UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares

Marjoriê da Costa Mendieta

Pelotas, 2014

Marjoriê da Costa Mendieta

Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dra. Rita Maria Heck

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M537a Mendieta, Marjoriê da Costa

Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares / Marjoriê da Costa Mendieta ; Rita Maria Heck, orientadora. — Pelotas, 2014.

171 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da população urbana. 2. Saúde da população rural. 3. Enfermagem. 4. Educação em saúde. 5. Cultura. I. Heck, Rita Maria, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Folha de Aprovação

Autora: Marjoriê da Costa Mendieta

Título: Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Aprovado em:_____

Banca Examinadora

_____
Profª Drª Rita Maria Heck (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Profª Drª Sonia Silva Marcon (Titular)
Universidade Estadual de Maringá

_____
Profª Drª Eda Schwartz (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Dr Gustavo Heiden (Suplente)
Embrapa Clima Temperado

_____
Drª Crislaine Alves Barcellos de Lima (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho aos meus pais, Fernando e Rosali:

Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada pelo suporte, pelo amor e paciência que sempre tiveram comigo. Tudo isso foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Agradecimentos

É o final de uma trajetória e é impossível não refletir sobre a importância que tantas pessoas tiveram para que tudo isso se concretizasse. É com imenso carinho que agradeço...

A Deus, por estar sempre presente em todas as ações da minha vida.

À minha família, em especial meu pais, por tudo que representam na minha vida. Neste momento não seria diferente, e vocês sempre foram o alicerce de tudo. Sem o companheirismo, o amor e a amizade que temos, eu não seria quem eu sou e tudo, tudo mesmo, eu devo a vocês!

Ao Gustavo, pelo carinho, amor e paciência. Por estar sempre ao meu lado, vivenciando os momentos de felicidade e também os difíceis. Obrigada pelos momentos de descontração tão importantes para manter o equilíbrio nessa jornada.

À minha orientadora Rita, primeiramente pela oportunidade de trabalhar, conhecer e me envolver com a pesquisa científica, desde a graduação. Além disso, tenho muito a agradecer pela compreensão das minhas inquietudes e apoio desde a primeira vez que falei o que eu gostaria de pesquisar no mestrado, dentro da temática que já trabalhamos e que eu tanto gosto. Obrigada pelas sábias orientações que foram fundamentais na construção deste trabalho.

À minha turma de mestrado, pela convivência e amizade que tivemos nessa trajetória. Agradeço especialmente a três pessoas que além de colegas, são companheiras e amigas. Helen, minhas amiga e companheira fiel desde a graduação, sempre inseparáveis, obrigada por tudo, em especial pelas conversas e desabafos que tivemos nessa trajetória, que foram muito importantes. Daiane, também colega desde a graduação, mas agora o mestrado, a especialização e em especial a docência orientada nos aproximou ainda mais, mostrando o quanto tu foi e és importante. Obrigada amiga, pela parceria.

Natália.... Muito obrigada pela amizade, pelo companheirismo, pela ajuda! Só tenho a agradecer pela parceira que esteve ao meu lado durante toda essa trajetória, que muito me auxiliou nas idas a campo, nas convensas, nas trocas de ideias, nos desabafos, nas risadas. Fosse muito importante nesse período que sabemos não ser fácil. Muito obrigada!

Aos colegas do Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas. Agradeço muito a todos pela parceria que temos e pelo grupo que somos. Obrigada

pelo auxílio na pesquisa, especialmente à Glaucia, Fernanda, Janaína, Maraísa, Ezequiel e Nayla, por me acompanharem em coletas de dados e transcrição das entrevistas, na qual, deixaram muitas vezes de fazer suas atividades para me auxiliar.

À Silvana e à Manuelle, pela amizade, por compartilharem tantas vivências por meio do grupo de pesquisa, por sempre me auxiliarem e responderem com muita paciência todas as minhas dúvidas, sempre dispostas a ouvir e a ajudar. Obrigada!

À Andrieli, mesmo que distante nos últimos tempos vivenciou de perto metade desta trajetória, e mesmo longe, sempre se fez presente. Tu sabe que meu agradecimento já começa por estar aqui – no mestrado, pelo auxílio essencial no processo seletivo. Além disso, nossa parceria não é de hoje e mesmo distante a amizade será para sempre.

À Kamila, minha amiga querida por se fazer presente na minha vida sempre e em especial pelos momentos de descontração durante a construção do trabalho!

Às professoras da pós-graduação pelos ensinamentos nesta caminhada. Agradeço em especial à Professora Vanda pela vivência tão importante na docência orientada.

Aos professores que participaram da Banca deste estudo, Eda Schwartz, Rosa Lia Barbieri, Gustavo Heiden, Crislaine Lima e Sonia Marcon, os quais acrescentaram grandes considerações ao trabalho, de extrema importância para o enriquecimento do mesmo.

Agradeço com muito carinho aos participantes deste estudo. Escolares e familiares que me receberam em suas residências com tanta disponibilidade e atenção, compartilhando seus saberes e vivências, tornando possível a realização deste trabalho. Muito obrigada!

Enfim, agradeço a todos que de alguma maneira se fizeram presentes e tornaram possível a concretização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. A natureza não é muda. Ela fala. Evoca. Emite mensagens de grandeza, beleza, perplexidade e força. O ser humano pode escutar e interpretar esses sinais. Coloca-se junto às coisas, ao pé delas e sente-se unido a elas. Não existe apenas. Co-existe com todos os outros. A relação não é de domínio, mas de convivência. Não é pura intervenção, mas principalmente interação e comunhão. É de cuidado das coisas.”

Leonardo Boff

Resumo

MENDIETA, Marjoriê da Costa. **Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares**. 2014. 171f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O estudo objetivou conhecer ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, e a sua relação com as plantas medicinais. Consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória que se fundamentou no referencial de autoatenção. O local do estudo foi o domicílio dos participantes, na área urbana e rural da cidade de Pelotas (RS), próximo a duas escolas, sendo uma no 9º Distrito, Monte Bonito, e a outra no bairro Balsa, região do Porto. Os participantes do estudo foram 12 escolares que estão cursando a 5ª, 6ª e 7ª série, e 6° ano e suas respectivas famílias ou familiares. Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2014. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: Entrevista semiestrututrada com a família e com o escolar, observação sistemática das plantas medicinais e construção de genograma e ecomapa. Com relação às plantas medicinais foi feito registro fotográfico no ambiente de ocorrência natural ou cultivo, georreferenciamento por meio do Global Positioning System (GPS) de navegação e resgate do conhecimento com o nome popular, parte utilizada e modos de preparo. A análise seguiu a proposta operativa emergindo algumas categorias que deram sentido aos resultados. A pesquisa possibilitou compreender diferentes ações de autoatenção no contexto familiar e escolar. As ações de autoatenção em saúde no contexto familiar urbano e rural ocorrem por meio de uma constante articulação entre as formas de atenção do tipo biomédico e as formas de atenção do tipo popular e tradicional, tanto na autoatenção ampla como na restrita. Na perspectiva ampla as ações são mais voltadas a atividades domésticas envolvendo, por exemplo, cuidados com a casa, com a alimentação, e por meio da utilização de plantas medicinais para manter a saúde da família. O modelo biomédico figurou de maneira discreta, envolvendo ações de promoção da saúde. Na autoatenção restrita o modelo biomédico mostrou-se como um recurso em situação de doença, havendo também ações domésticas, advindas do saber empírico como forma de cuidado no âmbito familiar. As plantas medicinais figuraram mais como uma opção de remediar frente à necessidade de saúde. No contexto escolar, ações de autoatenção amplas e restritas também estão presentes, entretanto, de maneira pontual trabalhado geralmente pelo professor, sem a presença do profissional da saúde. No contexto familiar, os escolares referem que a mãe e avó são as principais responsáveis pela transmissão de saberes sobre plantas medicinais. No contexto escolar, o professor de ciências é o que mais aborda a temática. Isto reforça a necessidade crescente da intersetorialidade entre educação e saúde. As maiores disparidades entre estes locais foram que o meio rural possui maior acesso às plantas medicinais, e apenas escolares do meio urbano referiram a escola como fonte de conhecimento sobre plantas medicinais.

Palavras-chave: Saúde da População Urbana; Saúde da População Rural; Enfermagem; Educação em Saúde; Cultura.

Abstract

MENDIETA, Marjoriê da Costa. **Self-attention and the knowledge about herbal medicines in the Family context of scholars**. 2014. 171f. Dissertation (Masters) – Program of Graduation in Nursing. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

The study aimed to know the actions of self-attention in health in the family context of scholars, and their relationship with herbal medicines. It consists in a qualitative and exploratory approached research that is based on the self-attention referential. The place of study was the participants' home, in the urban and rural area from the city of Pelotas (RS), near to two schools, being one at the 9th District, Monte Bonito, and the other at the neighborhood Balsa, region of Porto. The study participants were 12 scholars that are studying in the 5ª, 6ª and 7ª degrees, and 6º year, and its respective families or relatives. Data was carried out between January to July of 2014. It was used the following instruments of data collection: semistructured interview with the family and the scholar; systematic observation of herbal medicines and construction of genogram and ecomap. Related to herbal medicines was performed a photographic recording in the environment of natural or growth occurrence, georeferencing throughout Global Positioning System (GPS) of navigation and rescue of knowledge with a popular name, the part used and preparation methods. The analysis followed the operative proposal, which enabled the emerging of some categories that gave sense to the results. The research enabled comprehend different actions of self-attention in the family and scholar context. The actions of self-attention in health in the urban and rural family context happen through a constant articulation between the mode of popular and traditional attention, as much in the wide self-attention as in the restrictive. In the wide perspective, the actions are more focused on domestic activities, which involve, for example, housekeeping, caution with food, and through the using of herbal medicines to keep the family healthy. The biomedical model figured in a discreet manner, and it involved actions of health promotion. In the restrictive self-attention, the biomedical model demonstrated to be as a resource in sickness situation, existing also domestic actions, from the empirical knowledge as a way to care in the family environment. Herbal medicines figured more as an option to remedy towards the necessities of health. In the scholar context, actions of wide and restrictive self-attention also are present, yet taught generally by the professor, without the health professional presence. In the family context, scholars reported that the mother and the grandma are the main responsible for the knowledge transmission about herbal medicines. In the scholar context, the teacher of Science was the one who the most approached the theme. This reinforces the crescent need of intersectorality between education and health. The major disparities between the places were that the rural area has more access to herbal medicines, and only scholars from the urban area reported the school as a source of knowledge about herbal medicines.

Key words: Urban Health. Rural Health. Nursing. Health Education. Culture.

Lista de Figuras

Figura 1 Representação geográfica da localização do estudo no 9° Distrito de Pelotas – Monte Bonito (Rural) e Bairro Balsa (Urbano), Pelotas, RS, Brasil..... 41
Figura 2 Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa..... 45
Figura 3 Recursos financeiros para o desenvolvimento do projeto..... 46
Figura 4 Representação geográfica da localização das famílias do estudo no 9° Distrito de Pelotas – Monte Bonito, Pelotas, RS, Brasil..... 69
Figura 5 Representação geográfica da localização das famílias do estudo no Bairo Balsa, Pelotas, RS, Brasil..... 74
Figura 6 Genograma da Família 1..... 77
Figura 7 Ecomapa da Família 1..... 78
Figura 8 Genograma da Família 2..... 83
Figura 9 Ecomapa da Família 2..... 84
Figura 10 Genograma da Família 3..... 89
Figura 11 Ecomapa da Família 3..... 90
Figura 12 Genograma da Família 4..... 96
Figura 13 Ecomapa da Família 4..... 97
Figura 14 Genograma da Família 5..... 102
Figura 15 Ecomapa da Família 5..... 103
Figura 16 Genograma da Família 6..... 107
Figura 17 Ecomapa da Família 6..... 108
Figura 18 Genograma da Família 7..... 111
Figura 19 Ecomapa da Família 7..... 112
Figura 20 Genograma da Família 8..... 116
Figura 21 Ecomapa da Família 8..... 117
Figura 22 Genograma da Família 9..... 122
Figura 23 Ecomapa da Família 9..... 123
Figura 24 Genograma da Família 10..... 128
Figura 25 Ecomapa da Família 10..... 129
Figura 26 Genograma da Família 11..... 133
Figura 27 Ecomapa da Família 11..... 134
Figura 28 Genograma da Família 12..... 138

Figura 29 Ecomapa da Família 12..... 139

Lista de Quadros

Quadro 1	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 1.....	79
Quadro 2	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 2.....	85
Quadro 3	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 3.....	91
Quadro 4	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 4.....	98
Quadro 5	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 5.....	104
Quadro 6	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 6.....	108
Quadro 7	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 7.....	112
Quadro 8	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 8.....	118
Quadro 9	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 9.....	124
Quadro 10	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 10...	130
Quadro 11	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 11...	135
Quadro 12	Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 12...	140

Lista de abreviaturas e siglas

ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio Grande do Sul
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPMF	Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

	Estrutura da Dissertação	**15**
1	**Introdução.....**	**16**
2	**Objetivos.....**	**22**
2.1	**Objetivo Geral.....**	**22**
2.2	**Objetivos Específicos.....**	**22**
3	**Revisão de Literatura.....**	**23**
3.1	**Transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais no contexto familiar.....**	**23**
3.2	**Autonomia e promoção da saúde.....**	**27**
3.3	**A escola como local de prolongamento do cuidado em saúde.....**	**32**
4	**Referencial teórico.....**	**35**
5	**Metodologia.....**	**40**
5.1	**Caracterização do estudo.....**	**40**
5.2	**Local do estudo.....**	**40**
5.3	**Participantes do estudo.....**	**41**
5.4	**Critério de seleção dos sujeitos.....**	**42**
5.5	**Princípios éticos.....**	**42**
5.6	**Procedimento de coleta de dados.....**	**43**
5.7	**Análise dos dados.....**	**43**
5.8	**Divulgação dos resultados.....**	**44**
6	**Cronograma.....**	**45**
7	**Orçamento.....**	**46**
7.1	**Recursos financeiros do projeto.....**	**46**
	Referências.....	**48**
	Apêndices.....	**56**
	Anexos.....	**62**
8	**Relatório do trabalho de campo.....**	**65**
9	**Artigo com os principais resultados da pesquisa - *Ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares urbanos e rurais e as plantas medicinais*.....**	**146**

Estrutura da Dissertação

A presente dissertação trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, referentes às plantas medicinais.

A dissertação é dividida em três partes. Primeiramente o projeto de dissertação é constituído por introdução, objetivo geral e objetivos específicos, revisão de literatura, referencial teórico, metodologia, cronograma e orçamento. Após é apresentado o relatório do trabalho de campo, e por fim, um artigo científico que será submetido à análise de revista científica selecionada para a publicação.

O artigo versa sobre as ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, e a sua relação com as plantas medicinais, que será submetido ao periódico Texto & Contexto Enfermagem, Qualis CAPES Enfermagem A2[1].

[1] Disponível em: http://www.capes.gov.br/webqualis. Acesso em: 16 nov. 2014.

1 Introdução

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira surgiu frente a uma mobilização que reivindicava a necessidade popular de reconstruir uma estrutura que atendesse as reais necessidades da população no que se referia à saúde, enquanto direito de cidadania (MACHADO et al., 2007).

Desta maneira, a Constituição Federal de 1988 assumiu uma concepção de seguridade social em vistas de expressar os direitos inerentes à cidadania, integrando desta maneira saúde, previdência e a assistência. A partir da Constituição que se assimilaram os ideais do movimento da Reforma Sanitária, reconhecendo a partir disso, a saúde como direito de todos, e dever do Estado, mediante um conjunto de políticas, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

No que tange os princípios e diretrizes do SUS, sabe-se que a integralidade faz parte destes princípios estabelecidos desde sua criação. Desta maneira, espera-se que a integralidade na atenção à saúde oriente ações programáticas e políticas que respondam as necessidades da população no acesso à saúde, considerando as especificidades de cada pessoa, e as diferentes dimensões biológicas, culturais e sociais do indivíduo ou grupo, que recebe o cuidado, enfatizando a importância de proporcionar o poder de autonomia e cidadania da população (SILVA; SENA, 2008).

Entretanto, para que isso ocorra efetivamente, é necessário que se ultrapasse o olhar biomédico (CAPRA, 1982) dos profissionais de saúde e também do sistema de sáude de uma maneira geral. Este olhar biomédico vê a pessoa sob uma ótica restrita, que acaba por transformar uma pessoa com alguma necessidade de saúde, em uma pessoa doente, em uma doença. Quando se fala no olhar biomédico do sistema de saúde, se refere ao entendimento de que as pessoas busquem por serviços de saúde somente frente a um problema, uma patologia.

Sabe-se que o modelo biomédico ainda é o modelo vigente, e desta forma os profissionais de saúde continuam sendo formados para essa realidade, tornando-se difícil que estes tenham a compreensão de que as pessoas necessitam ser vistas de maneira integral.

Desta maneira, percebe-se que o processo de implementação do SUS ainda está em andamento, mesmo após 26 anos de sua criação. Não se pode desconsiderar que há inúmeras limitações, começando pelo que foi dito anteriormente, os profissionais não foram formados em consonância com o modelo de saúde proposto, e de acordo com a perspectiva social da população, e ainda hoje, há dificuldade em implantar nos currículos, um novo olhar, adaptado aos princípios do SUS (MACHADO et al., 2007).

Uma maneira de compreender a integralidade das ações em saúde pode começar por um olhar voltado à realidade das pessoas no que se refere às diferentes práticas de cuidado. Faz-se cada vez mais necessário aceitar e conhecer essas práticas. Com isso, é importante que o profissional tenha um olhar para referenciais da antropologia, como Menéndez (2003) que auxiliam na compreensão de que o sistema de saúde não é somente o formal.

Para Menéndez (2003) a população transita por diversas formas de atenção, dentre elas, do tipo biomédico, que fazem parte do sistema oficinal de saúde; o tipo popular e tradicional, no qual estão incluídos os profissionais informais, como curandeiros, espiritualistas, dentre outros; o tipo *new age*, que inclui novas religiões comunitárias baseadas na cura, dentre outros; o tipo derivadas de outras tradições médicas, como a acupuntura; e ainda, o tipo centrado na autoajuda, como grupos de alcóolicos anônimos, dentre outros.

Com isso, percebe-se que a família é parte importante dos diferentes tipos de sistemas de saúde, visto que é geralmente neste grupo, que o conhecimento popular é repassado por meio das gerações, e, além disso, a família com frequência é quem participa dos cuidados em saúde. Desta forma, entende-se que família é um grupo de pessoas que proporciona o aprendizado dos primeiros conhecimentos de cuidados à saúde (ROSA et al., 2009).

A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), primeiramente denominada de Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, foi um avanço importante para a assistência prestada no SUS. A ESF vai ao encontro do princípio de integralidade, em que não centra ações na doença, mas na melhoria da qualidade de vida da população, visando o todo, considerando e valorizando o conhecimento das pessoas, tornando-as autônomas, capazes de formar decisões em relação a sua saúde (BRASIL, 2006a).

Isso requer que os profisisonais da saúde compreendam a família nas suas diversas composições, conhecendo cada uma em sua totalidade e singularidade, no que se refere à suas relações, crenças e valores, os quais, influenciam as práticas de cuidado à saúde.

Relacionando este contexto à enfermagem, pode-se dizer que a profissão acompanhou essas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, visto que deixou de ser uma figura essencialmente hospitalar, para se tornar membro efetivo da ESF. A prática realizada pelo enfermeiro, algumas vezes com características reducionistas, valorizando o ser individual e doente, passou a ter um olhar mais humanizado, dedicado mais à comunidade, e por meio de sua prática passou a valorizar a família como um espaço de diálogo, aquisição e transformação de conhecimento entre os indivíduos (BORGES et al., 2010).

Para que se alcance um olhar integral para os indivíduos e famílias, é necessário compreender o que leva as pessoas a utilizarem as diferentes práticas de cuidado, ou seja, diferentes ações de autoatenção em saúde. A autoatenção refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, facilitar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade. A autoatenção envolve decidir de maneira autônoma ou relativamente autônoma a forma de agir das pessoas em busca pela saúde (MENÉNDEZ, 2005).

Nas sociedades capitalistas e desenvolvidas, atualmente vem aumentando as práticas alternativas ou complementares, tanto no âmbito da autoatenção ampla, como na restrita, que de certa forma pode ser uma reação a características do modelo biomédico, mas este pode não ser o fator decisivo (MENÉNDEZ , 2003).

Vários são os fatores que podem influenciar o uso dessas terapias, como o fácil acesso, baixo custo, credibilidade na sua eficácia, dentre outros. Exemplo disso é o uso das plantas medicinais, que representam grande importância para a manutenção das condições de saúde. Além da comprovação da ação terapêutica de muitas plantas utilizadas popularmente, as plantas e os fitoterápicos[2] representam

[2] O termo fitoterapia descreve a profilaxia e o tratamento de doenças e distúrbios da saúde através de plantas ou partes de plantas, como folhas, flores, raízes, frutos ou sementes, e pelas suas preparações. As plantas apropriadas para este fim são as plantas medicinais (FINTELMANN; WEISS, 2010).

parte importante da cultura da população, sendo difundido ao longo das gerações (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Entretanto, não é somente uma tradição que faz com que as plantas sejam utilizadas até hoje, visto que

> Além da crença sobre o poder de cura desta ou daquela planta, a fitoterapia evoluiu e sofisticou-se: portanto o conhecimento sobre o poder curativo das plantas não pode mais ser considerado apenas como tradição passada de pais para filhos, mas como ciência que vem sendo estudada, aperfeiçoada e aplicada por diversas culturas, ao longo dos tempos (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006, p.118).

Frente a essa realidade que foi implementada no Brasil em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (BRASIL, 2006b), e em 2007 o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2007a), com vistas a consolidar essas terapias no SUS, deixando de ser uma prática popular, para se tornar parte da assistência prestada nos serviços de saúde.

Entretanto, sabe-se que somente a existência de políticas e programas não é o suficiente para que essas práticas sejam valorizadas e implantadas. Torna-se desta forma, cada vez mais necessário que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelo contato próximo com a população no contexto em que vivem, conheçam como ocorrem essas práticas que envolvem o uso de plantas medicinais, na perspectiva de realizarem uma assistência que valoriza a totalidade, a autonomia e a autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

Outro espaço igualmente favorável para que as diferentes práticas, dentre elas as de autoatenção em saúde, sejam conhecidas e valorizadas é a partir da escola. Este pode ser considerado um espaço de extrema importância para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto à comunidade, com vistas a garantir mudanças de hábitos, além de reunir por um período importante, crianças e adolescentes em uma etapa crítica de crescimento e desenvolvimento (GUBERT et al., 2009).

Desta forma, **justifica-se** a realização do presente estudo pelo fato de que muitas pesquisas na atualidade (MONTELES; PINHEIRO, 2007; SOUZA; FELFILI, 2006; SANTOS et al., 2009) estão preocupados em realizar levantamentos de plantas medicinais utilizadas por determinadas populações. Sabe-se da importância

destes trabalhos, entretanto, há poucas pesquisas (CEOLIN et al., 2011) que investigam o uso de plantas medicinais no contexto familiar. Além disso, não se encontram estudos que investigam como está ocorrendo nos dias atuais, a transmissão desse saber no contexto familiar, incluindo os mais jovens, como crianças/adolescentes em idade escolar.

Alguns poucos estudos (KNOTEK et al., 2012; BRASILEIRO et al., 2008; KFFURI, 2008), de diferentes países, trazem a informação de que os mais jovens não tem interesse na temática, por diversos motivos, dentre eles, a facilidade e rapidez do modelo biomédico e medicamentos alopáticos, porém não foram realizadas pesquisas com a família incluindo uma criança/adolescente escolar[3], apenas investigaram com os adultos suas opiniões sobre isso.

Percebe-se que o escolar está em uma fase da vida que ocorre uma transição, em que carrega valores da família, e começa a se apropriar de novos valores, associados aos grupos em que se inserem, a exemplo da escola. Desta maneira, é importante investigar nesse momento da vida a sua percepção sobre o cuidado e as práticas de autoatenção incluindo as influências da família e as plantas medicinais. Ressalta-se também a importância da escola, que além de uma instituição com valores, é um espaço de sociabilidade, de articulação de ideias, que induzem a formação de grupos que se auto identificam, e influenciam inclusive hábitos de cuidado e saúde na vida adulta.

O interesse da pesquisadora na temática não ocorreu somente no mestrado, mas sim durante a graduação. A pesquisadora enquanto participante desde o terceiro semestre da graduação do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) teve a primeira aproximação com a temática plantas medicinais. No decorrer da graduação, a pesquisadora participou do projeto de pesquisa e extensão “Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares da região Sul do Rio Grande do Sul” na qual surgiu o interesse em conhecer ainda mais este universo, que envolve a família e os escolares, que tornou-se possível no mestrado.

Como **pressupostos teóricos**, acredita-se que a família de escolares é formadora de referenciais de autoatenção que podem incluir os cuidados com

[3] Pertencente ou relativo à escola. Pessoa que frequenta uma escola; aluno, estudante (POLITO, 2004).

plantas medicinais, não ocorendo necesariamente em um momento específico, mas por meio da convivência familiar.

Com isso, a presente pesquisa irá contribuir para que os profissionais da saúde atuantes em UBS conheçam mais sobre o contexto familiar, incluindo o escolar, no que se refere ao uso de plantas medicinais, com vistas de que poderá contribuir para ações sem preconceitos e que visem à totalidade, por meio do diálogo, ampliando ações autônomas e de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

Desta maneira, apresenta-se a seguinte **questão norteadora**: Quais as ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, referentes às plantas medicinais?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conhecer ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, referentes às plantas medicinais.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as ações de autoatenção em saúde desenvolvidas por famílias de escolares;

Investigar se as famílias de escolares fazem uso de plantas medicinais;

Investigar as situações em que são utilizadas as plantas medicinais;

Apreender se e como ocorre a transmissão de conhecimento relacionado ao uso de plantas medicinais em famílias de escolares;

Identificar a partir do escolar, se a escola tem constituído loco de transmissão de conhecimento relacionado ao uso de plantas medicinais entre escolares;

Investigar se há plantas nas residências das famílias de escolares e indentificá-las quando existentes.

3 Revisão de Literatura

Com o objetivo de fundamentar teorciamente a presente pesquisa, buscou-se compreender a temática por meio da literatura, com três temas principais: transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais no contexto familiar; autonomia e promoção da saúde, e a escola como local de prolongamento do cuidado em saúde.

3.1 Transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais no contexto familiar

A utlização de plantas medicinais está presente entre os diferentes sistemas de cuidado que a população transita, expressando o valor cultural e a subjetividade presente nas comunidades (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005). Nesse contexto, sabe-se que o sistema de saúde pode ser composto pelo menos por três subsistemas inter-relacionados: o informal, o popular e o subsistema profissional (KLEIMAN, 1980).

Percebe-se que a família está presente nesses subsistemas, sendo nela que geralmente ocorre troca de conhecimentos sobre esta prática. Entender como ocorre o cuidado por meio das plantas medicinais exige conhecer como ocorre a transmissão deste saber.

Nessa conjuntura, os profissionais da saúde, aproximam-se desta realidade como tentativa de compreender o cuidado em saúde por meio da utilização das plantas medicinais, e com isso, sustentando a prática na visão da integralidade, ocorrendo o cuidado para cada grupo cultural específico (CEOLIN et al., 2011).

Neste contexto, buscando estudos que trataram a transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais na família, encontrou-se dados interessantes. Em uma pesquisa realizada com 300 usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, 60,4% dos participantes afirmam utilizar plantas medicinais, e a aquisição do conhecimento provém em 63,4% da família (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005).

Outra pesquisa também com usuários de UBS, em Minas Gerais, vai ao encontro deste dado, em que dos 2.454 participantes, 1.667 referiram utilizar plantas medicinais por tradição familiar (BRASILEIRO et al., 2008).

Na região Sul do Brasil, outras duas pesquisas, em Pelotas (OLIVEIRA et al., 2012) e em Porto Alegre (PICCININI, 2008), também com usuários de UBS, evidenciaram a família como maior fonte de conhecimento sobre plantas medicinais.

Estes dados demonstram que a utilização de plantas não é um método paliativo, mas carregado de subjetividade, que é repassado de geração a geração, estreitamente relacionado ao território social em que o sujeito se encontra (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005), e isso não está limitado somente à zona rural, visto que as quatro pesquisas supracitadas foram realizadas no meio urbano.

Na família o cuidado é uma prática diária, e ocorre em especial pelo convívio entre seus membros. Geralmente não há um momento específico para ensinar sobre plantas medicinais, o que reforça a necessidade das diferentes gerações na família estarem juntas, para que os saberes sejam compartilhados (BORGES, 2010).

Uma pesquisa realizada na zona urbana de um município do Rio Grande do Sul retrata este fato. Por meio das entrevistas, quando questionados sobre como aprenderam a utilizar plantas medicinais, verificou-se que a maioria das respostas mencionou que foi na infância o primeiro contato, na qual, sete dos dez entrevistados referiram que desde crianças viam essa prática ser realizada por suas mães e avós (BADKE, 2008).

Pesquisas no meio rural também evidenciam a família como maior fonte de conhecimento, a exemplo do estudo realizado com agricultores de base ecológica do sul do Brasil, que constatou que a maior fonte de informação é a família, inclusive por meio do casamento, na qual esposa e/ou marido influenciam a prática de uso de plantas medicinais no cuidado à saúde (CEOLIN et al., 2011).

Estes resultados evidenciam que a transmissão de conhecimento é forte no âmbito familiar, independente dessa família estar inserida no meio urbano ou rural. Percebe-se que há o repasse de conhecimento, entretanto está diminuindo com o passar dos anos e vários podem ser os fatores para essa perda.

Alguns estudos (TABUTI et al., 2012; KNOTEK et al., 2012; ALI-SHTAYEH; JAMOUSA; JAMOUSA, 2012; BRASILEIRO et al., 2008) apontam a idade como fator relevante no conhecimento sobre plantas. Um estudo realizado em Uganda revelou que a idade está relacionada com o nível de conhecimento, na qual as

pessoas de mais idade mencionaram mais remédios à base de plantas do que pessoas mais jovens (TABUTI et al, 2012).

Estudos realizados em Minas Gerais (BRASILEIRO et al., 2008), na República Checa (KNOTEK et al., 2012) e na Palestina (ALI-SHTAYEH; JAMOUSA; JAMOUSA, 2012) vão ao encontro, visto que constataram o uso de plantas de forma mais acentuada entre a população com mais idade (ALI-SHTAYEH; JAMOUSA; JAMOUSA, 2012; BRASILEIRO et al., 2008), em contraste com menor uso entre jovens abaixo de 30 anos (OLIVEIRA et al., 2012), retratando menor atenção da população mais jovem quanto ao conhecimento transmitido por meio de gerações (BRASILEIRO et al., 2008).

Com isso percebe-se que a falta de interesse das pessoas mais jovens sobre esse conhecimento vem ocorrendo em diferentes países do mundo, assim como é uma característica possível de ser observada no meio urbano e rural.

Além disso, constatou-se que em alguns casos, há preferência por atendimento médico e medicamentos alopáticos devido à rapidez dos efeitos desejados (MERÉTIKA, 2008). Essa situação pode ser a causa em outros locais também, visto que os serviços de saúde estão se expandido, e se aproximando cada vez mais de comunidades mais afastadas.

Podemos destacar essa expansão como um avanço na área da saúde, pois não é toda a população quem tem acesso a esses serviços, porém cabe lembrar que locais com UBS trazem a perspectiva de prevenção e promoção de saúde, logo pelos dados supracitados nos leva a pensar que os profissionais de saúde ainda não estão totalmente preparados para esta realidade.

É preciso compreender os diferentes sistemas de cuidado nos quais a população transita, dentre eles, os que incluem as plantas medicinais, e a partir daí valorizar esses saberes, bem como a cultura que permeia esses sistemas e não substituir por medicações alopáticas.

Outro fator associado à falta de interesse dos mais jovens no aprendizado sobre plantas está relacionado com a migração para cidades. Além disso, há um crescente interesse pelas facilidades da vida moderna, que gera desinteresse pelo conhecimento tradicional. O tratamento com medicamento alopático é mais fácil e rápido, para essa vida moderna, em que se tem pouco tempo para cuidar da saúde (KFFURI, 2008).

A pesquisa realizada em comunidades ribeirinhas de Manaus, retrata essa realidade. Várias mães/pais participantes do estudo relataram não ter mais a presença dos filhos em casa, devido ao fato dos mesmos terem migrado para a cidade de Manaus em busca de emprego, e aliado a isso está o desinteresse dos filhos que permanecem morando com os pais em aprender sobre plantas medicinais (SOUZA, 2010).

Em contrapartida a estes dados, dois estudos evidenciaram forte repasse de conhecimento para os mais jovens (CEOLIN et al., 2011; GEISSLER et al., 2002). Pesquisa realizada com agricultores ecológicos do sul do Brasil constatou que há a transmissão de conhecimento nas gerações, inclusive para os mais jovens da família. Isso também pode ser observado durante a observação de campo dessa pesquisa, em que uma criança de nove anos que acompanhava o pai, verbalizava oralmente o nome de diversas plantas e a sua indicação, antecipando-se às informações que eram complementadas pelo pai (CEOLIN et al., 2011).

Outro estudo, realizado no Quênia, com mães, comparou o conhecimento delas com o de crianças investigadas em estudo anterior (PRINCE et al., 2001) e mostrou que o conhecimento é muito semelhante, apesar de um pouco menor, demonstrando que há repasse de conhecimento sobre plantas medicinais de mãe para filhos (GEISSLER et al., 2002).

Poucos estudos refeririam o papel da escola na transmissão desse saber para as crianças/adolescentes, no qual podemos citar dois. Um destes, realizado com agricultores do sul do Rio Grande do Sul (CEOLIN et al., 2011) mostrou que a escola apareceu, mas pouco, como responsável pelo compartilhamento do saber. Outro, trata-se de uma pesquisa realizada em Uganda, em que, apesar de parte da amostra ter sido crianças, a escola figurou como a menor responsável como a fonte de conhecimento (TABUTI et al., 2012).

Entretanto, poucos estudos envolveram a criança/adolescente na pesquisa sobre a transmissão de conhecimento em relação a plantas, tornando-se necessário investigar como vem ocorrendo a transmissão entre a família e a criança/adolescente, em especial, as que estão na idade escolar.

Cabe lembrar que a escola é um espaço que busca incentivar o desenvolvimento crítico da criança/adolescente, contribuindo dessa maneira na construção de valores pessoais e de certa forma, refletindo no futuro da sociedade. Logo, acredita-se que a escola acaba preocupando-se muito em ensinar assuntos

predeterminados, o que certamente é importante, porém ressalta-se a necessidade de incentivar as crianças/adolescentes a cuidar da sua saúde, a ter hábitos saudáveis, como também discorrendo com estas, as diferentes opções terapêuticas que existem para a realização do cuidado, logo formando adultos mais conscientes e preocupados com o seu bem estar.

Percebeu-se também pouca referência aos profissionais da saúde nos estudos, e isso pode estar relacionado ao fato da transmissão do saber ter ocorrido predominantemente no sistema informal de saúde, e isso se justifica pelo despreparo e/ou descrença dos profissionais de saúde quanto a esta prática popular de cuidado (CEOLIN et al., 2011).

3.2 Autonomia e promoção da saúde

A sociedade é fortemente influenciada, ainda nos dias atuais, por paradigmas como a Teoria Positivista. Aqueles que seguem essa teoria, mesmo que de maneira inconsciente, enxergam o mundo de maneira organizada como se fosse um organismo, transportando inclusive para as pessoas a maneira de ser do mundo material, no qual todos tem sua função (GUARESCHI, 2011).

O positivismo se estende em todos os campos da sociedade, inclusive à saúde. Exemplo disso é o modelo biomédico que segue a mesma lógica da teoria positivista, o qual vê o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em partes isoladas, sendo a doença um mau funcionamento desta máquina e os profissionais da saúde os responsáveis por reestabelecer a parte do corpo afetada, sem considerar o organismo como um todo (CAPRA, 1982).

Esses valores provenientes do positivismo e modelo biomédico são centrados na figura do sujeito individual, os quais são transpostos na atualidade para o cotidiano das pessoas, realçando novos valores como o individualismo, o consumismo, a busca pelo poder e a disputa, que acabam influenciando de maneira determinante a política, a ética e a cultura da sociedade (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Com isso, a biomedicina tende a homogeneizar, reduzir ou suprimir as diferentes experiências, os significados da doença e até mesmo a vida, de maneira que se volta cada vez mais, somente à doença, ou mais especificamente aos órgãos ou fragmentos de alguma sintomatologia, considerando apenas um ser doente e não uma pessoa que vai além de uma patologia (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

Neste contexto, há a necessidade de pensar em um campo de atuação que se volta para a saúde em seu sentido positivo, que não focaliza apenas na queixa, no sintoma, no problema, tampouco na recuperação, no tratamento ou prevenção, mas sim no bem-estar da pessoa, que vai além da ausência de doença (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Entende-se desta maneira, que a prática em saúde deve estar voltada, de forma crescente, para a questão do cuidado das pessoas, em que as tecnologias devem ser apenas instrumentos facilitadores para que se tenham melhores condições de qualidade de vida. Frente a essa problemática, novas alternativas vem emergindo recentemente, enfatizando a necessidade do resgate de valores como a democracia, a ética, e a capacidade autônoma das pessoas, para que as decisões sejam tomadas em conjunto e desta forma ocorra a democratização da relação profissional da saúde-usuário (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

Seguindo essa ideia, Campos e Amaral (2007) trazem a concepção Paidéia como um novo modelo assistencial, trazendo a visão da clínica ampliada, que valoriza a responsabilização do profissional e a autonomia do usuário na busca pela melhoria de saúde. A multiplicação de especialidades e de profissões em saúde implica num maior número de profissionais que intervém em um mesmo caso, fazendo com que o usuário passe por diversos profissionais e nenhum deles se responsabilize pelo “todo”. Dentro do conceito da clínica ampliada, um instrumento importante é exatamente o de ter um profissional de referência, que demonstra além da responsabilização, a capacidade de proporcionar autonomia, sendo esta última, não a ausência de dependência, mas a capacidade do usuário lidar com sua própria rede (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Desta forma, percebe-se que a autonomia implica em uma grande responsabilidade consigo e com os outros, considerando que ser autônomo não é ser independente, egoísta ou individualista. A construção da autonomia pode começar pelo reconhecimento e aceitação das inúmeras redes de dependência que constituem a existência humana (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

A concepção de autonomia conduz à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, e da capacidade dos indivíduos decidirem sobre suas ações, conforme suas possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória de vida (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Neste contexto, surge o conceito de autoatenção, na qual as pessoas e microgrupos, como a família, articulam outras maneiras de atenção à saúde, que influenciam a autonomia. Enquanto a biomedicina exclui as outras formas de cuidado, a autoatenção as integra em função dos objetivos e necessidades das pessoas e dos grupos sociais (MENÉNDEZ, 2003).

A autoatenção é a porta de entrada da autonomia no âmbito familiar, visto que é a primeira atividade que o grupo realiza frente a uma necessidade de saúde, que não inclui necessariamente um profissional da saúde, mas sim, os conhecimentos pertecentes a este grupo, a esta família (MENÉNDEZ, 2003).

No entanto, é importante ressaltar que os profissionais podem também, fazer parte da autonomia e da autoatenção, em especial os que estão inseridos na comunidade, em Unidades Básicas de Saúde, por se tornarem parte da rede social dos indivíduos e famílias por meio de sua convivência efetiva e de uma interação social frequente (FRANCIONI, 2011).

Uma maneira de incentivar a autonomia dos usuários é por meio do desenvolvimento da cidadania, em que os profissionais da saúde podem influenciar a participação da população na formulação, execução e avaliação de políticas públicas.

Para Ceccim (1998) a educação sobre essas políticas devem ser iniciadas na escola, pois constitui um espaço de aquisição de informações sobre si, sobre o mundo, sobre a convivência social e relações sociais, fazendo com que ocorra uma ampliação da participação da população nas instâncias deliberativas da política sanitária (Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde).

Ações deste tipo influenciarão o que foi dito anteriormente por Campos e Amaral (2007), que é a capacidade do usuário saber lidar com a própria rede, para que se torne autônomo, mas de maneira assistida, e não desamparado, mas que o mesmo saiba para onde se direcionar quando julgar necessário.

Desta forma, percebe-se que uma maneira de ampliar o controle dos indivíduos e comunidades sobre os determinandes de sua saúde, está na proposta de promoção da saúde, na qual as ações promotoras de saúde permitem localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

No que se refere à historicidade da promoção da saúde, a promoção da saúde moderna tem como documento referência o Relatório Lalonde, publicado em

1974, que foi o marco para discussões sobre o tema na atualidade. Este documento trata-se de um memorando de discussão do Ministério do Bem-Estar e Saúde Canadense que trouxe um ideario de ações de intervenção positiva sobre comportamentos dos indivíduos. Lá existe o termo *empowerment*, que se refere à estratégia de promoção da saúde e pode ser entendido como o empoderamento da sociedade (CARVALHO, 2004).

Além deste relatório, vários outros registros surgiram durante a década de 70, visando superar a atenção centrada na enferrmidade, com foco na promoção da saúde. Dentre eles, merecem destaque, duas missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundidal da Saúde (OMS) liderado por Halfdan Mahler em 1973-1974 e o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986) que foi um reforço do Lalonde. Estes marcos citados foram as bases para importantes movimentos de um novo paradigma, formalizado na Conferência de Alma-Ata em 1978 (BRASIL, 2002).

Outro marco de extrema importância é a Carta de Ottawa, originada da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Segundo esta carta, promoção da saúde significa construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, fortalecer ações comunitárias, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (OMS, 2013).

No Brasil, em conformidade com o Pacto pela Saúde, foi aprovada em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que entende a promoção da saúde como:

> [...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006c, p.12).

Desta maneira, observa-se que são crescentes as ações voltadas a promoção da saúde, mundialmente falando, e considera-se isso um ponto positivo para a população. No Brasil, a PNPS aproxima ainda mais os usuários aos princípios da integralidade, equidade, universalidade e as diretrizes de hierarquização e participação da comunidade.

Entretanto, vale ressaltar que, para que todas essas ações políticas sejam colocadas efetivamente em prática, é necessário empenho especialmente dos

profissionais da saúde e isso nos remete o pensamento no que foi contextualidado anteriormente: a dificuldade dos profissionais deixarem de reproduzir o modelo biomédico.

Há a necessidade de que os profissionais da saúde saibam escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de conhecer o estado das coisas, e isso é uma maneira de aceitar que o mundo funciona de outras formas, sempre em transformação e não estagnadas (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Diante do exposto, fortemente relacionado à formação da autonomia e promoção da saúde da população, estão as terapias alternativas ou complementares. Na atualidade está clara a crescente incorporação de sistemas terapêuticos alternativos nos serviços de saúde. Esta ação é uma forma de garantir ao usuário o direito à escolha de seu tratamento, assegurando-lhe o exercício da cidadania (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Entretanto, há ainda entraves na promoção da saúde no que se refere à atuação dos profissionais da saúde referente às terapias complementares. Na visão destes, ações autônomas como a escolha por essas terapias, envolvem fatores éticos, acreditando que há conflito entre os princípios de autonomia e beneficência (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007). Isso por não acreditarem que essas práticas são realmente eficazes, acabam por desistimulá-las, pensando que tem o poder de prezar pelo o que é “melhor” para a pessoa.

Neste contexto, não só das terapias alternativas ou complementares, mas também da autonomia e da promoção da saúde, os profissionais que tem a possibilidade de exercer o poder sobre as pessoas, podem exercer esse poder com as pessoas, possibilitando dessa maneira uma prática profissional guiada pela valorização e parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, de forma a substituir a prática alienada e autoritária em que o profissional é apenas um provedor de serviços e o usuário é um cliente (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Desta maneira, para que ocorra efetivamente a autonomia dos usuários por meio da promoção da saúde, faz-se cada vez mais necessário a libertação de um modelo que não valoriza a escuta e a totalidade das pessoas. Essa mudança pode partir da educação, seja ela dos profissionais na sua formação, e dos usuários, a partir da escola, com o desenvolvimento do empoderamento, para que dessa forma a autonomia seja uma capacidade comum da população.

3.3 A escola como local de prolongamento do cuidado em saúde

A saúde encontra-se vinculada aos direitos humanos, como o direito ao trabalho, à moradia, à educação, alimentaçao e lazer, na qual, a escola é um espaço onde se constituem os cidadãos desses direitos, por meio de práticas realizadas por sujeitos críticos, capazes de produzirem ações que fortalecem a participação das pessoas na busca por saúde (BRASIL, 2005).

A educação, como direito universal, tem como um dos locais para sua prática a escola. Neste ambiente é indipensável a ocorrência da socialização do saber, a articulação entre saber científico e saber popular, assim como a contribuição na construção de um país com igualdade, humanidade e socialmente justo (ARÊAS, 2008).

Desta maneira, a escola constitui um espaço importante para se discutir e aprender sobre saúde. Entretanto, assim como na prática em saúde, ações de saúde na escola desenvolvidas historicamente tem se centrado também por meio de um olhar biomédico, em que se tem enfoque na doença ou na prevenção da mesma. Essa forma de pensar a saúde tem sido insuficiente para fazer da escola um espaço para produzir saúde (BRASIL, 2005).

É nesse sentido que no Brasil foi instituido em 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE) que visa à integração permanente da educação e da saúde, a fim de proporcionar a melhoria da qualidade de vida da população. O PSE contribui para a formação integral de estudantes, visto que a escola é um espaço privilegiado para o encontro da educação e da saúde (BRASIL, 2007b).

No entanto, pensar em saúde no âmbito escolar requer o entendimento de que a educação não ocorre somente na escola. A educação existe por toda parte em que existem redes e estruturas sociais de transferência de saber entre gerações, em que não existe um modelo de ensino formal como na escola. A escola não é o único lugar onde acontece a educação e o ensino escolar não é a sua única prática, assim como o professor não é o único praticante (BRANDÃO, 2007).

Podemos citar como exemplo de situações de aprendizagem as aldeias de grupos tribais, em que as relações entre a criança e a natureza são guiadas pela presença de adultos. A criança vê, entende e imita o gesto de fazer as coisas (BRANDÃO, 2007). Desta maneira destaca-se a importância da escola levar em

consideração os saberes e vivências dos alunos, não só no que tange o ensino de questões de saúde, mas na educação de uma maneira ampla.

Segundo Freire (1996) a escola além de respeitar os saberes dos educandos, deve discutir com os alunos a razão de ser de alguns desses saberes, os relacionando com o ensino de conteúdos. Exemplo disso seria a discussão com os alunos que vivem em locais descuidados pelo poder público, sobre a questão do lixo e do meio ambiente, e quem sabe até associando com a saúde, os saberes e práticas de plantas medicinais com a identificação botânica das plantas, os cuidados com o solo e a terra, dentre outros.

Além disso, quando se pensa em escola, não se deve limitar a tarefa do ensino somente aos professores. Os profissionais da saúde podem auxiliar no fortalecimento e transformação da escola como produção de saúde. Além dos profissionais é possível também incluir pessoas que são referência da comunidade, como benzedeiras, erveiros, parteiras, dentre outros, que exercem uma missão importante na saúde da população (BRASIL, 2005).

Na área rural a presença destas pessoas ainda é observada com maior frequência que no espaço urbano. Desta maneira, entende-se que há uma necessidade ainda maior de inserção de conteúdos relacionados à realidade da população. Essa discussão está fortemente relacionada com a saúde, fora do espaço escolar, na qual se discute a necessidade de levar em consideração a realidade das pessoas para que se alcance a totalidade, nos chamando a atenção de que ações integrais são necessárias na sociedade de uma maneira geral, seja nos serviços de saúde, como na escola.

Especificamente no que se refere à educação na meio rural, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 foi um marco para que o direito à educação dessa população fosse definitivamente assegurado. A LDB propõe conteúdos curriculares e metodologias apropriadas às necessidades e interesses dos alunos da zona rural, levando em consideração suas peculiaridades, como exemplo a adequação do calendário escolar às fases do ciclo agrícola (BRASIL, 2010; MARSCHNER, 2011).

Percebe-se a importância dessa lei, entretanto, questiona-se se ela é efetivamente colocada em prática. Se isso realmente acontece, ou se no mínimo, há esforços para que isso aconteça, é um avanço, visto que o período em que a criança está na escola é um período em que ela é “retirada” do convívio familiar, e com isso

deixa de aprender questões importantes para a sua vida no campo, para aprender conteúdos preestabelecidos, igualmente importantes, mas que não são suficientes para essa realidade. Já com a LDB, a escola passa a constituir um papel ainda mais importante.

Voltando à discussão do ensino de questões de saúde na escola, seja ela rural ou urbana, é importante que o professor respeite a autonomia e a identidade de cada um, por meio de uma prática coerente a isso. Além disso, é necessário associar constantemente a teoria com a prática, na qual o discurso teórico quase se confunda com a prática e para que isso ocorra, os professores necessitam refletir sobre sua prática de ensino constantemente e estar abertos a mudanças quando necessário (FREIRE, 1996).

Essa associação da teoria com a prática nos remete o pensamento à utilização de diferentes práticas de cuidado em saúde realizadas pela população. Assim como os serviços de saúde, as escolas devem levar em consideração as práticas realizadas pela população. Exemplo disso está no uso de plantas medicinais. Se a escola opta por abordar este assunto, seria muito interessante ter um espaço na escola, para o plantio e conservação de plantas pelos escolares, além da produção de infusões e/ou decocções com plantas – por exemplo, quando algum escolar necessitar.

Assim, o saber sobre plantas medicinais pode fazer parte da prática de ensino escolar, como uma maneira de realizar ações de saúde, levando em consideração a realidade dos escolares. Essa ideia vai ao encontro do que diz Paulo Freire:

> Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Quando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho – a de ensinar e não a de transferir conhecimento (FREIRE, 1996, p. 21).

Desta maneira, a escola além de proporcionar o ensino sobre saúde, por meio da incoporação de uma prática de educação focada no diálogo e na troca de informações, adaptada à realidade e as necessidades reais da população, é também um local promissor para uma futura população adulta independente e desprendida do modelo biomédico, visto que terão crescido com ações integrais, tanto de educação, como de saúde.

4 Referencial Teórico

Conhecer o uso das plantas medicinais no contexto familiar, incluindo o escolar, envolve pensar sobre a autonomia da população em busca por ações integrais de saúde, a exemplo da autoatenção. Nesse sentido a linha de pensamento de Menéndez servirá de referencial teórico para a presente pesquisa. O antropólogo argentino Eduardo Luiz Menéndez traz a ideia da autoatenção, como forma de autonomizar o sujeito em busca da integralidade em saúde, em especial por meios de práticas complementares (MENÉNDEZ, 2003).

Primeiramente, é interessante discorrer brevemente sobre a historicidade do conceito de saúde. Na antiguidade a doença era relacionada à religiosidade, vista como uma desobediência ao mandamento divino, e em outras culturas, o que causava a doença eram os espíritos maus, no qual o feiticeiro da tribo era o responsável por expulsar esses espíritos por meio de rituais. Surgiu com Hipócrates uma visualização da doença independente da religião, em que passou a ser entendida como um desequilíbrio do corpo causado por fatores externos, e mais tarde, Galeno trouxe a ideia de desequilíbrio interno como causador de doenças (SCLIAR, 2007).

Como se sabe, esse pensamento evoluiu até Descartes, no século XVII, com a visão do corpo como uma máquina, e o surgimento do modelo biomédico que vai ao encontro deste pensamento (CAPRA,1982). Com isso, é possível observar que apesar da tentativa em discorrer sobre o conceito de saúde, percebe-se somente a doença como centro das atenções “à saúde”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde define-se como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (OMS, 1946). Tal definição, para a época em que foi criada – 1946, demonstrava uma visão diferenciada, que não o foco na doença. Entretanto, autores como Segre e Ferraz (1997), há 15 anos, já questionavam essa definição de perfeição surreal presente em tal conceito, visto que saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas, visto que a saúde reflete em uma conjuntura social, cultural, econômica e política (SCLIAR, 2007).

Nesse contexto, Menéndez reflete que na atualidade existem diferentes formas de atenção à doença, assim como são diferentes os indicadores para a detecção do problema, bem como são diversas as formas de tratamento e de cura. É na busca pela totalidade, que a população acaba por utilizar várias maneiras de se tratar, não só dos diferentes problemas, mas para um mesmo problema de saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Especialmente nas sociedades capitalistas de mais alto desenvolvimento, aumenta a população que utiliza diferentes tipos de ações, com o objetivo de melhorar e promover sua saúde, embora com frequência seja por meio de uma noção extremamente medicalizada, existem formas alternativas (MENÉNDEZ, 2003).

No entanto, mesmo com o reconhecimento dessa diversidade, que podemos citar como exemplo, o uso de plantas medicinais, a biomedicina não as reconhece, as quais são negadas, ignoradas e marginalizadas pelos profissionais da saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Menéndez afirma que “o aumento constante das chamadas medicinas alternativas e de formas de recuperação da medicina popular não são apenas reações à biomedicina” (MENÉNDEZ, 2003, p. 186-187), mas sim, formas de cuidado que fazem parte da cultura da população desde a antiguidade, que vem sendo repassado com as gerações familiares até os dias atuais.

Neste contexto, percebe-se a necessidade cada vez maior da escuta, do diálogo entre profissionais e a população, na tentativa de enxergar a saúde e deixar de lado o foco somente no problema, na queixa, na doença. É possível também utilizar desse momento, para conhecer as práticas de cuidado que as pessoas utilizam, de forma a valorizá-las, sem preconceitos, reconhecendo o valor das mesmas.

É nessa perspectiva, que Menéndez (2003) sugere o diálogo como forma de alcançar a totalidade em busca pela saúde, no qual, o autor enfatiza que essa não é uma necessidade atual. Desde os anos 50, diferentes tendências da psicologia, sociologia, antropologia, e até mesmo a biomedicina, apontam a importância da relação profissional e usuário para o diagnóstico e tratamento, com a necessidade de torná-la mais simétrica, incluindo a palavra do paciente e suas referências culturais, uma vez que isso tende a ser excluído.

Frente a essas lacunas na atenção à saúde, Menéndez reflete que as pessoas utilizam de práticas de autoatenção, que são atividades constantes, mas intermitentes desenvolvidas pelas próprias pessoas ou grupos, de forma independente ou com referência a outras formas de cuidado (MENÉNDEZ, 2003).

A autoatenção refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, facilitar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade, afim de que a autoatenção envolve decidir de maneira autônoma ou relativamente autônoma a forma de agir das pessoas em busca pela saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Segundo Menéndez (2003) a autoatenção pode ser dividida em dois níveis, o amplo e o restrito. O amplo seriam as ações estabelecidas pela cultura da pessoa e do grupo, especialmente o grupo doméstico. Nessa perspectiva, incluem-se cuidados e prevenção de doenças, como também atividades de preparação e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, coleta e uso de água, dentre outros. Já a restrita, refere-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado.

É importante destacar a diferença entre autoatenção e autocuidado. Para o autor, o segundo faz parte da autoatenção restrita, e está algumas vezes ligada ao modelo biomédico, em especial por meio da automedicação (MENÉNDEZ, 2003).

Neste contexto, percebe-se que a família é parte essencial da autoatenção, seja ela ampla ou restrita, tornando-se necessário compreender a família, para que se alcance uma melhor compreensão sobre a autoatenção.

Há a necessidade crescente de se pensar nas famílias em termos das comunidades em que vivem. Muitas vezes a comunidade é ignorada, e somente a família nuclear é o foco das ações em saúde, ignorando tudo que veio antes e tudo o que proporciona o contexto para a experiência familiar (MCGOLDRICK, 2003).

É necessário ir além das definições de família da cultura dominante – a família nuclear, e dedicar atenção para relacionamentos entre pais e filhos, irmãos, primos, vizinhos, e, além disso, observar o papel dos pais, dos avós, da escola, da educação das crianças/adolescentes, cuidando, desta forma, de toda a estrutura da família e da comunidade (MCGOLDRICK, 2003).

Por meio deste olhar amplo do que é família na atualidade, percebe-se que a autoatenção era diferente há alguns anos, comparando a família dos dias atuais.

Isso se deve a diversos fatores, dentre eles a evolução da medicina, a imposição do modelo biomédico, a facilidade de acesso a medicamentos alopáticos, assim como a inserção de novos membros na família, a exemplo de crianças e adolescentes, que cresceram em um novo contexto de vida e de saúde, que influenciam e alteram fortemente os objetivos e o futuro da família.

Carter e McGoldrick (2003) enfatizam ainda sobre a mudança do ciclo de vida na atualidade, a exemplo da criação dos filhos. Enquanto antigamente a criação destes ocupava os pais por toda a vida adulta, hoje já ocupa menos da metade deste período (CARTER; MCGOLDRICK, 2003). Certamente isso influencia diretamente nas ações de autoatenção, visto que há menos tempo de convivência entre pais e filhos, e os últimos sofrem cada dia mais influência externa, a exemplo da escola.

Desta maneira, é possível refletir sobre a (falta de) atenção, que tem se dado à população jovem, de crianças/adolescentes, no âmbito familiar, social, de saúde e também científico. Estudos na infância/adolescência vêm apontando uma tendência "adultocêntrica", em que não se tem considerado as visões e ações destes como relevantes. Isso é resultado, em parte, de concepções culturais de que as crianças/adolescentes sabem menos, vivem em um mundo à parte, e não têm a contribuir com questões "sérias" (TASSINARI, 2011).

É essa visão limitada da capacidade da criança/adolescente que têm norteado análises científicas e políticas públicas. Com isso, o silêncio que é imposto a eles, acaba por influenciar ainda mais o confinamento destes em espaços específicos com pessoas também da mesma faixa etária - como escolas, clubes, dentre outros, que de fato, impedem uma participação efetiva nos campos "sérios" da vida pública (TASSINARI, 2011).

Nesse sentido, a antropologia tem a contribuir, no sentido de possibilitar a revelação do que as crianças/adolescentes aprendem nos diferentes contextos socioculturais (TASSINARI, 2011), tanto no âmbito social, como familiar e escolar, revelando inclusive as formas de autoatenção.

O antropólogo norte-americano Hirshfeld (2002) destaca, entretanto, que poucas obras na antropologia incidem especificamente sobre as crianças, o que é, segundo o autor, curioso, visto que praticamente toda a antropologia contemporânea baseia-se na ideia de que a cultura é aprendida e não herdada, e embora as

crianças tenham uma capacidade notável de aprendizagem em geral, inclusive sobre a cultura, a antropologia tem mostrado pouco interesse por eles.

A marginalização da compreensão da família, incluindo crianças e adolescentes, obscurece a compreensão de como surgem as formas culturais, inclusive relacionados à autoatenção e as terapias alternativas, e porque são sustentados (HIRSHFELD, 2002).

Desta maneira, é possível perceber que investigar a autoatenção relacionado às plantas medicinais na família, incluindo um escolar - criança/adolescente, permite ter uma visão do contexto familiar, que os adultos podem não revelar, proporcionando desta forma, uma melhor compreensão sobre a temática.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Este estudo tem uma abordagem qualitativa do tipo exploratória. A pesquisa qualitativa relaciona-se aos significados de como os indivíduos, ou grupos, observam suas experiências e de que maneira estes compreendem o mundo. Entretanto, em vez de simplesmente aceitar as explicações, este tipo de pequisa questiona a respeito da natureza dos fenômenos sociais (MINAYO, 2011).

A pesquisa do tipo exploratória permite ao investigador aprofundar sua experiência sobre a questão de interesse. Segundo Triviños (2008) o pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda o estudo dentro dos limites de uma realidade específica buscando maiores conhecimentos sobre a temática.

A presente pesquisa está vinculada ao projeto "*Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul*" desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Embrapa Clima Temperado, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no domicílio dos participantes, na área urbana e rural da cidade de Pelotas (RS), próximo a duas escolas, sendo uma na àrea rural, no 9º Distrito, Monte Bonito, e uma na área urbana, no bairro Balsa, zona do Porto. A representação dos locais de pesquisa urbano e rural encontra-se na figura 1.

Figura 1- Representação geográfica da localização do estudo no 9° Distrito de Pelotas – Monte Bonito (Rural) e Bairro Balsa (Urbano), Pelotas, RS, Brasil. Fonte: Google Earth (disponível na internet).

5.3 Participantes do estudo

Foram abordados escolares que estão cursando a 5ª série, 6ª série, 7ª série e 6° ano, e seus respectivos familiares. O familiar escolhido para participar do estudo foi aquele que tivesse disponibilidade de receber a pesquisadora no domicílio, juntamente ao escolar. Na ocasião de ter mais de um familiar presente, todos participaram do diálogo, entretanto, apenas um teve foco da entrevista semiestruturada.

Os familiares foram identificados por nomes fictícios de plantas medicinais, seguida da idade, do código F ou M que correspondem a feminino ou masculino, respectivamente e da localidade – urbano ou rural. Os escolares foram identificados pelo mesmo nome fictício do seu familiar, acompanhado da palavra “escolar”, assim como a idade, do código F ou M que correspondem a feminino ou masculino, respectivamente e da localidade – urbano ou rural.

5.4 Critérios de seleção dos sujeitos

Escolar

- Pertencer às turmas pré-estabelecidas (5ª série, 6ª série, 7ª série e 6° ano);
- Ter respondido ao instrumento pertencente à pesquisa que o presente projeto faz parte;
- Afirmar neste questionário que utiliza plantas medicinais;
- Ter fornecido telefone.

Família

- Residir em local de fácil acesso terrestre e próximo à escola;
- Saber se comunicar em língua portuguesa;
- Concordar com a participação do estudo.

5.5 Princípios éticos

O projeto o qual esta pesquisa faz parte, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob número de protocolo 020/2011 (Anexo A).

Foram respeitados nesta pesquisa o Capítulo III da Resolução COFEN 311/2007, do Código de Ética dos profissionais da Enfermagem que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica (COFEN, 2007), assim como a Resolução 196/96 e a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra foi entregue ao participante. Para os participantes menores de 18 anos (escolares) foi solicitada a assinatura do responsável (Apêndice B) e também o Assentimento do escolar (Apêndice C).

A utilização dos dados do presente estudo para a dissertação de mestrado foi autorizada pela coordenadora do referido projeto, através de carta de autorização, conforme anexo B.

5.6 Procedimento de coleta de dados

Foi consultado o banco de dados do Projeto "*Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul*" específico à resposta da questão "Você utiliza plantas medicinais?". Entrou-se em contato com todas as famílias de escolares que responderam positivamente a esta questão.

A partir disso foi feito contato telefônico com a família do escolar explicando o motivo do contato, questionando e se havia interesse na participação da pesquisa. Após aceitar, foi agendada uma visita ao domicílio, em turno inverso ao da criança/adolescente na escola, para que este estivesse presente durante a entrevista. Foram realizadas até três tentativas de contato telefônico.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: Entrevista semiestrututrada com a família e com o escolar (Apêndice D), Observação sistemática das plantas medicinais (Apêndice E) e construção de genograma e ecomapa conforme Wright e Leahey (2008).

Com relação às plantas medicinais foi feito registro fotográfico no ambiente de ocorrência natural ou cultivo, georreferenciamento por meio de GPS de navegação e resgate do conhecimento com o nome popular, parte utilizada e modos de preparo. Com auxílio de um botânico vinculado à Embrapa Clima Temperado, as plantas foram identificadas com base em fotografias. Os dados foram coletados no período de janeiro á julho de 2014.

5.7 Análise dos dados

Para análise de dados foi utilizada a Proposta Operativa de Minayo (2007). Esta análise é dividida em dois momentos. O primeiro trata-se da fase exploratória da investigação, que se refere ao contexto sócio histórico do grupo social em questão. O segundo momento, denominado de momento interpretativo, que é o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação, é o encontro com os dados empíricos (MINAYO, 2007).

Segundo a autora, faz parte deste momento:

> Encontrar nos relatos dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações, isto é, nesses textos existe, ao mesmo tempo, uma específica significação cultural própria do grupo e uma vinculação muito mais abrangente que se junta esse grupo a círculos cada

> vez mais abrangentes e intercomunicáveis da realidade (MINAYO, 2007, p. 355).

Este momento interpretativo, segundo a autora, pode ser operacionalizado por meio de três fases:

a) Ordenação dos dados – inclui as entrevistas e o conjunto de outros materiais, como a observação, incluindo a transcrição, releitura do material, a organização dos relatos em determinada ordem e a organização dos dados de observação, também em determinada ordem. Neste momento o material empírico vai ganhar forma e será efetivamente trabalhado.

b) Classificação dos dados – neste momento o processo de construção do conhecimento se complexifica, podendo ser constituído pelas etapas de leitura horizontal e exaustiva dos textos e a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, na qual ocorre o recorte de cada entrevista por temas.

c) Análise final – as etapas de ordenação e classificação demandam uma profunda inflexão sobre o material empírico, que pode ser considerado o ponto de partida e de chegada da compreensão e interpretação, na qual, este movimento circular que vai do empírico para o teórico.

5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados foram divulgados por meio de artigos científicos que serão apresentados junto com a dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Os resultados serão devolvidos à população estudada por meio de folders contendo as principais plantas citadas com as respectivas comprovações científicas. Além disso serão realizadas ações de incentivo à implementação ou manutenção da abordagem sobre autoatenção em saúde e plantas medicinais, conforme os achados, nas escolas urbanas e rurais.

6 Cronograma

Atividade	2013		2014	
	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema		X		
Revisão de literatura	X	X	X	
Elaboração do pré-projeto de pesquisa		X		
Apresentação do pré-projeto na disciplina		X		
Elaboração do projeto		X	X	
Qualificação do projeto			X	
Coleta de dados			X	
Análise dos dados			X	X
Redação da dissertação				X
Apresentação da dissertação/Artigo				X

Figura 2 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa

7 Orçamento

7.1 Recursos financeiros do projeto

Material	Quantidade	Custo Unitário (R$)	Custo Total (R$)
Recursos Materiais			
Papel A4 (pacote com 500 folhas)*	05 un.	15,00	75,00
Caneta esferográfica*	05 un.	2,00	10,00
Lápis*	05 un.	1,00	5,00
Borracha*	01 um.	1,00	
Cartucho para impressora*	05 un.	50,00	250,00
Encadernação**	10 um.	5,00	50,00
Gravador de voz digital*	01 um.	150,00	150,00
GPS de navegação*	01 um.	150,00	150,00
Máquina Fotográfica*	01 um.	1.500,00	1.500,00
Despesas com deslocamento – Transporte coletivo para área rural*	30 um.	5,60	168,00
Despesas com deslocamento – Transporte coletivo na área urbana	30 um.	2,60	78,00
Despesas com alimentação	15 refeições	15,00	225,00
Pendrive 16gb	01 um.	30,00	30,00
Prancheta para anotações*	02 um.	6,00	12,00
Bloco de notas*	02 um.	3,00	6,00
Cd gravável	06 um.	1,00	6,00
Confecção de folders*	100 um.	3,00	300,00
Impressão projeto de dissertação e dissertação**	3.000 folhas	0,20	600,00
Capa brochura (preta)**	06 un.	50,00	300,00
Despesa com publicação de artigo científico em periódico A2	01 un.	1500,00	1500,00
Serviços de Terceiros			
Tradução de resumo para espanhol	01 un.	100,00	100,00
Tradução de resumo para inglês	01 un.	100,00	100,00
Revisão de texto em português	01 un.	300,00	300,00
Total de despesas			**5.915,00**

Figura 3 – Recursos financeiros para o desenvolvimento do projeto.

* Custeado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com a Embrapa Clima Temperado, pela pesquisa “Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul”.

** Custeado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo Projeto Novos Talentos.

A pesquisadora recebeu auxílio da Bolsa Demanda Social da CAPES.

Obs.: O restante das despesas foi custeado pela autora do projeto.

Referências

ALI-SHTAYEH, M. S., JAMOUSA, R. M, JAMOUSA, R. M. Complementary and alternative medicine use amongst Palestinian diabetic patients. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 18, p. 16-21, 2012.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 1, p. 200-2007, 2012.

ARÊAS, C. A. **Função Social da Escola**. In: Conferência Nacional da Educação Básica. Brasília. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/conferencia/documentos/celina_areas.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

BORGES, A. M. at al. A inserção das plantas medicinais enquanto prática da enfermagem: Um crescente desafio. **Revista Enfermería Global**, v.24, p.01-08, 2010.

BORGES, A. M. **Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiros: contribuições à enfermagem**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 196/96 sobre Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 24 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria nº 648/GM.** Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, de 28 de março de 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 21 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 77p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_plantas_medicinais_fitoterapia.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

_____. Presidência da República. **Decreto n° 6.286 de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola. 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 25 nov. 2013.

_____. LDB: **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** : Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. – 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/12 sobre Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2013.

BRASILEIRO, B. G. et al.. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CECCIM, R.B. Saúde e Doença: Reflexões para a educação da saúde. **Cadernos de educação básica**, v.4, p. 37-50, 1998. 176p.

CEOLIN, T. et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEn nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 24 nov. 2013.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. **Manual de Fitoterapia**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FRAGELLI, T. B. O. O caráter oculto da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2517-2518, 2007.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GEISSLER, P. W, et al. Medicinal plants used by Luo mothers and children in Bondo district, Kenya. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 83, p. 39-54, 2002.

GUARESCHI, P. A. **Sociologia Crítica**: alternativas de mudança. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. 156p.

GUBERT, F. A. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.165-172, 2009.

HIRSCHFELD, L. Why don't Anthropologists like Children? **American Anthropologist**, v. 104, n. 2, p.611-627, 2002.

KFFURI, C. W. **Etnobotânica de plantas medicinais no município de Senador Firmino (Minas Gerais)**. 2008. 101f. Dissertação (Mestrado em Fitotecnia). Programa de Pós-Graduação em Fitotecnia, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.

KNOTEK, K. et al. Prevalence and use of herbal products in the Czech Republic: Over-the-counter survey among adult pharmacies clients. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 20, p. 199-206, 2012.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARSCHNER, W. Lutando e ressignificando o rural em campo – notas epistemológicas. **Interações**, v. 12, n. 1, p. 41-52, 2011.

MCGOLDRICK, M. **Novas abordagens da terapia familiar** – Raça, cultura e gênero na prática clínica. São Paulo: Roca, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p.33-69, 2005.

MERÉTIKA, A. H. C. **Conhecimento e utilização de plantas medicinais por comunidades de pescadores do município de Itapoá – SC**. 2008. 78f. Dissertação (Mestrado em Biologia Vegetal). Programa de Pós-Graduação em Biologia Vegetal, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método ecriatividade. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.108 p.

MONTELES, R.; PINHEIRO, C. U. B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 7, n. 2, p.38-48, 2007.

OLIVEIRA, S. G. D. et al. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 140, p. 428-437, 2012.

OMS. Health promotion. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. 2013. Acessado em: 30 out. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html#>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição**. 1946. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. Acesso em: 24 nov. 2013.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PICCININI, G. C. **Plantas medicinais utilizadas por comunidades assistidas pelo programa de saúde da família, em Porto Alegre: subsídios à introdução da fitoterapia em atenção primária em saúde**. 2008. 160f. Tese (Doutorado em Fitotecnia). Faculdade de Agronomia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 228 p.

POLITO, A. G. **Michaelis**: moderno dicionário da linha portuguesa. Ed. Melhoramentos, 2004.

PRINCE, R. J. et al. Knowledge of herbal and pharmaceutical medicines among Luo school children in western Kenya. **Anthropology & medicine**, v. 8, n. 2-3, p. 211-235, 2001.

ROSA, L. M. et al. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p.516-520, 2009.

SANTOS, E. B. et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais para problemas bucais no município de João Pessoa, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 1B, p.321-324, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública da USP**, v. 31, n. 5, p. 538-532, 1997.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p.48-56, 2008.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007..

SOUZA, C. C. V. **Etnobotânica de quintais em três comunidades ribeirinhas na Amazônia Central, Manaus-AM**. 2010. 103f. Dissertação (Mestrado em Botânica). Programa de Pós-Graduação em Botânica, Instituto Nacional de Pesquisas da Amazonia, Manaus, AM.

SOUZA, C. D.; FELFILI, J. M. Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil. **Acta Botânica Brasilica,** v. 20, n. 1, p.135-142, 2006.

TABUTI, J. R. S, et al. Herbal medicine use in the districts of Nakapiripirit, Pallisa, Kanungu, and Mukono in Uganda. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v. 8, n. 35, 2012.

TASSINARI, A. I. O que as crianças têm a ensinar a seus professores? **Antropologia em primeira mão**, v. 129. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2011.

TEIXEIRA, E. R, NOGUEIRA, J. F. O uso popular das ervas terapêuticas no cuidado com o corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 231-41, 2005.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a buscainstrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 115-121, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família**. 4 ed. ROCA, 2008. 302 p.

Apêndices

Apêndice A

Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: ***Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares***

Orientadora: Dra. Rita Maria Heck (fone: 53-39211523; e-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br)
Orientanda: Enfª Marjoriê da Costa Mendieta (fone: 53-91586129; e-mail: marjo.mendieta@ibest.com.br)

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo de investigar ações referentes às plantas medicinais no espaço urbano e rural, realizadas no contexto familiar, incluindo o escolar, e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;

- do uso do gravador durante as entrevistas

- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;

- da segurança de que não serei identificado.

- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;

- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;

- da publicação do trabalho.

Eu,_____, aceito participar da pesquisa *Plantas medicinais no contexto familiar, incluindo o escolar, no espaço urbano e rural*, respondendo a entrevista, que consiste de perguntas a respeito das plantas utilizadas, indicações e práticas que envolvem seu uso. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa:_____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Apêndice B

Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: ***Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares***

Orientadora: Dra. Rita Maria Heck (fone: 53-39211523; e-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br)
Orientanda: Enfª Marjoriê da Costa Mendieta (fone: 53-91586129; e-mail: marjo.mendieta@ibest.com.br)

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo de investigar ações referentes às plantas medicinais no espaço urbano e rural, realizadas no contexto familiar, incluindo o escolar, e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;

- do uso do gravador durante as entrevistas

- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;

- da segurança de que não serei identificado.

- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;

- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;

- da publicação do trabalho.

Eu,_____, autorizo que _____ participe da pesquisa *Plantas medicinais no contexto familiar, incluindo o escolar, no espaço urbano e rural*, respondendo a entrevista, que consiste de perguntas a respeito das plantas utilizadas, práticas que envolvem seu uso e o ensino sobre a temática na escola. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa:_____

Assinatura do responsável pela autorização: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Apêndice C

Assentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: ***Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares***

Orientadora: Dra. Rita Maria Heck (fone: 53-39211523; e-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br)
Orientanda: Enfª Marjoriê da Costa Mendieta (fone: 53-91586129; e-mail: marjo.mendieta@ibest.com.br)

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo de investigar ações referentes às plantas medicinais no espaço urbano e rural, realizadas no contexto familiar, incluindo o escolar, e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;

- do uso do gravador durante as entrevistas

- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;

- da segurança de que não serei identificado.

- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;

- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;

- da publicação do trabalho.

Eu,_____, aceito participar da pesquisa *Plantas medicinais no contexto familiar, incluindo o escolar, no espaço urbano e rural*, respondendo a entrevista, que consiste de perguntas a respeito das plantas utilizadas, práticas que envolvem seu uso e o ensino sobre a temática na escola. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa:_____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Apêndice D

Entrevista semiestrututada

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

ESCOLAR

1. Você conhece plantas medicinais? Cite.
2. Com quem você aprendeu sobre plantas medicinais?
3. Com quem você aprende os cuidados em saúde?
4. Na escola eles te ensinaram algo sobre plantas medicinais? Comente.

FAMÍLIA

1. O quê vocês fazem para ter/manter a saúde?
2. O que vocês fazem em situação de doença?
3. Você utiliza plantas para a saúde de sua família? Em que situações? Comente.
4. Qual a origem do seu conhecimento sobre plantas medicinais?
5. Se comparado há alguns anos você utiliza/conhece menos ou mais plantas medicinais? Por quê? Comente.
6. Em sua opinião a transmissão de conhecimento está acontecendo? Com quem você aprendeu sobre plantas? Comente.
7. Para quem você transmite informações sobre plantas medicinais?
8. Alguém te procura para saber sobre o uso de plantas medicinais? Quem? Em que situações?
9. As plantas que você tem em casa são de uso exclusivo da sua família?
10. Quando você tem alguma dúvida sobre o uso ou identificação de alguma planta, a quem recorre?
11. Conhece mais alguém que faz uso de plantas medicinais?
12. Tem alguém que seja referência de conhecimento sobre plantas medicinais na comunidade?
13. As plantas que utilizas na saúde de sua família são as mesmas para a criança e adulto? Tem doses diferentes? Comente.
14. Você pode citar o nome de algumas plantas e seus efeitos a partir do uso, na experiência em sua família, que consideras relevante? Como foi este preparo?

QUESTÕES PARA COMPLEMENTAR GENOGRAMA E ECOMAPA

1. Quais pessoas fazem parte desta família?
2. Quem vocês procuram quando ficam doentes?
3. Assinale no genograma as pessoas que tem conhecimento neste grupo familiar sobre plantas e seu uso no cuidado humano.
4. Você identifica no seu grupo familiar alguma pessoa que faz uso de plantas na saúde humana e qual resultado obtido?

Apêndice E

Quadro de observação sistemática participante

Indicado por (Escolar ou Familiar)	Nome popular	Local de obtenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo	Registro fotográfico		Registro espacial
						Sim	Não	

Anexos

Anexo A

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 223/2011
Profª. Dra.ª Rita Maria Heck

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "**Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares da região Sul do Rio Grande do Sul**" foi **APROVADO.**

Protocolo interno N º 020/2011

Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885

Pelotas, 25 de maio de 2011.

Anexo B

Carta de autorização da coordenadora do projeto para a utilização dos dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Projeto: Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul.

Pelotas, 25 de novembro de 2013

Declaro para os devidos fins que **Marjoriê da Costa Mendieta**, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participa ativamente de todas as etapas do projeto intitulado: Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul, sob minha coordenação. Assim sendo, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para a elaboração de sua dissertação, intitulada: ***Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares,*** sob minha orientação. Ressalto que este trabalho de dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora do referido projeto.

Rita Maria Heck

Profª. Drª. Rita Maria Heck

Coordenadora geral da pesquisa: Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul

8 Relatório do Trabalho de Campo

O presente relatório foi elaborado como parte da dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e tem como objetivo a caracterização dos passos percorridos na etapa da coleta de dados deste projeto. A pesquisa está vinculada ao projeto intitulado "Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

O estudo foi realizado em dois territórios[4], um urbano e um rural, pertencentes ao município de Pelotas/RS. O deslocamento até os locais de pesquisa foi realizado com veículo particular da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, com combustível custeado pela FAPERGS. A coleta de dados contou com o auxílio de bolsistas do "Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas" da Faculdade de Enfermagem UFPel.

Contexto do Estudo

As famílias foram selecionadas a partir do banco de dados do projeto maior, em que o escolar havia respondido positivamente a questão "Você utiliza plantas medicinais?".

A partir do contato telefônico disponível também no banco de dados, foram contactados 17 familiares, totalizando doze famílias que aceitaram participar da pesquisa, sendo seis rurais e seis urbanas.

A primeira visita ocorreu no dia 16 de janeiro de 2014 na área urbana e a última ocorreu no dia 28 de julho de 2014 na área rural. Foi realizada uma visita para cada escolar e familiar, exceto para quatro famílias do meio urbano, que foram realizadas duas visitas, visto que, com essas quatro, após a primeira visita

[4] "O termo território vem do latim, *territorium*, que, por sua vez, deriva de terra e significa pedaço de terra apropriado" (ALBAGLI, 2004, p.26). Território pode ser definido como um espaço apropriado por um ou mais atores, sendo definido e delimitado por e a partir de relações de poder, em suas múltiplas dimensões. O território caracteriza-se como uma rede de relações sociais (RAFFESTIN, 1993).

ocorreram pequenas inclusões no questionário semiestruturado. Essas inclusões no questionário ocorreram após uma análise breve dos dados coletados com as primeiras famílias, na qual se constatou necessário para de alcançar o objetivo da pesquisa. Desta forma, a pesquisadora retornou posteriormente nos quatro domicílios para coletar os dados que faltavam. As visitas tiveram uma média de 1 hora e meia de duração.

Ao chegar aos domicílios dos participantes, a pesquisadora inicialmente realizou uma conversa com as famílias, explicando as intenções da pesquisa. Na sequência realizava a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido à família e o termo de assentimento ao escolar. Depois de esclarecidas todas as dúvidas se entregou uma via do consentimento e do assentimento assinados. Iniciava-se a entrevista semiestruturada gravada, e posteriormente realizava-se o levantamento de plantas medicinais de conhecimento do familiar e do escolar com suas respectivas indicações, também se fazia a construção do genograma e ecomapa da família. Nas residências que haviam plantas medicinais, ao fim da entrevista, realizou-se uma visita ao local em que se encontravam as plantas para registro fotográfico e georreferenciamento das plantas.

A fim de conhecer ambas as realidades, foi escolhida para esta pesquisa a área rural e urbana de Pelotas. O município de Pelotas, localizado a 250 km da capital do Estado do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (PELOTAS, 2014a), possui 328.275 habitantes, correspondendo a 93,27% urbano e 6,73% rural (IBGE, 2011) em uma área de 1.610,084 km² (IBGE, 2010) e divide-se em nove distritos, sendo estes: Pelotas, Cascata, Cerrito Alegre, Colônia Z/3, Monte Bonito, Quilombo, Rincão da Cruz, Santa Silvana e Triunfo (IBGE, 2014).

Pelotas conta com 131 escolas de ensino fundamental, sendo 63 municipais, e o restante dividem-se entre rede privada, estadual e federal. Das municipais, 40 encontram-se na área urbana e 23 na rural. No que se refere à população matriculada, há um total de 43.249 matriculados no ensino fundamental, correspondendo a 17.763 em escolas municipais. Das escolas de ensino fundamental municipais há 15.342 matriculados em escolas urbanas e 2.421 em rurais (INEP, 2013; PELOTAS, 2014b).

As escolas municipais de ensino fundamental, que os escolares participantes da pesquisa estão amtriculados, localizadas na área urbana e rural, possuem

capacidade de atendimento de 1.249 e 398 alunos, respectivamente (PELOTAS, 2014b).

O território rural

O território rural escolhido para este estudo, 9° Distrito de Pelotas – Monte Bonito, possui população de 3.206 habitantes, sendo 50,37% homens e 49,53% da totalidade pertencentes à faixa etária de 15 a 49 anos (IBGE, 2011).

Nas terras altas de Monte Bonito estão as nascentes do Arroio Santa Bárbara, que abastace boa parte do municipio, através da Barragem Santa Bárbara. Já na parte baixa, está a Estação de Tratamento Sinott, na qual a água é transportada da Represa do Quilombo. Estes fatores poderiam supor que a região recebesse cuidados cautelosos, entretanto não é assim que ocorre, visto que as nascentes do Santa Bárbara estão em uma região delicada, que tem a ação de uma mineradora que extrai granito – Pedreira Silveira, e também o crescimento acelarado de um loteamento, localizado na antiga pedreira Municipal (SILVA, 2009).

Esta antiga pedreira Municipal foi de onde sairam as pedras para que uma companhia francesa construísse os molhes de Rio Grande – entre 1909 e 1910, e que inclusive há relatos, de que foi a origem da “Vila das Pedreiras”, em Monte Bonito. A ocupação de Monte Bonito, entretanto, é anterior à exploração das pedreiras para a construção da barra, em que o local abrigou Irlandeses por volta de 1851 (SILVA, 2009; MAGALHÃES, 2004).

Por meio da inserção da pesquisadora no local, e a observação realizada durante as entrevistas, foi possível constatar que estas antigas pedreiras são locais de grande apreço pelos moradores, e fazem parte do lazer e da cultura dessa população.

O acesso à Monte Bonito, se dá através da BR-392 e depois há duas estradas que levam até a escola – que fica na “Estrada Principal”. Uma delas é a entrada de Monte Bonito, em que há uma placa com identificação de acesso, e outra, que pode ser considerada um atalho, a chamada “Estrada da Barbuda”.

Ao longo de ambas as estradas havia casas bem distantes uma da outra. Ao se aproximar da escola, as casas eram mais próximas. As casas em sua maioria são de alvenaria, com pequenas hortas e pátios ao redor, e algumas com animais próximos a casa. Segundo Silva (2009, p. 156) “a cobertura vegetal não guarda significativos fragmentos de mata nativa ou mesmo de mata ciliar consistente”.

Encontrou-se dificuldade para localizar as residências das famílias, devido à dificuldade de identificar as ruas. Com isso, a orientadora da pesquisadora teve a oportunidade de conversar com uma informante-chave, que auxiliou a pesquisadora a encontrar as residências dos participantes da pesquisa. Ela levou a pesquisadora em alguns locais, inclusive em umas das pedreiras desativadas, entretanto não foi possível acessar o local, visto que, segundo ela, alguns moradores se apropriaram do local que dá acesso à pedreira.

No local em que se encontra a escola, denominado de “Avenida Principal”, há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ao lado, diversas casas, uma ao lado da outra, além de estabelecimentos como mini-mercados, padarias e açougue. As ruas não apresentam pavimentação, entretanto apresentam boas condições, apesar de gerar bastante pó quando algum veículo transita.

Ao se distanciar da escola, seguindo a “Avenida Principal”, havia outros estabelecimentos comerciais, e próximo ao seu fim, há a Igreja Católica Jesus Operário, muito conhecida pelos moradores, visto que é ponto de referência do território. O local que hoje é a comunidade católica abrigou a companhia francesa que construiu os molhes de Rio Grande (MAGALHÃES, 2004). Ao lado da igreja há também um salão, que a população pode usufruir para diversos fins. No dia em que moradora/professora mostrou o local para a pesquisadora e sua orientadora, estava ocorrendo um velório neste salão.

Dos familiares entrevistados, predominou a mulher como principal informante, na qual, dos seis entrevistados do meio rural, três são mães dos escolares, uma avó e dois pais. Quanto aos escolares, cinco são meninas e um menino. Todos os participantes – familiar e escolar, receberam a pesquisadora de maneira gentil e acolhedora. Os escolares se mostravam participativos.

Em três, das seis entrevistas, a pesquisadora foi recepcionada e acomodada na cozinha. Em outras três, a sala foi o local da entrevista. A maioria das casas eram bem organizadas, apesar de simples. Em algumas era perceptível a alta umidade na casa.

Todas as residências contavam com um quintal espaçoso, em que havia geralmente, árvores, inclusive frutíferas e plantas medicinais. Todos os participantes referiram o fácil acesso às plantas medicinais no território. No trajeto até as residências percebia-se a diversidade de plantas medicinais, que estavam disponíveis para qualquer morador. Das seis residências, em cinco havia horta,

algumas de maior extensão que outras, com plantio de hortaliças, como alface, cebolinha, alho, couve, dentre outros.

A pesquisadora, em nenhuma das casas, foi convidada a conhecer os outros cômodos, e teve acesso somente ao local da entrevista e ao quintal onde se encontravam as plantas medicinais. Entretanto, foi possível observar deste local, que na maioria das residências havia televisão, aparelho celular, em uma observou-se o uso de notebook, além de microondas.

A Figura 4 mostra a representação das casas de cada família visitada na área rural.

Figura 4 – Representação geográfica da localização das famílias do estudo no 9° Distrito de Pelotas – Monte Bonito, Pelotas, RS, Brasil. Fonte: Google Earth (disponível na internet).

O território urbano

O território urbano escolhido para este estudo é a região do Porto, que predomina neste território o bairro Balsa, na periferia de Pelotas/RS. O território é localizado às margens do Canal São Gonçalo.

Esta região é historicamente conhecida, na qual deu origem a “Freguesia de São Francisco de Paula”, fundada em 1812, futura cidade de Pelotas, a partir dos terrenos da Charqueada de José Gonçalves Silveira Calheca. Em 1832 a Freguesia passou a ser Vila, e em 1835 a Vila São Francisco de Paula, passou a condição de cidade, com o nome Pelotas. O nome é alusivo às embarcações feitas de varas de corticeira forradas com couro, utilizadas para a travessia dos rios na época das charqueadas (SANTOS, 2007).

A antiga charqueada de Calheca caracterizou o primeiro loteamento urbano, dando origem ao centro urbano de Pelotas. Com o fim da escravatura, a charqueada fechou e em 1914 o prédio foi comprado pela Prefeitura Municipal de Pelotas. Em 1957 neste local foi fundada a Escola Ferreira Vianna, nome do neto de Calheca (SANTOS, 2007) – escola que os escolares urbanos participantes desta pesquisa estão matriculados.

A charqueada de Brutus Almeida, também localizada nessa região, foi vendida em 1916 para o Frigorífico Riograndense, que posteriormente, em 1924 foi vendido para o Frigorífico Anglo (UFPEL, 2014). Este frigorífico instalou-se na região do Porto em 1943, por um grupo de ingleses e apresentou intenso desenvolvimento econômico nessa região. O terreno do Anglo contava com uma área de 12 hectares construída à beira do canal São Gonçalo (SANTOS et al., 2011; KARPINSKI; ADOMILLI, 2012).

Esta região faz parte da memória cultural do município, a qual, este território foi ocupado entre 1950 e 1960 por trabalhadores oriundos de municípios vizinhos, que em sua maioria, migraram para Pelotas, para trabalharem no Frigorífico Anglo, ou em outras fábricas dos arredores, como as cervejarias e as de tecidos. Isso se deu pela necessidade dos trabalhadores residirem próximo ao local de trabalho (SANTOS et al., 2011).

O frigorífico realizou exportações de sua carne e derivados durante a Segunda Guerra Mundial. Nos anos 60 produziu doces em calda, além de geléias e conservas de pepino e ervilha. Entretanto, frente a uma crise econômica das décadas de 80 e 90 e dívidas bancárias, em 1991 o grupo deixou a cidade, o que desencadeou em uma redução significativa na oferta de empregos, e interferiu diretamente no empobrecimento desta população (SANTOS et al, 2011; KARPINSKI; ADOMILLI, 2012).

Atualmente, no complexo do antigo Frigorífico Anglo, está instalada a Reitoria da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na qual encontra-se dentre vários cursos, o da Enfermagem. Com a compra do local pela UFPel, em 2005, e a instalação da universidade em 2008 (WILLRICH et al., 2011) surgiu novamente a esperança de melhora das condições de vida dos moradores deste território (KARPINSKI; ADOMILLI, 2012).

Alguns Programas e Projetos de extensão ligados à UFPel, realizam atividades diretas com a população pertencente a este território, destacando-se dois, desenvolvidos com a participação da Faculdade de Enfermagem. O Programa Vizinhança, que tem a estratégia de aproximação entre a universidade e o território, com a proposta de desenvolver extensão e ensino interligados (WILLRICH et al., 2011) e o Projeto Novos Talentos, que trabalha com questões de saúde, meio ambiente e plantas medicinais com escolares de duas escolas do território.

No que se refere às atuais condições socioambientais, o território ainda permanece em condições precárias. Os moradores enfrentam problemas como a coleta de lixo ocorrer com pouca frequência, os serviços de transporte coletivo ser insuficiente, haver esgoto a céu aberto, ruas sem iluminação e sem pavimentação. Além disso há problemas com a violência e falta de segurança (KARPINSKI; ADOMILLI, 2012).

O trajeto percorrido até as residências na área urbana, por se localizar próximo à universidade, se dava caminhando, pela proximidade entre os locais. Este fato facilitou a observação das caracteristicas socioambientais do território.

As ruas, sem pavimentação, com terra “vermelha” que se transforma em barro com facilidade em dia de chuva, faz parte de grande parte das ruas do território. Ruas estas que transitam ônibus, carroças, carros, motos e bicicletas, além dos pedestres, visto que há escassez de calçadas. Além disso há muitos buracos nas vias, e o trânsito de veículos é bastante prejudicado.

Outra característica comum do território é a presença de animais soltos na rua, ou presos no pátio em frente às casas, em especial cachorros. Por conta dos animais soltos na rua, observou-se também a presença de fezes de animais em vários locais. Percebeu-se, além disso, a grande quantidade de crianças transitando pelas ruas. Estes fatores, somados a presença de buracos, fazem com que automóveis disputem local de passagem com pedestres, crianças, ciclistas e animais.

As casas têm as mais diversas carcterísticas, algumas de alvenaria, outras de madeira, de diferentes alturas e cores, dão a impressão da falta de planejamento do local. Há poucas árvores, poucas plantas e pouca vegetação. O contrário ocorre especificamente em duas praças, que tem várias árvores, sendo que uma delas conta brinquedos para as crianças, entretanto ao seu redor, encontram-se alguns ônibus estacionados, pois é o local de “Fim de linha” de uma empresa de transporte coletivo. Todas as residências visitadas possuem pequenos quintais e o cultivo de plantas é pequeno – isso quando havia plantio.

No local há uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas por não contar com a Estratégia Saúde da Família (ESF) o atendimento é limitado e precário. Com frequência observou-se filas de usuários em frente à UBS. Conforme o relato dos entrevistados percebeu-se que o vínculo entre a UBS e os moradores do território é fraco, devido à insatisfação com o serviço.

Há também diversos pontos comerciais, como minimercados, lancheria, distribuidoras de água e gás, venda de peixe, borracharias, lan house, açougues, padarias, dentre outros. Além disso, há centros religiosos, uma Associação Comunitária dos moradores da Balsa e a Coordenadoria Regional do Porto.

Dos familiares entrevistados, predominou a mulher, em que dos seis participantes do meio urbano, três são as mães dos escolares, duas são avós e um é padrasto. Quanto aos escolares, três são meninas e três são meninos. Igualmente ao meio rural, todos os participantes – familiar e escolar, receberam a pesquisadora de maneira gentil e acolhedora. Os escolares se mostravam muitas vezes tímidos, apesar de conhecerem a pesquisadora e bolsistas do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas”, das atividades de extensão na escola.

Em quatro, das seis entrevistas, a pesquisadora foi recepcionada e acomodada na cozinha. Nas outras duas, a sala foi o local da entrevista. A maioria das residências eram bem organizadas, apesar de simples. A condição de higiene, na maioria das residências, era aparentemente dentro da normalidade. Essas observações foram feitas a partir do local em que a pesquisadora realizou a entrevista - sala ou cozinha, visto que em nenhuma das residências se conheceu os demais cômodos da casa. Foi possível observar somente o que se conseguia enxergar do cômodo em que a pesquisadora ficava no momento da entrevista.

Apenas uma residência contava com um quintal com diversas árvores e plantas, entretanto acompanhado de lixo e diversos materais abandonados, dentre

eles colchões e móveis velhos. Em três residências apesar de haver um pequeno pátio – sendo um deles acimentado, não havia plantas nem árvores. Outras duas casas, apesar de um quintal pequeno, havia algumas – poucas, plantas no local. Apesar da referência de uso de plantas medicinais por todos os participantes, a forma de uso realizada pela maioria, é a planta processada, industrializada, por meio de “chás de caixinha”.

A maioria das residências contava com eletrodomésticos, como televisão e rádio e algumas com computador. Em quatro residências havia animais de estimação no pátio. Em uma residência no meio urbano, assim como também ocorreu em uma no meio rural, o cômodo em que foi realizada a entrevista, apesar de ter ocorrido durante o dia, estava com pouca luminosidade, entretanto os participantes não acendiam a luz, foi quando a pesquisadora percebeu, em ambos os locais, que não havia lâmpada no cômodo.

Outro fator que cabe destacar, é que apesar dos escolares pertencerem a uma escola localizada no Bairro Balsa, algumas residem em um local próximo, também parte da região do Porto, denominado Ambrosio Perret. Uma família reside em outro bairro, também próximo – e igualmente vulnerável socialmente, economicamente e ambientalmente, denominado Navegantes.

A Figura 5 mostra a representação das casas de cada família visitada na área urbana.

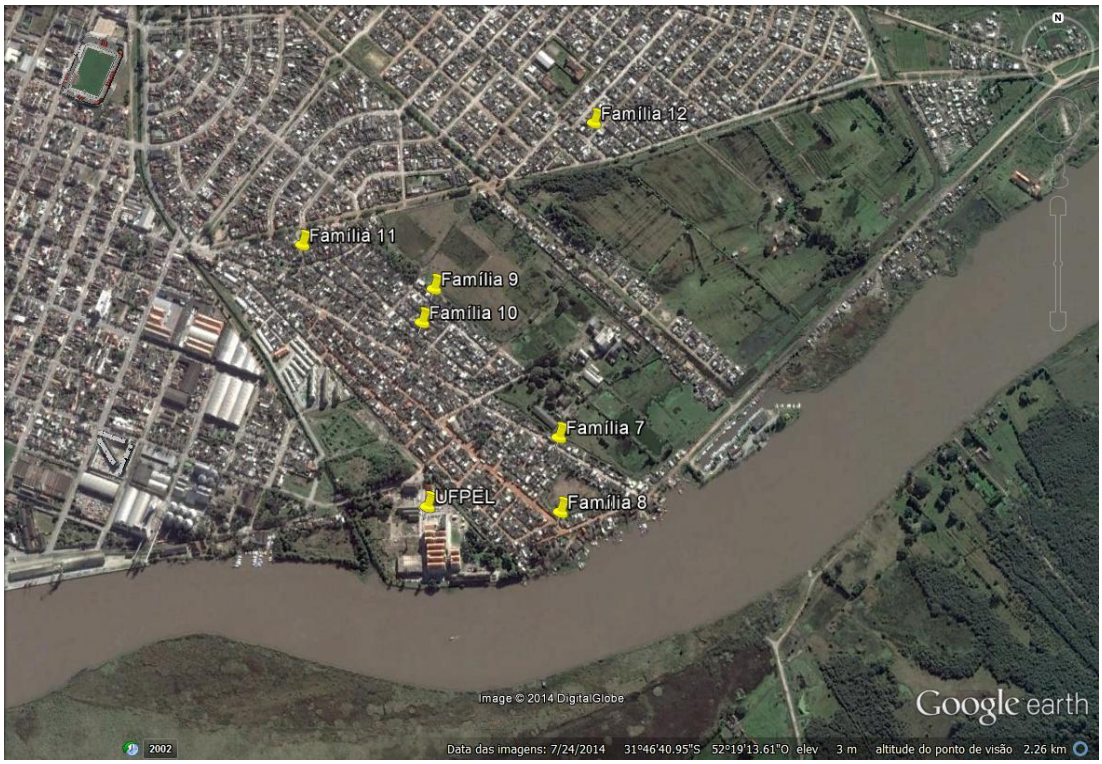

Figura 5 – Representação geográfica da localização das famílias do estudo no Bairo Balsa, Pelotas, RS, Brasil. Fonte: Google Earth (disponível na internet).

Das doze famílias participantes deste estudo, em dez a entrevista foi realizada somente na presença do escolar e um familiar. Apenas em duas entrevistas, ambas em Monte Bonito, mais de um membro da família participou do diálogo, apesar da entrevista ser direcionada a um familiar, estes participavam do diálogo em alguns momentos. Em uma família, a mãe, o pai e os dois irmãos do escolar se reuniram para receber a pesquisadora, e em outra entrevista, a irmã e a "avó" – apesar de considerada como avó, é sogra da mãe da escolar, se reuniram para receber a pesquisadora.

Por vezes é possível refletir sobre a necessidade de diferenciar as regiões como urbana ou rural. Isso faz parte de uma necessidade histórica, de imposição de limites desde os primitivos instintos de proteção do desconhecido, passando inclusive pela questão de disputa territorial. Apesar dos pressupostos urbanísticos planejarem uma cidade aberta, normas acabaram por colocar limites entre o campo e a cidade, apesar da inexistência de muros (SILVA, 2009).

Se pensarmos sob o ponto de vista quantitativo, há o argumento de que assim, com essa delimitação, é possível, por exemplo, estabelecer perfis populacionais, e utilizar estas informações para o estabelecimento de políticas

públicas. Essas definições são relevantes para o planejamento territorial, baseados em dados concretos, sem possíveis interpretações fictícias (SILVA, 2009).

Desta maneira, após discorrer sobre aspectos relacionados à coleta de dados, no meio urbano e rural, a seguir serão abordados aspectos relacionados a cada família participante da pesquisa. Neste momento será adotado para fins de identificação, as inicias dos nomes, acompanhado da idade de cada participante ou familiar dos participantes.

As famílias dos escolares rurais

Família 1

A primeira família visitada na zona rural foi com o familiar J.I.P.,62 e a escolar B.B.P,15. A residência, próxima à escola, foi identificada com facilidade. De fora da casa foi possível perceber que era bem extensa e bem cuidada externamente. Toda pintada de vermelho/cereja, havia canteiros próximo ao muro, com flores e plantas. A escolar que recebeu a pesquisadora e a integrante do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas”, as convidou a entrar na casa. O primeiro cômodo era a cozinha e neste local que realizou-se a entrevista.

A escolar B.B.P,15 foi muito receptiva. Todas sentaram ao redor da mesa de centro da cozinha, e em seguida a escolar foi chamar o pai J.I.P,62. A cozinha era ampla, aconchegante, com uma mesa de madeira grande, várias cadeiras ao redor. Além de itens básicos de cozinha como geladeira, microondas, dentre outros, havia um fogão à lenha, um banco de madeira acolchoado, um móvel com algumas fotografias e uma bíblia. Em cima da mesa havia um pote plástico com diversos tipos de folhas verdes (alface, rúcula, dentre outras), que posteriormente o J.I.P,62 mostrou à pesquisadora.

O familiar – J.I.P,62, um senhor simpático e receptivo também. Sentou-se ao redor da mesa com as demais. Logo contou que é Diácono. Iniciou-se a conversa, na qual os dois participaram igualmente. Em um momento escutou-se alguém bater palmas, e interrompeu-se brevemente e conversa. Era uma pessoa que queria comprar leite, visto que a família realiza venda de leite, e, além disso, produz diversos alimentos na residência, como queijo, nata e chimia de cana.

Por meio da construção do genograma e ecomapa, foi possível conhecer alguns aspectos importantes da estrutura familiar. Dentre outros filhos adotivos que ele tem, a escolar é uma delas. Enquanto ocorria a construção do genograma, eles

iam mostrando fotografias de cada pessoa que citavam. Já quanto ao ecomapa, foi possível perceber o forte vínculo com a igreja católica que ele tem, além da família deles ser uma referência na comunidade.

Após, ocorreu o registro das plantas medicinais que havia na casa. O pátio é bem extenso, com isso não foi possível enxergar o seu limite. Um espaço com grama, e após um cercado, havia a plantação de alimentos, com árvores e também plantas medicinais. Havia dois cães no pátio, mas que não tinham acesso às plantações, pois esta era protegida por cercado, segundo o familar, exatamente com este objetivo.

Um fato interessante, é que neste mesmo dia a noite, a esposa de J.I.P, 62 realizou uma ligação para a pesquisadora. A ligação teve o objetivo de avisar que uma planta que J.I.P, 62 referiu como “penicilina”, era na verdade novalgina, indicada para dor, e outra, uma planta roxa, era a penicilina, indicada como antibiótico. Este fato mostrou a preocupação e a disponibilidade da família em fornecer as informações e participar da pesquisa.

A seguir é representado o genograma (Figura 6) com a identificação dos membros da família, e o ecomapa (Figura 7) com as relações entre a família e a comunidade.

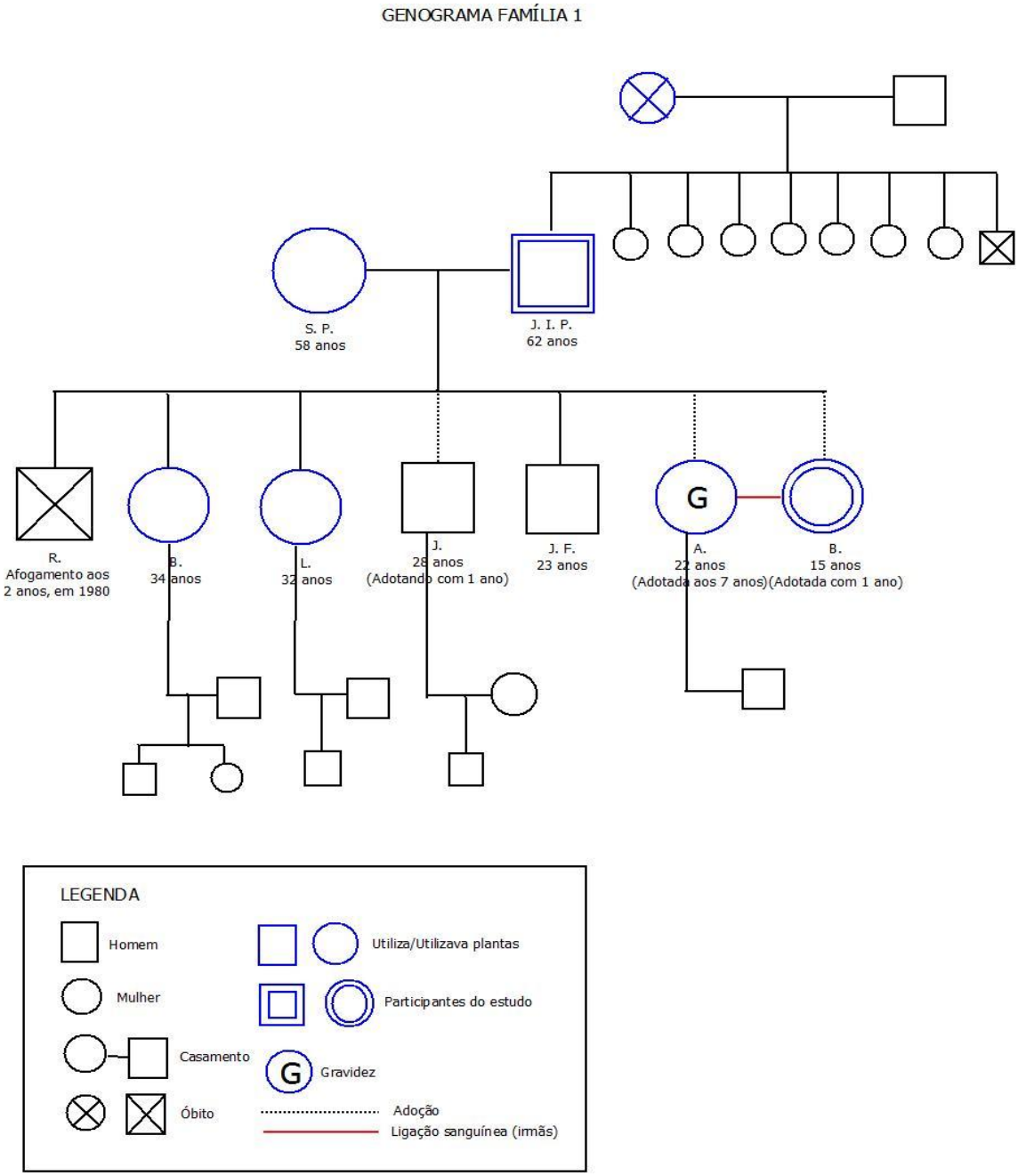

Figura 6 – Genograma da Família 1. Pelotas, RS, 2014.

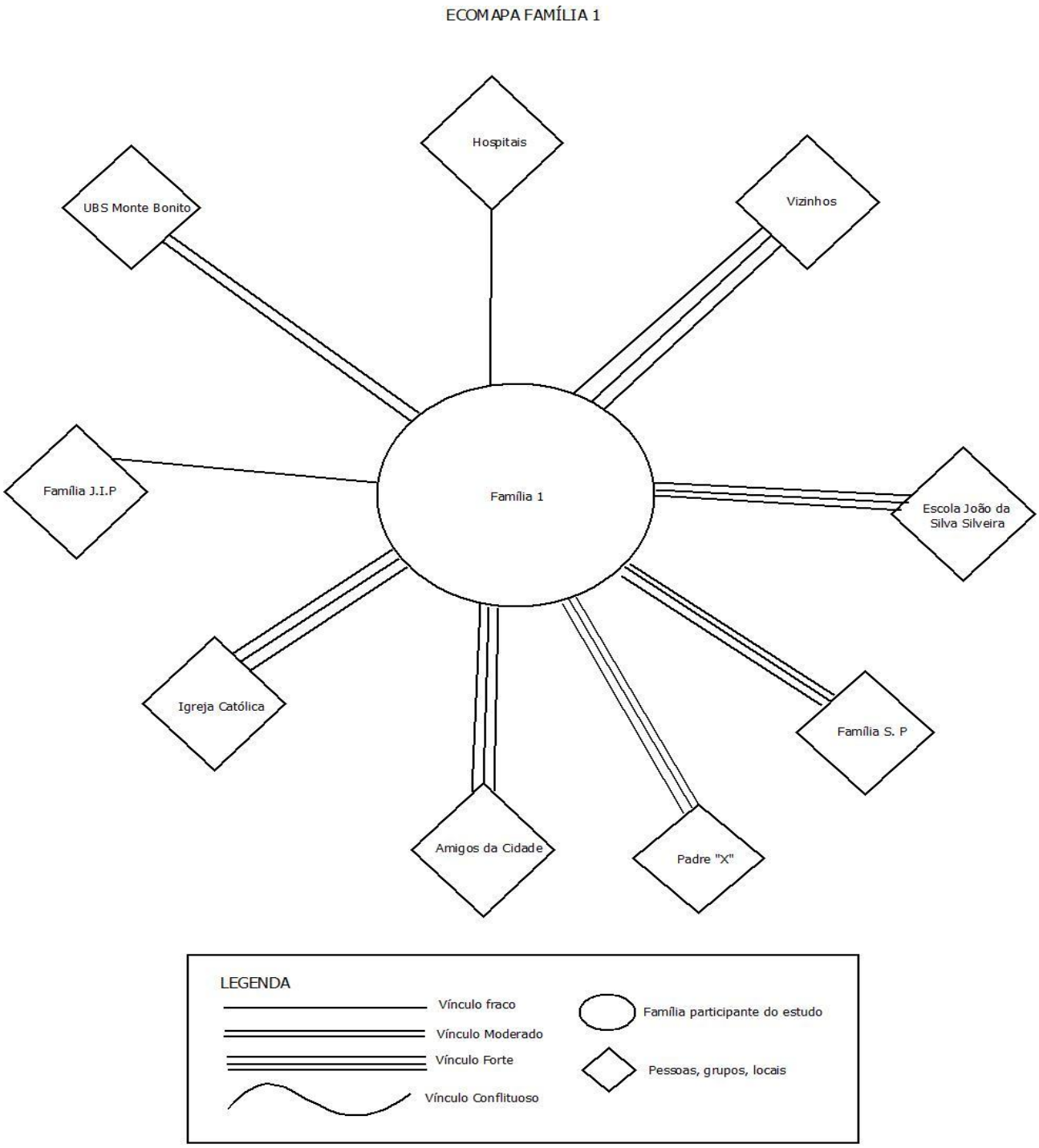

Figura 7 – Ecomapa da Família 1. Pelotas, RS, 2014.

A família 1 realiza ações de autoatenção amplas e restritas, nas quais, o uso de plantas medicinais se faz presente. Desta maneira, realizou-se levantamento das plantas utilizadas, apresentado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 1. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar e Familiar	Marcela	--	Não havia no local	Dor de estômago, de cabeça e para vômitos	Flores	Chá. Uso oral.
Escolar	Casca de bergamota	*Citrus* sp.	Horta	Fígado e estômago	Casca	Chá. Uso oral.
Familiar				Calmante		
Escolar	Para de vaca	*Bauhinia* sp.	Horta	Infecção urinária	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Urtiga + Folha de Ameixa	--	Não havia no local	Para tosse	Urtiga = Folhas e raiz Ameixa = Folha (retirar "tronco/vértebra")	Coloca açucar na panela como se fosse fazer açucar queimado, frita as folhas até o açucar começar a queimar. Despeja mais ou menos meio litro de água e deixar ferver. A urtiga pode ser usada com a raiz (só lavar bem). Da folha da ameixa retira a "vértebra/tronco".
Familiar	Cidrão	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Erva cidreira	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Chuchu	--	Não havia no local	Baixar a pressão e baixar o açucar	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Folha de jambolão	--	Não havia no local	Baixar o açucar	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Casca da banana	--	Não havia no local	Tosse	Casca	Xarope. Modo de preparo: 4 cascas de banana em 3 copos de água, coa e coloca 2 copos de açucar até o ponto de xarope. Pode colocar cravo e canela.
Familiar	Babosa	--	Não havia no local	Para cicatrização e antibiótico.	Folha (parte interna – "gosminha")	Para cicatrização utiliza a gosminha de dentro da folha no local. Como antibiótico faz infusão com "gosminha" de dentro da folha e utiliza via oral.
Escolar				Hidrante para pele e cabelo		
Familiar	Infalivina	*Artemisia vulgaris*	Horta	Para febre	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Limão	*Citrus limonia*	Horta	Para dor de cabeça	Fruta	Espreme meio limão e bebe puro.
Familiar	Marcela + Erva Santa	--	Não havia no local	Para indisposição no estômago	Flor (Marcela) e Folha (Erva Santa)	Chá. Uso oral.
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Para infecção e tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar						Faz um preparado com clara de ovo e mel
Familiar	Pitangueira	--	Não havia no local	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Tansagem	*Plantago major*	Horta	Antibiótico	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Poejo	Lamiaceae	Horta	Utiliza no chimarrão	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Catinga de mulata	--	Não havia no local	Para estômago e utiliza no chimarrão também.	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Anis estrelado	--	Não havia no local	Utiliza no chimarão	Sementes	Uso oral.
Familiar	Camomila	--	Não havia no local	Para cólica	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Jabuticaba	s.i.	Horta	(Não é medicinal) Fruta	Fruta	Via oral, na alimentação.
Familiar	Araçá	s.i.	Horta	Fonte de Vitamina C (alimento)	Fruta	Via oral, na alimentação.
Familiar	Mil-em-ramas	*Achillea millefolium*	Horta	Não especificado	Não especificado	Chá. Uso oral
Familiar	Novalgina	s.i.	Horta	Para dor	Folha	Chá. Uso oral
Familiar	Lima	*Citrus* sp.	Horta	Alimentação	Fruta	Via oral, na alimentação.
Familiar	Bergamoteira	*Citrus* sp.	Horta	Alimentação	Fruta	Via oral, na alimentação.
Familiar	Laranja do céu	*Citrus* sp.	Horta	Alimentação	Fruta	Via oral, na alimentação.
Familiar	Pulmonaria	*Stachys* sp.	Horta	Para problemas no pulmão – infecção e catarro	Folha	Chá. Uso oral
Familiar	Alecrim	*Rosmarinus officinalis*	Horta	Para o coração	Folha	Chá. Uso oral
Familiar	Penicilina	*Alternanthera brasiliana*	Horta	Antibiótico	Folha	Chá. Uso oral

s.i. = Não foi possível realizar a identificação taxonômica da planta.

Família 2

A residência da escolar J.G.F,11 e da familiar O.R.G,42 é um pouco mais distante da escola, comparando com a família 1. Mas apesar disso foi possível realizar o trajeto caminhando. A escolar encontrou a pesquisadora e a integrante do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” na escola e as acompanhou até sua residência.

Após uma caminhada de cerca de 10 minutos, a pesquisadora chegou à residência. Lá estava a familiar O.R.G,42 na porta da casa. O local da entrevista foi o primeiro cômodo da pequena casa, que era a cozinha. A casa tem um aspecto de umidade, era bastante simples, com uma mesa e cadeiras, e todas sentaram ao redor. Havia ainda neste local um sofá, em que a escolar se sentou. Havia uma pia, um fogão à lenha e geladeira. Em cima da mesa havia duas bacias com muitos caquis.

Logo no princípio da conversa, chegou no local um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Eles demonstraram um vínculo forte. O ACS questionou se ela precisava de algo e O.R.G,42 falou sobre o pré-câncer que ainda não conseguiu realizar, mesmo que agendado várias vezes, por motivo de esquecimento. Ele solicitou que ela assinasse a ficha de atendimento e se despediu.

A familiar é comunicativa e a escolar, a princípio tímida, foi dialogando mais aos poucos. O sol já estava começando a se pôr, quando a pesquisadora foi para o pátio para conhecer, fotografar e realizar o georrefernciamento das plantas que havia na residência.

O pátio bem amplo, não muito cuidado, nele havia objetos velhos em vários pontos. As plantas estavam algumas vezes em meio à sujeira. Em alguns locais havia um pouco de barro, visto que havia chovido nos dias anteriores. Havia cachorros em contato com as plantas. Enquanto a familiar mostrava as plantas, a escolar brincava com os cachorros.

A seguir o genograma (Figura 8) e o ecomapa (Figura 9) e também o levantamento de plantas de conhecimento da família 2 (Quadro 2).

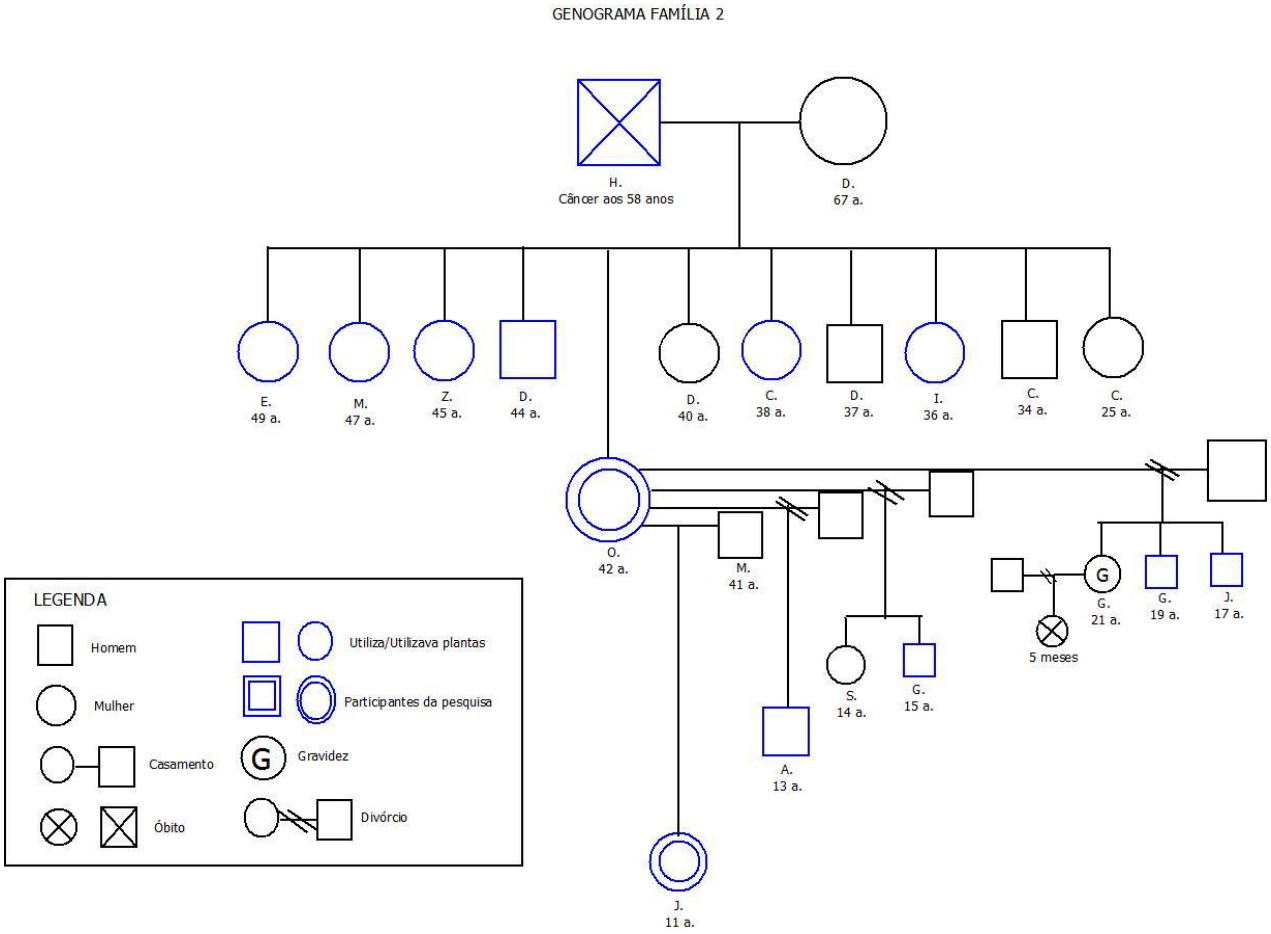

Figura 8 - Genograma da Família 2. Pelotas, RS, 2014.

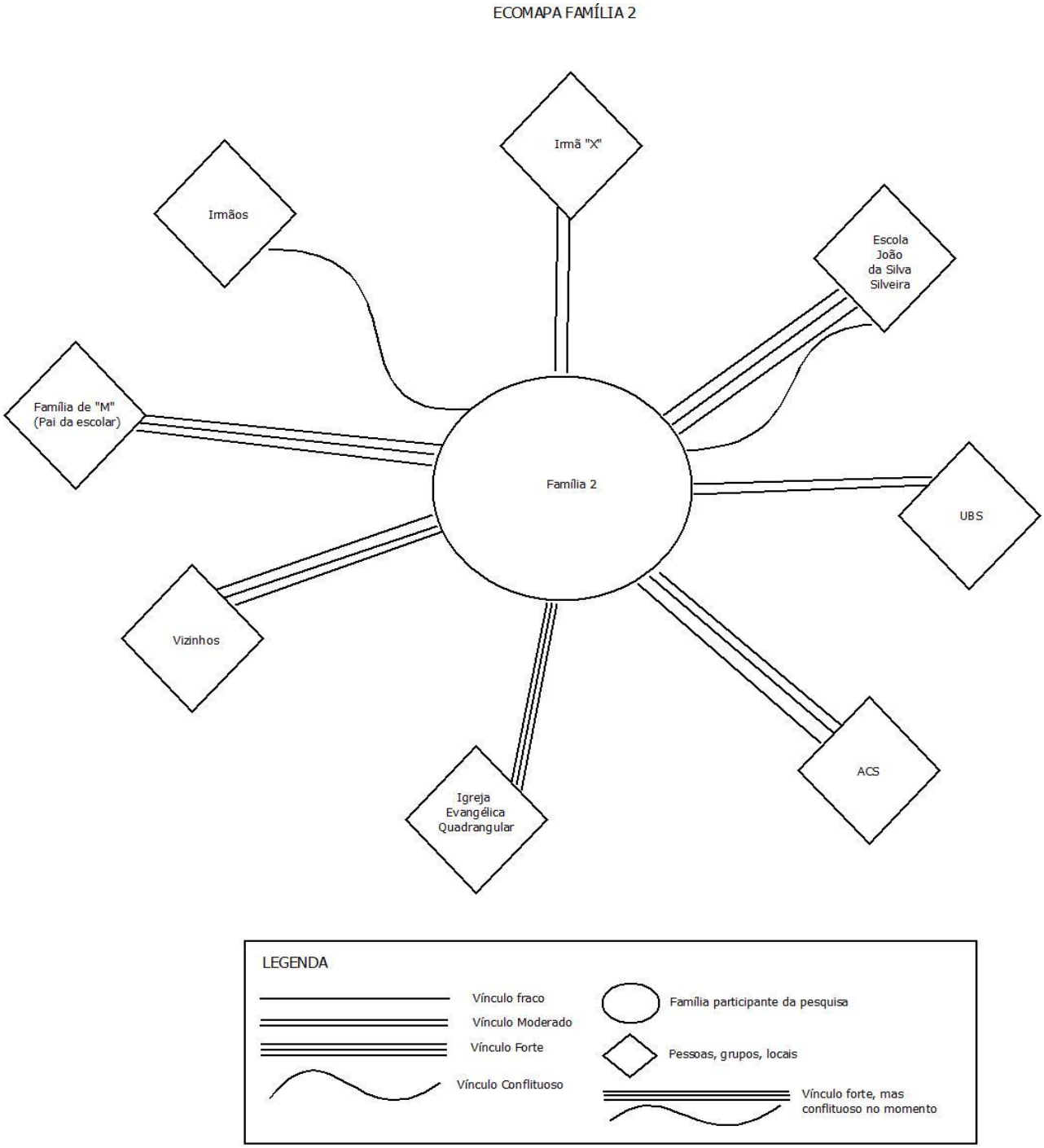

Figura 9 – Ecomapa da Família 2. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 2 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 2. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Laranjeira	s.i.	Horta	Gripe	Não especificado	Chá. Uso oral.
Escolar	Bergamoteira	*Citrus reticulata*	Horta	Gripe	Não especificado	Chá. Uso oral.
Escolar	Palminha	--	Não havia no local	Dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Losna	--	Não havia no local	Para enjôo	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Transagem	--	Não havia no local	Antibiótico, infecção na garganta	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Guaco	--	Não havia no local	Bronquite	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Marcela	*Achryrocline satureoides*	Seca	Estômago e intestino	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Laranja	--	Não havia no local	Para tosse	Fruto	Aquece a laranja inteira na água e depois chupa a laranja quente
Familiar	Mel + Abacaxi + Laranja	--	Não havia no local	Tosse e bronquite	--	Bate o abacaxi e a laranja no liquidificador e depois cozinha com mel. Toma 2/3 colheres por dia
Familiar	Carqueja	--	Não havia no local	Baixar colesterol	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Insulina	--	Não havia no local	Para fomentação (não se utiliza	Folha	Fomentação

				por via oral)		
Familiar	Pitanga	*Eugenia uniflora*	Horta	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar e Escolar	Anis	*Ocimum selloi*	Horta	Dor de cabeça	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Alho	s.i.	Horta	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar e Escolar	Melissa	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Camomila	--	Não havia no local	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Capim Cidrão	--	Não havia no local	Bom para o coração e calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Eucalipto cidrão	--	Não havia no local	Sinusite	Folha	Fazer vapor
Familiar e Escolar	Boldo	*Tibouchina* sp	Horta	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Casca da cebola	--	Não havia no local	Baixar o açucar	Casca	Deixa a cebola de molho e toma o líquido ou faz um chá. Uso oral.
Familiar	Folha do chuchu	--	Não havia no local	Baixar a pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Folha do abacate	--	Não havia no local	Baixar a pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Limão	*Citrus limonia*	Horta	Baixar o colesterol e triglicerideos	Fruta	Suco de limão (aprendeu com a experiência)
Familiar e Escolar	Babosa	--	Não havia no local	Cicatrizante (uso externo). Uso interno é tóxica	“Gosminha” de dentro da folha	Uso externo – É tóxica se ingerida

Familiar	Broto da folha da goiabeira	*Psidium guajava*	Horta	Diarréia	Broto	Chá. Uso oral.
Familiar	Folha da amora	*Morus alba*	Horta	Baixar o açucar	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Manjerona	--	Não havia no local	Para tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Alecrim	--	Não havia no local	Para tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Funcho/Erva doce	--	Não havia no local	Para dor de cabeça	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Mil-Folhas	--	Não havia no local	Dor de cabeça e gripe	Folhas	Chá. Uso oral.
Familiar	Ameixa amarela	*Eriobotrya japonica*	Horta	Tosse	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Jurubeba	*Solanum paniculatum*	Hrota	Estômago	Não especificado	Chá. Uso oral.

s.i. = Não foi possível realizar a identificação taxonômica da planta.

Família 3

Com ajuda de uma moradora de Monte Bonito, que também é professora da escola em que realiza-se as atividades de extensão – já relatado anteriormente, a pesquisadora e uma integrante do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” chegaram até a residência do escolar A.B.E, 13 e do familiar S.B.E, 47.

A recepção foi realizada pela família completa. S.B.E,47 (pai do escolar), R.B.E, 37 (mãe do escolar), A.B.E, 13 (escolar), S.B.E, 11 e L.B.E, 7 (outros dois filhos do casal, irmãos do Escolar). Uma casa simples, com um caminhão estacionado na frente da casa. Casa de tijolo sem reboco na parte externa e interna. Havia diversas plantas na entrada da casa. A R.B.E, 37 apareceu na porta da casa, enquanto o restante da família recepcionavam as pesquisadoras e se apresentavam. O escolar chegou ao local um pouco tímido.

A entrevista ocorreu no primeiro cômodo da casa, a cozinha. As pesquisadoras e os familiares sentaram ao redor da mesa. Já o escolar e os dois irmãos em um sofá, também neste cômodo.

Logo que a pesquisadora iniciou o diálogo sobre plantas medicinais, R.B.E, 37 mostrou um chá que havia pronto na casa, de corticeira, que é indicado para

tosse. Eles relataram que não havia quase sabor e serviram um copo para as pesquisadoras.

Enquanto as crianças estavam presentes a conversa foi um pouco confusa em alguns momentos pelo fato deles (escolar e um irmão) e algumas vezes os pais falarem ao mesmo tempo. Todos tinham conhecimento sobre plantas e demonstravam vontade de falar sobre isso. Entretanto a entrevista semiestruturada foi direcionada ao pai e ao escolar.

Durante a conversa, R.B.E, 37 (mãe do escolar) contou, na presença dos filhos, que o escolar sofre de bipolaridade e faz uso de medicamentos para controle da doença. Ela relatou sobre o acompanhamento psiquiátrico que ele faz por meio do “Saúde Escolar”. Questionada sobre o “Saúde Escolar” ela explicou que é um local de assistência à saúde, encaminhado pela Escola, e que esta fornece vale transporte para os dois (mãe e filho) nos dias de consulta. Ela referiu que o local é no centro de Pelotas. Referiu também que geralmente quando vai às consultas, aproveita para buscar os medicamentos na Farmácia Estadual, e de lá vai caminhando até o local do Saúde Escolar, visto que eles fornecem apenas um vale transporte para ida e outro para a volta (para cada um deles).

Ela relatou que o escolar foi encaminhado para o Saúde Escolar quando estudava na outra escola (também em Monte Bonito), e que lá enfrentou dificuldades em conseguir o vale transporte. Depois que o escolar veio estudar na atual escola, disse que não teve mais essa dificuldade.

Quanto ao atendimento do Saúde Escolar, R.B.E, 37 referiu que o escolar fica em uma sala com outras crianças, em atividade com psicólogo, enquanto ela (mãe) fica em outra sala, também em um grupo, de mães.

R.B.E, 37, referiu que também tem problemas psicólogicos, na qual faz uso de medicamentos controlados para depressão. O filho S.B.E, 11 também está em tratamento no Saúde Escolar, pois segundo ela, também tem problemas psicológicos, como falta de atenção na escola, à ponto de atrapalhar nos estudos, e que resultou em sua reprovação no ano anterior na escola. Foi possível perceber que a família faz uso de diversos medicamentos alopáticos.

Todos os integrantes da família relataram alguma informação sobre plantas. Além disso, mostraram ter um bom relacionamento entre os membros. Logo após realizar as perguntas para o escolar, e finalizá-las, as crianças se retiraram, e foram para o pátio brincar. Os pais se mantiveram até o final da entrevista.

Quem mostrou as plantas que havia no local à pesquisadora, foram as crianças, os três, com auxílio, algumas vezes dos pais. A.B.E, 13 (escolar) e S.B.E, 11 demonstravam conhecimento, já o L.B.E, 7 mostrava muitas vezes plantas, sem fins medicinais. O pátio era extenso, havia várias plantas, flores e algumas árvores frutíferas. Em alguns locais havia lixo no chão, mas não era generalizado, e sim, em alguns pontos, em especial, próximo a um galpão que havia no local.

Durante a entrevista, e em especial, quando todos estavam no pátio para conhecer as plantas, R.B.E, 37 (mãe) chamou a atenção várias vezes para que os filhos se agasalhassem.

A seguir o genograma (Figura 10) e ecomapa (Figura 11) da família, e o Quadro 3 com as plantas citadas por eles.

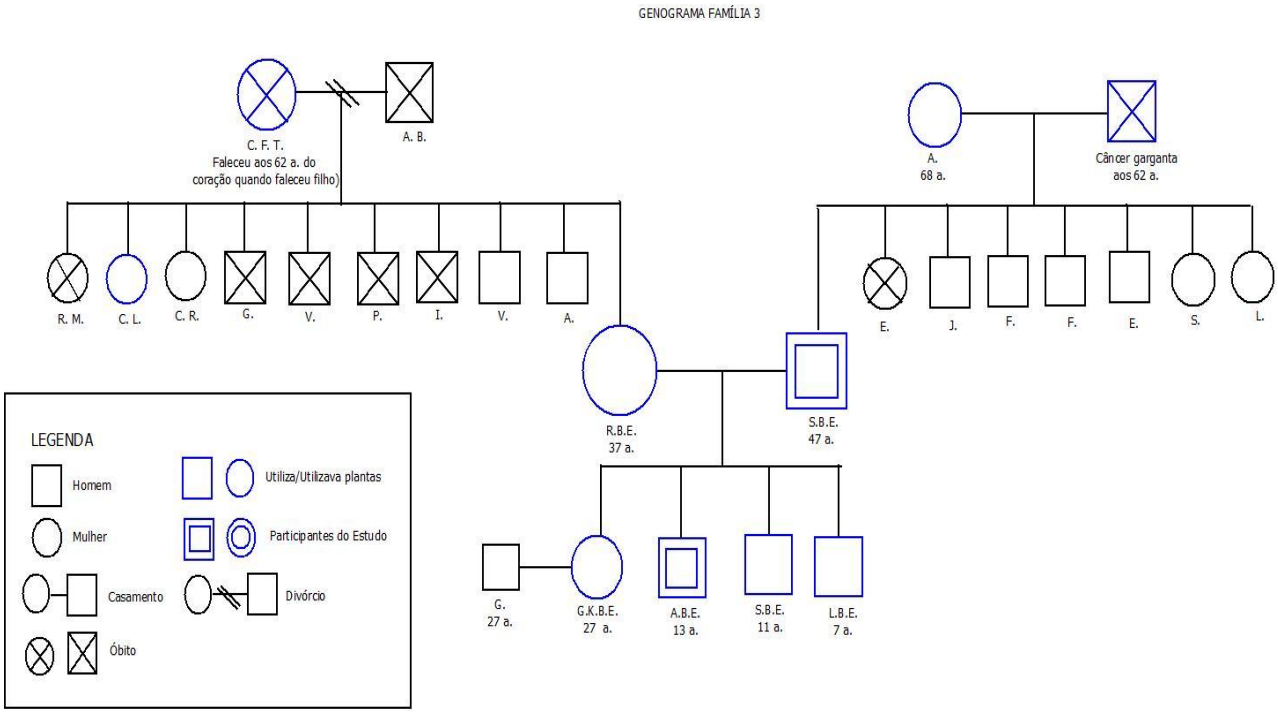

Figura 10 - Genograma da Família 3. Pelotas, RS, 2014.

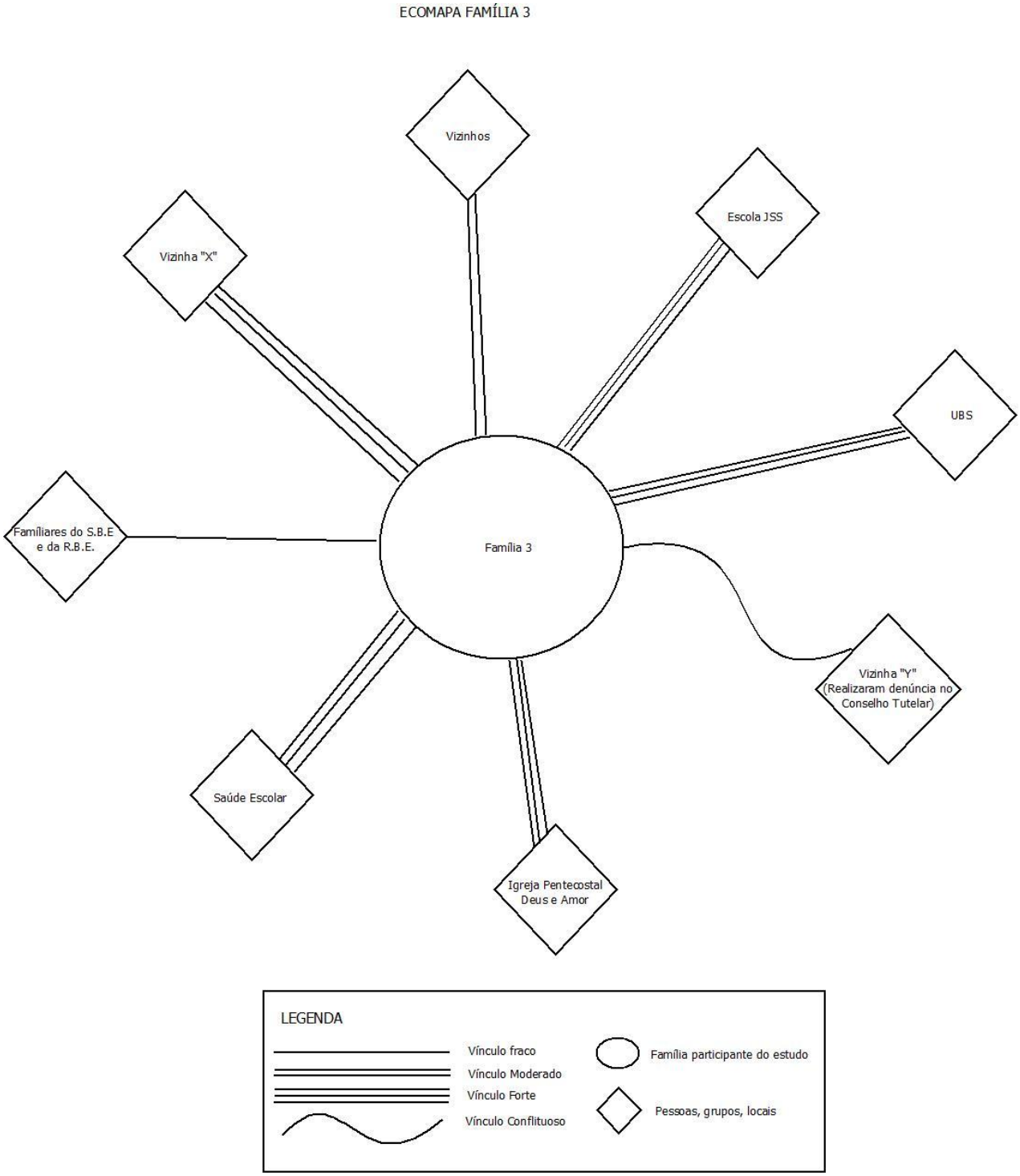

Figura 11 – Ecomapa da Família 3. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 3 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 3. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Familiar	Curticeira	*Erythrina crista-galli*	Horta	Para soltar o catarro	Casca	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Erva de Bugre	--	Não havia no local	Para abrir o apetite e também para emagrecer pois é diurético	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Erva de Bicho	--	Não havia no local	Hemorróidas	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Curtiça	--	Não havia no local	Expectorante	Tronco	Chá. Uso oral.
Escolar	Marcela	s.i.	Horta	Estômago	Flor	Se fizer o chá com açucar serve para estimular o vômito
Familiar				Gripe		Faz gemada e chá de marcela
Familiar	Camomila	--	Não havia no local	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Carqueja	*Baccharis trimera*	Horta	Baixar o colesterol e para o estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Limão	*Citrus limonia*	Horta	Dor de garganta	Fruta	Espreme um limão e coloca o dobro de água, com duas colheres de sal e faz gargarejo.
Familiar	Canela	*Cinnamomum zeylanicum*	Horta	Aliviar cólica menstrual e	Folha	Para dor de garganta faz

				dor de garganta		gargarejo com canela, vinagre, água e açucar
Familiar	Goiabeira	*Psidium guajava*	Horta	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Malva	*Malva sylvestris*	Horta	Antibiótico	Folha	Pode ser com gargarejo ou chá.
Familiar	Murta	--	Não havia no local	Baixar pressão e para úlcera no estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Nozes	--	Não havia no local	Regula a pressão arterial	Fruta	Chá. Uso oral.
Familiar	Piriquiteira	--	Não havia no local	Para tosse	Folha	Não tomar muito, nem por muito tempo
Familar	Pitangueira	*Eugenia uniflora*	Horta	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Carqueja	--	Não havia no local	Aliviar mal estar no estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Poejo	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Guaco	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Pode fazer xarope de guaco, poejo e mel.
Familiar	Açoita cavalo	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Cola de lagarto	--	Não havia no local	Para infecção nos rins	Caule	Chá. Uso oral.
Familiar	Picão branco	--	Não havia no local	Antibiótico	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Funcho	--	Não havia no local	Gases, aumentar leite materno	Folha	Mãe ingerir o chá e amamentar para aliviar os gases do

						bebê. O bebê não deve ingerir.
Familiar	Carqueja branca	--	Não havia no local	Para emagrecer	Folha	Tomar chá quente, logo após a refeição
Familiar	Laranja	*Citrus* sp.	Horta	Para tosse e gripe	Fruta	Colocar uma laranja inteira em banho-maria e depois chupar quente.
Escolar				Tirar o frio		Não especificado
Familiar	Agrião	--	Não havia no local	Para pulmão e prender as urinas	Folha	Pode comer ou fazer o chá (para urinas)
Escolar	Bergamoteira	*Citrus* sp.	Horta	Tirar o frio	Não especificado	Chá. Uso oral.
Escolar	Bananeira	--	Não havia no local	Picada de cobra	Tronco	Colocar no local do ferimento
Familiar	Lima de umbigo	--	Não havia no local	Baixar a febre	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Alface	--	Não havia no local	Para acalmar	Folha	Alimentação
Familiar (irmão Samuel)	Mil folhas	--	Não havia no local	Dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar (Samuel lembrou da planta)	Babosa	--	Não havia no local	Para feridas e para o cabelo	Folha	Uso tópico
Familiar	Framboesa	--	Não havia no local	Para anemia	Fruta	Comer ou fazer suco
Familiar	Salso chorão	--	Não havia no local	Baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Eucalipto cidrão	--	Não havia no local	Descongestionante (vias respiratórias)	Folha	Inspiração do vapor do chá.
Familiar	Chuchu branco	*Sechium edule*	Horta	Baixar pressão	Fruta	Fazer chá com o chuchu
Familiar	Transagem	--	Não havia no local	Antibiótico, infecção de garganta e infecção de ovários	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Batata Doce	--	Não havia no local	Antibiótico	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Erva cidreira	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Bate no liquidificador a folha com água, após côa e ingere via oral.
Familiar	Cancorosa	--	Não havia no local	Para o estômago e para o sangue (circulação)	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Bananinha do mato + guaco + mel + agrião + poejo	--	Não havia no local	Tosse e gripe	Fruta/Folha	Xarope. 2 à 3 vezes ao dia. 1 colher de sopa.
Escolar	Não especificado		Horta	Dor de barriga	Folha	Chá. Uso oral.

s.i. = Não foi possível realizar a identificação taxonômica da planta.

Família 4

A pesquisadora e a bolsista do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” foram recepcionadas no comércio da Família. A entrevista ocorreu na casa da família, e para isso foi necessário atravessar o comércio para ter acesso à residência. A pesquisadora foi acomodada na sala e para chegar neste cômodo, atravessou-se também a cozinha, e foi possível perceber pela observação destes dois cômodos, que a casa é bem organizada e limpa.

A familiar, avó da escolar, R.G.R, 55 se mostrou disponível para responder os questionamentos, entretanto deixou claro que não podeira demorar, pois teria que assar o pão em seguida, pois junto ao comércio há uma padaria. A escolar J.M.R,12 se mostrou muito receptiva. Diversas vezes R.G.R, 55 foi solicitada no comércio, entretando, isso não prejudicou a entrevista.

A familiar saiu do local no momento da construção do genograma, pois foi solicitada. Com isso a escolar forneceu as informações para o mesmo. Apesar da escolar não ter relatado implicitamente, percebeu-se que há um conflito com a sua mãe. A escolar mora com os avós e o pai, e foi criada desde os 10 meses pela avó. Elas não explicaram o motivo e não deram abertura para isso. Ao realizar o genograma a escolar falou da mãe, e que vê ela pouco, e mudou o tom de voz ao falar dela. Neste momento a familiar R.G.R, 55 retornou ao local rapidamente, percebeu que a pesquisadora e a escolar estavam falando disso, e tentou mudar de assunto, sem fornecer detalhes sobre essa relação.

No momento em que a pesquisadora foi conhecer as plantas que havia na residência, a familiar mostrou apenas algumas plantas secas que havia na cozinha. Já as plantas que haviam no pátio, quem mostrou foi a escolar, visto que a familiar foi novamente solicitada no comércio. O pátio era bem extenso, havia dois cachorros que estavam presos - a escolar foi prendê-los antes de a pesquisadora chegar ao pátio, pois eles normalmente ficam soltos.

Logo ao chegar ao pátio percebeu-se que estava chovendo fraco e o céu estava nublado. Neste momento a escolar saiu rapidamente dizendo que iria fechar a janela do seu quarto que estava aberta. Este fato mostrou a preocupação da escolar no cuidado com a casa.

No pátio havia um pouco de lixo. Não havia muitas plantas medicinais. A familiar já havia informado isso, e disse que não faz muita questão, pois dá trabalho cuidar e sabe que os vizinhos tem bastante plantas, e ela quando necessita, pede à eles com facilidade. Além disso, tem um tio da R.G.R, 55, que mora ao lado, que tem muitas plantas.

Somente um canteiro, bem próximo à porta que dava ligação ao pátio, que era cercado. Neste local havia salsinha, cebolinha do tipo grossa e do tipo fina e couve. O restante das plantas era espalhado pelo pátio. Havia também duas árvores frutíferas, de laranjeira e limoeiro, em local mais afastado do pátio, e a escolar referiu que poderia haver cobras e eles geralmente não chegam neste local. As duas

árvores estavam bem carregadas de frutos. Pelo pátio havia muitas fezes de cachorro, com isso foi necessário caminhar com muita atenção.

A seguir o genograma (Figura 12), ecomapa (Figura 13) e o quadro 4 com as plantas indicadas pela família 4.

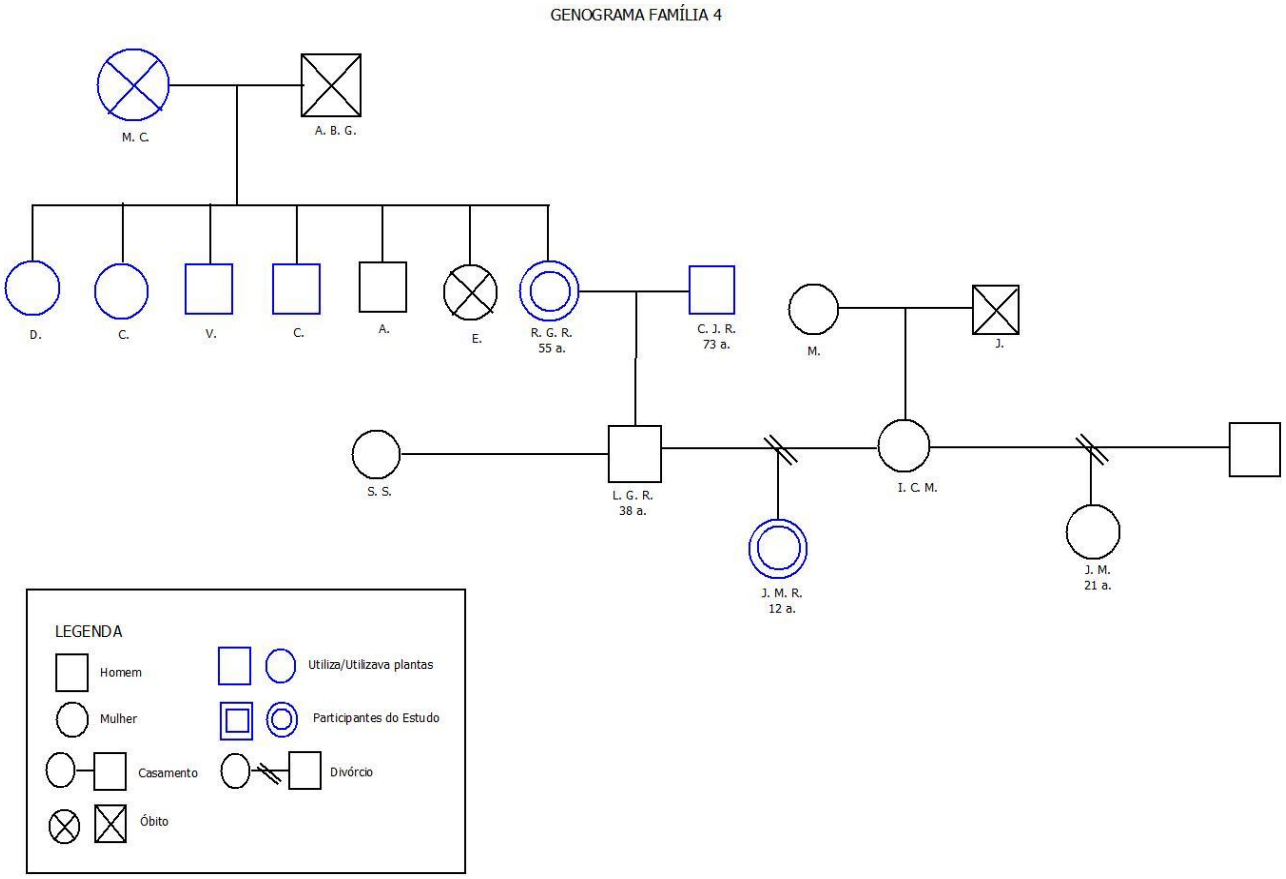

Figura 12 – Genograma da Família 4. Pelotas, RS, 2014

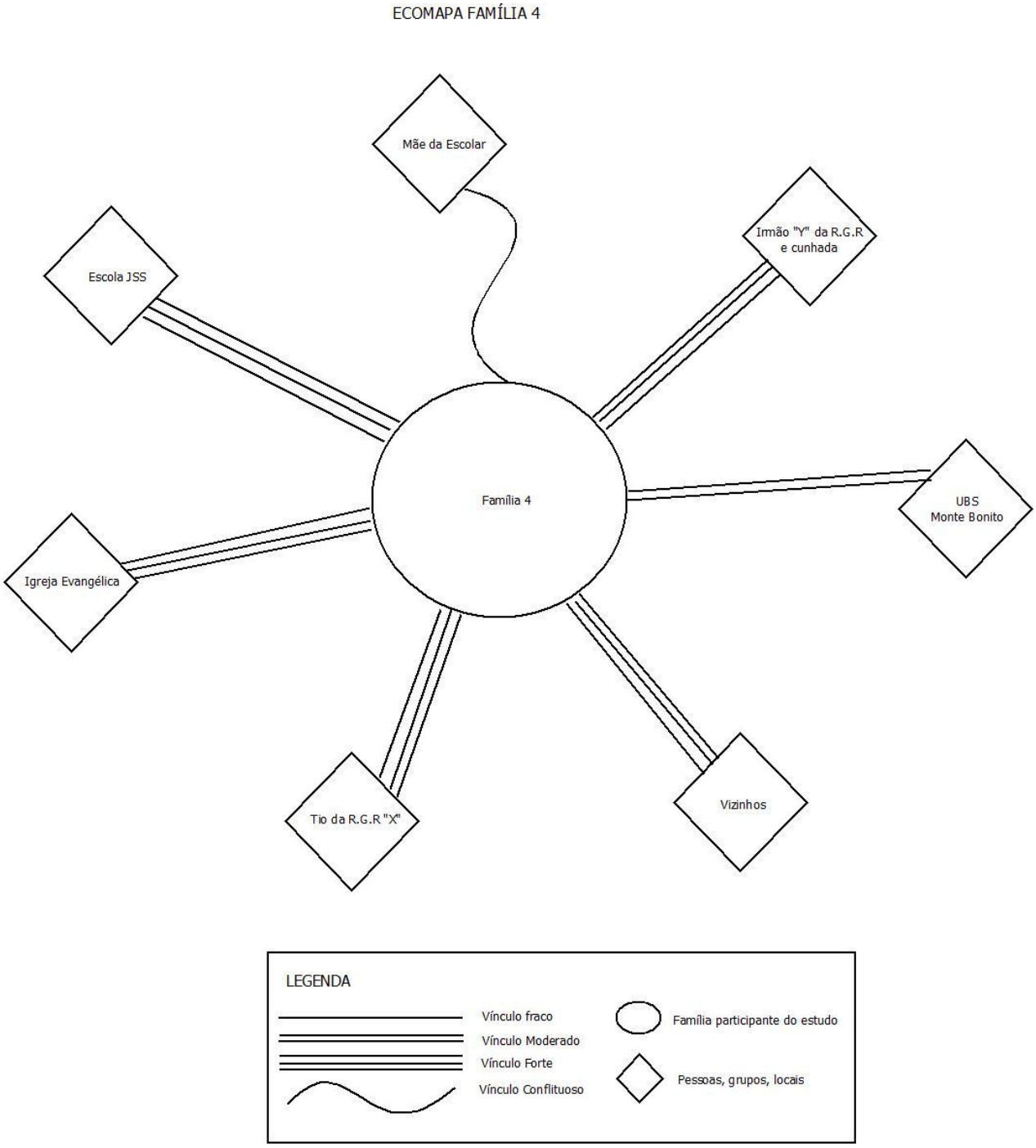

Figura 13 – Ecomapa da Família 4. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 4 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 4. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Transagem	s.i.	Horta	Dor de garganta	Folha	Utiliza 7 dias ou 15 dias e para
Familiar				Antibiótico e Cicatrizante		
Escolar	Funcho	--	Não havia no local	Dor de barriga	Folha	Para bebê não pode dar muito, nem por muito tempo, pois prende o intestino.
Familiar				Gases		
Escolar e familiar	Marcela	*Achryrocline satureoides*	Planta seca	Estômago, para descer menstruação. Pode ser abortiva	Flor	Se ingerir o chá morno é digestiva, se ingerir o chá frio prende o intestino.
Familiar	Alcanfor	--	Não havia no local	Para torção e dor	Folha	Coloca planta em um vridro com álcool e faz fomentação. Não precisa ficar no escuro. Não tem validade. Pode utilizar assim que o álcool ficar verdinho.
Familiar	Menstruz	--	Não havia no local	Para dor nas pernas e varizes	Folha	Coloca planta em um vridro com álcool e faz fomentação. Não precisa

						ficar no escuro. Não tem validade. Pode utilizar assim que o álcool ficar verdinho.
Familiar	Murta	s.i.	Planta Seca	Baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Corunilia	s.i.	Planta Seca	Diurética e para curar infecção	Tronco	Chá. Uso oral.
Familiar	Cola de lagarto	*Equisetum hyemale*	Planta Seca	Diurpetico e para curar infecção	Caule	Chá. Uso oral.
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Para infecção útero e ovários. É antibiótico	Folha	Utiliza o chá por uns 15 dias e para. Toma novamente por 15 dias se necessário
Familiar	Limão	*Citrus limonia*	Horta	Para gripe e tosse	Fruta	Uso oral.
Familiar	Manjerona	--	Não havia no local	Tosse	Chá. Uso oral.	Chá. Uso oral.
Familiar	Poejo	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Maçanilha/Camomila	*Bidens pilosa*	Horta	Calmante.	Flor	Pode dar para bebês, com chá bem fraquinho.
Familiar	Guaco	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Capim três quinas	--	Não havia no local	Diarréia e vômito	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Erva Santa/Espinheira Santa	--	Não havia no local	Mal estar, ânsia de vômito	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Capim cidreira	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Erva cidreira	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Capim cidrão	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Salsa	*Petroselinum crispum*	Horta	Diurético	Raiz	Chá. Uso oral.
Familiar	Folha do chuchu branco	--	Não havia no local	Baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Arruda	--	Não havia no local	Abortiva	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Baldrana	--	Não havia no local	Cicatrizante	Folha	Lava ferimenro com chá e coloca a folha (utilizada para fazer o chá) em cima
Familiar	Jambolão	--	Não havia no local	Baixar açucar	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Casca da cebola	--	Não havia no local	Vômitos (para parar)	Casca	Chá. Uso oral.
Familiar	Canela	*Cinnamomum zeylanicum*	Horta	Vômitos (para parar)	Folha ou tronco	Chá. Uso oral.
Familiar	Romã	*Punica granatum*	Planta Seca	Dor de barriga, parar diarréia	Casca	Chá. Uso oral.
Familiar	Pixirica	--	Não havia no local	Diurética e baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Pata de vaca	*Bauhinia* sp.	Planta Seca	Diurética e pressão alta	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Bergamoteira	*Citrus* sp.	Horta	Gripe	Fruta	Suco
Escolar	Pitangueira	*Eugenia pitanga*	Horta	--	Folha	Chá. Uso oral.

s.i. = Não foi possível realizar a identificação taxonômica da planta.

Família 5

A residência da Família 5, como pode-se observar na Figura 3, é um pouco mais afastada da escola e do restante das outras famílias participantes deste

estudo. Com isso, a pesquisadora e uma bolsista do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” contaram com a ajuda da escolar M.E.G.E, 11 para chegar até a sua residência.

A entrevista foi no turno inverso da escolar em suas atividades na escola, entretanto, neste turno inverso, ela realiza atividades no Mais Educação. Desta forma, após o consentimento da mãe da escolar, da escolar e da coordenadora do Mais Educação na escola, a escolar saiu de suas atividades para participar da pesquisa, e assim que finalizada retornou à escola.

A casa toda de material, sem pintura, tinha um pátio bem extenso, que era possível ver da frente da casa. A mãe da escolar, E.M.G.E, 51 recepcionou as pesquisadoras e sua filha.

A entrevista realizou-se no primeiro cômodo da casa, que parecia ser uma sala e ali acomodaram-se no sofá e em cadeiras que E.M.G.E, 51 providenciou. Neste local estava também F, 79, sogra de E.M.G.E, 51, considerada carinhosamente como avó pela escolar, que também participou da conversa em alguns momentos. Além dela, J.G.E., 29 (irmã da escolar e filha de E.M.G.E, 51) e seu filho A.,9 e a filha A., 2, também se fizeram presentes em alguns momentos. Entretanto, a entrevista foi direcionada à mãe da escolar (E.M.G.E, 51) e à escolar M.E.G.E.,11.

O cômodo estava com pouca luminosidade, e apesar da porta aberta, a claridade que entrava não era suficiente, pois o tempo estava cada vez mais nublado. Neste momento a pesquisadora observou discretamente que não havia lâmpada neste local – mas havia luz no cômodo ao lado.

Durante a conversa a escolar saiu brevemente do local para buscar sua sobrinha, A.2, que apesar do frio estava de pés descalsos e pouca roupa. Em seguida a mãe dessa menina, J.G.E., 29, também se fez presente no local, mas ficou na maior parte do tempo, no cômodo ao lado - cozinha. Neste momento chegou também A.9, que transitava algumas vezes pelo local.

Durante a entrevista semiestruturada, E.M.G.E, 51 e a escolar foram participativas. No momento da construção do genograma (Figura 14) e do ecomapa (Figura 15), o restante dos familiares também participou. O registro das plantas de conhecimento da família é apresentado no quadro 5.

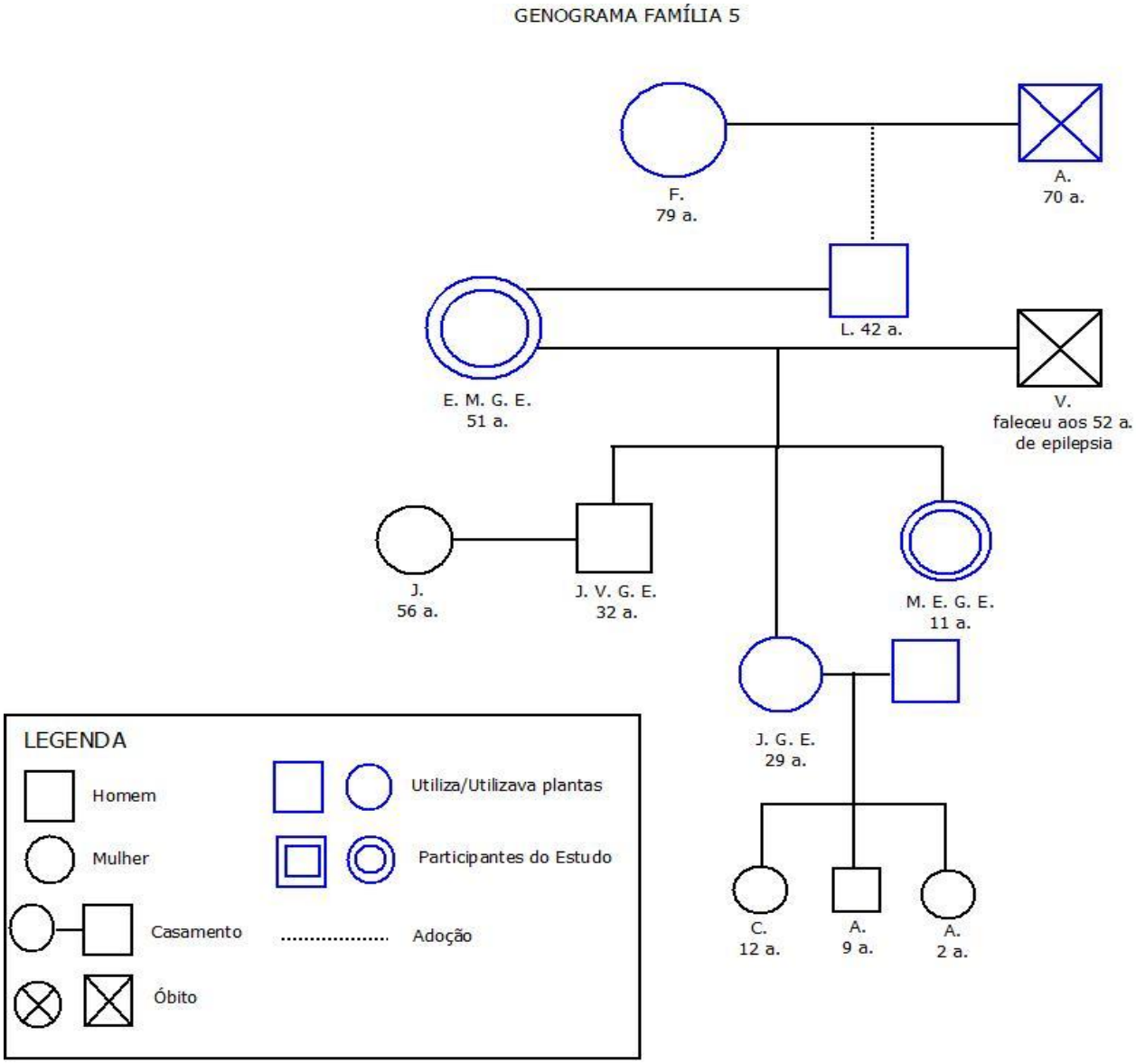

Figura 14 – Genograma da Família 5. Pelotas, RS, 2014

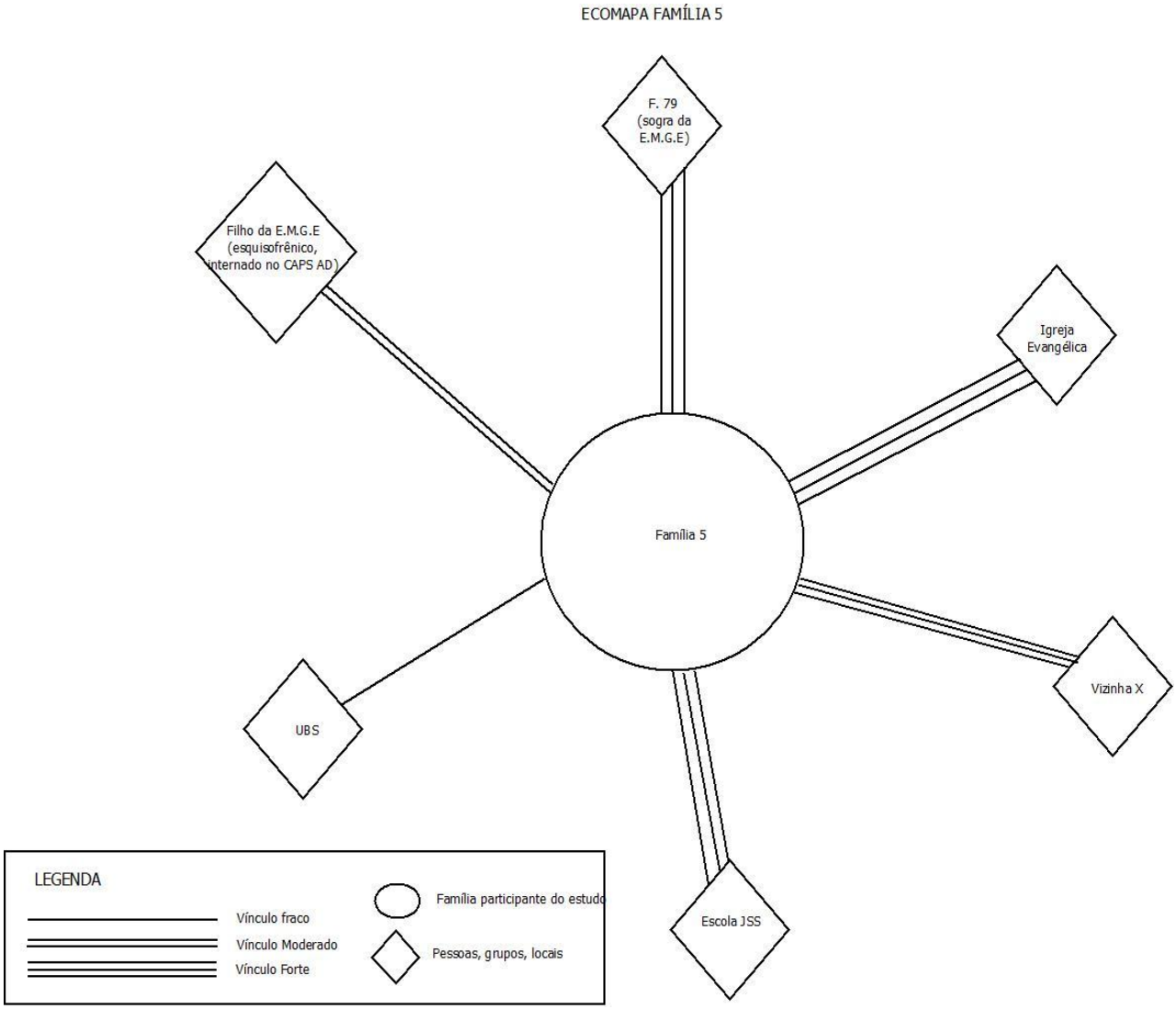

Figura 15 – Ecomapa da Família 5. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 5 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 5. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Hortelã	*Mentha x villosa*	Horta	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar				Vermes		
Escolar	Laranjeira	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Capim cidrão	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Babosa	*Aloe arborescens*	Horta	Prevenir doenças do pulmão	Folha	Retira os espinhos da lateral da folha, pica e coloca em um copo com água, com 1c ol. de açucar. Deixa dois dias na geladreira e toma no dia seguinte.
Escolar e Familiar	Lima	*Citrus* sp.	Horta	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Cola de lagarto ou cavalinha	*Equisetum hyemale*	Horta	Para infecção de urina e pedra nos rins	Caule	Chá. Uso oral.
Escolar	Limão	--	Não havia no local	Tosse	Fruta	Beber o suco da fruta.
Familiar	Transagem	--	Não havia no local	Antibiótico	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Bergamoteira	--	Não havia no local	Febre	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Guaco	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Pode utilizar como xarope. Guaco, poejo, bananinha do mato, lima,

						açucar e depois de pronto coloca o mel (pois mel não pode ir no fogo)
Familiar	Poejo	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Bananinha do mato	--	Não havia no local	Tosse	Fruta	Não especificado.
Escolar e Familiar	Marcela	*Achryrocline satureoides*	Planta Seca	Tosse, sinusite, dor de estômago	Flor	Para sinusite coloca a planta com água a ferver e respira o vapor. Para tosse prepara com gemada e leite quente.
Escolar e Familiar	Eucalipto cidrão	--	Não havia no local	Sinusite	Folha	Para sinusite coloca a planta com água a ferver e respira o vapor.
Escolar e Familiar	Capim cidrão	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Limãozinho do mato	--	Não havia no local	Dor de barriga	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Carqueja branca	--	Não havia no local	Para emagrecer	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Goiabeira	--	Não havia no local	Dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Araçá	--	Não havia no local	Dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Alecrim	--	Não havia no local	Para feridas	Folha	Preparar o chá e lavar o ferimento com o chá.
Familiar	Amaricá	--	Não havia no local	Para feridas	Folha	Preparar o chá e lavar o ferimento com o chá.

Familiar	Chuchu	--	Não havia no local	Baixar a pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Amora	--	Não havia no local	Baixar a pressão	Não especificado.	Chá. Uso oral.
Familiar	Pitanga	--	Não havia no local	Baixar a pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Jambolão	--	Não havia no local	Baixar o açucar	Fruta ou folha	Comer fruta ou chá das folhas
Escolar e Familiar	Picão branco	--	Não havia no local	Infecção de urina	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Babosa (da folha curta, pintadinha)	--	Não havia no local	Bronquite	Folha	Coloca a gosminha de dentro na água e ferve, depois coloca mel. Uso oral.
Familiar	Romã	*Punica granatum*	Planta seca	Dor de barriga	Casca	Chá. Uso oral.

Família 6

A residência da escolar A.L.S.S, 13 e da sua mãe L.L.S.,31 é de fácil acesso por localizar-se próximo à escola. A escolar, já conhecida pela pesquisadora pelas atividades de extensão na escola, a recebeu logo com a seguinte pergunta “tu não vai falar nada de mim pra minha mãe né”, pois ela estava receosa de que a pesquisadora falasse algo sobre seu comportamento em sala de aula. Foi garantido a ela que não, pois o motivo da visita não era este.

A pesquisadora e integrante do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” foram recepcionadas no primeiro cômodo da casa, na sala. Deste local foi possível avistar a cozinha, ao lado. Na casa não havia forro, somente telhado e era bastante fria. Ali estava também a irmã mais nova da escolar, A.C.,8. Todas estavam com poucas roupas e de chinelo, apesar do frio que fazia neste dia. Havia um gato dentro de casa que se fez presente no local da entrevista.

Durante a entrevista a familiar e a escolar se mostravam confusas em alguns momentos, na qual, a escolar de 13 anos não lembrava o ano de seu nascimento, nem sua mãe recordava.

Ao ser questionada sobre suas ações para ter/manter saúde L.L.S.,31 relacionou algumas de suas ações ao modelo biomédico. Entretanto quando, posteriormente, a pesquisadora foi fotografar as plantas, observou-se que havia uma pequena horta com beterraba, couve, alface, dentre outros. Questionada se ela utilizava na alimentação de sua família, L.L.S.,31 respondeu positivamente. Esta horta é cercada, demonstrando o cuidado para que animais não tenham contato.

No canto da sala havia uma planta “Comigo-ninguém-pode”, com isso, durante a conversa, se questionou se havia o conhecimento de alguma planta tóxica, que não poderia ser ingerida, e apesar de ter essa planta na sua sala (e ter crianças em casa) ela não citou nenhuma planta.

O pátio não era muito extenso (se comparado as outras residências na àrea rural). Havia um pouco de lixo, com brinquedos espalhados. Observou-se que havia um local com muitas garrafas pet vazias, e questionada para o que servia, L.L.S.,31 informou que era para um vizinho que vende produtos de limpeza, e ela recolhe para doar a ele. Além disso, havia muitas plantas ornamentais no pátio, sendo diversas inclusive, medicinais, mas para ela era somente ornamental.

A seguir o genograma (Figura 16), ecomapa (Figura 17) e o quadro 6 com as plantas indicadas pela Família 6.

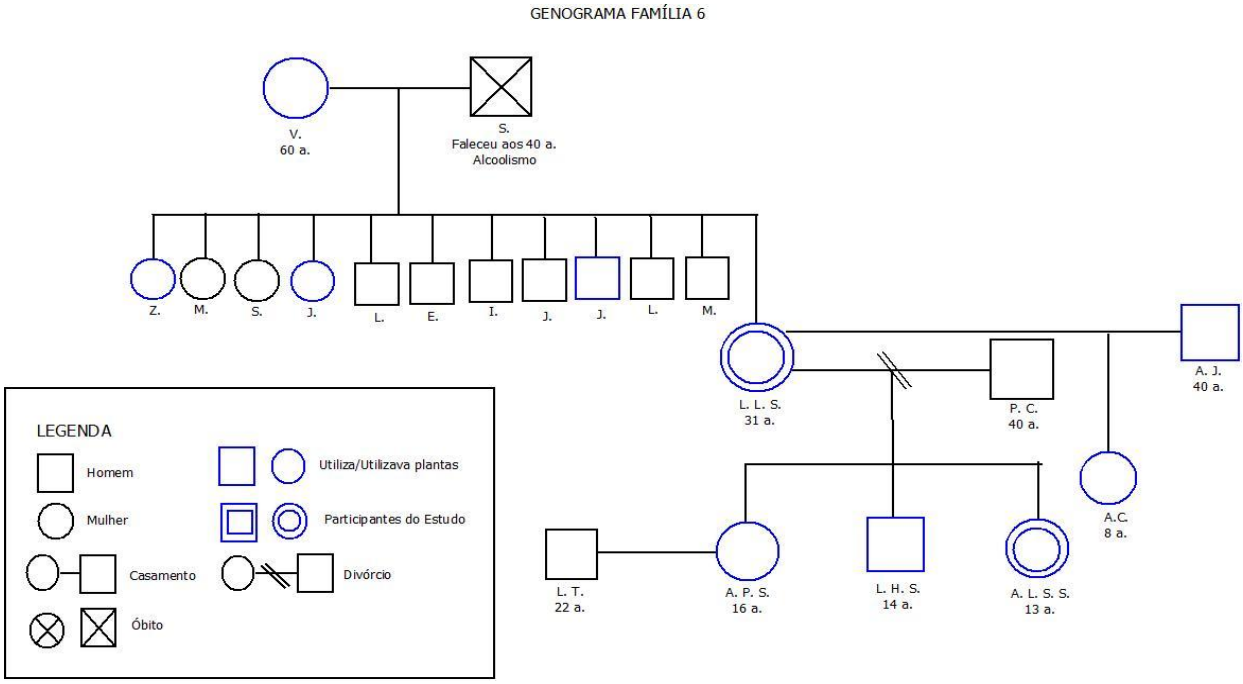

Figura 16 – Genograma da Família 6. Pelotas, RS, 2014.

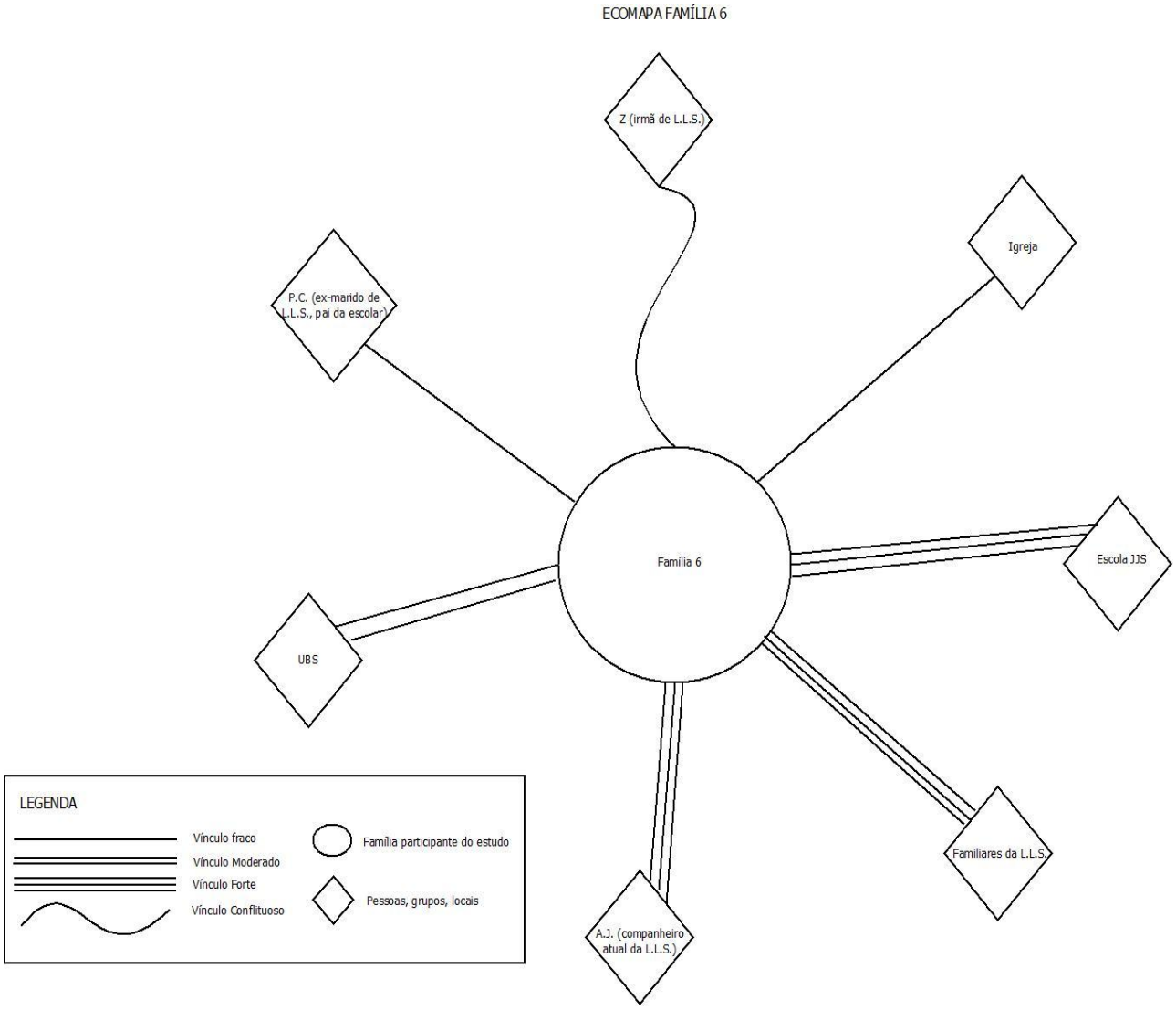

Figura 17 – Ecomapa da Família 6. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 6 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 6. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Manjerona	*Origanum vulgare*	Horta	Não lembra	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar				Tempero		
Escolar	Marcela	--	Não havia no local	Dor de barriga	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar	Hortelã	*Mentha x villosa*	Horta	Garganta	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Palminha	*Tanacetum vulgare*	Horta	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Anis	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Boldo	*Plectranthus barbatus*	Horta	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Babosa	--	Não havia no local	Cicatrizante	Folha	Uso tópico.
Familiar	Bergamoteira	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Laranjeira	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Lima	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Poejinho	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Funcho	*Foeniculum vulgare*	Horta	Cólica de criança	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Limão	*Citrus limonia*	Horta	Gripe	Fruto	Fazer chá com rodelas de limão. Uso oral.
Familiar	Urtiga	*Urtica spathulata*	Horta	Para pontada em criança	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar				Causa coceira		
Familiar	Transagem	*Foeniculum vulgare*	Horta	Infecção urinária	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Pata de vaca	--	Não havia no local	Infecção urinária	Folha	Chá. Uso oral.

As famílias dos escolares urbanos

Família 7

A primeira visita realizada na área urbana foi com a escolar M.C.B.,12 e a familiar (mãe) V.G.C.B.,54. Enfrentando um calor de 30°C, a pesquisadora e uma bolsista do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” percorreram a

rua indicada em busca da residência. Após alguns minutos percorrendo a rua, e pedindo informações, enfim localizou-se a residência.

Ao chegar a casa, a familiar V.G.C.B.,54 estava sentada em um banco, na porta da casa. A pesquisadora foi recepcionada pela familiar e pela escolar, que providenciaram bancos para que todas sentassem em frente a porta da casa, no pátio, devido ao forte calor.

A casa é simples, de alvenaria, verde, com um pequeno pátio na frente, sem calçamento, sem plantas e sem sujeira, com um muro com cerca de 1 metro de 30 cm de altura. Havia um cachorro transitando o interior da casa e no pátio durante a entrevista.

A escolar respondia os questionamentos um pouco tímida, em especial, quanto às plantas mesmo a pesquisadora enfatizando que não havia certo e errado, e que o conhecimento dela era de extrema importância. A familiar foi atenciosa, entretanto objetiva nas questões semiestruturadas.

Após as questões, realizou-se o levantamento das plantas que a escolar e a familiar conheciam e utilizavam, questionando o que havia na casa. Não há muitas plantas no local. Além do pátio em que realizamos a entrevista, havia outro aos fundos da casa, o qual é amplo, com lixo pelo chão, mato e algumas árvores.

A seguir é apresentado o genograma (Figura 18) e ecomapa (Figura 19), além do quadro 7 com as plantas citadas.

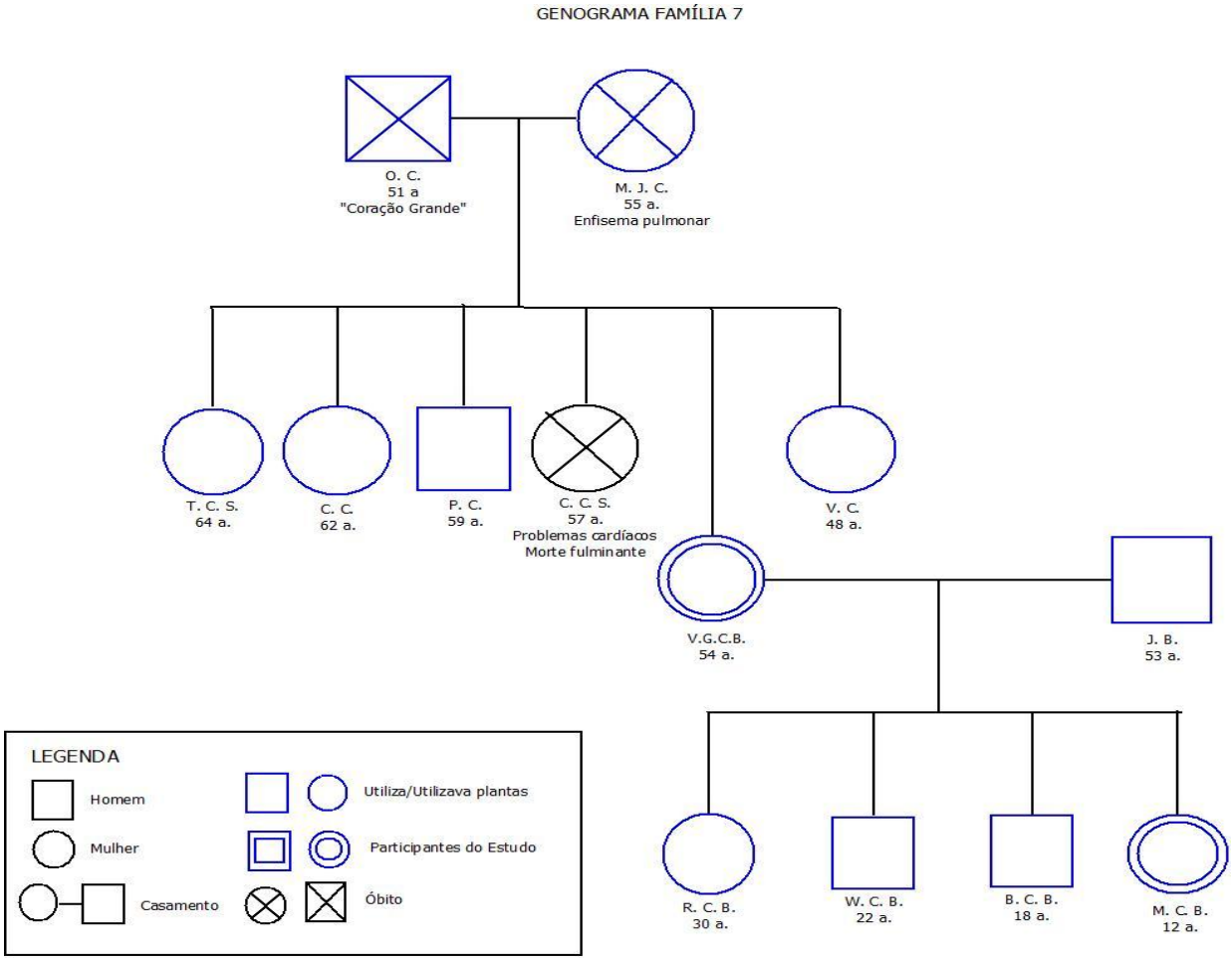

Figura 18 – Genograma da Família 7. Pelotas, RS, 2014.

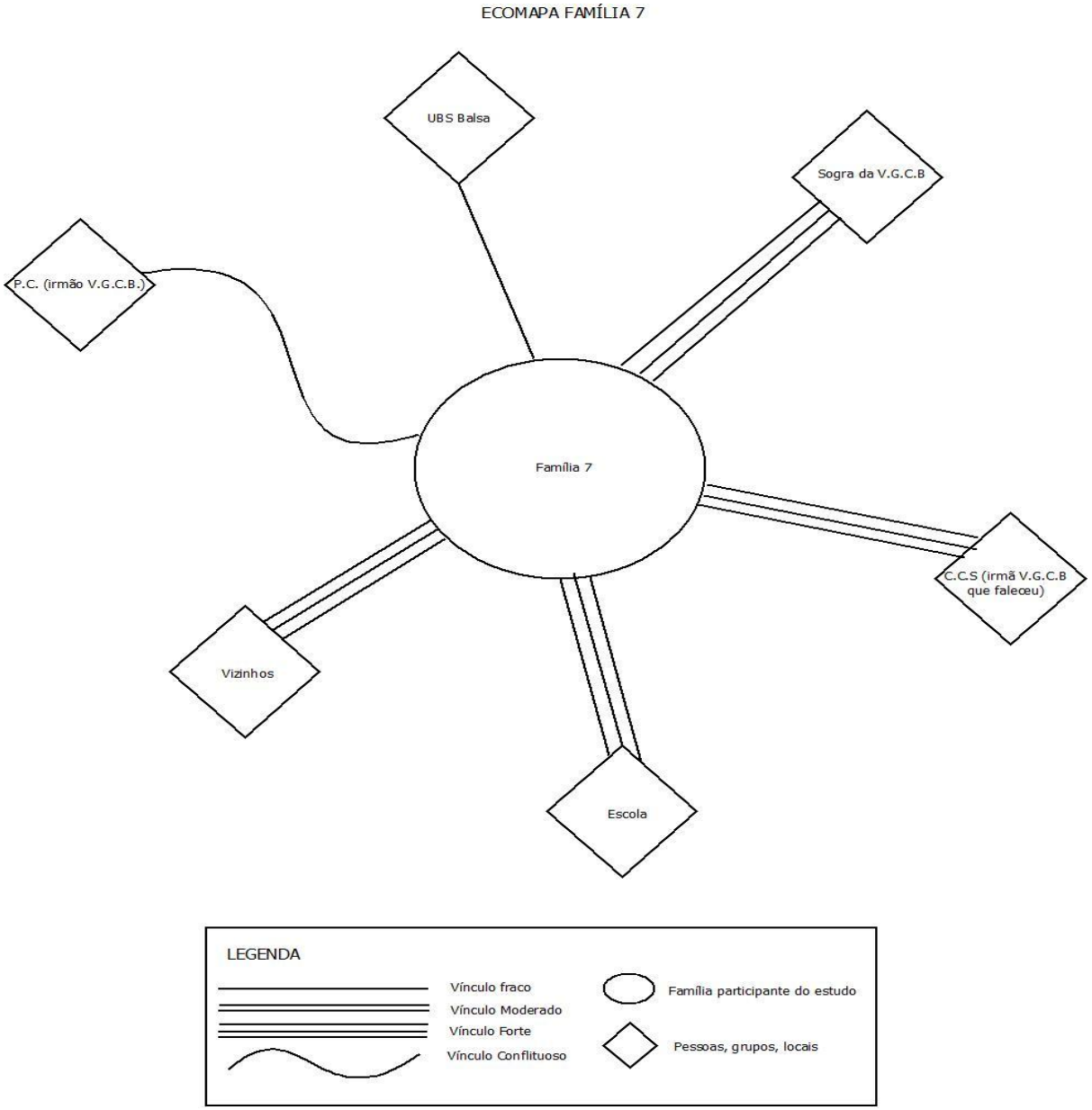

Figura 19 – Ecomapa da Família 7. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 7 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 7. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Anis	--	Não havia no local	Não lembra	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Insulina	--	Não havia no local	Diabetes	Folha	Chá. Uso oral. Modo de preparo: 1 litro

						de água com 3 raminhas. Tomar por água.
Familiar	Marcela	--	Não havia no local	Pressão alta e dor de estômago	Flor	Chá. Uso oral. Modo de preparo: 10 florzinhas mais ou menos. Tomar quando sentir o estômago “pesado”.
Escolar				Cólica		
Familiar	Funcho	--	Não havia no local	Gases	Raminha (Folha)	Chá. Uso oral – 1 raminha
Escolar				Dor de Barriga		
Familiar	Palminha	--	Não havia no local	Cicatrizante e para o estômago	Folhas	Como cicatrizante – Faz chá e lava o ferimento, se quiser coloca uma gase no ferimento Chá gelado – Bate bem a folha (Macera) e coloca água gelada e côa.
Familiar	Romã	--	Não havia no local	Diarréia	Casca seca	Chá. Uso oral. Modo de preparo: 1 pedaço de casca seca por xícara
Familiar	Pitangueira	*Eugenia uniflora*	Pátio	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Quitoco	--	Não havia no local	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar	Batata Rosa	--	Não havia no local	Cura câncer no estômago, pressão alta e dor de estômago	Batata	Cjá. Uso oral. Modo de preparo: 1 litro de água com 7 rodelas de batata (ferve e deixa esfriar)
Familiar	Camomila	--	Não havia no local	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Cidrão	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Cidreira	--	Não havia no local	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Quebra-pedra	--	Não havia no local	Pedra nos rins	Folhas	Chá. Uso oral. Tomar o chá por bastante tempo.
Familiar	Babosa	*Aloe arborescens*	Pátio	Cicatrizante Xarope bom para tudo	Folha	Folha aberta como cicatrizante Xarope bate folha toda com mel (250g). Xarope 3x ao dia
Familiar	Goiabeira	*Psidium guajava*	Pátio	Só na alimentação	Fruta	Na alimentação
Familiar	Figo	*Ficus carica*	Pátio	Tosse	Folha	Chá. Uso oral. Tomar só à noite
Familiar	Guaco + mel + agrião	--	Não havia no local	Tosse Catarro	Folha e mel	Ferve o guaco, agrião e mel. Uso oral.Urilizar 3x ao dia
Familiar	Abacaxi + mel	--	Não havia no local	Bronquite	1 abacaxi e mel	Ferve um abacaxi com mel. Uso oral. Urilizar 3x ao dia.

Família 8

A pesquisadora através de contato telefônico conversou com a mãe da escolar L.H.B.C.,12, com o objetivo de agendar a visita. A mãe da escolar referiu que a entrevista poderia ser realizada com a avó de L.H.B.C.,12, visto que é na residência dela que a escolar passa todo dia, já que a escola é próxima da casa da avó, A.L.B.,59.

Com esta família foram realizadas duas visitas, visto que no primeiro encontro, apesar de agendado com antecedência, a escolar não estava na casa da avó.

A casa é de alvenaria, não muito extensa, limpa e organizada. A entrevista nos dois encontros foi realizada na cozinha, segundo cômodo da casa, e foi necessário passar pela sala. A familiar A.L.B.,59, muito receptiva, no primeiro encontro recepcionou as pesquisadoras com um copo de suco e um ventilador, visto que estava muito calor.

A.L.B.,59 é muito ativa e conversa bastante. No primeiro encontro, ela disse que a neta iria em sua casa no turno da tarde. Mesmo com este contratempo, visto que o ideal seria realizar a entrevista com ambas, realizou-se a entrevista com a familiar para não perder a oportunidade.

Em alguns momentos durante a entrevista, A.L.B.,59 se levantava para olhar o filho que estava no quarto dormindo, visto que este filho necessita de cuidados contínuos por ter uma doença infecto-contagiosa.

Havia um pátio ao lado da casa, entretanto A.L.B.,59 referiu que não tem plantas neste local pois tem um cachorro. Em frente a casa, havia apenas uma planta e árvores, entretanto não há muros ou cercas, e o “pátio” é de acesso a qualquer pessoa, inclusive animais.

A.L.B.,59 falou diversas vezes do livro “plantas que curam”, que ela disse consultar com frequência, e queria muito mostrar à pesquisadora, no entanto, o livro estava emprestado.

Como A.L.B.,59 informou que a escolar estaria em sua casa no turno da tarde, a pesquisadora retornou em um horário combinado, entretanto a escolar, novamente, não se encontrava na residência da avó. Com isso agendou-se outro momento para entrevista com a familiar e a escolar.

No segundo encontro, foi possível realizar a entrevista com a escolar L.H.B.C.,12 e a familiar A.L.B.,59. Novamente na cozinha, escolar e familiar se

mostraram receptivas e comunicativas. Além delas, a mãe da escolar também se encontrava no local e participou em alguns momentos da conversa.

A seguir o genograma (Figura 20) e o ecomapa (Fagura 21), além da planilha de plantas (Quadro 8).

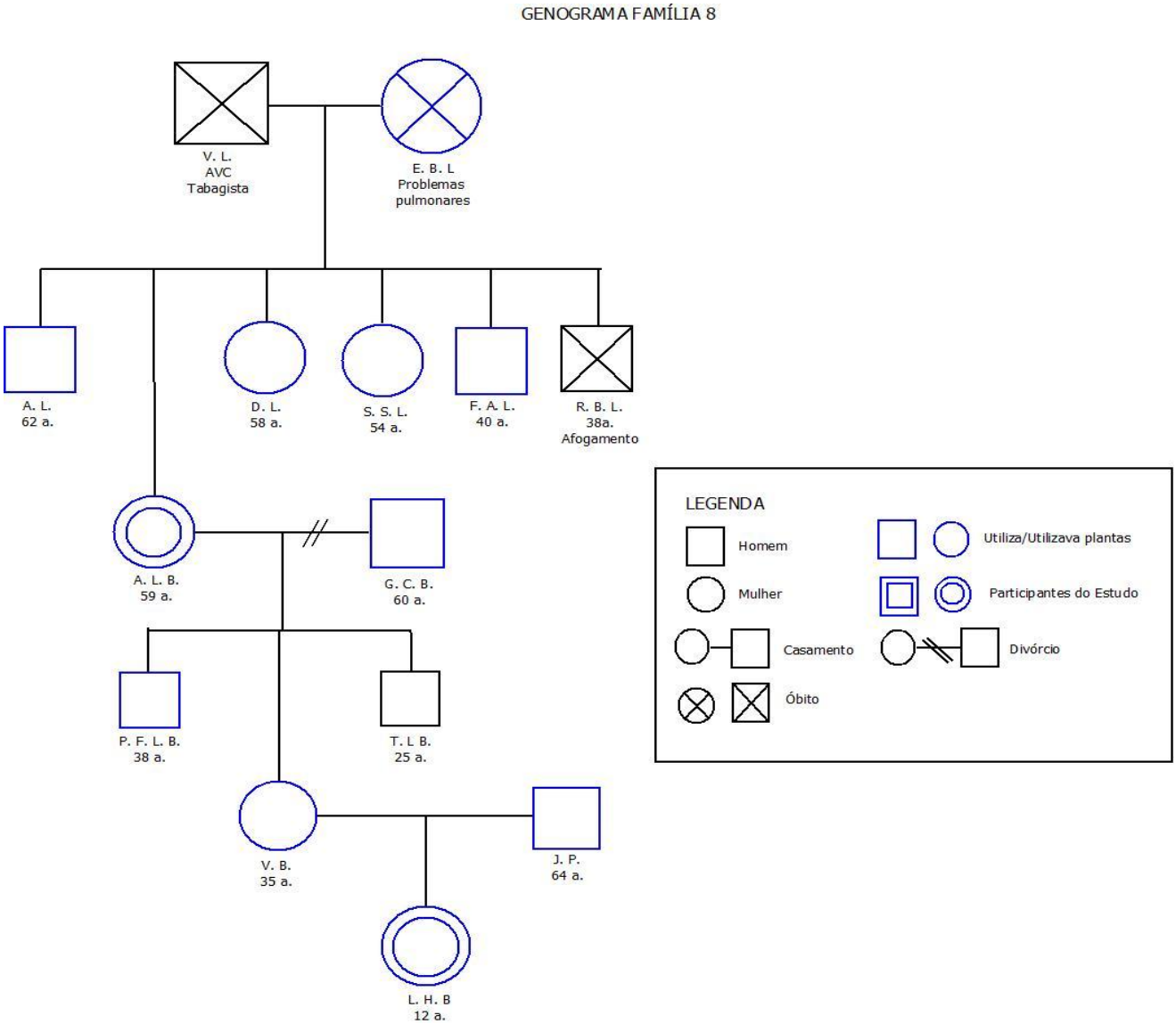

Figura 20 – Ecomapa da Família 8. Pelotas, RS, 2014.

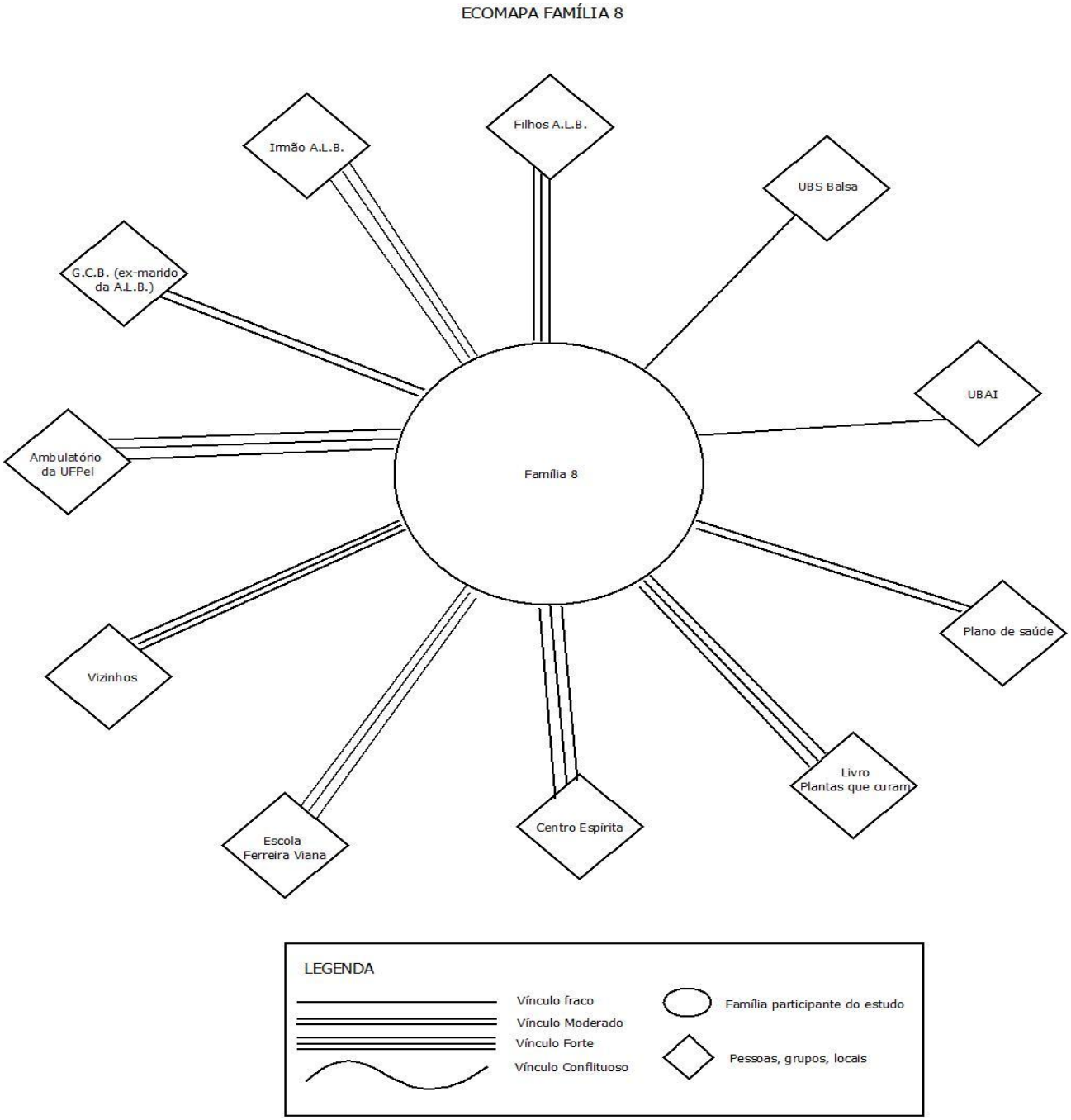

Figura 21 – Ecomapa da Família 8. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 8 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 8. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Familiar	Citronela	--	Não havia no local	Repelente	Folha	Queima a folha ou pode macerar a folha e passar no corpo
Familiar	Queledônia ou Seledônia	--	Não havia no local	Para o fígado / Hepatite	Folha	Faz o chá e toma gelado por água
Familiar	Melissa	--	Não havia no local	Melhorar a imunidade	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Morango	--	Não havia no local	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Alcachofra	--	Não havia no local	Baixar o colesterol e para diabetes	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Aveia	--	Não havia no local	Alivia vontade de fumar e desintoxica as arterias	Grão	Com água. Uso oral.
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Antibiótico, para dor de dente	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Boldo (da folha pequena, que rasteja e tem cheiro forte)	--	Não havia no local	Para estômago e ressaca (bebida)	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar e Escolar	Camomila	--	Não havia no local	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Amora	--	Não havia no local	Para menopausa – reposição	Folha	Chá. Uso oral.

				hormonal. Tem, contra-indocações pois algumas pessoas passam mal e outras não		
Familiar e Escolar	Funcho	--	Não havia no local	Cólica de bebê, gases	Folha	Chá fraquinho e morninho
Familiar	Marcela	--	Não havia no local	Estômago	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar				Dor de cabeça		
Familiar e Escolar	Babosa	*Aloe arborescens*	Pátio	Uso externo cicatrizante Uso interno tóxica	Folha	Coloca a gosminha de dentro da folha na ferida
Familiar	Boldo da folha peluda e grande	--	Não havia no local	Tóxica	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Romã	--	Não havia no local	Diarréia	Casca	Chá. Uso oral.
Familiar	Dedinho de bálsamo	--	Não havia no local	Dor de ouvido	Folha	Utiliza umas gotinhas do líquido de dentro da folha, coloca em uma colher de café e aquece um pouco e pinga 1 ou 2 gotinhas no ouvido.
Familiar	Menjericão	--	Não havia no local	Repelente e como tempero	Folha	Não especificad

						o.
Familiar	Alho	--	Não havia no local	Diminuir a pressão arterial	Bulbo	Uso oral. Chá ou crú (coloca 1 dente de alho em um copo com água e toma)
Familiar	Trombeteira	--	Não havia no local	Tóxica	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Dedaleira	--	Não havia no local	Tóxica	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Copo de leite	--	Não havia no local	Tóxica	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Carrapicho rasteiro	--	Não havia no local	Abortivo	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Arruda	--	Não havia no local	Abortivo	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Erva da pedra	--	Não havia no local	Para os rins	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Buchinha do noirte	--	Não havia no local	Abortivo	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Jambolão	--	Planta seca	Para o estômago, para o fígado	Folha	Chá. Uso oral. Modo de preparo: Utiliza umas 2 folhas secas no chimarrão (coloca na água)

Família 9

A pesquisadora e duas bolsistas do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” foram até a residência do escolar P.C.S.,12 e da familiar (mãe) P.C.S.,38, caminhando, e foi possível localizar a casa com facilidade.

A casa de alvenaria, com um portão de garagem e janelas altas, uma casa bem fechada e aparentemente protegida. Com esta família realizou-se duas visitas. O escolar e a familiar recepcionaram as pesquisadoras no primeiro cômodo da casa – cozinha, em ambos os dias. No primeiro dia estava muito calor, e a familiar prontamente ligou um ventilador e serviu água, para amenizar a alta temperatura.

Todos sentaram ao redor da mesa, onde foi realizada a entrevista. Deste local foi possível observar que a casa é organizada e limpa. Na residência havia um pequeno pátio, todo acimentado, com apenas um vaso de planta, e diversas estacas de madeira, na qual P.C.C.,38 esclareceu que estavam reformando a casa. Na residência havia apenas essa planta, mas que a familiar e o escolar não sabem o efeito medicinal da mesma. O restante das plantas é armazenado seco ou o consumo ocorre por meio de chás industrializados (de “caixinha”).

A familiar é comunicativa e a entrevista fluiu normalmente. Já o escolar um pouco tímido, foi mais objetivo no diálogo no primeiro encontro. No segundo dia de entrevista, o escolar foi mais participativo.

Foi construído o genograma (Figura 22) e ecomapa (Figura 23) da família. A lista de plantas de conhecimento da familiar e do escolar, estão listados no Quadro 9.

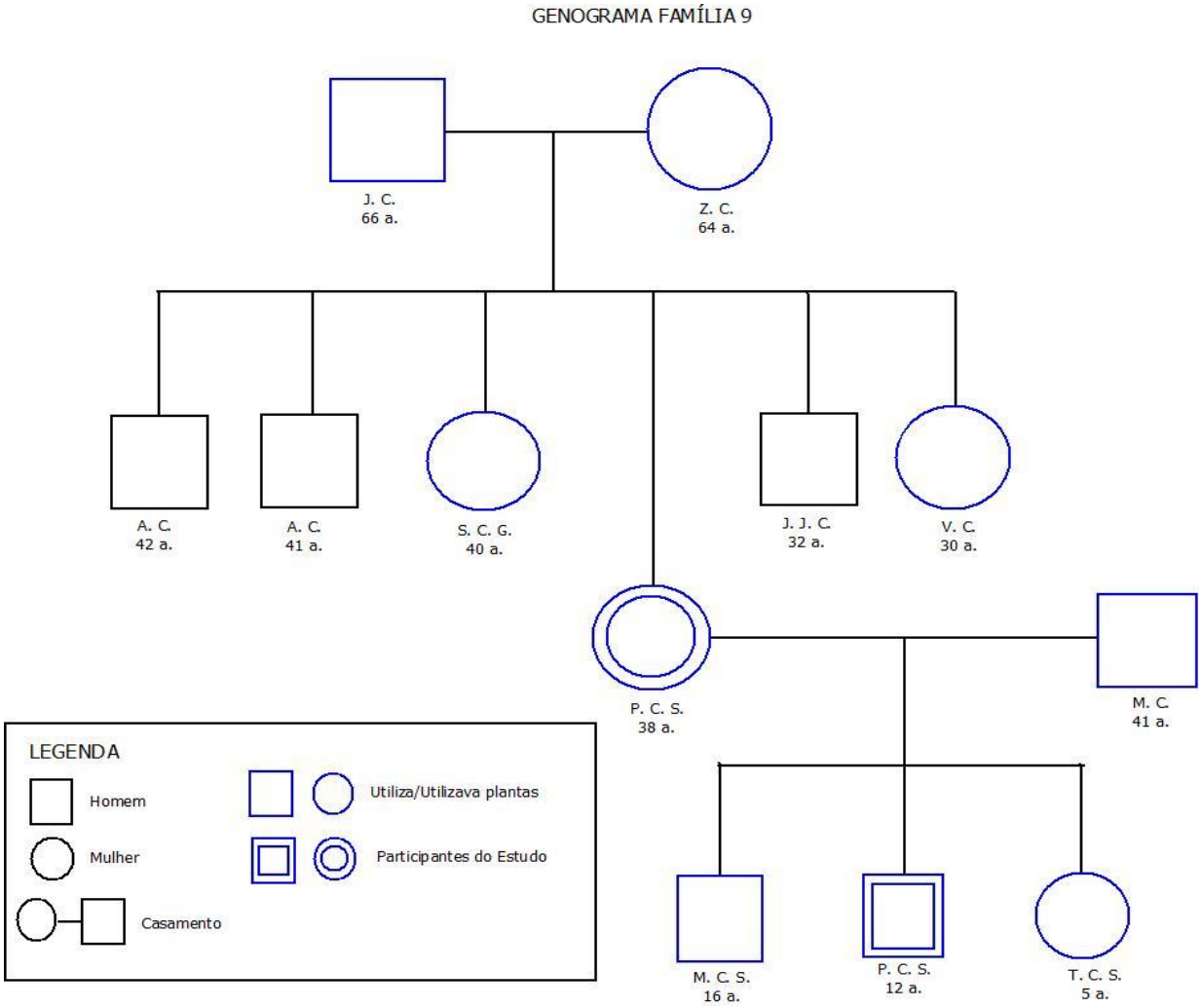

Figura 22 – Genograma da Família 9. Pelotas, RS, 2014.

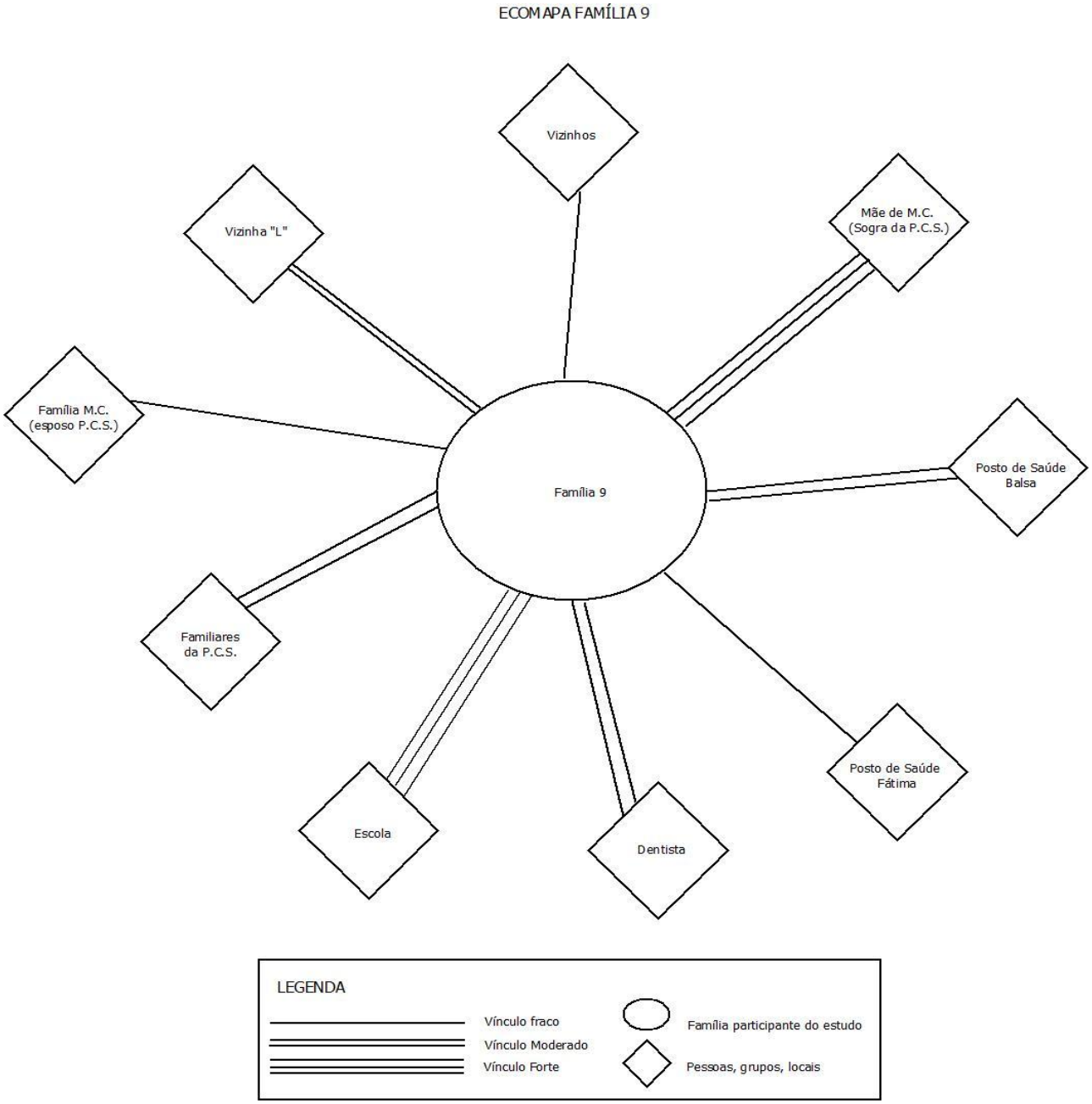

Figura 23 – Ecomapa da Família 9. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 9 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 9. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Marcela	--	Não havia no local	Dor de barriga	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar e Familiar	Camomila	--	Planta seca	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Boldo	--	Não havia no local	Dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Alcachofra	*Cynara scolymus*	Planta Seca	Digestão	Folha	Chá. Uso oral. Modo de preparo: Coloca uns 3 pedaços da folha, adiciona água quente e abafa. Utiliza no chimarrão também
Familiar	Carqueja	--	Planta Seca	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Espinheira Santa	--	Não havia no local	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Erva-doce	--	Planta Seca	Gases / cólica	Não especificado	Chá. Uso oral.
Familiar	Aipo	--	Não havia no local	Febre	Folha	Chá com 1 folinha e coloca água fervendo e depois abafa. Uso oral.
Familiar	Funcho	--	Não havia no local	Cólica de bebê	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Quebra-pedra	--	Não havia no local	Para o trato urinário e para	Folha	Chá. Uso oral. Tomar

				pedra nos rins		por água
Familiar	Chapéu de couro	--	Não havia no local	Trato urinário	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Bergamota	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral. (adoça com mel em vez de açucar depois que esfriar)
Familiar	Laranja	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral. (adoça com mel em vez de açucar depois que esfriar)
Familiar	Limão	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral. (adoça com mel em vez de açucar depois que esfriar)
Familiar	Guaco + Agrião + Mel	--	Não havia no local	Expectorante Bronquite	Folha	Xarope
Familiar	Bananinha do mato + mel	--	Não havia no local	Bronquite	Fruto	Xarope
Familiar	Mamona	--	Não havia no local	Cicatrizante Ferida de diabético	Fruto	Abre e coloca na ferida e gosminha que sai da fruta
Familiar	Babosa	--	Não havia no local	Cicatrizante Bom para o cabelo	Folha	Liquidifica a babosa com água e coloca no

						ferimento
Escolar				Para câncer		Não especificado
Familiar	Beringela	--	Não havia no local	Diabetes	Fruta	Suco em jejum pela manhã para baixar o açucar
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Infecção	Folha	Para dente infeccionado faz bochecho com o chá
Familiar	Maracujá	--	Não havia no local	Calmante Limpa o sangue	Não especificado	Chá
Familiar	Boldo (segundo tipo)	*Plectranthus barbatus*	Pátio	Não utiliza, pois não sabe para o que serve	Não especificado	Não especificado

Família 10

Com a família 10 foram realizadas duas entrevistas, em que as duas ocorreram de maneira muito semelhante. A pesquisadora, acompanhada de uma bolsista do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” foi até a residência da escolar D.S.R.,15 e seu familiar – o padrasto H.C.G.F.,47.

Recepcionadas por ambos, no primeiro cômodo da casa, a sala, foi onde ocorreu a entrevista. A casa de alvenaria, pintada da cor lilás, parecia ser simples, mas um pouco organizada. Ao lado da casa havia uma garagem com portão de pvc. Na sala em que a entrevista ocorreu, havia além de móveis e eletrônicos, uma moto estacionada.

Apesar da relação entre a escolar o familiar ser de “padrastro e enteada” observou-se que há boa relação entre os dois. Eles relataram que moram juntos a dois anos naquele local, e antes o H.C.G.F.,47 e a mãe da escolar moravam cada um em sua casa com seus filhos, durante seis anos. No momento residem neste local, H.C.G.F.,47 e sua esposa (mãe da escolar), a escolar D.S.R.,15, seu irmão, e o filho de H.C.G.F.,47.

A escolar é comunicativa e foi participativa durante a entrevista. Ela falava sobre outros assuntos, como a viagem que ela realizou nas férias e sua festa de 15 anos que ocorreu em 2013. Ela relatou também durante a conversa que reprovou na escola e irá repetir a 6ª série.

O familiar H.C.G.F.,47, assim como a escolar, foi receptivo com a pesquisadora. É comunicativo, e algumas vezes não respondia as perguntas de forma objetiva, explorando mais a conversa.

Na residência não havia nenhum tipo de planta, seja por plantio, nem mesmo seca ou industrializada. Apesar disso, H.C.G.F.,47, tem forte ligação com as plantas medicinais, e afirma que quando utiliza, realiza a compra em ervateiros. Os entrevistados relataram que há um pátio na casa, mas acimentado. Durante a entrevista foi possível ouvir o latido de um cachorro, que possivelmente estava nesse pátio.

Após finalizar a coleta de dados, ao desligar o gravador, H.C.G.F.,47 questionou qual a formação da pesquisadora. Ao escolarecer que a profissão é a Enfermagem ele se surpreendeu, pois segundo ele, é estranho enfermeiras falarem sobre plantas medicinais, visto que elas costumam falar/influenciar o uso de medicamentos e não de plantas.

A seguir o genograma (Figura 24) e o ecomapa (Figura 25) da família. Apesar de não haver plantas no local, a família indicou algumas plantas que faz uso, demonstradas no quadro 10.

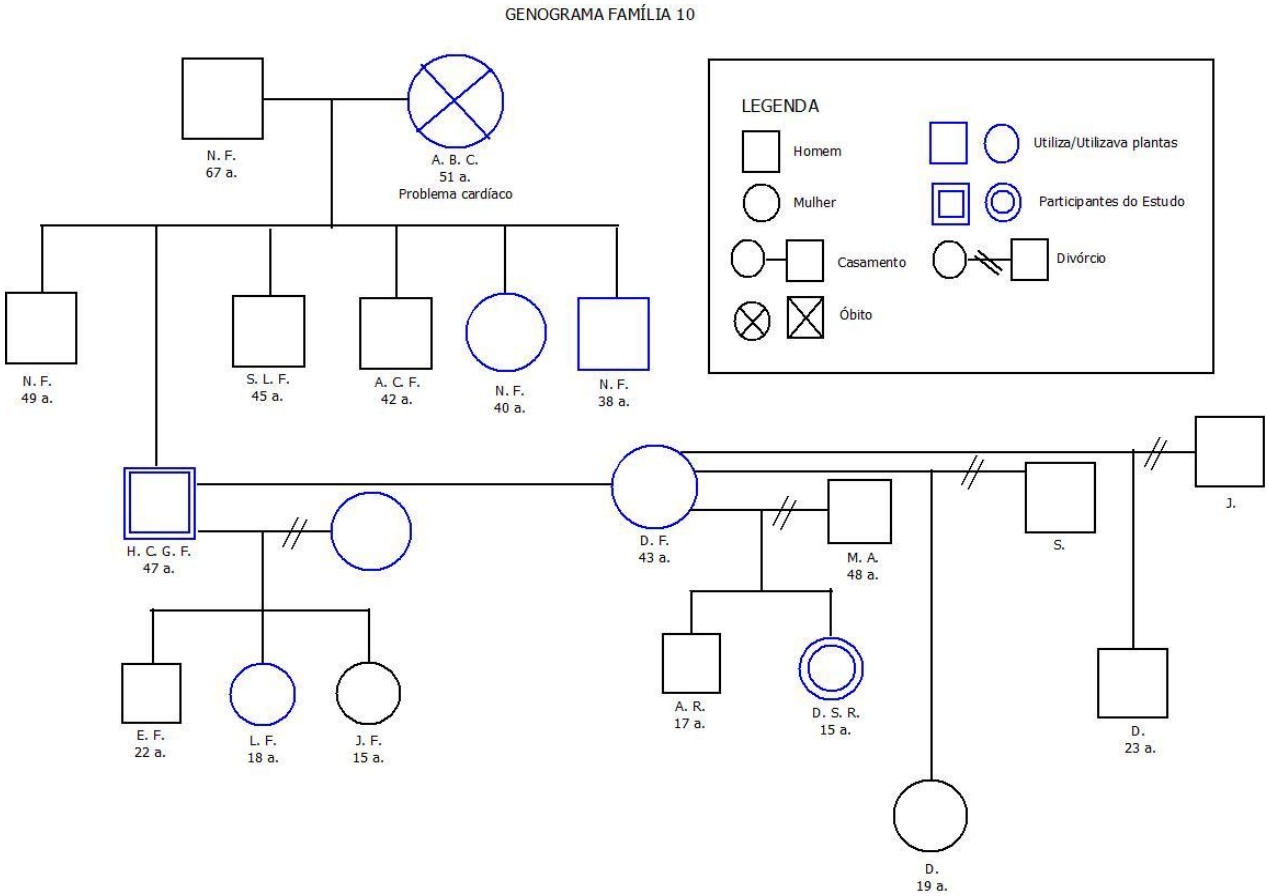

Figura 24 – Genograma da Família 10. Pelotas, RS, 2014.

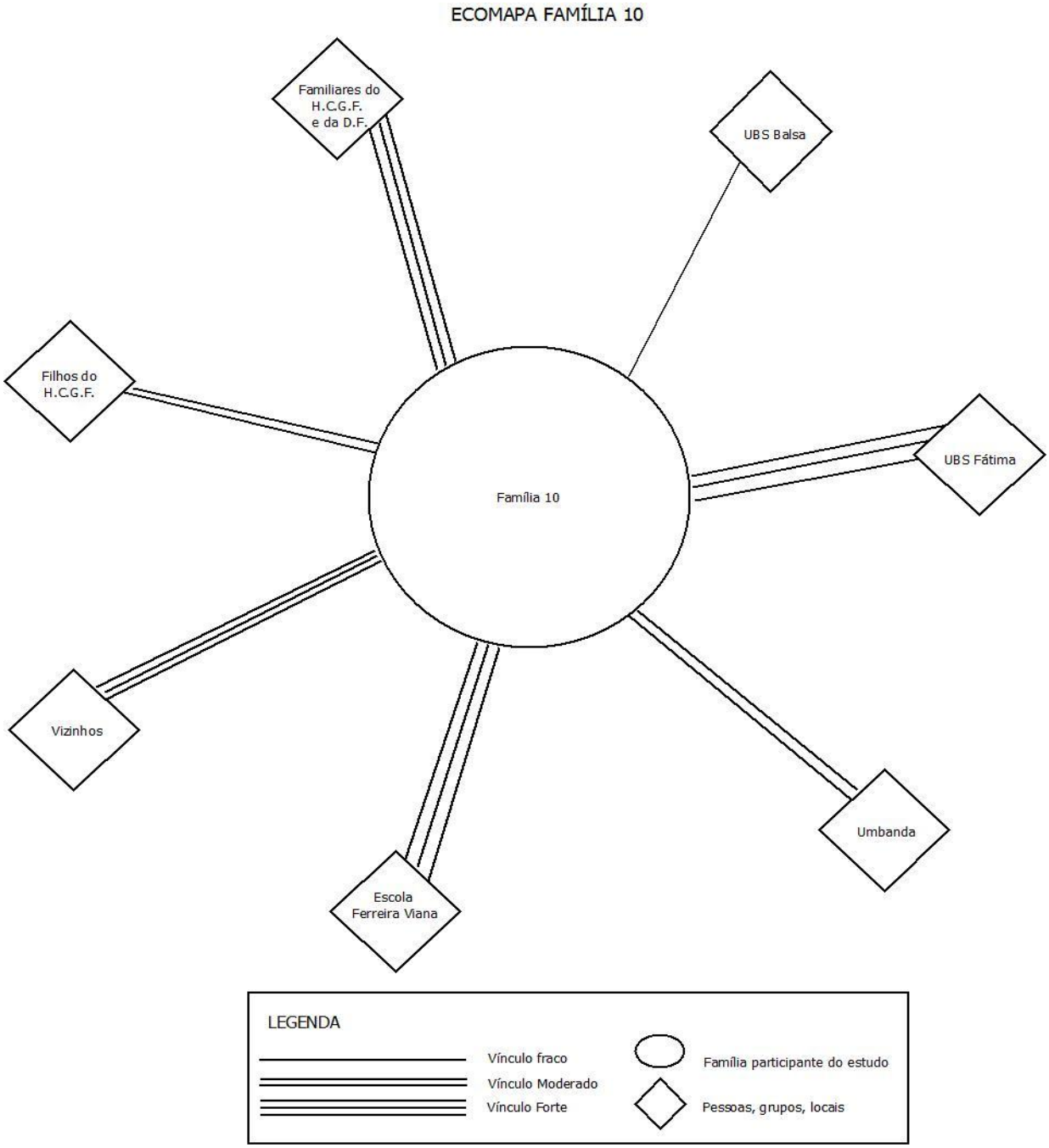

Figura 25 – Ecomapa da Família 10. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 10 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 10. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Malva	--	Não havia no local	Dor de dente	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Guaco	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar Familiar	Boldo	--	Não havia no local	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar Familiar	Marcela	--	Não havia no local	Estômago	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar	Hortelã	--	Não havia no local	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Pitanga	--	Não havia no local	Diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Camomila	--	Não havia no local	Calmante	Flor	Chá. Uso oral.
Familiar	Erva da pedra	--	Não havia no local	Para os rins	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Infecção	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Mel+Guaco+Agrião	--	Não havia no local	Tosse	Folha	Xarope. Uso oral.
Familiar	Casca da laranja	--	Não havia no local	Gripe	Casca	Chá. Uso oral. Modo de preparo: colocar a casca de uma laranja na água até ferver.

Família 11

Após o contado da pesquisadora com a mãe do escolar W.A.B.,11, e sua concordância em participar do estudo, agendou-se uma visita com o escolar e sua avó S.B.D.G,52. O escolar reside com sua mãe e avó – e demais familiares, mas a

entrevista foi com sua avó, pois a mãe de W.A.B.,11 trabalha em horário comercial e referiu sua mãe para responder a pesquisa.

A residência de fácil localização está situada em um bairro vizinho ao bairro Balsa. A casa fica em uma esquina, com cercado de madeira, todos irregulares quanto ao tamanho, em que era possível ver o pátio com várias árvores, que extrapolavam o limite do cercado. A primeira impressão foi de um local com condição socioeconomica precária. Ao entrar no pátio foi possível observar que o local realmente era precário, visto que haviam vários objetos soltos pelo pátio, inclusive móveis velhos e até um colchão.

A casa é de alvenaria, entretanto, sem reboco e sem pintura. O escolar recepcionou a pesquisadora e a integrante do “Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas” e as conduziu até a casa da avó. Havia duas casas no mesmo terreno.

No primeiro cômodo da casa, na cozinha, estava a familiar, S.B.D.G,52. Neste local que foi realizada a entrevista. O local estava com pouca luminosidade apesar da porta estar aberta, e assim como relatado com a Família 5, observou-se a ausência de lâmpada no local. Entretanto, havia energia elétrica na residência, pois havia uma televisão ligada no cômodo ao lado.

A permanência neste local durante a entrevista, e a baixa luminosidade em seu interior, facilitou a percepção de que havia diversos orifícios no telhado, e os mesmos eram cobertos por sacolas plásticas. A S.B.D.G,52 relatou que no inverno ela passa frio neste local.

No canto da cozinha, em uma pequena prateleira estava um vidro com água em que continha uma planta “Espada de São Jorge” e Alecrim, e a S.B.D.G,52 relacionou a presença dessas plantas com a religião que ela frequentava, a umbanda.

A casa é bem simples, e apesar de escuro, com apenas iluminação que vinha naturalmente pela porta, foi possível perceber a falta de higiene no local. Da cozinha foi possível avistar que no cômodo ao lado havia um quarto, com uma cama de casal, na qual o companheiro de S.B.D.G,52 estava deitado, assistindo TV. Ele não se comunicou com as pesquisadoras, somente falava com o escolar em alguns momentos.

O escolar demonstrou ser tímido no início da entrevista. Sentado, falava gesticulando com os braços, como se fizesse menção de se abraçar e respondia de

maneira mais objetiva. Ele citou algumas plantas, se recordou de várias durante a entrevista. Em alguns momentos ele interrompia a avó para falar para o que se servia determinada planta.

Em um momento, enquanto a S.B.D.G,52 falava, o escolar saiu do local e foi até o pátio, que foi possível enxergar ele colhendo limão, em uma das árvores que havia no local. Em seguida ele entrou novamente no local, com uma garrafa pet de 600 ml, com um suco de limão, que entregou ao “avô” (companheiro de S.B.D.G,52). O “avô” ainda solicitou que ele inserisse mais água, e W.A.B.,11 assim fez. Após W.A.B,11 se fez presente novamente.

O discurso da S.B.D.G,52, apesar de incluir o uso das plantas, era voltado ao modelo biomédico, em que referiu muitas vezes a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o uso de medicamentos alopáticos. Ela relatou em alguns momentos que não gostava de fazer uso de medicamentos alopáticos, entretanto, ao relatar que sentia algum desconforto, falava que teria que procurar um médico, para lhe prescrever medicamentos.

Percebeu-se que o escolar é parte ativa no cuidado da família, na qual ao final da entrevista, a avó questionou o horário, e alertou W.A.B.,11 para ele cuidar o horário de levar o almoço da sua tia.

No momento de registro fotográfico e georreferenciamento do local, o escolar mostrou as plantas que havia no local. Ele, muito atencioso, nos mostrava o que era cada planta, seu nome e indicação. Havia outras plantas no local em que ele não nos falou sobre elas, e quando questionado se eram medicinais, e ele informava que não. Em alguns momentos pegava uma folhinha para cheirar e mostrar às pesquisadoras, que não era medicinal. Além disso, ele fazia comentários, de que reconhecia a planta pelo tronco, como a goiabeira. Não havia muita variedade de plantas medicinais no local.

Neste momento, foi possível observar melhor a estrutura da casa, e percebeu-se que havia outros cômodos, que é onde o escolar reside com sua mãe e irmãos. Estes cômodos, apesar de ligados com a casa da avó, eram independentes.

A seguir a lista de plantas referidas pela família 11 (Quadro 11), assim como o genograma (Figura 26) e ecomapa (Figura 27).

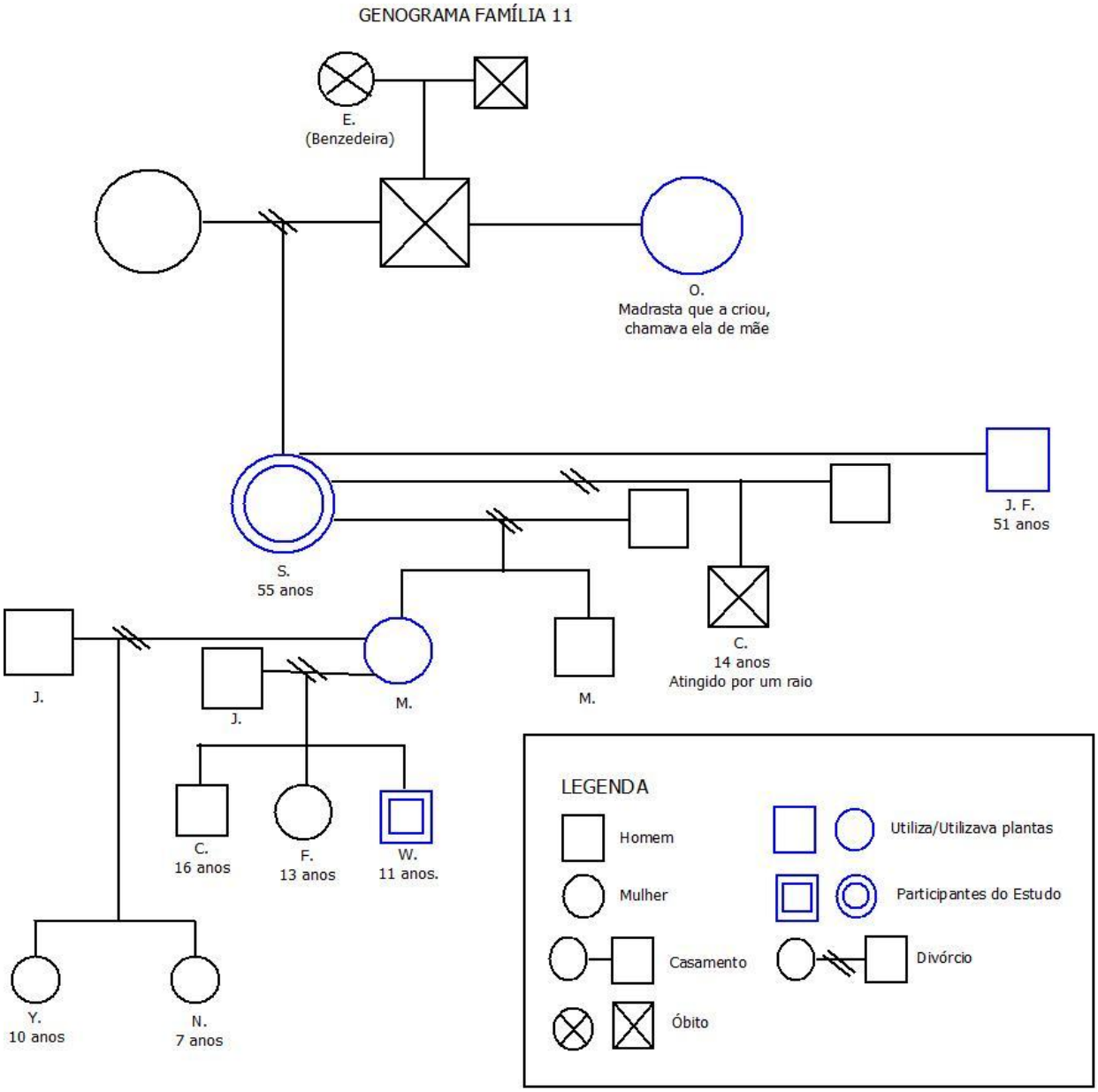

Figura 26 – Genograma da Família 11. Pelotas, RS, 2014.

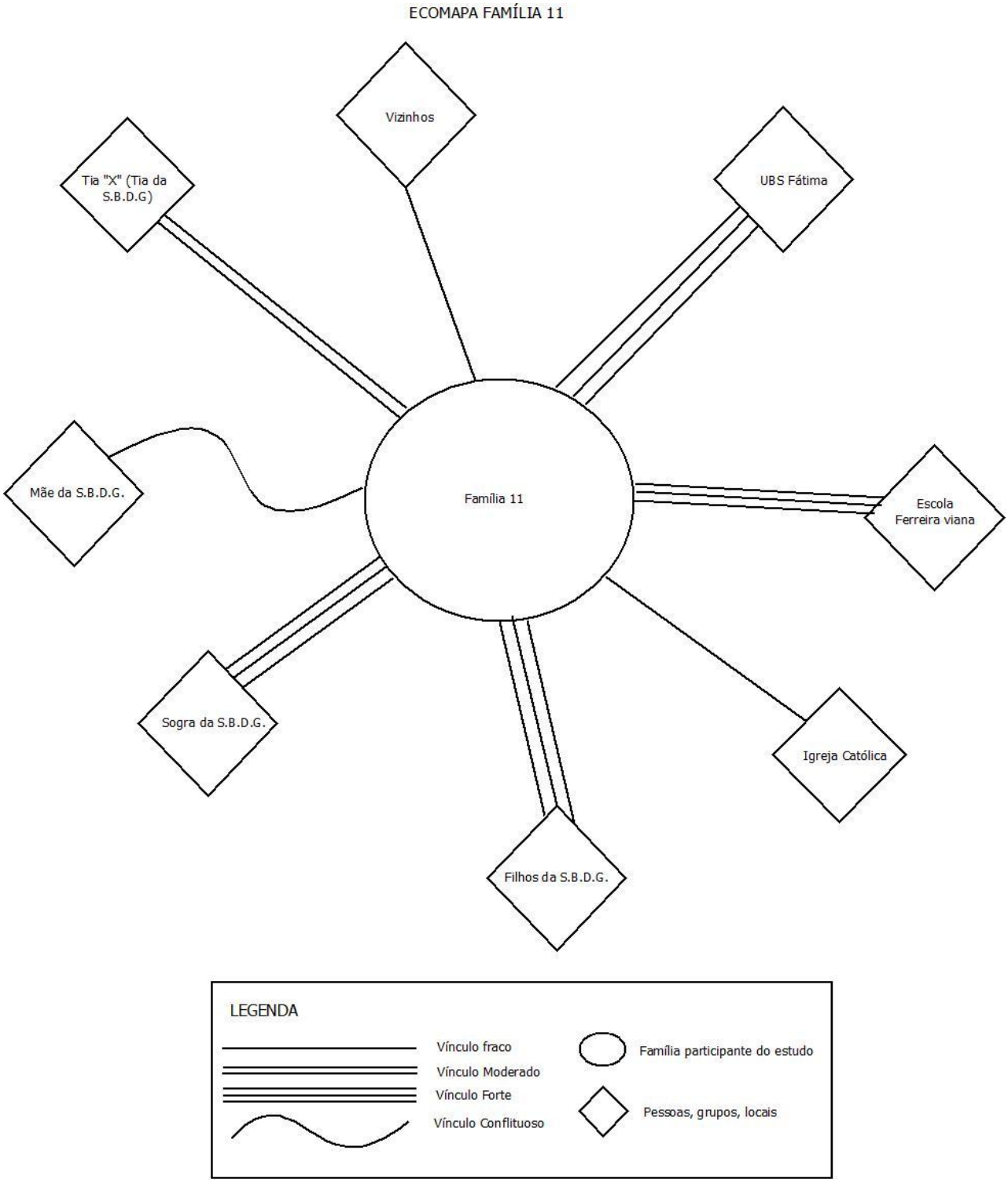

Figura 27 – Ecomapa da Família 11. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 11 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 11. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Boldo	--	Não havia no local	Estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar				Fíago e estômago		
Escolar	Limão	*Citrus limonia*	Pário	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Mil-Ramas	--	Não havia no local	Não especificado	Folha	Não especificado
Escolar	Capim-Cidrão	--	Não havia no local	Não especificado	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar				Para acalmar os nervos e para cólica		
Escolar	Carqueja	--	Não havia no local	Garganta	Folhs	Chá. Uso oral.
Escolar	Laranja	*Citrus* sp.	Pátio	Não lembra	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar				Gripe		
Escolar	Anis	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Goiabeira	*Psidium cattleyanum*	Pátio	Para barriga	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Jurubeba	--	Não havia no local	Fígado e dor de estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Malva	--	Não havia no local	Dor de dente	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Abacate	*Persea americana*	Pátio	Baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Chuchu	*Sechium edule*	Pátio	Baixar pressão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Cidreira (da folha miudinha)	--	Não havia no local	Para acalmar	Folha	Chá. Uso oral.

Familiar Escolar	Pitangueira	*Eugenia uniflora*	Pátio	Para barriga e diarréia	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Babosa	*Aloe arborescens*	Pátio	Para gripe e cicatrização	Folha	Chá. Uso oral. Para cicatrização utiliza a "gosminha" de dentro da folha.
Familiar	Mercúrio (planta)	--	Não havia no local	Para ferida	Folha	Não especificado.
Familiar	Palminha	--	Não havia no local	Para estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Comigo-ninguém-pode	--	Não havia no local	Tóxica	Não especificado.	Não especificado.

Família 12

O escolar F.C.V.,14 reside em um bairro próximo ao bairro Balsa, entretanto um pouco mais distante dos outros participantes deste estudo. O bairro é denominado Navegantes.

A residência de fácil acesso foi localizada com facilidade pela pesquisadora. A familiar – mãe do escolar, P.R.C.V.,42 recepcionou a pesquisadora. Ela informou que iria acordar o escolar, e já retornaria. Enquanto a pesquisadora aguardava no portão, foi possível observar brevemente o pátio e a entrada da casa.

Havia outra casa na frente, no mesmo terreno, mas estava toda fechada. As casas são de alvenaria, com pintura azul desbotada. Essa casa da frente estava toda fechada, e havia mais ao fundo da casa um orifício na parede, que saíram dois cachorros.

Esse corredor que dava acesso à casa da família 12 é estreito, sem calçamento, e havia uma moto estacionada. Havia bastante lixo, como cascas de laranja, dentre outros objetos, espalhados no local. Estava embarrado, visto que choveu no dia anterior.

Alguns minutos depois P.R.C.V.,42 convidou a pesquisadora à entrar em sua casa. A pesquisadora sentou em uma única cadeira de plástico que havia no local, que era o primeiro cômodo da casa. Tratava-se de uma cozinha, bem pequena, com

tijoletas claras no chão, que estavam bastante embarradas. Havia uma pia, alguns armários, uma geladeira e um fogão. Não havia mesa.

O escolar ainda sonolento estava lavando o rosto, entretanto, foi receptivo com a pesquisadora. A irmã V.C.V,13, também acordou junto do irmão e estava no local, e depois se retirou. Enquanto iniciava a entrevista, o escolar preparava um café, na qual, bebeu em pé.

Foi possível perceber que a casa é bem pequena, e aparentemente havia três cômodos. O banheiro era fora deste espaço. Além de falta de higiene, o local aparentava umidade. Foi possível perceber a precariedade de recursos financeiros, tanto na parte interna, como na externa, da casa.

Após alguns minutos de entrevista, a pesquisadora percebeu que havia uma senhora sentada em uma cama, no cômodo ao lado, observando a conversa. Tratava-se da avó do escolar, mãe da P.R.C.V.,42. Em alguns momentos ela participava da conversa. Durante a entrevista, P.R.C.V.,42 fumava. Sua voz rouca e os dedos manchados de laranja, e a tosse frequente, caracterizaram o uso constante de cigarro.

O escolar e sua mãe permanecerem em pé, enquanto iam respondendo aos questionamentos. Ambos foram objetivos, sem prolongar muito cada tema, apesar da tentativa da pesquisadora de explorar mais casa pergunta.

No registro de plantas, havia no local apenas duas plantas secas e uma industrializada “de caixinha”, e nenhuma plantada. A lista de plantas referidas pela família 12 enconta-se no quadro 12. A seguir o genograma (Figura 28) e ecomapa (Figura 29) da família.

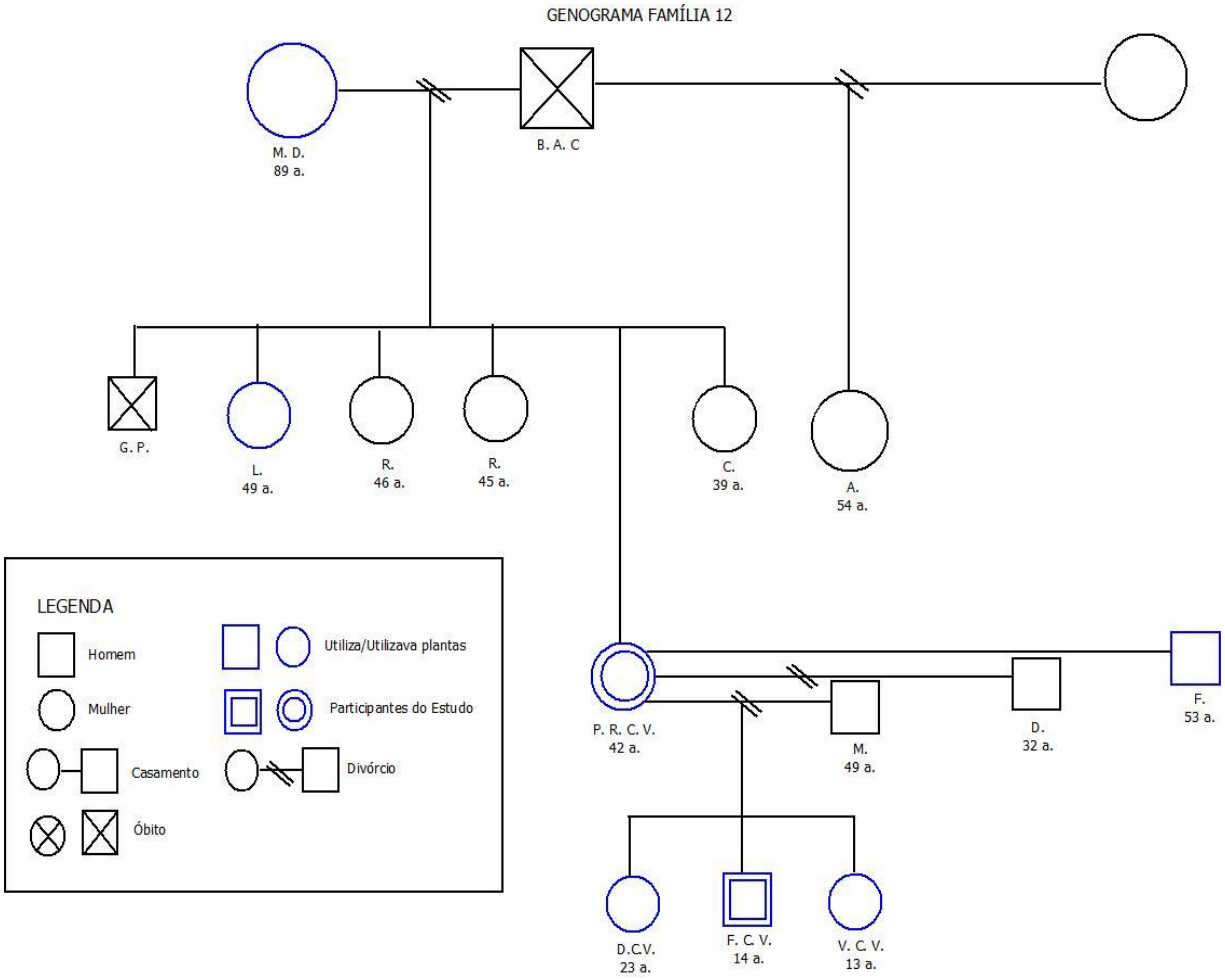

Figura 28 – Genograma da Família 12. Pelotas, RS, 2014.

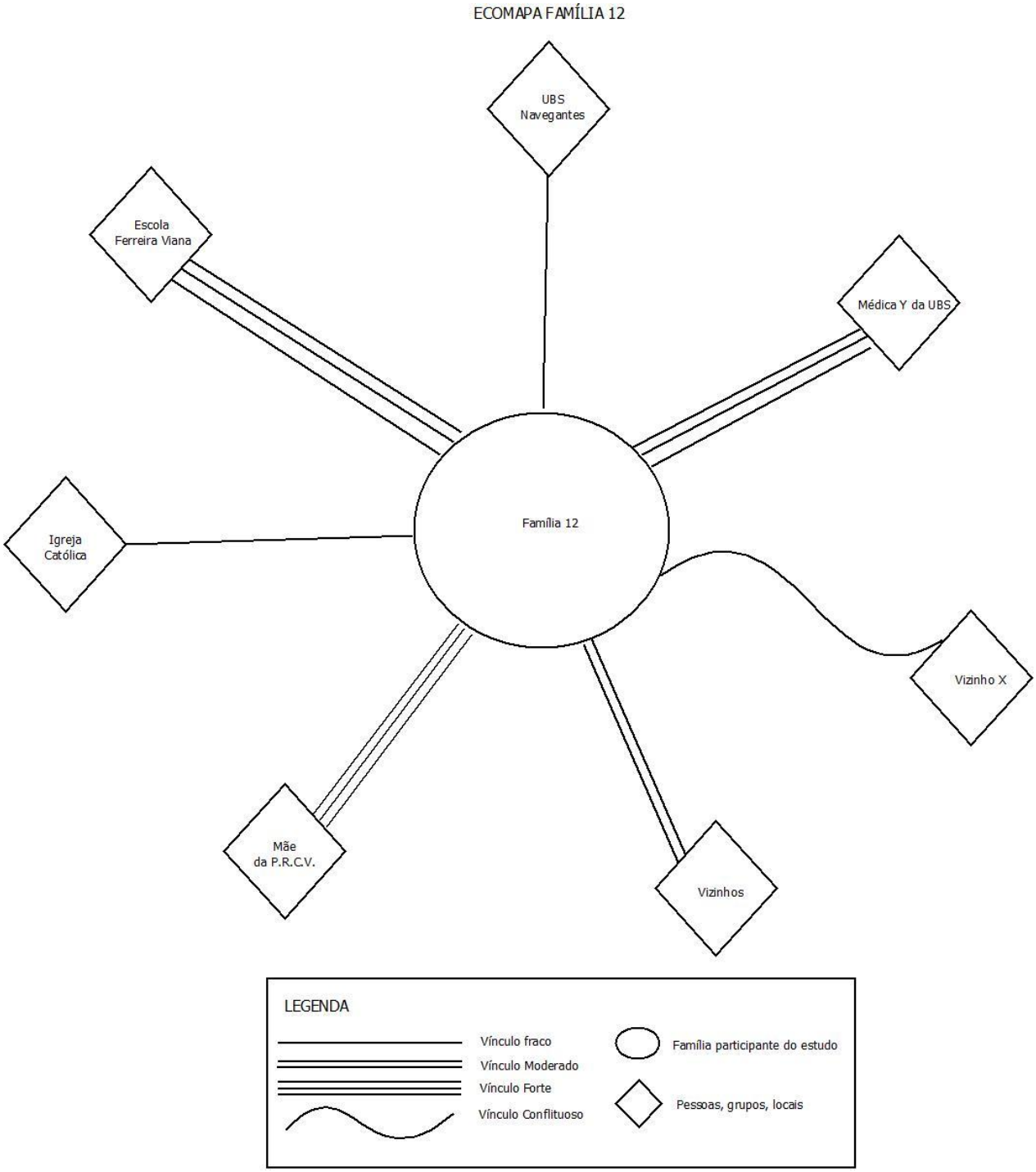

Figura 29 – Ecomapa da Família 12. Pelotas, RS, 2014.

Quadro 12 - Plantas medicinais utilizadas na autoatenção pela Família 12. Pelotas, RS, 2014.

Indicado por	Nome popular	Nomenclatura científica	Local de obetenção	Indicação	Parte utilizada	Modo de preparo
Escolar	Cidrão ou Cidreira	*Aloysia triphylla*	Planta Seca	Calmante	Folha	Chá. Uso oral.
Escolar	Marcela	*Achryrocline satureoides*	Planta Seca	Dor de barriga e estômago	Flor	Chá. Uso oral.
Escolar	Cavalinha	--	Não havia no local	Não especificado.	Não especificado.	Chá. Uso oral.
Escolar	Funcho	--	Não havia no local	Não especificado.	Não especificado.	Chá. Uso oral.
Familiar	Romã	--	Não havia no local	Dor de barriga	Casca	Chá. Uso oral.
Familiar	Anis	--	Não havia no local	Tirar o frio	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Limão	--	Não havia no local	Gripe	Fruta ou folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Alho	--	Não havia no local	Gripe	Bulbo	Coloca 2 ou 3 dentes de alho de molho em um copo de água, e deixa de um dia para outro, tampado. Bebe o líquido no dia seguinte.
Familiar	Guaco	--	Não havia no local	Gripe	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Bananinha do mato	--	Não havia no local	Gripe	Fruta	Pode fazer Xarope com bananinha do mato, guaco, alho e mel.

Familiar	Babosa	--	Não havia no local	Cicatrizante	Folha	Coloca a gosminha de dentro da folha no ferimento.
Familiar	Boldo	--	Não havia no local	Para estômago	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Casca de cebola	--	Não havia no local	Dor de barriga	Casca	Faz chá com a casca (vermelha) da cebola
Escola e Familiar	Alecrim	--	Não havia no local	Para comida (tempero) e abortiva	Não especificado.	Não especificado.
Familiar e Escolar	Arruda	--	Não havia no local	Abortivo	Não especificado.	Não especificado.
Familiar	Pata de vaca	--	Não havia no local	Não especificado	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Açoita cavalo	--	Não havia no local	Infecção no pulmão	Folha	Chá. Uso oral.
Familiar	Jambolão	--	Não havia no local	Baixar açucar	Não especificado.	Chá. Uso oral.
Familiar	Casca de maçã	--	Não havia no local	Tirar o frio	Casca	Chá da casca. Uso oral.
Familiar	Casca de laranja	--	Não havia no local	Tirar o frio	Casca	Chá da casca. Uso oral.
Escolar	Camomila	--	Não havia no local	Acalmar	Flor	Chá. Uso oral.

O processo de análise dos dados

O processo de análise dos dados ocorreu por meio da Proposta Operativa. Primeiramente a pesquisadora realizou a leitura e reletirua de todo material transcrito. Estes estavam organizados em um arquivo para cada família.

Após a leitura deste material diversas vezes, a pequisadora iniciou a leitura do material em busca de códigos, identificando-os em cada entrevista, de cada família, diferenciando apenas os códigos dos escolares e dos familiares. Depois de

estabelecer todos os códigos de todas as transcrições, elaborou-se uma tabela com vistas a agrupar os códigos semelhantes.

Foi realizada uma tabela para os códigos dos escolares e outra com os códigos dos familiares. Optou-se por não distinguir tabelas de famílias urbanas e rurais, com isso, ambas as tabelas incluem todos os participantes do estudo. Estas tabelas descreviam os códigos individuais, códigos agrupados por semelhança e por fim um código final para cada grupo de códigos semelhantes.

A pesquisadora teve facilidade maior para o agrupamento de códigos na tabela dos escolares, visto que estes respondiam de maneira objetiva os questionamentos. Com isso, foi possível identificar semelhanças e diferenças nos discursos deles com facilidade.

Os códigos finais oriundos da análise realizada foram os seguintes para os escolares: Origem do conhecimento do escolar sobre plantas medicinais e cuidados em saúde; e Ensino sobre saúde e plantas medicinais na escola: visão dos escolares.

Os códigos finais da análise realizada com os familiares foram diversas, como apresenta-se a seguir: Ações de autoatenção amplas; Ações restritas de autoatenção; Relacionamento com os serviços de saúde; Origem do conhecimento do familiar sobre plantas medicinais; Transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais: perspectiva e realidade; Compartilhamento de saberes e de plantas na comunidade; Referência de saberes sobre plantas medicinais na comunidade: ainda existe?; Crenças religiosas relacionadas ao uso de plantas medicinais; Plantas medicinais para crianças e adultos segundo os familiares: há diferenças referente ao preparo e plantas?; Intensidade do saber sobre plantas medicinais com o tempo; Plantas *versus* Medicamentos; Descendência urbana ou rural das famílias de escolares.

A maioria destes códigos serão explorados em momento posterior à defesa da dissertação por meio de artigos científicos. Além destes códigos, os genogramas, ecomapas e tabelas de plantas também serão utilizados para construção de artigos como resultados desta pesquisa.

Referências

ALBAGLI. S. **Território e territorialidade**. In: LAGES, V.; BRAGA, C.; MORELLI, G. (Orgs.) Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará / Brasília, DF : SEBRAE, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca. **Pelotas – Rio Grande do Sul**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riograndedosul/pelotas.pdf>. Acesso em: 09 out 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. **Pelotas** [internet]. Censo de 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431440>. Acesso em: 09 out 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demoagráfico 2010. **População rural de Pelotas**. 2011. Disponível em: <http://www.bancodedadoszonasul.com.br/htmlarea/midia/estudos_pesquisas/78901092011100834.pdf>. Acesso em: 09 out 2014.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo Escolar**. Censo Escolar 2013. 2013. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/basica-censo>. Acesso em: 23 out 2014.

KARPINSKI, L. F.; ADOMILLI, G. K. **Bairro da Balsa:** conflitos socioambientais e a criação do novo campus da Universidade Federal de Pelotas – RS. 2012. In: IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1183/844>. Acesso em: 09 out 2014.

MAGALHÃES M. O. **Monte Bonito** [internet]. Jornal Diário Popular. Pelotas. 2004. Disponível em: <http://srv-net.diariopopular.com.br/24_10_04/mario_osorio_magalhaes.html>. Acesso em: 09 out 2014.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. **Localização** [internet]. 2014a. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade/localizacao.php>. Acesso em: 09 out 2014.

PELOTAS. Prefeitura Municpal de Pelotas. Educação. **Lista de escolas municipais**. 2014b. Disponível em: <http://www.pelotas.com.br/educacao/centraldematriculas/menu/arquivos/escolas_Rede_Municipal.pdf>. Acesso em: 23 out 2014.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

SANTOS, R. C. **De charqueada a escola**: uma proposta de Educação Patrimonial para a Escola Ferreira Vianna. 67 f. 2007. Monografia (Especialização em Patrimônio Cultural Conservação de Artefatos). Programa de Pós-Graduação em Artes. Universiade Federal de Pelotas.

SANTOS, E. O.; KASPER, E.; KANTORSKI, L. P; CLEFF, M. B.; NUNES, C. K. **Programa vizinhança:** ações na comunidade. In: Menéndez, G. C. M.; Lucci, C. Urbani, M. (Org.). Integración, extensión, docencia e investigación para la inclusión y cohesión social. 1 ed. Santa Fé: Universidade Nacional del Litoral, 2011, v. 1., p. 253-254. Disponível em: <http://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa3/programa-vizinhanca-acoes-na.pdf>. Acesso em: 09 out 2014.

SILVA, K. M. **Patrimônio cultural, ruralidade e identidade territorial:** diversidade na Colônia de Pelotas – RS. 2009. 228f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Sociologia Política, Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/isp/ppgs/dissertacoes/2006/karen.pdf>. Acesso em: 09 out 2014.

UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. **A Universidade**. 2014. Disponível em: <http://prograu.ufpel.edu.br/index.php/br/ufpel_faurb>. Acesso em: 24 out 2014.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; MACHADO, R. A.; CHIAVAGATTI, F. G.; SANTOS, E. O.; ANTUNES, B.; PINTO, J. S.; RODRIGUES, C. G. S. S. A relação da

Universidade com a comunidade: ações de enfermagem no Programa Vizinhança. **Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS)**, v.1, n.1 , p.177-183, 2011.

9 Artigo com os principais resultados da pesquisa (em avaliação pela banca examinadora)

AÇÕES DE AUTOATENÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO FAMILIAR DE ESCOLARES URBANOS E RURAIS E AS PLANTAS MEDICINAIS[5]

Self-attention actions in health in the Family context of urban and rural scholars and herbal medicines

Acciones de autoatención en salud en el contexto familiar de escolares urbanos y rurales y las plantas medicinales

RESUMO

O estudo objetivou conhecer ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares, do meio urbano e rural e a sua relação com as plantas medicinais. Consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória que se fundamentou no referencial de autoatenção. Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada gravada no domicílio de escolares e seus familiares do meio urbano e rural. A análise seguiu a proposta operativa emergindo três categorias: ações de autoatenção amplas; ações de autoatenção restritas; a transmissão dos saberes de autoatenção para os escolares. A interlocução é constante entre o biomédico e o popular, no âmbito da autoatenção ampla e restrita, no urbano e rural. As maiores disparidades entre estes locais foram que o meio rural possui maior acesso às plantas medicinais, e apenas escolares do meio urbano referiram a escola como fonte de conhecimento sobre plantas medicinais.

DESCRITORES: Saúde da População Urbana. Saúde da População Rural. Enfermagem. Educação em Saúde. Cultura.

ABSTRACT

The study aimed to know actions of self-attention in health in the family context of scholars, from urban and rural areas, and their relationship with herbal medicines. It is a research with qualitative and exploratory approaching that is based on the self-attention referential. Data collection was carried out between January and July of 2014, throughout semistructure interview, recorded at scholars' home and their relatives in the urban and rural areas. The analysis followed the operative proposal, which from it emerged three categories: wide actions of self-attention; restrictive actions of self-attention; knowledge transmission of self-attention to scholars. The interlocution is constant between the biomedical and the common

---

[5] Artigo extraído da dissertação: Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares. Apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no ano de 2014. Esta pesquisa teve apoio e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo Projeto Novos Talentos e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo projeto "Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul". Após aprovado pela banca o presente artigo será encaminhado para publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem.

sense, within wide and restrictive self-attention, in the urban and rural. The major disparities between these places were that the rural environment has more access to herbal medicines, and only scholars from the urban area reported school as a source of knowledge about it.
DESCRIPTORS: Urban Health. Rural Health. Nursing. Health Education. Culture.

RESUMEN
El estudio objetivó conocer acciones de autoatención en salud en el contexto familiar de escolares, del medio urbano y rural y su relación con plantas medicinales. Consiste en una pesquisa de abordaje cualitativa exploratoria que se basó en el referencial de autoatención. Los datos fueron recolectados entre enero y julio de 2014, por medio de entrevista semiestructurada gravada en el domicilio de escolares y sus familiares del medio urbano y rural. El análisis siguió la propuesta operativa emergiendo tres categorías: acciones de autoatención amplias; acciones de autoatención restrictas; la transmisión de saberes de autotención para escolares. La interlocución es constante entre biomédico y el popular, en el ámbito de autoatención amplia y restricta, en el urbano y rural. Las mayores disparidades entre los locales fueron que el medio rural posee mayor acceso a plantas medicinales, y solamente escolares del medio urbano refirieran la escuela como fuente de conocimiento sobre ellas.
DESCRIPTORES: Salud Urbana. Salud Rural. Enfermería. Educación en Salud. Cultura.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro constitui-se como a maior política de inclusão social da história do país, na qual o Sistema Único de Sáude (SUS) tornou a saúde como direito de todos e dever do Estado.[1]

O SUS ainda está avançando no seu processo de implementação efetiva ao longo de seus 26 anos. Uma das grandes dificuldades está na realização da intersetorialidade na saúde, especialmente entre saúde e educação, para que ocorra uma troca constante, por exemplo, entre família e escola, profissional de saúde e professor. Por meio da intersetorialidade, será possível romper com a atual polaridade existente entre saúde e educação, através de uma troca dialógica.

Obstáculos nesta trajetória estão relacionados com a formação dos trabalhadores da saúde. Muitas instituições de ensino ainda não incoporaram na formação de seus profissionais práticas de cuidado coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, conforme a realidade vivenciada pela população.[2]

O modelo biomédico tem recebido a cada dia mais críticas e questionamentos quanto à incompletude de atingir saúde. Este, que tem foco na doença, não vê o usuário em sua totalidade e, além disso, não compreende a lógica que a população realiza em busca por saúde. Incluindo nesta perspectiva enfermeiros que também reproduzem em sua prática apenas o modelo biomédico.

No entanto, contemporaneamente, uma importante perspectiva de produzir uma crítica e aproximação com a realidade da população vem da antropologia. Tal área de saber auxilia na compreensão de que o modelo biomédico é um dos modelos de atenção à saúde existente, e não o único. Ao examinar especificidades de grupos sociais, torna-se possível a compreensão de diversas formas de atenção à saúde e doença.

Ao encontro disto, se compreende que a população transita por diversas formas de atenção, dentre elas do tipo biomédico, que faz parte do sistema oficinal de saúde; o tipo popular e tradicional, no qual estão incluídos os profissionais informais, como curandeiros, espiritualistas, dentre outros. Há também o tipo "nova era" (*new age* – tradução livre), que inclui novas religiões comunitárias baseadas na cura; o tipo derivadas de outras tradições médicas, como a acupuntura; e, ainda, o tipo centrado na autoajuda, como grupos de alcóolicos anônimos, dentre outros.[3]

Estas diversas possibilidades de trajetórias representam a necessidade de qualificar o que no sistema oficial é considerado como único, ou pelo menos dar voz e escuta para acolher novas perspectivas de atenção tão relevantes para a população quanto o modelo biomédico. Acredita-se que com essa perspectiva se compreenda atuais insatisfações e o progressivo aumento na utilização de formas de atenção populares e tradicionais, a exemplo da utilização de plantas medicinas, que representam grande importância para a manutenção das condições de saúde.[4,5]

Neste sentido, com vistas a compreender as diferentes práticas de cuidado, este estudo está ancorado no referencial da autoatenção. Essa perspectiva refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, facilitar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade. A autoatenção envolve decidir de maneira autônoma, ou relativamente autônoma, a forma de agir das pessoas em busca pela saúde.[3]

A autoatenção pode ser dividida em dois níveis, o amplo e o restrito. O amplo seria as ações estabelecidas pela cultura da pessoa e do grupo, especialmente o grupo doméstico. Nessa perspectiva incluem-se cuidados e prevenção de doenças, como também atividades de preparação e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, coleta e uso de água, dentre outros. Já a restrita refere-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado.[5]

Com isso, percebe-se que a família é parte importante dos diferentes tipos de sistemas de saúde, visto que é geralmente neste grupo que o conhecimento popular é repassado por

meio das gerações [6] e, além disso, a família com frequência é quem participa dos cuidados em saúde. Desta forma, entende-se que família é um grupo de pessoas que proporciona o aprendizado dos primeiros conhecimentos de cuidados à saúde.[7]

Além da família, outro ambiente torna-se especialmente favorável para a formação de cidadãos apropriados sobre as diversas possibilidades em busca pela saúde – a escola. Este local é uma possibilidade de formar uma futura população de adultos menos dominados e dependentes, conscientes de suas possibilidades e autônomos.[8]

Levando em consideração estes aspectos, família e escola podem ser consideradas duas instituições fundamentais para reforçar a autoatenção em saúde. Se tem conhecimento de que a escola prioriza atividades educativas formais, em que espera-se que o currículo, e também atividades extracuriculares, envolvam todas as experiências realizadas neste contexto, considerando aspectos culturais, cognitivos, afetivos e sociais. Já os saberes oriundos da vivência familiar, geralmente de maneira informal, podem ser empregados como mediadores do saber repassado na escola.[9]

Neste contexto, é importante conhecer as práticas de autoatenção em saúde na atualidade, tanto no contexto da família, como do escolar, visto que ambos são igualmente importantes, apesar de muitas vezes a visão da criança e do adolescente ser marginalizada.[10]

Além disso, frente a tantas mudanças no contexto urbano e rural,[11] torna-se relevante conhecer as ações de autoatenção da família e do escolar em ambos locais. Dessa maneira, os profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro, podem, a partir do conhecimento das ações de autoatenção em saúde no meio urbano e rural, ampliar seu olhar e, com isso, prestar uma assistência na perspectiva integral, que leva em consideração e conhece a realidade da população.

Nessa perspectiva, o objetivo da pesquisa é conhecer ações de autoatenção em saúde no contexto familiar de escolares do meio urbano e rural, e a sua relação com as plantas medicinais.

METODOLOGIA

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório, vinculado à pesquisa "*Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul*" desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Embrapa Clima Temperado, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

O estudo foi realizado no domicílio dos participantes, na área urbana e rural da cidade de Pelotas (RS), próximo a duas escolas, sendo uma no 9º Distrito, Monte Bonito, e a outra no bairro Balsa, região do Porto.

Os participantes do estudo foram 12 escolares que estão cursando a 5ª, 6ª e 7ª série, e 6° ano e suas respectivas famílias ou familiares. Os familiares foram identificados por nomes fictícios de plantas medicinais, seguida da idade, do código F ou M que correspondem a feminino ou masculino, respectivamente, e da localidade – urbano ou rural. Já os escolares foram identificados pelo mesmo nome fictício do seu familiar, acompanhado da palavra "escolar", assim como a idade, do código F ou M que correspondem a feminino ou masculino, respectivamente, e da localidade – urbano ou rural.

Para selecioná-los, foi utilizado os seguintes critérios para os escolares: pertencer às turmas pré-estabelecidas (5ª série, 6ª série, 7ª série e 6° ano); ter respondido ao instrumento pertencente à pesquisa que o presente projeto faz parte; afirmar neste questionário que utiliza plantas medicinais; e ter fornecido telefone. Já para a família, os critérios foram: residir em local de fácil acesso terrestre e próximo à escola; saber se comunicar em língua portuguesa, e concordar com a participação do estudo.

Para a coleta de dados foi consultado o banco de dados do Projeto "*Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares de um município do Rio Grande do Sul*" específico à resposta da questão "Você utiliza plantas medicinais?". Entrou-se em contato com todas as famílias de escolares que responderam positivamente a esta questão. Foram realizadas até três tentativas de contato telefônico.

A partir disso, foi feito contato telefônico com a família do escolar explicando o motivo do contato e se havia interesse na participação da pesquisa. Após o aceite, foi agendado uma visita ao domicílio, em turno inverso ao da criança/adolescente na escola, para que esta estivesse presente durante a entrevista. Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2014. Foi utilizado como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestrututrada com a família e com o escolar.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob número de protocolo 020/2011. Foram respeitados nesta pesquisa o Capítulo III da Resolução COFEN 311/2007, do Código de Ética dos profissionais da Enfermagem que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica,[12] assim como a Resolução 196/96 e a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.[13,14]

As informações foram analisadas seguindo a proposta operativa de Minayo,[15] da qual emergiram três categorias principais: Ações de autoatenção amplas; Ações de autoatenção restritas; e A transmissão dos saberes de autoatenção para os escolares, os quais serão apresentados a seguir, precedidos da caracterização dos participantes do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes: Escolares e Familiares

Foram abordados 12 escolares e seus respectivos familiares, sendo seis da área urbana e seis da área rural. A escolha por estes dois diferentes contextos se deu para que fosse possível conhecer as diferenças e aproximações quanto à autoatenção em saúde entre ambos locais. Considera-se relevante destacar que todos os familiares participantes do meio urbano nunca residiram no meio rural, e os participantes do meio rural, apesar de todos serem de origem rural, metade (três) já residiram no meio urbano por um período de suas vidas.

A faixa etária dos escolares oscilou entre 11 e 15 anos, os quais estavam cursando a 5ª, 6ª e 7ª série e 6° ano em escolas municipais. Esta faixa etária é interessante para a investigação de questões que envolvem a cultura, visto que estes estão em uma fase da vida em que passam a carregar além de valores da família e da escola, os seus próprios valores, que estão em construção.

Quanto aos familiares, seis são mães dos escolares, três avós, dois pais e um padrasto. Ressalta-se que estes familiares foram os que tiveram disponibilidade de receber a pesquisadora no domicílio. Desta maneira, observa-se que dos doze familiares, nove são mulheres, reafirmando que geralmente a mulher tem mais envolvimento com questões de saúde da família.[16] A faixa etária destes oscilou entre 31 e 62 anos, na qual, dentre estes, sete possuem ensino fundamental incompleto, dois ensino fundamental completo, um ensino médio completo, e um ensino superior incompleto, demonstrando baixo nível de escolaridade, independente do local a qual estão inseridos.

Ações de autoatenção amplas

O objetivo de pesquisar a autoatenção de determinado grupo de pessoas é identificar quais as ações que estas realizam para obter uma melhor qualidade de vida, em busca pela saúde. Para isso, é necessário ter a compreensão de que qualidade de vida e saúde é relativa, e que cada pessoa tem sua própria concepção.

Aspectos sociais, culturais e enconômicos têm influência direta na tomada de decisão em relação ao processo saúde-doença da população, assim como o caminho a ser percorrido

para se alcançar uma melhor qualidade de vida.[17] Nesse sentido, os participantes deste estudo, apesar de suas particularidades urbanas e rurais, demonstraram realizar ações amplas de autoatenção em seu sistema de cuidado familiar.

Algumas destas ações amplas de autoatenção estão relacionadas a cuidados familiares, como por exemplo, a higienização do ambiente, como podemos observar nos seguintes discursos:

> *É mais com a prevenção mesmo. Cuidados com a casa, não deixar a casa muito fechada, abrir, pegar sol, botar essas coisas na rua pra pegar sol [...] não deixar muito fechada, quando tiver bom assim de sol gosto de pôr as coisas na rua pra pegar sol* (Transagem, 42, F, rural).

> *Em primeiro lugar ter a casa bem arejada né, não manter a casa muito fechada, não ter a casa fechada com várias pessoas, que isso aí complica um pouco né* (Insulina, 54, F, urbano).

Sabe-se que cuidados com a casa, como manter a casa arejada e com acesso à luz solar, caracterizam atividades eficazes em diversas perspectivas. Estas ações podem revelar múltiplos sentidos para os participantes, como por exemplo, a esterilização do ambiente e dos objetos, a energização do espaço, a circulação do ar, o equilíbrio, dentre outros. Já em uma perspectiva biológica, estas ações podem ocasionar o aumento da umidade no interior da casa, o que pode ser prejudicial, pois a umidade pode ocasionar diversas doenças, em especial relacionadas ao sistema respiratório. Isso se agrava em locais com a umidade relativa do ar elevada, a exemplo do município em que este estudo foi realizado – Pelotas/RS, em que a média anual é cerca de 80% de umidade relativa do ar.[18]

Além de cuidados com a casa, os participantes referiram ações de autoatenção relacionadas ao equilíbrio orgânico e biológico:

> *Uma boa alimentação, balanceada né, coisas naturais. Nós temos* [plantado], *temos a horta, frutas* (Marcela, 62, M, rural).

> *Não pegar muito frio, não andar na chuva. Se cuidar né. A pessoa podendo se cuidar é melhor ainda, aí não adoece* (Hortelã, 51, F, rural).

> *Não andar de pé descalço, não andar na chuva* (Anis, 42, F, urbano).

> *Ter saúde é higiene pessoal principalmente, é cuidar dos dentes e tal. Alimentação a gente cuida bastante aqui em casa porque eu sei que faz mal né, eu trabalho na parte de nutrição* (Boldo, 38, F, urbano).

> *Outra coisa é comida quente, ela gosta muito de comida quente, e eu tô sempre todas as refeições eu digo* [nome da escolar] *não come comida quente, isso faz mal* (Funcho, 55, F, rural).

Estes discursos nos remetem à reflexão de que a lógica antropológica do quente/frio ainda se faz presente nas sociedades atuais, urbanas e rurais. Esta lógica relaciona as necessidades de saúde ou doença ao desequilibrio biológico e/ou social. Além disso, ela compreende que há um processo terapêutico diferenciado para as diferentes necessidades, na qual doenças quentes, por exemplo, devem ser tratadas com plantas medicinais ou alimentos frios.[19,20,21]

Apesar do reconhecimento dessas ações importantes para a manutenção da saúde, como a alimentação, há diversas peculiaridades que envolvem a não realização daquilo que se acredita ser o melhor. Observa-se nesta população, tanto urbana como rural, que a quantidade é em alguns casos mais prezada do que a qualidade, sendo a qualidade na perspectiva de priorizar alimentos ricos em nutrientes. Entretanto, a vulnerabilidade em diversos fatores, especialmente econômico, interfere diretamente na realização destas ações.

> *Alimentação quando dá, a gente melhora, mas quando não dá é o arroz e feijão. Até porque as verduras tão mais cara que o arroz e feijão, ou tu come arroz e feijão ou tu come a carne, ou tu come a verdura.* (Transagem, 42, F, rural).
>
> *Antigamente a gente comia muito mais verdura porque era bem, bem mais barato comer verdura, mas infelizmente às vezes, se tá caro, eu acabo deixando de comprar* (Boldo, 38, F, urbano).
>
> *De alimentação, a gente é pobre, é o que tem, é o que tem, não tem que escolher* (Camomila, 47. M, urbano).

Este discurso nos faz pensar sobre as condições que a população enfrenta para efetivamente ter a saúde. Neste sentido, é importante realizar uma reflexão no sentido de que na atualidade preocupa-se muito com o acesso aos serviços de saúde e atenção de qualidade – indiscutivelmente importantes, por outro lado, é preciso pensar na base das diferentes camadas sociais, quanto ao mínimo necessário para produzir saúde, a exemplo da alimentação.

Além disso, destaca-se que essa é uma realidade inclusive do meio rural, visto que muitas pessoas não têm plantio e cultivo de alimentos e também não tem fácil acesso na comunidade à produção local, como se observa no seguinte relato:

> *E a gente aqui na volta não tem muita gente que planta e o que planta entrega direto na cidade. Então, quando a gente consegue comprar aqui mesmo...até...a gente consegue comprar aqui mesmo ainda é mais barato, mas se tiver que buscar na cidade não tem condições. Não* [tem plantio] *porque o nosso terreno aqui [...] já tentei, é muito abaixado, a água leva toda a terra boa embora, e ficou só a terra ruim mesmo, só tem árvore de fruta essas coisas assim ainda tem, mas plantar uma horta é muito difícil* (Transagem, 42, F, rural).

Esta situação demonstra que apesar da participante residir no meio rural, ocorre um distanciamento de saberes sobre condições do solo, cultivo, e manejo de plantas e produção de alimentos, sendo a falta de conhecimento, neste caso, um empecilho para diversificar a alimentação e qualificar as condições de vida.

Outra perspectiva importante é da não realização da atividade física:

> *Não a gente não, eu não tenho tempo né* [de realizar atividade física] (Funcho, 55, F, rural).
>
> *Eu sei que eu tenho até que fazer uma caminhada [...] mas eu é por falta de tempo mesmo né, não é que eu não goste, eu até acho que faz muita falta né* (Boldo, 38, F, urbano).

Observa-se com os discursos expostos, ações de autoatenção amplas, advindas do saber empírico, sem a intervenção direta dos profissionais de saúde, realizadas no âmbito doméstico. No entanto, há também ações amplas de autoatenção influenciadas pelo modelo biomédico, que envolvem de uma maneira geral, ações de prevenção.

> *Ela* [esposa] *tem que fazer acompanhamento né, e questão de pré-câncer, essas coisas assim. Eu tenho feito uns exames de rotina* (Marcela, 62, M, rural).
>
> *A gente vai nos postos de saúde, agora mesmo fiz o pré-câncer. Agora falta o de mama, tem que fazer* (Capim-cidrão, 52, F, urbano).
>
> *Eu faço a vacina da gripe e o meu filho que tem bronquite também faz* (Transagem, 42, F, rural).

Um estudo que investigou a percepção de mães sobre cuidados à saúde da criança, em Santa Catarina/Brasil, também levando em consideração a autoatenção, concluiu que elas – mães - mantêm cuidados de autoatenção da saúde de seus filhos advindos do saber popular, mas estão sendo cada vez mais influenciadas pelo saber e práticas da biomedicina.[22]

Já para o presente estudo, pelo menos ao que se refere à autoatenção ampla, podemos observar que tanto no meio urbano, como no rural, as ações ainda são mais voltadas ao saber popular, do que ao biomédico. As práticas relatadas fizeram maior referência as ações populares do que as relacionadas à biomedicina, apesar desta última se fazer presente. Já no que se refere à autoatenção restrita, a realidade pode ser outra.

É necessário aceitar e reconhecer que existem diversas formas de atenção que podem variar do modelo biomédico a saberes populares. No entanto, quando se pensa nessas ações em busca pela saúde - em especial por parte dos profissionais da saúde, geralmente utiliza-se a concepção de antagonismo entre elas, em vez de ligações transacionais entre as diferentes formas de atenção. Já nos grupos sociais, isso ocorre de maneira natural, em que estes incorporam diferentes formas de cuidado, sem antagonizá-las, nem negar a função dos outros,

visto que estes transitam por todas as formas, muitas vezes as utilizam de maneira concomitante.[5]

De uma maneira geral, as diferentes formas de atenção, incluindo a biomedicina, se preocupam com a saúde, entretanto, muitas formas de atenção mantêm o foco basicamente a respeito das doenças e não sobre a promoção da saúde. No entanto, não se deve ignorar que inclusive nas sociedades capitalistas, que possuem certo alto grau de desenvolvimento, é crescente a população que realiza diferentes ações alternativas em busca de melhorar e/ou promover a saúde.[5]

Exemplo disso é a utilização de plantas medicinais, como podemos observar nos seguintes discursos:

> *Toma chá, a gente se cuida* (Palminha, 31, F, rural).
>
> *A primeira coisa é chá* (Funcho, 55, F, rural).
>
> *A gente tenta com o que tem em casa, vamos supor, tem chá a gente dá chá, no caso tem marcela, às vezes dá dor de barriga a gente dá uma marcela* (Anis, 42, F, urbano).
>
> *Olha, eu gosto de fazer chá, dar chá pra eles né [...] eu gosto é de dar mais é chá. Eu não gosto de tomar remédio, pra eu tomar um remédio é no último caso, então eu procuro dar chá pra eles* (Camomila, 47. M, urbano).

Vários são os fatores que podem influenciar o uso dessas terapias, a exemplo das plantas medicinais, como o fácil acesso, baixo custo, credibilidade na sua eficácia, dentre outros. Além da comprovação da ação terapêutica de muitas plantas utilizadas popularmente, elas representam parte importante da cultura da população, sendo difundida ao longo das gerações.[4]

As práticas populares representam uma maneira importante de lidar com o processo de saúde e doença. Com frequência, as pessoas decidem o tipo de cuidado que irão realizar, com base nos referenciais compartilhados por sujeitos que convivem e interagem, utilizando desta maneira diferentes tipos de ações para ter ou manter sua saúde, influenciados por valores culturais.[23]

A saúde dos indivíduos possui forte ligação com crenças, valores, relações, deveres e direitos do sistema familiar, visto que fatores culturais e sociais influenciam a forma como os individuos e suas famílias vivenciam a saúde e as necessidades de atenção, e isso determina a forma como as famílias cuidam de seus membros.[24]

No entanto, faz-se cada vez mais necessário atentar para fatores que envolvem a utilização de plantas medicinais. Apesar do uso de “chás” - como os participantes referem -

ser algo realizado habitualmente no âmbito doméstico, geralmente sem a participação dos profissionais da saúde, é essencial que estes conheçam os diversos fatores que envolvem o uso de plantas medicinais, como, por exemplo, os efeitos benéficos da planta, os possíveis efeitos tóxicos, a correta colheita, o preparo adequado, dentre outros. Além disso, o fato de não haver plantas em casa e comprá-las envolve outros riscos, como a contaminação e adulteração das plantas medicinais.

Pode-se observar nos dircursos dos participantes, que apesar da crença de que as plantas medicinais são de fácil acesso a toda população, essa não é a realidade de todos:

> *Não* [compra], *a gente tem no mato ai a vontade* (Transagem, 42, F, rural).
>
> *A gente sai aí no mato e acha bastante* (Palminha, 31, F, rural).
>
> *Falei* [para o filho] *compra aqueles de caixinha, mas o melhor mesmo é o natural* (Capim-cidrão, 52, F, urbano).
>
> *Não, não tenho* [plantas medicinais plantadas], *porque não tem espaço aqui. É geralmente de caixinha, de caixinha até tem, uns dois ou três de caixinha* (Camomila, 47, M, urbano)
>
> *Compro da caixinha. Compro também em ervateiro* (Citronela, 59, F, urbano)

Pode-se observar uma forte relação, no que se refere ao acesso às plantas medicinais, com o local onde reside o participante. Por meio dos discursos expostos acima, percebe-se que no meio rural ainda há um acesso maior às plantas medicinais, comparado ao meio urbano.

Outra disparidade nos discursos se refere ao cuidado com o local de colheira da planta, em que há cuidados corretos:

> *Eu tenho um lugar meio isolado onde não passa cachorro, entende, porque ela dá em qualquer lugar assim, mas beira de estrada é ruim porque pega pó. Por exemplo, a marcela mesmo, o pessoal colhe na beira das estradas, mas não é bom, porque ele pega o carbono da descarga dos caminhões, dos carros, entende, então a gente procura sempre colher de um lugar, um campo, isolado* (Marcela, 62, M, rural).
>
> *A gente compra. Plantar aqui não porque tem cachorro, muito cachorro na zona, então não dá pra fazer uma hortinha* (Citronela, 59, F, urbano).

Assim como há cuidados incorretos:

> *É que hoje em dia as pessoas dizem assim, ah essa planta aqui não dá pra fazer chá [...] porque ta contaminado. Eu não acredito nisso. E digo, olha se eu tiver que colher um chá da valeta e fazer um chá eu faço e tomo e acredito que vai me fazer bem. Eu penso dessa forma né* (Funcho, 55, F, rural).
>
> *Dá também nas valetas. Ai pega aquela ervinha, faz o chá* (Carqueja, 47, M, rural).

Percebe-se, no entanto, que quanto a este aspecto, não é possível fazer relações com o local – urbano ou rural - visto que em ambos há relatos de cuidados corretos e incorretos quanto à colheita de plantas medicinais.

Sabe-se que diversos fatores interferem no efeito de uma planta medicinal. Na maioria das vezes, o conhecimento popular é repassado, sem levar em consideração que o princípio ativo da planta varia em função, por exemplo, da biodiversidade, código genético, condições climáticas, mudanças sazonais, luminosidade, lençol freático e condições do solo.[25] Tal fato, por causar mudança em algumas propriedades da planta, altera também o efeito no organismo.

Com isso, fatores como os citados pelos participantes, alteram sim o efeito das plantas, e essa é uma informação que poderia ter sido repassada a eles por profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos quais eles pertencem – visto que todos os participantes desta pesquisa residem próximos a pelo menos uma UBS.

Neste âmbito, destaca-se que não somente relacionado ao uso de plantas medicinais, mas quanto às ações de autoatenção amplas, os profissionais da saúde foram pouco citados, reafirmando que a autoatenção se refere às ações realizadas para ter ou manter a saúde, de maneira autônoma ou relativamente autônoma.[5]

Além dos discursos expostos, que demonstraram as ações de autoatenção amplas, tanto relacionadas ao cuidado com a casa, com o corpo, ao modelo biomédico e a formas de atenção popular e tradicional, como o uso de plantas medicinais, teve ainda uma participante que se destacou por seu relato, em que refere não realizar atividades para ter ou manter a saúde:

> *Eu, precariamente nada, porque eu fumo que é uma louca. É verdade, fumo de mais, uma carteira por dia de cigarro, quer dizer, não faço nada pra manter a saúde, de bom [...] Se faz as refeições, só que durante a noite, a gente come toda a noite, e de dia a gente dorme, e aí a gente levanta tarde pra começar a comer de novo. A gente só vive pra comer e dormir [...] Eu faço pra não manter a saúde, fumar, tomar chimarrão, [...] viciada no chimarrão e no cigarro, é pra não manter* (Citronela, 59, F, urbano).

Entretanto, essa participante, demonstrou por meio de seu discurso, utilizar plantas medicinais com frequência e ter cuidados adequados com as mesmas, como por exemplo, não ter plantio em casa por ter cachorro no local, não utilizar plantas que é sabido ser tóxica quando ingerida por via oral. Além disso, tem cuidados com a alimentação, como não ingerir sal e açúcar em excesso, nem carne com gordura, apesar de não reconhecido por ela como uma ação para ter ou manter a saúde, como observa-se no seguinte discurso:

> *Eu nem gosto, de sal e nem muito açúcar. Sal nem muito açúcar* [...] *não gosto, gordura também, não se come carne gorda nem nada, eu gosto muito de frango, de peixe* (Citronela, 59, F, urbano).

Destaca-se, com este relato, a importância do profissional da saúde investigar e valorizar as ações de autoatenção realizadas no âmbito familiar, por menor que possam parecer para o individuo, incentivando-as para que sejam mantidas, visto que representam parte da cultura. Já quanto às ações realizadas que podem ser prejudiciais à saúde, cabe ao profissional dialogar e orientar, sem impor seu conhecimento.

Conhecer e valorizar ações de autoatenção pode ser uma maneira de ir além do modelo biomédico, é deixar de ver somente a doença, o doente, e passar a ter um olhar que valoriza a cultura e as práticas em busca pela saúde realizada pela população.

Ações de autoatenção restritas

As ações de autoatenção restritas referem-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado.[5] Neste sentido, os participantes foram questionados sobre suas ações em situações de doença ou necessidades de saúde. Diferentes atividades foram referidas, dentre elas as relacionadas às ações domésticas, ao modelo biomédico, e também ao uso de plantas medicinais.

Dentre as atividades domésticas, os discursos a seguir exemplificam algumas ações:

> *Se eu vejo que a criança não tá bem, que tem alguma coisa diferente ai eu pego e coloco o termômetro e se tá com febre é sinal que alguma coisa não tá bem* [...] *dou uma controlada. Até trinta e sete não é febre* [...] *se deu trinta e oito eu dou umas gotinhas de paracetamol conforme o peso deles. Se a febre estiver muito alta e eu não conseguir fazer baixar com um chá ou remédio* [...] *no outro dia de manhã vamos pro posto* (Carqueja, 47, M, rural).

> *Se não melhorar com chá caseiro ai sim, vai no médico* (Hortelã, 51, F, rural).

> *Ah eu procuro o primeiro recurso em chá. Quando eu vejo que é pra médico eu levo. Dou, comprimido anti-febre, dou um paracetamol, uma gotinha de dipirona, aí eu vou indo* [...] *sempre todos meus filhos, eu inicio o tratamento, aí depois eu levo no médico* (Insulina, 54, F, urbano).

> *Primeiro a gente procura resolver a situação em casa, tomando remédio, chá, essas coisas assim. No último caso que* [...] *a gente recorre à medicina* (Camomila, 47, M. urabano).

Apesar dessas ações possuirem algumas vezes reflexo da biomedicina, elas demonstram a autonomia da população no cuidado à saúde e à doença. Entretanto, as relacionadas ao modelo biomédico, foram muito presente nos discursos, em especial a figura do médico, como observa-se a seguir:

> *Já tá doente, vai no médico* (Palminha, 31, F, rural).

> *Primeira coisa é ir no médico* (Boldo, 38, F, urbano).

> *Procuro um médico* (Citronela, 59, F, urbano).
>
> *Sim é, ai tem que ir no médico* (Funcho, 55, F, rural).
>
> *O posto, é mais próximo* (Capim-cidrão, 52, F, urbano).

Considerando-se essa forte relação com o modelo biomédico que, entretanto, não é uma exclusividade da população estudada, percebe-se a ocorrência de um diálogo constante entre as diferentes práticas de saúde, construindo um espaço de intermedicalidade por meio das escolhas dos atores sociais.[26] Esta constatação se dá visto que formas de atenção do tipo popular e tradicional, em especial o uso de plantas medicinais, fazem parte das ações de autoatenção amplas e restritas da população estudada.

Percebe-se a inquestionável importância que o modelo biomédico tem no cuidado à saúde e à doença, por suas tecnologias e instrumentos que vão, algumas vezes, além da capacidade de algumas práticas populares. Entretanto, destacamos que o conhecimento científico que permitiu o desenvolvimento de alguns procedimentos de cura de doenças baseou-se de forma incontestável nos conhecimentos populares.[27] Por todos esses aspectos, torna-se essencial a valorização dos conhecimentos populares e a integração dos mesmos dentro das formas de atenção existentes.

Neste sentido, alguns participantes referem ter preferência pelo uso de plantas medicinais a utilizar medicamentos alopáticos, referindo ainda que o uso de plantas medicinais é a primeira opção frente a uma necessidade de saúde ou doença.

> *Vai lá e faz um chazinho e toma que é melhor que toma o remédio. Remédio arruma uma coisa e estraga outra* (Transagem, 42, F, rural).
>
> *Porque mil vezes usar chá do que usar uma medicação* (Boldo, 38, F, urbano).
>
> *Geralmente as ervas medicinais, chá mesmo, eu gosto muito. Prefiro chá do que remédio* (Insulina, 54, F, urbano).
>
> *Eu uso muito mais chá do que remédio* (Citronela, 54, F, urbano).
>
> *Eu não gosto de tomar remédio, pra eu tomar um remédio é no último caso, então eu procuro dar chá pra eles* [familiares] (Camomila, 47, M, urbano).
>
> *A gente apela primeiro para os chás* (Marcela, 62, M, rural).
>
> *Sempre o chá caseiro primeiro. Se não adiantar ai vai ao médico* (Hortelã, 51, F, rural).
>
> *Primeiro é o chá pra depois o médico, eu sou assim* (Insulina, 54, F, urbano).

No contexto da autoatenção restrita, a utilização das plantas medicinais ocorre frente a uma necessidade de saúde, em especial aquelas que os participantes referem como “casos

leves", como resfriados, dor no estômago, dentre outras, em que o foco é o alívio de sintomas. Com isso, esta pode ser uma maneira de "medicalizar" as plantas medicinais, na qual, ocorre apenas a troca de um tipo de "remédio" por outro mais natural.

> *Se é em caso de gripe a gente já tem uma seleção de algumas, quando é uma dor no estômago já vai pra outras* (Carqueja, 47, M, rural).
>
> *É, às vezes se é um resfriado* [...] *dor de garganta, aí a gente usa muito, mais coisas assim naturais, aí eu compro a barita, que é um homeopático. Já uma coisa mais, já tá mais avançado, uma infecção, às vezes o chá não chega a atacar* (Boldo, 38, F, urbano).
>
> *É uma coisa alternativa, pra tirar dorzinha de cabeça, gripe, resfriado, essas coisas* (Citronela, 59, F, urbano).

Dependendo do ponto de vista este pode ser um fator positivo ou negativo na autoatenção em saúde. Negativo, pois, como referido anteriormente, esta pode ser uma maneira de biomedicalizar o uso das plantas medicinais, utilizando-as somente em caso de doença, como uma simples troca de uso de um medicamento industrializado por um natural.

Especialmente nas sociedades capitalistas de mais alto desenvolvimento, o índice populacional que faz uso de diferentes tipos de ações tem aumentado, com o objetivo de melhorar e promover sua saúde, embora com frequência seja por meio de uma noção extremamente medicalizada.[5]

O ponto de vista positivo é no sentido de que a população busca alternativas para se distanciar da "comercialização da saúde", encontrando uma alternativa para superar suas necessidades.

Apesar da referência ao uso de plantas medicinais por grande parte dos participantes, estes reconhecem que atualmente o fácil acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos alopáticos influencia essa forte relação com o modelo biomédico, tanto no meio urbano como no rural.

> *Porque é mais fácil tomar um remédio do que fazer um chá, né? É o povo acha mais fácil* (Funcho, 55, F, rural).
>
> *Claro é mais prático, abre ali e toma um comprimido e deu* (Boldo, 38, F, urbano).
>
> *Hoje em dia* [...] *o pessoal usa mais medicação, porque é medicação que ganham nos posto de saúde* [...] *é gratuito. Antigamente não tinha essa facilidade que tem hoje né, então* [...] *por isso que o pessoal de antigamente usava mais chá* (Camomila, 47, M, urbano).

Outra constatação dos participantes é quanto ao distanciamento existente entre o modelo biomédico, especialmente os médicos, e o uso das plantas medicinais, como observa-se nos discursos a seguir:

> *Porque tu sabe que médico gosta de receitar, não adianta, médico é a base de remédio né, eles não acreditam em chá* (Boldo, 38, F, urbano).
>
> *Porque os médicos não gostam* [de chá] (Capim-cidrão, 52, F, urbano).

Pela sua concepção ideológica-técnica, a biomedicina não parece preocupada com o papel das terapias populares nos processos de integração cultural, pelo menos no processo de saúde, doença e atenção. Seu interesse, quando existe, se reduz à utilização das técnicas e/ou técnicos populares como recurso subordinado do setor da saúde.[28]

Exemplo disso é a homeopatia, que a designaram de "udenopatia" (Oudenopathie) – Ouden, do grego, "nada", no sentido que não fazia efeito algum, e que se aceitava a utilização apenas por exercer resultado contra o uso abusivo de medicamentos alopáticos.[29]

Quando a medicina volta seu olhar para as práticas populares, geralmente é no sentido de interesse de apropriação. A biomedicina tem se expandido continuamente sobre as práticas populares, de uma maneira que estas sejam subalternas, apropriando-se dessas formas de atenção, incluindo-as na sua racionalidade técnica e ideológica. Um exemplo disso é o caso da apropriação da acupuntura.[28]

Estas constatações reforçam ainda mais a necessidade de conhecer as diferentes práticas realizadas no sistema de cuidado familiar. Essa não é uma necessidade atual, uma vez que desde os anos 50 diferentes tendências da psicologia, sociologia, antropologia, e até mesmo a biomedicina, apontam a importância da relação profissional e usuário para o diagnóstico e tratamento, com a necessidade de torná-la mais simétrica, incluindo a palavra do paciente e suas referências culturais, uma vez que isso, erroneamente, tende a ser excluído.[5]

Dado o exposto, incorporando um olhar antropológico, deve-se deixar de ver somente o corpo das ciências médicas e passar a ter uma visão sobre a construção social, para compreender quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre saúde. A ênfase na perspectiva do ator social aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos que é contruído o possível entendimento das práticas ligadas à saúde.[30]

Neste sentido, um dos grandes desafios para os profissionais da saúde é avançar na abordagem e na compreensão das diferentes perspectivas de autoatenção em saúde, por meio de ações que contemplem a realidade dos diferentes territórios e que possibilite que os profissionais trabalhem com a perspectiva do cuidado integral à saúde. Esse movimento muitas vezes é limitado devido o atrelamento ao modelo biomédico com um foco exclusivo na doença.[31]

A transmissão dos saberes de autoatenção para os escolares

A educação, como direito universal, tem como um dos locais para sua prática a escola. Neste ambiente é indipensável a ocorrência da socialização do saber, a articulação entre saber científico e saber popular, assim como a contribuição na construção de um país com igualdade, humanidade e socialmente justo.[32]

A escola pode ser considerada um espaço de extrema importância para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto à comunidade, visando garantir mudanças de hábitos, além de reunir por um período importante, crianças e adolescentes em uma etapa crítica de crescimento e desenvolvimento.[33]

Além da escola, outro ambiente que tem forte influência sobre as ações das crianças e adolescentes sobre a saúde é a família. Esta é uma unidade que cuida de seus membros, sendo considerada como o principal agente socializador da criança/adolescente, responsável pela formação de referenciais de vida e de saúde. No Brasil, o reconhecimento da família como ambiente privilegiado para o adequado desenvolvimento humano está presente na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente.[34]

Além disso, a família geralmente é parte importante da transmissão de crenças e valores pertencentes à cultura, de acordo com as peculiaridades do ambiente em que estão inseridos. Desta maneira, torna-se importante conhecer nestes dois contextos como está ocorrendo a perpetuação dos saberes de autoatenção, tão presentes, como foi visto, no contexto familiar.

Neste sentido, os escolares no ambiente familiar, ao serem questionados sobre o conteúdo de saúde abordado na escola, emitiram os seguintes relatos:

> *Corpo humano, como vacina, essas coisas* (Transagem, escolar, 11, F, rural).
>
> *Sim. O professor aquele, o* [nome professor] *diz que a gente tem que comer normal, não pode comer demais nem de menos. Se a gente comer demais a gente engorda se a gente come pouco a gente fica fraco, dá anemia* (Carqueja, escolar, 13, M, rural).
>
> *A professora disse sobre HPV* (Hortelã, escolar, 11, F, rural).
>
> *Isto, ciências e às vezes a gente aprende sobre a saúde da boca quando a dentista vai lá* (Funcho, escolar, 12, F, rural).
>
> *Na sexta* [série] *a professora* [nome da professora] *falou muito de higiene, a gente até fez cartaz. E os cuidados no sexo* (Boldo, escolar, 12, M, urbano).
>
> *Ah falam, mas é mais sobre doenças mais tipo... Doenças sexuais. Fizeram uma palestra* (Camomila, escolar, 15, F, urbano).

Dois escolares (Palminha, escolar, 13, F, rural e Insulina, escolar, 12, F, urbano) referiram não aprender sobre saúde na escola. Neste contexto, observa-se que a saúde na escola envolve ações de autoatenção amplas e restritas, entretanto, de maneira pontual sobre assuntos específicos e em momentos únicos, na qual, não faz parte da rotina escolar trabalhar a temática saúde.

Desta maneira, reflete-se sobre quem está trabalhando sobre saúde na escola. A figura do professor foi a mais citada, entretanto este profissional não tem formação crítica para trabalhar a temática saúde e, com isso, é influenciado muitas vezes por discursos prontos, relacionado ao modelo biomédico. Aliado a isto, observa-se que os profissionais da saúde figuraram pouco, visto que somente o odontólogo foi citado.

Para que de fato as ações de saúde sejam realizadas na escola, o profissional da saúde se faz necessário, dentre eles o enfermeiro.[35] Estudos corroboram estes achados, visto que mostram que estes profissionais tem um envolvimento limitado com a escola, não fazendo parte efetivamente das atividades de educação em saúde neste local. Esta atividade não faz parte do cotidiano dos profissionais da saúde, e ocorrem de maneira pontual, e os profissionais apresentam dificuldade de realizar ações criativas e inovadoras, além de apresentarem dificuldades em lidar com as demandas formuladas pelos alunos e pela escola.[36]

Frente a esta realidade, percebe-se que a fragmentação é uma situação igualmente vivenciada pelos professores e profissionais da saúde, em que os primeiros, fragmentados em disciplinas, geralmente trabalham somente o que é preestabelecido e determinado a eles. Assim como os profissionais da saúde, cada dia mais divididos nas diferentes especialidades, preocupando-se apenas com a parte do corpo que lhes compete. Este fato demonstra uma necessidade de maior articulação, tanto entre os setores saúde e educação, como também dentro de cada área.

O uso das plantas medicinais enquanto prática de autoatenção se faz presente tanto no âmbito familiar quanto no escolar. Portanto, os escolares foram questionados quanto à origem de seus conhecimentos sobre essa temática, com o objetivo de saber se a escola e a família figuram ou não na transmissão deste saber popular.

Ao serem questionados qual a origem do conhecimento sobre plantas medicinais, três (Transagem, escolar, 11, F, rural; Palminha, escolar, 13, F, rural; Insulina, escolar, 12, F, urbano) referiram a mãe como responsável, um (Carqueja, escolar, 13, M, rural) referiu o pai, um referiu a mãe e o pai (Marcela, escolar, 15, F, rural), dois (Funcho, escolar, 12, F, rural e Anis, escolar, 14, M, urbano) referiram a avó, dois a mãe e a avó (Citronela, escolar, 12, F, urbano; Capim-cidrão, escolar, 11, M, urbano), e dois referiram a escola e um familliar, com a

escola e o pai (Boldo, escolar, 12, M, urbano), e a escola e o padrasto (Camomila, escolar, 15, F, urbano). Uma escolar (Hortelã, escolar, 11, F, rural) referiu diversos familiares, como a mãe, o pai, a avó, a irmã e, ainda, a vizinha.

Corroborando estes resultados, diversos estudos[37,38,39] mostram que a transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais ocorre principalmente no contexto familiar. Além disso, a figura feminina, mãe e avó, são as que mais figuram como detentoras do saber no âmbito familiar.[40,41,42]

Sobre o contexto escolar em que é discutido o tema plantas medicinais, quatro escolares (Transagem, escolar, 11, F, rural; Hortelã, escolar, 11, F, rural; Carqueja, escolar, 13, M, rural e Citronela, escolar, 12, F, urbano) referiram ocorrer por meio de projetos extracurriculares na escola, como o Programa do Governo Federal "Mais Educação" e o "Projeto Novos Talentos" desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Cinco escolares (Palminha, escolar, 13, F, rural; Funcho, escolar, 12, F, rural; Anis, escolar, 14, M, urbano; Insulina, escolar, 12, F, urbano e Camomila, escolar, 15, F, urbano) referiram aprender sobre a temática na disciplina de ciências. Com isso, constatou-se novamente que o profissional da saúde não se faz presente, exceto por meio de projetos extracurriculares.

A proposta de intersetorialidade entre escola e saúde já existe desde 2007 por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) que prevê a constante articulação entre os serviços.[43] Entretanto, o que se percebe na realidade é a ausência deste profissional no âmbito escolar de maneira efetiva.

Para que as ações em saúde no âmbito da escola possam integrar uma postura cidadã do escolar, estas devem incentivar a responsabilização pessoal e social, a valorização da cultura, a percepção como sujeito de direitos, e para isso, a formação da autonomia deve ser a peça fundamental deste trabalho.[36]

Entretanto, observa-se a partir da percepção dos escolares que ações em saúde na escola, em especial no âmbito da autoatenção, ocorrem de maneira pontual e fragmentada. Tal fato reafirma a necessidade de maior interação entre profissionais da saúde e população, no que se refere às diferentes práticas de saúde.

No contexto da visão do escolar, também não houve discrepâncias significativas entre os escolares urbanos e rurais. A única diferença observada foi que os dois escolares que referiram a escola como origem de seus conhecimentos sobre plantas medicinais são do meio urbano. Observa-se nisto uma contradição, pois esperava-se que para a criança/adolescente do espaço rural seria oferecido um conteúdo mais vinculado ao seu contexto como o de produção e cultivo de plantas, por exemplo.

Desta maneira observa-se há um contexto que envolve a diminuição do uso de plantas medicinais com o passar do tempo e das gerações familiares, e várias são as influências. Sabe-se que o modelo biomédico é uma delas, mas, não somente, a escola também faz parte dessa realidade, na qual tanto no meio urbano como rural, não se é trabalhado a temática "plantas medicinais", suficientemente.

Percebemos neste estudo que há uma necessidade de ocorrer uma aproximação maior entre os valores da criança/adolescente com os da escola, a fim de legitimar as suas ações de autoatenção em saúde. Observa-se, por outro lado, que a criança/adolescente acaba por reproduzir discursos da escola, visto que as formas de atenção praticadas no âmbito familiar não são reforçadas no espaço escolar.

Pela observação dos aspectos analisados, a escola deveria repensar a sua formação e incluir no projeto político pedagógico a realidade do escolar, atualmente pouco presente, e com isso a valorização do conhecimento popular. Para esse fim, deve-se estimular a maior expressão do escolar, saindo do predeterminado, a fim de que esta possa ser inclusive uma maneira de o escolar ser o responsável pela continuidade dos saberes populares, algumas vezes perdidos com as geraçõs familiares. Observou-se também que as atividades extracurriculares estão suprindo de alguma maneira estas lacunas, na qual podem ser um caminho promissor para essa mudança no modo de trabalhar saúde e educação intersetorialmente.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

A pesquisa possibilitou compreender diferentes ações de autoatenção no contexto familiar e escolar. As ações de autoatenção em saúde no contexto familiar urbano e rural ocorrem por meio de uma constante articulação entre as formas de atenção do tipo biomédico e as formas de atenção do tipo popular e tradicional, tanto na autoatenção ampla como na restrita.

Na autoatenção ampla, as ações são mais voltadas a atividades domésticas envolvendo, por exemplo, cuidados com a casa, com a alimentação, e por meio da utilização de plantas medicinais para manter a saúde da família. O modelo biomédico figurou de maneira discreta, e envolve de maneira geral ações de promoção da saúde.

Na autoatenção restrita, estas ações também se fizeram presentes, mas com outra perspectiva. O modelo biomédico não teve um papel voltado à promoção da saúde como na autoatenção ampla, mas mostrou-se como um recurso em situação de doença ou necessidade de saúde, assim como o uso de medicamentos alopáticos. Houve também ações domésticas,

advindas do saber empírico como forma de cuidado no âmbito familiar. As plantas medicinais, apesar de também muito citadas, figuraram mais como uma opção de remediar frente à necessidade de saúde.

A interlocução constante entre biomedicina e prática popular, como o uso das plantas medicinais, reafirma que a autoatenção inclui diversas práticas, sem excluir nenhum tipo, demonstrando que a população não nega uma por utilizar a outra, e sim articula constantemente as duas.

Neste sentido, constatou-se que a autoatenção em saúde ocorre em sua forma ampla e restrita no meio urbano e rural, sem grandes discrepâncias. Ambos os locais, na perspectiva familiar e escolar, utilizam das diversas formas de atenção para ter saúde, percorrendo desde atividades domésticas e saberes populares, até o auxílio do modelo biomédico.

No contexto escolar, ações de autoatenção amplas e restritas também estão presentes, entretanto, de maneira pontual trabalhado geralmente pelo professor, sem a presença do profissional da saúde. No contexto familiar, os escolares referem que a mãe e avó são as principais responsáveis pela transmissão de saberes sobre plantas medicinais. No contexto escolar, o professor de ciências é o que mais aborda a temática. Isto reforça a necessidade crescente da intersetorialidade entre educação e saúde.

Desta maneira, os profissionais da saúde, em especial enfermeiros, necessitam voltar seu olhar constantemente para a população no contexto familiar, e também para as crianças e adolescentes no âmbito escolar, de maneira articulada. Além disso, é necessário ver a escola como um ambiente favorável para produzir saúde, sem fragmentar o escolar, levando em consideração também a sua vivência no ambito extraescolar.

Não houve disparidades significativas entre a população urbana e rural, tanto no contexto de autoatenção ampla e restrita, como nas ações de transmissão de conhecimento referidas pelos escolares. A única discrepância observada no contexto familiar foi quanto ao acesso às plantas medicinais, que é maior no meio rural. Já no contexto escolar, observou-se que apenas escolares urbanos referiram a escola como fonte de conhecimento sobre plantas medicinais.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud Av [online]. 2013 [acesso 2014 Nov 14]; 27(78):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf

2. Weiller TH, Schimith MD. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. J. Nurs. Health [online]. 2014 [acesso 2014 Nov 14]; 3(2):145-6. Disponível em: http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/4119/3236

3. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Campos – Revista Antropología Social [online]. 2005 [acesso 2014 Nov 14];14:33-69. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf

4. Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa ML. Fitoterapia popular: a buscainstrumental enquanto prática terapêutica. Texto & contexto enferm [online]. 2006 [acesso 2014 Nov 14]; 15(1):115-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a14v15n1.pdf

5. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2003 [acesso 2014 Nov 14]; 8(1):185-207. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf

6. Ceolin T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.

7. Rosa LM, Silva AMF, Pereima RSMR, Santos SMA, Meirelles BHS. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. Rev. enferm. UERJ [online]. 2009 [acesso 2014 Nov 14]; 17(4):516-20. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a11.pdf

8. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Cuadernos Médicos Sociales [online]. 1998 [acesso 2014 Nov 14]; 73: 5-22. Disponível em: http://javeriana.edu.co/redcups/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf

9. Dessen MA, Polonia ACA Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2007 [acesso 2014 Nov 14]; 17(36):21-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf

10. Tassinari AI. O que as crianças têm a ensinar a seus professores? Antropol. prim. Mao [online]. 2011 [acesso 2014 Nov 14]; 129. Disponível em: http://apm.ufsc.br/files/2011/05/129.pdf

11. Carneiro MJ. Ruralidade: novas identidades em construção. Estud Soc Agric [online]. 1998 [acesso 2014 Nov 14]; 11:53-75. Disponível em: http://r1.ufrrj.br/esa/V2/ojs/index.php/esa/article/view/135/131

12. Brasil. Conselho Federal de enfermagem (COFEN). Resolução COFEn nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2013.

13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/12: Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

16. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. Rev. Esc. Enferm. USP [on-line]. 2011 [acesso 2014 Nov 14]; 45(1):47-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/07.pdf

17. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCM. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. Saúde Soc [online]. 2013 [acesso 2014 Nov 14]; 22(2):566-74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a25.pdf

18. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Centro de Pesquisas e Previsões Meteorológicas. Umidade relativa de Pelotas [página na internet]. 2014 [acesso 2014 Out 09]. Disponível em: http://cppmet.ufpel.edu.br/cppmet/campos.php?secao=5.

19. Queiroz MS. Hot and cold classification in traditional Iguape medicine. Ethnology. 1984; 23(1):63-72.

20. Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 1994. p.13-32.

21. Krone EE, Menasche R. Identidade e cultura nos campos de cima da Serra (RS): práticas, saberes e modos de vida de pecuaristas familiares produtores do Queijo Serrano. Ateliê Geográfico [online]. 2010 [acesso 2014 Nov 14]; 2(2):61-85. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/atelie/article/viewFile/9908/6769

22. Boehs AE, Rumor PCF, Ribeiro EM, Grisotti M. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. REME Rev. Min. Enferm. 2011; 15(1):114-20.

23. Francioni FF. Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.

24. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. Fam Saude Desenvolv [online] 1999 [acesso 2014 Nov 14]; 1(1/2):21-6. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4877/3727

25. Vale NB. A farmacobotânica, ainda tem lugar na moderna anestesiologia? Rev Bras. Anestesiol [online]. 2002 [acesso 2014 Nov 14]; 52(3): 368-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n3/v52n3a13.pdf

26. Silva G. Negociações em pauta: práticas de auto-atenção, conhecimento e poder no contexto Atikum. In: Anais do IV Encontro Nacional da Anppas, 2008; Brasília (DF), Brasil.

27. Di Stasi LC. Plantas medicinais: verdades e mentiras – O que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo (SP): UNESP; 2007.

28. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades (Mexico) [online]. 1994 [acesso 2014 Nov 14]; 4(7):71-83. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008

29. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes, 2011.

30. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2014 [acesso 2014 Nov 14]; 19(4): 1019-29. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf

31. Piriz MA. Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.

32. Arêas CA. Função Social da Escola. In: Anais da Conferência Nacional da Educação Básica, 2008. Brasília (DF), Brasil.

33. Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pereira DCL, Vieira NFC, Pinheiro PNC . Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev eletrônica enferm [online]. 2009 [acesso 2014 Nov 14]; 11(1):165-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf

34. Marcon SS, Elsen I. Um estudo trigeracional sobre a experiência de famílias ao criarem seus filhos. Ciênc Cuid Saúde [online]. 2002 [acesso 2014 Nov 14]; 1(1):105-9. Disponível em: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5662/3602

35. Costa GM, Figueredo RC, Ribeiro MC. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma Escola Municipal de Gurupi – TO. Revista Científica do ITPAC [online]. 2013 [acesso 2014 Nov 14]; 6(2). Disponível em: http://www.itpac.br/arquivos/Revista/62/6.pdf

36. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Saúde Soc [online]. 2013 [acesso 2014 Nov 14]; 22(2):542-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a23.pdf

37. Teixeira ER, Nogueira JF. O uso popular das ervas terapêuticas no cuidado com o corpo. Rev Gaúch Enferm [online]. 2005 [acesso 2014 Nov 14];26(2):231-41. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4575/2509

38. Oliveira SGD, Moura FRR, Demarco FF, Nascente PS, Del Pinod FAB, Lund RG. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. J Ethnopharmacol. 2012;140:428–37.

39. Brasileiro BG, Pizziolo VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. RBCF, Rev Bras Ciênc Farm. 2008;44(4):629-36.

40. Tabuti JRS, Kukunda CB, Kaweesi D, Kasilo OMJ. Herbal medicine use in the districts of Nakapiripirit, Pallisa, Kanungu, and Mukono in Uganda. J Ethnobiol Ethnomed. 2012;8(35).

41. Merétika AHC. Conhecimento e utilização de plantas medicinais por comunidades de pescadores do município de Itapoá – SC [dissertação na internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008 [acesso 2014 Nov 14]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91540/258944.pdf?sequence=1

42. Souza CCV. Etnobotânica de quintais em três comunidades ribeirinhas na Amazônia Central, Manaus-AM. [dissertação na internet] Manaus (AM): Instituto Nacional de Pesquisas da Amazonia; 2010 [acesso 2014 Nov 14]. Disponível em: http://www.files.scire.net.br/atrio/inpa-ppgbot_upl//THESIS/14/souza_clia_2010.pdf

43. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica n° 24. Saúde na Escola. Brasília (DF): MS; 2009.