, 2007).

Desse modo, o interesse pelo estudo fitoquímico da espécie foi fomentado pelo largo uso popular das folhas. Nesse contexto, frisa-se que diversas ações farmacológicas já foram atribuídas, testadas e comprovadas para a espécie *Plectranthus barbatus* Andr (COSTA, 2006; COSTA, et al, 2010).

Dentre elas destacam-se: ação hipotensiva, cardiovascular, bronco-dilatadora, inibição da agregação de plaquetas, efeito antitumoral e efeito

antiinflamatório. Contudo, reconhece-se que o popularmente conhecido Boldo seja principalmente utilizado para distúrbios gástricos (COSTA, 2006).



Figura 7: *Plectranthus barbatus* Andrews.
Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Esse fato é apontado por inúmeros estudos etnobotânicos, como na pesquisa desenvolvida por Costa e Mayworm (2011), em Minas Gerais, onde a espécie *Plectranthus barbatus* Andr. é apontada como eficaz para tratar má digestão, dor de estômago, “dor de fígado”, e “ressaca”.

Na pesquisa de Pilla, Amorozo e Furlan (2006), a espécie *Plectranthus barbatus* foi a mais citada pelos informantes, apresentando também a maior concordância de uso (91,4%), dentre os entrevistados, o boldo foi citado por 71% da amostra, que disseram utiliza-lo para afeções do sistema digestivo, apontando que a espécie é útil para o tratamento de “dor de barriga” ou diarreia, corroborando com os dados do presente estudo.

Além da “macela” e do “boldo”, foi também bastante citada para o tratamento da diarreia em crianças a goiaba branca, ou seja, a espécie ***Psidium guajava* L.** (figura 8).

Desse modo, tem-se que a *Psidium guajava* L. é uma “arvoreta frutífera de copa aberta [...] com folhas opostas, oblongas, subcoriáceas e aromáticas [...] Fruto do tipo baga, com polpa doce e levemente aromática” (LORENZI; MATOS, 2008, p. 390).

Através da análise fitoquímica das folhas da goiabeira branca, foi revelada a presença de bisaboleno, bem como outros sesquiterpenos, acetais dietoximetano e dietoxietano, e nos componentes fixos das folhas há inúmeros taninos elágicos (LORENZI; MATOS, 2008).

Como constituinte principal do seu óleo fixo, há o ácido linoleio, presente nas sementes. Frisa-se ainda que a ação antidiarreica já foi comprovada, através, por exemplo, de estudos com o extrato bruto aquoso do broto da goiabeira ou “olho” (LORENZI; MATOS, 2008).

Concomitantemente a isso, pode-se afirmar que a ação antidiarreica observada empiricamente e tão mencionada pelos moradores do sítio Sto. Antônio é, portanto, condizente com a literatura (LUTTERODT, 1999; TANAZ, et al, 2014).

Por exemplo, Gonçalves et al (2008) estudou o efeito antibacteriano da *Psidium guajava* L. sobre bactérias causadoras de diarreias, através do uso do óleo essencial e do extrato de folhas de goiabeira, esses extratos foram testados sobre *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* spp. e *Escherichia coli*.



Figura 8: *Psidium guajava* L.
Fonte: LORENZI; MATOS, 2008).

Como resultado houve uma ação inibitória contra *S. aureus* e *Salmonella* spp. Desse modo, os autores concluíram que os extratos de folhas de goiaba e o seu óleo essencial são muito ativos contra determinadas cepas bacterianas, tornando-os alternativas em potencial de novos compostos antimicrobianos. (GONÇALVES, et al, 2008).

Outro estudo, publicado em 2005, verificou o efeito do extrato aquoso bruto (EAB) das folhas da *Psidium guajava* L. no transporte intestinal de água em ratos e na propulsão gastrointestinal em camundongos, o resultado foi que EAB da goiabeira apresentou potencial ação antidiarreica (ALMEIDA, et al, 1995).

Além disso, uma pesquisa desenvolvida nesse âmbito foi a de Njume e Goduka (2012), que aborda o uso de plantas medicinais indígenas utilizadas por comunidades rurais africanas para o tratamento de diarreia, citando-a como a maior causa de morbidade e mortalidade, principalmente para crianças abaixo de cinco anos.

Na extensa lista citada pelas autoras da pesquisa, figura a *Psidium guajava* L., como a espécie de planta medicinal considerada de uso indígena que apresenta mais referências na literatura para o tratamento da diarreia (NJUME; GODUKA, 2012).

De fato, há outros inúmeros levantamentos etnobotânicos recentes, inclusive publicados em território nacional, que citam a *Psidium guajava* L., como eficaz para o tratamento da diarreia, apoiando com as informações coletadas no sítio Sto. Antônio acerca do uso terapêutico dessa espécie (BAPTISTEL, et al, 2014; FREITAS; COELHO, 2014; RIBEIRO, et al, 2014; RODRIGUES; ANDRADE, 2014).

5.3.3 Para o tratamento de Anemia em crianças

O quadro que segue abaixo (Quadro 6) apresenta as espécies citadas relacionadas ao tratamento da Anemia em crianças, tomando como base o cálculo da RFC.

Quadro 6 – Espécies mencionadas de forma mais recorrente com base no RFC para o tratamento da anemia em crianças na Comunidade Sto. Antônio (Barbalha) – CE.

	Nome Científico	Nome Popular	RFC
1º	<i>Beta vulgaris</i> L.	Beterraba	0,40
2º	<i>Bos Taurus</i>	Boi	0,24
2º	<i>Phaseolus vulgaris</i> L.	Feijão	0,24
3º	<i>Croton campestris</i> St Hil	Velame-do-campo	0,14

Fonte: Pesquisa Direta realizada na comunidade Sto Antônio – Barbalha, 2014.

A espécie mais citada para o tratamento de anemia em crianças, pela população do estudo, foi a ***Beta vulgaris* L.**, ou “beterraba” (figura 9), que é uma raiz tuberosa, da família Quenopodiácea. Assim, sabe-se que a beterraba é típica de climas temperados, sendo, no Brasil, uma das principais hortaliças cultivadas (DUMINELLI, 2013).

No estudo de Torres (et al, 2005), a beterraba foi listada como sendo utilizada por mães com filhos hospitalizados, contudo seu emprego foi em associação de outras espécies vegetais, e relacionado ao diagnóstico clínico de anemia, com ação expectorante.

Em contrapartida, as crianças que apresentavam anemia foram tratadas pelas mães com chás de “boldo”, de “capim-santo” e de “erva-doce”, a beterraba não foi citada em nenhum momento (TORRES, et al, 2005).

Nesse âmbito, na pesquisa de Guerra et al (2007), a beterraba figura entre hortaliças mais utilizadas pela população da amostra, contudo seu uso está associado ao controle da pressão arterial e para tratar cefaleias.

Considerando ainda o estudo previamente citado, os autores também mencionam uma possível ação expectorante da beterraba, mas não fazem nenhuma menção ao uso da beterraba para o manejo da anemia (GUERRA, et al, 2007).

Figura 9: *Beta vulgaris* L.
Fonte: BBC/ UK



Em levantamento etnobotânico realizado em Vila Cachoeira (Ilheus – BA), a *beta vulgaris* L. também é citada para o tratamento de gripes e bronquite (MOREIRA, 2002). Todavia, na pesquisa de Santos et al (2012), a beterraba é mencionada como tendo efeito béquico e para uso em casos de anemia.

Isso também foi observado na pesquisa de Zeni e Bosio (2011), contudo a indicação do uso da beterraba foi exclusiva para anemia, não relacionando-a à gripe, tosse e/ou bronquite.

Vale frisar ainda um estudo publicado em 1999, onde foi relatado que crianças com anemia hemolítica costumavam ingerir beterraba rotineiramente, “por causa da anemia”, porque os familiares relacionavam esses alimentos com o sangue, realizando as seguintes associações “a beterraba e o sangue são vermelhos” e a “beterraba engrossa o sangue” (VIEIRA; LIMA; PETILIK, 1999).

Ainda nesse âmbito, uma pesquisa recente, de 2013, analisou a apreensão das mães/responsáveis por lactentes suplementados com sulfato ferroso, sobre a anemia e suas consequências. Expressivos 43,3% da amostra demonstram baixa adesão ao tratamento, e muitas mães/responsáveis associaram a prevenção da anemia com o consumo de beterraba (AZEREDO, et al, 2013).

Sobre o referido estudo, dentre as mães/responsáveis, um baixo percentual reconheceu o sulfato ferroso como forma de prevenção da anemia, e ambos os grupos demonstraram pouco conhecimento acerca da anemia, indicando que deve haver um melhor acompanhamento e orientações dos profissionais de saúde (AZEREDO, et al, 2013).

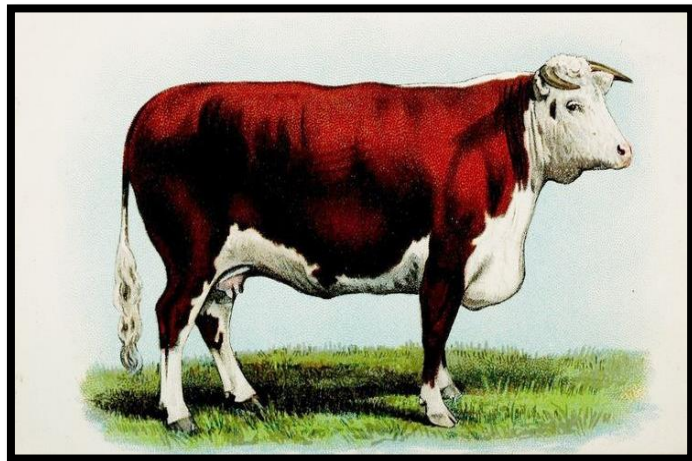


Figura 10: *Bos taurus*
Fonte: LYDEKKER, 2013.

Considerando agora outra espécie bastante citada pela presente pesquisa, temos a *Bos taurus*, ou “boi”. Um aspecto a ser frisado é que essa foi a única espécie animal que figurou entre as mais citadas para todas as patologias consideradas.

Nesse sentido, em alguns estudos realizados há a citação da referida espécie para o tratamento da anemia, sendo adotada quase que como um conhecimento de domínio cultural comum (HELMAN, 2009).

De fato, diversos estudos corroboram com os achados da comunidade Sto. Antônio. Por exemplo, na pesquisa de Neta (2012), não apenas o fígado do

Boi é mencionado – com indicação para casos de anemia –, mas também outras partes, tais como: chifres, tutano do osso, mocotó e até mesmo urina.

Nesse sentido, as indicações recomendadas pelos informantes eram as mais diversas e vão desde: coqueluche, tuberculose, visão e garganta, até mesmo nervosismo e “mau-olhado” (NETA, 2012).

Em contrapartida, nos achados de Bezerra et al (2011), além das partes já citadas, os entrevistados também utilizavam o sangue, o miolo e o fato do boi. As indicações terapêuticas são: dor de coluna, reumatismo, doença mental, fissura nos pés, micose e anemia, contudo o fígado não é citado.

Entretanto, no estudo de Melo (2011), acrescentam-se como uso medicinal as seguintes partes/secreções/excrementos do boi: baba, leite e fezes. O fígado é mencionado, relacionado ao tratamento da anemia, as demais indicações medicinais englobam: trombose, sangramento nasal, mastite, dor de dente, dor de garganta, bronquite, gripe, furunculose, entre outras.

Em pesquisa publicada internacionalmente, *Bos taurus* é citada como uma importante espécie de uso medicinal na América Latina, associando seu uso ao tratamento da anemia, bem como de outras condições patológicas (ALVES; ALVES, 2011).

Ainda outra espécie comumente citada para o tratamento da anemia, pelos moradores da comunidade Sto. Antônio foi a *Phaseolus vulgaris* L., ou o popularmente conhecido feijão.

Segundo Mesquita et al (2007), “o feijão é um excelente alimento, fornecendo nutrientes essenciais ao ser humano, como proteínas, ferro, cálcio, magnésio, zinco, vitaminas [...] carboidratos e fibras” (p. 1114; MOURA; CANIATTI-BRAZACA, 2006).

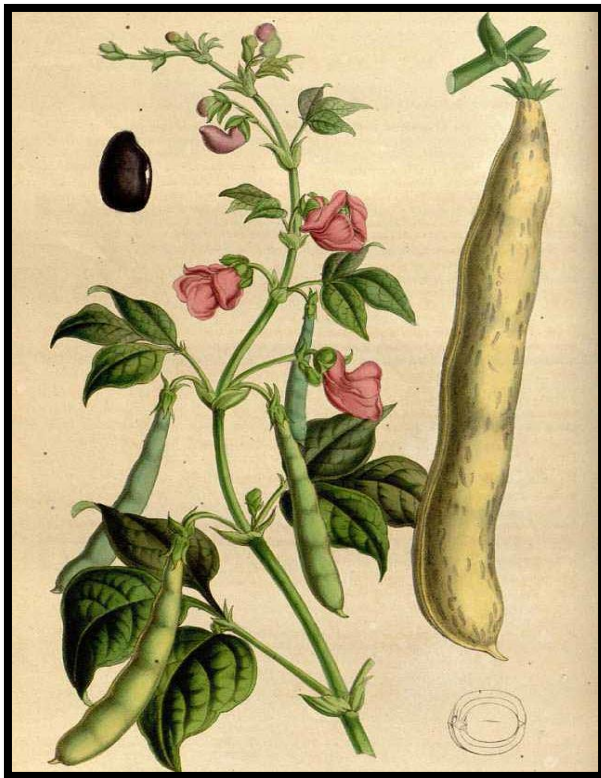


Figura 11: *Phaseolus vulgaris* L.
Fonte: HOUTTE, 1849.

Alguns levantamentos etnobotânicos fazem menção ao uso do *Phaseolus vulgaris* L., quer para fins medicinais ou citando seus benefícios para a alimentação. É o caso do estudo de Silva e Andrade (2005), embora, frise-se, a espécie tenha sido elencada apenas entre aquelas utilizadas para alimentação, não sendo citada como alternativa complementar ao tratamento da anemia, ou de qualquer outras patologia.

Esse fato também foi observado no estudo de Miranda e Hanazaki (2008), onde a *Phaseolus vulgaris* L. foi listada como espécie de uso alimentício pelas populações de comunidade tradicionais do estado de Santa Catarina, sendo mencionada por duas, das três comunidades consideradas.

Isso também aconteceu na pesquisa de Fernandes et al (2014), que fez uma abordagem etnobotânica de leguminosas, nos seus achados a espécie foi citada apenas como tendo uso alimentício, não sendo feita relação com possíveis usos terapêuticos.

Entretanto, no estudo de Hurrel et al (2011), realizado em centros urbanos da Argentina, onde se investigou o conhecimento da população acerca das leguminosas de uso alimentício e medicinal, constatou-se que o feijão está entre as 8 espécies de difusão de conhecimentos generalizada, em parte devido as suas sementes comestíveis e produtos derivados.

Desse modo, as outras sete espécies foram: *Arachis hypogaea* L., *Vicia faba* L., *Cicer arietinum* L., *Pisum sativum* L., *Glycine max* (L.) Merr, *Lens culinaris* Medik e *Phaseolus lunatus*. Além disso, vale destacar as funções medicinais atribuídas ao feijão, devido ao seus frutos e sementes de “valor terapêutico”, segundo informado pelos entrevistados, onde se destacou sua ação diurética, hipotensiva, hipoglicemiante e antitumoral, não foi feita alusão à anemia (HURREL, et al, 2011).

Contudo, no estudo de Vieira, Lima e Petilik (1999), realizado com mães e responsáveis de crianças com anemia hemolítica, não apenas o feijão foi citado, como também a beterraba e o fígado de boi e hortaliças ricas em ferro. As autoras ainda citam a dificuldade em implementar um cardápio que tenha boa adesão, pois existe uma certa resistência em mudar o cardápio alimentar devido a “alguns tabus e crenças” alimentares, que interferem no curso terapêutico dos pacientes.

Concomitante ao que foi exposto, esse estudo, bem como o de Azeredo (2013) corroboram com os achados na comunidade sítio Sto. Antônio, mencionando que as três espécies mais citadas para o manejo da anemia, a saber: beterraba, boi (fígado) e feijão, ainda permeiam o imaginário coletivo de mães e responsáveis, acerca de sua relação com o sangue e oferta de ferro (VIEIRA; LIMA; PETILIK, 1999).

Outra espécie bastante citada no sítio Sto. Antônio para o tratamento da anemia entre crianças foi o ***Croton campestris* St Hil**, ou como é popularmente conhecido: “velame-do-campo” (figura 12).

A referida planta é um arbusto, originário do Brasil, ocorrendo principalmente nas regiões sudeste e nordeste, sendo uma fonte rica em

diterpenos, em suas raízes já foram isolados: velamolona, velamona e acetato de velamolona (SANTOS; SCHRIPSEMA; KUSTER, 2005).

. O gênero é largamente empregado na medicina popular, em especial nos continentes Africano, Americano e Asiático para tratar as mais diversas patologias devido ao seu amplamente conhecido efeito depurativo (SANTOS; SCHRIPSEMA; KUSTER, 2005).

Dessa forma, as indicações para o uso do “velame-do-campo” abrangem: câncer; constipação intestinal; diarreia; diabetes, febre; hipercolesterolemia, hipertensão, dor, úlcera e obesidade. Na região da chapada do Araripe, a referida população já mencionou seu uso para o tratamento de distúrbios gástricos, inflamatórios, respiratórios e hematológicos, sendo alguns dos seus efeitos validados cientificamente (BRITO JUNIOR, et al, 2013).

Todavia, observou-se através de levantamento bibliográfico que há poucos artigos que fazem referência ao uso do *Croton campestris* St Hil em pesquisas etnobotânicas e quando ocorre está associada ao tratamento de distúrbios respiratórios (CHAVES, BARROS, 2012; OLIVEIRA JUNIOR; CONCEIÇÃO, 2007).



Figura 12: *Croton campestris* St Hil,
Fonte: Almeida, 2012.

Além disso, assim como ocorreu com as demais espécies mencionadas, também são escassos ou inexistentes os estudos desenvolvidos nacional ou internacionalmente que considerem a eficácia e aplicabilidade direta e específica das espécies mencionadas considerando exclusivamente o uso para com crianças, em especial aquelas menores de cinco anos.

Esse fator é apontado pelo Ministério da Saúde do Brasil como um dos entraves para recomendações mais sistemáticas desses recursos naturais por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

5.4 Conhecimento referente à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento das doenças prevalentes na infância entre indivíduos do sexo feminino e masculino e de diferentes grupos etários

Diversos estudos etnobotânicos abordam a questão do saber e uso de recursos naturais para fins terapêuticos, comparando o conhecimento apresentado por homens e mulheres; jovens e idosos (ARAÚJO, et al, 2009; LOZADA; LADIO; WEIGANDT, 2006; LUZIATELLI, 2010; OLIVEIRA; MENINI NETO, 2012; MOOTOOSAMY; FAWZI MAHOMOODALLY; 2013; PASA; SOARES; GUARIM NETO, 2005; ROQUE, et al, 2010; SHIL; DUTTA CHOUDHURY; DAS, 2013; VIU; VIU; CAMPOS, 2010).

Não raro, quando se considera o fator sexo, alguns pesquisadores afirmam que as mulheres são as detentoras de mais conhecimento tradicional, Embora seja essa uma afirmação genérica – se não considerado alguns fatores – as justificativas, muitas vezes, repousam em questões culturais, relacionadas ao cuidado desempenhado pela mulher para com os demais membros da família, não sendo, portanto, infundadas (FERREIRA; LOURENÇO; BALIZA, 2014; LIMA, et al, 2014).

Inclusive, pesquisas como a de Oliveira, Barros e Moitaneto (2010), onde informantes do sexo masculino superaram informantes do sexo feminino não são comuns. Isso ocorre, muitas vezes, devido às condições específicas

observadas no local da coleta de dados, tais como características e situações singulares da comunidade tradicional considerada.

De fato, o que se observa, contudo, é que alguns estudos até mesmo delimitam sua amostra apenas às pessoas do sexo feminino, apoiando-se na justificativa de que as mulheres terão mais conhecimento tradicional. Desse modo, por vezes, os homens são preteridos em relação as mulheres, embora, não raro, a disponibilidade do indivíduo em participar do estudo é o que determinará a composição da amostra. (FREITAS; FERNANDES, 2006; JESUS, et al, 2009; SILVA; PROENÇA, 2008).

Contudo, uma abordagem crítica e minuciosa, revela que, - embora para algumas localidades seja esperado uma diferença significativa entre o conhecimento esboçado por homens e mulheres, em alguns casos, simplesmente não são estabelecidos critérios precisos para mensurar o saber tradicional esboçado por ambos os sexos.

É comum observar, inclusive, que estudos que se amparam na declaração genérica de que “mulheres sabem mais do que homens” empregam geralmente análises inadequadas, tais como a porcentagem simples para critério de comparação, carecendo de testes de hipóteses bem dirigidos e critérios sistemáticos.

Na comunidade Sto. Antônio, com o intuito de comparar o conhecimento expresso por homens e mulheres, foram empregadas técnicas estatísticas, a saber: razão de verossimilhança e teste χ^2 .

Dessa forma, os dados analisados não foram significativamente relevantes para afirmar que existe uma disparidade acentuada entre o conhecimento esboçado por homens e mulheres da comunidade Sto. Antônio.

Na realidade, na pesquisa desenvolvida, indivíduos de ambos os sexos revelaram conhecimentos diversos acerca do uso de espécies para finalidades terapêuticas relacionadas à saúde da criança, exceto quando considerada a patologia “Diarreia”, onde o conhecimento de indivíduos do sexo feminino foi sobressalente.

Esses achados corroboram com os resultados de outros levantamentos etnobotânicos. Por exemplo, no estudo de Rodrigues e Andrade (2014), homens e mulheres integraram o grupo de 5% daqueles que citaram mais de 30 espécies para uso medicinal.

Para a pesquisa de Silva (2008), onde foi comparado o conhecimento entre homens e mulheres acerca do uso de espécies animais para fins terapêuticos, também não houve diferenças significativas, tendo o autor afirmado que o saber tradicional se mostrou bem distribuído para ambos os sexos.

Na pesquisa de Giraldi e Hanazaki (2010), foi construída uma curva de acumulação de espécies, mediante o software EcoSim, para comparar o número de espécies citadas por homens e mulheres. No entanto, embora as mulheres tenham expressado mais diversidade de espécies para uso medicinal – as análises estatísticas não apresentaram diferenças significativas.

Os autores comentam, portanto, que não houve influência do fator “gênero” no conhecimento etnobotânico, e explicam que isso pode ter ocorrido pelo número pequeno de entrevistas realizado – 13 entrevistas (GIRALDI; HANAZAQUI, 2010).

Nesse sentido, os resultados de Borges e Peixoto (2009) também não refletiram uma grande dicotomia entre o conhecimento apresentado por homens e mulheres. Na realidade, os autores argumentam que comparar o conhecimento expresso por ambos os sexos é complexo, pois esse conhecimento é considerado diferente.

Assim, os autores defendem que os homens terão mais domínio acerca de espécies nativas, relacionadas principalmente à construção/tecnologia e as mulheres, por sua vez, terão mais conhecimento referente às espécies cultivadas, utilizadas para fins alimentícios e medicinais (BORGES; PEIXOTO, 2009).

Dessa forma, no estudo de Lima et al (2012), foi apontado que os homens demonstraram conhecer mais os usos da vegetação nativa, em comparação com as mulheres, pois foram capazes de citar um número significativamente maior de espécies. Os autores argumentam que o conhecimento das mulheres está mais associado aos recursos não-madeireiros.

Por sua vez, esse fenômeno não é uma constante, estando o conhecimento tradicional de homens e mulheres relacionado ao local da entrevista, à ocupação do informante, bem como outros fatores.

Nesse contexto, um aspecto interessante, porém poucas vezes mencionado, é a disposição do entrevistado em contribuir com a pesquisa. Esse fator foi comentado no interessante estudo de Vàsquez, Mendonça e Noda (2014), desenvolvido com comunidades ribeirinhas de Manacapuru – AM.

Nessa pesquisa, os autores informam que foram citadas pelas mulheres 878 espécies, eles afirmam que as mulheres ficaram “mais à vontade para falar” e “lembravam com mais facilidade das plantas cultivadas”. Eles mencionam que uma das entrevistadas chegou a citar 58 plantas medicinais (VÀSQUEZ; MENDONÇA; NODA, 2014).

No caso dos homens, o número total de citações foi de 353. Assim, os autores afirmam que “durante a pesquisa [os homens] estavam pouco motivados em responder as perguntas e pouco se lembravam das plantas medicinais. As plantas mais lembradas eram plantas arbóreas encontradas na floresta” (VÀSQUEZ; MENDONÇA; NODA, 2014, p. 460).

Com respeito à idade, os resultados encontrados na comunidade Sto. Antônio, evidenciou que só houve associação significativa entre a idade e o número de espécies citadas quando considerada as IRA, para as doenças diarreicas e anemia, não houve relevância estatística.

Provavelmente, esse resultado se justifica pelo número reduzido de espécies indicadas para diarreia e, em especial, anemia, quando comparadas com as IRA. Esse fator geralmente é observado em outros estudos, onde houve uma preponderância e maior concordância de indicações para

sintomatologias relacionadas ao trato respiratório (AGUIAR; BARROS, 2012; CHAVES; BARROS, 2012; RODRIGUES; ANDRADE, 2014).

Todavia, algumas pesquisas também indicam um número alto de citação de espécies para doenças relacionadas ao sistema digestório, como por exemplo a de Costa e Mayworm (2011) e a de Feijó et al (2013), onde a disparidade foi de 308 citações para doenças relacionadas ao trato digestivo e 171 referente ao trato respiratório.

Entretanto, considerando ainda os resultados para IRA, ao despeito do que se era esperado, as faixas etárias que abrangem os idosos não tiveram representação no grupo de citação que envolvia um número igual ou superior a 9 espécies diferentes, ficando concentrados preponderantemente no grupo de citação que compreende de 3-5 espécies diferentes.

Um fator interessante que foi observado na comunidade é que os idosos do grupo etário mais jovem, citaram mais espécies que os idosos do grupo etário com idade mais avançada.

Nesse aspecto, acredita-se que esse resultado foi possível, não como um reflexo do saber tradicional apreendido durante toda a vida dos indivíduos, mas como decorrente de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e às patologias crônico-degenerativas (CHARCHAT-FICHMAN; 2005).

Por exemplo, uma das entrevistadas, que nos levou até a sua avó paterna, frisou que após o Acidente Vascular Cerebral (AVC - EBF), decorrente de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), a sua parente havia perdido muito conhecimento. Ela diz: *“Ela que ensinou tudo pra mim, até pra minha mãe, desde eu menina ela ensinava [...] sabia de um tudo [...], mas depois do AVC ela esqueceu muita coisa”*.

Outra idosa entrevistada frisava constantemente: *“Ai mulher, eu conhecia essas coisa boa aí de doença dos menino tudo [...] cuidava de neto, filho, sobrinho [...], mas minha cabeça não tá boa, não [...] Ave! Quando eu era nova”*.

Referente ainda ao fato idade, em interessante pesquisa de Almeida et al (2012), onde o foi utilizado o Williams' G-test para comparar a proporção do número de espécies citadas, considerando a idade e o gênero, mencionadas pela população local e pelos "experts", foi constatado que as faixas etárias que mais citaram espécies foram as de 39-48 e 49-58, corroborando parcialmente com os achados na comunidade Sto. Antônio, onde houve um destaque para os grupos etários de 30-45 e 46-59.

Contudo, ressalta-se mais uma vez que essa diferença estatística só foi possível ser observada na comunidade Sto. Antônio para as indicações referente às IRA, para as outras patologias ela não foi pontuada, embora estudos como o de Hanazaki et al (2000) apontem disparidades relevantes entre o saber apresentado por indivíduos de grupos etários distintos.

Conseqüentemente, outros estudos, corroborando com os achados na comunidade Sto. Antônio, também não revelaram diferenças de conhecimento relevantes entre pessoas de faixas etárias diferentes, foi o caso da pesquisa de Lima et al (2012). Desenvolvida na comunidade de Gerazeiros, Minas Gerais (MG). Os autores destacaram que não foram encontradas diferenças consideráveis sobre uso de plantas quando considerado o fator idade.

Contudo, em pesquisa realizada com o grupo indígena Ati Negrito na Ilha Guimaras, Filipinas, os autores reconhecerem que há um vasto conhecimento relacionado à Medicina Tradicional entre os membros do grupo, todavia foram detectadas diferenças pontuais no conhecimento esboçado pelos mais jovens. Além disso, os autores ainda identificaram um processo de "erosão" do etnoconhecimento (ONG; KIM, 2014).

Explicando esse fenômeno, Baptistel et al (2014) afirmou que não se pode, entretanto, afirmar categoricamente que esse fator indica uma perda de aspectos da cultura local ou o desinteresse generalizado dos jovens pelo etnoconhecimento, os autores ponderam que esses "processos devem ser discutidos com parcimônia, pois é perfeitamente plausível que jovens conheçam menos que os mais velhos" (p. 422).

De fato, conforme exposto, inúmeros fatores estarão relacionados ao saber tradicional expressado por homens e mulheres, jovens e idosos, sendo isso frisado pelos estudos apresentados.

Somente levando em conta uma abordagem local e cultural contextualizada e métodos estatísticos apurados, é que será possível determinar se há disparidade cientificamente relevante entre o conhecimento apresentado por ambos os sexos e por pessoas de diferentes faixas etárias em determinadas regiões ou circunstâncias. Do contrário, restarão apenas conjecturas e conceitos generalizados e pouco precisos.

O Discurso do Sujeito
Coletivo:
Resultados e Discussões

6 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Discurso do sujeito coletivo: compreendendo questões subjetivas através de uma análise quanti-qualitativa

Tendo em vista que o estudo propôs-se a compreender o significado atribuído ao uso desses recursos naturais pelas mães ou responsáveis de crianças pertencentes à comunidade Santo Antônio (Barbalha – CE), as análises estatísticas puras e simplesmente não seriam suficientes para atender essa questão. Desse modo, empregou-se o Discurso do Sujeito Coletivo.

O DSC possibilitou aplicar uma análise de dados que aliou as vozes dos indivíduos que participaram das entrevistas, não excluindo sua subjetividade, característica de pesquisas qualitativas, ao mesmo tempo em que tornou viável uma avaliação fidedigna e quantitativa das ideias expressas, a partir de uma metodologia rígida e específica (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005a).

Com esse intuito, foi elaborado um instrumento de coleta de dados que contemplasse perguntas que atendessem a esse objetivo, sendo a entrevista semiestruturada o instrumento mais adequado, conforme exposto anteriormente.

No roteiro de entrevista aplicado, as questões de 9-13 foram elaboradas com a finalidade de extrair dos sujeitos da pesquisa expressões subjetivas relacionadas ao uso de recursos naturais e sua percepção acerca da prática da medicina tradicional, bem como o tipo de influência que ela pode exercer sobre a medicina convencional, instituída pelo saber biomédico.

Desse modo, no quadro 4, estão relacionadas as cinco perguntas consideradas e destinadas para análise por meio da utilização do método do Discurso do Sujeito Coletivo.

As perguntas, portanto, visaram possibilitar a ampla expressão oral dos informantes acerca do assunto proposto, para isso, foi utilizado um guia que direcionou a elaboração dessas indagações (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005a).

Quadro 4 - Relação de perguntas realizadas com informantes da comunidade Sto. Antônio referente ao uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância destinadas à análise de dados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

<p>9. Como você classificaria o resultado do tratamento para essas doenças com o uso de plantas e/ ou de animais?</p>
<p>10. Alguma vez você substituiu (<i>trocou</i>) a medicação prescrita pelo médico (<i>ou outro profissional de saúde</i>) para o tratamento dessas doenças comuns na infância pelo uso de plantas ou de animais? Por quê?</p>
<p>11. Em algum momento, chegou a conversar com um profissional de saúde sobre o uso que faz de plantas ou de partes de animais no tratamento das doenças de seus filhos? Conte como foi.</p>
<p>12. Algum profissional de saúde (médico, odontólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, dentre outros) já orientou, durante a realização de consultas, o uso de plantas ou de animais para o tratamento dos sintomas de IRA, diarreia e/ ou anemia, ou outras doenças? Conte como foi.</p>
<p>13. O que você acha da utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento dessas doenças comuns na infância nos dias de hoje? Por quê?</p>

Para a presente pesquisa foram utilizados 3 elementos que orientam o procedimento metodológico desse tipo de análise de dados, sendo eles: a Ideia Central (IC), as Expressões Chave (EC) e os DSC.

6.2 Ideias Centrais e DSC – 9ª pergunta

Para cada uma das 5 perguntas destinadas à análise por meio do DSC, foi realizada um levantamento de todas as ideias centrais, assim como de todos os DSC originados a partir das expressões-chave isoladas, e não apenas os DSC das IC mais recorrentes.

Para a 9ª questão as ideias centrais estão expressas na tabela 7 (abaixo), juntamente com a proporção das respostas obtidas de acordo com o sexo. Ressalta-se que o discurso de um sujeito pode apresentar mais de uma IC.

Tabela 7 – Ideias centrais da questão 9 e proporção das respostas de acordo com o sexo.

9ª Questão – Como você classificaria o resultado do tratamento para essas doenças com o uso de plantas e/ ou de animais?

IDEIAS CENTRAIS	SEXO FEM.		SEXO MASC.		
	n	%	n	%	
A	É bom, é acessível em sentido prático e econômico	4	7,40	2	3,70
B	É bom, as plantas só fazem mal quando não se sabe usar	6	11,11	1	1,85
C	É bom, o remédio caseiro é melhor do que o remédio da farmácia	6	11,11	4	7,40
D	É bom, porque funciona	15	27,77	7	12,96
E	É bom, mas serve porque a gente tem fé	2	3,70	0	
F	É bom, mas muitas pessoas não procuram mais esse tipo de tratamento	1	1,85	2	3,70

G	É bom, mas só para algumas doenças	2	3,70	4	7,40
H	É bom, mas hoje é mais prático comprar o remédio pronto na farmácia	1	1,85	2	3,70
I	Não é bom, porque está ultrapassado	0		1	1,85
J	É excelente, porque se a criança não melhorar, piorar ela não vai 1	1	1,85	0	

Total de respostas*: 54

*O discurso dos sujeitos apresentou mais de uma ideia central.

Conforme expresso na tabela 7, foram identificadas 10 IC distintas. A IC mais frequente no discurso dos sujeitos da pesquisa foi a “D – É bom, porque funciona”, sendo mencionada por 22 informantes.

A segunda IC mais citada foi a “C – É bom, o remédio caseiro é melhor do que o remédio da farmácia”, referida por 10 dos entrevistados, seguida pela IC “B – É bom, as plantas só fazem mal quando não se sabe usar”, apontada no discurso de 7 entrevistados.

Abaixo estão alistados os DSC das IC mais recorrentes da pergunta 9: D; C e B. Frisa-se que as expressões orais dos entrevistados presente nas EC selecionadas foram preservadas e transcritas na íntegra, sem ajuste gramatical de qualquer espécie.

DSC D: É bom, porque funciona (IC)

É muito bom, porque funciona. É uma coisa boa porque a gente vê o resultado, remédio de farmácia só em último caso. Eu digo que é bom, porque serve. É uma coisa que a gente faz e vê que presta de verdade. Se não servisse a gente não fazia. É muito eficaz, digo isso porque eu já tomei e vi que funcionava, cura mesmo. Tem gente que não acredita, mas a gente, que veio da roça, usa e vê que dá resultado. É bom, faz bem. Os menino fica bom só tomando essas coisa do mato. É ótimo, quando a gente era criança pai usava

e dava certo. Acho bom porque a gente vê que funciona e funciona que é uma beleza. Sempre dá certo, até hoje. É uma coisa que eu acho muito útil, porque cura. Se te digo que é bom é porque nós vê que resolve as coisa tudo. Se não desse resultado tá certo, mas funciona, sim!. Meus filho não levava pra médico, tratava deles só com as planta. Só quem usa sabe, como faz efeito. É útil pra nós, a gente usa porque vê que presta.

DSC C: É bom, o remédio caseiro é melhor do que o remédio da farmácia (IC)

Eu acredito que as coisas do mato, mais antigas, curam mais do que essas coisas de farmácia. É bom. Olha, às vezes a gente tem uma criança gripada em casa, leva para o hospital, eles passam xarope, o xarope acaba e você não vê resultado. Aí você pega uma planta, como o Eucalipto e a Alfavaca, prepara, e a criança melhora, e melhora mesmo. Por isso eu acredito mais no remédio que a gente faz em casa, do que nesses que a gente compra em farmácia. Tem médico que passa remédio muito caro, e não serve. Mas tem algumas medicações que passam em posto que cura, mas não é como a do mato, que a gente já conhece. Além disso, as medicação da farmácia estraga o estômago, mas os do mato, não! Quando a gente prepara um remédio caseiro, além de tá fazendo o uso de uma planta medicinal, você tá correndo do antibiótico, que ataca “n” coisas no organismo. Todo remédio de farmácia por mais fraquinho que seja tem os efeito lá dele. Não confio, não! Já o remédio natural presta pra meio mundo de doença que a gente conhece e não agride a criança em nada.

DSC B: É bom, as plantas só fazem mal quando não se sabe usar (IC)

É bom. Aqui todo mundo usa, a gente sabe as planta certinha pra dar, e a criança fica boa, fica boa porque toma os remédio do mato que a gente faz. As plantas só fazem mal quando a gente não tem o conhecimento dos benefícios e dos riscos. Desde que se saiba fazer, é bom, mas só se a gente fizer do jeito certo. É só tomar direitinho, funciona. É como um remédio de farmácia, serve

mesmo, é uma beleza. Faz do jeito que tem que ser, aí pode dar que é tiro e queda que serve. Mas tem que saber fazer.

Destacando o DSC A, de fato, muitos indivíduos apegam-se ao uso de recursos naturais porque veem uma aplicabilidade prática, com resultados satisfatórios. Embora, de acordo com Herman (2009), essa não seja a única razão, pois o uso de tais artifícios apreendidos reflete voluntariamente ou involuntariamente os valores culturais do indivíduo, na perspectiva de preservar sua identidade, ou seja, há uma significação mais ampla, do que a simples perspectiva utilitarista.

Essa valorização ou supervalorização do conhecimento tradicional por alguns membros da comunidade, em alguns casos, condiciona até um predileto desses recursos aos instituídos pela medicina convencional, conforme expresso no DSC C, esboçando, até mesmo, um certo lirismo (SILVEIRA; BANDEIRA, ARRAIS, 2008; VEIGA JUNIOR; PINTO; MACIEL, 2005).

No caso do DSC B, o uso de plantas e de animais no contexto da medicina tradicional é referido pelo eu-inchado como equiparado aos recursos da medicina secularista: *“É como um remédio de farmácia, serve mesmo, é uma beleza”*, diferente do DSC C, onde a medicina tradicional se coloca acima dos medicamentos industrializados (NETO et al, 2014).

Ficou claro ainda, durante a análise dos dados que, conforme expresso na pesquisa de Oliveira, Machado e Rodrigues (2014), o uso desses recursos naturais aplica-se tanto para condições clínicas de baixo risco como para doenças graves, frente aos resultados positivos demonstrados em uma perspectiva empírica.

Os DSC das IC menos recorrente (A; E; F; G; H; I; J) também foram alistados abaixo.

DSC A: É bom, é acessível em sentido prático e econômico (IC)
<i>Funciona, é bom e barato. A gente pode encontrar os remédios que a gente precisa no nosso quintal mesmo, pertinho da gente. Ainda mais que quando não se tinha tanto recurso, tinha que ser remédio do mato mesmo, a gente conseguia em casa, mas também comprava nas feira, com os erveiro. Tratamos os menino assim, e deu certo. Tudinho se criou, tão bem hoje, são tudo com saúde. Serve demais, só tem o trabalhinho pra se fazer, mas o preço é bem melhor, compensa.</i>
DSC E: É bom, mas serve porque a gente tem fé (IC)
<i>Funciona, mas a verdade é que tem que acreditar. Só cura mesmo porque a gente tem fé naquilo que usa, tem fé Naquele que criou todas as coisas da natureza e deu pra gente, a fé em Deus é que faz ficar bom.</i>
DSC F: É bom, mas muitas pessoas não procuram mais esse tipo de tratamento (IC)
<i>É bom, mas tem muita gente que não tá mais indo atrás das planta medicinal, hoje tudo são os remédios de farmácia. Tem gente da minha idade que não bota muita fé nessas coisas de mato e acaba procurando outros tipos de tratamento, porque acha que remédio natural não funciona.</i>
DSC G: É bom, mas só para algumas doenças (IC)
<i>É bom, a não ser que seja um negócio mais sério. Mas para algumas doenças esse tipo de tratamento funciona, só para algumas doenças. Quando é uma doença mais grave, aí tem que entrar com as medicação dos doutor mesmo, com remédio de posto, de farmácia. Quando é uma infecção, por exemplo, tem que tratar com antibiótico. As plantas são boas, é verdade, mas tem muito remédio que vende por aí bem melhor. Para algumas coisas planta, bicho, pode até resolver, mas nunca é cem por cento.</i>
DSC H: É bom, mas hoje é mais prático comprar o remédio pronto na farmácia (IC)
<i>Serve, mas hoje é mais fácil ir na farmácia o remédio já vem pronto, é mais prático. Você vai na farmácia, compra pronto, toma e fica bom. Assim, eu prefiro mesmo comprar o remédio pronto, na minha cabeça, o remédio que a gente compra faz efeito mais rápido.</i>
DSC I: Não é bom, porque está ultrapassado (IC)

A verdade é que eu acho que já tá meio ultrapassado. Quem usava isso com frequência, era o pessoal mais velho.

DSC J: É excelente, porque se a criança não melhorar, piorar ela não vai (IC)

É excelente, não tem quem use as planta pra ficar arrependido, se não melhorar, piorar é que a criança não vai.

Posteriormente, na pergunta seguinte, buscou-se mensurar de que forma o conhecimento referente ao uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância, bem como os conceitos de senso comum podem influenciar a prescrição medicamentosa e o curso terapêutico.

6.3 Ideias Centrais e DSC – 10ª pergunta

Para a 10ª questão as ideias centrais estão expressas na tabela 8 (abaixo), juntamente com a proporção das respostas obtidas de acordo com o sexo.

Tabela 8 – Ideias centrais da questão 10 e proporção das respostas de acordo com o sexo.

10ª Questão – Alguma vez você substituiu (*trocou*) o remédio prescrito pelo médico (*ou outro profissional de saúde*) para o tratamento dessas doenças comuns na infância pelo uso de plantas ou de animais? Por quê?

IDEIAS CENTRAIS		SEXO FEM.		SEXO MASC.	
		n	%	n	%
A	Não, porque não achei necessário	3	5,55	5	9,25
B	Não, o que o médico passa eu confio	2	3,70	7	12,96

C	Sim, porque o remédio do mato é melhor que o remédio da farmácia	2	3,70	1	1,85
D	Sim, quando não confio no médico	5	9,25	3	5,55
E	Sim, quando vejo que o remédio prescrito não faz efeito	4	7,40	0	
F	Sim, porque os medicamentos prescritos pelo médico têm efeitos adversos	7	12,96	3	5,55
G	Não, mas uso o medicamento prescrito e o remédio caseiro junto	11	20,37	4	7,40
H	Não, porque já procuro o médico como último recurso	2	3,70	1	1,85
I	Não, porque tenho medo que possa fazer mal à criança	3	5,55	1	1,85

Total de respostas*: 54

*O discurso de um sujeito pode ter mais de uma ideia central.

Notou-se que os informantes da pesquisa, quando indagados se já substituíram o medicamento prescrito pelo uso de remédios caseiros relataram usar ambos de forma concomitante, isso é o que expressa a IC mais recorrente: “G – Não, mas uso o medicamento prescrito e o remédio caseiro junto”.

Dentre as mulheres, 20,37% mencionaram a IC G, enquanto apenas 7,4% dos homens relataram essa IC. Como segunda IC mais recorrente para a 10ª pergunta tem-se a “F – Sim, porque os medicamentos prescritos pelo médico têm efeitos adversos”, tendo sido identificada nos discursos de 12,96% das mulheres e 5,55% dos homens.

Em contrapartida, para a terceira IC mais mencionada, a IC “B – Não, o que o médico passa eu confio”, 12,96% dos homens recorreram a ela, enquanto 3,70% das mulheres a apresentaram em seus discursos.

Indicando que, de fato, as mulheres demonstram mais confiança no uso de remédios caseiros associados aos medicamentos prescritos para as crianças e estão mais atentas aos efeitos adversos das medicações comercializadas, sendo essa a principal justificativa para a substituição da medicação prescrita pelo preparo caseiro (RODRIGUES; ANDRADE, 2014).

No estudo de Pires et al (2014) 48,7% dos usuários após a consulta passa a usar somente o medicamento prescrito pelo profissional de saúde; no entanto, 45,0% dos entrevistados utilizam as plantas medicinais além do medicamento prescrito, sendo que apenas 6,3 % continuam a usar somente a planta medicinal.

A partir das IC expostas, é possível ainda realizar paralelos com o estudo de Veiga Junior (2008), onde o autor destaca que a “automedicação utilizando as plantas medicinais é um procedimento particularmente perigoso quando é realizado substituindo o medicamento alopático” (p.311).

Na referida pesquisa, 13,2% dos entrevistados substituem o medicamento alopático pelo uso de plantas medicinais quando o medicamento é mais caro ou acreditam que não será útil para o seu problema. Assim, Veiga Junior destaca que essa é uma conduta perigosa, pois para determinados tratamentos faz-se necessário o uso constante e regular da medicação prescrita, mesmo após o desaparecimento dos sintomas (VEIGA JUNIOR, 2008).

Outros resultados interessantes da pesquisa são: para 52,4% dos entrevistados a planta medicinal sempre é utilizada para substituir o medicamento de farmácia, desse percentual 73,1% dos entrevistados residem em zona rural, e 57,2% em zona urbana. Além disso, para 17,8% dos entrevistados, os medicamentos à base de plantas medicinais só seriam utilizados para o tratamento dos casos mais simples, como resfriados (VEIGA JUNIOR, 2008).

Na pesquisa de Veiga Junior (2008), tem-se ainda que entre os indivíduos com 50 e 69 anos, 75,9% substituem os medicamentos das farmácias pelas plantas medicinais, em comparação com 53,9% concentrados na faixa

etária de 18 a 30. Contudo, não houve resultado significativo estatisticamente quando comparado o fator sexo (feminino ou masculino).

Na IC F, observa-se que a troca do medicamento prescrito, pelo uso de plantas medicinais reside no conceito de que os medicamentos alopáticos possuem efeitos adversos, enquanto o uso das plantas é mais seguro.

Isso foi evidenciado também na pesquisa de Silva (2014b) desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde 51% dos entrevistados afirmaram que as plantas medicinais não causam danos à saúde, sendo que 43% reconheceram a automedicação com plantas medicinais.

Vale ressaltar, contudo, que o DSC B reflete uma notável confiança do eu-inchado no médico, enquanto que o DSC G esboça a confiança na prescrição medicamentosa aliada também ao efeito das plantas medicinais.

Segundo Veiga Junior (2008) essa seria a conjugação mais recomendada: da medicina convencional com a popular, o autor frisa que, de fato, essa associação seria bem aceita, da mesma forma que já ocorre em outros países, tais como a Índia (SANTOS et al, 2011).

Abaixo estão alistados os DSC das IC mais recorrentes da 10ª pergunta, sendo eles: G; F e B.

DSC G: Não, mas uso o medicamento prescrito e o remédio caseiro junto (IC)

Não, trocar não, o máximo que eu faço é dar o remédio do médico junto com os remedinho caseiro, é dar um com o outro, junto. E nunca as crianças tiveram nenhuma reação. Aqui em casa a gente acaba sempre usando o do médico e esses que a gente faz em casa, porque eu gosto de dar os remédio aqui de casa também, por isso uso as planta e os remédio do posto. Se a gente vai pro médico com os menino eles toma o remédio do médico, mas a gente também dá chazinho, porque é bom. A gente já deu antibiótico e chá, lambedor e remédio pra febre, aqui usa os dois. Eu cansei de dar junto o chá e o remédio do médico. A verdade é que eu sempre achei bom dar o remédio da farmácia com nossos chazinhos daqui. Eu uso tudo junto, meus chazinhos, lambedor,

os banhos e os remédios do médico. Mas uma coisa é verdade, posso usar junto, mas não deixo de comprar o remédio que o médico passou.

DSC F: Sim, porque os medicamentos prescritos pelo médico têm efeitos adversos (IC)

Já, já troquei muito, principalmente os antibióticos, que dá muito efeito ruim em criança. Dizem que afeta muita coisa no corpo. O médico passa o medicamento pra dez dias, eu dou três dias, depois a criança melhora, aí eu vou dando o chazinho porque ela vai melhorar mais ainda. As plantas não fazem mal. Meu primo teve pneumonia, a gente usou a banha de galinha e chá, ele ficou bonzinho, melhor que esses antibiótico industrializado e não agride nada. Esses remédios de farmácia fazem é mal, as plantas não! Planta não faz mal, porque é da natureza. Agora, esses remédios que vende em farmácia são tudo forte, cuida de uma coisa e ataca outra, é assim, os remédios do mato, não! Às vezes, quando nosso menino ficava doente, a gente levava pro médico, passava uns antibióticos e o menino ficava mais doente ainda, é porque ataca o fígado. Sim, esses remédios industrializados ataca rim, fígado, coração. Minhas planta pelo menos não faz mal.

DSC B: Não, o que o médico passa eu confio (IC)

Eu mesmo, não! Nunca substituí. Se eu dou remédio caseiro, e o médico passa outra coisa, eu suspendo o uso se for preciso, o que ele passa (o médico) eu confio, porque se o médico passou, tá certo. Se o médico receita aquilo ali, é porque o menino precisa daquilo ali, se não precisasse ele (o médico) não receitava, ele que sabe o que resolve, o que tá passando e se o médico mandar suspender os remédio que eu dou, eu suspendo, sem problema. Se o médico passou aquele remédio, a gente tem que tomar aquele remédio, do jeito que ele passou. Nada de ficar trocando. De jeito nenhum, não troco. Confio totalmente, se eu procuro o médico é porque quero ser receitado. Se eu soubesse me medicar pra tudo, não precisava sair de casa.

Os DSC das IC menos frequente da 10ª pergunta foram alistados abaixo, sendo elas: A; C; D; E; H e I.

DSC A: Não, porque não achei necessário (IC)
<i>Não, nunca fiz isso. De jeito nenhum, nunca precisei. Além de nunca substituir, eu também não uso junto, não gosto de misturar. Nunca troquei um pelo outro, porque não achei necessário em nenhum momento, prefiro seguir a receita direitinho, não gosto de trocar a medicação, não tenho motivo pra fazer isso.</i>
DSC C: Sim, porque o remédio do mato é melhor que o remédio da farmácia (IC)
<i>Já, porque você dá um remédio das farmácia, não serviu, aí eu dou um remédio do mato e curou. Se eu sei que aquela planta serve pra aquela doença, eu uso a planta mesmo. Com certeza, aqui a gente vai curando mesmo é com as coisa de casa, porque faz efeito até mais rápido.</i>
DSC D: Sim, quando não confio no médico (IC)
<i>Sim, já troquei, várias vezes mesmo. Tem médico que não sabe das coisa, pensa que a gente não sabe também. O médico passava um remédio, fazia mal pro menino, aí eu dizia pra mulher dar os que a gente conhece, porque esses médicos de hoje só sabem passar amoxicilina. Era assim, o médico passava o remédio aqui, mas quando chegava em casa, a gente preferia dar o remédio do mato, que a gente confia mais. Tinha até um médico que gostava de passar antibiótico direto, e eu dava um chá que a mãe fazia, até o menino melhorar. Esses doutor não sabe de tudo, não. As vezes os médico nem escuta direito o que o menino tem e passa uma arruma de remédio. Acredito mais numa rezadeira, numa planta do meu quintal, nos mais antigos, do que nesses médicos de hoje.</i>
DSC E: Sim, quando vejo que o remédio prescrito não faz efeito (IC)
<i>Sim, já troquei, tantas vezes fiz isso. Especialmente quando vejo que o remédio não é bom, quando eu sei que aquele remédio não presta pros meus filhos, aí fico dando as planta. Tem remédio que não faz mais efeito pra minha filha, o paracetamol não faz. De verdade, não gostava nem de levar meus filhos pro médico e dependendo do remédio eu nem dava, ficava nas plantas mesmo, porque sabia que o remédio que o médico receitou não ia ter efeito.</i>

DSC H: Não, porque já procuro o médico como último recurso (IC)
<i>Não, nunca substituí, nunca troquei um pelo outro. Minha mãe só levava a gente pro médico em última instância, aí o que ele passava a gente tomava, porque não tinha mais jeito mesmo. Eu quando levo os meninos para o médico é porque não tem mais ao que recorrer, se levo pro médico é porque em casa a gente não conseguiu tratar.</i>
DSC I: Não, porque tenho medo que possa fazer mal à criança (IC)
<i>Não, com certeza não, tenho medo de fazer mal! Não gosto de trocar o remédio que o doutor passa, nunca fiz isso nem com os meus remédios, imagina das crianças, aí que não faço mesmo, tenho medo de prejudicar a criança.</i>

6.4 Ideias Centrais e DSC – 11ª e 12ª pergunta

Para a 11ª e 12ª pergunta procurou-se investigar entre os sujeitos da pesquisa se a relação instituída com os profissionais de saúde possibilitava um canal aberto de comunicação, necessário para gerar empatia, que se reconhece como instrumento eficaz para a adesão ao plano terapêutico por parte do paciente (HELMAN, 2009).

Além disso, buscou-se identificar se os profissionais de saúde em algum momento valeram-se da indicação de remédios caseiros em suas consultas, e de que forma isso era encarado pelos informantes, ou quais eram as impressões dos entrevistados diante disso.

Contudo, as respostas a essas perguntas foram além, possibilitando compreender como os participantes do estudo avaliam a postura do profissional de saúde frente ao uso de preparos caseiros, bem como a ausência de interesse ou o interesse dos profissionais no que tange à utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento de doenças em crianças.

Na tabela 9 (abaixo), é possível visualizar as IC extraídas a partir das respostas dos informantes à 11ª pergunta.

Tabela 9 – Ideias centrais da questão 11 e proporção das respostas de acordo com o sexo.

11ª Questão – Em algum momento, chegou a conversar com um profissional de saúde sobre o uso que faz de plantas ou de partes de animais no tratamento das doenças de seus filhos? Conte como foi.

IDEIAS CENTRAIS		SEXO FEM.		SEXO MASC.	
		n	%	n	%
A	Não, porque eles não perguntam, não demonstram interesse	11	20,37	8	14,81
B	Não, porque eles não acreditam na eficácia desse tipo de tratamento	2	3,70	3	5,55
C	Sim, quando estava em dúvida sobre algum aspecto do tratamento	2	3,70	0	--
D	Sim, porque eles perguntaram e/ou incentivaram	9	16,6	1	1,85
E	Já tentei, mas eles não deram atenção	2	3,70	0	--
F	Sim, mas fui repreendida(o) e não falei mais	3	5,55	1	1,85
G	Não, nunca precisei	1	1,85	4	7,40
H	Não, porque tive medo e/ou vergonha	4	7,40	4	7,40
I	Não, porque não sei muito	0	--	3	5,55
Total de respostas: 54					

Para a 11ª pergunta, a IC mais recorrente foi: “A – Não, porque eles não perguntam, não demonstram interesse”, sendo identificada nas expressões de 20,37% informantes do sexo feminino e 14,81% informantes do sexo masculino.

Todavia, a segunda IC mais apontada nos discursos foi a “D – Sim, porque eles perguntaram e/ou incentivaram”, tendo representatividade de 16,6% das mulheres e 1,85% dos homens.

Ainda acerca da 11ª questão, destaca-se que a terceira IC mais recorrente foi a “H – Não, porque tive medo e/ou vergonha”, essa IC foi evocada nos discursos de 8 sujeitos, sendo 4 homens e 4 mulheres.

Vale ressaltar ainda as IC “E – Já tentei, mas eles não deram atenção” e a IC “F – Sim, mas fui repreendida(o) e não falei mais”, que embora pouco frequentes quando comparadas as IC A; D e H, destacam em especial uma postura negativa do profissional de saúde frente ao conhecimento tradicional.

Abaixo estão transcritos os DSC das IC A; D e H, as mais mencionadas nos discursos dos informantes da pesquisa para a 11ª pergunta.

DSC A: Não, porque eles não perguntam, não demonstram interesse (IC)

Não, porque eles não pergunta. Eles não querem saber, não conversam sobre isso. Nunca tive oportunidade de falar com eles sobre remédio caseiro, porque nunca me perguntaram nada, não falam sobre isso, sobre o que a gente usa por aqui. Agora, qual médico quer saber dessas coisa? Isso é coisa de quem foi criado em sítio. Médico, enfermeira, nenhum quer saber de remédio de matuto, não! E é cada macaco no seu galho. A verdade é que eles não se interessa por nada dessas coisa. Eles não querem saber de mato, planta e bicho. Mas se perguntar a gente conversa, como tô conversando com você agora.

DSC D: Sim, porque eles perguntaram e/ou incentivaram (IC)

Já falei, porque ele perguntou e não me desconcordou. Quando o médico perguntou o que eu tinha feito contei pra ele: minha filha estava com um cansaço, aí eu fiz mel de abelha, com três pingos de limão e um pingo de gás de candeeiro, coloquei, mexi e dei pra ela. Ele disse “muito bem, ela podia não ter aguentado, você fez certo”. Ele me deu os parabéns, porque minha filha melhorou com os remédio que eu dei. Ele disse pra eu continuar. Uma doutora ainda me perguntou o que eu tinha usado para tratar a crise de garganta na

minha filha, ela me elogiou. Agora, quem pergunta muito é a enfermeira do posto, principalmente a enfermeira, vivo ensinando a fazer chá. Ela sempre me pergunta se eu tô dando remédio caseiro pros meus meninos, aí eu disse que fazia um lambedor, ela perguntou como que eu fazia o lambedor, aí eu ensinei pra ela, ela disse que eu tava certa e que continuasse. Também pergunta muito sobre chá, como eu faço o chá pros meninos. Ela até me elogia toda vez que vou lá. E também quando a gente tava fazendo uma capacitação com o pessoal da secretaria de saúde ela me fez muitas perguntas. Assim, se perguntar, nós ensina, todo mundo aqui, se perguntar a gente ajuda, não guarda só pra gente.

DSH H: Não, porque tive medo e/ou vergonha (IC)

Não, porque dá é vergonha, ele ia dar um carão bem seguro. Aconteceu com uma amiga minha, eles faz é brigar com nós. A mãe diz que eles acham é ruim quando a gente usa o remédio do mato. Depois falo besteira, aí é melhor nem comentar, porque tenho até medo de levar carão. Vou perder meu tempo? Falar pra ele vir brigar comigo? Eu não!

No estudo recente de Pires et al (2014), dentre os entrevistados, 48,6 % afirmaram informar aos profissionais de saúde a utilização terapêutica de plantas medicinais. De acordo com os autores, essa informação torna-se relevante, pois tem o potencial de despertar nos profissionais o interesse para buscar o conhecimento de terapias alternativas e complementares.

Diante dos resultados expostos, vale frisar que, o profissional de saúde não deve estar preocupado em julgar ou estabelecer conflitos de valores, mas empenhado em buscar alternativas que permitam viabilizar, quando possível, a integração de práticas diferenciadas, cada uma contribuindo a sua forma, a partir da comunicação e da empatia, fatores esses que devem impreterivelmente estar presentes na prática assistencial (BRAGA, 1997).

Quando o profissional de saúde não estabelece essa postura, pode-se dizer que a comunicação, geralmente, é o que se é mais prejudicada na relação

entre profissional e cliente-paciente, uma vez que, quando não se compreende o conjunto de práticas baseadas no conhecimento culturalizado, ou se nega a conhecê-lo, torna-se difícil, se não, inviável, estabelecer uma relação de confiança que guie o plano terapêutico e seja eficaz (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Frisa-se, todavia, que não se trata aqui de estimular o que não se acredita ser prático para o paciente, ou incentivar o uso de técnicas que podem representar um risco nítido para o seu quadro clínico, ou prejudicar sua evolução (HERMAN, 2009).

Contudo, o profissional de saúde não pode se eximir do contato, da aproximação, do conhecimento acerca do paciente e de seu contexto social, esses aspectos devem ser considerados no levantamento do histórico de saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Enfim, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros, não devem se esquivar do mundo do “outro”, da realidade do “outro”, que, por vezes, mostra-se tão diferente.

Todavia, essa realidade, embora diferente, é possível de ser compreendida, de ser considerada e de ser valorizada como um conjunto de valores, de crenças, de experiências e, por que não dizer, uma parte considerável de sua totalidade. Quando isso não se dá, observamos relatos, tais como esse, extraídos do estudo de Pereira e Almeida (2005):

“Eu me perguntava se o médico e eu não falávamos a mesma língua, porque eu também não conseguia muito prestar atenção às poucas palavras que ele me dirigia [...] Eu só fui uma vez ao curandeiro. Havia uma multidão que esperava para ser atendida. Ele me recebeu muito bem, foi muito acolhedor [...] Eu me sentia muito bem. A sensação era muito diferente com relação ao que eu tinha experimentado nos consultórios médicos [...] voltei ao médico [...] Eu nada disse sobre minha ida ao curandeiro. Ele não iria me compreender.” (p. 94, 95).

Ainda nesse âmbito, Mello (2012) defendeu a valorização dos aspectos culturais da população, considerando essa uma estratégia para a adesão dos usuários nas ações de promoção de saúde, a partir do momento em que torna-

se possível a comunicação para conhecer um universo diferente, que, em alguns casos, poderá guiar alternativas terapêuticas viáveis para os profissionais da saúde.

Portanto, quando se considera os aspectos culturais das práticas médicas tradicionais, torna-se mais fácil compreender a própria realidade do “outro”, e como aquelas relações foram estabelecidas e até que ponto elas podem influenciar o curso terapêutico e direcionar as ações que serão empregadas (MELLO, 2012).

Além disso, é possível planejar a abordagem terapêutica que será utilizada com o cliente-paciente, seja para desestimular um comportamento que acarrete riscos à saúde, ou incentivar a conduta apresentada, quando possível (LOPEZ, et al, 2011; MAIA; SILVA, 2012; SILVA JUNIOR, 2008).

Por conseguinte, quando os profissionais de saúde consideram as diferenças de um modo mais aberto à discussão, permitem-se vislumbrar novas possibilidades, uma vez que elas existem no âmbito da diversidade, considerando que todos nós somos sujeitos da cultura e temos nosso corpo de saberes, valores e tradições, sendo isso refletido também no âmbito das práticas da saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Assim, o cliente-paciente ou o profissional de saúde, não devem ser privados um do conhecimento do outro, mas é preciso estabelecer uma troca mútua de informações, que enriqueça o processo de assistência, as relações interpessoais e a construção da própria individualidade (HERMAN, 2009).

Logo abaixo encontram-se os DSC das IC remanescentes: B; C; E; F; G e I.

DSC B: Não, porque eles não acreditam na eficácia desse tipo de tratamento (IC)

Não, eles acham que remédio assim não presta, acham que não serve pras crianças, que bom mesmo é esses remédios de farmácia, porque eles não acreditam nessas coisas. Vocês não acreditam nessas coisas. Acho também que isso nem se vê em faculdade. Eles querem saber só das nossas doenças,

o que a gente tem, aí passa os remédios deles e só, porque na cabeça deles é o que surte efeito.

DSC C: Sim, quando estava em dúvida sobre algum aspecto do tratamento (IC)

Já, meu filho mais novo é alérgico. Quando ele tá em crise eu gostava de dar lambedor. Aí fui lá e falei: Olha Doutor, eu tô dando uns lambedor assim e assim pra ele, faz mal? Aí ele disse: a senhora para esses remédios de casa e dá o que eu vou passar pra ele. Também quando fiz um tratamento pra minha menina, com um chazinho que minha mãe preparou em casa, fiquei na dúvida se era bom, aí o médico disse que eu parasse e desse só o remédio que ele ia passar, porque era melhor.

DSC E: Já tentei, mas eles não deram atenção (IC)

Uma vez eu tentei, mas ele não me deixou terminar. Disse só que eu não continuasse dando chá pro menino, porque ele ia passar um antibiótico. Quando eu falei que a gente gostava de fazer chá, ele interrompeu e disse que parasse o chá para tomar só o remédio que ele ia passar.

DSC F: Sim, mas fui repreendida(o) e não falei mais (IC)

Já, falei pra doutora que eu dava banho de eucalipto no meu menino e ela disse: “Pelo amor de Deus, isso é um veneno, não dê não”. Eu nem liguei, continuei dando os banho de eucalipto, ele ficou bom e não falei mais nada pra doutora. Também uma vez falei e o doutor brigou comigo, não contei mais. Levei um carão por causa de um lambedor com banha de galinha, o médico disse que não era bom pra criança, que a gente parasse, porque era muito gorduroso. Nunca mais eu quis falar com médico sobre essas coisa, mas continuei dando meus remédio.

DSC G: Não, nunca precisei (IC)

Não, nunca precisei, nunca vi a necessidade disso, nunca precisei falar sobre isso. O médico é ótimo, mas nunca vi importância em falar sobre essas coisas com ele. A gente não conversa sobre essas coisa. É receitar o remédio deles pras criança e tamo resolvido.

DSC I: Não, porque não sei muito (IC)

Não, eu não sei muito. Mal sei pra mim, quem dirá para ensinar pros outros, sei quase nada.

Para a 12ª pergunta, foram identificadas 6 IC, conforme exposto na tabela 10 (abaixo), dentre as 6 IC encontradas, um número de 5 (83,33%) aponta que nenhum profissional de saúde orientou o uso de recursos naturais para o tratamento das doenças comuns na infância ou para outras patologias.

Tabela 10 – Ideias centrais da questão 12 e proporção das respostas de acordo com o sexo.

12ª Questão – Algum profissional de saúde (médico, odontólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, dentre outros) já orientou, durante a realização de consultas, o uso de plantas ou de animais para o tratamento dos sintomas de IRA, diarreia e/ ou anemia, ou outras doenças? Conte como foi.

IDEIAS CENTRAIS		SEXO FEM.		SEXO MASC.	
		n	%	n	%
A	Não, eles acham que esse tipo de tratamento não é eficaz	8	14,81	9	16,66
B	Não, porque eles não têm conhecimento sobre o assunto	11	20,37	5	9,25
C	Não, mas também não discordam	3	5,55	2	3,70
D	Sim, quando é uma doença que pode ser tratada em casa	4	7,40	1	1,85
E	Não, eles não indicam porque a consulta é rápida	6	11,11	1	1,85

F	Não, porque eles não incentivam esse tipo de tratamento	2	3,70	6	11,11
Total de respostas: 54					

Para os entrevistados, a IC que se mostrou mais comum foi a “A – Não, eles acham que esse tipo de tratamento não é eficaz”, sendo aferida no discurso de 16,66% dos homens e 14,81% das mulheres.

Isso implica que, para os homens da comunidade Sto. Antônio, a descrença referente à valorização do uso de recursos naturais para o tratamento de doenças por parte dos profissionais de saúde é mais acentuada, embora a diferença não seja tão pontual.

Entre as mulheres a IC preponderante foi a segunda de maior recorrência em porcentagem total: a “B – Não, porque eles não têm conhecimento sobre o assunto”. Enquanto 20,37% informantes do sexo feminino recorreram a essa IC, apenas 9,25% dos informantes do sexo masculino a relataram em suas entrevistas.

Destaca-se ainda para a 12ª pergunta a IC “F – Não, porque eles não incentivam esse tipo de tratamento”, como a terceira mais recorrente, e a segunda IC mais frequente relatada por pessoas do sexo masculino que participaram da pesquisa, tendo 11,11% dos homens recorrido a essa IC.

Para a IC “D – Sim, quando é uma doença que pode ser tratada em casa”, a única que indica a orientação do profissional ao uso de recursos terapêuticos naturais, apenas 5 participantes do estudo a relataram em seus discursos.

Encontram-se abaixo os DSC gerados das IC mais comuns (A; B e F) entre as respostas para a 12ª pergunta.

DSC A: Não, eles acham que esse tipo de tratamento não é eficaz (IC)

Não, só passa o remédio deles mesmo. Eles acham que o remédio do mato num serve. Eles não querem que a gente use coisa do mato, eles nem acredita, os médico não liga pra isso, porque tudo é só os remédio deles e pronto. Eles não indicam, porque não acham bom, não acreditam que essas coisas tenham efeito, pra eles não têm serventia. Sempre são os xaropes, comprimido, injeção, nada de planta ou de bicho. É só os antibióticos deles e pronto, só remédio de farmácia. A doutora do meu filho mesmo diz que não é bom dar essas coisas pra menino, ela é uma boa médica, mas não acredita que esse tipo de tratamento funcione. Eles (os profissionais de saúde) pensam tudo que é besteira, coisa de gente matuta, sem estudo. Não são todos que pensam assim, mas a maioria pensa. Pra eles não tem efeito, eles não acreditam que serve, eles acham que não presta. Médico acaba não valorizando isso, porque acha que não faz efeito como o remédio industrializado, eles pensam que é tudo perda de tempo da gente.

DSC B: Não, porque eles não têm conhecimento sobre o assunto (IC)

Não, eles nunca indicam nada, mas é porque não sabe, não têm conhecimento, tenho pra mim que eles nem sabem quanto remédio a gente encontra no mato, não devem entender nada sobre isso, porque eles não dominam o assunto. Isso é coisa nossa, do povo antigo, das roça. Quem entende disso é a gente, povo do sítio. Se quiser saber de planta, aprende na roça, não é em posto, em hospital que a gente vai aprender a usar. Esse pessoal que se forma não entende disso de planta, de bicho. Quem sabe disso é quem lida nos mato, na roça, que cresceu no sítio. Esse pessoal mais estudado não sabe. Médico entende de remédio de farmácia, eles conhecem o remédio que eles passam. Talvez eles nem sabem que tem gente que ainda usa isso (plantas e animais para fins medicinais). É mais provável, mais fácil a gente orientar, porque, de verdade, eles não sabem usar essas coisas que a gente usa. Eu que já orientei, porque eles não entende dessas coisa nossa. Como eles não sabem, é mais fácil a gente ensinar, você tira uns pouco que entende. Se eles conhecessem o poder das plantas, não passavam tanto remédio.

DSC F: Não, porque eles não incentivam esse tipo de tratamento (IC)

Não, é difícil profissional que incentive o uso de planta. Acho que nem pode ficar incentivando tomar remédio do mato. Eles passam os antibióticos, os remédios pra febre, mas não orienta planta, porque eles não devem nem gostar que use. Para eles, o remédio deles sempre é melhor. Até briga com quem dá remédio caseiro à criança, tem deles que diz que é veneno, que prejudica. Eles não concordam que a gente use, acha que é errado, que faz mal. Para eles pode prejudicar o tratamento com o remédio deles.

O DSC A, revela a necessidade da desconstrução do pensamento, entre os profissionais de saúde, de que os recursos terapêuticos alternativos não são eficazes em nenhuma circunstância, embora, atualmente, exista um incentivo intenso à integração dessas práticas complementares de cuidado à saúde na atenção básica (BRUNING; MOSEGUI; VIANA, 2012; LUZ; BARROS, 2012; ROSA; CAMARA; BEIRIA, 2011).

Isso acontece pois, geralmente, conforme afirma Figueredo, Gurgel e Gurgel Jr (2014), “a formação dos profissionais de saúde [...] ocorre dentro de uma concepção de que o conhecimento científico é o único confiável por ele ser objetivo, sistemático, crítico, reproduzível” (p. 389).

Lamentavelmente, desse modo, há uma certa ou completa desvalorização acerca do conhecimento tradicional sobre o processo saúde-doença, refletindo-se em aspectos apontados pelo DSC A, onde lemos: “*Eles (os profissionais de saúde) pensam tudo que é besteira, coisa de gente matuta, sem estudo. Não são todos que pensam assim, mas a maioria pensa*” (MELLO, 2011).

Assim, para alguns profissionais de saúde, o uso das plantas medicinais só seria justificado como tratamento complementar ao medicamento sintético prescrito e/ou para fornecer os princípios ativos úteis para a produção de fitofármacos, conforme afirma Figueredo, Gurgel e Gurgel Junior (2014).

Embora ciências como a Etnofarmacologia estejam ancoradas na valorização do saber popular, na busca pela formulação de novos fármacos

mediante a experiência empírica de grupos de indivíduos e de comunidades, com perspectivas promissoras no meio acadêmico, isso parece ser desconsiderado por alguns profissionais das ciências médicas (ALBUQUERQUE, HANAZAKI, 2006; BALBINOT; VELASQUEZ; DÜSMAN, 2013; VIEIRA et al, 2014).

De acordo com o DSC B, o fator limitante é a falta de conhecimento acerca das práticas não convencionais em saúde. Nesse sentido, destaca-se uma pesquisa realizada por Kùlkamp et al (2007) que objetivou investigar o interesse dos alunos de medicina de uma determinada universidade do sul do Brasil com relação à aceitação de práticas terapêuticas não-convencionais.

O resultado foi surpreendente, nesse estudo, onde foram entrevistados 197 estudantes do curso de Medicina, uma representativa porcentagem afirmou que desejaria ter na proposta curricular do curso disciplinas que abordassem a fitoterapia (71,1%) e o uso de chás caseiros (58,9%) (KÜLKAMP et al, 2007).

Entretanto, quando indagados se recomendariam ou apoiariam o uso por seus pacientes, dos 197 discentes entrevistados, 55,3% disseram que recomendariam ou apoiariam o uso de Fitoterapia e 48,7% o uso de chás caseiros. Contudo, para a acupuntura e o yoga a porcentagem foi de 73,1% e 73,6%, respectivamente (KÜLKAMP et al, 2007).

Na pesquisa de Rodrigues e Andrade (2014), os autores afirmam que no Brasil, disciplinas obrigatórias relacionadas com o uso de recursos naturais, tais como as plantas, não constam na formação rotineira de profissionais da saúde, sendo que a maioria deles desconhece as propriedades terapêuticas encontradas em plantas e em animais, inclusive daqueles cientificamente testados.

No estudo mencionado acima, os autores destacam que “apenas 11% das plantas medicinais citadas pelos moradores de Inhamã foram usadas em decorrência de prescrição médica, nenhuma dessas por profissionais do posto de saúde pública local” (RODRIGUES; ANDRADE, 2014, p. 729).

No estudo de Araújo et al (2014), onde foram entrevistados 420 usuários do SUS, teve-se que 97% dos entrevistados afirmaram não receber informações dos profissionais da unidade básica de saúde em que são atendidos sobre a utilização de plantas medicinais.

No entanto, o médico (18%) e o enfermeiro (18%) ainda foram apontados como os profissionais que mais indicaram o uso de plantas medicinais por 3% da população do estudo, ficando à frente, inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (ARAÚJO et al, 2014).

Portanto, com o intuito de preencher as lacunas no saber de profissionais acerca do uso de recursos terapêuticos complementares, bem como de estimular o incentivo calcado no conhecimento e nas ações de educação em saúde para a população, evidenciam-se ações e esforços em perpetuar práticas eficazes, porém não sistematizadas, por meio de ações dirigidas, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, datada de 2006 (BRASIL, 2006a).

Na PNPIC se incluem, em seu escopo: a medicina tradicional chinesa, homeopática e antroposófica, o termalismo social (crenoterapia) e as plantas medicinais (fitoterapia). Nesse âmbito, de acordo com Lima, Silva e Tesser (2014) “[...] a inserção das práticas integrativas e complementares no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população” (p.974).

No PNPIC são elencadas, inclusive, uma série de diretrizes para que haja a superação das dificuldades relacionadas à inclusão de práticas culturalmente aceitas – e condizentes com as diretrizes do programa – nos cuidados à saúde (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014).

Um dos desafios consiste na falta de conhecimento dos usuários acerca do uso desses recursos naturais, assim, nem sempre o emprego de plantas com propriedades terapêuticas, por exemplo, é condizente com as propriedades das espécies, são desconsideradas reações adversas e interações com medicamentos alopáticos e geralmente, utiliza-se a mesma planta para tratar uma infinidade de sintomatologia e quadros patológicos (BRASIL, 2006).

Contudo, além dos entraves comentados, segundo Santos e Tesser (2012), algumas dificuldades existentes para a implantação dessas práticas no SUS são a insuficiência de dados de produção e de pesquisas e as limitações no controle dessas práticas, o que condiciona um processo de expansão lento na rede pública de saúde.

Todavia, no cenário nacional, já despontam estudos que constituem um corpo rico de conhecimentos, fornecendo subsídios que possibilitam, se não elucidar todas as questões relativas ao tema, a formação de uma complexa teia de saberes que direcionam a construção de um senso crítico individual relacionado às práticas de saúde tradicionais e que, provavelmente, terão o seu reflexo no âmbito assistencial, no caso dos profissionais das ciências médicas (ANDRADE; COSTA, 2010; LUZ; BARROS, 2012).

Nesse caso, é mister a disseminação de informações e a produção de pesquisas a respeito do uso correto das plantas medicinais, bem como de outras terapias complementares, de uma forma que possibilite a compreensão da comunidade e dos profissionais de saúde acerca do uso racional desses recursos, ou seja, de uma forma que não acarrete danos (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

Logo abaixo encontram-se os DSC para as IC C; D e E, as IC menos recorrentes nos discursos.

DSC C: Não, mas também não discordam (IC)
<i>Não, eles nunca indicam nada, mas também não disconcordam, nunca falaram mal, não são contra, não brigam porque eu uso. Eles não discriminam quem usa.</i>
DSC D: Sim, quando é uma doença que pode ser tratada em casa (IC)
<i>Já, o médico e o enfermeiro, os dois, quando é uma coisa simples, pra tratar coisinha boba, que passa sendo tratada em casa, como uma gripe, ou só uma tosse, aí eles passam, quando não é nada demais. Mas aí, coisa séria, eles não indicam, não. É mais antibiótico mesmo. Já, teve um menino meu que tava com o dente inflamado, aí foi pro dentista e ele mandou o menino fazer um chá, porque era uma coisa simples.</i>

DSC E: Não, eles não indicam porque a consulta é rápida (IC)

Nada, tudo tão rápido. Até porque a consulta tem que ser rápida, pra dar tempo de atender todo mundo. Eles só prescrevem o que é deles e pronto, não tem esse tipo de orientação pra gente. Mal dá tempo da gente falar, quem dirá deles falar de planta e de bicho. Quando vejo a consulta já terminou, não dá tempo de jogar conversa fora. A consulta acaba num abrir e fechar de olho. Se ele ficar falando disso, eu saio sem a receita do menino.

6.5 Ideias Centrais e DSC – 13ª pergunta

A 13ª pergunta foi direcionada para a finalidade de averiguar como os membros da comunidade Sto. Antônio encaram, atualmente, o uso de preparos caseiros e naturais para o tratamento de doenças comuns na infância.

Frente à modernidade e aos novos recursos possibilitados pela medicina convencional (terapia genética; nanotecnologia; drogas sintéticas, entre outros), mostrou-se relevante identificar o conceito dos informantes acerca do uso de plantas e/ ou animais no contexto contemporâneo vivido pelas práticas de saúde.

Desse modo, tem-se na tabela 11 (abaixo) as IC identificadas para a 13ª pergunta, sendo a pergunta com o maior número de IC isoladas, contabilizando 12 no total.

A IC mais frequente para a 13ª pergunta foi a “F – Importante, porém as pessoas mais jovens estão perdendo o interesse”, sendo relatada por 14,81% de informante do sexo feminino e 11,11% de informantes do sexo masculino.

Posteriormente, identificou-se a IC “B – Importante, porque tem resultado”, como a segunda com o maior número de citações, sendo que recorreram a ela uma parcela expressiva de mulheres (18,51%), enquanto apenas 1,85% de pessoas do sexo masculino a relataram em seus discursos.

Como a terceira IC mais recorrente teve-se a “I – Importante, mas tem que cuidar, senão acaba”, indicando uma preocupação com os recursos da biodiversidade e mencionada por 9,25% de homens e 5,55% de mulheres, com um total de 8 entrevistados.

Tabela 11 – Ideias centrais da questão 13 e proporção das respostas de acordo com o sexo.

13ª – O que você acha da utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento dessas doenças comuns na infância nos dias de hoje? Por quê?

IDEIAS CENTRAIS		SEXO FEM.		SEXO MASC.	
		n	%	n	%
A	Importante, porque é acessível	4	7,40	2	3,70
B	Importante, porque tem resultado	10	18,51	1	1,85
C	Importante, mas só porque tenho fé naquilo uso	5	9,25	3	5,55
D	Importante, porque é o primeiro recurso que utilizamos	4	7,40	1	1,85
E	Importante, porque é uma herança familiar	5	9,25	1	1,85
F	Importante, porém as pessoas mais jovens estão perdendo o interesse	8	14,81	6	11,11
G	Importante, até chegar ao serviço médico convencional	1	1,85	1	1,85
H	Importante, porque não prejudica a saúde	4	7,40	3	5,55
I	Importante, mas tem que cuidar, senão acaba	3	5,55	5	9,25
J	Importante, desde que saiba como usar	3	5,55	1	1,85
K	Importante, desde que não interfira no tratamento prescrito pelo médico	0		1	1,85
L	Importante, mas só para algumas doenças	2	3,70	6	11,11

Total de respostas*: 54

*O discurso de um sujeito pode ter mais de uma ideia central.

Contudo, a IC “L – Importante, mas só para algumas doenças” também foi identificada nos discursos de 8 entrevistados, sendo, mais uma vez – assim como na IC “I” –, os homens como seus maiores representantes, com 11,11% de pessoas do sexo masculino recorrendo a essa IC em seus discursos.

Abaixo estão os DSC gerados para as IC mais recorrentes na 13ª pergunta: F; B; I e L.

DSC F: Importante, porém as pessoas mais jovens estão perdendo o interesse (IC)

Eu considero muito importante, mas agora o pessoal não liga mais pra isso, parece que pouca gente usa. Tudo é médico, o pessoal de hoje só acredita na farmácia, nesses remédios da televisão. Esse povo mais novo não quer saber, digo pelos meus filhos, sente qualquer coisinha quer correr pra posto. Eu acredito muito nas plantas, mas tem gente que prefere comprar remédio pronto, principalmente o povo novo. Esse pessoal todo que mora na cidade também não usa muito. É uma pena que os mais novo não quer saber, prefere comprar já prontinho, mesmo que faça mal à criança. As crianças de hoje são mais doentes, porque as mães dependem mais desses remédios de farmácia. Teve um tempo em que todo mundo se curava com as coisa do mato. A pessoa não pode viver só do remédio de farmácia, no mato tem remédio também, e remédio bom, parece que o povo perdeu mesmo o interesse por esse tipo de remédio. No meu tempo nós tratava no quintal, agora é só farmácia. Tenho medo de pensar que a gente pode ficar sem, se esse pessoal mais novo não quer saber de nada, não se importa de cultivar, de plantar, não sei como que vai ser! Eu digo pra esses menino aprender a usar os remédio que a gente tem no quintal, não ficar dependendo só de remédio de doutor, mas esse povo não quer saber.

DSC B: Importante, porque tem resultado (IC)

Importante, a gente tá vendo resultado. É o que nós usa aqui e funciona. Eu digo até que é bom demais, porque presta. Nas folhas que a gente encontra remédio pra tudo. Cura tudo que é doença que a gente pode imaginar. É muito bom, pode tomar pra tudo, tudo no mundo, que presta! A gente tá com o menino doente, dá aquele remédio e ele fica bom, é porque deu resultado. As vezes o médico passa um medicamento, você pode é tomar, mas não dá resultado. Aí você faz um do mato e dá resultado. Agora eu fazer um remédio, e os menino não ficar bom, aí não uso mais. Vale a pena, se muita gente diz e você usa, e dá certo, é porque é bom. Serve muito, mais que remédio industrializado. Remédio bom é remédio que presta.

DSC I: Importante, mas tem que cuidar, senão acaba (IC)

É importante demais, mas a gente não pode tirar tudo, só o pequi a gente pode tirar da Serra. Tem coisa que se a gente tirar hoje vai preso, porque dizem que vai acabar, por isso precisa cuidar, porque senão se acaba. Isso aqui, as planta, é tudo pra gente. A gente preserva, porque sabe que precisa. Tudo tá na natureza, no nosso chão, na roça, a gente tem que cuidar, pra nunca faltar. A gente tem que zelar pelas planta, cuidar delas, nossa herança pro nossos filho é essa, o que tá na terra. As plantas são o recurso que a gente tem aqui, tem que cuidar, cuidar que dure. Eu sei que Deus deu as plantas pra usar, por isso também tem que cuidar.

DSC L: Importante, mas só para algumas doenças (IC)

Pra algumas doenças até que serve, mas tem coisa que a pessoa deve correr é pro hospital, não tratar em casa. A não ser que seja uma bobagem, uma febrinha, nariz entupido, essas coisas. Tem umas doenças que não adianta ficar dando chá, lambedor, tem que entrar com remédio mesmo. Não pode tomar só essas coisas do mato, tem problema que só remédio de verdade resolve. Hoje tem outros recursos que a gente pode se valer pra tratar doença mais séria nas crianças, pra coisa mais complicada tem outros remédios que a gente pode usar e sem medo. Se for coisa séria, séria mesmo, tem que ir pro médico. Quando o problema é grave eu sinceramente não acredito que remédio de mato resolva.

No caso da IC F, onde se destaca a falta de interesse dos mais jovens, sabe-se que inúmeras pesquisas, há algum tempo, têm apontando para essa realidade. Por exemplo, em um estudo realizada por Araújo et al (2009) foi destacado o perfil sócio-econômico-cultural dos ervanários da cidade de Maceió, sendo entrevistados 46 raizeiros.

Nesse estudo tem-se uma observação pertinente feita pelos autores, comparando os achados de outras pesquisas realizadas na mesma década:

“Em trabalho desenvolvido [...] em comunidades rurais da Bahia, observou-se que menos de 30,00% das pessoas tinham o hábito de passar seus conhecimentos aos jovens [...] indivíduos com mais de 40 anos apresentavam um conhecimento sobre plantas medicinais cerca de 80% maior em relação àqueles com idade inferior no distrito de Martim Francisco, Mogi-Mirim, SP. O desinteresse das gerações mais novas poderá representar um sério risco de perda de informações valiosas no tocante aos recursos vegetais medicinais da flora brasileira.” (ARAÚJO, *et al*, 2009, p. 87).

Na pesquisa de Monteiro et al. (2000) também foram perceptíveis distinções significativas na quantidade de conhecimento entre jovens e pessoas mais velhas.

Nesse sentido, o mesmo fenômeno é observado no estudo de Almeida et al (2010), onde tem-se uma correlação entre o fator idade, com o número de citações e de indicações para as plantas ($p < 0,05$).

Nos achados de Baptistel et al (2014) destacou-se que pessoas de idade mais avançada citaram um maior número de plantas quando comparadas as pessoas mais jovens.

Nesse âmbito, Baptistel (2014) cita a ‘erosão do conhecimento’ (migração para os centros urbanos), bem como a “aculturação” (falta de identificação com fatores culturais intrínsecos e influências externas), como fatores que podem contribuir e explicar as diferenças apresentadas entre os conhecimentos expressos por faixas etárias.

Ainda outras razões apontadas são: a influência de outras culturas, a modernidade e o acesso facilitado aos medicamentos alopáticos em unidades básicas de saúde, por exemplo (GUARIM NETO; CARNIELO, 2007).

A preocupação expressa pelo eu-inchado do DSC I, traduzindo-se na IC “I – Importante, mas tem que cuidar, senão acaba”, evoca o discurso contundente dos biólogos de conservação.

Esses profissionais buscam lidar com a crise vivida pela biodiversidade, utilizando meios de pesquisa básica e aplicada para evitar a crescente perda da diversidade biológica, evidente através das taxas de extinção e dos riscos potenciais da poluição do ar e da água; da mudança climática global e da superexploração (MIRANDA, 2008; PRIMACK; RODRIGUES, 2001).

A biologia da conservação destaca ainda que as contribuições alcançadas no campo da bioprospecção existem porque há recursos disponíveis para concebê-las. Nesse sentido, frisam a importância em estabelecer políticas de preservação da biodiversidade (PRIMACK; RODRIGUES, 2001).

Por sua vez, a IC B “Importante, porque tem resultado”, remete-nos a IC D da 9ª questão: “É bom, porque funciona”. Esse caráter reducionista, utilitarista e prático referente ao uso de plantas medicinais, associando apenas ao resultado alcançado, não traduz de forma integral os motivos pelos quais comunidades inteiras valem-se do uso de plantas medicinais, pois essas razões são mais amplas, envolvendo aspectos culturais e de reafirmação (HELMAN, 2009).

Todas as práticas que compõem a Medicina Rústica brasileira atravessaram séculos e hoje podem ser observadas na contemporaneidade, permanecendo vivas no imaginário popular e no cotidiano de grupos populacionais rurais ou urbanos, ou seja, no contexto da sociedade moderna em sua totalidade, como herança e parte constituinte da sociobiodiversidade de diferentes povos que aqui habitaram e desenvolveram suas relações sociais, costumes e crenças (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Pode-se raciocinar que essa herança cultural ainda é praticada, sentida e vivenciada – mesmo diante dos incontestáveis avanços na Medicina Moderna – porque a cultura tem um valor em si próprio, tem caráter dinâmico, assume formas diferentes, tem potencial para ser modificada, contudo preservando sua essência inerente e traços peculiares de um dado contexto onde ela é firmada, estabelecendo um encadeamento de influências recíprocas que atinge as diversas camadas da sociedade (GINZBURG, 1987).

O conceito da IC L: “Importante, mas só para algumas doenças”, é defendido por Rodrigues e Andrade (2014), em sua pesquisa os autores afirmam que, embora a prescrição de medicamentos alopáticos seja imprescindível para o tratamento de doenças graves ou agudas, doenças recorrentes e de menor gravidade, tais como: diarreias e gripes, podem ser tratadas apenas com a prescrição de plantas medicinais.

Desse modo, de acordo com os autores, programas de saúde voltados para o uso de plantas medicinais, tais como o PNPCI, são um incentivo governamental para o uso e o cultivo de espécies com propriedades medicinais e auxiliariam na preservação e manutenção do conhecimento tradicional (RODRIGUES; ANDRADE, 2014).

Para as IC menos frequentes, a saber: A; C; D; E; G; H; J e K, os DSC gerados encontram-se transcritos abaixo:

DSC A: Importante, porque é acessível (IC)
<i>Eu acho importante. É uma coisa que tá no quintal da gente. É bom e barato. A gente tem mais perto e funciona tão bem quanto essas coisas de farmácia. Às vezes você tem o próprio remédio dentro de casa e remédio pronto é muito mais caro e não é bom como o do mato. Sem esses remédios caseiros ia ficar difícil pra gente, remédio é tudo caro, e é longe.</i>
DSC C: Importante, mas só porque tenho fé naquilo uso (IC)
<i>Importante, eu gosto muito de fazer uso da planta medicinal, porque eu tenho fé nas plantas que eu uso. É o tipo de remédio que só serve quando a gente acredita que vai funcionar. É bom só pra quem tem fé, aí cura tudo pra gente tem fé naquilo que faz. Nossa fé é o que vale, é o que cura. Se eu acredito que</i>

aquela planta pode curar meu filho, ela cura, se eu tenho fé, rezo pra ela curar. Planta é vida, tudo que vem do mato tem a bênção de Deus, ele que fez pra gente tirar os remédios da criação Dele e não das coisas de homem, por isso tenho fé que serve.

DSC D: Importante, porque é o primeiro recurso que utilizamos (IC)

Importante demais, a gente não anda em médico, antes de ir para o médico a gente procura o remédio do mato. A gente só procura outros recursos quando as plantas não funcionam como a gente espera. Primeiro nossas plantinha, nossa mãe criou a gente assim. Acho que é por isso que até hoje a gente sabe das coisas. Não sei o que seria de mim e dos meus filhos sem as plantas, remédio caseiro vem em primeiro lugar aqui em casa. Em primeiro lugar os remédio do nosso quintal.

DSC E: Importante, porque é uma herança familiar (IC)

Muito importante, é uma herança nossa, a gente não perde isso, a gente é do mato e vive das coisa da terra e se cura das coisa da terra. Vale demais, a gente foi criado assim por nossa mãe e a gente quer criar nossos filhos assim. Tem muito valor aqui, principalmente para os idosos, eles sabem só tudo, e ensina pra gente o que é bom. Se eu for mãe, pretendo usar com os meus filhos, passar o que sei pra eles. É tão importante pra gente, a gente não só faz, mas ensina pra quem é ainda novo, pra eles aprender o que a gente sabe. Faz parte da gente, ainda bem que eu aprendi ainda novinha. Quando eu tiver meus filhos eles vão usar também remédio do mato.

DSC G: Importante, até chegar ao serviço médico convencional (IC)

Vale muito, às vezes, tipo a noite, não dá tempo de correr para o médico. Aí você vai, prepara o chá e dá pra criança, enquanto não chega no hospital. Quando as criança tem uma tosse feia, um cansaço, até amanhecer vai se virando com os remédio que tem, no quintal.

DSC H: Importante, porque não prejudica a saúde (IC)

Importante, você vê que é uma coisa que não tem química, não passa por processo nenhum e nem tem contraindicação de jeito nenhum. Não faz mal pra nada. Não causa nada de ruim aos menino. Esses remédio de indústria, cuida de uma coisa e ataca outra. Remédio de mato é remédio bom, não agride

<i>nada. Remédio do mato é o único que não faz mal pra gente. Não tem os efeitos ruins dos remédios que são comercializados. Faz mais bem à saúde que esses remédio industrializado, porque não tem efeito colateral.</i>
DSC J: Importante, desde que saiba como usar (IC)
<i>Acho muito importante, desde que a gente saiba usar. Desde que você saiba fazer direito. Remédio pra tudo que você possa imaginar tá no mato, é só procurar e saber fazer. Tudo tá na roça, mas tem que saber usar.</i>
DSC K: Importante, desde que não interfira no tratamento prescrito pelo médico (IC)
<i>Desde que não prejudique o tratamento passado pelo médico, é importante.</i>

6.6 Perspectivas para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas, Diarreias e Anemia no contexto da saúde pública brasileira

Nos Estados Unidos, uma pesquisa apontou que 36% das crianças utilizam algum tipo de tratamento não-convencional, sendo o uso da medicina herbária o mais comum (LOPES, et al, 2014).

Ainda segundo Lopes et al (2014), no Brasil, 25% dos produtos farmacêuticos vendidos de 1996 até 2001 são derivados de produtos naturais, sendo que o uso de plantas medicinais para o manejo dos sintomas de doenças respiratórias, muitas vezes, é encarado como tratamento de primeira linha.

No âmbito da saúde pública brasileira, especificamente considerando o SUS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), colabora com o incentivo para a inclusão e o uso racional de recursos naturais no tratamento de diversas patologias (BRASIL, 2006^a; SANTOS, et al, 2011b).

Assim, o incentivo ao uso desses recursos naturais, inclusive para uma abordagem sintomatológica das IRA, vem apresentando um crescimento vertiginoso nas duas últimas décadas (BARROS, 2006).

Nesse aspecto, focando a estratégia de Atenção Integral à Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), pode-se observar essa tendência nos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde.

Por exemplo, nos casos relacionados às IRA, o manual, no módulo 4, orienta: “Convença-a (a mãe/responsável da criança) da importância de usar medidas caseiras em lugar dos medicamentos convencionais. Seja claro em sua explicação” (BRASIL, 2003a, p.20).

Até mesmo quando a criança apresenta o quadro diagnóstico de Pneumonia, os profissionais de saúde são incentivados a estimular o uso das chamadas “medidas caseiras”, que podem ser, além do aumento da oferta de líquidos, no caso específico das IRA: mel de abelha ou outras medidas culturalmente aceitas (BRASIL, 2003a).

O manual AIDPI também desencoraja o uso de “remédios” considerados nocivos, tais como: antiinflamatórios, sedativos da tosse, expectorantes, descongestionantes nasais ou orais e antigripais (BRASIL, 2003a).

Nos casos de Diarreia, o tratamento domiciliar não apregoa o uso de medidas caseiras tais como chás, mas incentiva que as mães/responsáveis das crianças administrem o soro de reposição oral (SRO), além de otimizar a oferta de líquidos, preconizando o soro de preparação caseiro e a água potável, além de incentivar o uso da “água de arroz” e de “caldos” (BRASIL, 2003a).

Para o manejo da Anemia, decorrente de deficiências nutricionais, a estratégia foca principalmente na administração de suplementos de ferro orais, bem como o uso do mebendazol. Contudo, os profissionais de saúde são incentivados a avaliar a alimentação da criança e realizar um levantamento dos alimentos que são acessíveis à família (BRASIL, 2003b).

Vale destacar que, no manual AIDPI, há o estímulo da oferta diária de carne e de vísceras para crianças com anemia, pois eles possuem ferro de melhor valor biológico. Entre os alimentos citados estão a beterraba, o fígado e o feijão (BRASIL, 2003b).

Assim, embora o Manual AIDPI tenha sido publicado em 2003, e o PNPCI seja de 2006, já se observava em alguns aspectos a consideração e indicação de medidas caseiras empregados por mães/responsáveis como tratamento auxiliar para algumas condições patológicas (ISERHARD, et al, 2009).

Isso, inclusive, corrobora com o que foi publicado em 2006 nas diretrizes para a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), assim, tem-se que a diretriz nº 10 recomenda justamente "Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e 'remédios caseiros'" (BRASIL, 2006b, p. 22).

Ressalta-se ainda que na Biblioteca Virtual em Saúde os manuais disponibilizados estão datados de 2003, exceto o manual AIDPI para neonato, o que indica a necessidade de revisão do conteúdo e ajuste, se necessário, de algumas condutas para o manejo das doenças prevalentes na infância.

Com a gradual implementação da PNPCI, e a publicação de novos estudos, acredita-se que a tendência é que essas vertentes culturais passem a ser mais valorizadas por profissionais de saúde na prática assistencial, em especial na atenção básica (BARROS, 2006a).

CAPÍTULO

7

Principais Resultados
&
Considerações Finais

7 PRINCIPAIS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado na comunidade Sto. Antônio (Barbalha – CE) evidenciou que uma parcela significativa dos entrevistados relataram utilizar frequentemente plantas e/ ou partes de animais para tratar e prevenir doenças. Além disso, de acordo com os informantes, a forma de transmissão de conhecimento mais recorrente foi a oral, tendo os familiares como difusores protagonistas desse processo, em especial as mães, as avós e os pais.

Para o tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em crianças foram citadas 38 espécies, que teriam efeito sob uma gama de sintomas, – tais como febre, tosse, tosse com secreção, inflamação da garganta, rouquidão, cansaço e congestão nasal – bem como agiriam eficazmente diante de patologias respiratórias específicas, como a faringite; bronquite e a pneumonia.

No que tange às doenças diarreicas foi relatado o uso de 21 espécies. No entanto, para esse agravo de saúde, não foram apontadas espécies animais. Em contrapartida, para o tratamento da Anemia decorrente de deficiências nutricionais na infância foi indicado pelos participantes da pesquisa o uso possível de 15 espécies.

Para todas as espécies de plantas citadas no estudo, dos 3 agravos em saúde considerados pela pesquisa, a parte mais utilizada foram as folhas, e o tipo de preparo mais comum foi o chá, que se apresentou sob duas formas: infusão e decocto.

Considerando que um número expressivo de informantes mencionou mais de uma espécie por agravo considerado, foi calculada a *Relative Frequency of Citation* (RFC) -Frequência relativa de citação, podendo indicar quais espécies eram mais utilizadas para o tratamento de IRA; Diarreia e Anemia.

Para o tratamento de IRA em crianças, as espécies mais citadas foram todas vegetais, sendo elas: *Ocimum basilicum* L. (0,59); *Eucalyptus globulus* Labill (0,59); *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng (0,42); *Hyptis suaveolens* (L.) Poit. (0,24); *Allium aescalonicum* L. (0,22) e *Mentha arvensis* L. (0,18).

Para as doenças diarreicas foram mais citadas pelos informantes: *Egletes viscosa* (L.) Less (0,40); *Plectranthus barbatus* Andrews (0,38); *Psidium guajava* L. (0,33); *Carica papaya* L. (0,22) e *Lippia alba* (M.) N.E. Br. (0,20).

Considerando a Anemia ferropriva em crianças, as espécies mais indicadas pelos entrevistados foram: *Beta vulgaris* L. (0,40); *Bos Taurus* (0,24); *Phaseolus vulgaris* L. (0,24); *Croton campestris* St Hil (0,14); *Malpighia emarginata* DC. (0,12) e *Stryphnodendron coriaceum* Benth (0,09). Frisa-se que, somente para a Anemia, uma espécie animal figurou entre as mais citadas (*Bos Taurus*).

Quando utilizado o teste do Qui-quadrado e a razão de verossimilhança para comparar o conhecimento esboçado entre homens e mulheres referente ao uso de recursos naturais, teve-se significância estatística real apenas quando se considerou o número de espécies citadas por ambos os sexos para as doenças diarreicas na infância ($p = 0,041$).

Aplicando os mesmos testes estatísticos para comparar o conhecimento entre os informantes mais velhos e mais jovens da amostra, só houve associação significativa entre a idade e o número de espécies citadas quando considerada as IRA ($p = 0,000$).

Um dado significativo foi o fato dos idosos da comunidade não terem tido representação no grupo de citação que envolve um número igual ou superior a 9 espécies diferentes relatadas para as IRA.

Os idosos figuraram preponderantemente no grupo de citação que compreende de 3-5 espécies, sendo que 40% dos idosos entrevistados na faixa etária de 76-90 anos mencionaram apenas um número de espécies diferentes igual ou inferior a 2.

Após a realização dos testes de hipóteses, foi aplicado o método de análise de dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a fim de responder às questões subjetivas levantadas para o estudo.

Relativo ao resultado do tratamento para as doenças prevalentes na infância com o uso de plantas e/ ou de animais, foram identificadas 10 IC distintas. A IC mais frequente no discurso dos sujeitos da pesquisa foi a “D – É bom, porque funciona”, a segunda foi a “C – É bom, o remédio caseiro é melhor do que o remédio da farmácia”, e a terceira IC mais relatada foi a “B – É bom, as plantas só fazem mal quando não se sabe usar”.

Quando indagados, na pergunta 10^a, se já substituíram o medicamento prescrito pelo uso de remédios caseiros, os informantes apresentaram como IC recorrente a “G – Não, mas uso o medicamento prescrito e o remédio caseiro junto”.

Como segunda IC mais recorrente para a 10^a pergunta tem-se a “F – Sim, porque os medicamentos prescritos pelo médico têm efeitos adversos” e a terceira IC mais mencionada foi a “B – Não, o que o médico passa eu confio”.

Na 11^a pergunta procurou-se saber se os entrevistados conversavam com profissionais de saúde sobre o uso de plantas ou de partes de animais no tratamento das doenças de seus filhos, a IC preponderante foi a “A – Não, porque eles não perguntam, não demonstram interesse”.

Conseqüentemente, a 12^a pergunta buscou investigar se os profissionais de saúde orientaram, em algum momento, o uso de plantas ou de animais para o tratamento de doenças, para essa pergunta a IC mais relatada foi “A – Não, eles acham que esse tipo de tratamento não é eficaz”.

Finalizando os resultados obtidos, a 13^a pergunta tinha por finalidade averiguar de que modo os informantes da pesquisa encaram o uso de preparos

caseiros e naturais para o tratamento de doenças comuns na infância na atualidade. Desse modo, notou-se que a IC mais frequente para a 13ª pergunta foi a “F – Importante, porém as pessoas mais jovens estão perdendo o interesse”.

Com respeito aos resultados apresentados, a pesquisa evidenciou que considerar aspectos culturais na abordagem assistencial à saúde da criança é relevante, e que, de modo geral, é uma conduta valorizada pelos moradores da comunidade tradicional Sto. Antônio.

Além disso, a consideração de cuidados culturalmente aceitos pode ser encarada como uma ponte segura para o estabelecimento de uma melhor comunicação, com potencial para direcionar todo o curso terapêutico da doença.

Nesse sentido, frisa-se que, conforme observado, os aspectos e práticas do saber popular podem ser um importante aliado na busca por uma assistência mais eficaz à saúde da criança, emergindo alternativas diversas, que, conforme foi demonstrado, em muitos casos possuem validação científica.

Todavia, quando esses aspectos culturais tornam-se desconhecidos, negligenciados ou vituperados pelos profissionais de saúde, durante as consultas ou visitas domiciliares, eles podem configurar-se em uma barreira intransponível, que prejudica a adesão ao plano terapêutico e, conseqüentemente, as condições gerais de saúde e restabelecimento da criança.

Desse modo, os profissionais de saúde são incentivados a englobar em sua prática assistencial, condutas que possibilitem um maior contato com as culturas locais. Sendo possível, assim, mensurar que recursos são utilizados e de que forma eles podem interferir na terapêutica prescrita.

Além disso, os profissionais das ciências médicas devem mostrar-se atentos às novas abordagens, alternativas e cuidados em saúde, ampliando seu leque de conhecimentos e expandido sua atuação para além do saber sistematizado, conferindo, desse modo, uma assistência verdadeiramente integral em saúde.



Referências

REFERÊNCIAS

ABERA, Balcha. Medicinal plants used in traditional medicine by Oromo people, Ghimbi District, Southwest Ethiopia. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, London, v. 10, 2014.

AGUIAR, L.C.G.G.; BARROS, R.F.M. Plantas medicinais cultivadas em quintais de comunidades rurais no domínio do cerrado piauiense (Município de Demerval Lobão, Piauí, Brasil). **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 14, n. 3, 2012.

ALAM, N. et al. Indigenous knowledge of medicinal plants of Chagharzai valley, district Buner, Pakistan. Indigenous knowledge of medicinal plants of Chagharzai valley, district Buner, Pakistan. **Pakistan Journal of Botany**, Karachi, v. 43, n. 2, 2011.

ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 12, n. 3, Sept. 2010.

ALBUQUERQUE, Roberto L. de et al. Diterpenos tipo abietano isolados de *Plectranthus barbatus* Andrews. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 30, n. 8, 2007.

ALBUQUERQUE, Ulysses P; ALMEIDA, Cecília FCB; MARINS, Joelma FA (org.). **Tópicos em Conservação, Etnobotânica e Etnofarmacologia de Plantas Medicinais e Médicas**. 1 ed. Recife: NUPEEA, 2005. 286p.

ALBUQUERQUE, Ulysses Paulino de; HANAZAKI, Natália. As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 16, supl. 2006.

ALBUQUERQUE, Ulysses Paulino; LUCENA, Reinaldo Farias de Paiva; CUNHA, Luiz Vital Fernandes Cruz da (org.). **Métodos e Técnicas na pesquisa Etnobiológica e Etnoecológica**. Recife: NUPEEA, 2010. 559p.

ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. **Medicina Mestiça: Saberes e Práticas Curativas nas Minas Setecentistas**. São Paulo: Annablume, 2010. 184p.

ALMEIDA, Cecília de Fátima Castelo Branco Rangel de et al. Intracultural Variation in the Knowledge of Medicinal Plants in an Urban-Rural Community in the Atlantic Forest from Northeastern Brazil. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, New York, v. 2012, 2012.

ALMEIDA, Cybele E. et al. Analysis of antidiarrhoeic effect of plants used in popular medicine. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 6, 1995.

ALMEIDA, Tiago Silva de. **Estudo químico e avaliação da atividade antioxidante *in vitro* de *Croton Campestris* a. St-hill**. Crato: URCA, 2012. 103f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Química Biológica. Universidade Regional do Cariri, Crato, 2012.

ALVES, Andréa Regiani; SILVA, Maria Júlia Paes da. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, 2003.

ALVES, Rômulo R.N; ALVES, Humberto N. The faunal drugstore: Animal-based remedies used in traditional medicines in Latin America. **J Ethnobiol Ethnomed.**, London, v. 7, n. 9, 2011.

ALVES, Rômulo Romeu da Nóbrega; SOUTO, Wedson de Medeiros Silva; MOURÃO, José da Silva (Org). **A Etnozootologia no Brasil: Importância, Status Atual e Perspectivas**. 1 ed. Recife: NUPEEA, 2010. 550p.

AMIRIA, Sadegh; JOHARCHIB, Mohammad Reza; YAZDIC, Mohammad Ehsan Taghavizadeh. Ethno-Medicinal Plants Used to Cure Jaundice by Traditional Healers of Mashhad, Iran. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, Tehran, v. 13, n. 1, 2014.

ANDRADE, Jaily Kerller Batista de et al. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no município de Poço de José de Moura – PB. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Mossoró, v. 8, n.4, 2013.

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2010.

ANDRADE, Sanderley Emanuel Oliveira de et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade várzea comprida dos oliveiras, pombal, paraíba, brasil. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Mossoró, v. 7, n. 3, 2012.

ANGULO C., Andrés Felipe; ROSERO R., Ricardo Andrés; GONZALEZ INSUASTI, Martha Sofía. Estudio etnobotánico de las plantas medicinales utilizadas por los habitantes del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. **Rev Univ. salud.**, Pasto, v. 14, n. 2, 2012.

ARAUJO, A.C. et al. Caracterização socio-econômico-cultural de raizeiros e procedimentos pós-colheita de plantas medicinais comercializadas em Maceió, AL. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 11, n. 1, 2009.

ARAÚJO, Alceu Maynard. **Medicina Rústica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 380p.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; GOES, Lourdes. Compreensões integradas para a vigilância da saúde em ambiente de floresta: o caso da Chapada do Araripe, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007.

AZEREDO, Catarina Machado et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2013.

AZEVEDO, N.R. et al. Chemical variability in the essential oil of *Hyptis suaveolens*. **Phytochemistry**, New York, v. 57, n. 5, jul. 2001.

BADKE, Marcio Rossato et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, 2012.

BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P.G.; DUSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro - Paraná. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 4, supl. 1, 2013.

BANDEIRA, J.M et al. Composição do óleo essencial de quatro espécies do gênero *Plectranthus*. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 13, n. 2, 2011.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2002.

BARROS, Nelson Filice de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen De. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, 2007.

BARROS, Nelson Filice. **A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. 311p.

BAPTISTEL, A.C et al. Medicinal Plants used in the Community Santo Antônio, city of Currais, Southern Piauí, Brazil: na ethnobotanical approach. **Rev. bras. Plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 2, 2014.

BATISTA, José M. M. et al. Molecular identification and phylogenetic analysis of *Egletes viscosa* (L.) Less., a traditional medicinal plant from Northeastern Brazil. **J. Braz. Chem. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 5, 2012.

BBC/ UK. **Ilustration of *Beta Vulgaris* L.** Available from: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/11/141106_beterraba_proteina_sangue_estudo_mv> access on 8 jan. 2015.

BENICIO, Maria Helena D'Aquino; MONTEIRO, Carlos Augusto. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2000.

BEZERRA, Juliana Fernanda Tavares. **Uso de animais medicinais no município de Barra de Santana, Estado da Paraíba**. Campina Grande: UEPB, 2011. 28f. Monografia. Departamento de Biologia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

BITENCOURT, Bruna Letícia Gentil; LIMA, Pedro Glécio Costa; BARROS, Flávio Bezerra. Trade and use of plants and animals of importance magical/religious and medicinal in market of Guamá, city of Belém, state of Pará. **Revista FSA**, Teresina, v.11, n.3, 2014.

BORGES, Rodrigo; PEIXOTO, Ariane Luna. Conhecimento e uso de plantas em uma comunidade caiçara do litoral sul do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2009.

BORTOLINI, Gisele Ane; VITOLO, Márcia Regina. Impacto de orientação dietética sistemática no primeiro ano de vida nas prevalências de anemia e deficiência de ferro aos 12-16 meses. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 1, 2012.

BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação. Módulo 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação. Módulo 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente (MMA). **Desenvolvimento Rural – Povos e Comunidades Tradicionais**. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/perguntas-frequentes?catid=16>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

BRASILEIRO, Beatriz Gonçalves et al. Plantas Medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2008.

BRITO JUNIOR, Francisco E. et al. Antiulcerogenic Activity of the Hydroalcoholic Extract of Leaves of *Croton campestris* A. St.-Hill in Rodents. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, New York, v. 2013, 2013.

BRITO, Luiz Sérgio Moreira; PERINOTTO, André Riani Costa. Difusão da ciência no Geopark Araripe, Ceará, Brasil. **Anu. Inst. Geocienc.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2012.

BRUNING, M.C.R.; MOSEGUI, G.B.G.; VIANA, C.M.M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 17, n. 10, 2012.

CÂMARA, Filipe Gago da. **Estatística não-paramétrica: Teste de Hipóteses e Medidas de Associação**. Ponta Delgada: UAC, 2009. 121 f. Monografia. Departamento de Matemática. Universidade dos Açores, Ponta Delgada, 2009.

CAMPOS, Eduardo. **Medicina Popular do Nordeste: Superstições, Crençices e Mezinhas**. 3. Ed. Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1967.

CARDOSO, Andrey Moreira. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, 2010.

CARNEIRO, Fabíola B. et al. Variação da quantidade de β -cariofileno em óleo essencial de *Plectranthus amboinicus* (Lour.) Spreng., Lamiaceae, sob diferentes condições de cultivo. **Rev. bras. farmacogn.**, Curitiba, v. 20, n. 4, 2010.

CAVALCANTI, Deyvson Rodrigues; ALBUQUERQUE, Ulysses Paulino Albuquerque. The "Hidden Diversity" of Medicinal Plants in Northeastern Brazil: Diagnosis and Prospects for Conservation and Biological Prospecting. **Evid Based Complement Alternat Med.**, Oxford, v. 2013, 2013.

CEOLIN, Teila et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, 2011.

CHALHOUB, Sidney, et al. **Artes e Ofícios de Curar no Brasil: Capítulos de História Social**. Campinas: Unicamp, 2003.

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, Mar. 2005.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CHAVES, E.M.F.; BARROS, R.F.M. Diversidade e uso de recursos medicinais do carrasco na APA da Serra da Ibiapaba, Piauí, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 14, n. 3, 2012.

COSTA, M.C.C.D. Uso popular e ações farmacológicas de *Plectranthus barbatus* Andr. (Lamiaceae): revisão dos trabalhos publicados de 1970 a 2003. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.8, n.2, 2006.

COSTA, Ryan dos S. et al. Produtos naturais utilizados para tratamento de asma em crianças residentes na cidade de Salvador-BA, Brasil. **Rev. bras. farmacogn.**, Curitiba, v. 20, n. 4, 2010.

COSTA, V.P; MAYWORM, M.A.S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 13, n. 3, 2011.

CUNHA, Simone Alves da; BORTOLOTTI, Ieda Maria. Etnobotânica de Plantas Medicinais no Assentamento Monjolinho, município de Anastácio, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 25, n. 3, 2011.

DUMINELLI, Cássio Renê et al. Crescimento inicial de beterraba (*Beta vulgaris* L.) submetida à aplicação de extrato de pinhão manso. **Acta Iguazu**, Cascavel, v.2, n.4, 2013.

ENRIQUEZ VAZQUEZ, Patricia et al. Uso medicinal de la fauna silvestre en los altos de Chiapas, México. **INCI**, Caracas, v. 31, n. 7, 2006.

FEIJO, A.M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 14, n. 1, 2012.

FEIJO, E.V.R.S. et al. Levantamento preliminar sobre plantas medicinais utilizadas no bairro Salobrinho no município de Ilhéus, Bahia. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 4, 2013.

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos; CAMPOS, Mirelle Dias; LANA, Francisco Carlos Félix. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010.

FERNANDES, José Martins et al. Etnobotânica de Leguminosae entre agricultores agroecológicos na Floresta Atlântica, Araponga, Minas Gerais, Brasil. **Rodriguésia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, 2014.

FERREIRA, Flávia M. C.; LOURENÇO, Fagner J. de; BALIZA, Danielle P. **Ethnobotanical survey of medicinal plants in maroon community Carreiros, Mercês - Minas Gerais**. Revista Verde (Pombal), Pombal, v. 9, n. 3. 2014.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2013.

FIGUEIREDO, Marília Z. A; CHIARI, Brasília M; GOULART, Bárbara N. G. de. Discourse of Collective Subject: a brief introduction to a qualitative-quantitative research tool. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2013.

FIGUEIREDO, Patrícia Rosane Leite de. **Influência do óleo fixo da polpa de *Caryocar Coriaceum* Wittm. sobre o perfil lipídico em modelo animal**. Crato: URCA, 2012. 144f. Dissertação. Departamento de Química Biológica. Universidade Regional do Cariri, Crato, 2012.

FIGUEREDO, Climério Avelino de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008.

FORNAZARI, Denise Helena; MELLO, Debora Falleiros de; ANDRADE, Raquel Dully. Doenças respiratórias e seguimento de crianças menores de cinco anos de idade: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, 2003.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, 2004.

FREITAS, Ana Valeria Lacerda et al. Plantas medicinais: um estudo etnobotânico nos quintais do Sítio Cruz, São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil. **R. bras. Bioci**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, 2012.

FREITAS, Ana Valéria Lacerda; COELHO, Maria de Fatima Barbosa. Os "remédios do mato" por especialistas locais da comunidade São João da Várzea, Mossoró, RN, Brasil. **Interações**, Campo Grande, v. 15, n. 2, Dec. 2014.

FREITAS, Jussara Costa de; FERNANDES, Marcus Emanuel Barroncas. Uso de plantas medicinais pela comunidade de Enfarrusca, Bragança, Pará. **Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi Cienc. Nat.**, Belém, v. 1, n. 3, 2006.

FUCEME – Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos. **Produtos e Serviços (Meio Ambiente – Solo)**. Disponível em: <<http://www.funceme.br/index.php/areas/meio-ambiente/solos>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

GANDOLFO, Elisa Serena; HANAZAKI, Natália. Etnobotânica e urbanização: conhecimento e utilização de plantas de restinga pela comunidade nativa do distrito do Campeche (Florianópolis, SC). **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 25, n. 1, 2011.

GIBBONS, Jean Dickinson; CHAKRABORTI, Subhabrata. **Nonparametric Statistical Inference**. 4 ed. New York: Marcel Denker, 2003.

GINZBURG, Carlo. **O Queijo e Os Vermes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. 272p.

GINZBURG, Carlo. **O Queijo e Os Vermes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

GIRALDI, Mariana; HANAZAKI, Natalia. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2010.

GOMES, Thiago Bezerra; BANDEIRA, Fábio Pedro Souza de Ferreira. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 26, n. 4, 2012.

GÓMEZ-ESTRADA, H. et al. Folk Medicine in the Northern Coast of Colombia: An Overview. **J Ethnobiol Ethnomed**. London, v. 7, n. 27, 2011.

GONCALVES, Flávia A. et al. Antibacterial activity of *Psidium guajava* Linnaeus, leaf extracts on diarrhea-causing enteric bacteria isolated from Seabob shrimp, *Xiphopenaeus kroyeri* (Heller). **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 50, n. 1, 2008.

GUARIM NETO, G.; CARNIELLO, M.A. **Etnoconhecimento e saber local: um olhar sobre populações humanas e os recursos vegetais**. In: ALBUQUERQUE, U.P.; ALVES, A.G.C.; ARAÚJO, T.A.S. Povos e paisagens: Etnobiologia, etnoecologia e biodiversidade no Brasil. Recife: NUPEEA/UFRPE, 2007.

GUERRA, Antônia Mirian N.M. et al. Plantas medicinais e hortaliças usadas para cura de doenças em residências da cidade de Mossoró – RN. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Mossoró, v. 2, n. 1, 2007.

HANAZAKI, N. et al. Diversity of plant use in two caicara communities from the Atlantic Forest coast, Brazil. **Biodiversity & Conservation**, London, v. 9, 2000. Available from: < <http://ecoh.ufsc.br/files/2011/12/Hanazakietal2000.pdf>> acess on 12 de jan. 2015.

HAVERROTH, Moacir (org). **Etnobiologia e Saúde de Povos Indígenas**. Recife: NUPEEA, 2013. 275p.

HEISLER, Elisa Vanessa et al. Saber popular sobre a utilização da planta *Anredera cordifolia* (folha gorda). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, Dec. 2012.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432p.

HOUTTE, 1849. **Phaseolus vulgaris L.** Available from <http://plantgenera.org/illustration.php?id_illustration=51628> access on 8 jan. 2015.

HURRELL, Julio Alberto; ULIBARRI, Emilio A. Leguminosas medicinales y alimenticias utilizadas en la conurbación Buenos Aires-La Plata, Argentina. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas**. Santiago, v. 10, n. 5, sept. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010 – Cidades (Informações sobre os municípios brasileiros)**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230190>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, 2001.

ILUSTRATION OF HYPTIS SUAVEOLENS (L.) POIT. Available from: <http://www.nrsc.gov.in/Earth_Observation_Applications_Environment_Flora_Shadnagar_Species_Wild_Herbs.html>. access on 2 jan. 2015.

ISERHARD, Ana Rosa Müller et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2009.

JESUS, Neyres Zínia Taveira de et al. Levantamento etnobotânico de plantas popularmente utilizadas como antiúlceras e antiinflamatórias pela comunidade de Pirizal, Nossa Senhora do Livramento-MT, Brasil. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 19, n. 1, 2009.

KABIR, Mohammad Humayun et al. A survey of medicinal plants used by the Deb barma clan of the Tripura tribe of Moulvibazar district, Bangladesh. **J Ethnobiol Ethnomed.**, London, v. 10, n. 19, feb. 2014.

KALA, Chandra Prakash et al. Ethnomedicinal botany of the Apatani in the Eastern Himalayan region of India. **J Ethnobiol Ethnomed**, London, v. 1, n. 11, 2005.

KHAN, Nadeem et al. Ethnobotanical and antimicrobial study of some selected medicinal plants used in Khyber Pakhtunkhwa (KPK) as a potential source to cure infectious diseases. **BMC Complement Altern Med.**, London, v. 4, n. 14, 2014.

KÖHLER, F.E. Eucalyptus globulus Labill. **Medizinal-Pflanzen**. Gera-Untermhaus:, vol. 3: t. 40 (1890). Available from <<http://www.illustratedgarden.org/mobot/rarebooks/searchresults.asp?searchmethod=scientific&taxa=eucalyptus>>. access on 6 jan. 2015.

KULKAMP, Irene C. et al. Aceitação de práticas não convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 2007.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 288p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005(b). 97 p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUSC, 2005(a). 256 p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo como expressão narrativa da quantidade**. São Paulo, 2007(a). Disponível em:<<http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=0>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O que é o DSC/Qualiquantisoft**. IPDSC – Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito

Coletivo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.php?pag=0>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde, empoderamento e Triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2009.

LEININGER, Madeleine; MCFARLAND, Marilyn R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. 3ª ed. New York : McGraw-Hill, 2002.

LEITÃO, Gisela da Mota; LOGRADO, Maria Héliida Guedes; USTRA, Elaine Correa. Anemia nutricional e variáveis associadas em crianças internadas em um hospital público. **Comum, ciênc. Saúde**, Distrito Federal, v.22, n. 3, 2012.

LEÓN HERNÁNDEZ, Yuniet, et al, Reflexiones acerca de la Enfermería Transcultural. **Metas enferm**, Madrid, v. 15, n. 7, 2012.

LIMA, Ângela Roberta Alves et al. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, 2014.

LIMA, Isabela Lustz Portela et al . Diversidade e uso de plantas do Cerrado em comunidade de Geraizeiros no norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 26, n. 3, 2012.

LIMA, Karla Moraes Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, 2014.

LIPORACCI, H.S.N; SIMAO, D.G. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais nos quintais do Bairro Novo Horizonte, Ituiutaba, MG. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 4, 2013.

LIPORACCI, H.S.N; SIMAO, D.G. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais nos quintais do Bairro Novo Horizonte, Ituiutaba, MG. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 4, 2013.

LOPES, Caroline Vasconcellos et al. Informantes folk: concepções de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, 2013.

LOPES, L.C. et al. Brazilian medicinal plants to treat upper respiratory tract and bronchial illness: systematic review and meta-analyses-study protocol. **BMJ**, London, v. 4, n. 7, 2014.

LOPEZ, Lucero et al. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. **Aquichán**, Bogotá, v. 11, n. 3, 2011.

LOZADA, M.; LADIO, A.; WEIGANDT, M. Cultural transmission of ethnobotanical knowledge in a rural community of northwestern Patagonia, Argentina. **Economic Botany**. New York, v. 60, 2006.

LUTTERODT, G.D. et al. Antimicrobial Effects of *Psidium Guajava* Extract as One Mechanism of its Antidiarrhoeal Action. **Malays J Med Sci**. Kubang Kerian, v. 6, n. 2, 1999.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005.

LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

LUZIATELLI, Gaia. Asháninka medicinal plants: a case study from the native community of Bajo Quimiriki, Junín, Peru. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, London, v. 6, 2010.

LYDEKKER, Richard. **Wild Oxen, Sheep & Goats of all Lands, Living and Extinct**. Indiana: Reppressed Publishing LLC, 2013.

MACIEL, Márcia Regina Antunes; GUARIM NETO, Germano. Um olhar sobre as benzedadeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.**, Belém, v. 1, n. 3, Dec. 2006.

MAIA, Sayonara Maielle de Souza; SILVA, Leila Rangel da. Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 7, 2012.

MARCHESE, José A. et al. Medicinal plants used by "Passo da Ilha" rural community in the city of Pato Branco, southern Brazil. **An. Acad. Bras. Ciênc.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, 2009.

MARINHO, M.G.V; SILVA, C.C; ANDRADE, L.H.C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 13, n. 2, 2011.

MEDEIROS, Maria Franco Trindade; FONSECA, Viviane Stern da; ANDREATA, Regina Helena Potsch. Plantas medicinais e seus usos pelos sítiantes da Reserva Rio das Pedras, Mangaratiba, RJ, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2004.

MELLO, Claudia Helena Mantelle Silva. A valorização dos aspectos culturais como estratégia para melhorar a adesão da comunidade. **Aurora**, Marília, n. 5, 2012.

MELLO, Débora Falleiros de et al. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, 2009.

MELO, Maria de Fátima. **Uso da fauna na medicina popular no município de Alagoa Nova – PB**. Campina Grande: UEPB, 2011. 71f. Monografia. Departamento de Biologia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

MESQUITA, Fabrício Rivelli et al. Linhagens de feijão (*Phaseolus vulgaris* L.): composição química e digestibilidade protéica. **Ciênc. agrotec.**, Lavras, v. 31, n. 4, 2007.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MIRANDA, Tatiana Mota; HANAZAKI, Natalia. Conhecimento e uso de recursos vegetais de restinga por comunidades das ilhas do Cardoso (SP) e de Santa Catarina (SC), Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2008.

MOCHIUTTI, Nair Fernanda et al. Os valores da geodiversidade: geossítios do Geopark Araripe/CE. **Anu. Inst. Geociênc.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2012.

MONTEIRO, Carlos Augusto. Saúde infantil: tendências e determinantes na cidade de São Paulo na segunda metade do século XX. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, supl. Dec. 2000.

MONTESANO, V. et al. Notes about the uses of plants by one of the last healers in the Basilicata Region (South Italy). **J Ethnobiol Ethnomed**. London, v. 15, n. 8, 2012.

MOOTOOSAMY, A.; FAWZI MAHOMOODALLY, M. Ethnomedicinal application of native remedies used against diabetes and related complications in Mauritius. **J Ethnopharmacol.**, Limerick, v. 151, n. 1, 2013.

MORAIS, Selene Maia de et al. Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 15, n. 2, 2005.

MOREIRA, Rita de Cássia Teixeira et al. Abordagem Etnobotânica acerca do Uso de Plantas Medicinais na Vila Cachoeira, Ilhéus, Bahia, Brasil. **Acta Farm. Bonaerense**, Buenos Aires, v.21, n. 3, 2002.

MOURA, Maria do Rosário S. de Almeida Lélis de et al. Frequência de *Escherichia coli* e sua sensibilidade aos antimicrobianos em menores de cinco anos hospitalizados por diarreia aguda. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 2, 2012.

MOURA, Neila Camargo de; CANNIATTI-BRAZACA, Solange Guidolin. Avaliação da disponibilidade de ferro de feijão comum (*Phaseolus vulgaris* L.) em comparação com carne bovina. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, v. 26, n. 2, 2006.

NANTITANON, Witayapan; CHOWWANAPOONPOHN, Sombat; OKONOGLI, Siriporn. Antioxidant and Antimicrobial Activities of Hyptis suaveolens Essential Oil. **Scientia Pharmaceutica**, Althansastraße, v. 75, n. 1, 2007.

NASCIMENTO, Lidyane Dias do. **Uso de plantas no tratamento de doenças respiratórias na comunidade Caiana dos Mares, Alagoa Grande, Paraíba**. Campina Grande: UEPB, 2014. 45f. Monografia. Departamento de Biologia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

NETA, Rita Oliveira de Sousa. **Uso da Fauna com fins terapêuticos no município de Bom-Sucesso – PB**. Campina Grande: UEPB, 2012. 41f. Monografia. Departamento de Biologia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

NETO, F.R.G et al. Estudo Etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pela Comunidade do Sisal no município de Catu, Bahia, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 4, 2014 .

NJUME, Collise; GODUKA, Nomalungelo I. Treatment of Diarrhoea in Rural African Communities: An Overview of Measures to Maximise the Medicinal Potentials of Indigenous Plants. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 9, n. 11, 2012.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004.

NUNES, G.P. et al . Plantas medicinais comercializadas por raizeiros no Centro de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Rev. bras. farmacogn.**, Maringá, v. 13, n. 2, Dec. 2003.

NUNES, Maria João et al. Comparação de duas metodologias de amostragem atmosférica com ferramenta estatística não paramétrica. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 28, n. 2, 2005.

OKPASHI, Victor Eshu; BAYIM, Peter-Robins; OBI-ABANG, Margaret. Comparative Effects of Some Medicinal Plants: *Anacardium occidentale*, *Eucalyptus globulus*, *Psidium guajava*, and *Xylopiya aethiopica* Extracts in Alloxan-Induced Diabetic Male Wistar Albino Rats. **Biochemistry Research International**, New York, v. 2014, 2014.

OLIVEIRA JÚNIOR, Sóstenes Ribeiro de; CONCEIÇÃO, Gonçalo Mendes da. Espécies vegetais nativas do cerrado utilizadas como medicinais pela Comunidade Brejinho, Caxias, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Geociências**, Salvador, v. 7, n. 2, 2007.

OLIVEIRA, E.R.; MENINI NETO, L. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte - MG. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 14, n. 2, 2012.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é benzeção**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, F.C.S.; BARROS, R.F.M.; MOITA NETO, J.M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 12, n. 3, 2010.

OLIVEIRA, L.A.R.; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, Rinaldo A. et al. Guerra de. Estudo da interferência de óleos essenciais sobre a atividade de alguns antibióticos usados na clínica. **Brazilian Journal of Pharmacognosy**, João Pessoa, v. 16, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (Re)significación de la educación en salud: dificultades y posibilidades de la Estrategia Salud Familiar. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2014.

ONG, H.G.; KIM, Y.D. Quantitative ethnobotanical study of the medicinal plants used by the Ati Negrito indigenous group in Guimaras island, Philippines. *J Ethnopharmacol.*, Limerick, v. 157, n. 18, 2014.

PALMA, Carol Manzoli; PALMA, Mario Sergio. Bioprospecção no Brasil: análise crítica de alguns conceitos. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 3, 2012.

PANATO, Cristyane da Silva Siqueira; DENARDI, Giselle Tatiane Barboza; NOZAKI, Vanessa Taís. Prevalência de anemia ferropriva e consumo de ferro em crianças hospitalizadas. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.4, n.1, 2011.

PASA, Maria Corette; SOARES, João Juarez; GUARIM NETO, Germano. Estudo etnobotânico na comunidade de Conceição-Açu (alto da bacia do rio Aricá Açu, MT, Brasil). **Acta Bot. Bras.** São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2005.

PEREIRA, Ondina P.; ALMEIDA, Tânia M. C.de. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2005.

PEREIRA, Vânia Palmira Ribeiro. **Avaliação da Actividade Antimicrobiana de Extractos e Óleos Essenciais de Eucalipto (*Eucalyptus globulus*) em Isolados do tracto Respiratório Humano**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2014. 65f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Biologia. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2014.

PILLA, Milena Andrea Curitiba; AMOROZO, Maria Christina de Mello; FURLAN, Antonio. Obtenção e uso das plantas medicinais no distrito de Martim Francisco,

Município de Mogi-Mirim, SP, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2006.

PIMENTEL-GOMES, Frederico. **Curso de estatística experimental**. 13. ed. Piracicaba: Nobel, 1990. 468p.

PINA, Juliana Coelho et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 2, 2009.

PINTO, Erika de Paula Pedro; AMOROZO, Maria Christina de Mello; FURLAN, Antonio. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica - Itacaré, BA, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2006.

PIRES, I.F.B. et al. Plantas Medicinais como opção terapêutica em comunidade de Campos Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v.16, n. 2, 2014.

PRIMACK, Richard B.; RODRIGUES, Efraim. **Biologia da Conservação**. Londrina: Planta, 2001.

PULIDO FUENTES, Montserrat. ¿Una medicina efectiva entre culturas?: La experiencia de un programa de salud de atención primaria en comunidades indígenas de la selva amazónica ecuatoriana. **Index Enferm**, Granada, v. 19, n. 2-3, 2010.

RANGEL, M.; BRAGANCA, F.C.R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 11, n. 1, 2009.

RAYMUNDO, Marcia Mocellin. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 2, 2013.

RIBEIRO, D.A. et al. Potencial terapêutico e uso de plantas medicinais em uma área de Caatinga no estado do Ceará, nordeste do Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 4, 2014.

RODRIGUES, A.P.; ANDRADE, L.H.C. Levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas pela comunidade de Inhamã, Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 3, supl. 1, 2014.

ROONEY, Anne. **A História da Medicina: Das Primeiras Curas Aos Milagres da Medicina Moderna**. São Paulo: M. Books, 2013. 216p.

ROQUE, A.A.; ROCHA, R.M; LOIOLA, M.I.B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.12, n.1, p.31-42, 2010.

ROSA, Caroline da; CAMARA, Sheila Gonçalves; BERIA, Jorge Umberto. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011.

RUDRAPAL, M; SRIDHAR, N; RAGHAVENDRA, M. Ethnomedicinal plants used by traditional healers in East Godavari district of Andhra Pradesh, India. **Indian Journal of Natural Products and Resources**, New Delhi, v. 3, n. 3, 2012.

SANTOS, Márcia Elena Andrade; QUINTAO, Nayara Torres; ALMEIDA, Renata Xavier de. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2010.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

SANTOS, Paula M.L dos; Schripsema, Jan; KUSTER, Ricardo M. Flavonóides O-glicosilados de *Crotton campestris* St. Hill. (Euphorbiaceae). **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 15, n. 4, 2005.

SANTOS, Rosemary Ferreira dos et al. Prevalence of anemia in under five-year-old children in a children's hospital in Recife, Brazil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2011a.

SANTOS, R.L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 13, n. 4, 2011b.

SANTOS, Silene Lima Dourado X. et al. Plantas utilizadas como medicinais em uma comunidade rural do semi-árido da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Farm.** Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, 2012.

SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007

SAUTCHUK, Carlos Emanuel; FLEISCHER, Soraya. **Anatomias Populares: A Antropologia Médica de Martín Alberto Ibáñez- Novión**. Brasília: UNB, 2012. 292p.

SELLTIZ, Claire, et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: E.P.U, 1974. 118p.

SHIL, S.; DUTTA CHOUDHURY, M.; DAS, S. Indigenous knowledge of medicinal plants used by the Reang tribe of Tripura state of India . *J Ethnopharmacol*. Limerick, v. 152, n. 1, 2013.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN JR., N. John. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006. 448p.

SILVA JUNIOR, Fernando José Guedes da et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, 2008.

SILVA, Alan Batista da, et al. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba,

Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 2, 2014.

SILVA, Alberto Jorge da Rocha; ANDRADE, Laise de Holanda Cavalcanti. Etnobotânica nordestina: estudo comparativo da relação entre comunidades e vegetação na Zona do Litoral - Mata do Estado de Pernambuco, Brasil. **Acta bot. bras.**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2005.

SILVA, Andréa Leme da. Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 3, n. 3, p. 343-357, set.- dez. 2008.

SILVA, Cristiane Soares Pereira da; PROENCA, Carolyn Elinore Barnes. Uso e disponibilidade de recursos medicinais no município de Ouro Verde de Goiás, GO, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2008.

SILVA, Elnatan Monteiro da. **O uso de zoterápicos por comunidades dos cariris velhos, São João do Tigre – PB.** João Pessoa: UEPB, 2014. 30f. Manuscrito. Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2014a.

SILVA, Ethel Bastos da et al. Prevalência da anemia em crianças avaliada pela palidez palmar e exame laboratorial: implicações para enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2011.

SILVA, M.D.; DREVECK, S.; ZENI, A.L.B. Estudo etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pela população rural no entorno do Parque Nacional da Serra do Itajaí – Indaial. **Revista Saúde e Ambiente**, Duque de Caxias, v.10, n. 2, 2009.

SILVA, Marcondes Alves B. da et al. Levantamento etnobotânico de plantas utilizadas como anti-hiperlipidêmicas e anorexígenas pela população de Nova Xavantina-MT, Brasil. **Rev. bras. farmacogn.**, Curitiba , v. 20, n. 4, 2010.

SILVA, Maria Silene da et al. Plantas medicinais usadas nos distúrbios do trato gastrointestinal no povoado Colônia Treze, Lagarto, SE, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2006.

SILVA, R., SOUZA LIMA MATOS, L., EDNALDO CAVALCANTE DE ARAÚJO, E., DO NASCIMENTO PAIXÃO, G., LIMA COSTA, L., PEREIRA, Á. Popular practices in health: self-care to wounds of users of medicinal plants. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 22, 2014b.

SILVEIRA, Patrícia Fernandes da; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa , v. 18, n. 4, 2008.

SIQUEIRA, Karina Machado et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, 2006.

SIVIERO, A. et al. Plantas medicinais em quintais urbanos de Rio Branco, Acre. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 14, n. 4, 2012.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ARAUJO, Thelma Leite de. Fatores de risco para carência nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do modelo campo de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, 2004.

SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski de. et al. A enfermagem diante da utilização de plantas medicinais no tratamento complementar da hipertensão arterial sistêmica e das dislipidemias. **REME rev. min. enferm**, Belo Horizonte, n.14, v. 4, 2010.

SOUZA, C.M.P et al. Utilização de plantas medicinais com atividade antimicrobiana por usuários do serviço público de saúde em Campina Grande - Paraíba. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 2, 2013.

TANNAZ, J. et al. Bactericidal Effect of Selected Antidiarrhoeal Medicinal Plants on Intracellular Heat-Stable Enterotoxin-Producing *Escherichia coli*. **Indian J Pharm Sci**. Mumbai, v. 76, n. 3, 2014.

TARDIO, J.; PARDO-DE-SANTAYANA, M. Cultural importance indices: a comparative analysis based on the useful wild plants of Southern Cantabria (Northern Spain). **Economic Botany**, v. 62, n. 1, 2008.

TEKLAY, Abraha; ABERA, Balcha; GIDAY, Mirutse. Na Ethnobotanical study of medicinal plants used in Kilte Awulaelo District, Tigray Region of Ethiopia. **J. Ethnobiol. Ethnomed.**, London, v. 9, 2013.

TESSER, Charles Dalcanale. Três considerações sobre a "má medicina". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.

TOMELERI, Keli Regiane; MARCON, Sonia Silva. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, jun. 2009.

TORRES, A.R. et al. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 15, n. 4, 2005.

TORRES, Denise de Freitas et al. Etnobotânica e etnozootologia em unidades de conservação: Uso da biodiversidade na APA de Genipabu, Rio Grande do Norte, Brasil. **INCI**, Caracas, v. 34, n. 9, 2009.

UNICEF (The United Nations Children's Fund). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. Geneve; 2009.

VASCONCELOS, Márcia Kaster Portelinha et al. Medicinal plants used by octogenarians and nonagenarians from a small village in Rio Grande/RS, Brazil. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 5, n. 6, 2011.

VASCONCELOS, Maria Josemere de Oliveira Borba; BATISTA FILHO, Malaquias. Doenças diarréicas em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco: prevalência e utilização de serviços de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2008.

VÁSQUEZ, Silvia Patricia Flores; MENDONÇA, Maria Silvia de; NODA, Sandra do Nascimento. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. **Acta Amazônica**, Manaus, v. 44, n. 4, 2014.

VEIGA JUNIOR, Valdir F.; PINTO, Angelo C.; MACIEL, Maria Aparecida M. Plantas medicinais: cura segura?. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 28, n. 3, 2005

VEIGA JUNIOR, Valdir Florencio da. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Rev. bras. Farmacogn.**, João Pessoa, v. 18, n. 2, 2008.

VELOSO, R.A. et al. Teor e composição do óleo essencial de quatro acessos e duas cultivares de manjeriço (*Ocimum basilicum* L.). **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 2, supl. 1, 2014.

VENDRUSCOLO, Giovana Secretti; MENTZ, Lilian Auler. Estudo da concordância das citações de uso e importância das espécies e famílias utilizadas como medicinais pela comunidade do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, RS, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2006.

VIEIRA, D.R.P. et al. Plantas e constituintes químicos empregados em Odontologia: revisão de estudos etnofarmacológicos e de avaliação da atividade antimicrobiana in vitro em patógenos orais. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 1, 2014.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Ilda Nogueira de; PETILIK, Marina Emiko Ivamoto. Abordagem ambulatorial do nutricionista em anemia hemolítica. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, 1999.

VIGANÓ, Joselaine; VIGANÓ, Josenéia Aparecida; CRUZ-SILVA, Cláudia Tatiana Araújo da. **Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná**. *Acta Sci Health Sci.*, Maringá, v. 29, n. 1, 2007.

VIU, Alessandra F.M.; VIU, Marco Antônio de O; CAMPOS, Letícia Z.O. Etnobotany: a gender question?. **Revista Brasileira de Agroecologia**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, 2010.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, Rio de Janeiro, n.19, 2005.

ZANATTA Elisangela Argenta, MOTTA, Maria das Graças Corso da. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaúch Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, 2007.

ZENI, Ana Lúcia B.; BÓRIO, Fábio. Use of medicinal plants in a rural community of the Atlantic Forest – Nova Rússia, SC. **Neotropical Biology and Conservation**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, 2011.

ZUCCHI, M.R. et al. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais na cidade de Ipameri - GO. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 15, n. 2, 2013.



Anexos

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI (URCA)

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE RECURSOS NATURAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES À MEDICINA TRADICIONAL

Pesquisador: IZABEL CRISTINA SANTIAGO LEMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31769214.6.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 705.497

Data da Relatoria: 29/05/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende conhecer o uso de recursos naturais para o tratamento de doenças prevalentes na infância e as contribuições à etnomedicina. Ocorrerá no distrito de Arajara, Barbalha-CE com mães da comunidade. Serão aplicadas entrevistas semiestruturadas sobre o tema da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Tomar conhecimento referente aos saberes de uma dada comunidade tradicional do município de Barbalha (CE) acerca dos recursos naturais utilizados para o tratamento de doenças prevalentes na infância (DPI).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Criar expectativas irrealistas referente ao retorno das informações fornecidas para o estudo, em especial, no que diz respeito ao surgimento de novos fármacos que atendam agravos específicos da saúde da criança, considerando que esse aspecto está relacionado à validação científica convencional por meio de estudos bioprospectivos.

Benefícios: Compreender as práticas associadas à Etnomedicina, como elas se desenvolveram e

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1181

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 705.497

como ainda exercem uma influência direta sob nossas vidas em maior ou menor grau, nos dará subsídios para compreender a realidade cultural daqueles que prestamos assistência e isso corrobora com a necessidade vigente de estabelecer modelos assistenciais pautados em uma abordagem que relaciona a saúde humana.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem delimitado, cronograma está correspondente com o início do desenvolvimento do projeto o método utilizado neste estudo estratégia em pesquisa qualitativa a construção do Discurso do Sujeito Coletivo que é apropriado para a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CRATO, 01 de Julho de 2014

Assinado por:
George Pimentel Fernandes
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 83.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

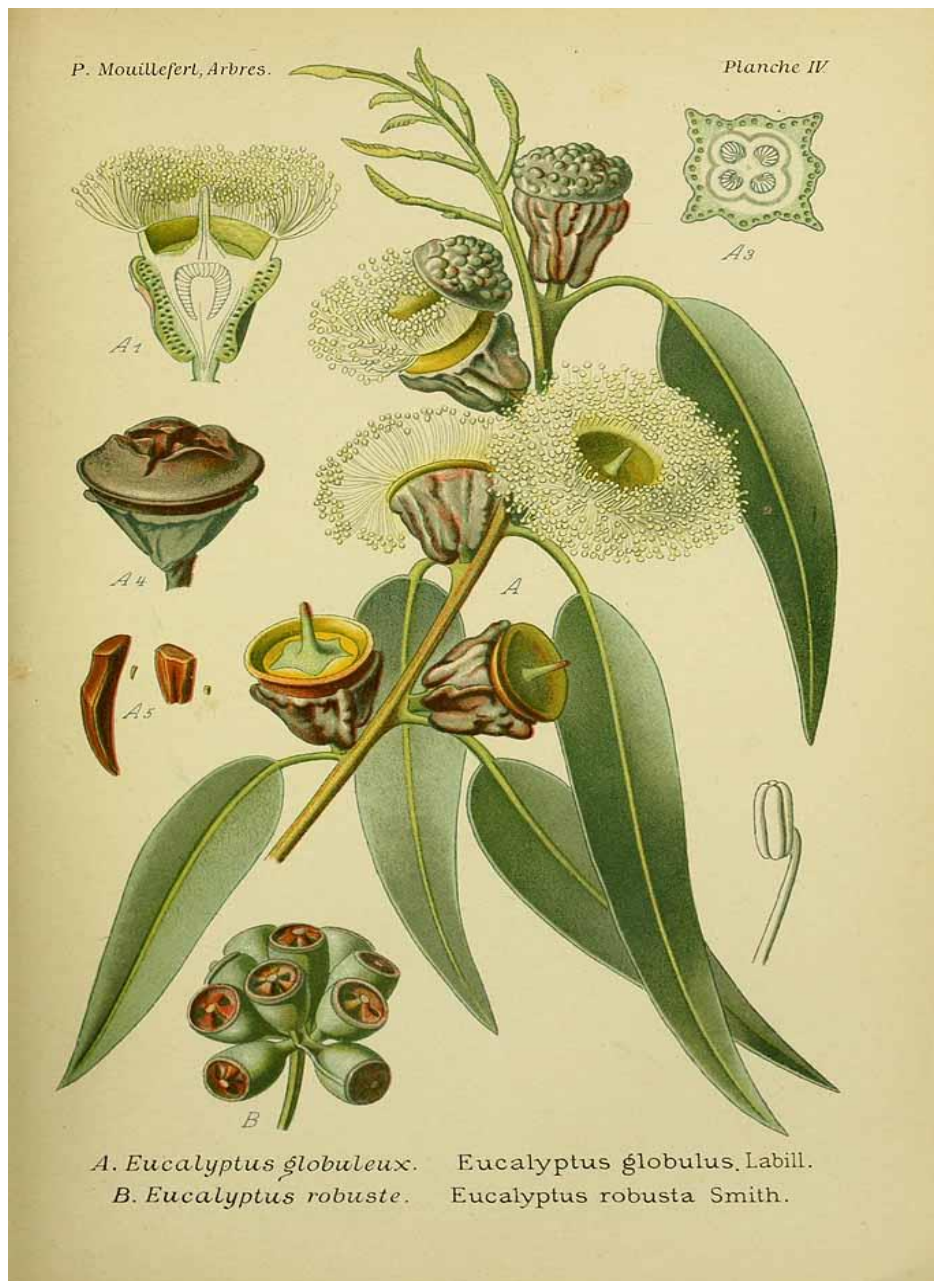
**ANEXO B – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO
TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Ocimum basilicum* L.
(Alfavaca)**



Fonte: New York Public Library, U.S.A.*

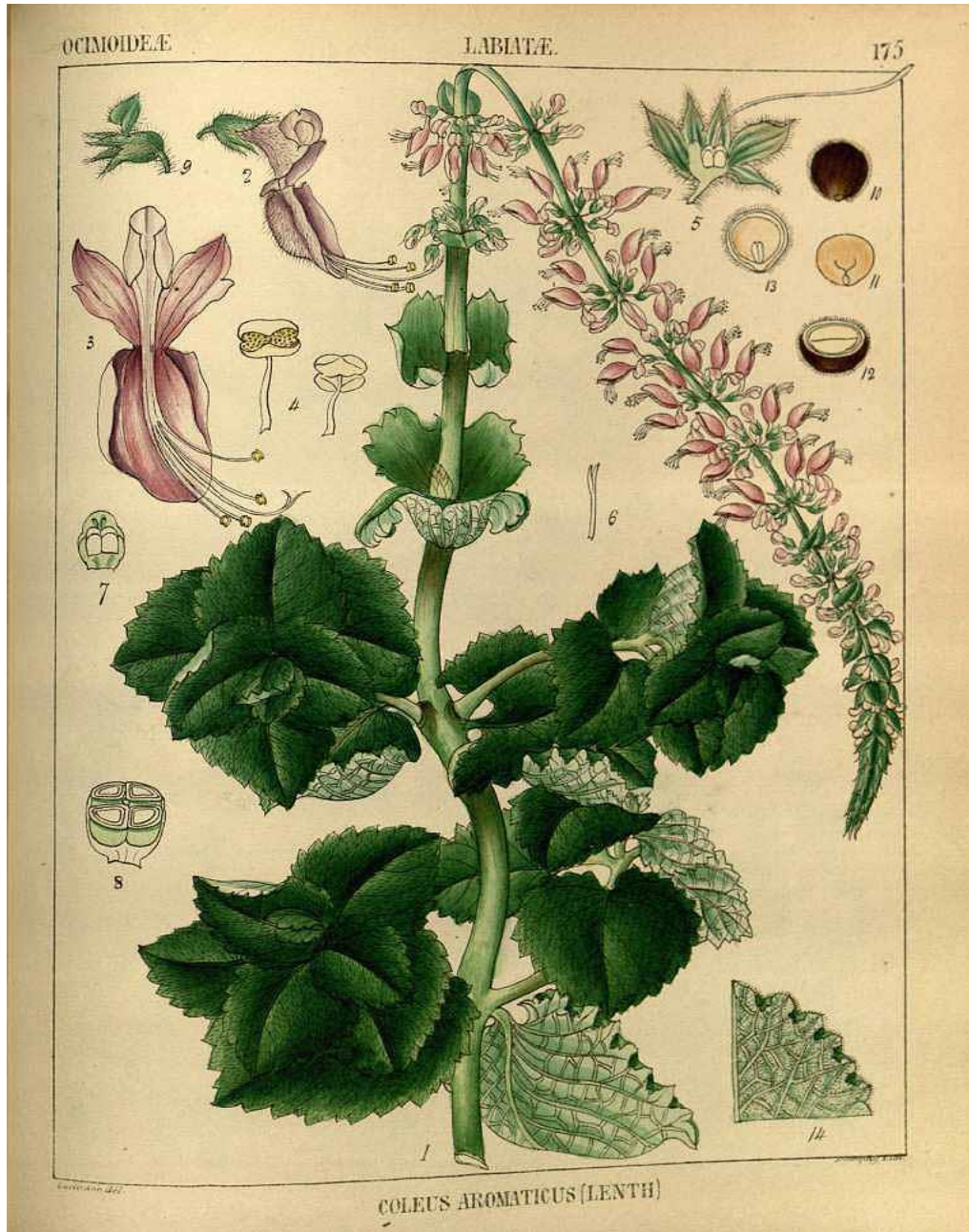
*As ilustrações apresentadas nos Anexos B ao H, podem ser encontradas no site:
<<http://plantgenera.org/index.php>>

**ANEXO C – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO
TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Eucalyptus globulus*
Labill (Eucalipto)**



Fonte: New York Botanical Garden, U.S.A.

ANEXO D – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng (Malva-do-Reino)



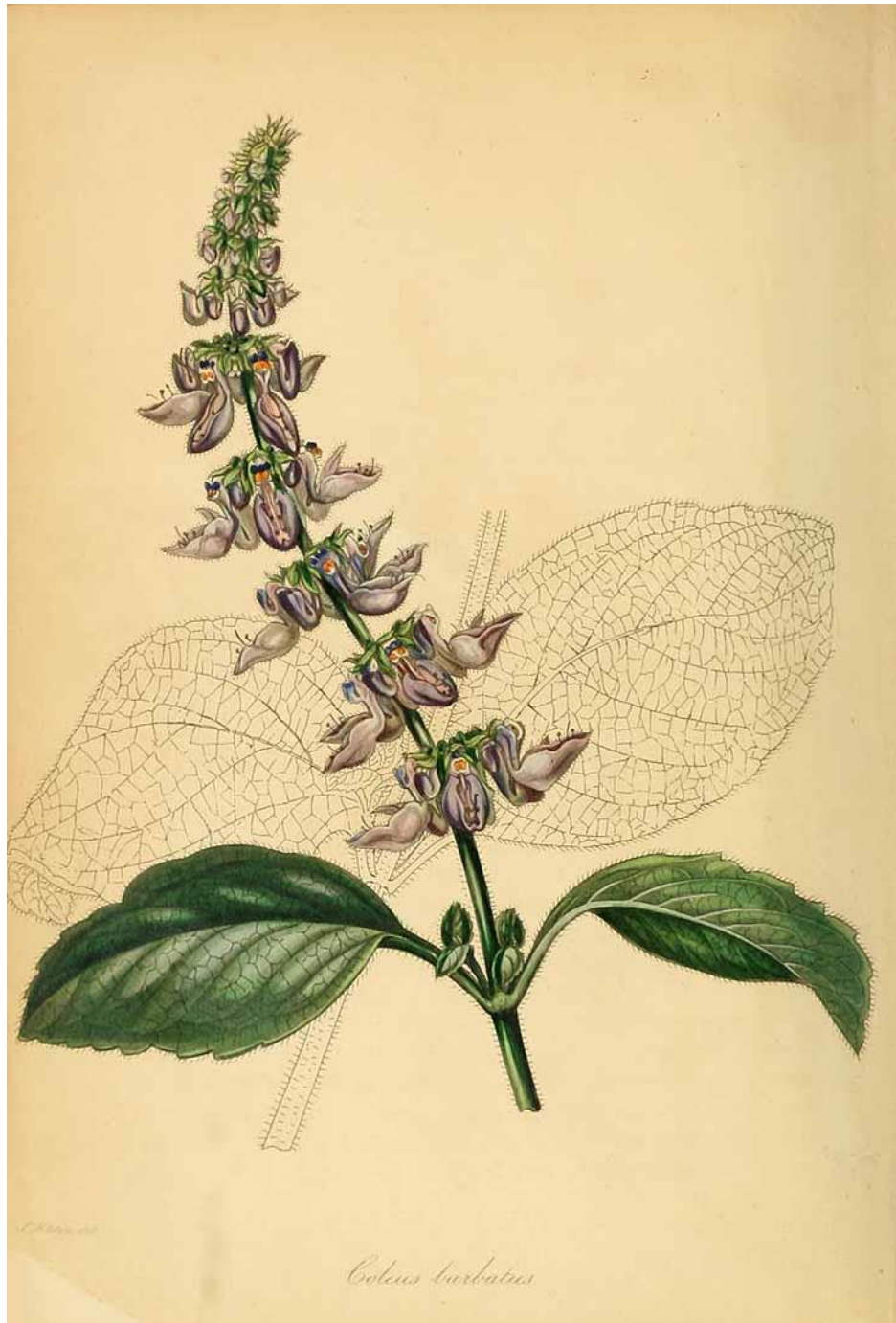
Fonte: Missouri Botanical Garden, St. Louis, U.S.A.

**ANEXO E – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO
TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Hyptis suaveolens* (L.)
Poit. (Alfavacão)**



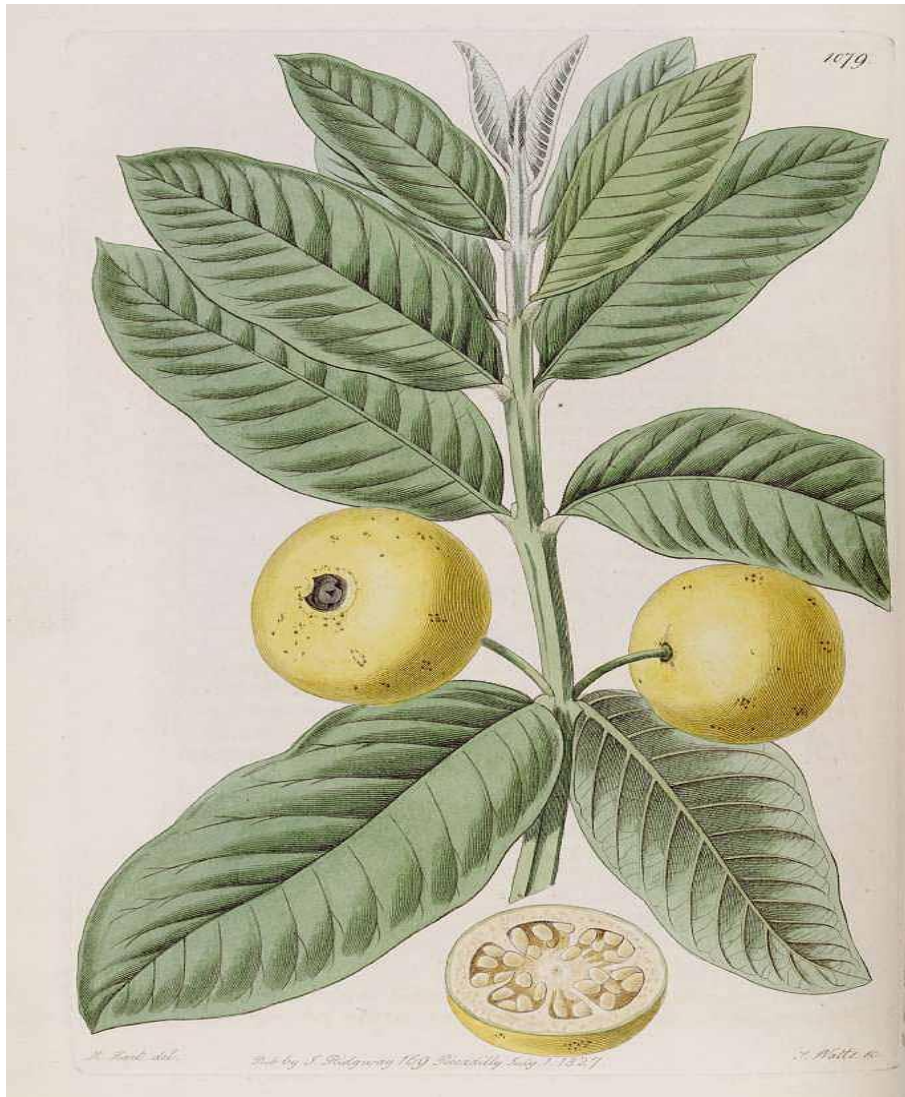
Fonte: Biblioteca Nacional de Colombia

**ANEXO F – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO
TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Plectranthus barbatus*
Andrews (Boldo)**



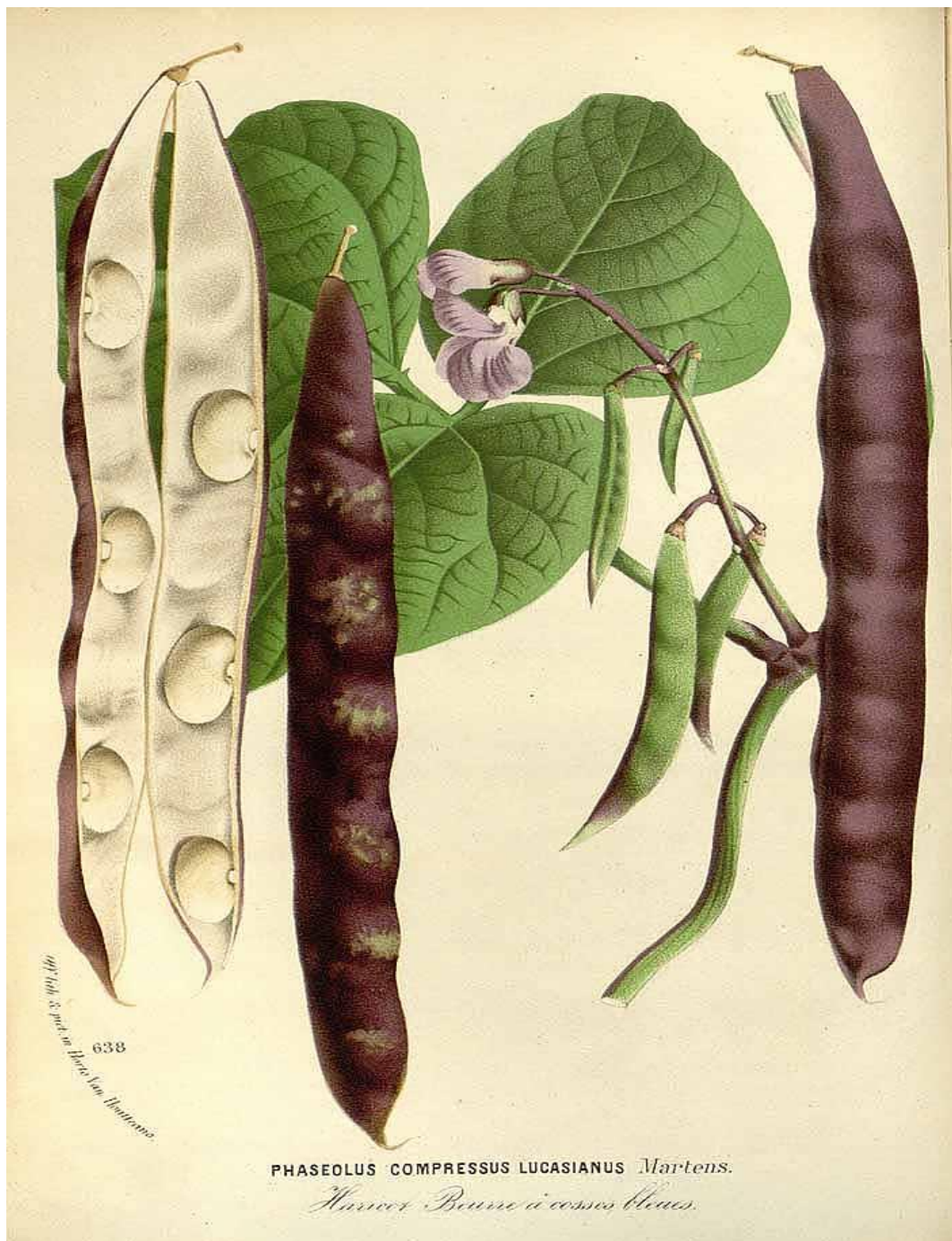
Fonte: Pennsylvania Horticultural Society, U.S.A.

**ANEXO G – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO
TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Psidium guajava* L.
(Goiabeira/ Goiaba branca)**



Fonte: Missouri Botanical Garden, St. Louis, U.S.A.

ANEXO H – ILUSTRAÇÕES DE ALGUMAS ESPÉCIES COM USO TERAPÊUTICO MAIS CITADAS SEGUNDO O RFC: *Phaseolus vulgaris* L.
(Feijão)



Fonte: Missouri Botanical Garden, St. Louis, U.S.A.

ANEXO I – Artigo publicado na Photochemical & Photobiological Sciences

Home > Journals > Photochemical & Photobi... > Light-mediated antibact...

For Authors & Referees

For Librarians

For Members



Photochemical & Photobiological Sciences Issue 12, 2014

A society-owned journal publishing high quality research on all aspects of photochemistry and photobiology.

Impact Factor **2.939**

12 Issues per Year

Indexed in Medline

[Journal Home](#) | [Back to Search Results](#)

[Previous Article](#) | [Next Article](#)

Photochemical & Photobiological Sciences - Information Point

Communication



Light-mediated antibacterial activity of *Lippia origanoides* H.B.K. *in vitro*

[Humberto M. Barreto](#)^a [Bruno R. C. Coelho](#)^a

[Suellen M. P. Menezes-Silva](#)^b [José P. Siqueira-Júnior](#)^b

[Henrique D. M. Coutinho](#)^{*c} [Izabel Cristina S. Lemos](#)^c

[Taciana O. Sousa](#)^d [Romézio A. C. Silva](#)^d

[Maria das Graças F. Medeiros](#)^d [Antonia M. G. L. Citó](#)^d and

[José A. D. Lopes](#)^d

[Show Affiliations](#)

Photochem. Photobiol. Sci., 2014, 13, 1650-1654

DOI: 10.1039/C4PP00334A

Received 03 Sep 2014, Accepted 21 Oct 2014

First published online 31 Oct 2014

More

PDF
 Rich HTML
 Add PDF to Basket (£38*)

*Exclusive of taxes
This article contains 5 page(s)

[Download Citation](#) ?

BibTex

[Request Permissions](#)

[About this Journal](#)

[Submit to this Journal](#)

[Authors and Referees](#)

[Subscription Information](#)

[People and Contacts](#)

[Editorial Board](#)

[Partner Societies](#)

[Follow](#)

Log in

> [Log in via your home institution](#)

> [Log in with your member or subscriber username and password](#)


Username*

Password*

> [Ask your librarian to arrange](#)

Please choose one of the options provided in the log in section to gain access to this content: >>>

ANEXO J – Artigo publicado na Revista Cubana de Plantas Medicinales v. 19, n. 4



Revista Cubana de **Plantas Medicinales** EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS Versión electrónica ISSN-1028-4796

[Inicio](#) [Acerca de...](#) [Ingresar](#) [Registro](#) [Noticias](#) [Números anteriores](#) [Envío de artículos](#)

Inicio > Vol. 19, núm. 4 (2014) > de Albuquerque Siebra

Atividade antimicrobiana e caracterização fitoquímica dos extratos hidroalcoólicos de *Passiflora cincinnata* Mast. (maracujá-do-mato)

Ana Luiza de Albuquerque Siebra, Izabel Cristina Santiago Lemos, Gyllyndeson de Araújo Delmondes, Larissa Rolim de Oliveira, Anita Oliveira Brito Pereira Bezerra Martins, David de Carvalho Siebra, Henrique Coutinho Henrique, Rosimeire Sabino Albuquerque, Nadghia Figueiredo Leite, José Galberto Martins da Costa, Irwin Rose Alencar de Menezes, Marta Regina Kerntopf

RESUMEN

Introdução: *Passiflora cincinnata* Mast (maracujá do mato), pertencente à família Passifloraceae é bastante utilizada na fitoterapia, apresentando resistência a doenças e pragas, longevidade, adaptação a condições climáticas e maior concentração de componentes químicos destinados à indústria farmacêutica, associado a diversas potencialidades, quase inexploradas.

Objetivos: caracterização fitoquímica e a investigação da atividade antimicrobiana e modulatória dos extratos hidroalcoólicos das partes aéreas secas (folhas, haste, cascas, polpa e sementes) de *Passiflora cincinnata* Mast.

Métodos: os extratos foram preparados por maceração em solução hidroalcoólica. Os testes de Concentração Inibitória Mínima foram realizados pelo método da diluição em caldo frente à linhagem de *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 15442 e a atividade moduladora de antibióticos verificada em relação à cepa clinicamente isolada de *Pseudomonas aeruginosa* 04, a partir da concentração subinibitória. Os antibióticos testados foram: amicacina, gentamicina, ampicilina, benzilpenicilina potássica e oxacilina. A identificação dos compostos (prospecção fitoquímica) foi determinada a partir das mudanças de coloração e formação de precipitados após a adição de reagentes específicos.

Resultados: os extratos não apresentaram atividade antimicrobiana de relevância clínica, sendo a concentração inibitória mínima sempre maior ou igual a 1024 µg/mL. Na modulação de antibióticos, polpa e cascas apresentaram sinergismo, alterando o fenótipo de *P. aeruginosa* de resistente para sensível, ambas quando associadas à amicacina. O extrato da polpa também potencializou o efeito dos betalactâmicos benzilpenicilina potássica e oxacilina. Caules, sementes e folhas não expressaram atividades modulatórias. A prospecção fitoquímica qualificou os metabólitos secundários: taninos condensados, flobacênicos, flavonas, flavononóis, flavonóis, xantonas, chalconas, auronas, flavanonas, leucoantocianidina, catequinas e alcalóides.

Conclusões: o efeito combinado dos extratos hidroalcoólicos da polpa e das cascas de *P. cincinnata* Mast. aos antibióticos constitui uma nova possibilidade terapêutica na elaboração de um fármaco com multidrogas.









TEXTO COMPLETO:
[HTML](#)

Español


Usuario/a

Nombre de usuario/a
Contraseña
 No cerrar sesión

Herramientas del artículo

-  Imprimir este artículo
-  Información de indexación
-  Información bibliográfica
-  Ficheros adicionales
-  Buscar referencias
-  Enviar este artículo por correo electrónico (Inicie sesión)
-  Mandar correo-e a autor/a (Inicie sesión)
-  Publicar un comentario (Inicie sesión)

Elementos relacionados

 Mostrar todos

Información

**ANEXO K – Artigo aprovado na Revista Cubana de Plantas Medicinales v.
20, n. 1**

FW: [RCPM]Artículo Aprobado.



MARTA KERNTOPF 15/01/2015 ▶

Para: martaluiz@yahoo.com.br, martareginakerntopf@yahoo.com.br, izabel_santiago@hotmail.com

De: **MARTA KERNTOPF** (martareginakerntopfm@outlook.com) Este remitente está na [lista de contatos](#).

Enviada: quinta-feira, 15 de janeiro de 2015 01:57:24

Para: martaluiz@yahoo.com.br (martaluiz@yahoo.com.br); martareginakerntopf@yahoo.com.br (martareginakerntopf@yahoo.com.br); izabel_santiago@hotmail.com (izabel_santiago@hotmail.com)

> To: martareginakerntopfm@outlook.com

> Subject: [RCPM]Artículo Aprobado.

> Date: Wed, 14 Jan 2015 12:37:11 -0500

> From: revistaplant@infomed.sld.cu

> CC: hdmcoutinho@gmail.com

>

> Estimados investigadores, su artículo fue aprobado por el Comité Editorial

> para seguir el proceso de revisión por parte de la editora-maquetadora

> -correctora, que se puede poner en contacto con ustedes cuando lo esté

> realizando. Luego será publicado en el vol20 No 1, primero de este año.

> Más adelante, cuando estén todos los artículos corregidos de este número

> por la editora maquetadora, la revista envía una carta de aceptación hasta

> su publicación en la web, que depende de Ecimed.

> Saludos Cordiales. Dra. Ana Ibis.

> Revista Cubana de Plantas Medicinales

**ANEXO L – Autores do Artigo aprovado na Revista Cubana de Plantas
Medicinales v. 20, n. 1**

Revista Cubana de	EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS Plantas Medicinales	Versión electrónica ISSN-1028-4796			
Inicio	Acerca de...	Área Personal	Noticias	Números anteriores	Envío de artículos

Inicio > Usuario/a > Autor/a > Envíos > #201 > Resumen

RESUMEN [REVISIÓN](#) [EDICIÓN](#)

Envío

Autores/as	Marta Regina kerntopf, Camila Esmeraldo Paz, Izabel Cristina Santiago Lemos, Álefe Brito Monteiro, Gyllyandeson de Araújo Delmondes, George Pimentel Fernandes, Henrique Douglas Melo Coutinho, Cicero Francisco Bezerra Felipe, Irwin Rose Alencar de Menezes
Título	USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CANDOMBLÉ COMO ELEMENTO DE RESISTÊNCIA CULTURAL E CUIDADO À SAÚDE
Archivo original	201-960-1-SM.DOC 2014-06-11
Archivos adicionales	Ninguno AÑADIR UN ARCHIVO COMPLEMENTARIO
Emisor/a	Sra. Marta Regina kerntopf
Fecha de envío	junio 11, 2014 - 04:43
Sección	Artículos originales
Editor/a	Ioanna Martínez Hormaza
Vistas de resumen	0

Estado

Estado	En proceso de edición
Iniciado	2015-01-29
Modificado por última vez	2015-01-29

▼ Español

Usuario/a

Ha iniciado sesión como **mrkerntopf**

- [Mi perfil](#)
- [Cerrar sesión](#)

Autor/a

Envíos

- [Activos \(2\)](#)
- [Archivados \(2\)](#)
- [Nuevo envío](#)

Información

• [Para lectoras/es](#)
• [Para los autores/as](#)
• [Para los bibliotecarios/as](#)

ANEXO M – Revista Cubana de Plantas Medicinales (SCOPUS)



ISSN 1028-4796
versão online

SOBRE ESTA REVISTA

- [Informação básica](#)
- [Indizada em](#)
- [Copyright](#)

A RCPM oferece aos profissionais dos campos da saúde e outros afins, a possibilidade de publicar os resultados das suas investigações, de revisões de temas acordes com o perfil da revista e de refletir acerca de tendências no uso das plantas medicinais na saúde pública e. O processo de arbitragem é mediado por reconhecidos expertos. Autores cubanos e de outros países têm nas nossas páginas uma tribuna aberta a todo esforço por defender e melhorar a saúde dos povos mediante o emprego científico das plantas medicinais e os medicamentos herbários.

A RCPM tem também como propósito promover a saúde, contribuir a prevenção das doenças e ao melhor manejo na atenção dos doentes, assim como a prolongação e melhoramento da qualidade de vida dos indivíduos e os coletivos humanos.

RCPM divulga informação sobre as atividades relacionadas com a utilização das plantas medicinais na saúde pública e na medicina social, com o Sistema Nacional de Saúde de Cuba, seus programas de cooperação e com os sistemas de outros países.

O conteúdo de RCPM refere-se a todos os temas relacionados com as plantas medicinais e os medicamentos herbários (botânica, etnomedicina, conservação, cultivo, fitoquímica, farmacia, farmacologia, toxicologia e outras).

A revista publicará 4 números por volume em um ano. Si necessário, poderá publicar também números especiais assim como suplementos, sempre previo acordo de seu comité editorial.

Os artigos publicados na Revista Cubana de Plantas Medicinales são indizados em:

- SCOPUS
- LILACS
- Latindex
- Imbiomed
- SciELO

Copyright: © ECIMED. A Revista Cubana de Plantas Medicinales é uma revista de acesso aberto, publicada por uma organização sem uma finalidade de lucro: o Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

O conteúdo todo da revista, si não se especificar outra coisa, está sob os termos da Licença Creative Commons "Reconhecimento-Não Comercial- Compartilhar Igual 3.0".

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>. A derivação de todos o alguns dos trabalhos publicados na revista deve se comunicar previamente a redação da revista:

MSc. Ioanna Martínez Hormaza (ioanna@infomed.sld.cu) (revistaplant@infomed.sld.cu)

Os autores são responsáveis das opiniões expressadas nos seus trabalhos. A edição da Revista Cubana de Plantas Medicinales respeita as normas ISO 216-75, 999-75, 214-76, 8-77, 18-81, 5966-82, 4-84, 215-86 e 3297-86 assim como as recomendações do Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM).

[\[Home\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Instruções aos autores\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

**ANEXO N – Capítulos de Livro Publicados e livro organizado (ISBN:
9788579970863)**



Universidade Regional do Cariri

Antônia Otonite de Oliveira Cortez
Reitora

José Patrício Pereira de Melo
Vice-Reitor

Maria Arlene Pessoa da Silva
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Apiano Ferreira de Moraes Neto
Pró-Reitor Adjunto de Pós-Graduação e Pesquisa

Obras Publicadas através da Chamada Pública 03/2013:

- 10 Anos do curso de Educação Física da URCA.
- A Idade de Ouro da Velhice.
- A mentira na verdade jurídica.
- Alfabetização de adultos e o movimento da identidade pessoal.
- Análise da Modernização Agrícola Cearense.
- Capitalismo, Estado e Educação em Antonio Gramsci.
- Ceará: Economia, Urbanização e Metropolização.
- Ceará: recortes de uma economia em transformação.
- Contrarrevolução burguesa no Brasil.
- Crescer com Saúde no Cariri.
- Economia, Sociedade e Cultura.
- Etnogeomorfologia Sertaneja.
- Família e Saúde Mental: subsídios para o cuidado de Enfermagem.
- Mediação Cultural no Cariri Cearense.
- Objetos Não-Identificados.
- Polícia Comunitária e Cidadã - Entre Velhas e Novas Práticas Policiais.
- Recortes Espaciais do Cariri Cearense: Contribuições para Geografizar a Região.
- Saber Popular e Sistemas Culturais de Saúde.
- SUDENE e Forças Sociais Nordestinas.
- Tecnologias sociais de gestão hídrica: a busca por sustentabilidade no semiárido cearense.
- Teoria de Vygotski e Educação: o que falam os docentes?

George Pimental Fernandes
Izabel Cristina Santiago Lemos
(Orgs.)

**SABER POPULAR E SISTEMAS
CULTURAIS DE SAÚDE:
A ETNOMEDICINA NO BRASIL**



Crato – Ceará
2014

ANEXO O – Artigo da dissertação submetido aos Cadernos de Saúde Pública (CSP)/ Qualis B1 – Biodiversidade



Novo artigo (CSP_0647/15)



Cadernos de Saude Publica (cadernos@fiocruz.br) Adicionar aos contatos 03:34 Fotos

Para: izabel_santiago@hotmail.com

Prezado(a) Dr(a). Izabel Cristina Santiago Lemos:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Saberes culturais e tratamento de doenças prevalentes na infância: contribuições da Etnomedicina ao estudo da Medicina Tradicional" (CSP_0647/15) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho

Profª. Claudia Travassos

Profª. Claudia Medina Coeli

Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>



Apêndices

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I

QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Iniciais:

Sexo: F M

Idade: 12 – 21 anos

22 – 29 anos

30 – 45 anos

46 – 59 anos

60 – 75 anos

76 – 90 anos

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade: Não-Escolarizado

Outros

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Tempo de Residência na área: < 5 anos

≥ 5 < 10 anos

≥ 10 < 20 anos

≥ 20 < 30 anos

≥ 30 < 40 anos

≥ 40 < 50 anos

≥ 50 < 60 anos

≥ 60

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS II

ENTREVISTA

1. Com que frequência você utiliza plantas e/ ou animais para tratar doenças?
2. Com quem você aprendeu a utilizar plantas e/ ou animais para o tratamento de doenças?
3. Você faz ou já fez uso de plantas e/ ou de animais para o tratamento dos sintomas de doenças respiratórias em crianças? Que plantas e/ ou animais seriam essas (es)?

*

4. Que partes você utiliza dessas plantas e/ ou desses animais? Que sintomas tratam e como é feito o preparo?
5. Você faz ou já fez uso de plantas ou de animais para o tratamento de diarreia em crianças? Que plantas e/ ou animais seriam essas (es)?

6. Que partes você utiliza dessas plantas e/ ou desses animais? Como é feito o preparo?
7. Você faz ou já fez uso de plantas ou de animais para o tratamento de anemia em crianças? Que plantas e/ ou animais seriam essas (es)?

8. Que partes você utiliza dessas plantas e/ ou desses animais? Como é feito o preparo?
9. Como você classificaria o resultado do tratamento para essas doenças com o uso de plantas e/ ou de animais?
10. Alguma vez você substituiu (*trocou*) a medicação prescrita pelo médico (*ou outro profissional de saúde*) para o tratamento dessas doenças comuns na infância pelo uso de plantas ou de animais? Por quê?
11. Em algum momento, chegou a conversar com um profissional de saúde sobre o uso que faz de plantas ou de partes de animais no tratamento das doenças de seus filhos? Conte como foi.
12. Algum profissional de saúde (médico, odontólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, dentre outros) já orientou, durante a realização de consultas, o uso de plantas ou de animais para o tratamento dos sintomas de IRA, diarreia e/ ou anemia, ou outras doenças? Conte como foi.
13. O que você acha da utilização de plantas e/ ou de animais para o tratamento dessas doenças comuns na infância nos dias de hoje? Por quê?

APÊNDICE C – CRONOGRAMA

Período Ano 2014 Atividade Real	Março 2014	Abril 2014	Maio 2014	Junho 2014	Julho 2014	Agosto 2014	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	X	X		X					
SUBMISSÃO À PLATAFORMA BRASIL			X						
COLETA DE DADOS					X	X			
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS						X	X		
CONCLUSÃO								X	
EDIÇÃO E REVISÃO								X	
QUALIFICAÇÃO								X	
REVISÃO FINAL									X

APÊNDICE D – ORÇAMENTO FINAL DA PESQUISA

Descrição do Item	Unidade	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Papel A4	Resma	03	13,00	39,00
Cartucho impressora Hp F4280	----	02	48,00	96,00
Cartucho impressora (col) Hp F4280	----	02	48,00	96,00
Mini Gravador De Voz Digital Sony Icd-px333s	----	01	163,90	163,90
Licença empresarial do Qualiquantisoft (Software de pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo)	----	01	2500,00	
			TOTAL	R\$ 2894,90*

* Financiamento FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa).

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Izabel Cristina Santiago Lemos, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri- URCA e aluna do Programa de Pós-Graduação em Bioprospecção Molecular (PPBM), da referida universidade, nível Mestrado Acadêmico, estou realizando a pesquisa intitulada “USO DE RECURSOS NATURAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA ETNOMEDICINA AO ESTUDO DA MEDICINA TRADICIONAL”.

A presente pesquisa tem por objetivo geral: Tomar conhecimento referente ao saber tradicional da comunidade Santo Antônio, localizada no distrito do Arajara, no município de Barbalha (CE) acerca dos recursos naturais utilizados para o tratamento de doenças prevalentes na infância.

Apresentando ainda como principais objetivos específicos: identificar e apontar as formas de uso das possíveis plantas e animais utilizados por mães ou por responsáveis para o tratamento de doenças prevalentes na infância; estabelecer parâmetros de comparação de conhecimento relativo ao uso desses recursos naturais entre indivíduos do sexo feminino e entre indivíduos do sexo masculino nessa referida comunidade e compreender o significado atribuído ao uso desses recursos naturais, bem como o reflexo dessa prática para a medicina convencional.

Espera-se que os resultados da pesquisa representem importantes contribuições para à medicina tradicional, tais como: reafirmar o uso de recursos naturais utilizados por diferentes gerações da comunidade, registrar e possibilitar a reprodução desse conhecimento legítimo em publicações científicas e indicar novas espécies que possam servir aos interesses de futuros estudos no campo da bioprospecção, resultando em novos fármacos a serem empregados para o tratamento das doenças prevalentes na infância.

Destaca-se, porém, que esse retorno, pode não ser concretizado, estando sujeito aos inúmeros processos de validação científicas convencionais.

O presente estudo está sob orientação do Professor Dr. George Pimentel Fernandes e sob co-orientação da Professora Dra. Marta Regina Kerntopf.

Desse modo, esclareço que essa pesquisa obedece à Resolução atual 466/12 que versa sobre estudos envolvendo seres humanos, não acarretando, portanto, em nenhum prejuízo à integridade física e/ou moral dos participantes.

Não haverá nenhum investimento ou prejuízo financeiro aos sujeitos deste estudo. Caso seja consentida a participação nesta pesquisa, os sujeitos poderão solicitar a retirada de sua participação, a qualquer tempo, sem nenhuma implicação de ordem jurídica e/ou moral. Aos sujeitos da pesquisa é concedido entrar em contato com os profissionais responsáveis pelo estudo, para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso haja alguma consideração ou questionamento sobre aspectos éticos afins a esta pesquisa, os participantes do estudo devem entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri – URCA – Campus Pimenta, Crato – CE.

Ainda considera-se que esta pesquisa, apesar de poder ser apresentada à comunidade científica nas formas previstas pela mesma, sob nenhuma hipótese divulgará nomes de pessoas, endereços, e/ou outras formas de exposição dos sujeitos do estudo, sendo o anonimato preservado.

Dadas as informações acima, convida-se Vossa Senhoria à participação neste estudo. Caso aceite, este termo de consentimento livre e esclarecido deverá ser assinado em duas vias, uma das quais ficará com os autores da pesquisa e a outra com Vossa Senhoria.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo intitulado “USO DE

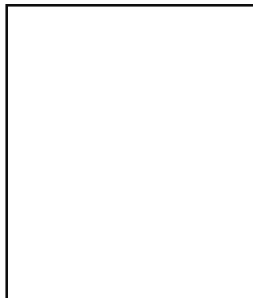
RECURSOS NATURAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA: CONTRIBUIÇÕES À MEDICINA TRADICIONAL”.

Eu discuti com os autores sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do mesmo e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades a mim inferidas. Considero ainda que recebi uma cópia deste documento.

Desse modo, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do responsável pela pesquisa.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

Barbalha, ____ de _____ de 2014.