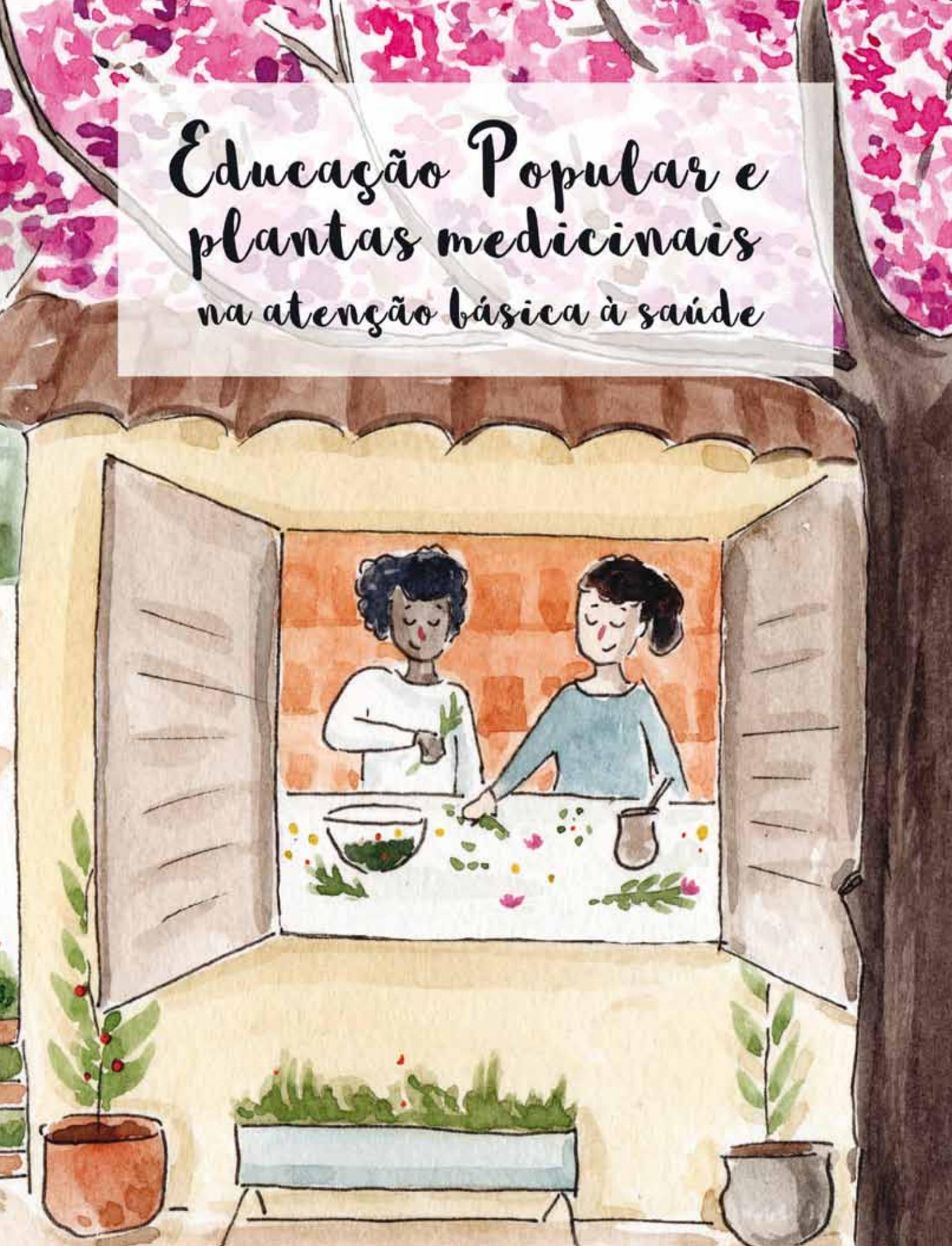


Educação Popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Nísia Trindade Lima

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Diretora

Anakeila de Barros Stauffer

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

José Orbílio de Souza Abreu

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Sérgio Ricardo de Oliveira

Vice-diretor de Ensino e Informação

Carlos Maurício Guimarães Barreto



Educação Popular e Plantas Medicinais na atenção básica à saúde

Organização

Grasiele Nespoli

Andrea Márcia de Oliveira Gomes

Camila Furlanetti Borges

Daiana Crús Chagas

João Vinícius dos Santos Dias

Leila Mattos

Maria Behrens

Paulo Henrique de Oliveira Leda



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Copyright © 2021 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Marluce Antelo CRB-7 5234
Renata Azeredo CRB-7 5207

E24 Educação popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde / Organização de Grasielle Nespoli, Andrea Márcia de Oliveira Gomes, Camila Furlanetti Borges, Daiana Crús Chagas, João Vinícius dos Santos Dias, Leila Mattos, Maria Behrens e Paulo Henrique de Oliveira Leda. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2021.
192 p.

ISBN: 978-65-990319-8-4

1. Educação em Saúde. 2. Educação Popular.
3. Plantas Medicinais. 4. Atenção Primária à Saúde.
I. Nespoli, Grasielle (Org.). II. Gomes, Andrea Márcia de Oliveira (Org.). III. Borges, Camila Furlanetti (Org.). IV. Chagas, Daiana Crús (Org.). V. Dias, João Vinícius dos Santos (Org.). VI. Mattos, Leila (Org.). VII. Behrens, Maria (Org.). VIII. Leda, Paulo Henrique de Oliveira (Org.).

CDD 362.12

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz
Av. Brasil, 4.365
21040-360 - Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (21) 3865-9797
www.epsjv.fiocruz.br

Revisão

Paula Caldeira

Ilustração

Milla Scramignon

Diagramação

José Luiz Fonseca

Conselho de Política Editorial

André Vianna Dantas (Coordenador)

Bianca Antunes Cortes

Carla Macedo Martins

Elizabeth Menezes Teixeira Leher

Gilcilene de Oliveira Damasceno Barão

Helena Maria Scherlowski Leal David

Luiz Mauricio Baldacci

Márcia de Oliveira Teixeira

Maria Teresa Cavalcanti de Oliveira



Andiroba
Carapa guianensis Aubl.

SUMÁRIO

Apresentação 13

PARTE 1

Educação popular, atenção básica e plantas medicinais: o valor da cultura e da ciência 21

Eixo 1

O coletivo, a educação popular e as experiências de vida e trabalho 23

Encontros para partilhas e trocas..... 23

Texto 1 A educação popular, a valorização da cultura e a ressignificação do cuidado 27

Eixo 2

Os saberes e as práticas de cuidado 39

Momento de inserção 1 39

Encontros para partilhas e trocas 40

Texto 2 Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: como ficam as plantas medicinais nessa história?..... 43

Eixo 3

As plantas medicinais e a fitoterapia na atenção básica	59
Momento de inserção 2	59
Encontros para partilhas e trocas	60
Texto 3 Perspectivas da atenção básica no contexto de universalização do direito à saúde	63
Texto 4 O potencial da fitoterapia no contexto da atenção básica à saúde e da produção do cuidado integral	77

Eixo 4

A importância dos saberes populares para o conhecimento científico das plantas medicinais	91
Momento de inserção 3	91
Encontros para partilhas e trocas	93
Texto 5 Nossas eternas parceiras	95
Texto 6 A importância do conhecimento e das práticas tradicionais para a ciência das plantas medicinais	101

Eixo 5

Os saberes populares e os modos de preparo e uso das plantas	111
Momento de inserção 4	111
Encontros para partilhas e trocas	112
Texto 7 Modos de preparo e de uso das plantas medicinais e remédios caseiros	115

PARTE 2

Cultivar plantas e semear cuidado: a horta como projeto popular	129
---	-----

Eixo 6

O território e a dimensão comunitária da horta	131
Momento de inserção 5	131
Encontros para partilhas e trocas	134
Texto 8 Por que agroecologia?	137
Texto 9 Como estabelecer uma horta comunitária de plantas medicinais	143

Eixo 7

O cuidado com as plantas no preparo e uso medicinal	155
Encontros para partilhas e trocas	155
Texto 10 O cuidado com o preparo e o uso de plantas medicinais	157

Eixo 8

A sistematização dos saberes sobre as plantas e da experiência formativa	165
Encontros para partilhas e trocas	165
Breve histórico das espécies ilustradas	169
Siglário	185
Biografia	187



Angico
Anadenanthera colubrina (Vell.) Brenan

Apresentação

Este livro foi concebido como um material educativo comprometido com a construção compartilhada do conhecimento e de caminhos mais integrais de cuidado de si e do mundo. Ele nasce do encontro entre pessoas que têm em comum a vontade de ampliar os processos formativos, o reconhecimento dos saberes populares, as experiências de cultivo e uso de plantas medicinais e a integração entre os serviços de saúde e a população.

Fundamentamos o livro nas ideias de Paulo Freire em defesa da educação como um ato político comprometido com a transformação da ordem social e com a superação das formas de exploração, opressão e dominação, próprias do capitalismo. Freire entende que o ser humano é um ser em relação, em um mundo de relações, em que homens e mulheres são feitos nas experiências. O ser humano, inacabado, está em constante formação, fazendo-se nas mediações com o mundo, nas reflexões sobre sua vida, nas leituras do passado e nas perspectivas de futuro. Nesse processo, a educação, para ser libertadora, tem que aprofundar a tomada de consciência que acontece quando o humano se defronta com o mundo e, assim, busca transformá-lo na direção de uma ruptura com as diversas formas de desigualdade, segregação e exclusão que marcam nossa sociedade.

No campo da saúde, a educação popular tem historicamente fortalecido a luta por melhores condições de vida, o questionamento das iniquidades, injustiças sociais, econômicas e simbólicas, e a defesa da saúde como um direito – o que implica também no direito à educação, à moradia, ao lazer, à alimentação, ao transporte, à cultura, ao saneamento e a tantas outras coisas fundamentais à vida. Firmada em princípios como problematização, diálogo, amorosidade, construção compartilhada do conhecimento e do projeto democrático social, e emancipação¹, a educação popular em saúde promove encontros, vivências de gestão participativa, valorização

¹ A definição dos princípios na Política Nacional de Educação Popular em Saúde: 1) problematização: leitura e análise crítica da realidade; 2) diálogo: encontro entre homens e mulheres mediatizados pelo mundo; 3) amorosidade: ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa; 4) construção compartilhada do conhecimento: processos comunicacionais e pedagógicos dialógicos; 5) compromisso com a construção de um projeto democrático e popular: reafirmação do compromisso com uma sociedade justa, solidária e democrática; 6) emancipação: processo coletivo de libertação de todas as formas de “opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento” (BRASIL, 2013, p. 18). Para saber mais: BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 19 out. 2020.

das experiências, dos saberes e culturas, e práticas de cuidado populares, integrativas e complementares, como as que envolvem o cultivo e o uso de plantas medicinais.

As plantas medicinais e os fitoterápicos possuem reconhecimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e são objetos de uma política nacional que valoriza as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, inclusive em termos de salvaguardar o patrimônio imaterial, isto é, a transmissão do conhecimento tradicional entre gerações. Uma das diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) é “apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares”; e “resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (BRASIL, 2006, p. 24-28).²

As plantas medicinais e os fitoterápicos são contemplados também na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006, na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) de 2011, e se apresentam, ainda que indiretamente, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pneps-SUS) de 2013, ao constituir uma das práticas populares de cuidado. Este material educativo também se compromete com estas políticas, PNPMF, PNPIC, PNSIPCF e Pneps-SUS, que afirmam em suas diretrizes a importância da formação profissional para sua implementação, bem como de elaboração de materiais didáticos e de informação/comunicação que possam colaborar nesse sentido. Todas incentivam o reconhecimento dos saberes e culturas populares.

O presente material foi concebido para ser usado no curso *Educação popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde*, organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), dirigido, principalmente, à formação de agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância em saúde ou de controle de endemias, lideranças comunitárias e representantes de movimentos sociais; mas pode ser estendido a outros profissionais da atenção básica, aos processos de educação permanente das equipes, envolvendo trabalhadores técnicos e também enfermeiros, médicos, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais.

O material dialoga com outro, o do curso de *Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde*, o EdpopSUS³, e aprofunda o reconhecimento dos saberes populares, com ênfase no cultivo e no uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos processos

² BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

³ Para conhecerem o EdpopSUS, acessem o Guia do Curso pelo link: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/guia-do-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

de cuidado. Além disso, conta com um jogo educativo, o Semeando o Cuidado⁴, desenvolvido também com base em princípios da educação popular.

Esperamos que o livro e o jogo sejam apropriados por vocês com autonomia em diferentes processos formativos, ficando aberto a outras necessidades, realidades e temporalidades, desde que preservados seus princípios pedagógicos.

Para delinear a trajetória formativa, o livro foi organizado em duas partes.

Na primeira parte, **Educação popular, atenção básica e plantas medicinais: o valor da cultura e da ciência** vocês encontrarão uma reflexão sobre a importância da educação popular como práxis comprometida com o reconhecimento e a valorização dos saberes e culturas populares. Tal reflexão busca reconhecer as diferentes concepções e práticas de cuidado, e apresenta uma discussão sobre o que, no campo da saúde, chamamos de sistemas e racionalidades médicas, para indicar como as práticas de cuidado se diferenciam em seus fundamentos teóricos e práticos. Vocês poderão refletir igualmente sobre a importância da fitoterapia como prática integrativa e complementar na atenção básica à saúde, considerando o desafio do direito universal à saúde. E poderão problematizar sobre a dimensão complementar e integrativa de diferentes práticas de cuidado em relação à medicina científica, bem como reconhecer os guardiões e mestres dos saberes populares, das plantas medicinais e de seus modos de cultivo, preparo e uso. A identificação e a sistematização dos saberes sobre as plantas por território, o diálogo com os guardiões dos saberes populares e a compreensão dos modos de uso das plantas e de preparo de remédios caseiros no cuidado à saúde também serão compartilhados com vocês nesta Parte 1.

Na segunda parte, **Cultivar plantas e semear cuidado: a horta como projeto popular**, vocês terão como fio condutor a construção de hortas comunitárias, caseiras e familiares, a partir das plantas que podem ser cultivadas e identificadas nos territórios. Observarão que partimos da experiência concreta de construção das hortas, permeada por rodas de conversa nas quais serão abordados temas como sistemas agroecológicos, compostagem e irrigação, formas de cultivo, modos de preparo e de uso, e finalidade das plantas para o cuidado à saúde. Ao final desta Parte 2 vocês compreenderão a importância do processo de sistematização dos saberes sobre as plantas medicinais dos territórios e da própria experiência educativa.

⁴ O principal objetivo do Semeando o Cuidado é conhecer e sistematizar os saberes populares sobre plantas medicinais em um território - que é o tabuleiro do jogo. Os jogadores possuem diferentes habilidades, assumindo papéis de “mestres” (das plantas, do compartilhamento, do diálogo, da curiosidade) e movimentam-se no território em busca de saberes (as demandas de saúde, as indicações de cuidado com plantas medicinais e as receitas de preparo de remédios caseiros) e de plantas que podem ser cultivadas em hortas ou coletadas em terrenos. De forma cooperativa, os jogadores precisam formar, pelo menos, quatro conjuntos de saberes. A cada rodada, eventos acontecem, e a cada conjunto formado, conquistas são feitas. O Semeando o Cuidado é um Recurso Educacional Aberto e está disponível para impressão: www.epsjv.fiocruz.br/semeandoocuidado

Em termos metodológicos, ordenamos o material para que o processo formativo seja pautado em *encontros para a partilhas e trocas de saberes*, intercalados com *momentos de inserção* para investigação e ação nos territórios.

A proposta de realização de *encontros para partilhas e trocas de saberes* busca situar o processo educativo na relação entre os sujeitos da experiência formativa, uma vez que o(a) educador(a) não exerce uma prática de transmissão de conteúdos e informações como as tradicionais aulas, mas conduz e media o processo em diálogo com o coletivo, permitindo e facilitando a participação de todos. Ao invés de impor seu saber, abre caminhos para a construção compartilhada, participativa e dialógica do conhecimento, praticando a humildade e a amorosidade no processo educativo que acontece por mediações.

O *momento de inserção* quer imprimir uma conotação diferente do que, em processos formativos, se chama frequentemente de dispersão, para qualificar o momento não presencial. Tanto os encontros quanto as inserções serão presenciais. Queremos chamar a atenção para a *presença*, algo valioso para a educação popular, porque é o ser humano em contato, em relação com a realidade, e o que possibilita sua transformação.⁵

Alinhando as inserções e os encontros, foram elaborados *textos* com conteúdos que consideramos fundamentais para alimentar e conduzir, de forma crítica, a vivência em educação popular, a investigação sobre os saberes populares, a construção de hortas comunitárias e caseiras, e as formas de preparo e uso de plantas medicinais, respeitando as políticas de saúde e a organização do SUS.

Os textos foram elaborados para apoiarem a trajetória formativa. Os autores fizeram um esforço de usar linguagem acessível e de fácil compreensão. Contudo, também optaram por manter a densidade de alguns conteúdos, contextualizando historicamente práticas e concepções, definindo conceitos, apresentando políticas, elaborando críticas, para aprofundar questões que são caras à conquista do direito à saúde e que precisam ser compreendidas e problematizadas por trabalhadores e pela população. Nossa expectativa é que os educadores façam a leitura prévia do material educativo e que planejem processualmente as atividades propostas que envolvem leitura de textos, a partir da relação que será construída com o coletivo.

⁵ Paulo Freire, em *Pedagogia do Oprimido*, reflete sobre o humano com um ser em situação, referindo-se à imersão como a condição de enraizamento em que aceita-se a realidade como algo espesso que nos envolve e nos anestesia. A educação problematizadora busca a emergência das consciências, para promover uma inserção crítica na realidade que se vai desvelando. FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Paulo Freire tem um livro chamado *A importância do ato de ler*⁶, em que ele afirma que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra”. Isso quer dizer que o ponto de partida deve ser a leitura do mundo feita por vocês, participantes, por isso os momentos de inserção buscam o contato com a realidade, para que ela seja lida e interpretada. A leitura dos textos é para complementar e enriquecer as reflexões, pois eles trazem elementos importantes para a formação que almejamos. É preciso, nesse contexto, respeitar o ritmo e as necessidades de cada um de vocês e da turma, buscando, sempre que possível, facilitar a leitura e a compreensão das palavras e dos sentidos embutidos nos textos.

Ao longo do processo de investigação, identificação e conhecimento das plantas nos territórios, sugerimos a construção de um *herbário*, isto é, uma coleção (dos saberes) das plantas, para que vocês divulguem junto aos demais trabalhadores e à população. Nesse sentido, a *pesquisa* se constitui princípio e meio educativo.

Nosso intuito também é ampliar a concepção de cuidado, articulando-o ao direito à saúde, o que implica no enfrentamento e superação das condições precárias de vida. Entendemos que no processo de conquista do direito à saúde, o cuidado deve ser orientado pelo conceito ampliado de saúde que envolve compreensão e ação sobre a organização social que estrutura as condições de vida. Com isso, esperamos que este material educativo contribua para que vocês possam promover experiências de educação popular em saúde que resgatem e valorizem os saberes tradicionais de cultivo e uso de plantas medicinais, vinculando o cuidado ao agir político e à construção da existência humana numa perspectiva agroecológica.

Nossa proposta é que vocês possam fomentar o cuidado por meio dos encontros, das inserções nos territórios, da construção das hortas, do fortalecimento do vínculo com a comunidade, da participação e da incorporação do uso das plantas medicinais como prática popular, complementar e integrativa. Acreditamos que o cultivo e o uso das plantas têm um significado importante no processo de transformação social no sentido do bem viver, pois dizem respeito à conservação da biodiversidade e à promoção de práticas de cuidado que se diferem da hegemonia biomédica alinhada à mercantilização da saúde. O cultivo e o uso das plantas são um modo integral de cuidado, de si, do outro e do território onde vivemos e trabalhamos, um modo que valoriza a ancestralidade, os saberes populares, a biodiversidade e a preservação da natureza e da cultura.

⁶ FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 32 ed. São Paulo: Cortez, 1996. (Coleção Questões de nossa época; v.13).



Aroeira
Schinus terebinthifolia Raddi

“Aroeira do Sertão”⁹⁹

Aroeira, dádiva da natureza
Abrigo onde a Arara se deleita
És bênção nativa do nosso sertão,
És sombra e luz
Do pobre sem proteção.

És pau para toda obra.
Estruturas uma casa,
Como se fosses uma rocha.
E, se por necessidade,
Te põem fogo,
No fogão és tição
Que pernoita e não se apaga,
Como o amor no coração
De quem ama.

Árvore forte e firme,
Como o sertanejo
Que contigo convive.
Mas se nele aparece a ferida,
A inflamação,
Em nome de Deus,
Tu és a salvação.
Após preparado, no teu sumo,
A mulher se assenta.
Tu saras as partes escondidas.
Tu estancas a criança que vaza.
A fêmea que parir tu lavas.

Aroeira-do-sertão,
Em nossas mãos serviste
Da experiência,
Agora, tu és ciência.
A ti, a nossa gratidão.

Mary Anne Bandeira⁷

⁷ Mary Anne Bandeira é farmacêutica e poetisa, professora das Disciplinas de Farmacognosia e de Fitoterapia, coordenadora do Programa Farmácias Vivas da Universidade Federal do Ceará (UFC) e diretora do Horto de Plantas Medicinais Francisco José de Abreu Matos. É também supervisora do Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Mary Anne cedeu suas poesias que são apresentadas também nas páginas 101 e 115.

Parte 1

Educação popular, atenção
básica e plantas medicinais:
o valor da cultura e da
ciência



Aroeira-do-sertão

Astronium urundeuva (M. Allemão) Engl.

(Sinonímia *Myracrodruon urundeuva* M. Allemão)

Eixo 1

O coletivo, a educação popular e as experiências de vida e trabalho

Ninguém nasce feito,
é experimentando-nos no mundo
que nós nos fazemos.

Paulo Freire⁸

Encontros para partilhas e trocas

Somos diversos e feitos de experiências, que podem derivar de processos históricos e também de fatos e acontecimentos que interferem em nossas vidas, produzindo formas de compreender, ser e estar no mundo. A experiência é o que nos toca, o que nos acontece, o que fica e o que transforma (BONDÍA, 2002). Pela experiência o saber se faz e o humano se constitui. Paulo Freire e Frei Betto diziam que o processo de conhecimento é epidérmico, sensitivo, que “as pessoas conhecem o que experimentam, e não o que escutam” (BETO, FREIRE, 1998, p. 70).

Só que na sociedade capitalista predomina uma ideia de que aprender é processar informações e, concomitantemente, há uma desvalorização da experiência e uma destruição da tradição que, para Benjamin (1985), se expressa na escassez do ato de narrar, ato que organiza a experiência e conserva a tradição. A narrativa, nesse contexto, é também uma forma de darmos sentidos à vida e à existência humana.

Em uma perspectiva contrária à do capitalismo, a educação popular recupera o valor da tradição, da experiência e da narrativa nos processos educativos, porque compreende que conhecer o universo cultural das pessoas, suas referências de mundo, seus vocabulários, seus ritos e costumes é fundamental

⁸ FREIRE, Paulo. Política e educação. São Paulo: Cortez, 2001.

para se estabelecer o diálogo e uma aprendizagem que faça sentido. A partir de rodas de conversa, círculos de cultura e outras práticas, a educação popular promove encontros e trocas de saberes prévios, ao mesmo tempo que outros saberes, aqueles consolidados historicamente pelas ciências, são apresentados e somados às reflexões.

Para a partilha e trocas de saberes, propomos os encontros como espaços e momentos em que o vínculo deve ser estabelecido e os afetos vivenciados, buscando ampliar a vontade de aprender e o desejo de transformar as coisas, o trabalho e as relações sociais no sentido de enfrentar e superar o que degrada a vida, ao invés de potencializá-la. A proposta de partilha e troca valoriza a cogestão ou a gestão compartilhada do processo formativo, reforçando os princípios de democracia e participação inerentes à abordagem da educação popular.

Nessa perspectiva, os primeiros encontros devem ser reservados ao acolhimento da turma, do coletivo que se forma para caminhar por veredas ainda desconhecidas. No início da trilha, sugerimos a partilha de suas histórias e experiências de vida e trabalho, por meio de dinâmicas de apresentação que possam construir narrativas, usando diferentes linguagens, para que acontecimentos e memórias relevantes possam ser traduzidos em saberes.

Além de conhecer nomes, vínculos, ocupações, locais onde se vive, é importante resguardar um tempo para a escuta do outro, daquilo que ele carrega, que ele traz de mais pulsante em sua vida. Como a educação popular se firma no diálogo e na construção coletiva de projetos democráticos que visam à emancipação humana, é imprescindível estabelecer os momentos de troca para o reconhecimento e a valorização de todos. A partilha de saberes e o diálogo entre o coletivo têm por objetivo a construção do vínculo em torno de um projeto comum, no caso, o de se construir saberes e modos de cuidado que possam fazer uso das plantas medicinais na atenção básica à saúde.

Após a partilha de um pouco de cada um que concordou em viver essa experiência formativa, propomos que seja abordada a proposta pedagógica e os princípios do curso, a partir da leitura da *Apresentação* deste material, que situa vocês na trajetória que se inicia. Em seguida, vocês, enquanto coletivo, podem estabelecer pactuações para a condução do processo, a fim de experimentarem a gestão compartilhada e participativa. Em vivências de educação popular é comum a organização de grupos e a divisão de tarefas para realização de animações, dinâmicas, alimentação, atividades culturais, organização do espaço, entre outras coisas que possam fazer parte do cotidiano da experiência.

Para iniciar o debate sobre os temas do curso, sugerimos que vocês façam uma primeira reflexão sobre o que é educação popular em saúde. O debate deve ser em

roda, para permitir que a palavra circule e que todos possam se expressar, falando livremente as ideias que vêm à cabeça. Ao longo do debate façam o registro das ideias, sistematizando o que o coletivo entende por educação popular em saúde⁹.

Depois de apresentar a síntese do que se entende por educação popular, vocês podem ler o Texto 1 da presente publicação, *A educação popular, a valorização da cultura e a ressignificação do cuidado*, a fim de enriquecer a discussão sobre as seguintes questões: o que é a educação popular? O que é a educação popular em saúde? Qual a importância dos saberes populares ou tradicionais para o cuidado? Como a educação popular compreende o cuidado?

Boa leitura.

Referências bibliográficas

- BENJAMIN, Walter. Experiência e pobreza. In: BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 114-119. (Obras escolhidas, v. 1).
- BONDÍA, Larrosa Jorge. Notas sobre a experiência e os saberes da experiência. *Rev. Bras. Educ.*, n. 19, p. 20-28, fev./abr. 2002.
- BETTO, Frei; FREIRE, Paulo. *Essa escola chamada vida: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho*. São Paulo: Ática, 1998.

⁹ A sistematização é um método de leitura crítica dos saberes que estão sendo partilhados e debatidos, e envolve a análise das vivências de educação popular. O processo de sistematização remete a uma síntese que pode ser feita por diferentes linguagens: um texto, um poema, um conto, um cordel, um cartaz, um desenho, uma encenação, um manifesto político. Faz parte da sistematização a construção de vias criativas para dispor os saberes que vão circular na experiência formativa. Construam as vias dialogando entre vocês. O último eixo do curso é dedicado ao momento de sistematização mais geral da experiência. Lá vocês terão um tempo para recuperar e refletir sobre as suas vivências. Mas é importante que a sistematização seja processual e que vocês guardem os registros para a memória da trajetória formativa.

Texto 1

A educação popular, a valorização da cultura e a ressignificação do cuidado

Grasiele Nespoli, Vera Joana Bornstein, Irene Leonore Goldschmidt

A educação popular nasce e se constitui como uma prática educativa “crítica ao sistema societário vigente, assim como de contra-hegemonia¹⁰ ao padrão de sociabilidade por ele difundida” (PALUDO, 2015, p. 220). Sua emergência é, para a autora Conceição Paludo, uma consequência do desenvolvimento latino-americano, mais especificamente dos movimentos de insurgência contra o processo histórico de dominação e colonização ao qual os países da América Latina foram subordinados durante séculos. É um movimento de resistência e luta dos povos latino-americanos em busca de uma expressão política própria. Em termos conceituais é uma abordagem que recupera a indissociabilidade entre educação, agir político e existência humana que tem, no Brasil, como grande referência, o pensamento do educador Paulo Freire.

¹⁰ O termo “hegemonia” integra a tradição marxista e foi sistematizado pelo pensador italiano Antonio Gramsci. O conceito apreende a dinâmica de produção de uma conformidade social das formas de pensar, sentir e agir por meio de mecanismos de convencimento e coerção. Nesse processo as classes dominantes infiltram seus valores e visão de mundo no seio das classes dominadas, apresentando-os como universais. Para produzir um consenso, uma hegemonia, utilizam-se várias formas e meios de convencimento: a família, a igreja, a escola e, principalmente, a mídia (GRAMSCI, 1978). Na concepção gramsciana, não é possível separar o conceito de hegemonia de uma concepção ampliada de Estado, sendo este último entendido para além da aparelhagem estatal, em sua função de dominação e direção do conjunto da sociedade (PRONKO; FONTES, 2012). Refere-se, portanto, a um tipo de dominação ideológica de uma classe social sobre outra, particularmente da burguesia sobre a classe trabalhadora. Dentro dessa mesma matriz teórica, a ideologia, por sua vez, é uma forma de ocultamento da realidade social, que passa pela construção de um conjunto de representações que ocupam o lugar da “verdade” e que legitimam e naturalizam estratégias e práticas de exploração e dominação. Na esteira do pensamento marxista, Paulo Freire defende o enfrentamento dos processos que geram alienação e o compromisso da educação na problematização e leitura da realidade.

A pedagogia do oprimido, proposta por Freire (1987), visa à superação da pedagogia do opressor, ou da educação bancária, que se firma numa relação hierárquica e vertical entre educador e aluno, em que o professor é aquele que detém o saber, e o aluno (o desprovido de luz) aquele que somente recebe o saber. No sentido contrário a essa forma de educação que normatiza e adequa as pessoas à ordem social dominante, Freire defende a educação como um ato dirigido à emancipação e à construção de uma sociedade justa, diversa e igualitária. Uma ação problematizadora da realidade, pautada no diálogo, na escuta, na amorosidade, na valorização de todos como sujeitos de saber.

Isso significa que a educação não é neutra, possui uma dimensão política, como toda a prática que resulta em modos de organização da vida social. Para Paulo Freire, o ato educativo tem compromisso com o “desvelamento da realidade” (2001, p. 49), o que envolve compreender a relação da educação bancária com a manutenção da ordem social dominante, estruturada na desigualdade social. A educação para ser libertadora precisa ser um processo de conscientização, contrário a qualquer forma de doutrinação ideológica como faz a educação bancária ao pressupor ser o outro um ignorante, alienando-o de sua realidade, depositando nele conteúdos para ajustá-lo e adequá-lo ao mundo tal como é, sem questionamento, sem problematização, sem crítica, como se a realidade fosse “algo parado, estático, compartimentado e bem comportado” (Freire, 1987, p. 33). Uma realidade, muitas vezes, alheia à experiência de vida dos educandos.

Há uma reprodução da ordem social dominante, capitalista, amparada na divisão entre os que sabem e os que não sabem, como se essa divisão fosse natural e não socialmente ordenada. Essa perspectiva oculta o fato de que isso é uma das bases da desigualdade social, é o que possibilita uma classe social dominar e explorar outra, expondo a sua visão de mundo como verdade a ser seguida. O que se transmite, o conteúdo, também faz parte do processo de produção ideológica na medida em que atua na formação subjetiva. É conhecida a provocação feita por Paulo Freire, em sua fala no Simpósio Internacional para Alfabetização, no Irã, em 1975: “Não basta saber ler que ‘Eva viu a uva’ (...). É necessário compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.” (Gadotti, 1996, p.72).

Enquanto a educação bancária impõe uma visão de mundo, separa e distingue de forma bem definida o lugar do educador e do educando, a pedagogia do oprimido é dialógica, entende que o educador não é o que apenas educa, pois ao educar, é educado; enquanto o educando, igualmente sujeito de saber, também educa. Se a educação bancária é colonizadora, a pedagogia do oprimido é libertadora.

A libertação dos oprimidos passa, portanto, pelo processo de humanização que entende o ser humano como um ser inacabado e em constante transformação.

Para Freire, diferentemente dos outros animais, o ser humano é um ser histórico que “tem a consciência de sua inconclusão” (1987, p. 42). Nessa perspectiva, a educação é uma práxis porque envolve ação, reflexão e ação, dos seres humanos no mundo e, deve, portanto, problematizar a realidade e mediar sua transformação.

Para Freire, o ser humano se realiza em relações culturais, o “que lhe faculta transcender simbolicamente o mundo da natureza de que é parte e sobre o qual age” (BRANDÃO; FAGUNDES, 2016, p. 89). Nesse horizonte, a emancipação humana passa pelo enfrentamento da “invasão cultural” (FREIRE, 1987), isto é, do processo de imposição de valores, costumes, modos de ser e de viver que adequa o ser humano à ordem social dominante. A cultura popular é a chave para uma vida autêntica, livre das imposições dos opressores, dominadores e colonizadores.

Se por toda a parte existe na sociedade capitalista, desigual e excludente, uma *invasão cultural* do polo erudito/dominante sobre a *cultura popular*, um projeto de ruptura social da desigualdade, da injustiça e da marginalização de pessoas e comunidades populares deveria possuir uma dimensão também cultural. (BRANDÃO; FAGUNDES, 2016, p. 89).

Com base na dimensão ontológica que compreende que o ser humano constitui historicamente sua existência e a do mundo, a educação popular transforma aulas expositivas em círculos de cultura¹¹ — em método dialógico pelo qual o educador ocupa-se em mediar a leitura do mundo:

[...] ler o seu próprio mundo através de sua própria cultura [...], a cultura como acrescentamento que o homem faz ao mundo que ele não fez. A cultura como resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador dos seres humanos. (FREIRE, 2003, p. 117).

A educação popular é uma concepção ético-política que desnaturaliza a ideia de um mundo pronto e que aponta para a compreensão de que o ser humano é cultural e se faz nas relações concretas que envolvem a produção da vida. Em termos pedagógicos, a experiência é o ponto de partida para a construção dos novos conhecimentos, é fonte de aprendizagens, afinal: “No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza” (VASCONCELOS, 2004, p. 71).

¹¹ O círculo de cultura é um método pedagógico desenvolvido por Paulo Freire na década de 1960 que tem por objetivo debater um tema gerador, isto é, um tema de interesse dos participantes. A proposta é fazer a palavra circular, dialogicamente, de modo a se buscar a consciência das experiências vividas em relação ao tema gerador. Caso queiram saber mais, vejam: DANTAS, Vera Lúcia; LINHARES, Ângela Maria Bessa. Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BORNSTEIN, Vera Joana. et al. *Textos de apoio, curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 61-64. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: out. 2020.

As ideias de Paulo Freire são muito importantes para a saúde desde o final da década de 1970, quando intelectuais, trabalhadores da saúde e ativistas populares começaram a questionar o modelo biomédico¹² vigente, centrado no hospital, em tratamentos tardios e individuais, e representado pelo acesso precário e limitado das camadas populares aos serviços de saúde. A interseção da educação popular com a saúde fez avançar a luta pelo direito à saúde e o compromisso com a universalização do Sistema Único de Saúde (SUS), levando inclusive a questionamentos quanto ao conceito de saúde vigente, centrado no modelo biomédico, com foco na doença.

Nessa interseção formou-se o campo da Educação Popular em Saúde (EPS) como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Um caminho não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas que, sobretudo, envolve o delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social. A EPS atua na defesa do direito à saúde e no compartilhamento do poder institucional entre todos os interessados no SUS – gestores, trabalhadores e usuários. Nas palavras de Stotz, a EPS:

[] se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas. (2004, p. 292).

Essa contraposição envolve a compreensão das classes populares ou, como enfatizava Valla, das classes subalternas ou subalternizadas¹³, e a construção conjunta dos projetos comunitários. Para isso, é preciso superar a postura de que o saber profissional é superior e o saber popular inferior, e também reconhecer que “os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional” (1996, p. 179); os saberes da população constituem uma teoria imediata.

Esses saberes populares estão ancorados na cultura, que constitui um dos principais fundamentos da identidade de um povo e é expressa no modo como transforma a natureza para prover sua existência, como se relaciona com o mundo e se comu-

¹² A valorização do saber biomédico em detrimento a outras formas de saber no cuidado em saúde pode ser apontada como outro exemplo de hegemonia. Atualmente a hegemonia do saber biomédico é ampliada por meio da lógica de consumo, dos avanços e da sofisticação de tecnologias diagnósticas e de rastreamento, do aprimoramento e da informatização das intervenções cirúrgicas, da superespecialização das profissões da saúde e da ampliação das intervenções farmacológicas. Retomaremos essa discussão no próximo eixo, no Texto 2, *Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: como ficam as plantas medicinais nessa história?*.

¹³ Valla adota o termo “subalterno” em referência à ideia de Gramsci que “prefigura a diversidade das situações de subalternidade e sua riqueza histórica, cultural e política” (1996, p. 188).

nica, como festeja e como chora. Assim, a cultura atravessa todas as atividades da prática social, formando um elo entre passado e presente, ligando as gerações.

Diante da importância da cultura, a educação popular considera que o conhecimento pode vir de diversas fontes, por isso valoriza o resgate dos saberes ancestrais, da sabedoria de vida que foi se construindo a partir das experiências e vivências dos antepassados e defende que a cultura de todos os grupos humanos é igualmente válida e importante. Um dos objetivos da educação popular é possibilitar às classes populares a descoberta de que elas são também produtoras de cultura, uma cultura própria, intrinsecamente ligada às suas condições de vida e formas de ver o mundo. Contudo, o reconhecimento da cultura popular não pode ser ingênuo e desinteressado, é preciso também problematizar suas origens, seus mitos, suas verdades, seus efeitos na construção de si e do mundo. Assim como as expressões culturais de qualquer grupamento humano trazem em seu seio contradições, também aquelas exercidas pelas camadas populares apresentam certas concepções que precisam ser questionadas.

As práticas de cura e de cuidado são um dos saberes primordiais que a humanidade desenvolveu na luta contra as intempéries, dores e doenças que sempre ameaçaram sua sobrevivência. São conhecimentos organicamente enraizados na cultura de todos os povos. Dessas práticas, o uso das plantas no cuidado à saúde é popular na cultura brasileira e tem sua raiz nos povos originários que viviam em nosso território antes da colonização portuguesa, povos possuidores de um sistema de saúde próprio, que integrava uma etnomedicina (CASTRO; FIGUEIREDO, 2019).

Esses saberes foram apropriados e sistematizados em matérias médicas e farmacopeias, durante o início do período colonial, pelos missionários da ordem religiosa Companhia de Jesus que vieram ao Brasil evangelizar os povos que cultivavam outras formas de reverenciar o transcendente. Contudo, o encontro entre jesuítas e índios foi difusor de vários conhecimentos “acerca do tratamento de doenças, associando o uso de plantas a rituais indígenas” (FERNANDES, 2004, p. 28). Nesse período, foram instaladas boticas pelos jesuítas “na Bahia, Olinda, Recife, Maranhão, Rio de Janeiro e São Paulo” (FERNANDES, 2004, p. 28), que tiveram grande importância na produção de remédios¹⁴ à base de vegetais, minerais e animais até as primeiras décadas do século 20, quando foram substituídas por farmácias e pequenas indústrias que inseriram “novas técnicas e fórmulas medicamentosas” (FERNANDES, 2004, p. 31). O boticário também foi substituído pelo farmacêutico.

¹⁴ Na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos encontramos as seguintes definições: 1) remédio como “cuidados que se utiliza para curar ou aliviar os sintomas das doenças, como um banho morno, uma bolsa de água quente, uma massagem, um medicamento...”; 2) medicamento como “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente, em associação com adjuvantes farmacotécnicos” (Brasil, 2006).

Até a década de 1930, o setor industrial farmacêutico estava em desenvolvimento, mas não havia investimento em pesquisas, o que resultou nas décadas seguintes em uma dependência do Brasil em relação aos países industrializados, levando o setor a reproduzir fórmulas e importar medicamentos. A partir de 1940, com a crescente produção de medicamentos sintéticos e a desnacionalização da indústria farmacêutica, houve uma revisão da farmacopeia brasileira, “sendo retirada de seu conteúdo grande parte dos produtos utilizados na farmácia tradicional e os originados de plantas nativas” (FERNANDES, 2004, p. 34).

Somente na segunda metade do século 20 foi retomada a importância das medicinas tradicionais e do uso das plantas medicinais na agenda de interesses de pesquisa e programas de saúde. Em âmbito mundial, a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) passaram a recomendar a formulação de políticas voltadas para o reconhecimento dessas práticas, bem como para a expansão da atenção primária à saúde.¹⁵ No Brasil, houve um gradual aumento do incentivo à pesquisa, que ajudou a consolidar grupos de pesquisa¹⁶ e, décadas adiante, uma política estratégica acerca das plantas medicinais e dos fitoterápicos.

A retomada dos estudos científicos e de investimentos nesse campo foi também um momento de reabertura para a valorização da cultura dos povos e grupos sociais como um elemento fundamental no processo de organização da atenção e da produção do cuidado, por abranger a dimensão simbólica, relacionada aos significados, sentidos e valores que constituem os modos de cuidado que fazem uso das plantas. Entretanto, esse processo de valorização e reconhecimento, contraditoriamente, envolve a apropriação dos saberes populares pelas indústrias farmacêuticas que, alinhadas ao modo de produção capitalista, transformam remédios em mercadorias.

Diante do perigo desse tipo de apropriação, vale a pena evocar a potência da educação popular como prática que reconhece, dialoga e integra os saberes tradicionais na atenção à saúde, resguardando-os como patrimônio cultural de domínio público e comunitário. A educação popular valoriza os modos de cuidar advindos da experiência, inclusive os que fazem uso de plantas, como complementares e igualmente importantes aos conhecimentos desenvolvidos pela ciência médica, mantendo-se crítica e contrária à lógica capitalista de mercantilização da saúde.

Desta forma, a educação popular busca ampliar a autonomia e vincular o cuidado ao compromisso com a construção da existência humana, o que deve envolver

¹⁵ Uma reflexão sobre a atenção primária à saúde será apresentada no Eixo 3 da presente publicação.

¹⁶ Um marco desse processo foi a realização, em 1967, do Primeiro Simpósio de Plantas Medicinais, com a participação de vários pesquisadores que desenvolviam pesquisas com plantas medicinais à época (FERNANDES, 2004).

a atuação “sobre as determinações do processo saúde-doença e sobre a organização dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário, na gestão participativa e no exercício do controle social” (BORNSTEIN, 2016a, p.16). Se a biomedicina reduz o cuidado à técnica sobre o indivíduo, a educação popular em saúde o estende à vida comunitária constituída nos territórios – o cuidado abarca o cuidar de si, o cuidar do outro e o cuidar do mundo.

Cuidar, então, “pressupõe entender as vivências e as verdades de cada indivíduo e compreender que estas dependem das visões de mundo, das histórias e da cultura” (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011, p. 466). Isso significa que o valor da dimensão cultural passa pelo reconhecimento do saber do outro, dos grupos sociais e das populações que experimentam diferentes práticas de cuidado, dentre elas as que envolvem o uso de plantas medicinais. Ao reconhecer outros sistemas de saúde e epistemologias, como as cosmovisões indígenas e afro-brasileiras, a educação popular aproxima a relação do cuidado com a natureza, a cultura, a comunidade e o território, podendo, assim, ampliar o compromisso com a construção de um mundo livre da opressão.

Em outros termos, nas vias da educação popular, o cuidado é um ato comprometido com a totalidade da vida, que se opõe às formas de desumanização e colonização próprias do capitalismo.

Referências bibliográficas

BORNSTEIN, Vera Joana. Princípios pedagógicos do Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, Vera Joana *et al* (org.). *Textos de apoio*. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016a. p. 15-20.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; FAGUNDES, Maurício César Vitória. Cultura popular e educação popular: expressões da proposta freireana para um sistema de educação. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 61, p. 89-106, jul./set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

CASTRO, Marta Rocha de; FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. Saberes tradicionais,

biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. *Hygeia*, v. 15, n. 31, p. 56-70, mar. 2019.

FERNANDES, Tania Maria. *Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GADOTTI, Moacir. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, Moacir (org.) Paulo Freire, Uma biobibliografia. São Paulo: Cortez Editora, 1996, p.69-116.

GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

PALUDO, Conceição. Educação popular como resistência e emancipação humana. *Cad. Cedes*, Campinas, v. 35, n. 96, p. 219-238, maio/ago. 2015.

PRADO, Ernande Valentin; FALLEIRO, Letícia Moraes; MANO, Maria Amélia. Cuidado, promoção de saúde e educação popular – porque um não pode viver sem os outros. *Revista de APS*, v. 14, n. 4, p. 464-471, 2011.

PRONKO, Marcela; FONTES, Virgínia. Hegemonia. In: CALDART, Roseli Salette; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio (org.). *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 391-397.

STOTZ, Eduardo Navarro. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, Cristianne Maria Famer et al. (org.). *Ver—SUS Brasil: Cadernos de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 286-301. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

VALLA, Victor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação e realidade*, v. 21, n. 2, p. 177-190, jun./dez. 1996.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis* [online], v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de leituras

Para a revisão de fatos históricos do Movimento de Educação Popular em Saúde, consultar:

BORNSTEIN, Vera Joana. Princípios pedagógicos do Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. *In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (org.). Textos de apoio.* Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016a. p.15-20. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeicoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é Educação Popular*. São Paulo: Brasiliense, 1984. Disponível em: <https://apartilhadavida.com.br/book/o-que-e-educacao-popular/>. Acesso em nov. 2020.

NESPOLI, Grasielle. Da educação sanitária à educação popular em saúde. *In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (org.). Textos de apoio.* Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV,

2016a. p. 47-52. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeicoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

Para aprofundar o tema da educação em saúde e refletir sobre a dimensão educativa do trabalho do agente comunitário de saúde, propomos o material didático elaborado para a formação técnica desses trabalhadores:

MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar; PEREIRA, Ingrid D'Avilla Freire; LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo. *Educação em saúde: material didático para formação técnica de agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_mat_did_acs.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de vídeos

Como a educação popular em saúde se relaciona com o SUS?

Nesse vídeo, José Ivo Pedrosa, professor da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e vice-presidente da Abrasco, explica o processo de institucionalização da educação popular em saúde no Brasil, ocorrido entre 2003 e 2010, e comenta sobre as suas perdas, ganhos e potências. 1 vídeo (15min:30). Publicado em: 11 fev. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9knkzzKWq0c&feature=youtu.be>.

Como a educação popular em saúde surgiu no Brasil?

Nesse vídeo, Helena Leal David, professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e integrante do Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Abrasco, explica os principais marcos e ações que deram início na década de 1970 à educação popular em saúde no Brasil. 1 vídeo (3min:52). Publicado em: 10 fev. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vBU4BDp8kyl&feature=youtu.be>.

Educação popular em saúde – Bate Papo na Saúde

Pedro Cruz, professor do Departamento de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e Eymard Mourão Vasconcellos, coordenador nacional da Rede de Educação Popular em Saúde, são entrevistados por Renato Farias.

1 vídeo (25min:53). Publicado em: 28 out. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=S4qSP5t2QrI>.

Qual é a dinâmica da educação popular em saúde na América Latina?

Vera Dantas, integrante do coletivo Espaço Ekobé, no Ceará, e coordenadora do Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), conta sobre as diversas percepções da educação popular em saúde nos países da América Latina, sob a ótica do bem viver, da alegria e amistosofia. 1 vídeo (15min:2). Publicado em: 11 fev. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=a3JnpG9tmd8&feature=youtu.be>.

Você sabe o que é educação popular em saúde?

Nesse vídeo, Renata Pekelman, coordenadora do Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e professora da Unisinos, explica o que é educação popular em saúde e como ela se relaciona com as lutas do SUS. 1 vídeo (3min:13). Publicado em: 10 fev. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=xX9h9izi_YE&feature=youtu.be.



Barbatimão,
Stryphnodendron adstringens (Mart.) Coville

Eixo 2

Os saberes e as práticas de cuidado

Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

José Ricardo de C. M. Ayres¹⁷

Momento de inserção 1

O cuidado é algo fundamental para a vida e acontece nas relações e interações humanas. Diz respeito a uma mediação que quer prevenir algum mal, aliviar um sofrimento ou uma dor, tratar uma ferida ou uma doença ou recuperar algum dano. É, em alguma medida, um ato de conservação da própria vida que envolve muitas práticas.

De modo geral, localizamos o cuidado como um ato mais restrito ou especializado, realizado por profissionais, mas se olharmos para o nosso entorno, logo perceberemos que o ato de cuidar é compartilhado e exercido de muitas formas. Nos espaços familiares, por exemplo, nas rotinas e gestos cotidianos que zelam pela casa, pela alimentação e pelos bons afetos; ou na comunidade, nas relações de troca e de apoio social que envolvem instituições como escolas, igrejas, postos de saúde, movimentos sociais, lideranças políticas e os moradores. E, quando se trata da saúde, as pessoas recorrem a diferentes práticas de cuidado, muitas delas vinculadas à espiritualidade ou a tradições religiosas, como as rezas e rituais feitos por praticantes de religiões de diversas matrizes.

No campo da saúde o cuidado é central e é entendido e praticado de diferentes maneiras. Mas, nem sempre está pautado na perspectiva da educação popular que

¹⁷ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. *Saúde soc.* [online], v. 13, n. 3, p. 16-29, set./out. 2004.

o compreende desde o espaço da clínica, do atendimento individual por médicos e outros profissionais de saúde, até a melhoria das condições de vida nos territórios, com participação popular e democrática. O cuidado se expressa de incontáveis formas e acontece por muitos meios.

Para a reflexão sobre as distintas práticas de cuidado, convidamos vocês a fazerem uma inserção nos territórios, identificando as pessoas que reconheçam como cuidadores e cuidadoras, tanto nos serviços de saúde quanto nos espaços comunitários e familiares. Após um levantamento inicial, que pode ser feito de “boca em boca” entre as pessoas do território, podem ser realizadas entrevistas, com o objetivo de conhecer as diferentes concepções e práticas de cuidado.

A entrevista é uma técnica de pesquisa que visa, por meio de perguntas, conhecer a realidade, ou parte da realidade. Isso significa que ela requer uma direção, por isso é organizada em um roteiro, que serve como um ponto de partida para iniciar a conversa com o entrevistado. No entanto, no momento do encontro outras perguntas podem surgir e ser feitas. A entrevista é uma prática dialógica, já que tanto as perguntas quanto as respostas vão alterando as percepções e ideias dos sujeitos participantes, que devem caminhar juntos pela prosa sem perder de vista os objetivos da mesma.

Algumas questões podem ajudar nesse processo: quem cuida? Como cuida? O que entende por saúde? Quais são as técnicas, instrumentos e materiais usados no cuidado? Quais as finalidades do cuidado?

Não se esqueçam de registrar as práticas identificadas e suas concepções de saúde/doença e cuidado. É importante observar as diferenças e semelhanças entre elas.

Encontros para partilhas e trocas

No momento de apresentação da investigação realizada, esperamos um esforço de sistematização das práticas de cuidado que foram identificadas nos territórios e que recuperam parte da memória e do patrimônio da comunidade. Vocês podem fazer um quadro apresentando cada uma, suas concepções, técnicas e finalidades, e também podem construir outras formas de sistematização.

Após a apresentação, o debate e a sistematização, propomos a leitura do Texto 2, *Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: como ficam as plantas medicinais nessa história?*, que busca responder às seguintes questões: o que significam racionalidades e sistemas médicos? O que são as Práticas Integrativas e Complementares (PIC)?

Com base na leitura, vocês podem rever as práticas de cuidado identificadas e sistematizadas, a partir da discussão das racionalidades e sistemas médicos, de

modo a problematizar as dimensões integrativas e complementares de algumas delas em relação à biomedicina.

Além da reflexão teórica, sugerimos que vocês criem vivências de cuidado. Uma possibilidade é convidar um trabalhador do SUS a realizar uma oficina sobre alguma das práticas integrativas e complementares. Se não for viável, outra possibilidade é que vocês mesmos promovam algum ato de cuidado, como o uso de alguma planta medicinal ou de óleos essenciais para aromaterapia, como o de lavanda para acalmar, o de alecrim para despertar e de laranja doce para trazer alegria.

Podem incluir outras vivências, como o corredor do cuidado, que é um rito criado por educadores populares no Ceará que se estendeu Brasil afora.¹⁸ Como o nome diz, é preciso que as pessoas formem duas fileiras, como um corredor, posicionando-se de frente umas para as outras. Para conduzir o processo, um animador ficará ao final do corredor recebendo cada uma das pessoas com um abraço. Qualquer um de vocês, quem desejar, pode passar pelo corredor. Os que estiverem em fila devem fazer carinho em quem passar, pode ser um toque, uma breve massagem nos ombros e costas, um cafuné, um afago. Outra atividade de cuidado fácil de realizar é o escalda-pés, que pode ser feito com uso de uma bacia, água morna, sal grosso, ervas aromáticas e óleos essenciais. Quem já experimentou sabe os benefícios de um escalda-pés para desinchar os pés, relaxar o corpo e tranquilizar a mente. Cuidem-se!

¹⁸ Para vocês saberem mais sobre o corredor do cuidado, vejam: <http://redehumanizaus.net/92756-cuidar-do-outro-e-cuidar-de-mim-cuidar-de-mim-e-cuidar-do-mundo-o-corredor-do-cuidado/>. Acesso em: 19 out. 2020.

Texto 2

Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: como ficam as plantas medicinais nessa história?

Camila Furlanetti Borges

Geralmente, quando uma pessoa conhecida fala que está doente, nós logo pensamos “meu amigo precisa ir ao médico”. E pensamos no médico como aquele profissional que fez faculdade de medicina, que geralmente usa roupa branca, faz uma consulta rápida com algumas perguntas e termina pedindo exames ou receitando medicamentos que compramos ou retiramos na farmácia da unidade de saúde. Se esse médico trabalha no SUS, a consulta dele pode ser acompanhada pelo trabalho de algum enfermeiro ou técnico de enfermagem ou ainda de um agente comunitário de saúde. Às vezes, esse médico chega à conclusão de que o problema de saúde é mais específico, e então nos encaminha para algum outro profissional: pode ser um médico especializado no aparelho cardiovascular, ou um dentista para problemas bucais, ou um fisioterapeuta para problemas posturais ou funcionais, ou um nutricionista para orientar uma mudança alimentar. Todos esses profissionais atuam de acordo com o que chamamos *medicina ocidental contemporânea* ou *racionalidade biomédica (biomedicina)*. Segundo essa racionalidade, a medicina se organiza a partir de conhecimentos básicos (no sentido de fundamentais e genéricos) e conhecimentos especializados (que recortam uma parte específica do conhecimento que passa a ser tratado com mais profundidade).

Mas vocês sabiam que existem várias outras racionalidades médicas? Existem diversas formas de abordar o processo de adoecimento e recuperação da saúde das pessoas e comunidades, por meio de práticas de cuidado diferentes dessas que estamos mais acostumados a procurar nas unidades de saúde do SUS e nos consultórios particulares.

O que são racionalidades médicas? Chamamos “racionalidade médica” um sistema complexo de saberes a respeito do processo de enfermar-se, curar-se e promover a vida saudável entre homens e mulheres.

Que outras racionalidades médicas existem, além da biomédica? Algumas delas nós já estamos acostumados a ouvir, mas outras, nem tanto: por exemplo, existe a medicina homeopática, a clássica chinesa, a ayurvédica (LUZ, 1993; 2005).

E como são formadas as racionalidades médicas? Para conhecermos uma racionalidade médica, é preciso observar um conjunto de seis dimensões que envolvem saberes teóricos, práticos e simbólicos (NASCIMENTO *et al.*, 2013), descritas a seguir.

1. *Cosmologia*: a dimensão cosmológica de uma racionalidade é a visão de mundo que cada sistema médico carrega e, de certa forma, unifica e embasa todas as demais dimensões. Em geral, essa visão de mundo é construída a partir da história da comunidade onde a medicina específica se origina. Por exemplo, a cosmologia da medicina clássica chinesa foi desenvolvida na região onde hoje é a China há mais de 5 mil anos e carrega as particularidades culturais daqueles povos, como a filosofia religiosa do taoísmo, que preza pela harmonia de cada individualidade consigo mesma e com o meio ambiente natural e social, pois acredita que entre o homem e o universo há uma unidade. No caso da biomedicina, muitas vezes chamada medicina científica, sua cosmologia está embasada na física clássica que, resumidamente, remete à ideia de causalidades universais, à metáfora do corpo como máquina composta de peças articuladas, ao entendimento da doença como incapacidade e da cura como retorno à normalidade, e à perspectiva de que a ciência avança à medida que amplia seu controle sobre a natureza (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Da mesma forma, a medicina ayurvédica, nascida na Índia, também carrega suas visões de mundo originárias daquela cultura. Em suma, a cosmologia das distintas racionalidades médicas remete às suas raízes – culturais, filosóficas e/ou religiosas.
2. *Morfologia humana*: essa dimensão refere-se à forma como o corpo se estrutura e se organiza. No sistema biomédico (ou medicina ocidental), essa dimensão é estudada pela anatomia. Em outras racionalidades médicas, essa dimensão pode ser tratada, por exemplo, a partir do reconhecimento de canais de energia e da análise da relação entre energia e movimento.
3. *Fisiologia ou dinâmica vital humana*: é o processo de vitalidade ou de desequilíbrio do corpo. No sistema biomédico, essa dimensão é abordada por meio do estudo da fisiologia dos sistemas (urinário, digestório, entre outros), que estabelece quais são os parâmetros do estado normal de saúde, entendendo

que todo corpo humano precisa estar dentro dessa margem de normalidade para ser considerado saudável. Diferentemente disso, outras racionalidades médicas estudam, por exemplo, as várias possibilidades de troca de energia na interação dinâmica entre órgãos e vísceras, buscando entender qual é a forma normal de transformação energética de cada ser vivo, singular – o que pode incluir, por exemplo, o estudo da interação energética com plantas e medicamentos específicos.

4. *Doutrina médica*: é a definição do processo saúde-doença, do que é o adoecimento e de quais doenças podem ser curadas. Na racionalidade da biomedicina, é sua doutrina médica que determina quais problemas pertencem à clínica médica e quais extrapolam seu campo de ação, geralmente com base na ideia de que cada novo avanço científico supera o mais antigo e aumenta a resolutividade da medicina. Estabelece uma cadeia de explicações causais universalizáveis, que tomam a doença como objeto de investigação, e o combate à doença, restaurando parâmetros de normalidade, como objetivo da clínica. No caso da homeopatia, bem como das medicinas orientais (chinesa e ayurvédica), sua doutrina médica permanece fazendo referência às suas raízes originais, com uma ideia de que o novo não substitui o velho, mas o complementa. Baseiam-se em teorias sobre elementos diversos – energia, constituições humorais, entre outros – que sustentam a investigação da pessoa adoecida, com o objetivo de restabelecer sua saúde; e entendem que:

[...] a doença [é] fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microuniverso que constitui o homem; relacional no que concerne às relações entre o ser humano e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual. (LUZ, 1993, p. 23).

5. *Sistema de diagnóstico*: refere-se à forma como se investiga a existência e o percurso de um processo de adoecimento, bem como a origem ou causa desse processo. No sistema biomédico, o diagnóstico é um elemento central, de grande peso, e envolve a definição de uma causa, explorada a partir do estudo de sinais e sintomas, exames físicos e outros exames complementares com certa sofisticação tecnológica (hemogramas, radiografias, eletrocardiograma, entre outros); destina-se a identificar a doença dentro de uma ampla classificação de doenças, sintomas e sinais previamente estabelecidos. Para a medicina clássica chinesa, além dos sinais e sintomas observados, é importante investigar o ambiente natural e social em que ocorreu o adoecimento, as circunstâncias do evento, o momento de vida da pessoa, buscando entender a natureza do desequilíbrio energético individual naquele período específico.

6. *Sistema terapêutico*: refere-se ao estudo dos tratamentos para os processos de adoecimento identificados no diagnóstico. No caso da biomedicina, a terapêutica se dá por meio de medicamentos, vacinas, cirurgias e recomendações de higiene; busca eliminar a doença e reenquadrar a pessoa em parâmetros de normalidade. No caso de medicinas como a ayurvédica, utiliza-se fitoterapia, massagens, exercícios de meditação, dietética, técnicas de purificação, entre outros. A antiga medicina chinesa vale-se do uso de substâncias vegetais, animais e minerais, bem como de acupuntura, moxabustão, massagem e ventosas.

Como abordamos anteriormente, uma racionalidade médica é um sistema médico complexo no qual podem ser observadas essas seis dimensões aqui explicadas. Mas, além disso, há outras medicinas tradicionais que existem há muito mais tempo que a medicina científica ocidental, e que contam com algumas das dimensões já analisadas. Estamos nos referindo às medicinas africanas e indígenas.

A medicina tradicional africana chegou ao Brasil há cerca de cinco séculos, acumulando a cultura de diversos povos do continente africano. Foi introduzida nas Américas do Sul e Central a partir da escravidão praticada pelos colonizadores europeus entre os séculos 17 e 19. Ela tem um sistema de cura complexo, com uma forte base terapêutica fundamentada na fitoterapia e no uso de plantas medicinais¹⁹, e é:

[...] inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal, e seu agente de cura mais importante é normalmente um sacerdote (ou sacerdotisa), através da figura do *pai de santo* ou *mãe de santo*, que opera terapeuticamente intermediando entidades espirituais. (LUZ, 2005, p. 156).

Além disso, a terapêutica da medicina africana recomenda comportamentos e atitudes,

[...] como dietas especiais, formas de sentir e de pensar que facilitem a cura, além de oferendas de preces e alimentos, ou doações materiais às divindades (“orixás”, no caso do Brasil), no sentido de propiciar o restabelecimento do paciente. (LUZ, 2005, p. 157).

No Brasil, a medicina tradicional africana faz parte de uma cultura de resistência transmitida de geração a geração.

A medicina tradicional indígena, originária de alguns países da América do Sul, também se vale do recurso terapêutico de plantas medicinais e da fitoterapia. Busca na natureza os meios para tratamento:

¹⁹É considerada “planta medicinal” a espécie vegetal utilizada para fins terapêuticos, e chamamos de “fitoterápico” o produto terapêutico obtido a partir das plantas medicinais que segue normas sanitárias específicas e enquadra-se na categoria de medicamento.

As plantas, os minerais e não raramente os animais de cada região fornecem as bases terapêuticas desse sistema de cura, não exclusivamente operado por xamãs. Os “erveiros” são também agentes de cura bastante importantes no sistema, assim como farmacêuticos populares, trabalhando em ervanarias, feiras e lojas de produtos naturais. As “benzedeiros” e as parteiras são outros tantos agentes de cura contemporâneos que utilizam as formas de intervenção terapêutica derivada da tradição indígena na América do Sul, sobretudo no imenso território compreendido pela floresta e pelos rios ligados ao Amazonas. (LUZ, 2005, p. 155-156).

Geralmente, quando procuramos uma pessoa que realiza práticas de cuidado em saúde, não pensamos em tudo isso. Mas os elementos teóricos, práticos e simbólicos de cada medicina ou racionalidade médica são as bases para a atuação de cuidadores. Dito de outra maneira, toda forma de cuidado é também uma forma de pensar sobre o mundo em que vivemos, sobre a vida e sobre as relações que estabelecemos uns com os outros e com o meio ambiente (o que envolve aspectos biológicos e sociais).

Quando estudamos a fundo cada uma dessas medicinas, podemos compreender suas cosmologias, sua história e seu enraizamento cultural, o que nos ajuda a criar:

[...] um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações e mesmo concepções que são parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico. (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3.597).

Compreender as diferentes dimensões das racionalidades médicas nos ajuda a perceber algumas coisas importantes:

- A) Como cada racionalidade médica tem uma cosmologia própria, com cultura, história, linguagem e sentidos específicos, existe limite entre as racionalidades: além de pontos em comum, é possível também haver aspectos desses saberes que não sejam traduzíveis, nem intercambiáveis entre si;
- B) Cada racionalidade carrega igualmente limites próprios, ou seja, nenhuma consegue interpretar e resolver a totalidade das formas de adoecimento e sofrimento das pessoas e dos povos. Dito de outra maneira, toda racionalidade médica tem uma margem de insuficiência;
- C) Cada racionalidade, à medida que tem aspectos específicos que não podem ser traduzíveis para outra racionalidade, tem seu próprio critério de estudo, validade e comprovação de eficácia. Por exemplo, não é possível comprovar a eficácia da medicina chinesa usando critérios da racionalidade biomédica. Nem é possível comprovar a eficácia da racionalidade biomédica a partir dos critérios da medicina ayurvédica.

O esforço da ciência moderna ocidental, em comprovar (para refutar ou legitimar) os conhecimentos das outras racionalidades é um esforço em vão. É como se usássemos uma régua que mede distâncias para mensurar o peso de uma massa...

Mas, agora que sabemos que existem diferentes racionalidades médicas, cada uma com seu campo de validade, podemos nos perguntar: por que as práticas biomédicas são mais reconhecidas e procuradas? Elas funcionam melhor? São mais antigas? Não. Elas não funcionam melhor, apenas funcionam de uma maneira diferente. E não são mais antigas... a medicina ocidental é bem mais recente do que a maioria das outras medicinas. Elas foram se difundindo no mundo ocidental, e também no mundo oriental, enquanto procuravam tornar-se mais “científicas”, ou seja, foram buscando adaptar-se ao modo de conhecimento da ciência moderna.

A *ciência* é um modo específico de conhecer o mundo, que envolve o uso de métodos para observação sistemática, testagem de hipóteses, medição de efeitos, entre outros. Para produzir um conhecimento considerado verdadeiro, o processo científico deve seguir um método – ou seja, um conjunto de procedimentos envolvendo regras, etapas, condicionalidades, instrumentos – que deve ser descrito de forma tão fiel que possa ser replicado por outros pesquisadores. A descrição dos métodos e a possibilidade de replicação permitem que o procedimento de pesquisa e o conhecimento derivado dele possam ser submetidos a uma espécie de contra-prova, ou seja, possam ser comprovados ou refutados por uma comunidade de pesquisadores. Se o conhecimento for replicado e comprovado, presume-se que ele pode ter uma aplicabilidade universal. Por exemplo: já é fato testado, replicado e comprovado em diferentes sujeitos, que se usarmos um termômetro clínico da forma adequada, ele certamente aferirá a temperatura de uma pessoa e determinará se ela está ou não com febre. No entanto, não é possível testar, replicar e comprovar, sempre, o fato de uma pessoa conseguir aferir a febre com o toque das mãos. Mesmo que, eventualmente, uma mãe seja capaz de avaliar que o filho está com febre assim que toca na testa da criança, isso é um evento particular, ou seja, não aplicável de forma universal, impossível de ser cientificamente comprovado.

Quando um processo científico é passível de ser refutado, isso significa que o conhecimento que ele gerou pode ser provisório. Continuando nosso exemplo: antigamente, era comum o uso de termômetro de mercúrio, mas depois de algumas pesquisas científicas, foi comprovado que o termômetro digital é superior em termos de segurança e precisão. Em razão disso, atualmente o termômetro de mercúrio não é mais recomendado.

Esse modo científico de conhecimento tem sido muito importante para a humanidade, e tornou-se hegemônico. Mas isso não significa que ele não apresente alguns problemas. Um deles deriva do fato de que o método científico é incorporado por distintas instituições com o objetivo exclusivo de produzir produtos vendáveis,

que atendam prioritariamente objetivos capitalistas, preterindo objetivos de justiça e melhoria da vida da população. Ou seja, uma parte do esforço de comprovar ou refutar um conhecimento pode estar ligado à importância que ele pode ter para o mercado. É o caso, por exemplo, da questão do amianto, utilizado para produção de telhas e caixas d'água mais baratas, comumente usadas em casas mais pobres. Essa fibra mineral tem sido apontada, por diversas pesquisas, como causadora de doenças pulmonares, inclusive câncer. Os efeitos maléficos do amianto, comprovados por pesquisas científicas, passaram a ser contestados por uma instituição, criada pela indústria do amianto, cujo objetivo é financiar outros pesquisadores para que eles produzam contra-provas científicas de que a exposição ao amianto não causa doenças (DOMINGUEZ, 2012; FELIZARDO, 2020).

Mesmo envolvendo interesses contraditórios como o citado acima, a ciência tem sido a base da medicina ocidental, e acabou influenciando a racionalidade biomédica, principalmente por meio de suas concepções mecanicistas de controle do corpo biológico e social, mediante a padronização. Um bom exemplo do modo científico de conhecer e dominar o mundo é a produção de medicamentos sintéticos, esses que são industrializados e que geralmente compramos nas farmácias. O medicamento sintético busca, por meio de ação química, eliminar sintomas específicos, independentemente de constituírem ou não a origem da doença. Por exemplo, um medicamento sintético pode ser um laxante, que alivia o sintoma da prisão de ventre, mas não atua na causa da perturbação da digestão. Assim como outro medicamento pode eliminar a febre sem necessariamente combater a sua causa.

Para a ciência produzir esse laxante, foram estudadas estruturas físico-químicas específicas cuja fórmula deve poder ser reproduzida em qualquer laboratório farmacêutico devidamente equipado, em qualquer lugar do planeta e em qualquer época do ano. Em um processo industrial, é importante que ele seja produzido em larga escala.

Já outras produções de medicamentos, como as dos fitoterápicos, não podem ser controladas da mesma forma que as produções dos sintéticos, em decorrência de sua obtenção depender de um ser vivo presente na natureza, a planta. Por exemplo, há algumas plantas cujas propriedades terapêuticas são obtidas apenas em determinadas condições sujeitas ao clima, frequência de chuva, qualidade da terra, interação com outras plantas vizinhas, que por sua vez podem estar sujeitas à frequência da fauna local, entre outras sazonalidades da natureza. Ou seja, há uma infinidade de fatores que podem até ser conhecidos e testados cientificamente, mas dificilmente podem ser controlados em sua totalidade. Por isso, não encontramos disponíveis no comércio fitoterápicos de todas as plantas que conhecemos, pois não se adaptam a uma produção industrial, sendo geralmente produzidos de modo artesanal, em menor escala.

Retomando a conversa que iniciamos acima, o próprio processo de hegemonia da ciência moderna nos trouxe alguns efeitos controversos, especialmente por conta da associação histórica entre o desenvolvimento científico e a expansão da produção capitalista. Essa história é longa e antiga, mas podemos nos aproximar mais um pouco dela: para o processo de crescimento capitalista é preciso que poucas pessoas detenham a produção de um determinado bem, para que o valor desse bem não fique muito barato e o produtor possa ter um bom lucro. Por exemplo: se todos vocês produzirem e venderem brigadeiro, o lucro de todos será pequeno, mas se poucos produzirem, o preço do brigadeiro pode aumentar e o lucro também. Agora pensem na sua comida: se todos vocês pudessem plantar o trigo e produzir a sua farinha, não teriam que pagar tão caro pelo pãozinho que compram na padaria, cujo padeiro adquiriu a farinha de trigo dos distribuidores das grandes (e poucas) indústrias de produção/importação/exportação de trigo. O método científico sempre foi aliado dos processos industriais: quando a ciência se preocupa em comprovar, replicar e universalizar, ela cria padrões de produção de produtos, desenvolve maquinarias e programas de computador que se tornam imprescindíveis à produção, e com um custo, advindo do conhecimento tecnológico, que é impossível de ser pago por uma pessoa que cultiva trigo na sua pequena propriedade do interior.

O mesmo processo pode ser pensado em relação aos medicamentos: vocês sabem que qualquer um de nós pode plantar a árvore que tem propriedades semelhantes às do ácido acetilsalicílico (AAS) ou aspirina®, seu nome comercial mais popular?²⁰ Acontece que apenas os laboratórios farmacêuticos detêm o conhecimento científico, a patente²¹ (propriedade temporária de uma invenção, que pode ser uma receita ou um modo de produzir algo) e os instrumentos que permitem extrair os componentes químicos dessa árvore e padronizar a produção daquele comprimidinho que usamos para dor e febre.

Como temos dito, a parceria entre conhecimento científico e capitalismo proporcionou muitos ganhos, mas também significativas perdas. E uma dessas perdas é grave para nós: nos fez acreditar que apenas aquilo que é produzido (e comercializado) com aval da ciência tem eficácia. De certo modo, isso também nos fez restringir nossos esforços de cuidado à busca por medicamentos e tratamentos padronizados, e nos afastou de outras práticas mais afinadas com nossas crenças, desejos, necessidades e expectativas de boa vida.

²⁰ Para vocês saberem mais sobre o ácido acetilsalicílico vejam a sua história no Wikipédia: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ácido_acetilsalic%C3%ADlico. Acesso em: jun. 2020.

²¹ Pode-se patentear invenções humanas, mas não criações da natureza. Por exemplo, o processo de isolamento de algum componente da planta pode ser patenteado; mas a própria planta não pode.

Mas nem tudo que nós conhecemos é passível de ser experimentado pela ciência. Existem várias situações, fatos, sentimentos, percepções, enfim, conhecimentos, que nem sempre a ciência consegue testar, comprovar e reproduzir. Por exemplo: vocês conhecem aquela pessoa que simplesmente sabe que vai chover porque sente dores? (MARTINS, 2011). E aquela situação em que a pessoa sente um golpe de vento no pescoço e diz “vou ter uma crise alérgica”, e no dia seguinte (é certo!) a pessoa está espirrando e com secreção? De acordo com a ciência, nenhum desses eventos é comprovadamente verdadeiro. Mas as nossas experiências de vida nos mostram os diversos aspectos dos fatores ambientais influenciando na nossa saúde.

Assim, alguns conhecimentos milenares, mesmo sem comprovação científica, são utilizados de forma sistemática e com eficácia comprovada pelas medicinas não ocidentais. Um exemplo importante é a medicina clássica chinesa, que considera elementos climáticos – calor, frio, vento, umidade e secura – em sua relação com cada sujeito singular, avaliando, caso a caso, como esses elementos podem ser terapêuticos ou patogênicos. Na tradição chinesa, a eficácia de uma ação é comprovada por meio da percepção de uma harmonia entre o ser humano e o mundo – ou seja, ao se restabelecer uma unidade entre o homem e seu meio, aí sim, houve uma ação terapêutica eficaz. A eficácia sustenta-se em um conhecimento milenar de práticas de cuidado derivado “da observação das relações harmônicas do universo, da contemplação dos ciclos da natureza, das funções do organismo e de suas inter-relações” e do desenvolvimento de um:

[...] raciocínio sintético e dinâmico que se diferencia do raciocínio ocidental, analítico e estático, baseado na causalidade linear (relações de causa/efeito) e na observação de objetos ou fenômenos relativamente isolados de seu contexto (JULLIEN, 2001). O pensamento clássico chinês não opõe sujeito ao objeto, mas estabelece as ligações entre ambos. Tem um sentimento íntimo da unidade do mundo. (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018, p. 848).

Com isso queremos chamar a atenção para o fato de que diversas racionalidades médicas coexistentes possuem saberes e práticas, e são objeto de estudo em instituições de ensino e pesquisa, mas passam por variados modos de comprovação e validação distintos do método científico, com técnicas e tecnologias próprias.

Atualmente, a busca por outras racionalidades e modos de cuidado em saúde está ligada a várias questões, como: a percepção da insuficiência e os altos custos das terapêuticas proporcionadas pela medicina ocidental, e a preocupação com a preservação e a valorização da natureza e dos saberes populares que têm afinidade com ela. No que diz respeito ao alto custo das práticas biomédicas, parte disso decorre da mercadorização da saúde e de tudo que envolve sua produção. Ou seja, os bens e ações de saúde têm seu preço determinado pela lógica do mercado, que

impulsiona o custo e inviabiliza o direito ao acesso universal e integral à saúde. Por isso, alertamos que qualquer prática terapêutica ou racionalidade médica – seja ela ocidental ou não – devem ser tratados e disponibilizados como um bem coletivo necessário a todos, independente do poder de compra de cada pessoa, comunidade ou país. Se tratarmos essa ou aquela prática de cuidado como “mais barata” ou “mais cara”, isso acabará induzindo uma estratificação do acesso às ações de saúde de acordo com a classe social das pessoas, longe de uma perspectiva igualitária e de justiça social.

E como esses diferentes tipos de medicina – ou racionalidades médicas – relacionam-se entre si? Como afirmamos anteriormente, cada racionalidade tem uma margem de insuficiência, ou seja, tem alguns limites para sua capacidade de conhecer e atuar sobre o processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, alguns problemas de saúde podem ser abordados por várias racionalidades de maneiras distintas: por exemplo, um mesmo processo alérgico pode ser tratado pela medicina ocidental com o uso de medicamento anti-histamínico, pela medicina chinesa com a prática de massoterapia ou de inserção de agulhas, pela medicina ayurvédica a partir de dietas específicas e pela homeopatia por meio de seus preparos próprios.

A forma como esses tratamentos interagem vai depender de como conseguimos estabelecer os diálogos entre os vários cuidadores e o usuário. Mas, mais importante que isso, é a forma como o usuário se relaciona com essas racionalidades, ou seja: o usuário conhece aquela racionalidade? Partilha de sua cosmologia? Tem desejo de experimentar outras formas de terapêutica? Pode ser que o usuário não queira conhecer e criar vínculo com outra racionalidade médica, mas eventualmente monte uma espécie de colcha de retalhos temporária: se seguirmos o exemplo já citado, pode ser que o usuário sempre se trate com o mesmo médico generalista, mas, apenas quando tem crises alérgicas, faça algumas sessões de acupuntura. Nesse caso, o usuário não é alguém que usa a racionalidade da medicina chinesa em sua vida, mas usufrui de algumas técnicas terapêuticas que vão funcionar de modo *complementar à racionalidade biomédica*. Pode ser, também, que o usuário seja rotineiramente acompanhado por profissionais das duas racionalidades e nesse caso eles podem trabalhar de forma *integrativa*, buscando conciliar seus saberes.

Por outro lado, alguns autores afirmam que a característica integrativa dessa união entre distintas medecinas não torna possível o exercício de duas racionalidades íntegras ao mesmo tempo. Um exemplo de impossibilidade de atuação integrativa entre duas práticas diferentes é quando uma pessoa torce o pé, que fica inchado. Nesse caso, a medicina ocidental recomendará aplicação de gelo, entendendo que ele fará a constrição dos vasos sanguíneos impedindo o inchaço no local e diminuindo o calor e a dor, eliminando, assim, os sinais inflamatórios; e a causa da inflamação vai ser tratada com algum remédio anti-inflamatório de ação local

(por exemplo, uma pomada) ou sistêmica (por exemplo, uma medicação oral). Por mais que o uso do gelo faça sentido na racionalidade médica ocidental, a pessoa que torceu o pé não vai conseguir integrar essas recomendações com aquelas que ela ouvirá de um profissional que trabalhe com a medicina chinesa. Nessa racionalidade, o gelo prejudica o tratamento porque estagna a circulação de energia, de sangue e de fluídos corporais, e não resolve a causa da inflamação. Por isso, um acupuntor provavelmente recomendará a aplicação de calor, que favorece a circulação local e, conseqüentemente, a expulsão do fator patógeno, que deverá ser conduzido para fora do corpo através de técnicas específicas, por exemplo, a sangria. Esse processo permitirá que o local lesionado receba sangue novo, acelerando a recuperação.

No exemplo acima, caso a gente queira usar as duas racionalidades médicas como práticas integrativas, uma das duas acabará sendo distorcida para adaptar-se à outra. Geralmente, nesse esforço de integração:

[...] as modificações sofridas descaracterizaram sua forma original de compreensão do processo saúde-doença-cuidado, aproximando-o da lógica biomédica, o que resultou em tentativas vãs de validá-la com métodos inapropriados (SOUZA; LUZ, 2011; CONTATORE *et al.*, 2015) e na falácia do discurso de integração e complementaridade entre medicinas, quando há, continuamente, a sobreposição do saber médico ocidental (GALE, 2014). (CONTATORE; TESSER; BARROS, 2018, p. 842).

Quando diferentes racionalidades e práticas terapêuticas são contraditórias, e o esforço de torná-las integrativas e complementares acaba corrompendo uma delas, é preciso que todos os profissionais e usuários envolvidos dialoguem sem fugir das contradições e incorporando as expectativas, histórias e crenças do usuário.

Cada racionalidade médica tem práticas terapêuticas próprias, ou seja, um conjunto de modos de intervenção que compõem seu sistema terapêutico.

Estas, embora possam ser elementos de uma dimensão de uma racionalidade médica específica, são frequentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de seu contexto de significados para outro, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia no estilo da biomedicina, que a uma coerência teórica dos sistemas. (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3.599).

Por exemplo, a medicina ocidental usa medicamentos alopáticos, recomendações de higiene, cirurgias etc. – isso são práticas terapêuticas. Destas, algumas práticas são comuns a outras racionalidades (por exemplo, a medicina ayurvédica também se utiliza muito de recomendações de higiene), mas cada uma tem sua própria coleção de práticas terapêuticas. Assim, práticas terapêuticas de diferentes racionalidades podem ser combinadas, formando o que denominamos Práticas Integrativas e Complementares (PIC).

Isso não vale apenas para as práticas terapêuticas, ou seja, é possível decompor os sistemas médicos e combinar diferentes partes de suas dimensões constituintes: por exemplo, usamos um diagnóstico da medicina ocidental associado com uma terapêutica da medicina ayurvédica. Como dissemos acima, quando não é possível conciliar essas combinações, escutar o usuário é sempre um bom recurso para encontrar o melhor caminho no cuidado.

As PIC, segundo regulamentação do Ministério da Saúde, incluem tanto racionalidades médicas (homeopática, tradicional chinesa, antroposófica e ayurvédica) quanto práticas terapêuticas integrativas e complementares (como meditação, reflexoterapia, fitoterapia, entre outras).

Com a popularização das PIC é possível que vocês se tratem com um médico da biomedicina, um acupunturista e um terapeuta floral, ao mesmo tempo. Também podem ser consultados por uma enfermeira que é formada pela racionalidade biomédica, mas faz atendimentos de auriculoterapia. Existem arsenais ou práticas terapêuticas que podem ser usados por várias racionalidades médicas ao mesmo tempo; é o caso das plantas medicinais e da fitoterapia. Por exemplo, na medicina chinesa são valorizados aspectos relacionados ao calor e ao frio, ou seja, plantas que aquecem como a pimenta ou que refrescam como as mentas ou hortelãs servem para tratar desequilíbrios energéticos, enquanto na medicina biomédica considera-se apenas o teor de princípios ativos. Embora o recurso terapêutico seja o mesmo, cada racionalidade o empregará de acordo com os princípios que a regem.

Além das PIC, existem *práticas populares de cuidado* que não integram nenhuma política do SUS, nem são ensinadas em instituições escolares, mas são reconhecidas e usadas pela população há tempos imemoráveis e são repassadas de geração a geração, em nossos quintais e cozinhas... são aquelas práticas de cuidado realizadas por raizeiras, benzedadeiras, entre outras pessoas. Esses saberes não chegam a formar um sistema médico nem estão reconhecidos entre as PIC, mas fazem parte do dia a dia de diferentes comunidades brasileiras, interagem com várias racionalidades e também têm suas margens de validade e eficácia. São práticas, muitas vezes, relacionadas à espiritualidade, usadas em ritos de religiões de diferentes matrizes (cristãs, africanas, indígenas), que foram difundidas mantendo essa origem mais ou menos oculta, às vezes por causa de medo e preconceito derivados de mero desconhecimento.

Alguns saberes populares circulam nas falas de nossas mães e avós – “menino, não toma vento frio senão vai ficar resfriado!” – e também nas racionalidades médicas – na medicina chinesa, o vento é um agente patogênico externo que pode ser danoso a várias funções energéticas do corpo. Mas os saberes populares são independentes dessas racionalidades e têm vida própria. E eles também se utilizam de

recursos naturais que são usados igualmente pelos saberes mais institucionalizados e medicalizados, como as plantas.

Como temos visto no decorrer deste texto, o uso das plantas ou de fitoterápicos tem circulado como prática terapêutica tanto entre diferentes racionalidades (como a medicina chinesa e a ayurvédica), quanto entre distintos sistemas (como a medicina tradicional africana e as medicinas indígenas), práticas integrativas e complementares e práticas populares de cuidado. Seja uma racionalidade médica, seja uma prática integrativa ou uma prática popular, o fato é que quando cuidadores e pacientes compartilham as mesmas ideias, representações e concepções, isso tende a facilitar o processo terapêutico.

Muitos gestores e pesquisadores têm afirmado que as práticas integrativas e complementares são importantes porque além de aumentarem a resolutividade dos serviços de saúde, também contam com técnicas simples e de baixo custo. Acreditamos que sua expansão deve ser estimulada. Entretanto, isso não deve ser justificativa para desmonte da rede de serviços e de terapêuticas biomédicas já implementada no país, com lugar fundamental para o tratamento e a cura de muitas doenças. Ou seja, acreditamos que o SUS deve expandir os seus diálogos com os saberes populares, assim como a abrangência e a diversidade de saberes, racionalidades e práticas terapêuticas. O SUS deve seguir ampliando a noção de cuidado e rompendo com estratégias de medicalização convencionais quando elas são excessivas e diminuem nossa energia de vida, gerando mais danos do que melhoria. Nesse sentido, o uso de plantas medicinais e fitoterapia não deve ser uma escolha com a intenção de reduzir custos, mas sim, de produzir mais saúde e mais diálogo.

Referências bibliográficas

- CONTATORE, Octávio Augusto *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3.263-3.273, 2015.
- CONTATORE, Octávio Augusto; TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 841- 858, jul./set. 2018.
- DOMINGUEZ, Bruno. A saída é banir. *Radis*, n.122, p. 8-11, Nov. 2012. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis122_web.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

FELIZARDO, Nayara. Laudos provam que médicos pagos por mineradora Sama, da Eternit, abafaram mortes por amianto. *The Intercept Brasil*. Publicado em: 6 jan. 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/01/06/samaeternit-medicos-pesquisa-negar-mortes-amianto>. Acesso em: fev. 2021

LUZ, Madel Therezinha. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: IMS; Uerj, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005. (Suplemento).

MARTINS, Samantha. *Preveno o tempo com o nosso corpo: por que algumas pessoas sentem dores quando vai chover?* *Metrópole [Blog]*. Publicado em: 15 dez. 2011. Disponível em: <http://meteoropole.com.br/2011/12/prevendo-o-tempo-com-o-nosso-corpo-por-que-algumas-pessoas-sentem-dores-quando-vai-chover>. Acesso em: fev. 2021.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3.595-3.604, 2013.

Dica de leitura

NESPOLI, Grasielle; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo. O cuidado em saúde. *In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (org.). Textos de apoio. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2016a. p. 149-158. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeicoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de vídeos

O histórico das Práticas Integrativas e Complementares no mundo. Entrevista com Nelson Filice de Barros, coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. 1 vídeo (12min:40). Publicado em: 27 out. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BE69q8J8fv8>. Acesso em: 19 out. 2020.

Programa Ligado em Saúde. O Canal Saúde, da Fiocruz, fez uma série sobre as Práticas Integrativas e Complementares do SUS, no programa Ligado em Saúde. Entrem no canal pelo link e busquem as práticas sobre as quais vocês querem conhecer mais: <https://www.youtube.com/user/CanalSaudeOficial>. Acesso em: 19 out. 2020.



Espinheira-santa

Monteverdia ilicifolia (Mart. ex Reissek) Biral
(sinonímia *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek)

Eixo 3

As plantas medicinais e a fitoterapia na atenção básica

Que seu remédio seja seu alimento,
e que seu alimento seja seu remédio.

*Hipócrates*²²

Momento de inserção 2

O Brasil é um país com grande diversidade natural e cultural, por isso detém um valioso conhecimento associado ao uso de plantas medicinais. Devido a essa importância, foi aprovada no país, por meio do Decreto N° 5.813, de 22 de junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que dialoga com as políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social.

Embora as plantas medicinais possam ser usadas em todos os níveis de atenção, possuem um lugar especial na atenção básica, pois ali sua utilização tem o potencial de fortalecer o vínculo e a integração comunitária, além de ser oferecida como possibilidade de cuidado. Como campo estratégico para o desenvolvimento da saúde pública e para o alcance de melhores respostas aos problemas que geram adoecimento, agravos e mortes no Brasil, a atenção básica é organizada para ser o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, a conhecida “porta de entrada” do SUS.

Para compreendermos a importância da fitoterapia, isto é, do estudo das plantas medicinais e de suas aplicações, no âmbito da atenção básica, pensamos em um

²² Frase atribuída a Hipócrates, “pai da medicina”, que viveu na ilha de Kós, perto da costa da atual Turquia, aproximadamente de 460 a 370 a.C.. Hipócrates define a doença como um fenômeno natural, que se estabelece na relação do ser humano com a natureza (chuva, vento, frio, calor) e a vida social (trabalho, moradia, posição social). Sua terapêutica atuava na restauração do equilíbrio e incluía a dietética (alimentação) e a prática de exercícios físicos.

momento de inserção que possa suscitar essa reflexão, considerando o contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os desafios de mudança do modelo de atenção à saúde. Vocês podem realizar rodas de conversa com outros trabalhadores da saúde, das equipes e unidades em que atuam, chamando também moradores dos territórios. Algumas perguntas podem ser lançadas como provocações: vocês já pararam para conversar sobre a importância da atenção básica? Da Estratégia Saúde da Família? E das plantas para a atenção básica e para o cuidado? Como as plantas medicinais são usadas na atenção básica? Existem fitoterápicos disponíveis nas unidades de saúde? Quais? Eles são usados pela população? De que forma? Para qual finalidade? Qual o potencial da fitoterapia como prática integrativa e complementar de saúde?

É muito importante o registro da conversa, para que depois o conteúdo possa ser compartilhado. Registros com fotos e vídeos são bem-vindos também. Lembrem-se que é importante solicitar permissão para a divulgação das imagens.

Encontros para partilhas e trocas

Depois de realizadas as rodas, vocês podem compartilhar as reflexões junto ao seu coletivo. Para sistematizá-las, sugerimos que sejam feitos cartazes com frases que indiquem de forma sucinta a importância da atenção básica e da fitoterapia no cuidado à saúde. Os cartazes podem ser fixados para visualização e melhor debate e integração das ideias. Em seguida, vocês podem prosseguir com a leitura e discussão do Texto 3, *Perspectivas da atenção básica no contexto de universalização do direito à saúde*, e do Texto 4, *O potencial da fitoterapia no contexto da atenção básica à saúde e da produção do cuidado integral*, que foram elaborados no intuito de problematizar as seguintes questões:

1. O que é atenção primária à saúde? Por que no Brasil se adotou, em determinado momento no campo das políticas, o termo “atenção básica”? Quais foram os avanços do SUS nesse campo? Quais são seus limites e desafios atuais?
2. Como se deu o processo de institucionalização das práticas integrativas e complementares e das plantas medicinais e fitoterápicos? O que as políticas prevêem? Quais os potenciais das plantas e fitoterápicos para a atenção básica? Quais seus limites e desafios?

Vocês podem dividir a leitura em grupos, e também podem ler trechos destacados pelos educadores e educandos. O importante é compartilhar as sínteses das principais ideias, ao final, em uma grande roda.

Outra possibilidade é os educadores apresentarem as principais ideias do Texto 3, *Perspectivas da atenção básica no contexto de universalização do direito à saúde*, desenvolvendo as questões de aprendizagem apontadas. Depois da construção de um “pano de fundo” vocês podem ler e discutir coletivamente o Texto 4, *O potencial da fitoterapia no contexto da atenção básica à saúde e da produção do cuidado integral*. O que vale é manter a conversa rica e considerar as questões apresentadas a partir das realidades de trabalho e vida de vocês.

Texto 3

Perspectivas da atenção básica no contexto de universalização do direito à saúde

Grasiele Nespoli, Daiana Crús Chagas, João Vinícius dos Santos Dias, Camila Furplanetti Borges

A organização da atenção à saúde foi se diferenciando ao longo da história, de acordo com as condições sociais, políticas, econômicas, culturais e epistemológicas²³ de cada época. No Brasil, no início do século 20, constituiu-se e predominou o modelo campanhista, orientado pela realização de campanhas sanitárias para combater as epidemias de doenças específicas como a febre amarela, a malária, a varíola, a peste, por meio de vacinas e da implementação obrigatória de normas de higiene no espaço familiar e público. Esse modelo, com enfoque quase exclusivo na prevenção, prevaleceu até meados do século 20, quando, em consonância com o período militar, se fortaleceu outro modelo, centralizado, de caráter previdenciário e voltado para uma assistência hospitalar com enfoque na medicina curativa, restrito aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho que contribuíam com a previdência social (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; MATTA; MOROSINI, 2008).

Ambos possuíam caráter normativo e biomédico, quer dizer, preconizavam normas de conduta, individuais e sociais, e centralizavam a intervenção no combate à doença como fenômeno biológico, sem considerar a determinação social da saúde e da doença, isto é, “o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde e da doença” (BATISTELLA, 2007, p. 47), ou seja: a compreensão dos modos de vida como derivados não apenas de atributos biológicos e escolhas pessoais, mas de uma articulação de diferentes dimensões da vida - históricas,

²³ Epistemologia é o campo de estudo relativo ao conhecimento, à história do conhecimento, das ideias, teorias e ciências. Do grego *Episteme*: conhecimento, ciências, e *logos*: discurso, estudo. O modelo de atenção também se define de acordo com as epistemologias, isto é, as formas de se compreender o processo saúde-doença historicamente consolidadas.

econômicas, sociais, culturais, biológicas, ambientais e psicológicas. A partir dos anos 1970, todavia, ganha repercussão uma discussão acerca dos efeitos maléficose desses modelos para a saúde da população, e a necessidade premente de sua modificação. Também nesse período, movimentos sociais denunciavam o fato de que as políticas pautadas nesses modelos eram incapazes de se comprometer com a ideia de saúde integral ou de saúde como direito de todos os brasileiros.

Foi no contexto de emergência do movimento, denominado de Reforma Sanitária, que o termo “atenção à saúde” foi se apresentando no intuito de “superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde, no Brasil” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 39). De modo geral, a atenção à saúde pode ser entendida como “a organização estratégica do sistema e das práticas em resposta às necessidades da população” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 39). Preconiza, mais do que a assistência curativa ao doente, uma assistência que envolva todas as condições de vida que interferem na relação saúde-doença. Todavia, “atenção em saúde” é um termo em disputa, uma vez que diferentes sentidos e direções são atribuídos a ele. E a cada sentido que lhe é atribuído são alteradas as políticas, as estratégias, os programas e as ações de saúde responsáveis pela sua aplicação, interferindo diretamente nos modos de organização que constituem o que chamamos de Modelo de Atenção à Saúde – objeto de reflexão permanente na construção de sistemas de saúde.

Considerando a importância da organização de sistemas nacionais de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde globais, e inspirada em experiências de extensão de cobertura da assistência em saúde, desde a década de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem difundido a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi especialmente na primeira Conferência de Cuidados Primários à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, que a APS²⁴ foi apresentada como estratégia para a ampliação da cobertura dos sistemas nacionais de saúde, com vista ao alcance da meta, então delineada, de “saúde para todos no ano 2000²⁵”, e como estratégia de

²⁴ A noção de Atenção Primária à Saúde (APS) “foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920” (FAUSTO; MATTA, 2008, p. 44), na Inglaterra, contrapondo-se aos modelos de atenção centrados nos indivíduos e no biológico. A proposta apresentada no relatório era de um modelo de atenção organizado de forma regionalizada, com base territorial e oferta de serviços domiciliares vinculados a um centro de saúde primário, com ações preventivas e curativas realizadas por médicos generalistas. Em caso de insuficiência da resposta no primeiro nível de atenção, a primária, o sistema deveria dispor de centros de referência com especialidades médicas e hospitais gerais. A proposta visava uma organização mais eficiente e com custos menores do Sistema de Saúde inglês (FAUSTO; MATTA, 2007).

²⁵ A meta “saúde para todos no ano 2000” englobava “educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento de água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 47).

organização dos sistemas de saúde, no sentido de se buscar maior resposta aos problemas e necessidades de saúde por meio de serviços de medicina preventiva e comunitária. Assim se afirmava:

[...] os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (Unicef, 1979, *apud* FAUSTO; MATTA, 2007, p. 46).

Entretanto, nesses organismos internacionais preocupados com a construção de sistemas nacionais de saúde que dessem conta da situação de saúde pública global, a força da economia neoliberal, crescente no final dos anos de 1970, permeava a discussão sobre a atenção primária em saúde. A perspectiva que prevaleceu na Conferência de Alma-Ata foi criticada, interpretada como uma concepção idealizada e muito ampla, e a ela foi contraposta uma perspectiva restrita, que defendia a oferta de pacotes seletivos de cuidados básicos, propostos por programas verticalizados, ordenados de cima para baixo, sem participação comunitária e sem organização de uma atenção integral nos sistemas de saúde. Essa concepção de APS seletiva, de oferta de cestas básicas de serviços de saúde, passou a fazer parte da agenda do Banco Mundial para orientar a economia e as demais áreas de atuação do Estado na lógica neoliberal.²⁶

Contudo, enquanto a OMS foi deixando para trás a concepção da APS integral e propagando a proposta seletiva difundida pelo Banco Mundial, no Brasil, o contexto de reforma sanitária e de formulação do Sistema Único de Saúde caminhava num outro sentido. O movimento sanitário defendia a saúde como um direito social ancorado numa perspectiva ampliada, aos moldes de Alma-Ata, definida na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da seguinte forma:

Em seu sentido mais abrangente, saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso ao serviço de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes níveis de desigualdades nos níveis da vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

²⁶ O neoliberalismo é uma reação teórica e política surgida a partir da Segunda Guerra Mundial, contrária à política do Estado de bem-estar social (*welfare state*) então implementada nos países europeus. É uma perspectiva econômica que defende um Estado mínimo desburocratizado, afeito a uma disciplina orçamentária com contenção de gastos públicos em investimentos sociais, estímulo à concorrência como expressão de liberdade, redução de impostos sobre lucros e rendimentos, e a crença de que certa desigualdade social é importante para manter a economia dinâmica (ANDERSON, 1995). Por essa lógica, a oferta de serviços, inclusive de saúde, deve ser feita pela iniciativa privada.

Foi com base nessa concepção ampliada que o SUS foi fundamentado na Constituição Federal, pautado no princípio da universalidade do direito à saúde, conforme explicitado no art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196).

Além disso, o SUS deve conformar uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com três diretrizes: a descentralização, a atenção integral e a participação comunitária.

Essas diretrizes indicaram uma primeira forma de ordenar o modelo de atenção à saúde no Brasil. A diretriz da descentralização enfatiza a importância dos municípios e estados na organização dos serviços de saúde, promovendo uma aproximação e uma articulação destes com a realidade de vida da população. A da atenção integral se contrapõe à fragmentação da rede de serviços e ao modelo biomédico centrado no atendimento individual, alinhado com os moldes indicados desde Alma-Ata. E a diretriz da participação comunitária amplia o vínculo e a participação direta da população na organização dos sistemas e serviços de saúde.

Com os avanços na produção de conhecimentos e com o desenvolvimento das normas que orientam a execução das políticas de saúde, outros princípios se constituíram como base para a construção do SUS. Um deles é o princípio da equidade que surge para promover o respeito às diferenças. Sua discussão leva ao reconhecimento da “pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades, e a atentar para as iniquidades das condições sociais, planejando políticas e ações para reduzi-las” (LOPES; MATTA, 2012, p. 307). O princípio da equidade aparece na relação com o princípio da igualdade assegurando a universalidade do direito à saúde, com ênfase à dimensão da justiça social, que deve ser considerada diante das diferenças e desigualdades do processo de adoecimento e morte. Cabe enfatizar que a situação de iniquidade ainda é extrema no Brasil, em razão das desigualdades socioeconômicas existentes no país, que se refletem tanto no perfil epidemiológico das doenças que acometem as diferentes classes sociais de forma distinta, quanto na distribuição dos serviços, equipamentos e tecnologias para o cuidado à saúde.

Os esforços de pensar estratégias, diretrizes e políticas no sentido de reorientar os modelos de atenção à saúde fazem parte do processo de construção do SUS. Todavia, a história não caminhou de forma linear e progressiva. Diversas foram as políticas formuladas nos mais de 30 anos de história do SUS. Vivemos momentos de avanços e de retrocessos no que diz respeito aos modelos de atenção à saúde.

Entre os avanços, vale destacar a importância da Estratégia Saúde da Família para a reversão do modelo centrado no atendimento hospitalar, curativo e de alto custo. Com base na experiência do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs), iniciado em âmbito nacional em 1991, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de promover uma extensão da cobertura da atenção à saúde. A partir de 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica da Saúde, a NOB/96, o PSF é ressignificado como uma estratégia que vai alterar o modelo de atenção à saúde. A partir de então, a atenção básica deveria ser promovida por meio de mecanismos de financiamento capazes de fortalecer, progressivamente, os sistemas municipais de saúde, para implantação do PSF e do Pacs, e para a substituição dos postos de saúde tradicionais, herdados do modelo campanhista.

Alguns anos depois, em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), como parte das estratégias do Pacto pela Saúde²⁷, a ESF foi indicada como a porta de entrada preferencial do SUS e dispositivo de integração da rede de serviços, secundária (de especialidades) e terciária (de hospitais), para assegurar atenção integral à população, a partir do reconhecimento dos problemas de saúde nos territórios. A denominação “atenção básica” (AB) foi adotada no Brasil para se contrapor ao sentido que reduz a APS à oferta de um pacote de serviços seletivos. Mas também para afirmar uma concepção ampliada e integral, comprometida com a construção de sistemas universais de saúde.²⁸ A PNAB de 2006 definia o seguinte:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10).

²⁷ O Pacto pela Saúde foi um conjunto de diretrizes elaboradas e pactuadas de forma tripartite (estados, municípios e União), na perspectiva de superar as dificuldades para a consolidação do SUS. Aprovado e regulamentado pelas portarias GM 399 de 22 de fevereiro de 2006 e GM 699 de 30 de março de 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu uma nova relação entre os gestores, promovendo um conjunto considerável de mudanças articuladas em três dimensões que englobam o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

²⁸ Embora haja essa diferenciação, Giovanella ressalta que ambos os termos, APS e AB “podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade” (2018, p. 35), por isso a autora os toma como equivalentes.

Com isso, a ESF tornou-se um dispositivo estruturante na organização dos Sistemas Municipais de Saúde, ao operacionalizar esse conjunto de ações promovendo um trabalho interdisciplinar, em equipe, com base territorial, e com forte capacidade para construção de respostas mais consistentes aos problemas de saúde das populações. Essa redefinição do modelo de atenção, em 2006, priorizou os vínculos entre trabalhadores e usuários, que se estabelecem pelo diálogo, com escuta atenciosa e reciprocidade. Daí a importância do agente comunitário de saúde (ACS) como trabalhador com potencial de promover a integração entre serviço, equipes e comunidade, marcando um diferencial em relação a outros modelos de atenção centrados nos profissionais médicos.

Os investimentos na ESF e na reorientação do modelo de atenção seguiram com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a partir de 2008, para atuarem no matriciamento das ações de saúde²⁹; do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), em 2011, que propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho e dos serviços de saúde; e do Programa Mais Médicos, em 2013, com a finalidade de resolver o problema da escassez de médicos e melhorar e expandir a atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2015).

O processo de regionalização do SUS avançou com a publicação de normas operacionais, nos anos 2000, e com uma política de incentivo à constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir de 2010, que visa a “organização do conjunto de serviços de saúde, de forma não hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral a determinada população” (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018, p. 51).

Todas essas iniciativas e políticas estavam envolvidas em um processo de fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado em saúde, centro de uma “certa orquestração e acompanhamento do processo e da trajetória assistencial dos usuários, inclusive quando estes são atendidos em outros serviços distintos da APS” (MELLO; MATTOS, 2018, p. 96-97). Para fazer a coordenação do cuidado é necessária uma forte articulação entre os serviços e instituições de saúde de modo a compor as RAS, que devem ser, por sua vez, potencializadas pela expansão da cobertura realizada pela ESF e pela implementação de serviços de especialidades, que devem atuar na retaguarda da atenção básica.

São inegáveis os avanços promovidos nos últimos anos, principalmente em termos de aumento da cobertura e de redução de importantes problemas de saúde,

²⁹ Matriciamento é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes constroem, conjuntamente, uma proposta de cuidado. Diferentemente do atendimento realizado por um especialista, o matriciamento, além da intervenção assistencial, visa ampliar o campo de atuação das equipes de saúde e qualificar suas ações por meio de um processo pedagógico e terapêutico (CHIAVERINI, 2011).

que refletiram na melhoria dos indicadores de saúde. Hoje, a AB cobre 75% da população, enquanto as equipes de saúde da família atendem 65% da população do país.³⁰ Ainda que sejam registradas desigualdades nos avanços, houve um aumento geral das ações de prevenção e cuidado de diversas doenças, com maior oferta de consultas de pré-natal e atenção materno-infantil, e redução significativa da mortalidade infantil.

Todavia, o SUS sempre teve seu crescimento limitado pelo subfinanciamento e, mais recentemente, pela precarização das relações de trabalho, intensificadas pela terceirização via Organizações Sociais (OS) e pelo fortalecimento de um modelo de gestão caracterizado pelo gerencialismo³¹ - voltado para o cumprimento de metas que, muitas vezes, desconsideram as necessidades de saúde das populações e retiram a autonomia das equipes de saúde da família na construção do cuidado. Esse modelo vem vigorando sobre os processos de trabalho da atenção básica.

A partir de 2016, observamos uma série de retrocessos nas políticas públicas de saúde, a começar pela Emenda Constitucional nº 95, aprovada em dezembro daquele ano, que congelou os gastos com saúde, educação e outras áreas sociais por 20 anos, agudizando o desfinanciamento do SUS e pondo em risco a saúde da população brasileira. Ao mesmo tempo, iniciou-se um processo de flexibilização da ESF como principal dispositivo de reorganização do modelo de atenção à saúde, por meio da revisão da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017).

A PNAB 2017 desobriga a contratação de ACS nas equipes de ESF e redefine suas atribuições, agregando atividades dos agentes de controle de endemias (ACEs) e dos trabalhadores de enfermagem em suas funções (MOROSINI; FONSECA, 2018). Com isso, houve uma desvalorização da importância do trabalho educativo comunitário realizado pelos ACSs, de produção de informação relacionada às condições de saúde e doença em sua área de trabalho, de acompanhamento de famílias em visitas domiciliares, de mobilização social e de articulação territorial. À depreciação do trabalho dos ACSs na promoção da atenção básica, agregou-se a orientação enviesada de “uma concepção individualizante de prevenção de riscos e promoção de comportamentos saudáveis” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 401), que ao imputar aos indivíduos a responsabilidade pela manutenção das suas condições de saúde, desconsidera a compreensão da relação entre os modelos de atenção e as forças econômicas, políticas e culturais; e, conseqüentemente, des-

³⁰ Site E-Gestor, Informação e gestão da atenção básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=hvXDSiUMewBN3Yfv-ARTk4kq>. Acesso em: 19 out. 2020.

³¹ Sobre o conceito de gerencialismo, consultem o verbete em: PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MENDES-LEAL, R. Gerencialismo. In: LIMA, Júlio César França (org.). Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 20-25. (v. 1).

preza a obrigação do Estado em intervir sobre a determinação social da saúde e da doença. O que se identificou, a partir de então, é uma prevalência da lógica neoliberal impondo-se sobre os princípios e as diretrizes mais basilares do SUS.

Em 2019, houve a retomada do termo APS no lugar de AB nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, a instituição do Programa Médicos pelo Brasil (PMB), a autorização de criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), da Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) e do Programa Previne Brasil que, “combinados sinergicamente, ampliam as possibilidades de privatização da saúde” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 3).

A respeito da CaSAPS, é preciso destacar que ela minimiza o debate com usuários, profissionais e gestores e traz como centralidade a organização dos serviços e ações de saúde em cinco grupos: “Vigilância em Saúde e Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Criança e no Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal – Odontologia”. (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A proposta restringe a discussão sobre a organização do trabalho, dissocia o território do processo de determinação da saúde e da doença, enfraquece as noções de comunidade e de participação popular, reduz os arranjos voltados para a integralidade, a intersectorialidade e o trabalho multidisciplinar. Grosso modo, a CaSPAS promove uma desconstrução da ESF e do trabalho comunitário de base territorial, realizado principalmente pelo ACS. No documento final,

esse trabalhador é mencionado uma única vez, em recomendação relativa ao cuidado ao puerpério. Radicaliza-se, assim, a orientação da PNAB 2017 que deixou de prever um número mínimo desse trabalhador nas equipes de saúde da família e admitiu equipes de atenção básica sem ACS (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 14).

Ocorre que a CaSAPS acaba figurando um conjunto de serviços essenciais a ser ofertado por todas as unidades de Saúde da Família que compõem a atenção básica no Brasil, “com predomínio de ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

É interessante notar que a CaSAPS distorce a noção de integralidade exatamente porque a define como: “as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral” (BRASIL, 2019, p. 19). Acreditamos que o pressuposto para a ocorrência da integralidade é o serviço de saúde estar aberto para atender às necessidades que os usuários apresentem e não pré-estipular uma lista de serviços à qual o usuário deveria ter acesso (isso era o que acontecia no modelo de saúde campanhista anterior ao SUS). A distorção do

princípio da integralidade também ocorre porque essa política é focada em serviços biomédicos.

Outros aspectos que devem ser considerados são: a proposta amplia a fragmentação do trabalho em equipe, dificulta a construção do vínculo e do acompanhamento longitudinal como estratégias de cuidado, afasta os profissionais da realidade do território, prendendo-os ao trabalho prescrito e pré-definido por uma listagem, e não menciona a

[...] ação dos agentes comunitários de saúde, elo da articulação das equipes com as populações, cruciais na busca ativa, na facilitação do acesso para famílias vulneráveis, nas ações de saúde coletiva, na educação em saúde, na promoção da participação social. (GIOVANELLA, 2019, on-line).

A preocupação que valida a oferta da CaSAPS gira em torno da busca por uma maior eficiência, sob o argumento de que ela geraria mais qualidade. Contudo, Giovanella ressalta que a “busca da eficiência em si poderia reduzir custos, mas não gera qualidade. Qualidade resulta de um conjunto amplo de iniciativas articuladas e seu alcance em geral implica em uso de recursos adicionais” (GIOVANELLA, 2019, on-line). Além disso, a pesquisadora argumenta que

[...] o foco nos aspectos econômicos faz subentender que a carteira tem por objetivo, não primordialmente melhorar a qualidade, mas servir como instrumento para estabelecer contratos com o setor privado. (GIOVANELLA, 2019, on-line).

Além de todos os retrocessos da atenção básica já citados, é importante esclarecer que a promessa da carteira de serviços de aumentar a cobertura da APS não tem condições de ser cumprida. Além de essa normativa não ter vindo conjugada nem à ampliação das equipes nem a maiores investimentos em estrutura, ela ainda veio acompanhada de novos constrangimentos, como o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento do custeio da APS. O financiamento da APS passou a ser condicionado ao número de habitantes cadastrados e às metas a serem atingidas pelos municípios. Essas normativas parecem ser bastante adequadas à perda de financiamento proporcionada pela Emenda Constitucional nº 95.

Segundo De Seta, Ocké-Reis e Ramos, é

Necessário questionar o argumento do cadastramento na garantia do acompanhamento e cuidado aos usuários inscritos nas UBS. A parametrização automática de uma [equipe] eSF como responsável por 2.000 a 4.000 pessoas pela nova proposta não significa acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado. [...] A análise sobre a suposta ineficiência do cadastramento atual desconsidera os problemas gerenciais na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de tecnologias como nas implantações do Sistema de Informações em Atenção Básica (Sisab) ou da estratégia E-SUS (2020, on-line).

Antes disso, o financiamento acontecia pelos Pisos da Atenção Básica, Fixo e Variável, que garantiam orçamento, respectivamente, de acordo com um número de habitantes da região adstrita e de acordo com a quantidade de equipes – de ESF e do Nasf – implantadas. Esse modelo de financiamento, que vigorou de 1996 a 2019, estimulou a adesão dos municípios e garantiu o aumento substancial da cobertura da atenção básica. Já o Previne Brasil compromete a universalidade da atenção à saúde por não considerar o total da população, reduzindo mais ainda os investimentos na saúde pública. Morosini, Fonseca e Baptista ressaltam que o novo modelo de financiamento “desperta a preocupação quanto ao enfoque no indivíduo, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada” (2020, p. 10). Essas autoras também citam um estudo realizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que prevê um impacto negativo no financiamento: nos moldes do Previne Brasil, é possível que o estado do Rio de Janeiro tenha uma perda entre 4,68% e 37,15% do repasse federal.

Em seu conjunto, os programas e políticas lançados desde 2016 levaram a uma redução do financiamento para a Estratégia Saúde da Família, que pode comprometer a possibilidade de atuação multiprofissional (com a redução dos Nasf), com importante retorno da lógica biomédica curativista (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020). A partir de 2019, o retrocesso é ainda maior, com a retomada da concepção de uma APS seletiva, num contexto de forte política de austeridade fiscal e de restrição de direitos sociais no país. As mudanças reforçam a racionalidade biomédica, com foco nas doenças e agravos, reduzindo o cuidado a uma dimensão técnica focalizada nos atendimentos médicos. Para uma APS ampliada e integral é preciso compreender e problematizar a relação entre o processo saúde-doença e a dinâmica econômica, social e política do território, do país e do mundo - e isso deve fundamentar as políticas e normas técnicas do SUS.

A experiência histórica comprova que a ESF é um potente dispositivo de construção de um modelo de atenção à saúde abrangente e integral, capaz de produzir uma cultura sanitária aberta a outras racionalidades e formas de cuidado diferentes da biomedicina. Na disputa com a força da economia capitalista e neoliberal, sempre foram impostos limites à construção do SUS e à expansão da APS/AB. O SUS sofre cronicamente por falta de financiamento suficiente para que a ampliação de sua rede possa garantir atenção universal e integral para toda a população brasileira. Do subfinanciamento passamos para um momento de desfinanciamento, o que impede a universalização do direito à saúde.

Segundo Marques (2017), os que lutaram para que a saúde fosse reconhecida como um direito universal garantido pelo Estado, não conseguem ver esse direito plenamente atendido, pois falta, para isso, suporte financeiro. Para o autor, o SUS deveria ser uma bandeira da população brasileira. A disputa por recursos financeiros sempre foi uma barreira enfrentada pelos defensores do SUS, desde a sua criação.

A respeito da ESF, os problemas estruturais ferem seu propósito de reversão do modelo de atenção à saúde. Deles derivam dificuldades como: a de compor redes integrais de atenção à saúde para reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde; a de investir em processos formativos que possam problematizar os limites da hegemonia biomédica como modelo de atenção e cuidado; a baixa densidade da participação popular, principalmente, em contexto de restrição da democracia; a falta de estrutura adequada para a construção de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos integrativos e com base nas necessidades das pessoas e comunidades.

Todos esses retrocessos e dificuldades põem em risco a saúde da população brasileira, como evidenciado com a pandemia da Covid-19 que se iniciou em final de 2019, na China, e que chegou ao Brasil no início de 2020, revelando a importância de se ter um sistema universal de saúde forte e integral³², capaz de atuar com uma AB desde a prevenção até a recuperação da saúde e também sobre a determinação social que gera sofrimento, adoecimentos e mortes, como a falta de saneamento, de condições dignas de moradia, de alimentação saudável, de transporte barato, confortável e seguro, de água potável, de cultura, de tempo para o lazer, de trabalho, de salário e aposentadoria dignos, entre outros bens fundamentais para se viver com qualidade de vida³³.

Sem dúvida, é hora de retomarmos o diálogo e pensarmos novas possibilidades para seguirmos juntos na luta por maiores investimentos na saúde pública, pela universalização do SUS em todas as regiões do país, resguardando a equidade, priorizando a ESF como dispositivo de redefinição do modelo de atenção à saúde, pelo fortalecimento das RAS, pela realização da educação popular em saúde, pelo fortalecimento da participação social e pela construção de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos que possam corresponder às necessidades de saúde individuais e coletivas.

³² Segundo a professora e pesquisadora de saúde pública, Danielle Moraes, uma boa parte dos casos de Covid-19 agravaram-se devido à falta de acesso a medicamentos que faziam parte da farmácia básica das Unidades de Saúde da Família, como azitromicina. Dos casos que deveriam ser emergência, mas sequer encontraram atendimento (em consequência do colapso do sistema), uma parte teve causas sensíveis à atenção básica (MORAES, 2020). Os medicamentos que seriam determinantes para o acompanhamento dos casos de Covid-19 na atenção básica têm faltado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde que se iniciou o desmonte da política de atenção básica com a PNAB 2017.

³³ Da pandemia que mobilizou diversos países e levou a óbito milhões de pessoas no mundo, devemos levar adiante a importância de sistemas de seguridade social, fundamentados no princípio da solidariedade, que possam dar proteção social a todas as populações em situações de emergência como a que vivemos. A garantia do direito à saúde passa pela construção de uma APS capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde, com um modelo de atenção integral e ampliado, com retaguarda dos outros níveis de atenção de forma regionalizada. Nesse horizonte, é preciso defender o SUS e o investimento em pesquisas e formação profissional, retomando o financiamento das instituições públicas, universidades e centros de pesquisa, para que desenvolvam tecnologias que possam, cada vez mais, promover saúde e potencializar a vida.

Referências bibliográficas

- BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andre (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.
- BRASIL. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. 60 p. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Pactos pela Saúde, v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira - Avaliação por Convidados Externos e Consulta Pública*. Brasília: 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf. Acesso em 19 out. 2020.
- CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
- DE SETA, Marismary Horsth; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* [periódico na internet], mar. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa-previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria-a-saude/17535?id=17535>. Acesso em: 19 out. 2020.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma

Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidélis de; BOUSQUAT, Aylene. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração de redes de atenção. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1-5, 2018.

GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Cassiano Franco. *Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta*. Entrevista em 22 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/comentarios-sobre-a-carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta-artigo-de-ligia-giovanella-e-cassiano-franco/42331/>. Acesso em: 19 out. 2020.

LOPES, Márcia Lopes Cavalcanti; MATTA, Gustavo Corrêa. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini L. et al (org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012. p. 305-322.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e políticas públicas*, n. 49, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>. Acesso em: 19 out. 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50.

MELLO, Eduardo; MATTOS, Rubem. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães

de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 95-116.

MORAES, Danielle Ribeiro de. Sessão virtual “Vozes da favela e da periferia sobre a Covid-19”, ocorrida em 8 de maio de 2020. Rio de Janeiro: Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP/ENSP)/ Grupo Educação Saúde e Cidadania, 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e*

pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 369-405.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MENDES-LEAL, Rodrigo. Gerencialismo. In: LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 20-25. (v. 1).

Texto 4

O potencial da fitoterapia no contexto da atenção básica à saúde e da produção do cuidado integral

Grasiele Nespoli, Paulo Henrique Oliveira Leda, Andrea Márcia de Oliveira Gomes, Maria Behrens

Consideramos a Estratégia Saúde da Família (ESF) o dispositivo principal para a expansão e desenvolvimento da atenção básica (AB) e para a reconstrução do modelo de atenção à saúde, capaz de diminuir a sua centralidade na racionalidade biomédica. Partimos do pressuposto de que a ESF, por meio da territorialização do processo de trabalho, abre espaço para um projeto democrático e popular de saúde pública, responsável por resolver os problemas de saúde das populações e promover o cuidado numa perspectiva integral, superando as práticas que reduzem o ser humano a um corpo mecânico e que entendem o cuidado como técnica de correção e restauração de uma máquina.

Na coordenação e na gestão do cuidado, a ESF tem que ter o compromisso com a construção de projetos terapêuticos que considerem cada sujeito em sua singularidade, contexto de vida e valores culturais. Para além de um “atendimento”, o cuidado deve ser ampliado a ponto de conseguir intervir nos modos de vida que são produzidos socialmente e que têm causado danos à saúde coletiva e individual.

Um esforço na construção de projetos terapêuticos se expressa na implementação de outras práticas de cuidado, às vezes com base em racionalidades e sistemas médicos distintos do biomédico, como as práticas terapêuticas integrantes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Tais práticas de cuidado estão estruturadas como uma política nacional, de acordo com a Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que apresentou inicialmente cinco práticas a serem implementadas: medicina tradicional chinesa/acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo/crenoterapia; e medicina an-

troposófica (2006a). O texto da PNPIC destaca a importância de estimular

[...] mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2006b, p.10).

A PNPIC é uma política que reconhece e incorpora, de forma contundente, outras racionalidades médicas e práticas populares à dimensão do cuidado na atenção básica. Além disso é:

[...] reconhecida internacionalmente, pela OMS e por diversos países, como uma experiência de referência em implantação das medicinas tradicionais e complementares em um sistema nacional de saúde, sendo este um dos principais motivos pelo qual essas práticas são incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde no SUS, e não inseridas como uma estrutura alternativa ao sistema, como em alguns países. (BRASIL, 2018a, p. 10).

Em março de 2017, a Portaria nº 849 incluiu mais 14 práticas integrativas e complementares de saúde à Política Nacional: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017a). Um ano depois, a Portaria nº 702 incorporou outras dez práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018b). Ao todo, hoje, são previstas 29 práticas integrativas e complementares na Política Nacional.

Entre as PIC, a fitoterapia e as plantas medicinais são as únicas contempladas com uma política específica, publicada pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 (BRASIL, 2006c). A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) responde às recomendações da OMS desde 1970 sobre o uso de plantas medicinais nos sistemas de saúde. Tais recomendações se deram de forma simultânea ao momento em que se discutia a importância da expansão da atenção primária e dos sistemas nacionais de saúde no mundo. De acordo com a OMS,

[...] grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas. (BRASIL, 2006d, p. 11).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) também reconhece e valoriza os saberes e as práticas tradicionais de saúde respeitando as especificidades dessas populações. Instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orien-

tação sexual, ampliando o acesso aos serviços de saúde, reduzindo riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e melhorando os indicadores de saúde e de qualidade de vida. De acordo com a PN-SIPCF, na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, deve ser observada a valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento das dimensões subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações (BRASIL, 2011).

É importante considerar que, especificamente no Brasil, o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde é muito forte e trata-se de um saber ancestral, articulado a várias culturas, distribuídas nas diferentes regiões e territórios do país, cobrindo uma diversidade de povos e comunidades tradicionais – indígenas, caiçaras, ribeirinhas, quilombolas, entre outros –, de distintas matrizes religiosas, como as católicas, espíritas, umbandistas, candomblecistas e outros cultos de origem africana, por exemplo. É uma prática valorizada e presente também na organização dos setores de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, o MST. Figura, assim, uma prática popular que precisa ser reconhecida e integrada ao Sistema Único de Saúde, em diálogo com a população.

De acordo com a PNPMF:

O Brasil é o país que detém a maior parcela da biodiversidade, em torno de 15 a 20% do total mundial, com destaque para as plantas superiores, nas quais detém aproximadamente 24% da biodiversidade. Entre os elementos que compõem a biodiversidade, as plantas são a matéria-prima para a fabricação de fitoterápicos e outros medicamentos. Além de seu uso como matéria prima para a fabricação de medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais no preparo de remédios caseiros, processo conhecido como medicina tradicional. (BRASIL, 2006d, p. 14).

O objetivo geral da política é

Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. (BRASIL, 2006d, p. 24).

Além de dispor de outras terapêuticas para o cuidado, ela incentiva o “resgate de uma prática milenar, onde se imbricam o conhecimento científico e o conhecimento popular e seus diferentes entendimentos sobre o adoecimento e as formas de tratá-lo” (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014, p. 382).

Alinhada às ações da atenção básica, a PNPMF valoriza a investigação do uso de plantas medicinais e remédios caseiros pela população atendida pela ESF (BRASIL, 2001; 2017b). Essa investigação deve ser feita em conexão com a realidade cotidiana vivenciada na atenção básica, tendo a família como núcleo de atenção e cuidado e os agentes comunitários de saúde (ACSs) como o elo de conhecimento

entre as práticas de saúde utilizadas e os serviços de saúde (ANTONIO *et al.*, 2013; PIRIZ *et al.*, 2014). A proximidade e a experiência do trabalho dos ACSs com a comunidade atendida e com os serviços de saúde contribuem para as investigações sobre as práticas populares de saúde. O objetivo de conhecer as práticas utilizadas é promover ações de educação em saúde e criar vínculos de cuidado e de atenção entre usuários e as equipes de saúde, contribuindo para o fortalecimento do SUS (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012; ANTONIO *et al.*, 2014).

Além disso, na PNPMF há um incentivo ao envolvimento da agricultura familiar no processo de desenvolvimento da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, por apresentar

[...] como vantagens a disponibilidade de terra e trabalho, a detenção de conhecimentos tradicionais, a experiência acumulada na relação com a biodiversidade e as práticas agroecológicas voltadas aos atendimentos dos mercados locais e regionais [...]. (BRASIL, 2006d, p. 15).

A política se contrapõe aos interesses mercantis que desvalorizam o uso das plantas medicinais e fitoterápicos para atender o crescimento da oferta de medicamentos sintéticos pela indústria farmacêutica.

No que tange à atenção básica, a cobertura da ESF permite conhecer as plantas de diferentes biomas e amplia a possibilidade de desenvolver estudos científicos, protocolos de uso, produção e distribuição de fitoterápicos. Além disso, pesquisas mostram a importância das plantas medicinais na produção do vínculo, na valorização dos saberes populares, na preservação da biodiversidade e no desenvolvimento das práticas de cuidado (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013). A PNPIC reforça que “tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania” (BRASIL, 2006b, p. 86).

A inclusão das plantas medicinais na atenção básica tem potencial para estimular novas formas de cuidado e de alterar a percepção da relação entre saúde, doença, cura, prevenção e bem-estar, do mesmo modo que pode modificar a dinâmica e os significados das interações entre as pessoas que buscam esse tipo de tratamento e os profissionais de saúde. Além disso, pode promover uma aproximação mais horizontal entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, “reforçando o papel da ESF como primeiro contato do usuário com o SUS, assim como a ampliação das ofertas de cuidado favorece o princípio da integralidade em saúde” (RODRIGUES; DE SIMONI; TRAJANO; CAMPOS, 2011, p. 29).

O uso de plantas medicinais na atenção básica pode ocorrer por meio do preparo de remédios caseiros. Embora essa forma de uso seja reconhecida pela Política Nacional

de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006b), não é possível criar normas sanitárias para produção dos remédios caseiros e seu fornecimento pelo SUS (SANTOS; CARVALHO, 2018). O que significa dizer que o Ministério da Saúde possibilita o uso de remédios caseiros, desde que não cause infração ao Artigo 273³⁴ do Código Penal brasileiro. Para que isso não ocorra, recomenda-se que os remédios não sejam produzidos em grandes quantidades, que não contenham indicações terapêuticas e que não sejam destinados à comercialização. Como consequência, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 13 de maio de 2014 (BRASIL, 2014, p. 2) previu: “Não são objeto de registro ou notificação as preparações elaboradas pelos povos e comunidades tradicionais do país sem fins lucrativos e não industrializadas”. Conforme essa orientação, portanto, as comunidades podem produzir remédios para uso próprio, em sua região, de forma não industrializada (SANTOS; CARVALHO, 2018). A partir da análise das espécies medicinais e suas formas de uso pode-se definir critérios e protocolos para emprego no território investigado.

A publicação da Resolução da Diretoria Colegiada, RDC n. 26/2014 (Brasil, 2014) e de suas instruções normativas estabeleceram os procedimentos necessários para o registro simplificado de fitoterápicos e o registro ou notificação de produtos tradicionais fitoterápicos (PTF). Para isso, criou uma lista com

³⁴ Art. 273 - Falsificar, corromper, adulterar ou alterar produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 15 (quinze) anos, e multa. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º - Nas mesmas penas incorre quem importa, vende, expõe à venda, tem em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribui ou entrega a consumo o produto falsificado, corrompido, adulterado ou alterado. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º-A - Incluem-se entre os produtos a que se refere este artigo os medicamentos, as matérias-primas, os insumos farmacêuticos, os cosméticos, os saneantes e os de uso em diagnóstico. (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º-B - Está sujeito às penas deste artigo quem pratica as ações previstas no § 1º em relação a produtos em qualquer das seguintes condições: (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

I - sem registro, quando exigível, no órgão de vigilância sanitária competente; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

II - em desacordo com a fórmula constante do registro previsto no inciso anterior; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

III - sem as características de identidade e qualidade admitidas para a sua comercialização; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

IV - com redução de seu valor terapêutico ou de sua atividade; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

V - de procedência ignorada; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

VI - adquiridos de estabelecimento sem licença da autoridade sanitária competente. (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

Modalidade culposa

§ 2º - Se o crime é culposo:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

Emprego de processo proibido ou de substância não permitida.

espécies que podem ser utilizadas para o registro simplificado de fitoterápico ou de PTF. Espécies que não fazem parte destas listas podem ser registradas como fitoterápicas, contudo, são exigidos estudos clínicos para comprovar a segurança e eficácia. Ao criar a categoria PTF, foi definido o conceito de tradicionalidade de uso. Um dos critérios que define a tradicionalidade é o uso continuado pela população por um período não inferior a 30 anos. (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014).

Segundo os autores, o uso dos conhecimentos populares para registro dos fitoterápicos tem sido bastante criticado por profissionais que julgam que esse conhecimento não é suficiente. Mas há outro conjunto de pesquisadores e profissionais da saúde que investem e reconhecem o saber popular, acreditando que ele “deve ser valorizado, atualizado e disseminado, e com o conhecimento científico deve haver uma complementaridade e não uma disputa” (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014, p. 391).

Essa abordagem contribui para que a atenção básica incorpore as especificidades dos lugares quanto ao uso dos remédios caseiros no seu cotidiano de trabalho. Para tanto, torna-se necessário garantir que a integralidade, o foco na família, a orientação comunitária e a comunicação dialógica sejam valorizados como elementos essenciais na regionalização do SUS, bem como fundamentais no reconhecimento das práticas de saúde. Esses são atributos que preconizam uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (MENDES, 2015). Vale ressaltar que essas abordagens terapêuticas discordam das relações costumeiras entre terapeuta-paciente, questionando o modelo da medicina ocidental contemporânea, caracterizado pela dependência e supervalorização de saberes técnicos e científicos altamente especializados e fragmentados (LUZ, 2007).

Portanto, a utilização dos remédios caseiros na atenção básica do SUS representa resistência à expansão predominante da medicina oficial, enquanto traz a perspectiva da incorporação de outros olhares e terapêuticas que valorizam saberes e práticas desenvolvidos por populações rurais, periféricas, indígenas e tradicionais. Essas populações, em geral, têm pouco acesso aos serviços públicos de saúde e menos ainda ao sistema mercantilizado de clínicas e hospitais privados (CASTRO; FIGUEIREDO, 2019). Por isso, os benefícios dessa nova orientação são a eficácia de cura de doenças com menos efeitos adversos, a prevenção e o alívio de sintomas e o fortalecimento da autonomia e do conhecimento do usuário sobre o seu processo de cura. Além disso, transforma a relação vertical, autoritária e distante entre profissionais e usuários do modelo médico vigente.

Segundo a PNPMF, abordagens dessa natureza são estratégicas para o enfrentamento das desigualdades, podendo prover a necessária oportunidade de inserção

socioeconômica das populações de territórios caracterizados pelo baixo dinamismo econômico e por indicadores sociais precários (BRASIL, 2006d). Para estimular a inserção econômica é previsto que agricultores familiares possam fornecer, de forma semelhante ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), plantas medicinais processadas para a Secretaria Municipal de Saúde produzir fitoterápicos a fim de atender ao SUS local. Nesse sentido, torna-se uma estratégia de enfrentamento da determinação social da saúde em nosso país, ao fortalecer ações voltadas para a promoção e o cuidado à saúde, enquanto abarca o autocuidado.

Pelo exposto, podemos afirmar que as institucionalizações da PNPIC e da PNPMF marcam avanços importantes para a implementação de outras práticas de cuidado que podem atuar na transformação do modelo de atenção à saúde, no sentido de valorizar os saberes populares, o diálogo com a comunidade e o cuidado integral pautado no modo de vida das pessoas. Mas é preciso sempre lançar um olhar crítico sobre as práticas de saúde e pensar quais limites enfrentam diante do compromisso com essa transformação.

A primeira coisa é lembrar que as PIC são diversas e algumas possuem racionalidades distintas, e que elas precisam ser desenvolvidas buscando o fortalecimento do vínculo entre os serviços e a comunidade, para que não reproduzam um modelo de atenção centrado no cuidado individual e no autocuidado, em um contexto de oferta de carteira mínima de serviços e ações de saúde e de redução da proposta de APS. Vale sempre lembrar que, no âmbito da ESF, o trabalho deve ser extensivo às famílias e comunidades, assumindo seu caráter político e coletivo que problematiza a dimensão social do processo saúde-doença e do cuidado.

Nessa perspectiva, as PIC, de modo geral, e as plantas medicinais e fitoterápicos, especialmente, devem ser valorizados pela possibilidade de ampliar o cuidado e promover atenção integral com participação popular. Outro potencial é o enfrentamento da medicalização excessiva da vida, efeito danoso do processo de colonização que sofremos com a construção da hegemonia biomédica. Na contramão da medicalização, as plantas medicinais também podem colaborar com a construção de estratégias de melhoria das relações comunitárias, a partir da compreensão sobre os modos de uso dos territórios, do resgate de uma memória histórica e afetiva dos costumes e do delineamento de possibilidades de transformação da vida.

Acreditamos e reforçamos que o cultivo de plantas, a construção de hortas, a valorização dos saberes populares, a mediação entre estes saberes e os científicos, o cuidado com as plantas, o preparo dos remédios caseiros e o uso dos fitoterápicos compõem um potente e dialógico processo de integração comunitária e de fortalecimento do direito à saúde.

É preciso, portanto, ampliar a compreensão sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como forma complementar e integrativa de cuidado, principalmente

na atenção básica, e enfrentar preconceitos que decorrem, muitas vezes, da negação dos conhecimentos populares e da baixa informação sobre os conhecimentos científicos acumulados que comprovam a eficácia e a segurança das plantas e fitoterápicos no cuidado à saúde.

Referências bibliográficas

- ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface-Comunicação Saúde Educação*, v. 17, n. 46, p. 615-33, 2013.
- ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Fitoterapia na atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. DAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 971, de 3 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC-SUS)*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006*. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

(PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. RDC nº 26 de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Anvisa. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 14 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849 de 27 março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702 de 21 de

março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRUNING, Maria Cecília Ribeiro; MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzalez; VIANNA, Cid Manso de Melo. 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. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2.675-2.685, 2012.

CASTRO, Marta Rocha; FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 31, p. 56-70, 5 jul. 2019. ISSN 1980-1726.

FIGUEIREDO, Climério Avelino de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

LUZ, Madel Therezinha. *Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades*

corporais. São Paulo: Hucitec, 2007. 174 ISBN 8527106183.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. ISBN 978-85-8071-034-2.

PIRIZ, Manuelle Arias *et al.* O cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. *Ciência Cuidado Saúde*, v. 13, n. 2, p. 309-317, 2014.

RODRIGUES, Angelo Giovani; DE SIMONI, Carmem Lucia; TRAJANO, Marcos Antônio Borges; CAMPOS,

Tiago Pires de. Práticas integrativas e complementares no SUS: Ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do sistema. In: BARRETO, Alexandre Franca. (ed.). *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 53-73.

SANTOS, Marcelo Guerra; CARVALHO, Ana Cecília Bezerra. Plantas medicinais: saberes tradicionais e o sistema de saúde. In: SANTOS, Marcelo Guerra; QUINTEIRO, Mariana (ed.). *Saberes tradicionais e locais: reflexões etnobiológicas*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2018. p. 72-99.

Dicas de leitura

BORGES, Fabrícia Villefort; SALES, Maria Diana Cerqueira. Políticas públicas de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: sua história no sistema de saúde. *Pensar Acadêmico*, v. 16, n. 1, p. 13-27, 2018.

CASTRO, Marta Rocha de; FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. Estudos e pesquisas sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicas no Brasil: caminhos e desafios. *Ar@cne*, v. 24, n. 240, 2020. Disponível em: <http://revistes.ub.edu/index.php/aracne/article/view/30986>. Acesso em: 19 out. 2020.

RIBEIRO, Karine da Silva; ALCANTARA, André Luís de. O uso de medicamentos à base de plantas medicinais por médicos do SUS no município de Teresópolis, RJ. *Revista Agrogeoambiental*, v. 1, n. 1, 2013.

RIBEIRO, Luís Henrique Leandro. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial. *Ciênc. saúde colet.*, v. 24, p. 1.733-1.742, 2019.

RICARDO, Letícia Mendes; STOTZ, Eduardo Navarro. *Uso de plantas medicinais: o sistema único de saúde e a autonomia dos saberes comuns*. Monografia (especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2010.

TEIXEIRA, Reinaldo Duque Brasil Landulfo. Plantas medicinais na atenção primária à saúde: nossos profissionais estão preparados? *Revista de APS*, v. 17, n. 2, 2014.

VALERIANO, Andréa Cristina de Freitas Rodrigues *et al.* O uso da fitoterapia na medicina por usuários do SUS, uma revisão sistemática. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 10, n. 33, p. 219-236, 2017.

ZENI, Ana Lúcia Bertarello *et al.* Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na atenção primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2.703-2.712, 2017.

Dicas de vídeos

Sugerimos que vocês assistam aos vídeos da Série SUS, realizada pela Rede de Educação Popular e Saúde e pela UFPB, a seguir.

O princípio da Integralidade. (3min:41). Publicado em: 25 mar. 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=u4r9eAGE1uc&list=PL6uDN8MQ_oRCiqP6mvHRD7EJJjS9T1bQk&index=4.

Os princípios do SUS. 1 vídeo (7min:52). Publicado em: 7 jul. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PzVxQkNyqLs>.

Por que o SUS hoje é assim?
(6min:29). Publicado em: 23 jun. 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wV_SPOJfqgk&list=PL6uDN8MQ_oRCiqP6mvHRD7EJJjS9T1bQk&index=2.

Você já ouviu falar bem do SUS?
(4min:6). Publicado em: 9 jun. 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=C2YRU_lvW4Y&list=PL6uDN8MQ_oRCiqP6mvHRD7EJJjS9T1bQk.



Guaco
Mikania glomerata Spreng.

Eixo 4

A importância dos saberes populares para o conhecimento científico das plantas medicinais

Alecrim
Excelente para aliviar problemas respiratórios, limpa os brônquios. Fazer inalação com sal alivia e é capaz de curar a sinusite. Deixar o alecrim curtir no azeite durante um mês ajuda a sarar as feridas.

Maria Luiza Borba³⁵

Momento de inserção 3

As plantas são vitais e há muito o ser humano interage com seus princípios e potenciais medicinais. Com o passar do tempo, os saberes foram se consolidando por meio da tradição, dos processos de oralidade e narrativas que, embora cada vez mais raros, são mantidos vivos. Os saberes sobre o poder curativo das plantas são passados de geração a geração, se manifestam em recomendações de avós, mães, vizinhos e anciões sobre o uso das plantas para tratar males, como os chás de boldo, erva cidreira, capim limão, erva doce, entre outros, amplamente conhecidos, ou os emplastos de cânfora e arnica para contusões.

O valor dos saberes populares das plantas medicinais é imensurável porque preserva um modo de cuidado ancestral, produzido por experiências milenares de cura. É tradicional e remonta a toda uma forma específica de entender o cuidado e a relação com os recursos naturais/ biodiversidade/ natureza. Os saberes e práticas de saúde associados às plantas medicinais estão de tal forma interligados à vida e ao cotidiano de diferentes grupos sociais, que podem se constituir como verdadeiros patrimônios culturais.

³⁵ BORBA, Maria Luiza. *Tesouros da Terra: nossa gente, nossas ervas e nossas danças*. Nova Friburgo: Ponto de cultura Os tesouros da Terra; Oficina-escola As mãos de luz, 2015.

Saberes e práticas tradicionais como esses são reconhecidos pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) como patrimônio cultural de natureza imaterial, ou seja, expressam costumes estruturantes da identidade de um grupo e que, portanto, merecem ser registrados e preservados, como um legado para as gerações futuras. Isto é, foram escolhidos para serem preservados, de acordo com o valor, o significado e a relevância que possuem para um grupo.

A ciência se interessa pelo uso medicinal e sabe valorizar esses saberes, que nascem da experiência e da interação com as plantas, e os tem pesquisado e validado como conhecimento científico, o que também envolve atentar para a conservação do patrimônio genético brasileiro, garantindo que a biodiversidade das espécies medicinais seja preservada.

Todavia, a apropriação sobre esses conhecimentos pode se dar de forma diferenciada. Contar uma prática não é o mesmo que experimentá-la. De que forma a planta pode ser utilizada? De um território para o outro, mudam as propriedades de uma planta? Quais os benefícios específicos de cada tipo de uso? A planta extraída de uma localidade é consumida macerada, mas outros a preferem em infusão, qual é o preparo mais adequado? Os saberes e práticas sobre o uso de plantas medicinais variam de uma comunidade para outra e o que a respeito deles se conta, também. Identificar esses usos e associá-los a um grupo em um território pode contribuir para o fortalecimento do vínculo de integração comunitária.

A forma como esse conhecimento é contado e transmitido denota a forma como aquele interlocutor e aquela comunidade querem que a história seja formalizada. Isso envolve uma seleção do que pode ou não ser contado, uma organização da narrativa sobre o que é valorizado e, de forma correspondente, uma exclusão daquilo que se quer silenciado. A narrativa de uma vivência é também um processo de disputa de interesses. É um exercício de poder. Ainda que seja sobre um saber coletivo. Aquilo que será contado remete à história de um lugar e constitui a identidade de um povo.

Para despertar ainda mais a reflexão sobre esse tema, sugerimos o documentário *Raízes da resistência*³⁶, um bom recurso para animar vocês nessa nova inserção no território para o início da investigação sobre as plantas usadas com finalidade

³⁶ “O documentário, realizado em 2018 por Priscila Yazbek e Jimmy Bro, busca retratar as histórias e modos de vida dos moradores do Quilombo da Fazenda – Picinguaba (Ubatuba, SP). Em meio à biodiversa mata atlântica, a comunidade resiste às pressões provenientes das dinâmicas culturais, convivendo com a presença do Parque Estadual da Serra do Mar, incorporando novos saberes, repensando sua relação com a natureza, resgatando e afirmando suas tradições e ressignificando seus passados. ‘Raízes de Resistência’ foi pensado em conjunto com os moradores da comunidade, que levantaram questões essenciais que trilhariam a narrativa do filme. Viva, sinte e se deixe levar pela beleza desse lugar e das pessoas que encantam pela simples forma de lidar com a vida.” Descrição do vídeo, publicado no YouTube em: 16 mar. 2019. 1 vídeo (27min:16). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ijlqWRAUwyQ>. Acesso em: 14 ago. 2020.

medicinal. Propomos também que vocês leiam o Texto 5, *Nossas eternas parceiras*, que aborda a importância das plantas para a vida humana.

Antes da inserção é bom que vocês identifiquem quais são as pessoas que vivem e trabalham nos territórios que gostam das plantas, e se elas poderiam falar um pouco e, quem sabe, dar dicas de outras pessoas que também sabem sobre as plantas. As entrevistas podem ser individuais ou coletivas e vocês podem conduzi-las com perguntas como: você usa alguma planta para tratar algum problema de saúde? Qual planta? Para qual problema? Você cultiva a planta ou a coleta na mata? Como você usa? Para qual finalidade? Como você adquiriu esses conhecimentos?

É muito importante que vocês registrem as respostas (por áudio/vídeo ou por escrito). Podem também fotografar ou desenhar as plantas utilizadas a fim de sistematizarem as informações para uso na partilha e também na construção do herbário, isto é, da coleção (dos saberes) das plantas identificadas nos territórios.

Encontros para partilhas e trocas

Depois da inserção em busca das primeiras pistas sobre o uso de plantas medicinais nos territórios, vocês devem contemplar nos encontros o planejamento do herbário.

Originalmente, na botânica, o herbário é uma amostra de material vegetal que é coletado e devidamente preparado para servir de exemplar testemunho da flora presente em determinada região, com o objetivo de conhecer a biodiversidade vegetal por meio do registro das espécies. No contexto do curso, a proposta do herbário pode ser aberta, considerando as possibilidades de realização dos coletivos. Pode ser feito de folhas secas, a partir do desenvolvimento do processo de coleta e secagem.³⁷ Pode ser feito por fotografia, resguardando uma representação da planta viva, ou pela digitalização do próprio material coletado fresco, ou pode ainda ser estilizado em desenhos. O que importa é que o herbário sistematize os saberes investigados e aprendidos por vocês de forma que possa ser compartilhado³⁸.

Na partilha sobre os resultados da investigação, sugerimos que os saberes sobre as plantas sejam somados, que se faça uma primeira sistematização, planta

³⁷ A técnica de secagem das plantas para a composição de um herbário é realizada em estufa após prensagem do material coletado, para que, ao desidratá-lo, não fique encolhido. Um exemplo é colocar uma flor aberta dentro de um livro, fechar e esperar secar.

³⁸ O Centro Especializado em Plantas Aromáticas, Medicinais e Tóxicas, da Universidade Federal de Minas Gerais, disponibiliza uma série de seis vídeos sobre o tema. O segundo vídeo da “Websérie Ensinando sobre Plantas Medicinais na Escola” aborda o processo de coleta, identificação e conservação das plantas. O acesso pode ser feito pelo link: <https://www.ceplamt.org.br/video/webserie-ensinando-sobre-plantas-medicinais-na-escola-capitulo-1-pesquisa-cientifica-com-as-plantas-medicinais-3/>, acesso em 19 out. 2020

por planta, inserindo em um quadro as respostas das perguntas realizadas nas entrevistas. Esse é o primeiro momento de conhecimento sobre as plantas, que será aprofundado adiante. É importante que vocês definam como desenvolverão, coletivamente, o herbário, para que na próxima inserção, a técnica esteja clara para ser desenvolvida. Se for pela secagem, será preciso coletar as amostras vegetais, contendo folhas, flores, ou outras partes das plantas que são usadas. Se for por fotografia ou digitalização será preciso ter um equipamento adequado. Se for por desenho, será preciso definir o ilustrador e o modo de reprodução.

Depois dessa definição, vocês podem dialogar sobre o Texto 5, *Nossas eternas parceiras*, e aprofundar a discussão com a leitura conjunta do Texto 6, *A importância do conhecimento e das práticas tradicionais para a ciência das plantas medicinais*. Os textos ajudarão a refletir sobre: como se deu historicamente a relação dos seres humanos com a natureza e com as plantas? Quais as diferenças entre a fitoterapia e as práticas médicas modernas? É possível produzir ciência a partir dos saberes tradicionais e populares? Como promover diálogos entre saberes?

Texto 5

Nossas eternas parceiras

Leila Mattos

Uma experiência de coevolução

As plantas nos acompanham desde os tempos mais remotos. Elas chegaram primeiro, bem antes de nós, e começaram a povoar o planeta. Depois, aprenderam a fazer fotossíntese, quer dizer, capturar a luz do sol e transformar em alimento, o que possibilitou o aparecimento da biosfera, único lugar do planeta onde a vida é possível. Essa fina camada que envolve nosso planeta e que nos permite respirar o oxigênio presente, num sofisticado balanço positivo junto a outros gases, foi formada há bilhões de anos só porque havia plantas consumindo gás carbônico e liberando oxigênio. O planeta Terra é o único conhecido no universo com uma biosfera, criada a partir do aparecimento das plantas.

Plantas são seres vivos, que começaram sua evolução milhões de anos antes dos seres humanos e continuaram evoluindo depois que nós aparecemos. Sempre presentes e junto de nós serviram como nosso alimento muito mais do que qualquer animal e colocaram ao nosso dispor muito mais do que nutrientes, mas também sua energia vital, sua vitalidade. Por isso, além de frutos e sementes, as plantas eram amplamente utilizadas desde antes de registros históricos e provavelmente antes que se cozinhasse com fogo (FLANDRIN; MONTANARI, 1998).

Ao longo de nossa coevolução, a experiência humana permitiu a escolha de plantas que cresciam em seus ambientes naturais, que não eram venenosas, que eram mais apropriadas ao paladar, que restauravam o equilíbrio do organismo e que conferiam proteção. Em todas as civilizações existem registros de plantas usadas em cerimônias de magia ou religiosas, como remédios ou como condimentos para restaurar a saúde e o bem-estar. É bastante plausível, portanto, que a medicina tenha surgido na cozinha com o uso das plantas, como sugere Hipócrates (STOBART, 2009).

Uma experiência de inteligência

As plantas têm uma inteligência inata, quase instintiva no que diz respeito à sobrevivência; elas aprenderam como evoluir. São capazes de modificar suas estruturas morfológicas, em um pulsar de energia que ora se expande, ora se contrai, para acessar formas e cores apropriadas ao ambiente onde vivem, o que Goethe (1997) definiu como uma metamorfose induzida. As plantas são capazes de produzir certas substâncias durante processos fisiológicos com sabores e odores distintos, parecidas com hormônios e neurotransmissores, para se protegerem do clima, da exposição ao sol, do ataque de insetos ou para atraírem outras plantas, insetos polinizadores ou herbívoros que possam espalhar suas sementes. Essas substâncias também funcionam como princípios ativos nos processos fisiopatológicos do organismo humano.

Esses ativos são muitas vezes uma única substância extraída de uma planta, mas, em sua maioria, correspondem a várias substâncias que funcionam de maneira combinada e sincronizada, controladas por energias vitais e organizadoras. Daí decorre a diferença entre o uso da planta viva ou de um fitoterápico e o uso de um medicamento produzido de uma substância sintetizada a partir de uma planta.

Uma experiência de aprendizado

Foi observando e experimentando que o ser humano desenvolveu o conhecimento sobre as plantas que compartilhavam de sua existência, primeiro empiricamente e mais tarde cientificamente, em seu ambiente, território e comunidade. Essa experimentação se transformou em cultura produzida pelas diversas civilizações e em um grande legado até hoje. Por esse motivo, o uso de plantas e ervas aromáticas e medicinais só pode ser compreendido levando-se em consideração nossa história de coevolução neste planeta.

Cada passo dessa história é subjacente a uma experiência pregressa acumulada e formadora de criações futuras, guardada e repassada oralmente ou descrita sob os mais rígidos critérios científicos. Exatamente por isso, o saber decorrente dessas experiências é um patrimônio construído pela própria humanidade que deveria ser compartilhado por ela. Mesmo porque, esse aprendizado segue em curso, tanto nos mais tecnológicos laboratórios, quanto nos mais diversos quintais.

Uma experiência de conhecimento

O Brasil é o país com a maior diversidade vegetal do planeta, presente nos seus mais variados biomas, e que congrega os mais diversos sistemas culturais herdados dos diferentes grupos étnicos formadores da nossa identidade. Com influência africana, europeia e indígena possuímos uma diversidade de conhecimento sobre o uso e manejo de muitas espécies, nativas ou não. Toda essa diversidade biológica e cultural nos torna um dos povos mais apropriados ao aprendizado que, usualmente, leva ao conhecimento.

Contudo, é importante dizer que a formação da diversidade cultural e étnica brasileira foi permeada por fortes conflitos em função do processo violento de colonização do país, ancorado na submissão e extermínio dos povos indígenas e na escravização de povos africanos. Apesar da diversidade que reconhecemos como importante para o diálogo intercultural, houve a imposição de uma visão de mundo (dos colonizadores) sobre outra (dos colonizados), que passou, e ainda passa, pela hegemonia da ciência moderna europeia como fonte legítima de saber e conhecimento.

Diante disso, somente se prestarmos a devida atenção, poderemos perceber as resistências culturais e usufruir a mais singular e singela das contribuições, aquela que emana de lugares não supostos, de braços não esperados, de trabalho com o qual não contávamos e de mentes espalhadas no meio de povos não considerados.

Ressaltamos que o saber popular, em diálogo com as experiências acadêmicas, é uma poderosa ferramenta que pode nos levar a um conhecimento substancial, partindo de regiões, biomas, territórios e culturas tão diversas. Prestar atenção, por conseguinte, nos incontáveis significados e significantes que nos impõem estas variadas contribuições do saber popular passa a ser uma obrigação, em um país tão desigual, e, ao mesmo tempo, um norte para construirmos o conhecimento.

Uma experiência de ecologia

As plantas aromáticas, condimentares e medicinais, mais amplamente conhecidas e cultivadas no mundo todo, fazem parte de um elenco de espécies vegetais utilizadas desde a antiguidade por povos que colonizaram a Europa. Egípcios, persas, gregos, romanos e principalmente árabes difundiram seus usos e propiciaram seus cultivos e aclimatação em todo o mundo conhecido até o século 14, aproximadamente. Mas, nos séculos seguintes, as chamadas especiarias propiciaram um comércio valioso que enriqueceu a Europa e possibilitou um desenvolvimento tec-

nológico surpreendente, culminando com as grandes navegações e a “descoberta” do continente americano — o “novo mundo” (NEPOMUCENO, 2005).

O contato com o novo mundo e sua diversidade biológica foi um fator impositivo sem precedentes, que apresentava novas possibilidades, principalmente botânicas, de espécies desconhecidas. Assim, a busca errante de novas especiarias, que em sua grande maioria servia para fins medicinais, levaria a amplas disputas pela ocupação dos territórios e pela exploração das espécies que não podiam ser cultivadas.

Durante os séculos 14, 15 e 16 essas plantas valiam mais do que o ouro e a prata, igualmente procurados nos territórios recém-descobertos. E, até hoje, e apesar de toda a pirataria decorrente, nunca se conseguiu estabelecer culturas aclimatadas e bem-sucedidas, a não ser de pouquíssimas, mas não menos valiosas e rentáveis espécies. Meio século depois, apesar de toda a devastação provocada, ainda permanece desconhecida a maioria das espécies desse novo continente e seu potencial, principalmente medicinal (CORRÊA; PENA, 1978). Essas plantas fazem parte de outra categoria que só pode ser cultivada em seu ambiente natural, como uma imposição ecológica.

Essa imposição ecológica se replica em determinados territórios circunscritos nos ambientes naturais de determinadas plantas. Por isso, não é raro observar que quando colhemos uma espécie em seu bioma e tentamos cultivá-la, ou ela não consegue sobreviver, ou não conseguimos obter os benefícios esperados. É muito mais comum a coleta de plantas medicinais em ambientes naturais, por parte da população que culturalmente faz uso da planta. O cultivo padronizado de algumas espécies tem se mostrado inviável, complexo e repleto de variáveis ambientais.

No entanto, um novo caminho, que utiliza técnicas agroecológicas, aponta para novas conquistas que podem dar conta dessa complexidade (CHABOUSSOU, 1987). Paradoxalmente ao anseio da indústria farmacêutica e do agronegócio, a agroecologia recupera e integra saberes que buscam preservar os recursos naturais, respeitando, o que podemos considerar, a inteligência ou instinto maior das plantas desse solo que parecem saber a que propósito se destinam. Em meio a essa batalha, que é mercantilista, são as plantas, sobretudo, que detêm o necessário para a construção de uma soberania ambiental.

Uma experiência de livre acesso

Enquanto isso, em cada quintal ou na mata mais próxima, no interior deste extenso e diverso país, a cultura e o saber popular teimam em continuar tendo experiências bem-sucedidas com o uso de plantas medicinais. Experiências compartilhadas

oralmente ou por meio de novas tecnologias de comunicação parecem ser o ponto de partida para vivências de cuidado, de autocuidado, de cuidado de si, do outro e da comunidade, na busca por equilíbrio, bem-estar e na promoção de novos conceitos de saúde que incluam escolha, igualdade, compartilhamento e livre acesso.

Referências bibliográficas

- CHABOUSSOU, Francis. *Plantas doentes pelo uso de agrotóxicos: a teoria da trofobiose*. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- CORRÊA, Manuel Pio; PENA, Leonam de Azeredo. *Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas*. 1 ed.1926. Rio de Janeiro: IBDF, 1978. (6 volumes).
- FLANDRIN, Jean-Louis; MONTANARI, Máximo. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- GOETHE, Johann Wolfgang. *A metamorfose das plantas*. São Paulo: Antroposófica, 1997.
- NEPOMUCENO, Rosa. *O Brasil na rota das especiarias*. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio, 2005.
- STOBART, Tom. *Ervas, temperos e condimentos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

Texto 6

A importância do conhecimento e das práticas tradicionais para a ciência das plantas medicinais

Paulo Henrique Oliveira Leda, Andrea Márcia de Oliveira Gomes, Maria Behrens

As plantas também se parecem,
Família, Gênero e espécie,
Cada família tem seus membros,
Cada planta sua família,
Com segurança indique,
Malva-santa para azia,
Malvariço para tosse e bronquite.

Mary Anne Bandeira³⁹



Malva-santa (*Plectranthus barbatus*)



Malvariço (*Plectranthus amboinicus*)⁴⁰

³⁹ Ver nota de rodapé 7.

⁴⁰ Imagens do acervo pessoal dos autores.

A história da humanidade está intrinsecamente ligada ao seu ambiente natural, especialmente às plantas. No caso particular das plantas com fins medicinais, o aprendizado terapêutico ocorre a partir da observação e do uso empírico ao longo de gerações, constituindo a base do conhecimento tradicional da fitoterapia. Esse conhecimento possui estreita relação com as práticas culturais de cada sociedade em que é utilizado. Dessa maneira, cada sociedade desenvolveu racionalidades e sistemas médicos próprios para o uso da fitoterapia (SAAD; SÁ; SEIXLACK; LÉDA, 2016). No Brasil, as características culturais a respeito da fitoterapia devem-se à influência dos ameríndios, que juntamente com aquelas trazidas pelos europeus, africanos e asiáticos, constituem o atual repertório de espécies utilizadas na fitoterapia popular brasileira (BUCHILLET, 1991; DIEGUES, 2000; AMOROZO, 2004; SANTOS *et al.*, 2012; CAMARGO, 2014).

No entanto, a fitoterapia e seus conhecimentos tradicionais afastaram-se das práticas médicas, fundamentadas no sucesso clínico e terapêutico, com o advento dos modernos métodos de produção em escala industrial de medicamentos sintéticos. Em consequência do avanço científico das tecnologias biomédicas, houve a exclusão da fitoterapia do sistema de saúde. Dessa maneira, as investigações médicas foram conduzidas para combater os agentes etiológicos (bactérias, vírus, fungos e outros micro-organismos) causadores de doenças, direcionando as pesquisas para o desenvolvimento dos medicamentos sintéticos. Isso resultou no abandono das questões sociais, determinando as plantas apenas como fonte de matéria-prima para o desenvolvimento de novos medicamentos, conforme explicitado a seguir.

Na época da colonização da América do Sul chegou à Europa a notícia de um preparado, usado nas pontas das flechas pela população indígena para caçar. A descrição era de que o animal atingido ficava paralisado, morrendo em seguida. O interessante é que a carne deste animal era consumida sem causar qualquer tipo de intoxicação. Após investigações junto às populações indígenas, estudiosos daquela época identificaram as espécies vegetais utilizadas pelos índios da América do Sul (Brasil, Equador e Peru) no preparo do curare, como é conhecido esse produto. Muito tempo depois, entre 1811 e 1812, Benjamin Brodie notou que durante o envenenamento de coelhos por curare, o coração continuava a bater mesmo quando a respiração cessava, significando que a função cardíaca não era bloqueada. Posteriormente descobriu-se que os principais constituintes químicos do curare eram alcalóides que bloqueiam a transmissão neuromuscular e, diante disso, cogitou-se sua utilização em anestésias. Entretanto, o curare só começou a ser utilizado pelos médicos em janeiro de 1942, quatro anos depois que seu princípio ativo, d-tubocurarina, ter sido isolado, quando Harold Griffith e Enid Johnson o introduziram em procedimentos cirúrgicos. Hoje uma classe de medicamentos

conhecidos como bloqueadores neuromusculares é utilizada como fruto desse conhecimento tradicional (MIRZAKHANI *et al.* 2012).

Esse modelo de pesquisa teve início no século 18 na Europa, quando o pesquisador inglês Edmund Stone redescobriu a casca do salgueiro (*Salix alba*) como um poderoso febrífugo. Dela foi posteriormente isolado o princípio ativo (salicilina) responsável por esse efeito. Esse episódio, juntamente com a morfina isolada do ópio expressa o início de alterações profundas na medicina (CALIXTO; YUNES, 2001). Esse foi um primeiro passo no caminho para o desenvolvimento de medicamentos e da indústria farmacêutica, a partir do isolamento de substâncias ativas, com base no conhecimento tradicional. Pode-se considerar que a ideia de investigar plantas medicinais a partir do uso terapêutico informado pela população, ou seja, do conhecimento tradicional, aliado ao isolamento de substâncias ativas, avaliação farmacológica e toxicológica, levando à síntese de novas moléculas, permeia todo o desenvolvimento tecnológico de medicamentos até o presente (SÁ, 2013).

Nessa linha de investigação, um estudo mais recente identificou um tratamento inovador para a malária, que teve como origem o conhecimento tradicional chinês. Havia vários registros a respeito do uso da *Artemisia annua* L. para o tratamento dessa doença. As investigações conduziram ao isolamento da artemisinina, constituinte presente nessa planta, que gerou um fármaco inovador para o tratamento da malária (SÁ, 2011; JÜTTE *et al.*, 2017). Outros autores também destacam a importância do registro do conhecimento tradicional no desenvolvimento de novos medicamentos, descrevendo alguns fármacos obtidos a partir de fontes históricas de uso de plantas (NEWMAN; CRAGG, 2012; 2016). Consequentemente, estudos dessa natureza foram importantes para desvendar os princípios ativos contidos nas plantas que, ao mesmo tempo, serviram de base para o desenvolvimento do arsenal farmacológico disponível hoje.

Segundo Crellin (2008) essa característica denota uma “validação social” em decorrência da rastreabilidade ao longo do tempo. Ou seja, registros constantes para as mesmas finalidades no decorrer do tempo são fortes indicativos da efetividade de uma determinada prática terapêutica. Dessa forma, o uso contínuo é visto como parte fundamental da “tradição” que é construída, transmitida e avaliada por gerações. Parte-se, portanto, do pressuposto de que o conhecimento tradicional sobrevive de uma geração para outra, de modo que existe uma chance razoavelmente boa de eficácia. Entretanto, o autor ressalta a importância de uma avaliação cuidadosa das fontes de informações a respeito dos usos tradicionais.

Os recursos já utilizados pela população, em particular as plantas medicinais, tornaram-se objeto de investigação na perspectiva de mostrar a importância da associação entre os conhecimentos científicos e os tradicionais para a fitoterapia

(ARAÚJO, 2000; 2002). Por isso, a OMS propôs a realização de inventários acerca do uso de plantas medicinais, o desenvolvimento de critérios e métodos para comprovar a segurança e eficácia de fitoterápicos e a disseminação de informações relevantes. Para atender a essas recomendações, o Brasil criou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que reconheceu oficialmente a fitoterapia pelo Ministério da Saúde brasileiro como prática terapêutica ancorada nos pressupostos da OMS (BRASIL, 2006). Esse reconhecimento teve o apoio de programas municipais de fitoterapia executados em alguns municípios.

Vale ressaltar a experiência da Universidade Federal do Ceará com o projeto *Farmácia Viva*, idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos (MAGALHÃES *et al.*, 2019). Projeto diferente dos demais por ter surgido no meio acadêmico, o qual serviu de modelo para o Ministério da Saúde. Em decorrência da PNPMF, as resoluções trazem em suas diretrizes a possibilidade do uso de informações tradicionais como garantia da segurança e da eficácia para a prática da fitoterapia no Brasil. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26/2014, de 13 de maio de 2014 (BRASIL, 2014), as indicações terapêuticas devem ser coerentes com o uso tradicional, comprovado a partir de dados seguros e efetivos, sem evidências conhecidas de risco à saúde do usuário, o que deve ser validado por meio da análise de documentações tecnocientíficas (BRASIL, 2014; OLIVEIRA; OLIVEIRA; MARQUES, 2016; CARVALHO *et al.*, 2018; SANTOS; CARVALHO, 2018). A fim de atingir esse objetivo, foram elaborados novos marcos regulatórios voltados apenas para o serviço público. O primeiro foi o reconhecimento das Farmácias Vivas – a partir da Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010 (BRASIL, 2010) –, que realizam todas as etapas, desde o cultivo da espécie vegetal até a produção do fitoterápico (BRASIL, 2013). Vale ressaltar que esse cultivo pode ser feito pelos agricultores familiares e sua produção adquirida pela Secretaria Municipal de Saúde, semelhante ao que ocorre hoje com o programa de aquisição de alimentos para a merenda escolar.

Em 2011, foi lançada a primeira edição do *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira* (FFFB) que definiu as formulações dispostas nesse documento como habilitadas para serem produzidas na Farmácia Viva (BRASIL, 2011). A padronização das formulações teve como fundamento produtos já elaborados em diversos municípios. Para isso, o Ministério da Saúde realizou o levantamento das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde. Desse inventário foram selecionadas as espécies mais utilizadas e foi elaborada a *Relação de espécies vegetais de interesse ao SUS*, ou ReniSUS (SANTOS; CARVALHO, 2018). Em 2015, o Ministério da Saúde reavaliou a ReniSUS e selecionou 32 espécies que foram incluídas no primeiro suplemento do FFFB (BRASIL, 2018; SANTOS; CARVALHO, 2018).

Portanto, a utilização do conhecimento tradicional em programas de fitoterapia pode responder às demandas por recursos terapêuticos por meio de: a) recomendação de uso de plantas frescas produzidas em hortas caseiras ou comunitárias montadas a partir de um horto-matriz pré-instalado; b) dispensação de drogas vegetais empacotadas para preparação de chás e de outros remédios caseiros, conforme orientação da equipe de saúde; e c) produção de fitoterápicos sob diversas formas farmacêuticas para a prescrição e dispensação aos usuários das unidades de saúde, especialmente tinturas, cremes, pomadas, envelopes, óvulos, xaropes, entre outros, preparados a partir das plantas cultivadas e beneficiadas pela própria Secretaria Municipal de Saúde ou em parceria com outras instituições em virtude do caráter intersetorial desse segmento. Assim, é importante que cada região ou município desenvolva as suas especificidades e regionalidades, respeitando a biodiversidade e a adaptação de cada espécie aos biomas brasileiros, conforme preconizado pela PNPMF.

Referências bibliográficas

- AMOROZO, Mallia Christina de Mello. Pluralistic medical settings and medicinal plant use in rural communities, Mato Grosso, Brazil. *Journal of Ethnobiology*, v. 24, n. 1, p. 139-161, 2004.
- ARAÚJO, Melvina Afra Mendes de. Bactrins e quebra-pedras. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 7, p. 103-110, 2000.
- ARAÚJO, Melvina Afra Mendes de. *Das ervas medicinais à fitoterapia*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2002. ISBN 8574801399.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006*. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. *Portaria GM/MS nº 886, de 20 de abril de 2010*. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 22 de abril de 2010.
- BRASIL. *Formulário de fitoterápicos da farmacopéia brasileira*. Brasília, DF: Anvisa, 2011.
- BRASIL. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 18, de 3 de abril de 2013*. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 4 de abril de 2013.

BRASIL. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 13 de maio de 2014*. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Anvisa. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 14 maio 2014.

BRASIL. *Formulário de fitoterápicos da farmacopeia brasileira*. Brasília, DF: Anvisa 2018. (Primeiro Suplemento).

BUCHILLET, Dominique. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG; CNPq; SCT; PR; CEJUP; UEP, 1991.

CALIXTO, João Batista; YUNES, Rosendo Augusto. *Plantas medicinais sob a ótica da química medicinal moderna: métodos de estudo, fitoterápicos e fitofármacos, biotecnologia, patente*. Chapecó, SC: Argos Edit. Universitária, 2001.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. *As plantas medicinais e o sagrado: a etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil*. São Paulo: Edit. Ícone, 2014.

CARVALHO, Ana Cecília Bezerra *et al.* The Brazilian market of herbal medicinal products and the impacts

of the new legislation on traditional medicines. *J. Ethnopharmacology*, v. 212, p. 29-35, 2018.

CRELLIN, John K. “Traditional use” claims for herbs: the need for competent historical research. *Pharmaceutical historian*, v. 38, n. 3, p. 34-40, 2008. ISSN 0079-1393.

DIEGUES, Antônio Carlos *et al.* *Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil*. São Paulo: Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal; Cobio-Coordenadoria da Biodiversidade; Núcleo de Pesquisas sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras – Nupaub; Universidade de São Paulo – USP, 2000.

JÜTTE, Robert *et al.* Herbal medicinal products – evidence and tradition from a historical perspective. *J. Ethnopharmacology*, v. 207, p. 220-225, jul. 2017. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037887411731019X>. Acesso em: 19 out. 2020. ISSN 0378-8741.

MAGALHÃES, Karla do Nascimento *et al.* Medicinal plants of the Caatinga, northeastern Brazil: Ethnopharmacopeia (1980-1990) of the late professor Francisco José de Abreu Matos. *J. Ethnopharmacology*, v. 237, p. 314-353, June 2019. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874118329830>. Acesso em: 19 out. 2020. ISSN 0378-8741.

- MIRZAKHANI, Hooman; *et al.* Neuromuscular blocking agents for electroconvulsive therapy: a systematic review. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, v. 56, n. 1, p. 3-16, 2012.
- NEWMAN, David.; CRAGG, Gordon. Natural products as sources of new drugs over the 30 years from 1981 to 2010. *J Nat Prod*, v. 73, n. 3, p. 311-335, 2012.
- NEWMAN, David; CRAGG, Gordon. Natural products as sources of new drugs from 1981 to 2014. *J Nat Prod*, v. 79, p. 629-661, 2016.
- OLIVEIRA, Danilo Ribeiro de; OLIVEIRA, Ana Cláudia Dias de; MARQUES, Luis Carlos. O estado regulatório dos fitoterápicos no Brasil: um paralelo entre a legislação e o mercado farmacêutico (1995-2015). *Vigil. Sanit. Debate*, v. 4, n. 4, p. 139-148, 2016.
- SÁ, Ivone Manzali de. A resistência à cloroquina e a busca de antimaláricos entre as décadas de 1960 e 1980. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, v. 18, n. 2, 2011. ISSN 0104-5970.
- SÁ, Ivone Manzali de. *Resignificando a natureza: a P&D de medicamentos antimaláricos a partir da artemisia annua - 1960 a 2010*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz, 2013.
- SAAD, Gláucia de Azevedo; SÁ, Ivone Manzali de; SEIXLACK, Antônio Carlos de Carvalho; LÉDA, Paulo Henrique de Oliveira. *Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 9788527730419.
- SANTOS, Juliana de Faria Lima Santos *et al.* Observations on the therapeutic practices of riverine communities of the Unini River, AM, Brazil. *J Ethnopharmacology*, v. 142, p. 503-515, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2012.05.027>. Acesso em: 19 out. 2020.
- SANTOS, Marcelo Guerra; CARVALHO, Ana Cecilia Bezerra. Plantas medicinais: saberes tradicionais e o sistema de saúde. In: SANTOS, Marcelo Guerra; QUINTEIRO, Mariana (ed.). *Saberes tradicionais e locais: reflexões etnobiológicas*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2018. p. 13-99.

Dicas de leitura

A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisa de plantas medicinais da central de medicamentos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

Formulário de fitoterápicos farmacopeia brasileira. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/259456/Suplemento+FFFB.pdf/478d1f83-7a0d-48aa-9815-37dbc6b29f9a>. Acesso em: 19 out. 2020.

Memento fitoterápico farmacopeia brasileira. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>. Acesso em: 19 out. 2020.

Relação nacional de medicamentos essenciais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de vídeos

Etnobotânica participativa. Documenta o projeto Etnobotânica participativa realizado no Quilombo da Fazenda e no Quilombo do Cambury no município de Ubatuba, São Paulo. (16min:47). Publicado em: 30 ago. 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=X_sTF55mwWE&feature=youtu.be. Acesso em: 19 out. 2020.

Plantas medicinais. O episódio sobre as plantas medicinais do Programa Saúde e Gente, do Canal Saúde, aborda experiências na região leste da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde os moradores transformam os quintais em plantação de ervas medicinais. 1 vídeo (11min:15). Publicado em: 1º fev. 2010. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/plantas-medicinais-CEC-0009>. Acesso em: 19 out. 2020.



Guaraná
Paullinia cupana Kunth

Eixo 5

Os saberes populares e os modos de preparo e uso das plantas

Ewe inje (Folha funciona)
Oogun inje (Remédio funciona)
Osanyin elewe mi (Meu senhor das folhas)
Ewe wa fun mi (Folha venha me dar)
L'ase ewe o (O axé da folha).

Metá Metá⁴¹

Momento de inserção 4

Como vimos, os saberes populares sobre as plantas medicinais nascem da interação com a natureza e do reconhecimento de sua força curativa, mas, em função do crescente processo de tecnificação das práticas de saúde, com o desenvolvimento da medicina científica moderna e do modelo biomédico eles são desvalorizados. Os guardiões e mestres dos saberes das plantas tornaram-se raros, por isso precisamos encontrá-los, dialogar com eles, sistematizar seus conhecimentos, reconhecê-los como memória e patrimônio cultural.

Este é o momento de aprofundar a investigação junto aos mestres e guardiões dos saberes populares, por meio de uma conversa com aqueles que pela ancestralidade conservam o conhecimento do poder medicinal das plantas. Essa investigação inspira-se na etnobotânica que é o campo de estudo ou a ciência responsável por estudar

[...] a relação entre humanos e plantas em toda sua complexidade, e é baseada geralmente na observação detalhada e estudo do uso que uma sociedade faz das plantas, incluindo as crenças e práticas culturais associadas com este uso. (HEINRICH *et al*, 2004 *apud* VILLAS BÔAS *et al*, 2018, p. 27).

⁴¹ Letra da música Ossain, da banda Metá Metá. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/meta-meta/ossain/>. Acesso em: 19 out. 2020.

Vale considerar que uma dimensão importante a ser observada e compreendida é a da espiritualidade, muitas vezes presente nos modos de preparo e uso das plantas. A espiritualidade está relacionada à busca por sentidos e significados, por explicações sobre a vida que transcendem a existência do mundo físico e material. Diz respeito ao invisível, como considera Wong Un (2016), àquilo que é tido como sagrado, e se manifesta na relação entre o “eu” e “algo maior” que cura. Não se limita à esfera do religioso (ou das religiões), ainda que passe também por ela. Vai além, inclui a mística e o sonho compartilhado, os valores conjugados no respeito àquilo que não é explicado pela racionalidade humana. A compreensão sobre os processos de cura pelas plantas pode passar pela relação com o divino e o invisível, mais do que com a bioquímica, e o cuidado por ritos que envolvem a fé.

Feita essa breve reflexão, em relação ao processo de busca por maior entendimento sobre o poder de cura das plantas, é hora de pensar: com qual ou quais das pessoas entrevistadas vocês gostariam de retomar o diálogo e aprofundar o conhecimento sobre as plantas? A proposta é recuperar as perguntas da inserção anterior, caso necessário, para se conhecer outras plantas, mas, sobretudo, para aprofundar o conhecimento sobre os seus modos de preparo e uso. Outras perguntas podem ser somadas, inclusive para entender melhor a relação do espiritual com o cuidado.

Sobre a dimensão técnica, sugerimos que, antes das entrevistas, vocês leiam o Texto 7, *Modos de preparo e de uso das plantas medicinais e remédios caseiros*.

Encontros para partilhas e trocas

Esperamos que a travessia até aqui tenha sido leve e interessante para todos. Chegamos agora aos encontros que devem fechar a primeira parte do curso para outra se abrir em um rico processo que envolverá a construção de hortas. Nesse fechamento, esperamos que vocês façam uma reflexão e a sistematização dos modos de uso e de preparo de plantas medicinais. Vocês podem organizar a sistematização pelo nome das plantas ou agrupá-las de acordo com o modo como devem ser preparadas. O Texto 7 pode ajudar nesse processo, caso tenham alguma dúvida ou caso vocês sintam a necessidade de rever algum dos modos de preparo.

Não esqueçam que é preciso seguir na organização do herbário, sistematizando o que já sabem sobre as plantas: nome popular, nome botânico, modo de preparo, modo de uso, indicações terapêuticas.

Além disso, é o momento de pensar a construção da(s) horta(s) junto à população e aos trabalhadores da saúde. É possível construir uma horta comunitária? Onde? Existe espaço no posto ou na unidade de saúde? Um terreno? Um canteiro?

Quanto espaço é necessário? É possível fazer uma horta vertical? É possível cultivar as plantas em alguma horta comunitária já existente? Nas casas? Em vasos? Como envolver a comunidade? Quem pode ajudar nesse processo? Quais plantas podem ser cultivadas? Quais serão? Como é possível conseguir mudas e sementes? E a terra adequada? Como cuidar e manter o espaço da horta?

Muitas são as perguntas que abrem a próxima etapa do curso, pensem sobre elas e apontem respostas. Para animar essa passagem, sugerimos que vocês assistam ao vídeo *A saúde está entre nós*⁴² do programa Curta AgroEcologia (YouTube, Canal Saúde, 2015), que reúne documentários sobre experiências comunitárias bem-sucedidas. Sugerimos também o episódio *Plantas Medicinais* do programa Tempo da Terra (GloboSatPlay, 2019), a respeito da experiência do grupo *Grão de Luz* no resgate dos saberes e do cultivo das plantas medicinais da região de Lumiar, Nova Friburgo, na serra fluminense.⁴³

Referências Bibliográficas:

VILLAS BÔAS, Glauco de Kruse *et al.* (org.). *Conhecimento popular de plantas medicinais no extremo sul da Bahia*. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

WONG UN, Julio Alberto. A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde. *In*: BORNSTEIN, Vera

Joana *et al.* (org.). *Textos de apoio*. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016a. p. 89-94. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/textos-de-apoio-para-o-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

⁴² Publicado em: 15 jun. 2015. 1 vídeo (19min:43). Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/a-saude-esta-entre-nos-CAE-0001>. Acesso em: abr. 2020.

⁴³ Publicado em: 11 out. 2019. 1 vídeo (26min). Disponível em: <https://canaisglobo.globo.com/assistir/c/p/v/7995067>. Acesso em: abr. 2020.

Texto 7

Modos de preparo e de uso das plantas medicinais e remédios caseiros

Paulo Henrique Oliveira Leda, Andrea Márcia de Oliveira Gomes, Maria Behrens

Cada um tem sua missão,
Cada amor, um coração,
Cada santo, uma oração,
Com ciência e comprovação,
Cada planta medicinal tem sua ação,
Cada mal tem seu remédio,
Cada rima tem seu verso,
Cada planta tem uma parte,
Cada parte, o seu preparo,
Raízes e cascas,
Sementes e folhas,
Flores e frutos,
Dê uma colher de chá,
À saúde da comunidade.

Mary Anne Bandeira⁴⁴

Para atender às recomendações da poesia de Mary Anne Bandeira é preciso conhecer bem as plantas medicinais utilizadas no território ou na comunidade em que se pretende promover o uso dos remédios caseiros. Isso significa adentrar num conjunto de conhecimentos e de possibilidades novas, em particular para os profissionais de saúde, para investigar e descobrir que plantas e remédios podem ajudar na recuperação e na manutenção da saúde de nossos semelhantes. Assim,

⁴⁴ Ver nota 7

vocês devem lembrar de que para cada planta, ou parte dela, há formas adequadas de preparo do remédio caseiro. Por exemplo, o chá medicinal, dependendo da espécie vegetal ou parte utilizada (folhas, flores, raízes, cascas, entre outras), pode ser preparado por meio de infusão, decocção ou maceração em água. Aqui descrevemos orientações gerais quanto ao preparo e às doses. Em geral, as doses em fitoterapia têm uma grande variação. Isso é normal porque a concentração de princípios ativos também é variável.

Trocar a planta ou alterar a forma de utilizá-la pode não resultar no efeito terapêutico esperado e até fazer muito mal. Antes de usar qualquer planta como remédio vocês devem procurar saber se ela serve mesmo para o seu caso. Além disso, deem preferência para plantas frescas, mas, quando vocês precisarem usá-las secas, verifiquem se a secagem foi feita corretamente, se elas foram conservadas em recipientes limpos e bem fechados e se estão livres de mofo e de insetos⁴⁵. É fundamental a higiene da planta seca ou fresca a ser usada na preparação do remédio. Além disso, recomenda-se lavar as mãos com água e sabão, cortar e manter as unhas limpas, prender os cabelos e/ou cobri-los com lenço, observar se todos os utensílios estão devidamente limpos, utilizar água potável (filtrada ou fervida) e evitar falar próximo ao que está sendo preparado.

Em relação ao preparo dos remédios caseiros também aconselhamos que:

- ✓ As plantas sejam usadas em fragmentos pequenos (rasuradas), para que vocês tirem maior proveito dos seus constituintes químicos. Quanto menor o pedaço, mais eficiente é o processo de extração. Cascas e raízes necessitam de esforço maior para cortar;
- ✓ Folhas e flores (partes moles) sejam fragmentadas quando secas, triturando-se entre as mãos e, quando frescas, picando com o auxílio de uma tesoura ou faca;
- ✓ Os chás sejam preparados, de preferência, em vasilha de vidro, louça, barro, inox ou nas esmaltadas. Evitem o uso de plástico e alumínio, devido à liberação de componentes indesejáveis na preparação que podem interagir com os constituintes químicos da planta. Quando possível, evitem também usar água de poço, porque normalmente essa água contém sais que interferem nos constituintes da planta;
- ✓ Os chás sejam preparados para consumo imediato ou em quantidade suficiente para serem usados ao longo do dia, conforme o caso. Ou seja, quando as

⁴⁵ O ideal é conservar em potes de vidros higienizados com água e sabão. Antes de acondicionar o material vegetal, o mesmo deve estar bem seco para não mofar. Mantenham os potes fechados ao abrigo da luz. Recomenda-se armazenar o material por 1 a 2 anos. Caso apresente mofo ou qualquer outra alteração, deve ser substituído por outro.

doses são muito frequentes, vocês devem preparar uma quantidade que baste para o consumo no mesmo dia; nesses casos mantenham o recipiente, com o chá, bem fechado e guardado em local fresco, se possível na geladeira. Não usem o que restou do chá no dia seguinte, preparem uma nova quantidade, se for o caso;

- ✓ Os chás sejam ingeridos quentes, caso tenham sido indicados para resfriados, bronquites, febres, podendo ser adoçados, de preferência, com mel de abelhas.

Já em relação ao armazenamento, aconselhamos proteger o material da luminosidade, da umidade e de temperaturas elevadas por meio do acondicionamento em embalagem e local apropriados. Para armazenar a planta seca recomendamos verificar se ela é facilmente “quebrada” ou “esfarelada” quando friccionada entre as mãos. Devemos dar preferência em guardá-la íntegra ou levemente rasurada. Quando o material for constituído por flores, o ideal é que seja congelado por 48 horas antes de armazenar. Esse procedimento reduz a possibilidade de surgirem insetos durante o período de armazenamento.

Preparações caseiras

Antes de apresentarmos as preparações, recomendamos que vocês conheçam as medidas utilizadas para as doses, cujas referências são os diferentes tipos de colher, o copo e a xícara, exemplificados a seguir.

Medidas utilizadas para as doses

- Colher das de café: 1,2 a 2,5 mililitros
- Colher das de chá: 3 a 5 mililitros.
- Colher das de sobremesa: 10 mililitros.
- Colher das de sopa: 12 a 15 mililitros.
- Xícara de chá: 150 mililitros.
- Copo americano: 150 mililitros (até a marca superior) e 190 mililitros (até a borda do copo).
- Copo: 200 mililitros.

..... *Uso interno*

Decocção

Preparação normalmente utilizada para as partes dos vegetais constituídas por sementes, raízes, cascas e outras de maior resistência à ação da água quente, como, por exemplo, o chá de erva doce. O tempo de fervura pode variar em decorrência da consistência da parte da planta utilizada. Após a decocção pode ocorrer redução do volume de água usado. Ao término do processo, pode-se acrescentar igual volume ao que foi evaporado pela fervura.

Modo de preparo e dosagem

Ferver em fogo baixo, por tempo determinado (5 a 20 minutos), usando água filtrada (água potável) e a planta seca ou fresca, em recipiente tampado, e depois coar. Na maioria dos casos, preparar um chá com 1 colher das de sopa rasa (3 a 5 gramas) da planta seca triturada ou 1 xícara pequena (aproximadamente 4 colheres das de sopa) de planta fresca picada em uma xícara (150 mililitros) de água. Recomenda-se 2 a 4 xícaras ao dia, de preferência usar sem adoçar, durante no máximo 30 dias ou até o desaparecimento dos sintomas.

Gargarejo e bochecho

Os chás e/ou tinturas podem ser utilizados sob a forma de bochechos ou gargarejos.

Modo de preparo e dosagem

Preparar o chá, por decocção ou infusão, ou misturar 1 colher das de sopa de tintura em 150 mililitros de água morna e realizar o gargarejo: deve-se encher a boca e fechar a garganta enquanto solta-se lentamente o ar para produzir o gargarejo, ou mover as bochechas para dentro e para fora de maneira que o líquido banhe todo o interior da cavidade bucal.

Inalação

Preparação que combina o vapor da água quente com as substâncias voláteis das plantas aromáticas. Deve-se ter cuidado para evitar queimaduras, principalmente em crianças, causadas pela água fervente ou até mesmo pelo vapor.

Modo de preparo e dosagem

Colocar a planta numa vasilha (de preferência as de vidro, louça, barro, inox ou as esmaltadas) com água fervente, ou na própria panela em que a água foi fervida (com o fogo já desligado), na proporção de 1 copo de planta seca ou 2 copos de planta fresca para 1 litro de água. Posicionar o rosto sobre o vapor, cobrir a cabeça e a vasilha ou panela com uma toalha, formando uma câmara de vapor para a inalação. Aspirar lentamente o vapor (pelo nariz e pela boca alternadamente), expelindo-o em seguida, respirando assim ritmicamente por 15 minutos.

Pode-se também preparar a inalação adicionando óleo essencial (10 gotas) em um copo com água quente. Usar um funil de cartolina, facilitando a inalação do vapor.

Infusão ou abafado

Preparação utilizada para as partes macias das plantas (folhas, flores, brotos) e principalmente quando essas partes ou as ervas (plantas maleáveis sem caule rígido) são ricas em componentes voláteis (que evaporam), como, por exemplo, a erva cidreira. Para o tratamento de resfriados, gripes, bronquites e febres, recomenda-se que sejam utilizadas bem quentes. Se empregadas para distúrbios do aparelho digestório (indigestão, mal-estar do estômago, diarreia, entre outros), devem ser consumidas geladas. Nesse caso, pode-se conservar na geladeira para tomar ao longo do dia.

Modo de preparo e dosagem

Despejar água filtrada (água potável) fervente sobre a planta seca ou fresca, tampar ou abafar o recipiente por tempo determinado (em geral, 10 minutos) e depois coar. Na maioria dos casos, preparar um chá com 1 colher das de sopa rasa (3 a 5 gramas) da planta seca triturada ou 1 xícara pequena (aproximadamente 4 colheres das de sopa) de planta fresca picada em uma xícara (150 mililitros) de água. Recomenda-se 2 a 4 xícaras ao dia, de preferência usar sem adoçar durante no máximo 30 dias ou até o desaparecimento dos sintomas.

Maceração aquosa

Preparação normalmente utilizada para plantas cujos constituintes químicos podem ser extraídos facilmente a frio (ou se decompõem ou vaporizam em água

quente), a exemplo de plantas ricas em mucilagens⁴⁶, alcaloides⁴⁷ ou em óleos essenciais.⁴⁸ Também empregada para cascas de árvores, aproveitando-se assim as vitaminas e os sais minerais.

Modo de preparo e dosagem

Colocar a planta amassada ou picada de molho em água fria, coberta por um período de 12 a 24 horas à temperatura ambiente, na mesma proporção que a infusão – 1 colher das de sopa rasa (3 a 5g) da planta seca triturada ou 1 xícara pequena (aproximadamente 4 colheres das de sopa) de planta fresca picada em meio litro (500 mililitros) de água. Folhas, sementes e partes moles ficam de 10 a 12 horas de molho. Talos, cascas e raízes duras, de 22 a 24 horas de molho. Coar e usar. Recomenda-se 2 a 4 xícaras (de 150 mililitros) ao dia, de preferência usar sem adoçar, durante no máximo 30 dias ou até o desaparecimento dos sintomas.

Pó

Para o preparo do pó é preciso que a planta esteja bem seca. É mais fácil transformar em pó as partes moles, folhas e flores. Isso pode ser feito com o auxílio de um pano limpo.

Modo de preparo e dosagem

Colocar o material dentro do pano e bater com o auxílio de um martelo de cozinha sobre uma tábua ou usar um equipamento como o liquidificador ou o centrifugador. É mais difícil transformar cascas e raízes em pó, e o resultado pode não ficar tão homogêneo, nesse caso, uma peneira pode ser utilizada. O pó obtido pode ser usado na proporção de 1 colher de café (1 grama), misturado ao suco ou a outros alimentos. Vale ressaltar que o pó contém as fibras e outros componentes presen-

⁴⁶ A mucilagem é uma substância gelatinosa que ao reter água aumenta de volume e forma uma solução viscosa. Presente em tecidos suculentos como a babosa e em invólucros de sementes como a chia e a linhaça

⁴⁷ Os alcaloides são substâncias derivadas principalmente de plantas e possuem gosto amargo. Concentram-se em caules e raízes. Como são muito ativos, são preparados por maceração aquosa. Como exemplos de alcaloides estão a cafeína e a morfina. Os alcaloides também fazem parte dos ativos presentes no maracujá (*Passiflora* sp.).

⁴⁸ Os óleos essenciais são misturas complexas e substâncias voláteis, de características lipofílicas, isto é, se dissolvem em gordura. Geralmente são diluídos em óleos vegetais chamados carreadores porque facilitam sua absorção pela pele. São encontrados em diversas plantas aromáticas e servem como mecanismo de comunicação, como quando atraem determinados insetos, como as abelhas que ajudam em sua reprodução, ou repelem outros; e de defesa, quando fornecem proteção contra agentes patogênicos como fungos. Os óleos essenciais são a base da aromaterapia, prática que busca promover o equilíbrio físico e mental por meio de inalação, massagem ou banhos dessas substâncias.

tes na planta. Algumas pessoas podem ter dificuldades na digestão do pó. Outra forma de usá-lo é fazer um emplastro para aplicar sobre a pele.

Suco ou sumo

Aproveitam-se muito mais os sais minerais e outras substâncias, como vitaminas, pela ingestão do suco obtido de plantas frescas. Essas substâncias podem se degradar pelo calor empregado na preparação do chá. Os sucos ou sumos devem ser ingeridos logo após o preparo. Atentar para a qualidade da planta, devido ao risco de contaminação microbiana.

Modo de preparo

Pode ser preparado em centrífuga, no liquidificador ou manualmente, utilizando um pilão. Um exemplo é o sumo de saião usado como calmante para tosse.

Tintura (maceração alcoólica)

Preparação normalmente utilizada quando é preciso conservar o produto por mais tempo.

Modo de preparo e dosagem

Pesar 125 gramas da planta seca triturada, ou 500 gramas de planta fresca picada. Preparar 1 litro de álcool de cereais a 70% (700 mililitros de álcool para 300 mililitros de água filtrada) e acrescentar a planta. Agitar todos os dias, por no mínimo 7 dias, e depois coar.

Atenção: não usar álcool comercial utilizado para limpeza, porque há risco de conter substâncias tóxicas. Utilizar álcool de cereais (como milho ou arroz), usado no preparo de licores e comercializado em casas de produtos alimentícios, que é equivalente ao álcool obtido da cana de açúcar.

Vinho

Uma opção à tintura é o preparo do vinho. Apresenta um teor alcoólico menor que a tintura, o que permite ser ingerido sem diluição em água. Também pode ser utilizada outra bebida contendo álcool, como a cachaça, por exemplo. Em geral, é usado com plantas digestivas e tomado antes das refeições.

Modo de preparo e dosagem

Colocar 200 gramas de planta seca em 1 litro de vinho e deixar em repouso por 15 a 20 dias. Agitar diariamente. Filtrar e tomar um cálice de 2 a 3 três vezes por dia.

Xarope caseiro com mel ou açúcar

Preparação utilizada geralmente no tratamento contra tosse, bronquite, dores de garganta e para expectoração. Também quando se quer melhorar o sabor de certas plantas, para pessoas que possuem paladar sensível, como crianças e idosos.

Modo de preparo e dosagem

Juntar o chá preparado por infusão ou decocção, conforme o caso, com uma parte de açúcar cristal. Ferver a mistura em fogo baixo até desmanchar o açúcar e restar um caldo mais espesso. Deixar esfriar e coar. Conservar o xarope em frasco limpo para evitar a fermentação, se possível em geladeira, para melhor conservação, evitando a formação de mofo e o ataque de formigas. Desprezar o produto caso apareça mofo ou fique com um cheiro azedo ou com aparência de coalhado. Caso sejam utilizadas plantas frescas ricas em água, basta misturá-las com o açúcar sem colocar água.

Citamos abaixo a recomendação feita pelo Núcleo de Telessaúde de Sergipe (BVS, 2018) sobre preparados caseiros de xaropes (lambedores) no cuidado da tosse de crianças:

Não é recomendável nenhum tipo de xarope caseiro feito com produtos naturais (lambedor) para crianças menores de 6 meses, e nem lambedores que contenham guaco (*Mikania glomerata* ou outras espécies deste gênero) e/ou mel para crianças menores de um ano, devido ao potencial anticoagulante da cumarina presente nas folhas de guaco (capaz de provocar acidentes hemorrágicos quando uso prolongado) e o potencial risco de transmissão do botulismo através do mel.

A utilização de plantas medicinais deve ser realizada com cautela, principalmente se tratando de crianças abaixo de um ano, pois a função renal e hepática nesta faixa etária ainda está em fase de amadurecimento e a oferta indiscriminada de chás e xaropes caseiros feitos com produtos naturais, poderá acarretar consequências à sua saúde e por esse motivo, a automedicação deve ser sempre desencorajada, visto que pode levar a consequências sérias como intoxicações e que se não houver intervenção adequada pode levar inclusive ao óbito. No que se refere ao preparo de xarope (lambedor) com efeito expectorante especificamente para crianças menores e acima de 1 ano, não há na literatura científica indicações de receita pronta. Por se tratar de um saber popular, as receitas dependem muito da cultura de uma determinada comunidade. É importante fazer algumas considerações, como o cuidado com a quantidade de açúcar

para não desencadear obesidade infantil, cárie dentária e demais complicações, pois o consumo de açúcar é desnecessário e deve ser evitado nos dois primeiros anos de vida da criança. O acompanhamento dos profissionais de saúde deve acontecer com competência técnica científica e cultural, visto que o saber popular precisa estar aliado ao saber científico para prevenir intoxicações e demais problemas aos pacientes infantis

Algumas receitas que podem ser recomendadas:

Xarope de hortelã

Como hortelã são utilizadas, em geral, duas espécies: *Mentha spicata* ou *Plectranthus amboinicus*. Esta última também é conhecida como hortelã-da-folha-grossa em decorrência do aspecto de suas folhas. Por essa razão são preparados de modos diferentes. Este é xarope que combate resfriados e gripes, cólicas, gases, além de impedir a formação do muco nas vias respiratórias. [...]Ingredientes: 10 folhas de hortelã; Água; Açúcar; Cravos da Índia.

Modo de preparo: Prepare uma infusão das folhas, conforme descrito anteriormente. Coloque numa panela e coloque a mesma quantidade de açúcar, misture e deixe ferver. Ao dissolver o açúcar, deixe esfriar e coloque alguns cravos-da-Índia para conservar. Tome 3 ou mais colheres de sopa do lambedor ao dia.

Ingredientes: 5 a 6 folhas frescas do hortelã-de-folha-grossa.

Modo de preparo: A dose média é de 5-6 folhas ao dia para lambedor ou folha in natura (em estado natural), ou infusão com 2 folhas por xícara até 3 xícaras ao dia. Usar por até 2 semanas. (BVS, 2018, s/p).

Xarope de abacaxi

Em geral, são utilizadas várias espécies do gênero *Ananas* para preparar esse xarope que é um expectorante muito bom para tratar a tosse, a bronquite e a pneumonia.

Modo de preparo e dosagem

Usar 500 mililitros de mel de abelha e 1 abacaxi médio. Descascar o abacaxi e cortar em pedaços pequenos. Juntamente com o mel, levar ao fogo e deixar ferver por 3 minutos. Coar e tomar durante o dia sempre que quiser.

Xarope de guaco

Em geral, são utilizadas duas espécies conhecidas como guaco: *Mikania glomerata* ou *Mikania laevigata*. Essa planta pode ser associada a outras como poejo (*Men-*

tha pulegium), malvariço (*Plectranthus amboinicus*), alfavaca (*Ocimum carnosum*; *Ocimum gratissimum*) e mil-folhas (*Achillea mellifolium*). Indicado para gripes e resfriados, tosses, broncospasma, cárie dentária e como anti-inflamatório.

Modo de preparo e dosagem

Usar folhas de guaco e açúcar mascavo. A parte usada são as folhas em infusão, 1 colher de sopa em 1 xícara de água, 3 vezes ao dia. Para o xarope, colocar as folhas da planta com o açúcar mascavo em banho-maria.⁴⁹

..... *Uso externo*

Banho

Por meio dos banhos a pele é estimulada pelas substâncias contidas nas plantas, e todo o organismo é beneficiado pelos efeitos calmantes, estimulantes, refrescantes e aromáticos que as diferentes plantas possuem.

Modo de preparo e dosagem

Fazer um chá por infusão ou decocção, coar e misturar na água que servirá para o banho. Ou, encher uma ou duas mãos de ervas secas ou frescas, envolver as ervas em um tecido macio e fino, de preferência algodão, costurar em volta, fazendo um sachê (saquinho), deixar na água morna do banho por 15 minutos. Tomar o banho em seguida. Os banhos são indicados 1 vez por dia. Pode ser utilizado em forma de pedilúvio (banho nos pés), banho de assento ou de corpo inteiro.

Cataplasma

Atua sobre a pele e os órgãos subjacentes de forma semelhante à compressa.

⁴⁹ A limpeza da planta pode ser feita de forma semelhante ao preparo de folhas utilizadas para consumir crua em saladas. Retire partes secas, amarelas, danificadas por insetos, restos de terra e coloque de molho em água sanitária na proporção de uma colher de sopa em um litro de água. Deixe de molho por cerca de 30 minutos.

Modo de preparo e dosagem

Amassar as plantas frescas e bem limpas⁵⁰ e aplicá-las sobre a parte afetada, diretamente ou envolvidas em pano fino e limpo ou em gaze esterilizada. Pode-se ainda utilizar farinha de mandioca, tapioca, fubá de milho ou inhame (cru ou cozido, conforme indicação) misturados com água, e aquecer junto com a planta fresca ou seca triturada (formando uma espécie de “cola”), envolver em um pano fino e limpo ou em gaze esterilizada e aplicar sobre a parte afetada.

Compressa

Preparação de uso local (tópico) que atua pela penetração das substâncias medicinais através da pele. Pode ser usada fria ou morna.

Modo de preparo e dosagem

Fazer um chá por infusão ou decocção, na proporção de 1 copo americano (150 mililitros) de planta seca ou 2 de planta fresca para 1 litro de água e coar. Umedecer um pano de algodão, macio e limpo, e aplicar nos locais afetados, de 1 a 3 vezes por dia. Pode-se usar também a tintura alcoólica na proporção de 2 colheres das de sopa da tintura para 250 mililitros de água.

Óleo medicinal

Produto para uso externo, útil para fazer massagens ou para ser aplicado em partes inflamadas, tais como artrites, artroses ou no caso de pancadas.

Modo de preparo e dosagem

Fazer na proporção de 20%, ou seja, 200 gramas da planta seca para um litro de óleo vegetal (milho, girassol). Colocar a planta picada (rasurada) em um frasco de vidro. Dar preferência para frascos escuros (âmbar), caso não seja possível, proteger o frasco da incidência da luz solar direta embrulhando-o com papel. Colocar sob o sol acelera o processo extrativo. Deixar em repouso de 15 a 20 dias. Durante esse período agitar o frasco periodicamente para acelerar a extração dos componentes aromáticos da planta. Pode ser feito com a planta fresca, mas recomenda-

⁵⁰ A limpeza da planta pode ser feita de forma semelhante ao preparo de folhas utilizadas para consumir crua em saladas. Retire partes secas, amarelas, danificadas por insetos, restos de terra e coloque de molho em água sanitária na proporção de uma colher de sopa em um litro de água. Deixe de molho por cerca de 30 minutos.

se usar uma quantidade de planta 3 vezes maior (600 gramas) para cada litro, em decorrência da maior quantidade de água presente. Ao final do período filtrar o óleo com um pano limpo e separá-lo de algum resíduo de água que tenha restado.

Pomada ou unguento

A pomada é aplicada sobre a pele para combater processos inflamatórios. A base oleosa serve para carrear os ativos da planta para a pele.

Modo de preparo e dosagem

A base da pomada tradicional é feita de uma mistura de lanolina e vaselina. Para incorporar melhor os ativos nessa base é mais indicado usar a tintura. Ou seja, primeiro prepara-se a tintura e depois ela é incorporada na base da pomada. Uma alternativa à base tradicional é usar gorduras. Na medicina popular é comum usar “banhas” de animais por terem uma consistência sólida à temperatura ambiente. Outras opções são o óleo de coco, que também pode ficar sólido em temperatura ambiente, e a cera de abelha. Incorporar, na proporção de 10%, a tintura sobre a base gordurosa e aplicar sobre a área afetada, ou seja, uma parte de tintura para nove partes de base. Para ter um aroma mais agradável, colocar um pouco de óleo medicinal.

Xampu caseiro

Preparação utilizada para a higiene do couro cabeludo e para o controle de piolhos. Utilizar as folhas de arruda (*Ruta graveolens*), boldo (*Plectranthus barbatus*) e melão de São Caetano (*Mormodica charanthia*).

Modo de preparo e dosagem

A receita para as três plantas citadas, no estado fresco, leva 200 gramas de sabão de coco, 1 copo americano (190 mililitros) de cada planta fresca e 4 copos americanos (700 mililitros) de água. Picar o sabão em pequenos pedaços, colocar na água e levar ao fogo brando (em banho-maria) para dissolver todo o sabão. Após o sabão se dissolver, adicionar as plantas, deixar levantar fervura e abafar até esfriar. Coar e colocar em vidro limpo e esterilizado.

As plantas frescas devem ser lavadas com água filtrada e secas com um pano limpo para tirar o excesso de água. Depois devem ser picadas com tesoura.

Antes de usar, agitar bem e aquecer um pouco o vidro em banho-maria, se necessário.

Como todos os preparos caseiros até aqui apresentados atestam, as plantas medicinais podem ser aproveitadas de muitas maneiras e têm serventia valiosa para todos nós. São inúmeras as vantagens de sua utilização: além de poder ser obtidas em quintais medicinais, feiras populares ou até mesmo por coleta na natureza (por exemplo, no manejo agroflorestal), favorecendo o baixo custo e o acesso fácil pela população, suas técnicas de preparo como remédios caseiros são simples e, mais relevante ainda, representam a valorização da cultura popular e do conhecimento tradicional.

Referências bibliográficas

NÚCLEO de Telessaúde Sergipe. *Preparados caseiros de xaropes (lambedores) são úteis no cuidado da tosse de crianças? Quais?* [site Biblioteca Virtual em Saúde – BVS] Atenção Primária em Saúde. Publicado em: 9 mar. 2018. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/que-receitas-de-xarope-caseiro-com-efeito-expectorante-podem-ser-recomendadas-para-criancas-menores-de-1-ano/>. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de leituras

FERREIRA, Marianna de Campos e Silva; SHIMABUKU JÚNIOR, Reinaldo Santos. *Cartilha informativa*. Projeto Plantas Medicinais. Programa Cultivando Água Boa. Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2003. Disponível em: <http://www.boaspraticas.org.br/attachments/article/196/Cartilha%20Projeto%20Plantas%20Medicinais.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

RODRIGUES, Vanda Gorete Souza. *Cultivo, uso e manipulação de plantas medicinais*. Porto Velho: Embrapa Rondônia, 2004.

Dicas de vídeos

Assistam aos episódios do programa Curta AgroEcologia, uma parceria entre a Articulação Nacional de Agroecologia e o Canal Saúde da Fiocruz.

O programa está disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/programas/programaAberto/curta-agroecologia>. Acesso em: 19 out. 2020.

Sugerimos os seguintes títulos:

Refloresta. (18min:40) Exibido em: 2 nov. 2015. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Refloresta>.

Roça na cidade. (18:min:24). Exibido em: 12 dez. 2016. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Ro%C3%A7a+na+cidade>.

Outras Marias. (20min:21). Exibido em: 5 dez. 2016. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Outras+Marias+>.

Parte 2

Cultivar plantas e semear
cuidado: a horta como
projeto popular



Macela

Achyrocline satureioides (Lam.) DC.

Eixo 6

O território e a dimensão comunitária da horta

O nome krenak é constituído por dois termos: um é a primeira partícula, *kre*, que significa cabeça, a outra, *nak*, significa terra. Krenak é a herança que recebemos dos nossos antepassados, das nossas memórias de origem, que nos identifica como “cabeça da terra”, como uma humanidade que não consegue se conceber sem essa conexão, sem essa profunda comunhão com a terra. Não a terra como um sítio, mas como esse lugar que todos compartilhamos, e do qual nós, os Krenak, nos sentimos cada vez mais desraigados — desse lugar que para nós sempre foi sagrado, mas que percebemos que nossos vizinhos têm quase vergonha de admitir que pode ser visto assim. Quando nós falamos que o nosso rio é sagrado, as pessoas dizem: “Isso é algum folclore deles”; quando dizemos que a montanha está mostrando que vai chover e que esse dia vai ser um dia próspero, um dia bom, eles dizem: “Não, uma montanha não fala nada”.

Ailton Krenak⁵¹

Momento de inserção 5

A inserção agora é nos territórios onde as hortas podem ser construídas.

Organizem o coletivo para fazer uma travessia nos territórios, por suas ruas, pontes, praças, escolas, postos de saúde e mercados, observando seus recursos, potencialidades e fragilidades, os canteiros e jardins, as plantas que compõem as paisagens, os lugares que podem receber as plantas. Fotografem e/ou filmem. Registrem detalhes que possam revelar essa experiência de conhecer o território e pensar uma forma de construção de hortas que envolva a comunidade.

⁵¹ KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Cia das Letras, 2019.

É no processo de uso do território que as hortas devem ser pensadas, porque é no território que os seres humanos organizam sua existência, produzindo bens materiais e simbólicos. Para Milton Santos, o território é “o espaço vivido pelo homem” (2003, p. 310), indissociável das forças históricas, sociais, econômicas e políticas que o constituem. Nos territórios, vínculos de reciprocidade e sentimento de pertencimento são produzidos nas relações de vizinhança e nas vivências em espaços sociais como escolas, igrejas, associações, postos de saúde, centros culturais, clubes, entre outros.

No campo da saúde, o território é fundamental para as análises do processo saúde-doença, bem como uma importante dimensão para a organização do SUS. O processo de descentralização segue “recortes” políticos e geográficos (nacional, regionais, estaduais, municipais, locais) para organizar a regionalização e a hierarquização do sistema. Além disso, a prioridade da Estratégia Saúde da Família no âmbito da atenção básica tem o território como elemento central para a organização do processo de trabalho, afinal, conhecer o lugar onde a vida acontece é imprescindível para a construção de respostas aos problemas, necessidades e demandas de saúde.

Vale considerar que o território é atravessado por forças internas e externas a ele, que geram e ordenam a vida social. Das forças que o constituem, é importante pensar as relações comunitárias, de coexistência entre pessoas e grupos, que exercem poder sobre o território. Se pautadas em ações de solidariedade, podem desencadear e fortalecer processos e redes de apoio social, muitas vezes envolvendo “pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros)” (MONKEN; GONDIM, 2018, p. 110).

Nesse horizonte, a partilha dos saberes e a construção de um projeto coletivo de plantas medicinais são meios de ampliar o vínculo comunitário e a participação popular no caminho para novas sociabilidades e para a cultura do bem viver.

A noção de bem viver é originária dos povos indígenas andinos e remete à indissociabilidade entre o ser humano e a natureza, como concebem também muitos povos indígenas brasileiros, como os Krenak que personificam os elementos da natureza, significam o rio Doce, Watu, como “nosso avô”, uma pessoa, parte do todo onde se vive e habita. O bem viver é uma noção ancestral invisibilizada pelo modo de vida hegemônico capitalista, caracterizado pelo distanciamento, pela desarmonia e pela dominação da natureza pelo ser humano. No contexto atual, refere-se à criação de alternativas ao modelo capitalista pautado no consumo desenfreado, extrativismo predatório, desumanização dos trabalhadores, medicalização da saúde e mercantilização da vida. Trata-se de um resgate de uma perspectiva ancestral

que entende a terra como ser vivo, uma mãe provedora, que tem seus recursos limitados e precisa, diante disso, ser respeitada.

No que se refere ao desenvolvimento agrícola é preciso urgentemente investir em modelos agroecológicos, familiares e comunitários, buscando resgatar uma harmonia com a natureza, preservando a biodiversidade para a manutenção da nossa própria existência. A produção latifundiária de monoculturas que sustenta o agronegócio tem consequências nefastas para a saúde, em função dos desmatamentos, das queimadas e do uso abusivo dos agrotóxicos.⁵²

Vale também considerar que a construção do bem viver requer muito mais do que mudanças de hábitos individuais, porque depende do enfrentamento das estratégias de opressão e dominação que geram desigualdade social e degradam a vida, e de uma disposição para tecer novas relações, solidárias e generosas, que possam gerir nossas vidas em comunidade, democraticamente. Para isso, precisamos promover transformações no plano da subjetividade humana, o que envolve rever nossos valores e princípios morais, ampliando nosso compromisso ético e político com a construção de um mundo saudável para todos.

É nesse sentido que a participação popular aparece. Ela é uma das principais dimensões do processo educativo na perspectiva da educação popular. A participação é fundamental para a construção de novos saberes. Ela compõe a própria natureza do processo pedagógico. É por meio dela que a população de uma forma geral dialoga com as instituições públicas e reivindica suas demandas e interesses. A partir disso, podemos afirmar que a participação é, portanto, um processo político e, ao mesmo tempo, pedagógico.

Para Travassos (2016), podemos falar em dois processos de participação: o de participação social e o de participação popular. O primeiro está relacionado com as diferentes formas de participação política a partir de espaços construídos institucionalmente como conselhos, comitês, conferências, entre outros. Essa forma se refere ao relacionamento e ao diálogo entre as instituições públicas e a população. Já a participação popular se refere a uma prática dos movimentos sociais não necessariamente ligada aos espaços institucionais, mas que se consolida como ação política autônoma que origina novos saberes e conhecimentos.

Acreditamos que a participação popular, autônoma, pode gerar a força coletiva necessária para a transformação dos modos de entender e vivenciar o cuidado. Pode também reforçar o território como o lugar onde a vida pulsa, os vínculos se tecem e o comunitário emerge. A horta é uma aposta, ainda que tímida e pequena, de se experimentar a cogestão de um projeto que quer estabelecer outra relação

⁵² Sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, vejam o dossiê organizado pela Abrasco, disponível em: <https://abrasco.org.br/dossieagrototoxicos/>. Acesso em: 19 out. 2020.

com a natureza, a partir do uso de plantas medicinais no cuidado de si, do outro e do território. Esperamos que por meio dela seja cultivada outra humanização: a de uma presença interessada e comprometida com a construção de um mundo em que a vida seja digna e saudável e a felicidade possível para todos.

Para vivenciar o bem-estar, na travessia pelo território, vocês podem conversar debaixo de uma árvore ou em qualquer lugar mais calmo e agradável, refletindo sobre a importância da participação popular na construção de hortas, e como estas podem figurar dispositivos de integração da vida comunitária e de valorização e mediação de saberes populares e científicos rumo ao bem viver. Aproveitem para comentar e debater os vídeos que foram sugeridos no eixo anterior.

Encontros para partilhas e trocas

A partir de agora os encontros serão mediados pelo processo de construção das hortas que deve ser organizado por vocês, levando em consideração as práticas da agroecologia que preservam princípios ecológicos, valorizam a cultura e incorporam técnicas tradicionais, dos povos originários e camponeses, nos processos agrícolas. A agroecologia se opõe à chamada Revolução Verde que expropriou dos agricultores

[...] o controle sobre as sementes e, de maneira mais ampla, sobre a produção no campo, em benefício das grandes corporações transnacionais, as quais constituem peça fundamental no regime de acumulação financeira que caracteriza a mundialização do capital. (GUHUR; TONÁ, 2012, p. 60).

A assim denominada Revolução Verde favorece o agronegócio que:

[...] desenvolve-se com base em tecnologias “contra a natureza”, que bloqueiam ou impedem processos naturais que são a base do manejo agroecológico nos agroecossistemas – como é o caso do uso de herbicidas, que bloqueiam ou mesmo fazem regredir a sucessão ecológica em determinado ambiente. (GUHUR; TONÁ, 2012, p. 63).

Pensar em agroecossistemas é importante na construção de hortas medicinais que são espaços de criação e experimentação de uma vida saudável. Também é fundamental refletir sobre a soberania alimentar, isto é, sobre o direito dos povos decidirem a respeito das políticas agrícolas, visto que a alimentação é essencial para a reprodução da vida.

Para esquentar e aprofundar essas questões, propomos o Texto 8, *Por que agroecologia?*, e a reportagem do Canal Saúde *Hortas comunitárias em Florianópolis*

(2018).⁵³ Na reportagem, que aborda a experiência vinculada a escolas e unidades de saúde, são apresentadas técnicas agroecológicas de permacultura⁵⁴, como a sintropia: um sistema que gera a sua própria energia, “um método de agricultura que copia os desenhos e relações da floresta”, como define Sérgio Machado Araújo, produtor rural entrevistado na reportagem. Outra sugestão é o documentário de apenas três minutos *O que é agroecologia?* que apresenta a produção agroecológica feita pelo Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), do assentamento Contestado, no Paraná (2019).⁵⁵ E se quiserem saber mais sobre permacultura, assistam ao documentário *Permacultura: um novo estilo de vida* (2018).⁵⁶

Esperamos que vocês pensem sobre questões como: qual a importância dos sistemas agroecológicos para a preservação do patrimônio natural (da biodiversidade) e cultural (dos saberes e tradições)? E para a promoção de outra lógica econômica? Como a horta pode ser uma estratégia de promoção de cuidado integral e de construção do vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade? Qual o papel dos trabalhadores? E da população? Como promover o cuidado da horta?

Depois de discutir sobre as questões mais gerais que envolvem a construção de um sistema agroecológico, é preciso compreender as possibilidades de criação de uma horta, considerando métodos e técnicas, para que assim possam planejar esse trabalho conjuntamente. O Texto 9, *Como estabelecer uma horta comunitária de plantas medicinais*, foi elaborado para facilitar essa compreensão. A partir de sua leitura, vocês vão poder planejar as hortas.

Lembrem-se que esse é um trabalho que deve ser coletivo e organizado de modo a integrar o saber-fazer, permitindo a participação de todos na experiência, dividindo atividades e tarefas, tornando o processo leve e saudável. Será preciso definir para a horta: a localização e o espaço mais adequado, as ferramentas e os recursos necessários, o preparativo de canteiros ou outros suportes, o adubo e o preparo da terra, a semeadura e o cultivo de mudas, os momentos de plantio e colheita, as formas de manutenção e os responsáveis pelo seu cuidado. O fundamental é a partilha e o diálogo. Para além das técnicas, a construção da horta deve envolver uma relação sensitiva que passa pelo ouvir, tocar, cheirar, saborear e ver.

⁵³ Programa exibido em 5 mar. 2018. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/sc-florianopolis-agricultura-urbana-e-saude-CSE-0111>. Acesso em: 19 out. 2020.

⁵⁴ A permacultura envolve o planejamento de sistemas criados em harmonia com a natureza, as bioconstruções, feitas com recursos naturais como terra, pedra, palha e madeira.

⁵⁵ Publicado em: 11 set. 2019. 1 vídeo (3min). Disponível em: <https://mst.org.br/2019/09/11/filme-sobre-mst-e-agroecologia-ganha-premio-da-onu/>. Acesso em: 19 out. 2020.

⁵⁶ Exibido em: 2 ago. 2018. 1 vídeo (27min:18). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=N7Eqs6YWnxM&t=35s>. Acesso em: 19 out. 2020.

Nos dias e encontros em que vocês farão as hortas, façam intervalos, realizem rodas e oficinas, experimentem o suco verde⁵⁷, tomem chás, iniciem, se possível, preparos de remédios caseiros, experimentem e divirtam-se.

É importante organizar um espaço para o cuidado e o preparo das plantas e dos remédios. Lembrem-se de uma mesa para os chás e de viabilizar um lugar para esquentar a água. Espalhem o projeto, dando pistas que possam trazer mais pessoas ao encontro dessa construção, que deve ser popular e participativa.

Referências bibliográficas

GUHUR, Dominique Michèle Periotto; TONÁ, Nilciney. Agroecologia (verbetes). In: CALDART, Roseli Salete; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 59 a 67.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Gracia Maria de Miranda. O uso do território na atenção básica. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. *Atenção primária à saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 143-175.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

TRAVASSOS, Ronaldo dos Santos. Participação popular ou participação social: qual é a diferença? In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (org.). *Textos de apoio*. Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016a. p. 115-119.

⁵⁷ Se vocês quiserem aprender a fazer o suco verde e conhecer sobre alimentação viva, assistam ao vídeo sobre o projeto Terrapia, da Fiocruz, dividido em quatro partes. A primeira (2009, 1 vídeo, 14min:54) está disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=QDkLcTLGikI>. Acesso em: jun. 2020. Outro caminho é o programa Bate papo na saúde do Canal Saúde (2013, 1 vídeo, 25min:13), no qual a médica Maria Luiza Branco fala sobre a idealização do projeto Terrapia, e o professor da EPSJV André Búrigo fala sobre a relação entre a agricultura urbana e a agricultura do campo, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=s7BdScEaHvY>. Acesso em: jun. 2020.

Texto 8

Por que agroecologia?

Leila Mattos

Ninguém sabe ao certo quando nem porque o homem começou a cultivar e colher. O estabelecimento da agricultura é um processo tão extenso e complexo que, mesmo com os mais esforçados e metodológicos estudos geológicos, antropológicos e arqueológicos, fica difícil e quase impossível precisar. Desde a época em que caçava e coletava até se sedentarizar, formar cidades e povoados e cultivar os campos ao redor, a história do homem e do ambiente onde se desenvolveu e evoluiu está entrelaçada e cheia de nós inseparáveis. Cada etapa de nossa evolução está absolutamente comprometida e determinada pela evolução do mundo natural e do ambiente ao nosso redor (PONTING, 1995), até mesmo o desenvolvimento da linguagem, da escrita e da produção de cultura é subjacente à incrível jornada de adaptação e sobrevivência da espécie humana neste minúsculo espaço que ocupamos no planeta, a biosfera.

Sendo assim, pode-se dizer que homens e plantas evoluíram juntos, interligados, ao longo de milhares de anos sendo úteis um ao outro, se servindo mutuamente, se intercambiando em uma simbiose visceral, se experimentando e se conhecendo até um dado momento na história em que aconteceu uma ruptura no modo como a espécie humana passou a habitar o planeta. Essa ruptura coincidiu com o estabelecimento da agricultura e de uma mudança no paradigma da história humana, desenvolvida durante um longo processo que se desenrolou não em décadas nem em séculos, mas em alguns milhares de anos perdidos em tempos nebulosos e imprecisos dos quais existem pouquíssimos registros e quase nenhuma evidência.

O estabelecimento da agricultura foi a mudança mais profunda e fundamental para a humanidade e também a mais perigosa para a parceria coevolutiva entre homens e plantas no ambiente da biosfera. Para criar campos de cultivo é necessária a retirada do ambiente natural (quaisquer que sejam as características do bioma), a destruição da diversidade e a apropriação dos recursos naturais, causando um impacto sem precedentes no ambiente. Além disso, a ideia de posse (de território, de recursos e de produtos) praticada nas sociedades agrícolas, que exclui o compartilhar, permeou as relações sociais, as instituições e a cultura de uma

maneira irreversível, modulando o aparecimento de sociedades hierarquizadas e o surgimento de elites religiosas, políticas e militares.

O certo é que a história humana que conhecemos desde relatos escritos e a partir de civilizações da antiguidade clássica não foi sempre assim. A agricultura e o patriarcado, os excedentes da colheita e a divisão do trabalho fazem parte de uma história bem recente, resultado de sucessivas escolhas pessoais e comunitárias, sociais, políticas, econômicas e culturais que mudaram definitivamente o rumo da civilização humana, o fazer e o pensar, as possibilidades tecnológicas e a nossa relação com o mundo natural.

Ao longo da história, formou-se um modelo caracterizado pela exploração e mercantilização da natureza - fator decisivo para o acesso desigual aos recursos naturais como água, alimentos e medicamentos, no caso plantas medicinais. Um modelo no qual o controle se dá através de mecanismos arcaicos de dominação até hoje utilizados que deixam um rastro de destruição do conhecimento empírico, da cultura, da tradição e da religiosidade que regulam o livre acesso ao ambiente natural pelos povos que o habitam, cuja soberania é subestimada e desconsiderada. Dessa maneira, cada vez mais, torna-se impossível garantir qualidade de vida, saúde e cuidado de forma igualitária à humanidade que habita a biosfera.

Recentes descobertas de pesquisas arqueológicas revelaram um mundo surpreendente do nosso passado oculto. Mostram um longo período próspero de mais de 5 mil anos em que as civilizações desenvolveram suas bases de relações sociais, tecnológicas e culturais em um modelo de parceria em sociedades que não eram patriarcais, nem violentas ou hierárquicas e principalmente nas quais o conhecimento era compartilhado (EISLER, 1989). Esses estudos mostram que o estabelecimento da agricultura não foi uma mudança que aconteceu em alguns séculos que possam ser marcados em nossos calendários da era cristã, mas, ao contrário, foi um longo processo de transformação que se desenrolou em alguns milênios. O contrário de coleta não é agricultura e vice-versa, entre uma e outra prática existem modelos que levam em consideração a combinação vantajosa de muitas tecnologias que sustentam e desenvolvem a qualidade de vida em uma sociedade. De acordo com essas descobertas arqueológicas, durante alguns milhares de anos de transição, que antecede o modelo agrícola tal como o conhecemos, grandes avanços foram dados na produção de alimentos, assim como na domesticação de animais, na construção de habitações, mobiliário e vestuário e, até mesmo, no planejamento urbano e no desenvolvimento das artes. Enquanto se fundavam os alicerces para uma civilização mais desenvolvida, a Deusa era feminina, a linhagem traçada por parte da mãe e a administração dos clãs era responsabilidade das mulheres mais velhas. Os frutos da terra, os meios de produção, o conhecimento e o poder social definiram o que parece ter sido uma organização social basicamente cooperativa (EISLER, 1989).

Portanto, parece que a oposição essencial não é exatamente entre agricultura e coleta, mas entre o grau de cuidado, cooperação e compartilhamento que definem a transição entre sociedades matriarcais e patriarcais. Foi esta transição que definiu, no desenrolar do processo, o modelo de agricultura que teve como consequências a fixação do homem em cidades, o surgimento da sociedade patriarcal, a divisão do trabalho, a criação de exércitos para vigiar e controlar os excedentes agrícolas e a hierarquização extrema da sociedade. Isso é um fato histórico que pode ser explicado por diversas teorias, e não podemos mudar a história, mas a idéia de progresso linear subjacente ao modelo agrícola que se tornou hegemônico em algum momento dessa história pode ser repensada e reavaliada a qualquer momento.

O conceito de progresso tecnológico, econômico e social justificou e definiu o modo como as civilizações humanas de que se têm notícias, ao longo de séculos, vem construindo uma estrutura de trabalho e modo de produção que se apropria do ambiente natural, e também da mão de obra humana, de maneira equivocada e irresponsável, principalmente após a revolução industrial e o estabelecimento do capitalismo. Esse processo autoritário e agressivo que provoca grandes desastres ambientais e agrava enormemente os problemas sociais trazendo miséria, fome, doenças e desigualdades está causando danos irreversíveis também em nível planetário, como o crescimento inexorável da poluição, desertificação, mudanças climáticas, destruição da camada de ozônio, a contaminação do ar, do solo e das águas e o esgotamento das reservas de recursos naturais e de água potável vitais para a nossa sobrevivência.

Contudo, os ecos desse passado distante, recordações do inconsciente coletivo de civilizações agrárias primitivas, da coevolução dos mundos natural e humano deram forma e intenção à parceria entre homens e plantas ao longo da história até hoje. Talvez por isso, o uso de plantas como alimento ou preparações medicamentosas esteja tão impregnado de conceitos holísticos, empíricos, experienciais, intuitivos e religiosos que abalam a ciência e as instituições. Talvez por isso também, o estudo e o conhecimento das plantas medicinais sejam mais fecundos, prósperos e efetivos a partir da lente da etnobotânica do que das lentes de um microscópio. Talvez por isso, a maneira mais correta de obtenção de plantas medicinais se refira à coleta no ambiente natural e não à produção.

Diante da natureza e da complexidade que envolve a relação entre humanos e plantas ao longo da história não é irrelevante a ideia de que, quando necessário, a produção, a manipulação e o uso de plantas medicinais ocorram de maneira a incorporar todas as dimensões do referido paradigma holístico e segundo uma perspectiva ecológica.

A agroecologia se apoia na sistematização e consolidação de saberes tradicionais, intuitivos, empíricos e científicos, e sua prática incorpora as dimensões ambiental, social, cultural e ética nos processos agrícolas (MACHADO, 2014). Além

disso, tende a garantir uma sustentabilidade da produção jamais alcançada em outro modelo de cultivo. Os sistemas agrícolas tradicionais representam o acúmulo de experiência e conhecimento dos agricultores a partir da interação com o ambiente onde viviam ao longo de séculos de evolução biológica e cultural. Utilizando recursos locais, esses sistemas desenvolveram estratégias de funcionamento que tentam minimizar os riscos por meio do cultivo de várias espécies e variedades de plantas, dentro de um padrão agroflorestal. Com isso, estabilizam a produtividade em longo prazo e promovem a diversidade e a manutenção do sistema com baixo nível de tecnologia e uso de recursos e energia limitados. Esses sistemas imitam a estrutura de uma floresta com uma configuração estratificada e várias espécies de plantas úteis tanto para alimentação quanto para uso medicinal.

Apesar das diferentes circunstâncias geográficas e históricas dos agrossistemas tradicionais, parece que, ao redor do planeta, eles compartilham de estruturas funcionais muito parecidas, de acordo com Altieri (2004): contêm um grande número de espécies; exploram muitos microambientes com características distintas em um único campo de cultivo ou em uma região como, solo, água, temperatura, altitude ou fertilidade; mantêm os ciclos de materiais e resíduos a partir de práticas eficientes de reciclagem; se baseiam em um universo de interdependências biológicas complexas para o manejo e o controle de pragas; utilizam um baixo nível de insumos tecnológicos e mobilizam recursos locais baseados em energia humana e animal; produzem para consumo local e usam variedades locais e espécies silvestres, prática fundamental quando se trata de plantas medicinais.

Se os ecos de um passado distante proporcionam, mesmo que intuitivamente, que o conhecimento popular se utilize de plantas medicinais ainda hoje, um terreno fértil e lógico para a compreensão dos pressupostos ao cultivo, manipulação e uso de plantas medicinais está possivelmente na interseção entre os estudos da etnobotânica e das práticas da agroecologia. A etnobotânica é o estudo de sistemas de conhecimento de grupos étnicos sobre plantas que têm por base a interação direta entre os seres humanos e o ambiente onde vivem. O conhecimento sobre solos, climas, vegetação, animais e ecossistemas frequentemente resulta em estratégias produtivas multidimensionais que proporcionam autossuficiência em uma determinada região.

A vantagem do conhecimento popular ou tradicional é que ele é baseado não apenas em observações precisas, mas também em conhecimento experimental (ALTIERI, 2004). E sua práxis, assim como a da agroecologia, propõe a produção a partir de um manejo que imita o ambiente natural em cada região. O ponto de partida das práticas agroecológicas é um conjunto de saberes de fácil entendimento para as comunidades que dele se utilizam, como:

- Conhecimento sobre o ambiente onde vivem;
- Taxonomias biológicas populares;
- Natureza experimental do conhecimento tradicional;
- Conhecimento das práticas agrícolas;
- Diversidade e continuidade espacial e temporal;
- Controle de sucessão e proteção de cultivos;
- Emprego de tecnologias de baixo uso de insumos, energia e recursos naturais.

A agroecologia envolve outro modo de coevolução entre os sistemas naturais e sociais, que passa pelo reconhecimento dos saberes dos povos do campo e da floresta, saberes construídos pela tradição de um modo de vida integrado à natureza. Orienta-se pela defesa da terra partilhada, de processos colaborativos, da socialização do acesso aos recursos naturais e sociais de produção. Desta forma, se difere frontalmente do modelo do agronegócio que, além de usar técnicas que degradam a vida, reforça a lógica exploratória, mercadológica e latifundiária do capitalismo.

De fato, o uso de plantas medicinais só faz sentido se sua obtenção envolver processos produtivos agroecológicos que respeitem e incluam componentes sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e éticos que possam garantir a sustentabilidade e a evolução da humanidade dentro dessa teia de complexidade e interdependência que é a biosfera, único espaço conhecido de vida no planeta.

Referências bibliográficas

ALTIERI, Miguel. *Agroecologia: a dinâmica produtiva da agricultura sustentável*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

EISLER, Riane Tennenhaus. *O cálice e a espada: nossa história, nosso futuro*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1989.

MACHADO, Luiz Carlos Pinheiro. *A dialética da agroecologia: contribuição para um mundo com alimentos sem veneno*. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

PONTING, Clive. *Uma história verde do mundo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

Texto 9

Como estabelecer uma horta comunitária de plantas medicinais

Leila Mattos

Tão antiga quanto a humanidade é a utilização de plantas na arte e no ofício de curar. Durante milhares de anos o conhecimento sobre plantas medicinais foi obtido com a observação e a experimentação intuitiva das plantas em seus biomas. Esse conhecimento, passado de geração a geração por meio de história oral ou escrita, é parte integrante e preciosa da cultura humana. Ele descortina um mundo de possibilidades e relações com os seres que acompanham nossa evolução desde os primórdios, as plantas, nossas eternas parceiras que, silenciosas e mágicas, confortam nossa existência.

Portanto, quando recorremos ao auxílio luxuoso de nossas parceiras é necessário que se incorporem um pensar e um agir norteados por princípios que valorizem as dimensões comunitária e agroecológica, em particular na construção de hortas.

Princípios éticos

Norteiam qualquer empreendimento de cunho comunitário e funcionam como reguladores dos instintos imediatistas. São eles:

- Cuidado com o ambiente natural – solo, água, ar, matas e animais;
- Cuidado com as pessoas e a comunidade;
- Partilha justa – estabelecimento de limites para o consumo e a distribuição dos excedentes;
- Conhecimento compartilhado.

Princípios de execução e operação

Têm por base o estudo e a observação do mundo natural e de sistemas sustentáveis e podem ser adotados tanto num contexto de abundância quanto de escassez. Consideramos princípios de execução e operação:

- Observar e interagir com o meio natural e com a comunidade dentro das possibilidades sociais, econômicas, culturais e regionais;
- Conservar energia e recursos naturais, desenvolvendo sistemas que operem com poucos recursos e baixa tecnologia;
- Praticar a autorregulação e aceitar críticas positivas que retroalimentam as ações, agindo com consciência e refletindo, reavaliando metas e incorporando externalidades;
- Utilizar recursos e serviços renováveis e locais;
- Evitar o desperdício reutilizando, reaproveitando e reciclando;
- Integrar ao invés de segregar, utilizar abordagem sistêmica e holística em todos os processos;
- Utilizar soluções pequenas e graduais fazendo uso adequado de recursos locais e lembrando que sistemas simples e mais lentos são mais fáceis de manter em funcionamento;
- Valorizar a diversidade e a criatividade como meios de diminuição dos impactos de qualquer vulnerabilidade.

Escolha do local

A escolha do local adequado pressupõe muitos requisitos, desde fertilidade do solo, passando por insolação, tamanho da área a ser trabalhada e até eventos climáticos regionais. Porém, como a designação “comunitária” bem define, o fator mais importante para a escolha do local adequado é o acesso da comunidade, ou seja, o local possível, apenas isso.

Todavia, vocês devem observar requisitos básicos na escolha do local. É importante um terreno:

- Próximo de fonte de água limpa que possa garantir o abastecimento, mesmo em períodos secos;

- Afastado de fossas ou esgoto;
- Protegido de inundações;
- Distante de áreas de utilização de agrotóxicos;
- Aberto para receber luz do sol durante a maior parte do dia;
- Plano ou pouco inclinado;
- Com espaço para compostagem.

Ferramentas e utensílios

As ferramentas melhoram o rendimento do trabalho. Alguns itens básicos que vocês podem ter são:

- Ancinho;
- Carrinho de mão;
- Enxada;
- Enxadaõ;
- Luvas de jardinagem;
- Pá;
- Pzinhas de mão;
- Podão;
- Pulverizador;
- Regador, mangueira ou kit de irrigação;
- Sacho;
- Tesoura de poda.

Além de providenciarem todos esses itens, lembrem-se de se protegerem do sol com a ajuda de chapéus ou bonés e do filtro solar.

Construção dos canteiros

A dimensão dos canteiros depende do número de plantas e do tamanho da área disponível. Seu formato pode ser retangular, circular ou aleatório como um jardim. Vocês podem delimitá-los com tijolos e alvenaria ou com qualquer material disponível como madeira, bambu e materiais reciclados como pneus ou garrafas pet. Também é necessário que preservem um espaço entre os canteiros para circulação, como pequenas trilhas.

Plantio

O plantio pode ser feito a partir de sementes, mudas ou outras estruturas de propagação como estacas, bulbos, rizomas, filhotes e divisão de touceiras. No caso de sementes, é desejável que vocês façam o plantio direto no local do canteiro e não em sementeiras para transplante, pois isso garante um melhor desenvolvimento das plantas medicinais.

Muitas plantas medicinais têm ocorrências sazonais, portanto é necessário que vocês se informem em relação à temperatura, umidade e insolação para cada época de plantio.

Cultivo e manutenção

São os cuidados que irão garantir plantas saudáveis e a obtenção de remédios caseiros com qualidade:

- **Adubação:** a adubação deve ser correta e equilibrada. No caso de plantas medicinais o foco deve ser os adubos orgânicos obtidos por meio da compostagem de materiais locais ou adubação verde, baseada na incorporação de massa foliar viva ao solo de plantio. O manejo correto do solo por meio de adubações adequadas e práticas de conservação garante plantas mais equilibradas, com melhores condições de desenvolvimento, menor suscetibilidade a pragas e doenças e maior concentração de princípios ativos.
- **Poda:** quando bem realizada, induz a planta a emitir novos brotos, além de proporcionar melhor arejamento e menor suscetibilidade a doenças. Em árvores e arbustos a poda de limpeza é recomendada uma vez ao ano, logo após a colheita.
- **Irrigação:** em sua maioria, as plantas medicinais não são espécies melhoradas geneticamente, são espécies silvestres. Por esse motivo, geralmente são mui-

to resistentes a períodos de estiagem. Contudo, qualquer planta depende da maior ou menor quantidade de umidade no solo para seu desenvolvimento, pois é na água do solo que estão diluídos os nutrientes dos quais necessitam. Qualquer que seja o método de irrigação, para ser eficiente é fundamental ter alguns cuidados, como prestar atenção na demanda por água de cada espécie (a planta sempre dá sinais que nos orientam). A rega deve ser feita lentamente, de maneira que a água não escorra por cima do canteiro e carregue o solo, deve ser em quantidade suficiente para manter a terra úmida até a profundidade das raízes da planta, mas não deve encharcar o solo, pois ele não tem capacidade de reter água além do limite necessário. Um solo encharcado não permite a respiração das raízes, outra condição básica para a absorção dos nutrientes necessários, e a água que escorre causa erosão, além de carregar e desperdiçar os nutrientes, necessários às plantas. Observar cada espécie e prestar atenção no que a planta mostra é o segredo para uma irrigação bem-sucedida.

- *Cobertura morta*: como cobertura do solo é recomendado o uso de palha de arroz, casca de feijão, bagaço de cana, aparas de capim, capim seco, plantas invasoras provenientes da limpeza dos canteiros, entre outros. Essa prática melhora a retenção de água, retarda ou impede o surgimento de invasores, evita a exposição direta do solo às radiações solares e diminui o impacto da chuva. Também promove a maior conservação de água e reduz a variação de temperatura no solo. E, após a decomposição dessa cobertura, maior quantidade de matéria orgânica é incorporada ao solo.
- *Consortiação*: para a maioria das plantas medicinais deve ser evitado o plantio de uma só espécie, pois isso facilita o surgimento de pragas e doenças. O plantio de várias espécies em uma mesma área imita o ambiente natural onde elas ocorrem e reduz o risco de patologias. Entretanto, é necessário o planejamento de efeitos alelopáticos indesejáveis, que ocorrem quando uma planta lança alguns compostos tóxicos, metabólitos secundários, no ambiente (e não só no solo), que prejudicam outros organismos ao seu redor, incluindo outras plantas.

Na consorciação podem ser utilizadas plantas companheiras que servem de abrigo para inimigos naturais das pragas ou estimulam a produção de princípios ativos; plantas repelentes que, misturadas entre as plantas da cultura principal, repelem as pragas ou plantas iscas que atraem as pragas, sem prejuízo. Além de atrair pragas e doenças, o cultivo prolongado de uma determinada espécie de planta em uma mesma área pode esgotar os nutrientes do solo. É desejável, portanto, que se

mude a cultura de lugar regularmente, mantendo-se um intervalo de dois a quatro anos antes que se repita o plantio da mesma espécie no mesmo local.

Controle fitossanitário

Via de regra as plantas medicinais são bem resistentes ao ataque de pragas e doenças, assim como às variações climáticas. Porém, por algum desequilíbrio, elas podem sofrer danos em níveis prejudiciais. O uso de produtos químicos como agrotóxicos pode causar alterações nos princípios ativos, resíduos tóxicos ou acúmulo de metais pesados, o que poderia descartar seu uso como medicinal. Portanto, contra pragas e doenças é recomendada a utilização das práticas enunciadas anteriormente como a consorciação com plantas repelentes, a rotação de culturas e a seleção da área de plantio. Em casos emergenciais é aconselhável o uso de extratos, caldos e soluções de produtos vegetais ou uso de iscas naturais.

Colheita

A colheita no momento certo é um aspecto importantíssimo na produção de plantas medicinais de qualidade. No que se refere à produção de substâncias com atividade terapêutica, as espécies medicinais apresentam alta variabilidade no tempo e no espaço. O ponto de colheita pode mudar segundo os órgãos da planta, estágio de desenvolvimento, época do ano ou hora do dia.

A distribuição de substâncias ativas numa planta pode ser bastante irregular, alguns grupos de substâncias localizam-se preferencialmente em órgãos específicos do vegetal, daí a necessidade de conhecimento da parte que deve ser colhida para que se possa estabelecer o ponto ideal. O estágio de desenvolvimento também costuma ser importante em algumas plantas perenes, nas quais a concentração de determinadas substâncias é atingida a partir de certa idade e/ou fase de desenvolvimento. A grande variação na concentração de princípios ativos durante o dia, ou seja, num ciclo de 24 horas também é relevante, assim como a época do ano, que exerce efeito nos teores de princípios ativos. É importante ressaltar que o objetivo de fazer a colheita no ponto correto é obter o máximo teor de substâncias ativas.

Vocês devem estar atentos a alguns cuidados durante a colheita. Ela deverá ser realizada com tempo seco, sem água de chuva ou orvalho sobre a planta e vocês não devem amontoar nem amassar o material colhido para não acelerar sua degradação. É importante que vocês evitem a incidência direta de raios solares sobre as plantas colhidas. Por fim, devem anotar todas as informações referentes

ao material colhido, tais como, data, hora, local, região, clima, entre outras. Após a colheita podem fazer uso direto do material fresco ou fazer a secagem para o seu armazenamento.

Secagem

O consumo de plantas medicinais frescas garante a presença dos princípios curativos, no entanto, nem sempre isso é possível. O armazenamento de plantas secas nos permite acesso a qualquer tempo e a secagem, quando bem conduzida, possibilita a conservação dos princípios ativos. O processo de secagem pode ser conduzido em condições de ambiente natural ou artificial, com a utilização de estufas e secadoras, porém vocês devem obedecer a critérios minuciosos, pois os ativos são bastante instáveis. Caso o espaço da horta seja em uma unidade de saúde, vocês podem solicitar ao gestor do SUS local a organização de um espaço comunitário e adequado para secagem das plantas, que serão distribuídas para a população preparar seus remédios.

Preparações

Os benefícios dos remédios caseiros são conseguidos, sobretudo, quando se utiliza a parte adequada da planta e o preparado mais conveniente. Para mais detalhes vejam o Texto 7, *Modos de preparo e de uso das plantas medicinais e remédios caseiros*. Lembrem-se que as preparações mais conhecidas e populares para utilização de plantas medicinais são as seguintes:

..... *Uso interno*

- *Decocção*: uma parte da planta é colocada para ferver em água.
- *Gargarejo e bochecho*: preparo do chá (infusão ou decocção de acordo com a parte do vegetal utilizada) ou uso da tintura diluída em água para gargarejo ou bochecho. Para inflamações na garganta, recomenda-se utilizar morno.
- *Inalação*: nessa preparação é o vapor de água o veículo condutor das substâncias voláteis das plantas.
- *Infusão ou abafado*: a planta picada é mergulhada em água quente por alguns minutos.

- *Maceração*: consiste em colocar determinada parte da planta picada mergulhada em um líquido extrator como álcool, óleo ou mesmo água.
- *Pó*: a parte da planta seca é triturada ou moída e aplicada no local afetado, misturada à água ou óleo. Também pode ser consumida misturada aos alimentos.
- *Suco ou sumo*: pode-se espremer algumas partes das plantas como frutos, caules e folhas para obter um sumo que deve ser ingerido imediatamente após seu processamento. Pode-se aplicar na área afetada em compressa.
- *Tintura*: partes das plantas ficam macerando em temperatura ambiente e ao abrigo da luz por vários dias em uma solução de água e álcool depois de filtrada. Tem a vantagem de poder ser guardada e conservar os princípios ativos por longos períodos.
- *Vinho*: as plantas secas ou frescas, picadas, são colocadas para macerar com vinho tinto ou branco e, depois de coado, pode ser ingerido em pequenas doses antes ou depois das refeições.
- *Xarope*: obtido a partir do cozimento lento da planta fresca em uma calda preparada com água e açúcar, melado ou mel e indicado geralmente para congestão do trato respiratório.

..... *Uso externo*

- *Banho*: quando se utiliza uma decocção ou infusão misturada à água do banho ou para banhar apenas uma parte específica do corpo.
- *Cataplasma*: feito com a planta amassada ou triturada, misturada com água ou outro veículo, quente ou frio, e aplicado num local afetado do corpo.
- *Compressa*: um pedaço de pano, gaze ou algodão é embebido com o chá ou sumo da planta e aplicado na área afetada. Pode ser usada quente ou fria.
- *Óleo medicinal*: geralmente utilizado para massagear a parte afetada do corpo, é preparado utilizando-se de preferência óleos vegetais como extratores de ativos lipofílicos, presentes geralmente em plantas aromáticas.
- *Pomada ou unguento*: são preparados que misturam o sumo da planta, a tintura ou o chá numa base de gordura animal ou vegetal para aplicar sobre a pele.
- *Xampu caseiro*: no caso de pediculose (piolho), pode-se preparar um xampu caseiro à base de sabão de coco e plantas medicinais para o controle dessa ecto-

parasitose. Uma receita encontra-se disponível no Texto 7, *Modos de preparo e de uso das plantas medicinais e remédios caseiros*.

Por fim, ao utilizar plantas medicinais vocês devem ter o cuidado com a identificação correta, as orientações de uso e as formas de preparo, como verão adiante. O objetivo desses cuidados não é dificultar o uso de plantas medicinais, mas garantir o efeito desejado quando empregadas.

Dicas de leituras

Para saber mais sobre a construção de hortas, sugerimos que acessem dois volumes da publicação *Cadernos Itaboraí*, da Fiocruz. O primeiro aborda o plantio, a coleta, a preparação, o armazenamento e o preparo das plantas. Além disso, sistematiza 20 plantas medicinais:

FIOCRUZ/PALÁCIO ITABORAÍ. Introdução ao uso de plantas medicinais em Petrópolis. *Caderno Itaboraí*, v. 2, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.forumitaborai.fiocruz.br/sites/default/files/Guia%20de%20Plantas%20-%20Volume%202-%20Digital.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

O segundo volume trata do planejamento de hortas e do controle de pragas, e sistematiza mais 23 plantas medicinais, completando as 43 que estão na Relação municipal de medicamentos essenciais de Petrópolis:

FIOCRUZ/PALÁCIO ITABORAÍ. Introdução ao uso de plantas medicinais em Petrópolis - Parte 2. *Caderno Itaboraí*, v. 4, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.forumitaborai.fiocruz.br/sites/default/files/Guia%20de%20Plantas%20Med%202%20Fo%CC%81rum%20Itaborai.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

Para compreensão dos vocabulários que envolvem a educação do campo e a agroecologia, sugerimos o *Dicionário da educação do campo*:

CALDART, Roseli Salete; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2012. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l191.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

Sugerimos igualmente a leitura da seguinte bibliografia:

CARVALHO, Lourdes. *A horta intensiva familiar: projeto tecnologias alternativas*. Rio de Janeiro: Fase, 1983.

CORRÊA, Manuel Pio; PENA, Leonam de Azeredo. *Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas*. 1 ed. 1926. Rio de Janeiro: IBDF, 1978. (6 volumes).

HOLMGREN, David. *Os fundamentos da permacultura*. Rio de Janeiro: Ed. Holmgren Design, 2013.

PRIMAVESI, Ana Maria. *A cartilha do solo*. São Paulo: Fundação Mokiti Okada, 2006.

Dicas de vídeos

Assistam outros episódios do programa Curta AgroEcologia, uma parceria entre a Articulação Nacional de Agroecologia e o Canal Saúde, da Fiocruz.

O programa está disponível em <https://www.canalsaude.fiocruz.br/programas/programaAberto/curta-agroecologia>. Acesso em: 19 out. 2020.

Sugerimos os seguintes títulos:

Comida de verdade. 1 vídeo (25min:15). Exibido em: 22 ago. 2019. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Comida+de+Verdade+>.

Herdeiros da Terra. 1 vídeo (22min:40). Exibido em: 5 out. 2015. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Herdeiros+da+Terra+>.

Taco de Terra. 1 vídeo (24min:9). Exibido em: 14 set. 2015. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/buscaVideos?termo=Taco+de+Terra+>.

Para saber mais sobre compostagem, sugerimos os seguintes vídeos feitos pela Embrapa:

Compostagem: como fazer? 1 vídeo (4min:19). Exibido em: 7 mai. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oVwhPelQ3ls>. Acesso em: jun. 2020.

Compostagem: 100% vegetal. 1 vídeo (14min:59). Exibido em: 7 mai. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Af0lhGWge2U>. Acesso em: jun. 2020.

Sobre compostagem com uso de gongolos e minhocas:

Gongocompostagem: dia de campo. 1 vídeo (15min:55). Exibido em: 10 dez. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Z6Avh0_dTpE. Acesso em: jun. 2020.

Gongocompostagem, opção vantajosa para produção de adubo orgânico. 1 vídeo (4min:20). Exibido em: 31 out. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GUbElc0pDG0>. Acesso em: jun. 2020.

Minhocultura: alternativa agroecológica para reciclagem de resíduos orgânicos. 1 vídeo (14min:24). Exibido em: 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mdtSpBbRLgU>. Acesso em: jun. 2020.

Videoaula compostagem. 1 vídeo (6min:34). Exibido em: 5 abr. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=w2IVdlr-E6w>. Acesso em: jun. 2020.



Maracujá

Passiflora edulis Sims e *Passiflora alata* Curtis

Eixo 7

O cuidado com as plantas no preparo e uso medicinal

Só nós vemos a flor, em si mesma. Mas essa é uma visão ilusória: a flor é a planta inteira. A flor existe na fragilidade do caule, estende-se pelas profundezas da raiz; a flor é a terra em redor, é a água que ascende em seiva.

Mia Couto⁵⁸

Encontros para partilhas e trocas

Com a horta encaminhada, já é possível experimentar o preparo de remédios caseiros e, como já dissemos, esse processo demanda cuidados que precisam ser considerados.

Desde o início dessa experiência, situamos o cuidado numa dimensão que não se restringe aos serviços e práticas de saúde, mas envolve a totalidade das ações que constituem a existência. O cuidado envolve as relações humanas e dos humanos com a natureza. No entanto, o contrário também se manifesta nessas relações: o descuido com a natureza que gera a degradação da vida. Diante disso, precisamos pensar o cuidado como a produção de um modo de existir, como um ato que precisa ser intensificado, como política e princípio de organização do mundo.

Espinosa, um importante filósofo do século 17, que compreendia Deus como a natureza (*Deus sive Natura*), “sendo todas as *criaturas* apenas modos desses atributos ou modificações dessa substância” (DELEUZE, 2002, p. 23), valorizava o corpo tanto quanto a alma, julgando uma inseparabilidade entre essas dimensões ao afirmar que “paixão no corpo é paixão na alma” e vice-versa. A paixão diz respeito

⁵⁸ COUTO, Mia. *Veneno de Deus, remédio do diabo*. São Paulo: Cia das Letras, 2008.

aos sentimentos, às afecções, que podem ser negativos ou positivos, isto é, podem diminuir ou elevar a vida. O que vai definir a “qualidade” da paixão é o encontro, pois um encontro pode gerar composição ou decomposição.

Para Deleuze, Espinosa compreende que “todos os fenômenos que agrupamos sob a categoria do Mal, doenças, morte, são deste tipo: mau encontro, indigestão, envenenamento, intoxicação, decomposição de relações” (2002, p. 28). Sua tese relaciona a saúde ao bom, aos bons encontros e às paixões alegres; e nos permite pensar o cuidado como um ato que envolve encontros entre corpos e mentes que resultem em saúde, em paixões positivas que afirmam a vida, em corpos que se compõem e se fortalecem. Em outras palavras, o ato de cuidar, tomando como referência a ética de Espinosa, deve ser compromissado com o bom encontro.

Na relação com as plantas não é diferente, pode haver um mau encontro ou um bom encontro entre dois corpos (o humano e a planta), por isso precisamos saber que sempre há um risco, um limite, algo desconhecido que deve nos deixar atentos. Não à toa, a palavra *phármakon* pode ser traduzida por remédio e por veneno e uma frase atribuída a Paracelso (1493-1541) diz que “todas as substâncias são venenos, não existe nada que não seja veneno. Somente a dose correta diferencia o veneno do remédio”. Dessa forma, é importante conhecer situações em que as plantas podem ser nocivas e danosas. Para isso foi elaborado o Texto 10, *O cuidado com o preparo e o uso de plantas medicinais*. A leitura vai assegurar ainda mais a caminhada nessa trilha que está chegando ao seu final, autorizando vocês a investirem em novas possibilidades de vivenciar o cuidado.

Esperamos que os encontros entre vocês, de vocês com as plantas e das plantas com quem usá-las, sejam alegres. A alegria gera ânimo, ânima, alma para cuidar da horta, regar as plantas, adubar a terra e observar os modos seguros de preparo e uso dos remédios caseiros. Aproveitem para experimentar, mais e mais, o preparo e o uso das plantas e discutir quando e como podem ser indicadas (ou não) para o cuidado dos males que nos afligem ou podem nos afligir.

Experimentem com alegria e levem essa alegria adiante. Não esqueçam que a horta é um projeto comunitário popular.

Referência bibliográfica

DELEUZE, Gilles. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Ed. Escuta, 2002.

Texto 10

O cuidado com o preparo e o uso de plantas medicinais

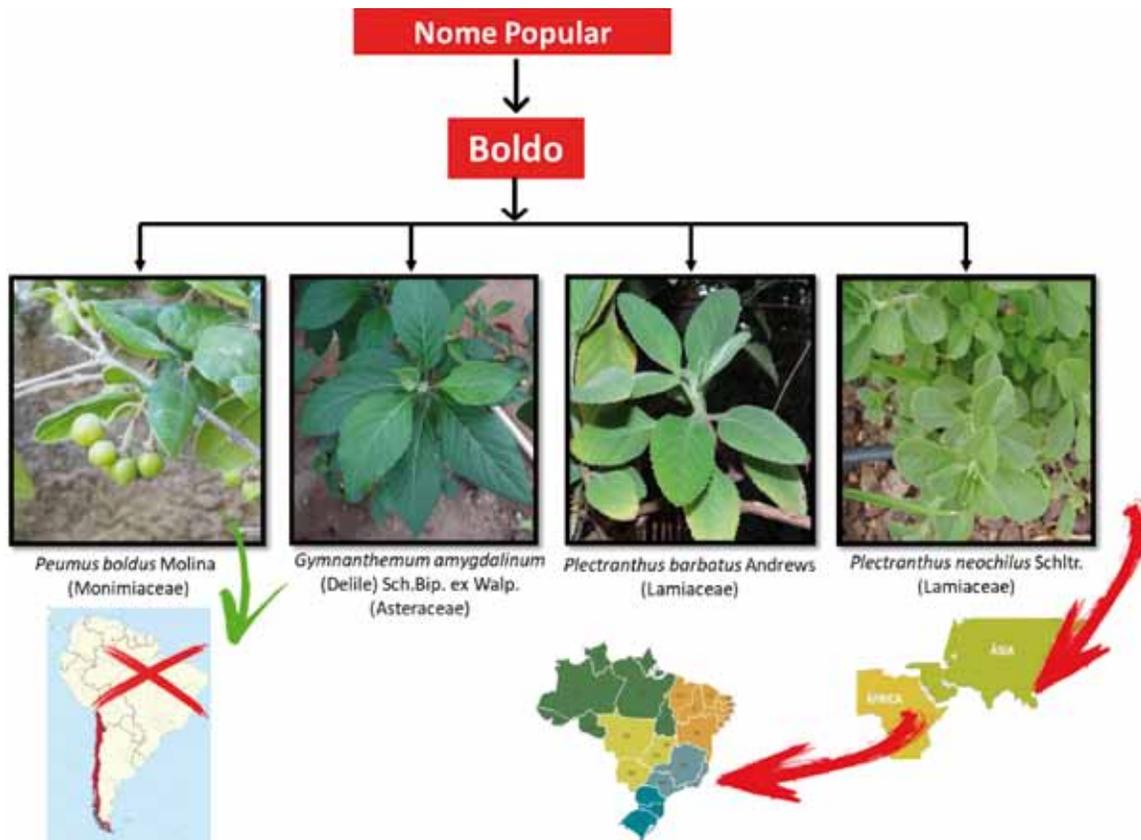
Paulo Henrique Oliveira Leda, Andrea Márcia de Oliveira Gomes, Maria Behrens

O distanciamento dos seres humanos do convívio cotidiano com a natureza resultou em perda de conhecimento a respeito da biodiversidade. Esse distanciamento pode resultar em riscos como a substituição equivocada de espécies, ou outros erros no preparo dos remédios caseiros. Antigamente, esses fatos ocorriam com menos frequência em razão de a utilização das espécies encontrar-se restrita a um contexto cultural específico (caiçara, indígena, quilombola, entre outros), comunidades que viviam em contato direto com a natureza, fonte dos seus recursos terapêuticos. Portanto, com a perda da importância da fitoterapia na prática médica, deixamos de conhecer as plantas que são úteis tanto na terapêutica quanto na alimentação. O desafio é retomar o uso apropriado dos recursos naturais (RIBEIRO, 2014; MARCOS, 2018). Por isso, hoje há vários grupos discutindo as Plantas Alimentícias Não Convencionais (Pancs), na tentativa de ampliar o número de espécies na alimentação, reduzidas com o advento das monoculturas agrícolas intensivas e em grande escala. Ou seja, há uma busca pela reintrodução de plantas excluídas da nossa cultura alimentar em decorrência das restrições impostas pela indústria alimentícia.

A comunidade conhece as plantas por seus nomes populares, os quais podem ser criados a partir da aparência da planta, da utilidade e, por influência das tecnologias em saúde, podem também receber denominações de medicamentos. Não há, portanto, uma regra definida. Como consequência, uma mesma planta pode possuir vários nomes populares, causando confusão ou dúvidas quanto à sua espécie. Como exemplo, Lorenzi e Matos (2008) citam dez nomes populares que podem ser atribuídos à *Aloe vera* (L.) Burm. f., muito conhecida no Brasil como “babosa”. Verifica-se então a grande importância do nome científico, internacionalmente reconhecido. Nesse sentido, regras taxonômicas da botânica foram estabelecidas para que seja definido um nome para cada espécie vegetal. Diante disso, é necessário relacionar nomes científicos, populares e seus usos. No entanto, essa conexão não pode ser feita apenas por meio dos nomes populares, em decorrência da sua

variação entre comunidades ou regiões. Ou seja, um mesmo nome popular pode denominar espécies vegetais diferentes. Por exemplo, o nome “boldo” – originalmente relacionado à espécie *Peumus boldus*, empregada para tratar distúrbios digestivos e hepatobiliares – passou a representar diversas plantas utilizadas para essa finalidade, apresentadas na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Espécies de boldos e, curiosamente, nenhuma delas é nativa do Brasil.⁵⁹

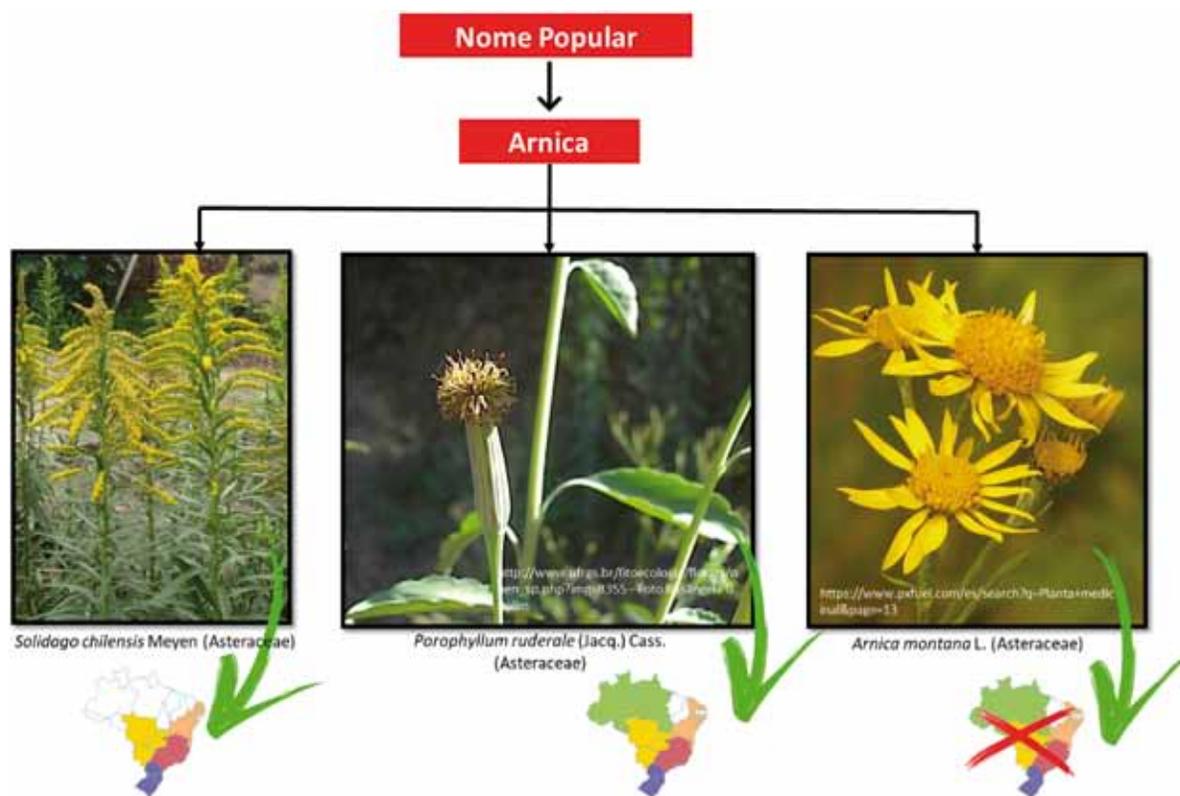


Outro nome bastante popular que segue essa lógica é a “arnica”, que determinou o nome científico da *Arnica montana* L., originária da Europa, sem ocorrência no Brasil, com propriedades anti-inflamatória e analgésica e utilizada no tratamento de traumatismos como contusões, torções, edemas e hematomas. Em função dessas propriedades, o nome popular “arnica” também é atribuído a outras espécies vegetais consideradas nativas no Brasil: *Solidago chilensis* Meyen e *Porophyllum ruderale* (Jacq.) Cass. (Figura 2). A popularidade do nome arnica no Brasil se deve aos colonizadores europeus que, na falta da *Arnica montana*, assim denominaram

⁵⁹ Imagens do acervo pessoal dos autores, com exceção do *Peumus boldus* Molina, retirada do Banco de Dados em Botânica dos Trópicos disponível em <http://legacy.tropicos.org/Image/100260838>. Acesso em: 22 out. 2020.

espécies aqui nativas com propriedades semelhantes.

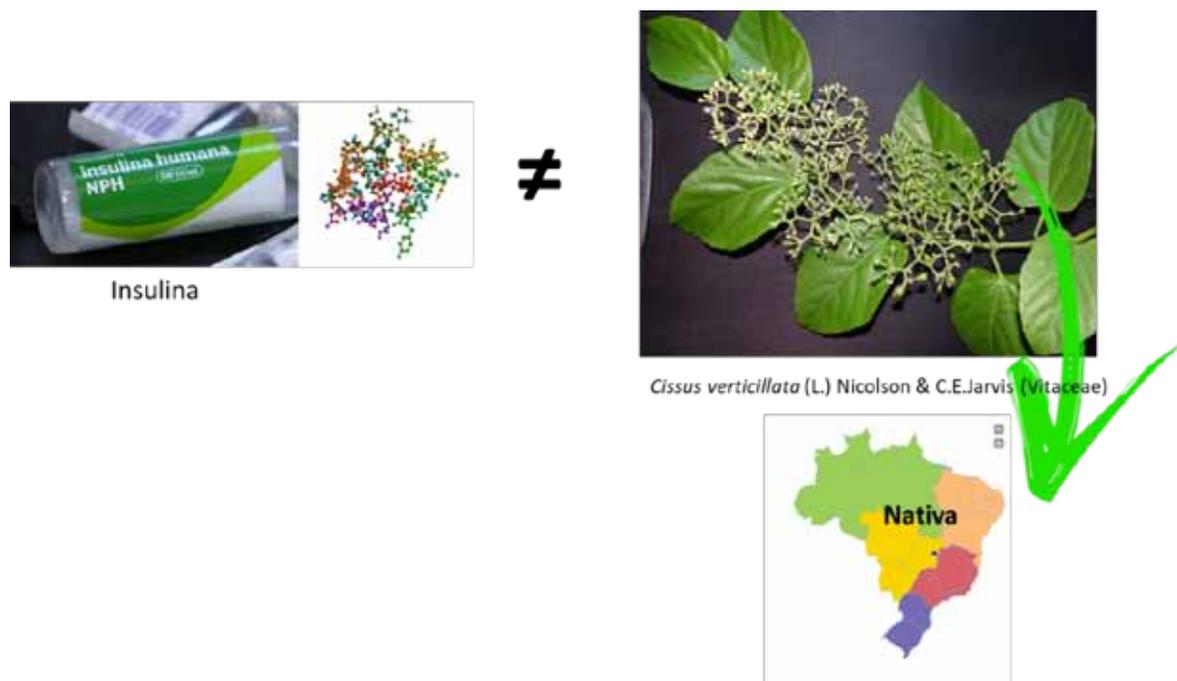
Figura 2 – Espécies de arnicas e locais de ocorrência no Brasil.⁶⁰



Outros casos dizem respeito à função, como, por exemplo, o nome “insulina” atribuído a plantas com ação hipoglicemiante do gênero *Cissus* (SIQUEIRA *et al.*, 2017) (Figura 3), bem como à atribuição de nomes comerciais de produtos farmacêuticos (medicamentos) às plantas, como por exemplo, “anador” e “novalgina”. O emprego do nome comercial do medicamento pode ocasionar confusão num atendimento em unidade de saúde, quanto à compreensão sobre o relato dos medicamentos em uso, por exemplo.

⁶⁰ Imagem de domínio público da *Solidago chilensis* Meyen, disponível no site <https://pxhere.com/pt/photo/986021>. Imagem de Rosângela Rolim da *Parophyllum ruderale*, disponível no site http://www.ufrgs.br/fitoecologia/florars/open_sp.php?img=8355. Imagem da *Arnica montana* retirada do Banco de Dados em Botânica dos Trópicos disponível no site <http://legacy.tropicos.org/Image/100179305>. Acesso em: 22 out. 2020,

Figura 3 - Insulina pode ser referir ao medicamento e a planta, ambos utilizados no tratamento da diabetes⁶¹



Conseqüentemente, ao fazer o levantamento etnobotânico das plantas medicinais utilizadas por uma dada comunidade, as entrevistas realizadas a respeito dos usos das plantas devem ser associadas à coleta do material botânico para identificação e, posteriormente, esclarecimento quanto às espécies identificadas. Para a correta identificação da espécie é necessária a colaboração de um especialista botânico e, quando possível, o depósito da amostra coletada fértil (com flores e/ou frutos, quando couber) em herbário de instituição de pesquisa. Isso reduz riscos quanto ao uso das plantas resultantes de trocas de espécies reconhecidas apenas pelo nome popular, explicitadas nas Figuras 1 e 2. Hoje, pode-se criar um “herbário eletrônico” a partir do registro das imagens das espécies no local da coleta e da digitalização do material fresco e desidratado (exsicata).

Deve-se também ter os seguintes cuidados além daqueles relacionados com a identificação:

1. É errado pensar que “se o chazinho não faz bem, mal não fará”.
2. Plantas medicinais contêm substâncias que podem intoxicar, provocar abor-

⁶¹ Imagens do acervo dos autores.

tos, alterações no feto e câncer, ou interagir com medicamentos que estão sendo usados.

3. Na gestação, em geral, deve-se evitar o uso de plantas medicinais sem orientação especializada, principalmente durante os três primeiros meses.
4. Substâncias presentes nas plantas medicinais podem ser carregadas para o leite materno.
5. Crianças e idosos são mais suscetíveis à intoxicação e, portanto, as doses para esses grupos devem ser adaptadas.
6. As plantas medicinais podem ser usadas em sintomas comuns, pouco intensos e de natureza passageira. Caso não surja o efeito esperado, isto é, não desaparecendo os sintomas, o médico deve ser procurado para evitar o agravamento da doença.
7. A automedicação só deve ser empregada em sintomas comuns, pouco intensos e de natureza passageira. Caso não haja melhora com a automedicação, um médico deve ser procurado.
8. Medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas (diabetes, pressão alta, entre outras) não devem ser suspensos por conta própria.
9. Mesmo quando indicadas corretamente, as plantas podem provocar efeitos indesejáveis, se ingeridas em grandes quantidades, em preparações muito concentradas ou por tempo prolongado. A mesma planta não deve ser usada por período superior a 30 dias sem acompanhamento médico. As plantas contêm substâncias químicas que são as responsáveis por seus efeitos terapêuticos e tóxicos; não devem ser utilizadas indiscriminadamente.
10. Não se deve misturar plantas medicinais por conta própria, pois essas misturas podem provocar reações indesejáveis ou anular o efeito medicinal.
11. Observar se a planta medicinal foi cultivada ou coletada em local inadequado: beiras de estradas, depósito de lixo, próximo de fossas ou de esgotos (podem conter agentes tóxicos, parasitas ou micro-organismos patogênicos).
12. Cuidado ao adquirir plantas medicinais: deve-se saber se é a planta correta, cultivada sem produtos químicos e isenta de contaminação. Plantas com pragas e mofo não devem ser usadas.
13. Cuidado ao armazenar as plantas, a contaminação por mofo ou insetos e a exposição ao sol e calor devem ser evitadas.

Referências bibliográficas

LORENZI, Harri; MATOS, Francisco José de Abreu. *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. 2. ed. São Paulo: Ed. Nova Odessa; Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2008.

MARCOS, Lara Susan. *Resgate e valorização do conhecimento popular das benzedadeiras: um guia fotográfico de plantas medicinais*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Dois Vizinhos, 2018.

RIBEIRO, Palmira Margarida da Costa Ribeiro. *Práticas de cura popular: uso de plantas medicinais e fitoterapia no Ponto de Cultura Os Tesouros da Terra e na Rede Fitovida na região serrana-Lumiar/Rio de Janeiro (1970-2010)*. 2014. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fiocruz; Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

SIQUEIRA, Bruno Vilson Leal *et al.* The regionalization of medicalized vernacular names of medicinal plants in Brazil. *Scientometrics*, v. 110, n. 2, p. 945-966, 2017.

Dicas de leituras

LÍRIO, Elton John de; SARNAGLIA JÚNIOR, Valderes Bento. *E se as plantas não tivessem nome? A importância do Código de Nomenclatura Botânica. Simpósio sobre a biodiversidade da Mata Atlântica, III. 2014.* Disponível em: <http://www.sambio.org.br/simbioma/simbioma%20iii/05.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MAREÁ, Aline; DIAS, Maria Cristina. *Livreto ervas curativas.* São Paulo: issuu.com [site], out. 2020. Disponível em: https://issuu.com/ervascurativas/docs/livreto_ervas_curativas. Acesso em: 19 out. 2020.

Dicas de vídeos

Fitoterápicos têm eficácia comprovada e registro na Anvisa. Entrevista ao canal do YouTube TV BrasilGov sobre o uso de plantas medicinais como remédio. 1 vídeo (12:27). Exibido em: 22 jul. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aa-Q32PcTbM>. Acesso em: 19 out. 2020.

Guia orienta população para o uso seguro das plantas medicinais. O Guia informativo sobre plantas medicinais lista e identifica as ervas por nomes científicos e populares, orienta sobre o momento adequado para coleta, seleção das folhas e modo de preparo dos chás. 1 vídeo (3:45). Exibido em: 17 ago. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tRmsy-s9MDA>. Acesso em: 19 out. 2020.



Mulungu
Erythrina verna Vell.

Eixo 8

A sistematização dos saberes sobre as plantas e da experiência formativa

Estamos falando, então, de experiências vitais, carregadas de uma enorme riqueza acumulada de elementos que, em cada caso, representam processos inéditos e irrepetíveis. É por isso que é tão apaixonante a tarefa de compreendê-las, extrair seus ensinamentos e comunicá-los

*Oscar Jara Holliday*⁶²

Encontros para partilhas e trocas

Chegamos ao último eixo desta caminhada, dedicado à sistematização geral da experiência vivida, das aprendizagens que surgiram, dos saberes sobre as plantas, das dúvidas que ainda existem e das possibilidades que se abrem a partir da chegada ao final da trilha.

Como dissemos lá no início, a sistematização é o processo de construção da síntese de uma experiência. Esse processo deve ser permeado por uma interpretação crítica, capaz de problematizar a realidade vivida. Oscar Jara diz que é

[...] retirar da experiência vivida os elementos críticos que nos permitam dirigir melhor nossa ação para fazê-la transformadora, tanto da realidade que nos rodeia, como de nós mesmos como pessoas. (2012, p. 26).

A sistematização é uma forma de produção de conhecimento pela qual o saber se constitui pela e na experiência, um processo coletivo de reflexão sobre a realidade, de leitura do mundo e de narrativa de nossas próprias histórias.

⁶² HOLLIDAY, Oscar Jara. *Para sistematizar experiências*. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2006. Disponível em: https://www.mma.gov.br/estruturas/168/_publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

Para Falkembach, a sistematização:

Recupera o que as pessoas sabem da sua experiência. Registra os acontecimentos e as interpretações que estes sujeitos têm sobre eles. Cria espaço para que essas interpretações sejam discutidas. Procura localizar as contradições e enfrentá-las. Procura ver as relações entre os acontecimentos, reflete sobre o comportamento e evolução dos mesmos. Situa a experiência vivida num plano maior. Transforma a própria experiência em objeto de estudo. Com isso vai havendo uma aproximação de conceitos entre os agentes da prática e, ao mesmo tempo, aprofunda-se o conhecimento do contexto onde ele se realiza. (FALKEMBACH, 1991, p. 11).

Considerando sua amplitude, propomos que seja, primeiramente, finalizada a sistematização dos saberes sobre as plantas medicinais, e a feitura do herbário, de acordo com a técnica que vocês decidiram desenvolver. Lembrem-se que o herbário será um recurso importante para ajudar na mediação das informações sobre o uso das plantas e na integração entre os serviços de saúde, as escolas, outras instituições e projetos sociais e a comunidade em geral.

Num segundo momento, e num plano mais amplo, a sistematização deve abranger toda a experiência vivida por vocês, em termos pedagógicos, filosóficos, políticos, afetivos, éticos, ecológicos e outros que acharem pertinentes. O processo envolve recuperar e organizar as ideias compartilhadas, analisar as práticas vivenciadas, promover sínteses e conclusões, e socializar, passando adiante as aprendizagens e os saberes que se tornaram possíveis pela experiência.

A sistematização envolve também uma avaliação da experiência, contemplando a relação entre o que foi concebido e o que aconteceu, para identificar tensões, pontos críticos e dificuldades que precisam ser revistos na construção de novos projetos. Além disso, é importante refletir sobre a experiência formativa, atribuindo valores a ela e à participação de cada um, fazendo da sistematização um processo avaliativo alinhado à perspectiva da educação popular, isto é: que não objetiva determinar uma nota como um corte entre os aptos e os não aptos, mas considerar o valor da experiência para cada um e para o coletivo, levando em conta diferentes aspectos.

Nossas indagações são: como foi para vocês essa travessia? Os encontros? Em que momentos os encontros ampliaram a potência? Em que momentos diminuíram? O que foi fácil? O que foi difícil? As atividades propostas foram realizadas? Qual foi o envolvimento de cada um e do coletivo no processo? O que doaram? O que perderam? O que receberam? O que ficou? O que afetou? Do que não gostaram? O que deixar para trás e o que levar adiante? O que vocês alterariam?

Registrem as reflexões e pensem em como expressar uma síntese da experiência para a comunidade, em um grande encontro de apresentação das hortas, das plantas, do herbário e de toda a vivência realizada.

No processo de sistematização podem ser produzidos textos, poesias, encenações, cartazes, estandartes, faixas, mandalas ou qualquer outra linguagem e recurso que expressem a trajetória realizada. O fundamental é que a tessitura seja coletiva, com chita e outros tecidos, fitas e outros adornos que possam gravar as aprendizagens, as memórias, as tradições de uso das plantas, ou qualquer elemento que tenha sido significativo para vocês.

Esperamos que a chegada ao final da trilha seja mais um ponto de partida. Continuem trilhando, e lembrem-se do que contou Eduardo Galeano, sobre o seu amigo Fernando Birri, diretor de cinema argentino, quando em uma palestra lhe foi perguntado “para que serve a utopia?” Birri, então, teria respondido:

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Na caminhada, semeiem o cuidado e fortaleçam o direito à saúde!

Referências bibliográficas

FALKEMBACH, Elsa Maria Fonseca. *Sistematização*. Ijuí, RS: Unijuí, 1991. (Educação Popular, I).

HOLLIDAY, Oscar Jara. *Sistematização de experiências, prática e teoria: para outros mundos possíveis*. Brasília, DF: Cotag, 1a. Edição, 2012.

Breve histórico das espécies ilustradas

Paulo Henrique Oliveira Leda
Leila Mattos

Andiroba

Carapa guianensis Aubl.

O nome botânico “carapa” tem origem na denominação indígena da planta e “guianensis” deriva da Guiana, onde a espécie foi primeiramente descrita no ano de 1775 pelo botânico francês Jean-Baptiste C. Fuscé Aublet que, frequentemente, empregava nomes indígenas na nomenclatura botânica (MUT, 2018; MARTINS-DA-SILVA, 2002). O nome popular “andiroba” deriva do tupi “yandyroba”, que significa “azeite amargo” (yandy, azeite; e ob, amargo) (FIGUEIREDO, 2019). O óleo misturado com o corante de urucum (*Bixa orellana* L.) é usado pelos indígenas há muitas gerações em virtude da ação repelente contra insetos (PINTO, 1956). Os índios Mundurucus usavam o óleo para mumificar a cabeça dos inimigos. Os Wayãpi e Palikur usam o óleo para remover carrapatos e piolhos. Conhecida como angirova, carapa, carapinha, camaçari e castanha-mineira pelas populações tradicionais do norte do Brasil que costumam usar o óleo, puro ou diluído, para aliviar dores reumáticas e musculares, em compressas e fricções, por seu poder anti-inflamatório. O uso medicinal da andiroba é conhecido na Guatemala, Peru, Colômbia, Panamá, Trinidad, Venezuela e Brasil (SOUZA *et al.*, 2006). A espécie foi incluída no Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (PPPM/Ceme) em 1982 (BRASIL, 2006) e na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde – ReniSUS (BRASIL, 2009).

Angico

Anadenanthera colubrina (Vell.) Brenan

O nome do gênero botânico *Anadenanthera* faz alusão à antera (porção terminal do estame das flores) sem glândulas e o epíteto *colubrina* vem do latim “coluber”, que significa relativo ou semelhante à cobra, referindo-se à suposta aparência do tronco da árvore com esse animal (FERES, 2013). O uso de plantas enteógenas (que produzem alteração da consciência quando ingeridas) por populações indígenas constitui parte integrante de suas culturas. A propriedade delas de alterar a percepção, transportando temporariamente o usuário a um mundo simbólico, vem a ser um intermediário eficaz entre o mundo real e o espiritual. Investigações a respeito desse uso lançou as bases da psicofarmacologia. É notável o fato de culturas diversas terem encontrado, no ecossistema em que vivem, espécies vegetais distintas, mas com princípios ativos iguais ou similares. Ou seja, plantas sagradas de diferentes culturas e regiões possuem DMT (N, N-dimetiltriptamina), substância identificada pela primeira vez na jurema (*Mimosa tenuiflora* (Willd.) Poir.), em 1946. Todas as plantas americanas possuidoras de DMT e seus derivados e, por sua vez, sagradas para os indígenas, foram alvo de perseguições pela Igreja Católica e pela administração do Brasil colonial. Com a semente do angico é preparado um rapé, cujo uso se insere numa ampla tradição indígena de consumo de plantas psicoativas (TORRES; REPKE, 2006; ALTSCHUL, 1972). O angico, também conhecido como mamica-de-porca, é muito usado na medicina popular em infusão, maceração e tinturas como antidiarréico e expectorante, nas afecções pulmonares e das vias respiratórias. A casca é rica em taninos e apresenta propriedades adstringente, depurativa e hemostática, além de ser útil nas doenças do sistema geniturinário feminino. É também muito usado pela população sertaneja para dores reumáticas, inflamações dermatológicas e úlceras externas (BURTON, 1976). A espécie foi incluída na primeira edição da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926).

Aroeira

Schinus terebinthifolia Raddi

O nome do gênero botânico *Schinus* deriva do grego e significa “lentisco”, em alusão a uma árvore muito similar à aroeira e “terebinthifolia” significa “como folha de terebinto”, outra espécie muito comum na Europa (GLEDHILL, 2008). O uso medicinal da aroeira foi registrado pelos naturalistas Guilherme Piso (1611-1678) e Johann Baptist von Spix (1781-1826) e Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-

1868) (PISO, 1948; SPIX; MARTIUS, 1981). Eles mencionaram a aplicação do emplastro da resina das cascas ou do óleo dos frutos no combate às afecções de pele. Richard F. Burton (1821-1890) cita que as folhas eram usadas como epispástico (vesicante, irrita a pele), a decocção serve para aliviar o reumatismo e outras enfermidades; e a resina, obtida de seus cachos de frutas vermelhas, tem aroma agradável, mas deve ser evitada (BURTON, 1976). Dizem que quem dorme à sombra da aroeira sofre com tumores nas juntas, e as pessoas muito sensíveis que passam perto da árvore sofrem de inchaço no rosto. Os índios usavam o sumo verde dos ramos novos para moléstias dos olhos. Segundo Manoel Pio (1874-1934), a aroeira é uma planta adstringente, tônica, estimulante e antinevrálgica (atua na dor no nervo). Porém, mostra-se tóxica, devendo ser usada com precaução (CORRÊA, 1984). É usada nos cultos afro-brasileiros, nos quais é conhecida como àjôbi. E também conhecida como aroeira-mansa, aroeira-pimenteira, fruto-de-sabiá e abacaíba. Suas cascas, fervidas e cozidas, são utilizadas em banhos de assento como anti-inflamatório e cicatrizante após o parto, bem como no tratamento das doenças dos sistemas geniturinário feminino e respiratório, como nos casos de hemoptise e hemorragia uterina. A infusão das folhas é indicada contra febres, gripes, problemas no trato urinário, excesso de sangramento menstrual e inflamações em geral. Todas as partes da planta, em infusão ou tintura, utilizadas externamente, têm ação antisséptica, bactericida, antifúngica e antiviral. O óleo, aplicado diretamente no local, é usado para dor de dente e como cicatrizante em ferimentos, micoses, queimaduras e escaras. Consta na primeira edição da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926); na década de 1980 fez parte do Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (BRASIL, 2006), integra a ReniSUS (BRASIL, 2009) e o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira - FFFB (BRASIL, 2011), e foi incluída na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename (BRASIL, 2015).

Aroeira do Sertão

Astronium urundeuva (M. Allemão) Engl. (Sinonímia:
Myracrodruon urundeuva M. Allemão)

O nome do gênero botânico *Astronium* deriva da palavra grega e significa “estrela”, em alusão ao cálice floral, que possui cinco segmentos - formato estelar (SANTIN, 1989). O epíteto *urundeuva* tem origem indígena (guarani) e refere-se à resistência da madeira à água (madeira que não apodrece). Por sua vez, *Myracrodruon* deriva do grego “myra” que significa “bálsamo” e “crodrupon” drupa, em alusão ao fruto que é balsâmico. Aroeira vem de arara, árvore em que essa ave costuma pouso e nidificar (CARVALHO, 2003). Conhecida também como uriunduba, almece-

ga, aroeira-do-campo e aroeira-preta tem uso tradicional como adstringente, balsâmica, analgésica, cicatrizante, anti-inflamatória, antibacteriana e hemostática. Por essas características é predominantemente indicada no tratamento de feridas e condições inflamatórias relacionadas a doenças ginecológicas e feridas em geral (MAGALHÃES; BANDEIRA; MONTEIRO, 2020).

Barbatimão

Stryphnodendron adstringens (Mart.) Coville

O nome do gênero botânico *Stryphnodendron* deriva da associação das palavras “stryphnos” e “dendro”, em que a primeira significa adstringente e a segunda, madeira (POTT; POTT, 1984), isto é, madeira adstringente. Recebeu a denominação *adstringens* devido à alta concentração de tanino na casca que é o responsável pela forte adstringência das cascas. O nome indígena “yba timõ” significa “árvore que aperta”. Foi descrita por Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-1868) em 1837. O gênero *Stryphnodendron* é tipicamente brasileiro, visto que aqui ocorrem 94% dos táxons que o compõem (OCCHIONI, 1990). Além de Martius, a espécie foi também estudada por vários naturalistas europeus que visitaram o Brasil no Século 19: Auguste P. Saint-Hilaire (1779-1853), Bernardino A. Gomes (1768-1823), Georg H. Von Langsdorff (1774-1852), Johann E. Pohl (1782-1834) (SAINT-HILAIRE, 1975; GOMES, 1972; SILVA, 1997; POHL, 1976). O uso da planta pela população brasileira, que também a conhece como paricarana, ibatimô, verna, barba-de-timan e picarana, faz-se especialmente sob a forma de banhos com fins adstringentes. Segundo Gomes (1972), era muito procurada por prostitutas para fazer banhos da genitália, origem do nome “cascada-virgindade”. Em forma de chá é muito utilizada nas afecções escorbúticas, blenorragia, diarreia, hemorragia, hemoptises e leucorreia. Foi incluída na primeira edição da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926). Fez parte do PPPM/Ceme (BRASIL, 2006) do Ministério da Saúde e incluída na ReniSUS (BRASIL, 2009).

Espinheira-santa

Monteverdia ilicifolia (Mart. ex Reissek) Biral (Sinonímia: *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek)

O nome do gênero botânico *Maytenus* deriva do nome popular chileno “maiten”, atribuído pelo francês Louis Éconches Feuillée em 1725 (GUIMARÃES *et al*, 2020). O epíteto *ilicifolia* significa “como ou semelhante à folha de azevinho”. Trata-se de

uma planta muito popular do mediterrâneo europeu que apresenta as folhas com o limbo espinhoso, uma característica da espinheira-santa. Os botânicos basearam-se nesse padrão de folhas (coriáceas, com bordos serreados e crenados e frequentemente com espinhos no limbo) para dar o nome botânico à espécie brasileira. Em revisão botânica recente, a espécie foi reclassificada para o gênero *Monteverdia*. A denominação deste gênero foi dada em homenagem à Manuel de Monteverde y Bello (1793-1871) pelo botânico francês Achille Richard em 1845, por suas contribuições à botânica (SANTOS; JIMÉNEZ, 1997). Em 1922, o professor Aluizio França, da Faculdade de Medicina do Paraná, durante uma viagem ao interior do estado, observou resultados positivos de indivíduos que usaram a espinheira-santa e resolveu estudá-la (CORREA, 1984; SANTOS-OLIVEIRA; COULAUD-CUNHA; COLAÇO, 2009). Meses depois, relatou seu sucesso ao empregá-la no tratamento de pacientes portadores de úlcera gástrica em comunicação à Sociedade de Medicina do Paraná. O Dr. Monteiro da Silva, fundador do laboratório Flora Medicinal no Rio de Janeiro, iniciou a administração da planta em pacientes ambulatoriais e defendeu sua aprovação (ALVES, 2013). Conhecida também como cancorosa e sombra-de-touro, combate azia e dores gástricas, tonifica a função hepática, tem propriedades analgésica, cicatrizante, contraceptiva e diurética. Na década de 1980, a espinheira-santa foi uma das espécies estudadas pelo PPPM/Ceme (BRASIL, 2006). Hoje faz parte da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado da Anvisa (BRASIL, 2014) e consta na Rename (BRASIL, 2015).

Guaco

Mikania glomerata Spreng.

O nome do gênero botânico *Mikania* é uma homenagem feita por Carl Ludwig Willdenow (1765-1812), em 1804, à Joseph Gottfried Mikan (1743-1814) por suas contribuições científicas para a botânica. O epíteto *glomerata* refere-se aos seus capítulos florais, dispostos em panículas de glomérulos (NAPIMOGA; YATSUDA, 2010). O nome “guaco” sugere uma corruptela do nome quíchua (huaco), que faz alusão ao nome de uma ave descrita pelo naturalista espanhol José Celestino Mutis. Essa ave capturava cobras para se alimentar e usava uma planta pertencente ao mesmo gênero para se proteger do veneno (QUATTROCCHI, 2012; PENNA, 1930), a qual recebeu o nome botânico de *Mikania guaco* Bonpl. Com esse nome vulgar, Corrêa (1984) distinguiu seis espécies no Brasil. Também chamado de gaico, cacalia e uaco, é usado principalmente nas afecções do trato respiratório como asma, tosse, bronquite e resfriados na forma de xarope. Tem propriedades broncodilatador, expectorante, anti-inflamatório, antisséptico, analgésico, antir-

reumática, diurética e contra picada de insetos. O chá ou sumo da planta fresca é usado externamente como compressas locais ou banhos em casos de dermatite e micoses. O guaco foi incluído na primeira edição da Farmacopeia Brasileira (1926). Na década de 1980, fez parte do PPPM/Ceme do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Foi incluído no FFFB (BRASIL, 2011) e na Rename (BRASIL, 2015).

Guaraná

Paullinia cupana Kunth

O nome do gênero botânico *Paullinia* é uma homenagem ao médico e botânico alemão Charles F. Paullini (1643-1742) (WALKER *et al*, 2000). O naturalista Alexandre von Humboldt (1769-1859), quando procurava a passagem do Rio Orinoco com o Rio Negro no Amazonas, identificou o guaranazeiro como sendo cupana (nome popular na Venezuela), por isso a denominação, de *Paullinia cupana* (ATROCH; NASCIMENTO FILHO, 2018). Quanto ao nome guaraná, duas definições a respeito de sua origem foram relatadas: a primeira menciona que deriva do tupi “uara” (senhor, morador, residente, nativo) + “nã” (certo, positivo, verdadeiro) ou “bebida dos senhores” (NASCIMENTO *et al*, 2001) e a segunda “wara’ná” que significa “planta que se apoia sobre as outras” (ARAÚJO *et al*, 2009). O primeiro europeu a mencionar o uso do guaraná foi o jesuíta João Felipe Bettendorf (SCHIMPL *et al*, 2013), em 1669, ao observar que os indígenas, após coletarem os frutos e desidratá-los, os transformavam em pó e, posteriormente, em bolas ou bastões que eram consumidos dissolvidas em água: “dão tanta força como bebida que indo à caça um dia até outro não sentem fome, além do que tiram febres, câibras e dores de cabeça”. Segundo a lenda indígena, o deus Tupã abençoou um casal com um menino bonito, gentil e muito inteligente. No entanto, enquanto a criança crescia, o demônio Jurupari começou a invejá-la; assim, transformou-se em cobra e picou o pequeno, que morreu. Tupã, comovido pela tristeza dos pais e de toda a aldeia, ordenou que os olhos do menino fossem enterrados no solo, de onde brotaria uma planta cujos frutos os fariam felizes. O guaraná foi domesticado no Brasil na região entre os Rios Tapajós e Madeira na Amazônia Central pela etnia indígena Sateré-Maué. Por isso, são conhecidos como “filhos do guaraná” e reconhecidamente são grandes especialistas no cultivo e beneficiamento dessa planta (NASCIMENTO FILHO, 2001; HOMMA, 2014), que também é conhecida como guaraná-cipó, guaraná-uva e urana e tem propriedades energética, estimulante, antidiarréica, afrodisíaca e antiesclerótica. O pó feito das sementes secas e misturado com água é uma bebida estimulante das funções cerebrais, é empregada como energética, porém, sem aumentar o ritmo cardíaco, estabiliza a temperatura corporal e é um

poderoso tônico estomacal. Desperta o apetite, previne dispepsias, flatulências e prisão de ventre. Nos últimos anos surgiram no mercado inúmeras bebidas consideradas energéticas que apresentam entre seus constituintes o guaraná, o qual faz parte da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado da Anvisa (BRASIL, 2014).

Ipê-roxo (espécie ilustrada na capa)

Handroanthus impetiginosus (Mart. ex DC.) Mattos

O nome do gênero botânico *Handroanthus* resulta da união das palavras “handro”, em homenagem ao botânico brasileiro Oswaldo Handro (1908-1986) feita por João Rodrigues de Mattos, e “anthus” que significa flor (UNICENTRO, *online*). O epíteto *impetiginosus* vem do uso relatado pelo naturalista Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-1868) para o tratamento do impetigo, uma doença de pele. Descreve-se, também, a extração de um óleo da casca que é usado para tratar feridas e úlceras nas pernas e em outras partes do corpo (CORREA, 1984). O nome “ipê” tem origem tupi e significa “árvore cascuda”. Outro nome usado, “pau d’arco” se refere ao uso da espécie na confecção de arcos e flechas pelos indígenas. Os índios Guarani e Tupi chamam a árvore de “tajy”, o que significa “ter força e vigor” e usam a casca para o tratamento de várias enfermidades (CASTELLANOS; PRIETO; HEINRICH, 2009). Esta árvore de belíssimas flores roxas, além de pau d’arco, é também conhecida no interior do Brasil como ipê-uva e piúva. A parte da planta mais utilizada é a entre-casca que, na forma de pó, decocto ou tintura tem propriedades anti-inflamatória, cicatrizante, analgésica, sedativa, tônica e antimicrobiana. É indicada em casos de úlceras varicosas, feridas de qualquer origem, varizes e hemorroidas, reumatismo, artrite, doenças de pele, eczemas, gastrite, inflamação intestinal, inflamação do aparelho genital feminino, cistite, bronquite e anemia. Incluída na ReniSUS (BRASIL, 2009) e no primeiro suplemento do FFFB (BRASIL, 2018).

Macela

Achyrocline satureioides (Lam.) DC.

O nome do gênero botânico *Achyrocline* resulta da união das palavras gregas “achyros”, que significa vegetação rasteira, e “kline”, que significa “cama”, provavelmente em alusão ao receptáculo um tanto fragmentado do gênero (SUAREZ; VIANCO, 2019). O epíteto *satureioides* foi atribuída pelo botânico Jean-Baptiste de Lamarck (1744-1829) em decorrência da semelhança com o gênero *Satureja*.

Ele foi o primeiro botânico a descrevê-la, em 1788 (DEBLE, 2007). O nome popular “macela” ou “marcela” é usado desde o Brasil colonial, em razão da semelhança do botão floral com uma pequena maçã. Conhecida pelos indígenas Guarani como “jate’i-caá” (RETTA *et al*, 2012), foi mencionada pelo naturalista Auguste de Saint-Hilaire (1779-1853) que fez expedições científicas no Brasil entre os anos de 1816 a 1822. Muito conhecida pelos nomes de macelinha e carrapichinho-de-agulha, é usada em forma de infusão, tintura e inalação. Auxilia no combate a insônia, alivia asma e tosse, controla o colesterol e estimula a circulação capilar prevenindo a queda de cabelos. Ao analisar seus registros históricos, identificou-se o registro do uso da macela no combate à dor e em banhos (BRANDÃO *et al*, 2012). Incluída na primeira edição da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926), integrou o PPPM/Ceme (BRASIL, 2006). Hoje faz parte do FFFB (BRASIL, 2011). Face a importância biocultural, em 2002, o governo do Rio Grande do Sul a escolheu como símbolo de planta medicinal do estado, por meio da Lei nº 11.858/2002.

Maracujá

Passiflora edulis Sims e *Passiflora alata* Curtis

O nome do gênero botânico *Passiflora* foi dado pelos sacerdotes espanhóis e tem como referência a sua flor, que é considerada a “flor da paixão”, segundo o naturalista espanhol Monardus, em 1569 (DHAWAN; DHAWAN; SHARMA, 2004). “*Edulis*” significa “comestível, alimento” e “*alata*”, “alada, com asa” em alusão ao formato das folhas (VILLAMIL MONTERO, 2017). Vários tipos de maracujás já eram conhecidos e utilizados pelos povos nativos do Brasil, que a nomearam de “murucuiyá”, que em tupi significa “planta que faz vaso”, pois quando se tira a semente, a casca do fruto fica inteira formando um vaso (RODRIGUES, 1992). O fruto *in natura*, o suco, a farinha da casca ou suas folhas secas, preparadas como infusão ou tintura, são amplamente usadas como sedativo natural, mas também apresentam propriedades diurética, depurativa, antitérmica, vermífuga e antiespasmódica. É usado popularmente no combate à dor de cabeça de origem nervosa, ansiedade, insônia, taquicardia, nevralgia e asma. Fez parte do PPPM/Ceme (BRASIL, 2006). Está incluída no FFFB (BRASIL, 2011) e na Instrução Normativa nº 2 da Anvisa como Produto Tradicional Fitoterápicos (BRASIL, 2014).

Mulungu

Erythrina verna Vell.

O nome do gênero botânico *Erythrina* vem do grego “erythros”, que significa vermelho, em alusão à cor de suas flores. O epíteto *verna* origina-se do latim “vernus” que significa primavera, em decorrência do aparecimento das flores nessa época do ano (MARTINS; TOZZI, 2018; GILBERT; FAVORETO, 2012). Mulungu é empregado para designar o “ser supremo” em 25 línguas e dialetos do leste africano, sendo associado ao trovão, ao relâmpago e à chuva. Entre as diversas espécies utilizadas como sucedâneas para substituir as plantas africanas, as plantas do gênero *Erythrina* provavelmente foram identificadas pela população vinda da África, que as nomearam mulungu, passando a consumi-las tanto na medicina como em rituais. No candomblé Ilê Axe Ewe Fun Mi, de tradição Queto de São Paulo, o mulungu é planta pertencente a Egungum, que segundo ele são espíritos, monstros. Informa, ainda, que as folhas batidas com outras plantas são utilizadas em rito fúnebre e para “descarrego”, ou seja, têm ação de afastar forças negativas de pessoas ou ambientes. Além disso, o decocto feito com lascas do tronco ou da raiz do mulungu é oferecido aos iniciantes durante o tempo de reclusão exigido a fim de deixá-los tranquilos e relaxados (CAMARGO, 1997; CAMARGO, 1998). Essa planta, de lindas flores vermelhas e magnífico efeito ornamental, é também conhecida popularmente como suinã, corticeira e sananduva e apresenta atividades medicinais. Chamada de valeriana brasileira tem propriedades anticonvulsivante, ansiolítica, analgésica e antibacteriana. A decocção das cascas do caule é empregada na medicina popular como sedativo para acalmar ansiedade, tosses nervosas, agitação psicomotora e insônia, além de se mostrar eficaz contra a síndrome do pânico e outras desordens do Sistema Nervoso Central. No que se refere ao uso oficial, a *E. verna* foi incluí-la na 1ª edição da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926) e no FFFB (BRASIL, 2011).

Referências Bibliográficas:

- ALTSCHUL, Siri von Reis. *The genus Anadenanthera in Amerindian Cultures*. Mass. Cambridge, Massachusetts: Harvard University, 1972. Disponível em: https://www.samorini.it/doc1/alt_aut/ad/altschul-the-genus-anadenanthera-in-amerindian-cultures.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.
- ALVES, Lucio Ferreira. Laboratório Flora Medicinal: marco no estudo das plantas medicinais brasileiras. *Revista*

Fitos, 2013 1(2): 30-40. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19134>. Acesso em: 31 out. 2020.

ARAUJO, Indramara Lobo de; FREITAS, Danival Vieirade; SILVA, Carlos Gustavo Nunes; ASTOLFI-FILHO, Spartaco. Guaraná: os segredos moleculares de uma planta lendária. *Ciência Hoje*. 2009, 43: p. 30-35. Disponível em: <https://www.skoob.com.br/ciencia-hoje-volume-43-n-256-janeirofevereiro-2009-200522ed223954.html>. Acesso em: 31 out. 2020.

ATROCH, André Luiz; NASCIMENTO FILHO, Firmino José. do Guarana - Paullinia cupana Kunth var. sorbilis (Mart.) Ducke. In: Rodrigues S, de Oliveira Silva E, de Brito ES, editors. *Exotic Fruits*: Academic Press, 2018. p. 225-236. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128031384000290?via%3Dihub>. Acesso em: 31 out. 2020.

BRANDÃO, Maria G. L; PIGNAL, Marc; ROMANIUC, Sergio; GRAEL, Cristiane Fernanda Fuzer; FAGG, Christopher Willam. Useful Brazilian plants listed in the field books of the French naturalist Auguste de Saint-Hilaire (1779-1853). *Journal of Ethnopharmacology*. 2012; 143: p. 488-500. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874112004692?via%3Dihub>. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. *A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira*. Brasília: Anvisa, 2011. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/14/Formulario-de-Fitoterapicos-da-Farmacopeia-Brasileira-sem-marca.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. *Instrução Normativa nº 02, de 13 de maio de 2014 - Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado e Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado*. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/int0002_13_05_2014.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. *Pharmacopeia Brasileira*. Decreto nº 17.509 de 4 de novembro de 1926. Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Brasil, 1926.

BRASIL. *Plantas Medicinais de Interesse ao SUS - ReniSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/marco/ms_relacao_plantas_medicinais_sus_0603.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

- BRASIL. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_essenciais_rename_2014.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.
- BRASIL. Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira - Primeiro Suplemento. Brasília: Anvisa, 2018. Disponível em: <http://www.anfarmag.com.br/ler-comunicado/primeiro-suplemento-do-formulario-de-fitoterapicos-da-farmacopeia-brasileira>. Acessado em: 31 out. 2020
- BURTON, Richard Francis. *Viagem do Rio de Janeiro a Morro Velho*. Belo Horizonte: Itatiaia/EDUSP, 1976.
- CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. Contribuição ao estudo etnobotânico de plantas do gênero *Erythrina* usadas em rituais de religiões afro-brasileiras. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*. 1997: p. 179-189. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rieb/article/download/73476/77195>. Acesso em: 31 out. 2020.
- CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. *Plantas medicinais e de rituais afro-brasileiros II: estudo etnofarmacobotânico*. São Paulo: Ícone. 1998.
- CARVALHO, Paulo Ernani Ramalho. *Aroeira-verdadeira: taxonomia e nomenclatura*. Colombo - PR: Embrapa, 2003. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/312989/1/CT0082.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.
- CASTELLANOS, Jose Rubén Gómez; PRIETO, José Maria; HEINRICH, Michael. Red Lapacho (*Tabebuia impetiginosa*) - a global ethnopharmacological commodity? *Journal of Ethnopharmacology*. 2009; 121: p. 1-13. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378874108005631?via%3Dihub>. Acesso em: 31 out. 2020.
- CORREA, Manuel Pio. *Dicionário das Plantas Úteis do Brasil e das Exóticas Cultivadas*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura, IBDF; 1984.
- DEBLE, Leonardo Paz. O gênero *Achyrocline* (Less.) DC.(Asteraceae: Gnaphalieae) no Brasil. (Doutorado). Pós-graduação em Engenharia Florestal, Universidade Federal de Santa Maria, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/3711>. Acesso em: 31 out. 2020.
- DHAWAN, Kamaldeep; DHAWAN, Sanju; SHARMA, Anupam. Passiflora: a review update. *Journal of Ethnopharmacology*. 2004; 94: p. 1-23. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378874104000856?via%3Dihub>. Acesso em: 31 out. 2020.

FERES, Juliana Massimino. *Diversidade genética, fluxo gênico e sistema de cruzamento de Anadenanthera colubrina (Vell.) Brenan e Anadenanthera peregrina (L.) Speg: duas espécies que ocorrem em alta densidade no interior do Estado de São Paulo*. (Doutorado). Programa Pós-Graduação em Genética. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17135/tde-21052014-105106/publico/DoutoradoJulianaMassiminoFeres.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. Mairi dos tupinambá e Belém dos portugueses: encontro e confronto de memórias. In: AMORIN, Maria Adelina; FIGUEIREDO, Aldrin Moura de; SARGES, Maria de Nazare (Orgs.). *O imenso Portugal: estudos luso-amazônicos*. EDUFPA: Belém, 2019.

GILBERT, Benjamin; FAVORETO, Rita. *Erythrina* sp. Fabaceae (Leguminosae, Faboideae). *Revista Fitos*. vol. 7, 2012, p. 185-197. Disponível em: <https://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/152>. Acesso em: 31 out. 2020.

GLEDHILL, David. *The Names of Plants*. Cambridge University Press, 2008.

GOMES, Bernardino Antonio. Observações botânico-médicas sobre

algumas plantas do Brasil, Memórias da Real Academia das Sciencias de Lisboa, t. III, 1812, 1812, pp. 1-104. In: GOMES, Bernardino Alves. *Plantas medicinais do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1972.

GUIMARÃES, Lorena Diniz; AMARAL, Fernanda Moreira do; SANTOS, Natalia Barros dos; JOFFILY, Ana; ANHOLETI, Maria Carolina; PAIVA, Selma Ribeiro de. A chemophenetic study of the genus *Maytenus* s.l. (Celastraceae): contribution to the rational search of its bioactive metabolites. *Rodriguésia*. Rio de Janeiro v. 71, 2020; Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-78602020000100720&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 nov. 20

HOMMA, Alfredo Kingo Oyama. Guaraná: passado, presente e futuro. In: HOMMA, Alfredo Kingo Oyama. *Extratativismo vegetal na Amazônia: história, ecologia, economia e domesticação*. Embrapa: Brasília, DF. 2014. Disponível: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/1016568/1/Cap23.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

MAGALHÃES, Karla do Nascimento; BANDEIRA, Mary Anne; MONTEIRO, Mirian Parente. *Plantas medicinais da caatinga do nordeste brasileiro: etnofarmacopeia do Professor Francisco José de Abreu Matos*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020. Disponível em: <http://www>.

repositorio.ufc.br/handle/riufc/54867. Acesso em: 31 out. 2020.

MARTINS, Milena Ventrichi; TOZZI, Ana Maria Goulart de Azevedo. Nomenclatural and taxonomic changes in Brazilian Erythrina (Leguminosae, Papilionoideae, Phaseoleae). *The Journal of the Torrey Botanical Society*. 2018 ;145: p. 398-402. Disponível em: <https://bioone.org/journals/the-journal-of-the-torrey-botanical-society/volume-145/issue-4/TORREY-D-18-00003.1/Nomenclatural-and-taxonomic-changes-in-Brazilian-Erythrina-Leguminosae-Papilionoideae-Phaseoleae/10.3159/TORREY-D-18-00003.1.short>. Acesso em: 31 out. 2020.

MARTINS-DA-SILVA, Regina Célia Viana. *Coleta e identificação de espécimes botânicos*. Embrapa Amazônia Ocidental – Belém-PA. EMBRAPA Amazônia Oriental: Belém do Pará, 2002. Documentos, 143. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/405766/1/OrientalDoc143.PDF>. Acesso em: 31 out. 2020.

MUT, Jose A. Mari. Notes on the etymology of Aublet's generic names. *edicoesdigitales.info*, 2018. Disponível em: <https://archive.org/details/aubletgen>. Acesso em: 31 out. 2020.

NAPIMOGA, Marcelo Henrique; YATSUDA, Regiane. Scientific evidence

for Mikania laevigata and Mikania glomerata as a pharmacological tool. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2010; 62: p. 809-820. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1211/jpp.62.07.0001>. Acesso em: 31 out. 2020.

NASCIMENTO FILHO, Firmino José; GARCIA, Terezinha Batista; SOUSA, Nelcimar Reis; ATROCH, André Luiz. Recursos genéticos de guaraná. *Embrapa Amazônia Ocidental - Capítulo em livro científico (ALICE)*. 2001. Disponível em: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/671609/1/Cap7.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

OCCHIONI, Elena Maria de Lamare. Considerações taxonômicas no gênero *Stryphnodendron* Mart. (Leguminosae-Mimosoideae) e distribuição geográfica das espécies. *Acta Botânica Brasílica*. 1990; 4: p. 153-158. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-33061990000300015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2020.

PENNA, Meira. *Notas sobre Plantas Brasileiras*. 2a ed., Rio de Janeiro: Araújo Penna & Cia.; 1930.

PINTO, Gerson Pereira. Contribuição ao estudo químico do óleo de andiroba. Embrapa Amazônia Oriental. *Boletim Técnico do Instituto Agrônomo do*

- Norte, junho de 1956. Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/69994/1/IAN-BT31-P195.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.
- PISO, Guilherme. *História Natural do Brasil Ilustrada*. Tradução Prof. Alexandre Correia. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1948.
- POHL, Johann Emanuel. *Viagem ao Interior do Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP; 1976.
- POTT, Arnildo; POTT, Vali J. *Plantas do Pantanal*. Brasília: EMBRAPA, 1994. Disponível em: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/handle/doc/783791> Acesso em: 32 out. 2020.
- QUATTROCCHI, Umberto. *CRC world dictionary of medicinal and poisonous plants: common names, scientific names, eponyms, synonyms, and etymology* (5 Volume Set). CRC press, 2012.
- RETTA, Daiana; DELLACASSA, Eduardo; VILLAMIL, José; SUÁREZ, Susana A.; BANDONI, Arnaldo L. Marcela, a promising medicinal and aromatic plant from Latin America: a review. *Industrial Crops and Products*. 2012; 38: p. 27-38. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0926669012000398>. Acesso em: 31 out. 2020.
- RODRIGUES, José Barbosa. *A botânica: nomenclatura indígena e seringueiras*. Patrocínio: Fundação Andorinha Púrpura. Apoio: Sociedade Amigos do Jardim Botânico. Rio de Janeiro: IBAMA/Jardim Botânico do Rio de Janeiro. [1905/1900, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional], 1992, p. 87-95.
- SAINT-HILAIRE, Auguste. *Viagem pelas Províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1975.
- SANTIN, Dionete Aparecida. *Revisão taxômica do genero Astronium Jacq. revalidação do genero Myracrodruon Fr. (Anacardiaceae)*. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia, Campinas (SP). 1989. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/315107>. Acesso em: 31 out. 2020.
- SANTOS, Isidro E. Méndez; JIMÉNEZ, Mareli O. Puig. *Manuel de Monteverde y Bello: Agronomo y Naturalista*. Moscosoa. 1997; 9: p. 154-161. Disponível em <http://www.jbn.gob.do/transparencia/index.php/publicaciones-t/category/334-revista-moscosoa?download=450:moscosoa-volumen-9>. Acesso em 27 nov. 2020.
- SANTOS-OLIVEIRA, Ralph; COULAUD-CUNHA, Simone; COLAÇO, Waldecir. Revisão da *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek, Celastraceae. Contribuição ao estudo das propriedades farmacológicas. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2009; 19: p. 650-659. Disponível em: <https://>

- www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2009000400025&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2020.
- SCHIMPL, Flavia Camila; DA SILVA, José Ferreira; GONÇALVES, José Francisco de Carvalho; MAZZAFERA, Paulo. Guarana: Revisiting a highly caffeinated plant from the Amazon. *Journal of Ethnopharmacology*. 2013; 150: p. 14-31. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378874113005771?via%3Dihub>. Acesso em: 31 out. 2020
- SILVA, Danuzio Gil Bernardino da. *Diários de Langsdorff*. Vol 1. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1997.
- SOUZA, Cintia Rodrigues; LIMA Roberval Monteiro Silva de; AZEVEDO, Celso Paulo de; ROSSI, Luiz Marcelo Brum. Andiroba (*Carapa guianensis* Aubl.). *Embrapa Amazônia Ocidental - Documentos (INFOTECA-E)*. 2006. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/681495/1/Doc48A5.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.
- SPIX, Johann Baptist von; MARTIUS, Carl Friedrich von. *Viagem pelo Brasil (1817-1820)*. Vol 2. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP; 1981.
- SUÁREZ, Susana Amalia; VIANCO, Ana Maria. *Manual de buenas prácticas para recolección, cultivo y manufactura de "marcela" (Achyrocline satureioides)*. Río Cuarto: UniRío Editora, 2019. Disponível em: <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2019/12/Buenas-pr%C3%A1cticas-Suarez-UniR%C3%ADo-editora-ebook.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020
- TORRES, Constantino Manuel; REPKE, David B. *Anadenanthera: visionary plant of ancient South America*. New York: The Haworth Herbal Press, 2006.
- UNICENTRO. *Compêndio Online Gerson Luiz Lopes*. Disponível em: <https://sites.unicentro.br/wp/manejoflorestal/8234-2/>. Acesso em: 30 out. 2020.
- VILLAMIL MONTERO, Daniel Antonio. *Etnobotânica de Passiflora L. uma aproximação na biogeografia, agroecologia e conservação dos maracujazeiros*. (Doutorado). Faculdade de Ciências Agronômica, Universidade Estadual Paulista, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/151143>. Acesso em: 31 out. 2020.
- WALKER, Terry H.; CHAAR, José Meerched; MEHR, C. B.; COLLINS, J. L. The Chemistry of Guaraná: Guaraná, Brazil's Super-Fruit for the Caffeinated Beverages Industry. *American Chemical Society*, 2000: 305-314. Disponível em: <https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/bk-2000-0754.ch031>. Acesso em: 31 out. 2020.

Siglário

- AB** - Atenção Básica
- ACE** - Agentes de controle de endemias
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- ADAPS** - Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CaSAPS** - Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde
- EdpopSUS** - Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde
- EPS** - Educação Popular em Saúde
- EPSJV** - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FFFB** - Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira
- Iphan** - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
- MST** - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
- Nasf** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NOB** - Norma Operacional Básica da Saúde
- Opas** - Organização Panamericana de Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OS** - Organizações Sociais
- PAA** - Programa de Aquisição de Alimentos

Pacs - Programa de Agentes Comunitários em Saúde

Pancs - Plantas Alimentícias Não Convencionais

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

Pmaq-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMB - Programa Médicos pelo Brasil

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

Pneps-SUS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PPPM - Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais

PSF - Programa Saúde da Família

PTF - Produtos tradicionais fitoterápicos

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RenisUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

Biografias

Andrea Márcia de Oliveira Gomes

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialista em Homeopatia pelo Instituto Hahnemanniano do Brasil; em Terapia Floral pelo IBEHE-FACIS; e em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos pelo Instituto de Tecnologia em Fármaco (Farman-
guinhos/Fiocruz). Coordenadora da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares na Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES-RJ. Colaboradora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Camila Furlanetti Borges

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), mestre em Saúde Pública e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora e professora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), integrante da equipe de coordenação do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde e do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Daiana Crús Chagas

Bacharel e licenciada em História pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC/ Fiocruz). Professora da educação pública no ensino médio, fundamental e na Educação de Jovens e Adultos da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. Integrante da equipe de coordenação do curso Educação Popular em Saúde e Plantas Medicinais na Atenção Básica do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Grasiele Nespoli

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), especialista em Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) e doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nutes/UFRJ). Pesquisadora e professora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e integrante do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Coordenadora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Irene Leonore Goldschmidt

Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) e mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Integrante da Coordenação de Equidade e Saúde de Populações Específicas da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Colaboradora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

João Vinícius dos Santos Dias

Graduado em Psicologia pela Universidade do Rio de Janeiro (Uerj), especialista em Saúde Coletiva e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Integrante da equipe de coordenação do curso Educação Popular em Saúde e Plantas Medicinais na Atenção Básica do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Leila Mattos

Graduada em Engenharia Agrônômica pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), pós-graduada em Teoria e Praxis do Meio Ambiente pelo Instituto de Estudos da Religião (ISER). Coordenadora do Projeto Vida Aromática que integra o Programa de Atenção à Saúde do Idoso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CSEGSF/Ensp/Fiocruz). Integrante do Fórum Estadual de Engenheiros Agrônomos do Estado do Rio de Janeiro (FEEA-RJ) e apoiadora da Conferência Livre Estadual de Meio Ambiente e Agricultura do Estado do Rio de Janeiro (CLEMAARJ). Colaboradora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Maria Behrens

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em Química pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e doutora em Química pela Universidade de Hannover-Alemanha. Pesquisadora do Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos/Fiocruz). Chefe do Departamento de Produtos Naturais e do Laboratório de Produtos Naturais para Saúde Pública. Colaboradora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Paulo Henrique de Oliveira Leda

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutor em Biodiversidade e Conservação pelo Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Rede Bionorte. Tecnologista em Saúde Pública do Instituto de Tecnologia em Fármaco da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos/Fiocruz) e membro do Conselho Diretor da Associação Brasileira de Fitoterapia (ABFIT). Colaborador do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Vera Joana Bornstein

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Administracion En Salud pela Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua e doutora em Saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora e professora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS). Colaboradora do curso Educação Popular e Plantas Medicinais na Atenção Básica à Saúde.

Este livro foi impresso pela IMOS S GRÁFICA E EDITORA LTDA, para Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em janeiro de 2021. Utilizaram-se as fontes Lato, Mali e Sophia na composição, papel offset 90g/m² para o miolo e cartão Triplex 250 g/m² para a capa.



ISBN 978-65-990319-8-4
9 786599 031984 >



MINISTÉRIO DA SAÚDE