



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Bertarello Zeni, Ana Lúcia; Varnier Parisotto, Amanda; Mattos, Gerson; Tiaraju de Santa
Helena, Ernani

Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em
Blumenau, Santa Catarina, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 8, agosto, 2017, pp. 2703-2712
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052143025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil

Use of medicinal plants as home remedies in Primary Health Care in Blumenau – State of Santa Catarina, Brazil

Ana Lúcia Bertarello Zeni ¹

Amanda Varnier Parisotto ²

Gerson Mattos ¹

Ernani Tiaraju de Santa Helena ¹

Abstract An increase in the use of alternative therapeutic practices has been observed in the past decade, especially in medicinal plants, herbal and home remedies, which has been supported by policies within the scope of the Unified Health System (SUS). This study investigated the use of home remedies by users of Primary Health Care in Blumenau, State of Santa Catarina. It is a cross-sectional, observational and epidemiological study, the data for which were obtained via a questionnaire applied to 701 individuals. An unconditional logistic regression model was used to estimate the association between the use of home remedies and socio-demographic and medical care variables. It was observed that 21.9% of the sample use home remedies and medicinal plants grown in the back yard are the remedies of choice. Lemon balm, chamomile, peppermint and lime were the remedies most frequently mentioned. The use of home remedies was associated with the female gender, older age and the Family Health Strategy care model. The results supported that medicinal plants are used by the population as a therapeutic alternative option. However, it is necessary that primary care services ensure both access to natural products and supply qualified professionals to give instructions regarding the correct usage of home remedies.

Key words Primary Health Care, Medicinal plants, Complementary therapies

Resumo Na última década foi observado um aumento no uso de práticas terapêuticas alternativas apoiadas por políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos. Este estudo investigou o uso de remédios caseiros pelos usuários da Atenção Primária da Saúde do município de Blumenau, em Santa Catarina. Estudo epidemiológico observacional seccional, cujos dados foram obtidos através de questionário aplicado a 701 indivíduos. Utilizou-se um modelo de regressão logística não condicional para estimar a associação entre uso de remédios caseiros e variáveis socio-demográficas e médicoassistenciais. Observou-se que 21,9% dos entrevistados utilizaram remédios caseiros, sendo as plantas medicinais obtidas no quintal das casas a principal escolha. Como as mais citadas destacaram-se erva-cidreira, camomila, hortelã e limão. O uso de remédios caseiros se mostrou associado ao sexo feminino, à idade mais avançada e à modalidade de serviço, Estratégia Saúde da Família. Os resultados mostraram que as plantas medicinais são utilizadas como alternativa terapêutica. Entretanto, é necessário que os serviços de atenção primária garantam o acesso aos produtos naturais, bem como profissionais qualificados capazes de fornecer orientações sobre sua utilização.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Plantas medicinais, Terapias complementares

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau (FURB). R. Antônio da Veiga 140, Itoupava Seca, 89030-903 Blumenau SC Brasil. anazeni@furb.br

² Curso de Medicina, Departamento de Medicina, FURB. Blumenau SC Brasil.

Introdução

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) compreendem um conjunto de sistemas, práticas e produtos de uso clínico, não considerado como prática médica convencional. Após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicos, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define Medicina Tradicional (MT) e Medicina Alternativa e Complementar (MAC)² como práticas que incluem terapias com medicação, as quais usam ervas, partes de animais ou minerais, e terapias sem medicação, por exemplo, a acupuntura, terapias manuais e espirituais.

Vários estudos demonstram o uso das práticas compreendidas na MAC em diversas partes do mundo, sendo que na França este percentual chegou a 75%, no Canadá 70% e nos EUA 42%². A demanda cada vez maior por tratamentos alternativos está relacionada à percepção das limitações da medicina convencional, aumentos das doenças iatrogênicas e crônicas, enfraquecimento da relação médico-paciente e busca por atenção integral à saúde³, além da questão financeira e de inclusão social relacionadas a essas terapias⁴.

Diante da grande difusão dessas práticas surgiu a necessidade de integrá-las às políticas públicas de saúde. A OMS orienta a inclusão deste tipo de terapia no sistema público, desde 1979, por ocasião da Conferência Internacional de Alma Ata². No Brasil, foi elaborado a PNPIC para o SUS em 2006. Esse projeto consiste de uma política pública que visa ampliar o atendimento na Atenção Básica à Saúde, através da utilização das práticas integrativas e complementares à medicina convencional⁵.

A inclusão de tais práticas na atenção primária deve seguir os princípios norteadores do SUS aceitando o compromisso de proporcionar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, de acordo com as necessidades, por meio da identificação dos fatores de risco aos quais está exposta e neles interferir de forma pertinente⁴. Além disso, existe a necessidade de abordar a realidade multifacetada em que os indivíduos são alvos das ações em saúde. O conhecimento científico deve agregar os elementos

dessa realidade, mesmo os mais simples e considerados “irrelevantes”, pois as diferenças culturais e sociais de cada população se refletem no processo de saúde-doença e alteram os resultados das ações tomadas pelos profissionais da área da saúde. Minayo⁶ afirma que a vivência da saúde e da doença traz mudanças para o corpo e o espírito, por isso os profissionais de saúde precisam considerar os valores e as crenças das pessoas, ampliando seus conceitos e tornando mais inclusiva suas formas de abordar os problemas do cotidiano em que atuam. Desta forma, os serviços que oferecem práticas não usuais podem contribuir para que a clientela mais satisfeita utilize menos retornos, exames diagnósticos e encaminhamento para os níveis secundário e terciário³.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos visa “Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros”⁴. O termo remédio caseiro abrange de uma forma bastante ampla a utilização de ervas, partes de animais ou minerais, para fins terapêuticos preparados em ambiente caseiro. Entretanto, Oliveira et al.⁷ mostram a prevalência do uso de planta medicinal como forma de PIC, corroborando dados levantados pela OMS, os quais apontam que 80% da população mundial faz uso de algum tipo de planta em busca de alívio para sua sintomatologia⁸. A alta incidência de uso de plantas medicinais possivelmente deve-se ao fácil acesso, baixo custo e por serem consideradas inofensivas por grande parte da população⁹. Além disso, medicamentos industrializados são caros, enquanto plantas medicinais muitas vezes são cultivadas nos quintais¹⁰.

Porém, geralmente o conhecimento de plantas com fins terapêuticos é praticado sem acompanhamento médico, representando um perigo potencial para a população, pois existe a possibilidade de interação entre esses produtos “naturais” e os medicamentos, além da interferência dos mesmos em resultados de exames laboratoriais^{11,12}. Neste sentido, a orientação vinda do profissional da saúde é fundamental para que o paciente possa ser alertado sobre os riscos da toxicidade, interações medicamentosas e melhores formas de utilização das terapias alternativas.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o uso de remédios caseiros na Atenção Primária no município de Blumenau e as variáveis que influenciaram na escolha deste tipo de terapia pelos usuários.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, tipo seccional, que utilizou dados obtidos pelo projeto “Melhoria da qualidade da assistência farmacêutica na Atenção Básica do SUS, Blumenau, SC”.

População de estudo e amostra

A população de estudo foi composta por pessoas atendidas nas farmácias das unidades de atenção primária de Blumenau. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do SUS. Dentre as modalidades de APS em Blumenau, destacam-se as Unidades Básicas com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Ambulatórios Gerais (AG). As equipes de ESF são compostas por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os AG contam com clínico-geral, pediatra, gineco-obstetra, profissionais de enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico. Ambas têm equipes de saúde bucal. Blumenau contava com 46% da população coberta por equipes de ESF em 2010.

A amostra foi obtida em dois estágios – unidades e usuários – proporcionalmente pelo número total de usuários assistidos pela respectiva unidade. O tamanho da amostra deveria ser capaz de estimar uma proporção de 50% de pessoas que utilizam remédios caseiros, com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito desenho igual a 2, totalizando 768 pessoas. Os usuários que compareceram às farmácias das unidades de saúde para obter medicamentos foram incluídos na amostra após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de menores de 18 anos, os TCLE eram assinados pelos pais ou responsáveis. Foram excluídos aqueles que apresentassem alguma limitação física ou cognitiva que compromettesse as respostas do questionário.

O trabalho de campo foi realizado em 3 AG e 11 ESF. As Unidades de Saúde com equipes de ESF e os AG localizam-se em diversas áreas da cidade de Blumenau, sendo que cada um deles pertence a uma região diferente e todos os locais são considerados áreas urbanas.

As informações foram obtidas por entrevistadores previamente treinados e registradas em questionários estruturados e predominantemente fechados, os quais foram aplicados no período

de setembro de 2009 a abril de 2010. Informações referentes a menores de 18 anos foram obtidas a partir dos responsáveis legais.

Análise dos dados

Foram estudadas as variáveis: sexo, idade (em anos completos e por faixas etárias), estado civil, escolaridade (em anos de estudo completos), cor autodeclarada, classe econômica de consumo, doenças de base, tempo de tratamento, quantidade de medicamentos usados nos últimos 15 dias, se faz uso de medicamentos de uso contínuo e se necessitou ou não internação hospitalar nos últimos 12 meses. As doenças foram classificadas e agrupadas de acordo com Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão Doenças (CID-10) da OMS¹³. A classe econômica de consumo foi definida com base nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁴.

A variável de desfecho foi “uso de remédio caseiro” entendido como todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar. Além disso, questionou-se o tipo de remédio, o local de obtenção, a forma de uso e o motivo pelo qual foi utilizado. Esta pesquisa não objetivou um estudo etnobotânico, com coleta de plantas visando à identificação botânica completa e a comprovação do uso científico de plantas utilizadas pela população.

Os dados foram digitados com dupla entrada no software EPI-DATA (domínio público) e feito controle de qualidade de possíveis erros. Inicialmente, as variáveis foram analisadas de maneira descritiva, através de cálculo de frequências, com os respectivos intervalos de 95% de confiança e medidas de tendência central e variabilidade.

Foi calculada a prevalência de uso de remédio caseiro com intervalo de 95% de confiança para uma distribuição binomial.

Foi calculado o “Odds Ratio” (OR), com intervalo de 95% de confiança, como medida de associação entre a variável utilização de remédio caseiro e as variáveis independentes sociodemográficas e médico-assistenciais. Na análise multivariada, calcularam-se os valores de OR por regressão logística não condicional. Utilizou-se a técnica de retirada paulatina das variáveis com base nos níveis de significância (*stepwise backward*), permanecendo aquelas que mantiveram um valor de $p < 0,05$, estimado pela Razão de

Máxima Verossimilhança. Foi testado o ajuste do modelo final pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas de Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau (FURB).

Resultados

Foram entrevistados 701 indivíduos, ocorrendo 9 perdas por informações incompletas e 58 por recusas, destes foram 548 mulheres (78,1%) com média de idade de 43,3 anos ($\pm 19,2$) e mediana de 43,8 anos, sem diferenças entre os sexos. A maioria (569, 81,6%) dos entrevistados declarou-se branca, casada (394, 56,4%) e 395 (56,4%) pertencentes à classe C. A média de anos de estudos foi de 6,9 anos ($\pm 3,5$) e a mediana de 7 anos (Tabela 1).

A maioria das pessoas foi assistida em AG (425, 60,6%). Entre as afecções tratadas mais comuns nas Unidades de Saúde, destacaram-se as “doenças do aparelho circulatório” (161, 23,3%) e as “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (13,1%). A mediana de tempo de duração da doença de base foi de 12 meses. O número médio de medicamentos consumidos nos últimos 15 dias foi de 2,6 (mediana = 2), enquanto 130 pessoas (18,7%) necessitaram de internação hospitalar no último ano (Tabela 2). Dentre as 385 pessoas que utilizavam medicamentos continuamente, 57 pararam de usar por conta própria e, destas, 3 substituíram por remédios caseiros.

A prática de uso de remédio caseiro foi relatada por 151 (21,8%) dos entrevistados, sendo que as plantas medicinais (96%) foram a principal terapia escolhida, as demais respostas (4%) mencionaram outras formas como: água com sal ou açúcar, gordura de capivara, leite e mel. Neste estudo, foi citado pelos entrevistados um total de 55 plantas, sendo que as 10 mais referidas estão apresentadas na Tabela 3.

Em relação ao local de obtenção das plantas, a maioria dos entrevistados coleta no próprio quintal (76, 51,0%), com amigos, familiares ou vizinhos (19, 12,8%), farmácia (14, 9,4%) ou mercado/loja de produtos naturais (36, 24,2%). Somente 4 (2,7%) dos entrevistados relataram obter plantas na Unidade de Saúde. As formas de preparo das plantas medicinais informadas foram, chá (87,4%), suco (5,3%), fruta (2,0%), xarope (1,3%), pomada (1,3%), compressas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos usuários atendidos pela Atenção Primária em Blumenau (SC).

Variável	N	% (IC95%)
Sexo (n = 701)		
Masculino	153	21,8 (18,8 – 25,1)
Feminino	548	78,1 (74,9 – 81,2)
Faixa etária (n = 701)		
Menor que 20 anos	87	12,4 (10,1 – 15,1)
20 a 64 anos	516	73,6 (70,2 – 76,8)
65 anos e mais	98	14,0 (11,5 – 16,8)
Cor autodeclarada (n = 697)		
Branco	569	81,6 (78,6 – 84,4)
Outros	128	18,4 (15,6 – 21,4)
Estado civil (n = 699)		
Solteiro	182	26,0 (22,8 – 29,5)
Casado	394	56,4 (52,6 – 60,1)
Separado	50	7,2 (5,4 – 9,3)
Viúvo	73	10,4 (8,3 – 13,0)
Escolaridade (n = 687)		
Analfabetos	25	3,6 (2,4 – 5,3)
1 a 4 anos	215	31,3 (27,8 – 34,9)
5 a 8 anos	207	30,1 (26,7 – 33,7)
9 a 11 anos	186	27,1 (23,8 – 30,6)
12 e mais	41	6,0 (4,3 – 8,0)
Não se aplica	13	1,9 (1,0 – 3,2)
Classe de consumo (n = 701)		
A	8	1,1 (0,5 – 2,2)
B	223	31,8 (28,4 – 35,4)
C	395	56,4 (52,6 – 60,1)
D	74	10,6 (8,4 – 13,1)
E	1	0,1 (0,0 – 0,7)

IC: intervalo de confiança

(0,7%), gargarejo (0,7%), garrafadas (0,7%) e banhos de assento (0,7%). A prática do preparo de garrafadas foi relatada apenas por um entrevistado, que mistura várias plantas buscando um efeito fortificante.

A Tabela 4 mostra a análise univariada da associação entre diversas variáveis das pessoas e médico-assistenciais e o uso de remédios caseiros. Observou-se associação de forma significativa para as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, modalidade de serviço, tempo de doença de base e número de medicamentos consumidos.

O modelo de regressão logística ajustado encontra-se apresentado na Tabela 5.

Tabela 2. Características das variáveis médico-assistenciais dos pacientes atendidos pela Atenção Primária em Blumenau (SC).

Variável	N	% (IC95%)
Modalidade APS (n = 701)		
AG	425	60,6 (56,9 – 64,3)
ESF	276	39,4 (35,7 – 43,1)
Doenças de base – CID agrupada (n = 693)		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	91	13,1 (10,7 – 15,8)
Transtornos mentais e comportamentais	50	7,2 (5,4 – 9,4)
Doenças do aparelho circulatório	161	23,2 (20,1 – 26,6)
Doenças do aparelho respiratório	52	7,5 (5,6 – 9,7)
Doenças do aparelho digestivo	44	6,4 (4,6 – 8,4)
Doenças do sistema osteomuscular	48	6,9 (5,1 – 9,1)
Sintomas, sinais mal definidos	52	7,5 (5,7 – 9,7)
Demais causas	195	28,1 (24,8 – 31,6)
Tempo da doença de base (n = 684)		
Até um ano	360	52,6 (48,8 – 56,4)
Um ano e mais	324	47,4 (43,6 – 51,2)
Número de medicamentos (n = 692)		
0 a 2	395	57,1 (53,3 – 60,8)
3 a 4	145	20,9 (18,0 – 24,2)
5 e mais	152	22,0 (18,9 – 25,2)
Medicamentos de uso contínuo (n = 701)		
Sim	385	54,9 (51,2 – 58,7)
Não	316	45,1 (41,4 – 48,8)
Hospitalização nos últimos 12 meses (n = 700)		
Sim	130	18,6 (15,8 – 21,7)
Não	570	81,4 (78,3 – 84,2)

IC: intervalo de confiança; APS: atenção primária à saúde; AG: ambulatório geral; ESF: estratégia saúde da família;
CID: classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.

Tabela 3. Relação das 10 plantas mais citadas (frequência relativa) e indicações de uso medicinal relatadas pelos usuários da Atenção Primária em Blumenau (SC).

Nome popular	N	%	Indicações populares
Erva-cidreira	26	17,3	“calmante, pra dormir e relaxar”
Camomila	19	12,6	“pra cólicas, dormir, calmante, dor de cabeça e baixar a pressão”
Hortelã	14	9,3	“calmante, gripe, dor de barriga”
Limão	11	7,3	“baixar pressão, gripe, pra não dar convulsão, dor”
Boldo	10	6,6	“dor de estômago, calmante, azia, má digestão”
Cana-de-cheiro	9	6,0	“pra baixar pressão, calmante”
Malva	9	6,0	“infecção na bexiga, gripe, dor, inflamação”
Erva-doce	7	4,6	“calmante, pra dormir”
Maracujá	5	3,3	“calmante, para não dar convulsão”
Laranja	4	2,6	“gripe”
Outros	27	24,4	-----
Total	151	100	

Discussão

O Programa Nacional de Plantas e Fitoterápicos visa a promoção e o reconhecimento das práticas

populares e tradicionais como terapia, entretanto, não existe conhecimento estabelecido sobre a aplicação destas práticas por usuários atendidos na Atenção Primária no município de Blumenau

Tabela 4. Análise univariada dos dados sociodemográficos e variáveis médico-assistenciais dos usuários atendidos pela Atenção Primária em Blumenau (SC).

Variáveis	Uso de remédio caseiro			p
	Sim N(%)	Não N (%)	Odds Ratio (IC95%)	
Sexo				
Masculino	23(17,4)	109(82,6)		
Feminino	111(22,3)	386(77,7)	1,4 (0,8-2,2)	0,22
Idade (media, dp)	50,4(16,1)	43,6(18,0)	1,02 (1,01-1,03)	<0,0001
Estado civil				
Solteiro	19 (12,9)	128 (87,1)		
Casado	80 (21,7)	289 (78,3)	1,9 (1,1-3,2)	
Separado	14 (29,8)	33 (70,2)	2,9 (1,3-6,3)	
Viúvo	21 (31,8)	45 (68,2)	3,1 (1,5-6,4)	0,006
Cor auto-referida				
Branca	106 (20,5)	410 (79,5)		
Preto/Parda/Outra	28 (24,8)	85 (75,2)	1,3 (0,8-2,1)	0,320
Escolaridade (anos de estudo)				
5 anos e mais	72 (17,8)	333 (82,2)		
0 a 4 anos	62 (27,7)	162 (72,3)	1,8 (1,2-2,6)	0,004
Classe de consumo				
A/B	45 (21,6)	163 (78,4)		
C	71 (20,1)	283 (79,9)	0,9 (0,6-1,4)	
D/E	18 (26,9)	49 (73,1)	1,3 (0,7-2,5)	0,469
Modalidade Assistencial				
AG	56(14,1)	342(85,9)		
ESF	78(33,8)	153(66,2)	3,1 (2,1-4,6)	<0,0001
Tempo da doença de base				
Até 12 meses	48 (15,2)	267 (84,8)		
12 meses e mais	86 (27,4)	228 (72,6)	2,1 (1,4-3,1)	<0,0001
Número de medicamentos				
0 a 2	57 (16,3)	293 (83,7)		
3 a 4	41 (29,9)	96 (70,1)	2,2 (1,4-3,5)	
5 e mais	36 (25,4)	106 (74,7)	1,7 (1,1-2,8)	0,002
Medicamentos de uso contínuo				
Não	49 (18,3)	219 (81,7)		
Sim	85 (23,6)	276 (76,5)	1,4 (0,9-2,0)	0,111
Hospitalização nos últimos 12 meses				
Não	103 (20,0)	411 (80,0)		
Sim	31 (27,0)	84 (73,0)	1,5 (0,9-2,3)	0,101

IC: intervalo de confiança; AG: Ambulatório geral; ESF: Estratégia saúde da família.

Tabela 5. Modelo de regressão logística bruta e ajustada da associação entre uso de remédios caseiros e variáveis de estudo selecionadas (n = 629).

Variáveis	Uso de remédio caseiro		Odds ratio (IC 95%)	
	Sim	Não	Bruto	Ajustado
Sexo				
Masculino	23(17,4)	109(82,6)		
Feminino	111(22,3)	386(77,7)	1,4 (0,8-2,2)	1,9 (1,4-3,3)
Idade (media, dp)	50,4(16,1)	43,6(18,0)	1,02 (1,0 - 1,03)	1,02 (1,0 - 1,03)
Modalidade Assistencial				
AG	56(14,1)	342(85,9)		
ESF	78(33,8)	153(66,2)	3,1(2,1-4,6)	3,2 (2,1-4,8)

Razão de Máxima Verossimilhança = 50,6 p < 0,0001 GOF χ^2 = 638,8 p = 0342. IC: intervalo de confiança; AG: ambulatório geral; ESF: estratégia saúde da família.

(SC). O presente estudo investigou o uso de remédios caseiros e as variáveis que influenciaram o uso dos mesmos pela população atendida pelo SUS a fim de contribuir com informações importantes aos gestores municipais e à comunidade como um todo no entendimento do uso de práticas terapêuticas populares.

As características sociodemográficas da amostra se mostraram semelhantes a outros estudos realizados na atenção primária no Brasil, com predomínio de indivíduos adultos, do sexo feminino e em situação de vulnerabilidade social^{15,16}.

Entre as afecções tratadas mais comuns nas Unidades de Saúde, destacaram-se as “doenças do aparelho circulatório” (23,2%), as “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (13,1%) e os “fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (8,1%). Lima et al.¹⁷, assim como Oliveira et al.⁷, observaram resultado semelhante para doenças do aparelho circulatório em pessoas assistidas pelo SUS. Além disso, Piuvezam et al.¹⁸ destacam que atualmente as doenças cardiovasculares representam cerca de 40% das mortes registradas no país, particularmente entre idosos.

O número médio de medicamentos consumidos nos últimos 15 dias foi de 2,6, o qual se mostrou em consonância com outros estudos no país¹⁵. Por outro lado, a proporção de pessoas que necessitaram de internação hospitalar no último ano foi elevada ($n = 130$, 18,7%) comparada com um estudo nacional de base populacional¹⁹, fato que pode pelo menos em parte ser explicado por se tratar de clientes de serviços de saúde, potencialmente mais doentes que a população em geral.

Alguns entrevistados relataram a substituição de medicamentos por plantas medicinais, pois “achava que podia regular com remédio caseiro, trabalhava fora e não tinha receita para comprar o medicamento, relaxamento meu mesmo”, provavelmente sem o conhecimento do médico, fato relatado também por Lima et al.¹⁷. Estes casos podem representar um risco para a saúde do paciente, pois a grande maioria das plantas medicinais não tem sua eficácia comprovada, bem como as possíveis interações entre os medicamentos e as plantas medicinais devidamente relatados. Veiga Júnior et al.²⁰ revelam que entre os danos ocasionados por algumas plantas estão a hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, genotoxicidade, incidência aumentada de tumores, efeitos abortivos, lesão ao sistema nervoso central, entre outros. Portanto, a utilização de plantas medicinais não deve ser considerada livre de riscos.

Verificou-se neste estudo que 96% dos entrevistados escolheram plantas medicinais como a principal terapia entre os remédios caseiros. Neste sentido, dados da OMS informam que, na busca pelo bem estar e qualidade de vida, as plantas medicinais tornaram-se uma alternativa pela sua credibilidade terapêutica e baixo custo².

Em relação ao total de 55 plantas citadas, Oliveira et al.⁷ observaram o uso de 65 espécies para diferentes finalidades, porém, um número superior de usuários fazia uso das medicinais (66,2%) em relação ao presente estudo (21,02%).

Entre as plantas citadas, o maracujá, da espécie *Passiflora officinalis*, pode interagir com hipnóticos e ansiolíticos, o alho (*Allium sativum*) diminui os níveis plasmáticos de medicamentos usados para tratar pacientes com HIV e pode causar dermatite alérgica, náuseas e vômitos. A hortelã, da espécie *Mentha spicata*, é responsável por causar dermatite alérgica, o boldo, da espécie *Plectranthus barbatus*, pode ser nefrotóxico, enquanto o gengibre (*Zingiber officinale*) possui propriedades abortivas. Além disso, alho, gengibre e *Ginkgo biloba*, quando usados concomitantemente com anticoagulantes do tipo varfarina, podem alterar o tempo de coagulação²¹. Neste sentido, também fizeram um alerta sobre a interação medicamentosa, Oliveira e Dalla-Costa²², das plantas *Hypericum perforatum*, *Ginkgo biloba* e *Panax ginseng* com fármacos tradicionais.

Entre outros riscos, existe a possível toxicidade intrínseca à planta, a contaminação por agentes externos, como parasitas capazes de ocasionar doenças infecciosas, a contaminação por metais pesados e pesticidas, além da adição de fármacos com o propósito de prolongar o efeito das ervas, riscos assumidos quando estas são adquiridas em feiras livres, mercados públicos ou lojas de produtos naturais.

Neste estudo, a maioria dos entrevistados relatou que coleta as plantas no próprio quintal, nesse sentido, estudos realizados com usuários do SUS em Governador Valadares (MG)²³ e Pelotas (RS)⁷ encontraram resultados semelhantes, indicando, respectivamente, que 52% e 64% das plantas utilizadas são cultivadas em quintais. Como observado previamente^{10,23-25}, este estudo mostra de forma semelhante que a principal forma de preparo das plantas medicinais informada foi o chá. Mas, outras formas diferentes de preparo também foram mencionadas pelos usuários (12,58%).

Entre os dez vegetais mais utilizados pelos entrevistados, seis aparecem na lista de 71 plantas que constam da Relação Nacional de Plantas

Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS)²⁶, porém apenas uma delas, a hortelã, faz parte da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)²⁷. Isto demonstra que, caso Blumenau viesse a oferecer aos usuários as plantas medicinais disponíveis no RENAME, não haveria sintonia entre o material oferecido e o utilizado pela maioria da população.

Observou-se que a média de idade entre aqueles que usam alguma forma de remédio caseiro foi de 48,9 anos, e os que não usam foi de 42,1 anos, o que sugere fortemente uma associação positiva entre ambos ($p = 0,0001$). Entre os viúvos predominou o uso de remédios caseiros, fato que se mostrou relacionado, ao menos em parte, à idade encontrada entre os integrantes desse grupo, 67,89 anos ($\pm 12,92$). A associação positiva encontrada entre o uso de remédios caseiros e a idade pode ser explicada, pelo menos em parte, devido às características da transmissão de conhecimento popular, sendo principalmente através das gerações^{17,24,28,29} e de forma oral, necessitando de um prolongado contato entre os indivíduos mais novos e os mais velhos, o que em comunidades urbanas é mais difícil²⁹.

E em relação à escolaridade, indivíduos que não possuem nenhum ano de estudo utilizam mais remédios caseiros comparado com aqueles que têm 1 a 8 ou 9 e mais anos de estudo (40,0% vs 23,2% vs 17,1% respectivamente; $p = 0,02$). Arnous et al.³⁰ e Oliveira et al.⁷ relataram resultado semelhante entre usuários do SUS. Outra associação significativa ocorreu entre aqueles que utilizavam mais medicamentos e também mais remédios caseiros ($p = 0,0023$). Em um estudo com idosos realizado por Leite et al.³¹ a maioria dos entrevistados que utilizavam remédios caseiros também usavam na mesma proporção medicamentos alopatônicos. Por outro lado, em estudo recente na Alemanha, observou-se uma utilização de remédios caseiros (42%) preferencialmente para iniciar o tratamento de doenças comuns evitando o uso de medicamentos alopatônicos²⁴.

Os resultados sugerem que pessoas do sexo feminino, com mais idade e usuárias de ESF são as principais usuárias de remédios caseiros. Esse comportamento também foi observado por Silva et al.³² e pode ser explicado, ao menos em parte, pela cobertura de ESF em Blumenau estar em áreas de maior vulnerabilidade social.

O município que desejar estimular a utilização de plantas medicinais precisa oferecer formas de capacitação para as equipes de saúde, pois apesar do Ministério da Saúde incentivar o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, se observa

que o ensino da utilização terapêutica das plantas medicinais não está comumente contemplado nos currículos das faculdades de medicina²⁴ e enfermagem, por exemplo.

Para auxiliar na reflexão, Antônio et al.³³ realizaram um estudo comparando os períodos de 1990-2002 com 2003-2013 constatando que houve um pequeno aumento nas publicações relacionadas ao tema “Plantas medicinais e atenção primária à saúde”. Segundo esses pesquisadores, os motivos para a pouca adesão ao uso desta terapia estariam relacionados ao baixo interesse acadêmico no tema, possivelmente devido à falta de incentivo do poder público. Outra hipótese estaria no fato de que a fitoterapia seria um conhecimento antigo e sagrado, não fazendo parte de um futuro envolvendo novas tecnologias, ou ainda, pela integração falha entre as diferentes áreas do conhecimento envolvidas. Por fim, a baixa avaliação no sistema Qualis dos periódicos que publicam sobre o tema para a área Saúde Coletiva pode indicar que o assunto não é prioridade nos periódicos científicos desta área.

Entretanto, em 2010, o Ministério da Saúde publicou portaria instituindo o programa Farmácia Viva, no âmbito dos estados e municípios, como forma de estimular o cultivo e a produção de plantas medicinais e fitoterápicos. Dessa forma, o caminho para a produção e a utilização das plantas medicinais está aberto para os municípios que demonstrarem interesse.

Observa-se um esforço, porém o caminho é longo, para colocar em prática as diretrizes determinadas para nortear o processo de implantação da PNPIIC, que são, elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos, provendo acesso à formação e educação permanente dos profissionais de saúde, acompanhamento e avaliação da inserção e implementação, fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social, incentivo à pesquisa e desenvolvimento, priorizando a biodiversidade do país, promoção do uso racional e garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No Brasil, muitos estados já têm utilizado plantas medicinais e fitoterápicos no SUS^{34,35} e, em 2010, esta prática foi introduzida em 16 estados da federação³⁶.

Conclusão

Neste estudo foi possível verificar que a principal forma de uso de remédios caseiros pelos

usuários do SUS em Blumenau foi com plantas medicinais. Apesar de menos utilizadas do que a medicina convencional, as plantas continuam sendo uma alternativa terapêutica para parte da população feminina, com mais idade e usuárias das ESFs. Além disso, comparando o número de plantas medicinais citadas pelos usuários neste estudo com outros similares, com mais usuários deste tipo de terapia, proporcionalmente foi maior, demonstrando conhecimento popular a ser resgatado. Ainda, estas pessoas fazem a coleta do material vegetal no próprio quintal e preparam as plantas na forma de chá. O uso provável

sem o conhecimento médico/especializado de qualquer droga pode ser perigoso à saúde pelos efeitos colaterais e também por sua possível interação com medicamentos, visto os usuários entrevistados fazerem uso de plantas medicinais e medicamentos alopatônicos concomitantemente. Os resultados obtidos reúnem informações sobre o uso de remédios caseiros pelos usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde em Blumenau permitindo contribuir para formulações de propostas que visem à implantação das diretrizes da PIC, incentivando o uso orientado de plantas medicinais e fitoterápicos.

Colaboradores

AV Parisotto trabalhou na pesquisa, análise dos dados e redação do artigo, G Mattos participou na análise e interpretação dos dados e redação do artigo e, ALB Zeni e ET Santa Helena participaram na concepção, análise dos dados e redação final do artigo.

Agradecimentos

Este estudo fez parte do projeto “Melhoria da qualidade da Assistência Farmacêutica na atenção básica do SUS, Blumenau/SC” e contou com suporte financeiro da Organização Panamericana da Saúde.

Referências

1. Leal F, Schwartsmann G, Lucas HS. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre pacientes com câncer. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(6):471-486.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia da OMS Sobre Medicina Tradicional. 2002-2005*. Genebra: OMS; 2002.
3. Jonas WB, Levin JS. *Tratado de Medicina Complementar e Alternativa*. São Paulo: Editora Manole Ltda; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: MS; 2009.
5. Amorim LLS. *Saúde e meio ambiente- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde- atitude e ampliação do acesso: uma questão de direito* [dissertação]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul; 2009.
6. Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 201-230.
7. Oliveira SGD, Moura FRR, Demarco FF, Nascente OS, Del Pino FAB, Lund RG. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Care Units in the Brazilian Unified Health System. *J Ethnopharmacol* 2012; 140(2):428-437.
8. Scudeller VV, Veiga JB, Jorge LHA. Etnoconhecimento de plantas de uso medicinal nas comunidades São João do Tupé e Central (Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé) In: *Biotupé: Meio Físico, Diversidade Biológica e Sociocultural do Baixo Rio Negro, Amazônia Central*. Santos-Silva EM, Scudeller VV, organizadores. Manaus: UEA Edições; 2009. p. 185-199. Vol. 2.

9. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão – SC. *Arq Catarin Med* 2007; 36(2):69-74.
10. Zeni ALB, Bosio F. O uso de plantas medicinais em uma comunidade rural de Mata Atlântica- Nova Rússia, SC. *Neotrop Biol Conserv* 2011; 6(1):55-63.
11. Heimall J, Bielory L. Defining Complementary and Alternative Medicine in allergies and asthma: benefits and risks. *Clin Rev Allergy Immunol* 2004; 27(2):93-103.
12. Kulkamp IC, Burin DG, Souza HMM, Silva P, Piovezan AP. Aceitação de práticas não – convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31(3):229-235.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Edusp; 2000.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Económica Brasil*. São Paulo: ABEP; 2009.
15. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúdenses regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
16. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42.
17. Lima SCS, Arruda GO, Renovato RD, Alvarenga MRM. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. *Rev Latino-Am Enferm* 2012; 20(4):778-786.
18. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, Emerenciano FF, Santos RC, Seabra DS. Mortality from cardiovascular diseases in the elderly: Comparative analysis of two five-year periods. *Arq Bras Cardiol* 2015; 105(4):371-380.
19. Moreira ML, Novaes HMD. Internações no sistema de serviços hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(3):411-422.
20. Veiga Júnior FV, Pinto AC, Maciel AMM. Plantas medicinais: cura segura? *Quim Nova* 2005; 28(3):519-528.
21. Nicoletti MA, Oliveira-Júnior MA, Bertasso CC, Caporossi PY, Tavares APL. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. *Infarma* 2007; 19(1/2):32-40.
22. Oliveira AE, Dalla-Costa T. Interções famacocinéticas entre as plantas medicinais *Hypericum perforatum*, *Ginkgo biloba* e *Panax ginseng* e fármacos tradicionais. *Acta Farm Bonaer* 2004; 23(4):567-578.
23. Brasileiro BG, Pizzoli VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. *Rev Bras Ciênc Farm* 2008; 44(4):629-630.
24. Parisius LM, Stock-Schröer B, Berger S, Hermann K, Joos S. Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany. *BMC Family Practice* 2014; 15(116):1-8.
25. Meyer L, Quadros KE, Zeni ALB. Etnobotânica na comunidade de Santa Bárbara, Ascurra, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Bioci* 2012; 10(3):258-226.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *RENISUS. Relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS. Espécies vegetais*. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos*. Brasília: MS; 2012. [acessado 2012 nov 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_11_06_2012.pdf
28. Ceolim T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Medicinal plants: knowledge transmission in families of ecological farmers in southern Rio Grande do Sul. *Rev Enferm Esc USP* 2011; 45(1):47-54.
29. Amorozo MCM. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi LC, organizador. *Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1996. p. 47-68.
30. Arnous AH, Santos AS, Beinner RPC. Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. *Revista Espaço para Saúde* 2005; 6(2):1-6.
31. Leite SN, Cordeiro BC, Thiesen D, Bianchini JP. Utilização de medicamentos e outras terapias antes de consulta pediátrica por usuários de unidade pública de saúde em Itajaí-SC, Brasil. *Acta Farm Bonaer* 2006; 25(4):608-612.
32. Silva MIG, Gondim APS, Nunes IFS, Sousa FCF. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). *Rev Bras Farmacogn* 2006; 16(4):455-462.
33. Antônio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Phytotherapy in primary health care. *Rev Saude Publica* 2014; 48(3):541-553.
34. Wayland C. Gendering local knowledge: medicinal plant use and primary health care in the Amazon. *Med Anthropol Q* 2001; 15(2):171-188.
35. Wayland C. Contextualizing the politics of knowledge: physicians' attitudes toward medicinal plants. *Med Anthropol Q* 2003; 17(4):483-500.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília; 2012.

Artigo apresentado em 28/09/2015

Aprovado em 22/02/2016

Versão final apresentada em 24/02/2016