

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais

Explanatory models of the professional sector in relation to medicinal plants

Modelos explicativos del sector profesional en relación con las plantas medicinales

Josiane Santos Palma ¹, Marcio Rossato Badke ², Elisa Vanessa Heisler ³, Rita Maria Heck ⁴, Sonia Maria Konzgen Meincke ⁵

ABSTRACT

Objective: Recognizing the explanatory models of the professional sector in relation to medicinal plants. **Method:** The study was conducted with nine professionals between May and July 2011 in the rural area of Pelotas/RS, with self-application of semi-structured questionnaires, participant observation and focus group. All ethical guidelines for research involving human beings were respected and each professional has been identified by the name of a medicinal plant. **Results:** According to the thematic analysis of data, health professionals use medicinal plants for care of their health and are able to mention the use of plant resources in the context of primary health care in times of self-care and palliative care. Aside from these moments, they encourage the exclusive use of allopathic resources. **Conclusion:** The strength of the professional sector with regard to medicinal plants may reflect the biomedical training, consisting of a critical node of semantic networks. **Descriptors:** Health team, Primary health care, Medicinal plants.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. **Método:** Estudo realizado junto a nove profissionais entre maio e julho de 2011 na zona rural de Pelotas/RS, com auto aplicação de questionários semiestruturados, observação participante e grupo focal. Os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados e os profissionais foram identificados pelo nome de uma planta medicinal. **Resultados:** De acordo com a análise temática dos dados, os profissionais de saúde utilizam plantas medicinais no cuidado da própria saúde e mencionaram haver possibilidade para a utilização de recursos vegetais no âmbito da atenção básica em momentos de autocuidado e cuidados paliativos. Afora estes momentos, incentivam o uso exclusivo de recursos alopáticos. **Conclusão:** A resistência do setor profissional com relação às plantas medicinais pode ser um reflexo da formação profissional biomédica, consistindo em um nó crítico das redes semânticas. **Descritores:** Equipe de saúde, Atenção primária à saúde, Plantas medicinais.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los modelos explicativos del sector profesional en relación con las plantas medicinales. **Método:** Se llevó a cabo con nueve profesionales entre mayo y julio de 2011 en Pelotas rural/RS, con la auto-aplicación de semi-estructurados, observación participante y grupos focales. Todas las pautas éticas para la investigación con seres humanos se respetaron y cada profesional ha sido identificado por el nombre de una planta medicinal. **Resultados:** De acuerdo con el análisis temático de los datos, los profesionales de la salud hacen uso de plantas medicinales en el cuidado de su salud y son capaces de mencionar el uso de los recursos vegetales en el contexto de la atención primaria de salud en los momentos de auto-cuidado y la atención paliativa. Aparte de estos momentos, fomentar el uso exclusivo de los recursos alopáticos. **Conclusión:** La fortaleza del sector profesional en relación con las plantas medicinales puede reflejar la formación biomédica, que consiste en un nodo crítico de las redes semánticas. **Descriptor:** Equipo de salud, Atención primaria de salud, Plantas medicinales.

Bolsa de Mestrado financiada pela CAPES. Manuscrito elaborado a partir da dissertação Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais, apresentada em 2011 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

¹Enfermeira, Mestra em Ciências, Doutoranda em Ciências. Universidade Federal de Pelotas. josiane.enfermeira@hotmail.com. ²Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Doutorando da FEn/UFPel, Professor Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM Universidade Federal de Santa Maria marciobadke@yahoo.com.br. ³Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Enfermagem elisa.vanessa@yahoo.com.br. Universidade Federal de Santa Maria. ⁴Professora associada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem Enfermagem rmpillon@yahoo.com.br. ⁵Professora associada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A utilização de plantas ao longo do processo saúde-doença permeou toda a evolução humana, sendo muito questionada. Seu emprego foi durante anos a única opção para solucionar necessidades básicas, constando em registros e manuscritos de diferentes civilizações.

Enquanto a percepção de saúde e doença aproximava-se do caráter místico e religioso, o emprego das plantas era menos denegrido. Na medida em que a ciência se desenvolvia, as críticas aumentaram consideravelmente.¹

Diversas plantas serviram de base para a produção de medicamentos alopáticos, como antimicrobianos, e conseqüentemente substituiu temporariamente o uso das plantas por estes medicamentos industrializados, no decorrer do século passado. Porém, a alta toxicidade e o alto custo com a produção despertaram novamente o interesse nas plantas em virtude da diminuição dos custos e do tempo para a sua produção.²

O avanço e o desenvolvimento científicos foram diretamente proporcionais à redução do ser humano a aspectos quantificáveis pela matemática, repercutindo no interesse pela doença e pelas partes do corpo humano. Esta orientação mecanicista deflagrou o modelo biomédico que orienta a formação dos profissionais de saúde na contemporaneidade. Inegáveis são suas influências positivas em contribuições, todavia, o modelo biomédico não abarca a totalidade do ser humano.

Alheia às discussões de cunho científico, a população não deixou de valorizar o potencial das plantas. O uso popular de plantas, portanto, não está associado à comprovação de sua eficácia, possuindo ligação com aspectos culturais, suprindo o espaço entre a disponibilidade econômica da população e a demanda de medicamentos alopáticos³ ou ainda relacionada à capacidade de autocuidado com produtos naturais. Já dentro da ciência moderna e do modelo biomédico, as plantas passam a ter valor ao apresentarem princípios ativos de ação farmacológica que atuam direta ou indiretamente como medicamento, para serem consideradas medicinais.⁴

Ao traçar as características que diferenciam as perspectivas da população, das perspectivas dos profissionais de saúde inseridos no modelo biomédico, relativas ao uso de plantas medicinais, enfatiza-se a cultura enquanto um conjunto de teias repletas de significados socialmente construídos e compartilhados⁵, diferentes em ambos os contextos de ocorrência.

Encontra-se na Antropologia o caminho para mediar esta discussão com profissionais de saúde sobre plantas medicinais. O referencial antropológico contribui para a reflexão sobre o significado de práticas sociais como o exercício do cuidar. Seus autores⁶⁻⁷ fornecem elementos-chave para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde.

Os profissionais de saúde e a população percebem o processo saúde-doença de maneiras distintas, ainda que compartilhem alguns aspectos da mesma cultura. Durante o processo de formação profissional, os alunos passam pelo processo chamado de

“endoculturação” e adquirem, gradualmente, uma nova perspectiva sobre os problemas de saúde.⁸

Desta maneira, a apreensão de conhecimentos durante o transcorrer da vida e a incorporação de novos conceitos ou dogmas ao longo da formação profissional despem o indivíduo desta cultura popular e o reveste da sabedoria e poder da cultura científica.

A cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença, os quais podem ser estudados como um sistema cultural que é composto por três partes, que por vezes se sobrepõem ou atuam de forma simultânea: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*.⁶

O setor popular, em geral, o maior deles, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante. É um espaço eminentemente leigo, no qual a doença começa a ser definida e são desencadeados os vários processos terapêuticos de enfrentamento. Já o setor profissional representa a organização oficial ou formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por concentrar maior aparato tecnológico, organização e poder, submete todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Pela sua grande penetração e pelo poder de que dispõe em algumas sociedades, como a brasileira, o setor profissional impõe-se sobre os demais setores. E por fim, o setor *folk*, que abrange todas as demais práticas de saúde não oficiais, como erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura.

Em cada um desses setores, seus representantes possuem diferentes modelos explicativos para a etiologia, os sintomas, a fisiopatologia, o curso e o tratamento das doenças. Cada um possui valores, crenças, normas de conduta e expectativas específicas.⁶⁻⁸

Cabe destacar que este estudo enfoca o setor profissional, tendo em vista que paulatinamente aproxima-se do cotidiano na busca pela comprovação do saber popular a partir da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos⁹ que, dentre seus objetivos, traz o incentivo a pesquisas e a regulamentação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os autores que seguem o referencial antropológico⁶⁻⁷ concordam que a cultura influencia a experiência e a expressão dos sintomas das doenças, tecendo uma série de críticas à racionalidade médica ocidental e propondo um modelo cultural que valorize outros saberes, complementares à prática clínica.

As estruturas que conectam as concepções de saúde e doença aos valores culturais são as chamadas redes semânticas⁷, as quais sustentam o discurso e o comportamento do profissional e do paciente enquanto uma trama de palavras, situações, sintomas e sentimentos que, associados a uma doença, conferem sentido tanto para a pessoa que sofre quanto para o profissional envolvido no cuidado.

Constituindo o reflexo de uma cultura diferenciada do setor popular e do setor *folk*, devido ao seu modelo de formação, o setor profissional geralmente é insensível e resistente às perspectivas e expectativas dos pacientes, tendo a realidade clínica calcada sobre o nível biológico como única. Por isso, as declarações dos indivíduos sobre saúde e doença vivenciadas precisam ser interpretadas no seu contexto social e simbólico.⁷

Percebe-se que, paulatinamente, a impessoalidade do setor profissional vem sendo superada e ao conviver com os setores popular e *folk* vislumbra-se uma aproximação da lógica do usuário e uma interface entre o profissional e o cliente.¹⁰

Dentre os modelos explicativos dos conceitos de doença, existem diferentes interpretações.⁶ *Illness* traduz-se na língua portuguesa como a forma pela qual os indivíduos entendem, categorizam, qualificam e experienciam os sintomas, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos especiais em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente.

Disease refere-se à forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. É, portanto, uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico, as anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas.

Sickness é o processo pelo qual determinados comportamentos e sinais biológicos adquirem significados reconhecidos socialmente, transformados em sintomas e consequências socialmente significativas. Associados à doença (*sickness*) estão os fatores macro sociais, como economia e política.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer os modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais.

MÉTODO

Este estudo é uma parte da pesquisa “Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob parecer 217/2011, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Normas de Pesquisa em Seres Humanos.

É do tipo qualitativo, influenciado pelo referencial etnográfico para a descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Seu processo incluiu observar, descrever densamente, documentar e analisar estilos de vida ou padrões culturais a fim de compreendê-los.¹¹

O estudo foi realizado junto a nove profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada na zona rural do município de Pelotas/RS, na qual já foram desenvolvidas experiências em relação às plantas medicinais em consonância com algumas instituições oficiais. Os profissionais foram selecionados a partir do interesse em tratar da temática do estudo; de exercer atividade profissional na USF há no mínimo seis meses; de possuir total concordância sobre a sua participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); de anuir com a gravação dos dados coletados e

concordar com a apresentação e divulgação dos resultados nos meios acadêmicos e científicos. Todos foram identificados por nomes de plantas medicinais escolhidos por eles mesmos, a fim de preservar o anonimato de suas verdadeiras identidades.

Os dados foram obtidos em três momentos complementares: questionário semi-estruturado auto-aplicado¹¹, grupo focal¹²⁻¹³ e observação participante¹⁴, entre maio e julho de 2011.

O questionário semi-estruturado auto-aplicado combinou perguntas fechadas e abertas, permitindo conhecer o perfil de identificação, formação, atuação de cada profissional de saúde, bem como a utilização de plantas medicinais no cuidado da própria saúde.

As observações foram divididas em três momentos distintos e crescentes: entrada no campo de pesquisa, início da interação da pesquisadora com os profissionais e participação ativa da pesquisadora no contexto. Passados os três momentos, foi intensificada a reflexão sobre os dados. Os encontros foram realizados nos locais em que houvesse relação do profissional com o usuário, tendo sido analisado como as pessoas se comportavam, a duração das interações, as características do atendimento e a presença das plantas medicinais no contexto das práticas de saúde. Os encontros totalizaram 80 horas.

Foi realizado um grupo focal, mediante combinação prévia entre a pesquisadora e os profissionais e registrado em diário de campo, com duração entre uma hora e meia e duas horas. Ocorreu na Unidade de Saúde da Família, permitindo a interação grupal e oportunizando a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. Por meio do grupo, houve a validação dos dados emergentes durante todo o período do estudo.

As informações foram agrupadas em tabelas e em diário de campo que culminaram na análise temática.¹⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos deste estudo constituem-se de seis mulheres e três homens, com idades entre 27 e 56 anos. A faixa etária predominante é de 50 anos de idade. Todos atendem ao regime de trabalho estatutário estabelecido pela Prefeitura Municipal de Pelotas/RS há no mínimo três anos. O profissional de saúde com maior tempo na função exerce-a há mais de 30 anos nesta Unidade Básica de Saúde.

O nível de escolaridade mencionado pelos sujeitos enquadra-se entre o nível médio (5) e o nível superior (4). Cinco profissionais de saúde residem na área rural onde se realizou o estudo. Os demais se deslocam diariamente da zona urbana por meio de transporte coletivo, na maioria das vezes.

Dentre os profissionais de saúde com nível de escolaridade superior, a formação ocorreu entre a segunda metade da década de 1970 e a primeira metade da década de 1980. Já em meio aos profissionais de saúde com nível de escolaridade médio, a formação

ocorreu entre a primeira metade da década de 1990 e a segunda metade da década de 2000.

Nenhum profissional de saúde cursou disciplina ou acompanhou abordagem relacionada ao uso de plantas medicinais durante a formação em nível médio ou superior, porém, dois mencionaram ter obtido informações relativas ao tema após o término das formações. Conforme confirmado por estudo anterior¹⁶, 79% dos profissionais da área da saúde não tiveram contato com o tema plantas medicinais e/ou terapias complementares durante sua formação acadêmica. Apesar do reconhecimento da fitoterapia por conselhos profissionais da saúde como o da própria Enfermagem, os profissionais não se sentem seguros para falar sobre o tema e conseqüentemente, utilizar nas suas práticas profissionais.¹⁸

Para todos os profissionais de saúde foi solicitado que informassem o nome das plantas medicinais que utilizam no cuidado da própria saúde. Foram citadas 24 plantas pelo nome popular, utilizadas para diversas finalidades que encontram correspondência no saber popular e são mostradas na Figura 1, podendo se repetir em diferentes alterações.

Alterações digestivas	Alterações respiratórias	Alterações inflamatórias
Bardana	Alho	Limão
Boldo	Guaco	Linhaça
Cebola	Hortelã	Malva
Cidreira	Laranja	Marcela
Erva santa	Limão	Tansagem
Fel-da-terra	Malva	
Funcho	Marcela	
Hortelã	Tansagem	
Marcela		
Melissa		
Palminha		
Pitanga		
Alterações urinárias	Alterações psicossociais	Alterações tegumentares
Abacate	Camomila	Abacate
Bardana	Cidreira	Babosa
Malva	Erva-santa	Bardana
Pata-de-vaca	Melissa	

Figura 1 - Relação de plantas utilizadas pelos profissionais de saúde no autocuidado, de acordo com a finalidade. Pelotas/RS, 2012. Fonte: Diário de campo.

As plantas utilizadas são cultivadas nos quintais ou em pequenas hortas mantidas pelos profissionais de saúde que residem na zona rural. Aqueles que residem na zona urbana admitem o uso de plantas medicinais na forma de chás industrializados.

Os profissionais de saúde afirmam ter aprendido sobre a utilização de plantas medicinais com a família. Este conhecimento é restrito ao âmbito das relações familiares e não é repassado aos usuários. Todos dizem que se sentiriam mais à vontade para perguntar e esclarecer as dúvidas dos usuários caso recebessem informações na forma de capacitações profissionais.

Com vistas sobre o referencial teórico que dá suporte a este estudo, os dados denotaram que os modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais aponta para a possibilidade de utilização das plantas medicinais nos momentos de autocuidado de doenças em estágio inicial (*illness*) ou nas situações mais graves como os cuidados paliativos de doenças graves e que antecedem a morte (*sickness*).

Entre ambos os extremos, a única terapia aceita e incentivada deriva de recursos alopáticos cuja eficácia é reconhecidamente comprovada. A Figura 2 expõe o entendimento dos profissionais de saúde quanto à esfera de utilização das plantas medicinais.

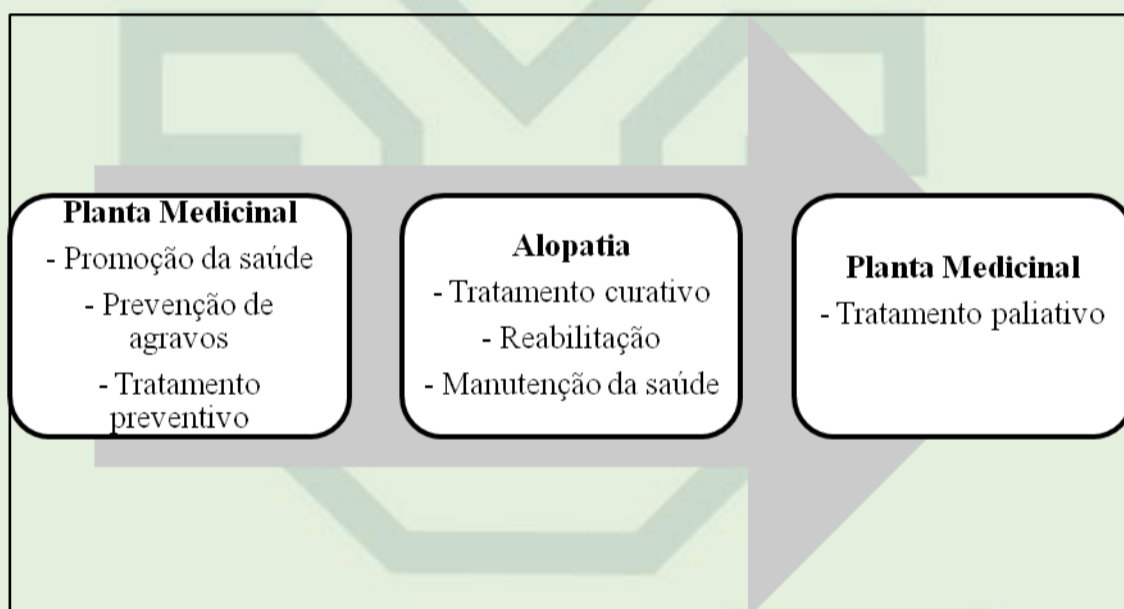


Figura 2 - Entendimento dos profissionais de saúde quanto à esfera de utilização das plantas medicinais. Fonte: Diário de campo.

Evidencia-se a concepção dos profissionais de saúde de que as plantas medicinais são eficazes ou, pelo menos, não representam ameaças ao setor profissional enquanto permanecerem restritas ao setor popular ou ao setor *folk*.

As falas a seguir legitimam a afirmação anterior ao divulgarem o significado que as plantas medicinais mantêm junto aos profissionais de saúde:

As pessoas dizem: eu acho que vai me ajudar. E ajuda. É uma questão de fé [...] (Hortelã); [...] é o efeito placebo. Se tu acreditares que vai ajudar (Aloe).

A partir do momento em que ocorrem agravos à saúde, as plantas em sua forma usual de utilização como chá são substituídas por medicamentos alopáticos, como comprimidos, cuja apresentação e efeitos esperados são validados pelo saber erudito do setor profissional.

Sobre este assunto, temos atualmente o reconhecimento do uso das plantas medicinais, as quais são utilizadas há muitas gerações, com um manual, reconhecido

cientificamente, o qual ensina o uso correto da planta, suas folhas, cascas e raízes.¹⁹ Porque neste sentido, as plantas, sem as devidas propriedades farmacológicas, mecanismos de ação e reações adversas conhecidas, permanecerão à margem do sistema oficial de saúde. Segundo os profissionais, este é um ponto importante a ser considerado para que a utilização de plantas medicinais seja reconhecida pelo próprio setor e prescrita aos pacientes.

Falar sobre as plantas é um passo de convencimento. Reconhecer o saber popular trazido de pai para filho é o primeiro passo, e a gente já está convencido disso (Espinheira-santa); [...] O desafio agora é como utilizar esse conhecimento de forma consistente e científica. É importante haver a validação do uso empírico, que nem sempre se confirma e dá segurança (Aloe).

A maioria das plantas não tem o perfil tóxico bem conhecido, podendo induzir a problemas graves. A crença na “naturalidade inócua” não é facilmente contradita, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações, reações adversas ou contra-indicações dificilmente chegam ao alcance da população. Justificam-se, assim, ações de monitoramento e farmacovigilância sobre as plantas medicinais como as que se dão sobre os medicamentos convencionais.¹⁶

Enquanto restritas ao setor popular e ao setor *folk*, os profissionais de saúde não interferem no processo saúde-doença da população, por entenderem que as plantas são suficientes neste estágio de enfrentamento ou cuidado.

A doença é uma gradação. A planta funciona muito bem nas partes iniciais, pra não deixar ficar muito sério (Aloe).

Retomando as redes semânticas, é possível detectar que as concepções dos profissionais de saúde sobre a doença diferem radicalmente das concepções da população usuária de plantas medicinais.

Para os primeiros, a doença passa a ser considerada quando atinge níveis detectáveis de alteração física/fisiológica, classificáveis conforme os diagnósticos biomédicos. Neste caso, a *disease* só pode ser tratada ou debelada com recursos alopáticos advindos do mesmo modelo. *Sickness* passa a adquirir significado para o setor profissional quando causar prejuízos ao mercado de trabalho, produtor de exploração capitalista que alimenta o modelo biomédico. O último nível considerado é a *illness*; dependendo da gravidade de *disease* e de *sickness*, os recursos utilizados até o momento não mais reverterão no restabelecimento da saúde. Passa-se, pois, a “permitir” a utilização das plantas medicinais nos cuidados anteriores à morte, executados pelo setor popular.

Contrariamente, a população considera *illness* como o primeiro locus identificável de intervenção com plantas. O significado social de *sickness* adquire maior consistência quando impossibilita o trabalho e a manutenção da família. Caso a intervenção com plantas não surta o efeito esperado, a população recorre ao setor profissional para tratar ou debelar a *disease*.

Diante do exposto, as tramas que tecem as redes semânticas são particulares em cada contexto e, conseqüentemente, os modelos explicativos variam conforme a cultura do setor profissional e a cultura do setor popular.

Os resultados deste estudo são corroborados por outro trabalho¹⁷, que investigou o modo de estruturação da rede de saberes na trajetória de vida de profissionais de saúde.

Tendo como objeto de estudo o uso de plantas medicinais pelos profissionais de saúde, esse estudo revelou que a planta tem lugar confirmado no espaço privado-domiciliar.

Quanto ao espaço acadêmico-profissional, as plantas são toleradas mediante a comprovação científica. O estudo justifica que os alunos constroem suas redes de saberes com base nos seus universos sócio-familiares. Encontrando-se com o saber erudito, passam a comprometerem-se com os ditames deste meio. O resultado é a negação, ignorância ou inibição dos referenciais do senso comum.

Pôde-se deparar com a variabilidade na composição da rede semântica do setor profissional, que adquiriu forma a partir da oscilação entre qual recurso (vegetal ou alopático) seria mais eficiente.

[...] existem pessoas que prefeririam tomar o chá em vez do comprimido (Espinheira-santa). Não se recomenda o uso continuado das plantas medicinais. Se recomenda que tome por uns dias e pare outros dias. Seria diferente, porque o medicamento se toma sempre [...](Aloe).

A oscilação detectada é capaz de aprofundar a resistência do setor profissional com relação às plantas medicinais, podendo ser reflexo da formação profissional biomédica, prescritiva e normativa.

É muito mais fácil pegar um comprimidinho e botar pra baixo, do que pegar e todos os dias e fazer chá. Porque até se toma chá por um período, mas ninguém toma chá a vida inteira. A não ser por prazer, como o chimarrão que a gente toma todos os dias. Isso muda muita coisa (Babosa).

Em face ao desvendado, cogita-se que as diretrizes ministeriais para o uso de plantas medicinais no Sistema Único de Saúde sejam promovidas no que tange à capacitação do setor profissional e o emprego das plantas medicinais como instrumentos complementares ao modelo biomédico.

É importante considerar que a formação acadêmica poderia (ou deveria) respaldar a prática profissional também no terreno específico da utilização de plantas medicinais, tal qual ocorre em outras áreas do conhecimento já legitimadas academicamente.¹⁷ Não se questionam aqui os avanços do modelo nem se culpam os profissionais de saúde, tendo-se em vista a impossibilidade de reproduzirem algo que não fez parte de suas constituições.

A formação acadêmica originária de um padrão de trabalho e atividades predominantemente curativas e reabilitadoras não permite a integralidade da atenção com ações de saúde que incorporem práticas educativas promotoras de saúde, não fortalece a relação entre usuário e profissional e ainda restringe a liberdade individual em nome da manutenção da saúde com prescrições comportamentais enunciadas por imperativos.¹⁰

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo implicam em abordar a utilização das plantas medicinais de forma consciente e pró-ativa a partir do referencial antropológico, inquirindo que o saber popular pode desvelar uma realidade obscura no meio científico. Porém, não suficiente para superar os recursos conhecidos e validados por estudos clínicos.

Ademais, a par da implementação de políticas públicas a exemplo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, este estudo julga que os principais atores na prestação do cuidado têm sido relegados exclusivamente ao plano executor de ações determinadas em instâncias superiores.

Por conta disso, deve-se procurar investir em sensibilizações que frutifiquem as discussões sobre a implementação de programas locais de saúde, voltados ao cultivo, manejo e distribuição de plantas medicinais em serviços de atenção básica.

À guisa da conclusão, um nó crítico das redes semânticas precisa ser desfeito: a formação essencialmente biomédica. Desta maneira poderão ser construídos laços que envolvam diversos saberes e variadas abordagens que contribuirão com o cuidado de qualidade, autêntico e produtor de autonomia, almejado para alcançar a reorganização do modelo assistencial brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Cunha AP. Aspectos históricos sobre plantas medicinais, seus constituintes activos e fitoterapia. Disponível em: <http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/aspectos_historicos.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.
2. Devienne KF.; Raddi MSG.; Pozetti GL. Das plantas medicinais aos fitofármacos. Rev Bras Pl Méd; Botucatu, 2004; 6(3): 11-4.
3. Faria PG; Ayres A; Alvim NAT. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. Acta Scientiarum; Maringá, 2004; 26(2): 287-94.
4. Machado LHB. As representações entremeadas no comércio de plantas medicinais em Goiânia/GO: uma reflexão geográfica. Sociedade & Natureza; Uberlândia, 2009; 21(1): 159-72.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. 1.ed. 13 reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.

7. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. 1.ed. Cambridge University Press, 1994.
8. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. Boehs AE; Monticelli M; Wosny AM; Heidemann IBS; Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16 (2): 307-14.
11. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed., 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2010.
12. Iervolino SA.; Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP; Ribeirão Preto*, 2001; 35(2): 115-21.
13. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 779-86.
14. Schwartz E, Elsen I. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 2003; 15(1): 19-27.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2010.
16. Silveira PF, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Rev Bras Farmacognosia*, 2008; 18(4): 618-26.
16. Ceolin T, Ceolin S, Heck RM, Noguez PT, Souza ADZ. Relato de experiência do curso de plantas medicinais para profissionais de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2013; 37(2): 501-11.
17. Alvim NAT, Ferreira MA, Cabral IE, Almeida FAJ. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2006; 14(3): 316-23.
18. Alvim NAT, Cabral IE. O lugar das plantas medicinais nos espaços privado-domiciliar e acadêmico-profissional das enfermeiras. *Rev Esc Enferm Anna Nery; Rio de Janeiro*, 1999; 3(3): 90-103.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC nº 10, de 9 de março de 2010 [acesso em 2010 Jun. 12]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>

Recebido em: 19/09/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 25/02/2015
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:
Josiane Santos Palma
Rua Frontino Vieira, 821/402 A. Pelotas/RS. CEP 96040-700.
E-mail: josiane.enfermeira@hotmail.com