UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RAQUEL FARIA DA SILVA LIMA

**FITOTERAPIA POPULAR NO CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL
RIBEIRINHO: CONTRIBUIÇÕES DA ETNOBOTÂNICA PARA A
ENFERMAGEM TRANSCULTURAL**

**SÃO PAULO
2016**

RAQUEL FARIA DA SILVA LIMA

**FITOTERAPIA POPULAR NO CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL
RIBEIRINHO: CONTRIBUIÇÕES DA ETNOBOTÂNICA PARA A
ENFERMAGEM TRANSCULTURAL**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a Dr^a Ruth Natalia Teresa Turrini

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

**SÃO PAULO
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____. Data: ____/____/_____.

Catálogo na publicação (CIP)

Lima, Raquel Faria da Silva
Fitoterapia popular no contexto socioambiental ribeirinho:
contribuições da etnobotânica para a enfermagem transcultural./ Raquel
Faria da Silva Lima. – São Paulo, 2016.
143 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo

Orientadora: Prof^a Dr^a Ruth Natalia Teresa Turrini
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem transcultural. 2. Etnobotânica 3. Práticas de Saúde
Complementares e Integrativas 4. Medicina popular. I. Título.

Nome: Raquel Faria da Silva Lima

Titulo: Fitoterapia popular no contexto socioambiental ribeirinho: contribuições da etnobotânica para a enfermagem transcultural

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*A **Deus**, que tanto me fortaleceu e sustentou durante esta longa caminhada, me dando forças diante das adversidades.*

*Aos meus dois filhos, **João e Lucas**. Meus pequenos que nasceram nesse período do doutorado e foram minha maior motivação para continuar a longa caminhada. Com amor incondicional e verdadeiro foram meus companheiros de viagens, aulas, congressos e pesquisa.*

*Ao meu querido esposo **Danilo**, melhor amigo e parceiro, pela compreensão, apoio e incentivo em todas as fases deste trabalho.*

*Aos meus pais, meus maiores incentivadores, que sempre me deram suporte para continuar. A minha mãe **Rubenita** pela sua força nos momentos mais precisos. Ao meu pai **Fernando**, que com seu exemplo de vida me ensinou a perseguir meus sonhos. E a minha “mãedrastra” **Eneida**, a avó dos meus filhos que tanto me deu suporte com eles durante os meus momentos de ausência.*

Agradecimentos

*A minha prezada orientadora **Dr^a. Ruth Turrini** meu agradecimento sincero e especial, por acreditar nos meus objetivos desafiantes oferecendo sempre seu incentivo e apoio.*

*Aos meus irmãos **Fernanda, Nathalia e Yuri** que com carinho e paciência, foram tão compreensivos nos períodos que precisei estar ausente para me dedicar à pesquisa.*

*A querida **Dayane**, ribeirinha que tão carinhosamente me introduziu na comunidade do Boam.*

*Aos **ribeirinhos** entrevistados, que tão generosamente abriram seus lares, quintais e vidas para a pesquisa.*

*Ao **líder da comunidade** que me autorizou a viver e pesquisar a comunidade, me apoiando durante todo o trabalho de campo.*

*A **igreja Batista do Tarumã** e aos missionários **Arão e Carlos** que me deram suporte durante o trabalho de campo.*

*Aos meus **colegas da Escola de Enfermagem de Manaus**, pelo apoio mútuo e companheirismo. Em especial, agradeço as minhas colegas da disciplina de **Atenção Integral a Saúde da mulher: Semirames, Suely e Ilse.***

*As minhas amigas **Jacqueline e Geani** que tão de perto acompanharam minha caminhada, que tantas vezes ouviram e se interessaram pelo desenvolvimento da pesquisa.*

*As minhas alunas **Lilian e Rute** que tanto me auxiliaram na coleta de dados.*

*A **Ariane** e ao **Dr. Kinupp** do **Herbário Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Amazonas (EAFAM)** que de forma tão prestativa receberam minha amostras etnobotânicas.*

E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio, estímulo, incentivo, amizade e atenção.

O Senhor é a minha força e o meu escudo; nele o meu coração confia, e dele recebo ajuda. Meu coração exulta de alegria, e com o meu cântico lhe darei graças.

Salmos de Davi 28:7

LIMA, R. F. S. Fitoterapia popular no contexto socioambiental ribeirinho: contribuições da etnobotânica para a enfermagem transcultural [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Para o ribeirinho amazônico as plantas medicinais representam muitas vezes o único recurso terapêutico disponível para o tratamento de suas doenças. Utilizam como base para produção do recurso natural, folhas, cascas e sementes, com o objetivo de alívio de problemas de saúde. O registro das plantas medicinais utilizadas de modo terapêutico por tais grupos humanos tem oferecido base para o desenvolvimento de estudos fitoquímicos e farmacológicos de novas drogas. Além disso, a análise de práticas de cuidado em ambientes culturalmente exóticos fortalecem a enfermagem transcultural, a medida que visa o intercâmbio dos saberes populares e científico. Como referencial teórico utilizou-se a etnobotânica e o modelo Sunrise de Leininger e Mc Farland. **Objetivo geral:** Analisar o uso terapêutico de plantas medicinais no contexto sociocultural ribeirinho da comunidade Nossa Senhora da Conceição do Boam, localizada no Médio Solimões, Coari – Amazonas. **Objetivos específicos:** Conhecer os valores, crenças e aspectos da estrutura sociocultural que envolvem a utilização da fitoterapia popular no ambiente ribeirinho; identificar o itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas; analisar o uso das plantas medicinais entre os ribeirinhos com notório saber em plantas medicinais; e analisar o uso terapêutico da planta de maior importância para a comunidade. **Material e Método:** Estudo etnobotânico realizado na comunidade ribeirinha Nossa Senhora da Conceição do Boam, localizada na cidade de Coari-Amazonas. Os participantes do estudo foram 19 informantes, gerais e especialistas – pessoas de notório saber na terapêutica com plantas medicinais. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro de 2015 e maio de 2016 por meio da turnê-guiada, excisada, entrevistas semi-estruturadas e estruturadas. A análise dos dados ocorreu de forma quanti-qualitativa através da análise temática e cálculos de Fator de Consenso Individual, Importância Relativa e Valor de Uso, para identificação das plantas e doenças de maior relevância comunitária. **Resultados:** Os especialistas foram predominantemente do sexo feminino (88%), com idade média de 50 anos. Em termos de ocupação, a maioria deles eram agricultores (63,3%), com rendimento médio mensal abaixo do salário mínimo brasileiro por família e apenas 36,4% dos entrevistados eram alfabetizados. O itinerário terapêutico da comunidade inicia-se com a fitoterapia popular, em seguida o rezador, o agente comunitário de saúde local, e, finalmente, o médico. As razões que influenciavam a terapêutica com plantas medicinais eram: a fé, a segurança, o conhecimento sobre o preparo, o fácil acesso e a eficácia das plantas. Foi relatado o uso de 62 plantas medicinais, para o cuidado de doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças hematológicas, nutricionais, dermatológicas, transtornos comportamentais, doenças do sistema nervoso, ouvido, dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, osteomuscular, geniturinário; como anti-inflamatórios e anticoncepcional, totalizando 49 indicações terapêuticas. As doenças do sistema respiratório foram as mais relevantes na comunidade com maior quantitativo de plantas (n=30) e citações (n=162). A planta medicinal de maior importância e versatilidade foi a caatinga de mulata (*S. Aeollanthus*), uma erva com evidências de ação antimicrobiana, anticonvulsivante, sedativa, analgésica e anti-inflamatória, utilizada na comunidade para doenças pulmonares, intestinais, dermatológicas e hemorrágicas, em nove problemas de saúde diferentes. **Conclusão:** Nesta comunidade, a estrutura sociocultural ribeirinha, assim como seus valores e crenças envolvem a utilização de ervas medicinais como a primeira escolha terapêutica. A rica farmacopeia encontrada pode facilitar a descoberta de novas drogas. Além disso, por meio da Teoria do Cuidado Cultural foi constatada a possibilidade da preservação do cuidado com a espécie *S. Aeollanthus*. Todavia, para se tornar um prática baseada em evidência existe a necessidade de ensaios pré-clínicos e clínicos em humanos.

Descritores: Etnobotânica. Medicina popular. Plantas medicinais. Enfermagem transcultural.

LIMA, R. F. S. Traditional herbal medicine in riverside environmental context: contributions of ethnobotany to transcultural nursing. [Dissertation]. São Paulo: Nursing School, São Paulo University; 2016

ABSTRACT

Introduction: | Most of the times, the medicinal plants represent to the riparian the only therapeutic resource available to the treatment of their diseases. Sheets, shells and seeds are the basis to the production of these natural resources looking for the relief of health problems. Registration of the therapeutic use of the medicinal plants has been the basis for phytochemical and pharmacologic studies to the discover of new drugs. Besides that, the analysis of practices of caring in culturally exotic environments, strengthen the transcultural nursing in a way that deal with the exchange between the popular and the scientific knowledges. As a theoretical framework it was used the ethnobotany and the Sunrise's model of Leininger and Mc Farland. **General objective:** Analyze the therapeutic use of the medicinal plants in the sociocultural context of the riparian in the community "Nossa Senhora da Conceição do Boam", localized in the Médio Solimões, Coari - Amazonas. **Specific objectives:** Know the values, beliefs and aspects of the sociocultural structure involving the use of the traditional medicinal plants among the riparian; identify the therapeutic itinerary of these families; analyze the use of theses plants by the riparian with notorious knowledge in medicinal plants; and analyze the therapeutic use of the most important plant to that community. **Material and method:** Ethnobotanic study developed in the riparian community Nossa. Senhora da Conceição do Boam, localized in the city of Coari - Amazonas. The participants of the study were 19 general and specialist informants - the second one, people with notorious knowledge in using medicinal plants. The data collection occurred between January/2015 and May/2016 by guide-tours, excicata, semi-structured and structured interviews. Analysis was made by quanti-qualitative through the thematic analysis, calculus of Individual Consensus Factor, Relative Importance and Value of Using to identify the plants and the diseases of most relevance in the community. **Results:** The specialists were mainly female (88%), an average of 50 years old. Most of them were farmers (63,3%), with the average monthly income under the national minimum wage by family, and 36,4% of the interviewed were alphabetized. The community's therapeutic itinerary starts with the traditional medicinal plants, following the prayer, the community health agent, and, finally, the doctor. The therapeutic with medicinal plants were influenced by faith, security, knowledge about its preparing, the easy access to the plants and their efficacy. It was related the use of 62 medicinal plants, to the caring of infectious and parasite diseases; neoplasia; hematological, neurological, nutritional and dermatological diseases, behavior disorders, other diseases of the ear, circulatory, respiratory, digestive, musculoskeletal and genitourinary systems; as anti-inflammatory and contraceptive, totalizing 49 therapeutic indications. The respiratory diseases were the most relevant in the community, with the highest quantitative of plants (n=30) and citations (n=162). The most important and versatile medicinal plant to the community was the "catinga de mulata" (*S. Aeollanthus*), an herb with evidences of antimicrobial, anti convulsive, sedative, analgesic and anti-inflammatory actions, used by the community to respiratory, intestinal, dermatological and hemorrhagic diseases, totalizing nine different health disorders. **Conclusion:** In this community, the riparian sociocultural structure, as their values and beliefs involves the using of medicinal herbs as their first therapeutic choice. The rich pharmacopoeia found can make easier the discovering of new drugs. Besides that, the Cultutal Care Teory enables the preservation of the caring with the species *S. Aeollanthus*, but randomized pre-clinic and clinic trials with humans are important to use it based on evidence.

Key words: Ethnobotanic. Folk medicine. Medicinal plants. Transcultural nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de <i>Sunrise</i>	32
Figura 2 - Localização de Coari no estado do Amazonas.	36
Figura 3 - Comunidade do Boam. Coari (AM), 2015.....	37
Figura 4 - Características da comunidade de Boam. Coari (AM), 2015.....	39
Figura 5 - Casa da farinha. Coari, AM 2015	39
Figura 6 - Cemitério das crianças. Coari, AM, 2015	40
Figura 7 - Observação atenta dos hábitos da comunidade	45
Figura 8 - Fase 2 – início da interação na comunidade.....	45
Figura 9 - Fase 3 - filho da pesquisadora no banho de ervas infantil para influenza em Boam. Coari-AM, 2015.....	46
Figura 10 - Fase 3 –pesquisadora recebendo massagem para “desmentidura” (luxação) com fitoterápico e gordura animal realizada pela herborista e “curadora de desmentidura” da comunidade de Boam. Coari-AM, 2015.....	46
Figura 11 - Turnê-guiada em Boam com uma especialista da comunidade e a pesquisadora.Coari-AM, 2015.	48
Figura 12 - Exsicata das ervas medicinais.	48
Figura 13 - Itinerário terapêutico das famílias da comunidade ribeirinha do Boam. Coari (AM); 2015.	60
Figura 14 - Localização de plantio das plantas medicinais.	61
Figura 15 - Imagem da catinga-de-mulata (<i>Aeollanthus suaveolens</i>). Boam, Coari – AM, 2016.	96
Figura 16 - Decisões e ações de enfermagem culturalmente coerente diante do uso da <i>A.</i> <i>suaveollans</i> . Coari, AM. 2015	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão de Leininger.	44
Quadro 2 - Doenças de origem espiritual com respectivas definições e tipos de tratamento relatados pelos especialistas locais. Coari, AM. 2015.....	56
Quadro 3 - Doenças/Problemas de saúde (nomes populares) mencionados pelos informantes especialistas locais e tipo de tratamento utilizado. Coari, AM. 2015.....	57
Quadro 4 - Plantas medicinais do grupo das malvídeas segundo a ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	63
Quadro 5 - Plantas medicinais do grupo das comelinídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	64
Quadro 6 - Plantas medicinais do grupo das campanulídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015	64
Quadro 7 - Plantas medicinais do grupo das fabídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	65
Quadro 8 - Plantas medicinais do grupo das asterídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	65
Quadro 9 - Plantas medicinais do grupo das gunerídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	66
Quadro 10 - Plantas medicinais do grupo das lamídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	67
Quadro 11 - Plantas medicinais do grupo das magnolídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015	68
Quadro 12 - Plantas medicinais do grupo das monocotiledones segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	69
Quadro 13 - Planta medicinal da Amazônia sem classificação pelo ANGIOSPERM PHYLOGENY GROUP (APG III) citada pelos informantes especialistas, fotografadas <i>in loco</i> e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015.....	69
Quadro 14 - Indicações terapêuticas das plantas medicinais e suas respectivas receitas caseiras citadas pelos especialistas da comunidade ribeirinha do Boam, segundo capítulos da CID-10. Coari, AM. 2015.....	70
Quadro 15 - Fator de Consenso Individual (FCI), número de citações terapêuticas e plantas medicinais de cada categoria nosológica (Classificação CID-10). Coari, AM. 2015.	90
Quadro 16 - Espécies citadas segundo indicações conferidas pelos informantes especialistas, CID-10, Valor de Uso, Importância Relativa e posicionamento de acordo com IR ou VU. Coari, AM. 2015.	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população da comunidade do Boam quanto a faixa etária. Coari, AM. 2015.	38
Tabela 2 - Distribuição da população da comunidade do Boam por sexo e faixa etária. Coari, AM. 2015.	38
Tabela 3 - Parte da planta utilizada para confecção dos remédios caseiros citados pelos especialistas. Coari, AM. 2015.	86
Tabela 4 - Modos de uso dos remédios caseiros confeccionados com plantas medicinais. Coari, AM. 2015.....	87
Tabela 5 - Quantitativo de espécies de plantas, citações e Fator de Consenso dos Informantes (FCI) de acordo com as indicações terapêuticas. Coari,AM. 2015.....	88

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA	21
3.2 ETNOBOTÂNICA E ETNOFARMACOLOGIA.....	24
3.3 COMUNIDADES E POVOS TRADICIONAIS RIBERINHOS.....	27
3.4 ENFERMAGEM TRASNCULTURAL	30
4 MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1 DELINEAMENTO	36
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
4.3 INFORMANTES DO ESTUDO	40
4.3.1 Critérios de elegibilidade	41
4.3.2 Informantes Especialistas.....	41
4.3.3 Informantes gerais	42
4.4 COLETA DE DADOS	43
4.4.1 Observação-Participação-Reflexão	44
4.4.2 Entrevistas	47
4.4.3 Turnês-guiadas	48
4.4.4 Exsicata das plantas medicinais	48
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	49
4.5.1 Análise qualitativa	49
4.5.2 Análise quantitativa	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS	55
5.1 CAPÍTULO I – CONHECENDO OS VALORES E CRENÇAS QUE ENVOLVEM O PROCESSO SAÚDE DOENÇA DO CONTEXTO RIBEIRINHO.....	55
5.2 CAPITULO II – A PRÁTICA TERAPÊUTICA COM PLANTAS MEDICINAIS: ANALISANDO A FITOTERAPIA POPULAR NO AMBIENTE RIBEIRINHO.....	61
6 DISCUSSÃO	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICE	126
ANEXOS	136

1.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A ‘Medicina Tradicional’ é historicamente utilizada para manter a saúde, prevenir e tratar enfermidades. A Organização Mundial de Saúde (2013) a define como o conjunto de práticas, enfoques, conhecimentos e crenças diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou combinados para a manutenção do bem-estar, tratamento, diagnóstico e prevenção de doenças.

Nas últimas décadas tem aumentado o uso de medicamentos tradicionais em todo o mundo, particularmente o uso terapêutico de plantas medicinais (OMS, 2011, 2013). As plantas medicinais representam fator de grande importância para a manutenção das condições de saúde das pessoas, principalmente em áreas de difícil acesso às instituições de saúde. Esta prática representa valores culturais, sendo também parte de um saber utilizado e difundido pelas populações ao longo de várias gerações (TOMAZZONI et al., 2006; MACEDO et al., 2007).

Dada a importância das plantas medicinais na assistência farmacêutica e ao observar que 70% a 90% da população nos países em vias de desenvolvimento depende delas no que se refere à Atenção Primária à Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de vários comunicados e resoluções, expressa sua posição a respeito da necessidade dos países valorizarem a sua utilização no âmbito sanitário com a criação de políticas e regulamentações nacionais (OMS, 2011, 2013).

Atendendo as recomendações da OMS e de conferências nacionais de saúde, o Ministério da Saúde brasileiro construiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS em 2006, que contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos da medicina tradicional e complementar/alternativa como a acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, termalismo e medicina antroposófica, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Entre seus diversos objetivos destacam-se o estímulo de alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades (BRASIL, 2006a).

No intuito de estabelecer as diretrizes para a atuação do governo na área específica de plantas medicinais e fitoterápicos, elaborou-se no mesmo ano a Política Nacional de Plantas

Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que constitui parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira. Além disso, o respeito a diversidade, particularidades regionais e ambientais é princípio norteador desta política (BRASIL, 2006b).

Deste modo, observa-se que o uso terapêutico de plantas medicinais tem sido reconhecido, estimulado e regulamentado pelo governo brasileiro, visando não somente a valorização da prática popular e o intercâmbio de saberes com povos tradicionais, mas também a introdução desta especialidade no conjunto de práticas complementares a serem adotadas na atenção básica.

Matsuda e Negraes (2002) referem que o país é detentor de cerca de 22% do total de espécies vivas do planeta, e destas, cerca de 55 mil espécies têm potencial medicinal. Considerando a ampla diversidade de espécies vegetais brasileiras e que 82% da população utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja entre povos tradicionais ou nos sistemas oficiais de saúde, a análise de tal prática é de extrema relevância (RODRIGUES; DE SIMONI, 2010).

Acredita-se que o surgimento da medicina tradicional (*folk*) com o uso das plantas no Brasil, deve-se aos índios, com contribuições dos negros e europeus. Na época em que o país era colônia de Portugal, os médicos restringiam-se às metrópoles, e na zona rural e/ou suburbana a população recorria às práticas populares de cura, entre elas o uso terapêutico de plantas medicinais. A construção desta terapia alternativa de cura surgiu da articulação dos conhecimentos dos indígenas, jesuítas e fazendeiros. Este processo de miscigenação gerou uma diversificada bagagem de usos para as plantas e seus aspectos medicinais (BRASIL, 2012).

Atualmente as populações rurais e tradicionais de modo geral possuem um amplo conhecimento sobre métodos alternativos usados para curar ou aliviar sintomas de doenças. Porém, alguns autores argumentam que este conjunto de saberes está ameaçado pela medicina moderna e pelo crescente desinteresse dos jovens que têm migrado para os centros urbanos cada vez mais cedo em busca de novas conquistas profissionais (FRANCO; BARROS; ARAÚJO, 2007; OLIVEIRA, 2009; SOUSA, 2010).

Em contraponto, as pesquisas no campo da etnobotânica e etnofarmacologia têm fornecido valiosas informações sobre a forma de apropriação e manejo dos recursos vegetais

por populações locais, à medida que esta metodologia compreende o estudo das concepções desenvolvidas por essas culturas sobre as plantas e o aproveitamento que se faz delas (ALBUQUERQUE, 2005). Vale ressaltar que o uso terapêutico com plantas medicinais é alicerçado na tradição popular, baseado em evidências históricas ou pessoais, e são autoadministradas pela própria população, sem evidências conhecidas ou informadas de risco à saúde do usuário, cuja eficácia pode ser validada através de levantamentos etnobotânicos e etnofarmacológicos, documentações tecnocientíficas ou publicações indexadas (CALIXTO, 2000; FUNARI; FERRO, 2005; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Embora os estudos de etnobotânica sejam largamente observados a nível internacional e nacional – principalmente na região Nordeste brasileira – existe uma escassez de estudos com esta abordagem entre os povos da floresta amazônica (OLIVEIRA et al. 2009). Entretanto, sabe-se que pesquisas nesta área podem subsidiar trabalhos sobre o uso sustentável da biodiversidade através da valorização e do aproveitamento do conhecimento empírico das sociedades humanas, a partir da definição dos sistemas de manejo, incentivando a geração de conhecimento científico e tecnológico voltados para o uso sustentável dos recursos naturais (FONSECA-KRUEL; PEIXOTO 2004).

A transformação do conhecimento popular em conhecimento científico pode ser um valioso atalho para a descoberta de novos medicamentos. Neste contexto, o uso tradicional pode ser encarado como uma pré-triagem quanto à propriedade terapêutica (ELISABETSKY, 2003).

As plantas medicinais são importantes para a pesquisa farmacológica e o desenvolvimento de drogas, não somente quando seus constituintes são usados diretamente como agentes terapêuticos, mas também como matérias-primas para a síntese, ou modelos para compostos farmacologicamente ativos (OMS, 2013). Medicamentos com origem ou inspiração em plantas, organismos marinhos, microrganismos e insetos compõem uma parcela de 77% dos fármacos antibacterianos, 53% dos medicamentos anticancerígenos, 80% dos antivirais (PASSOS, 2016). Estima-se que pelo menos 25% de todos os medicamentos modernos são derivados diretamente ou indiretamente de plantas medicinais, principalmente por meio da aplicação de tecnologias modernas ao conhecimento tradicional (BRASIL, 2012).

O potencial de uso das plantas medicinais ainda tem muito a evoluir, de acordo com os novos paradigmas de desenvolvimento social e econômico baseados nos recursos renováveis. No reino vegetal se encontrarão soluções, por meio da descoberta e do

desenvolvimento de novas moléculas com atividade terapêutica ou com aplicações tanto na tecnologia farmacêutica quanto no desenvolvimento de fitoterápicos com maior eficiência de ação (SCHENKEL et al., 2003; BRASIL, 2006^a; OMS, 2013; BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que a Amazônia Brasileira ainda é um dos poucos ambientes nacionais a abrigar expressivo conjunto de povos indígenas e tradicionais que permanecem ao longo do tempo utilizando plantas medicinais no processo saúde e doença, apoiados no saber popular transmitido de geração em geração, envolvendo fatores étnicos e culturais no manejo da fitoterapia. A floresta Amazônica com 4 milhões de km², teria 30.000 espécies de plantas, cerca de um terço medicinais e/ou aromáticas e 70% destas usadas como medicamentos pela população local, além de outros usos. Porém, acredita-se que apenas 8% das espécies vegetais da flora brasileira foram estudadas em busca de compostos bioativos (VASQUEZ et al., 2014).

Em estudo sobre cuidado materno realizado entre mulheres ribeirinhas de uma comunidade no município de Maués (AM), foram identificados inúmeros medicamentos fitoterápicos e alopáticos administrados aos filhos, de forma isolada ou combinada. Dentre os fitoterápicos tradicionais foram indicadas 37 plantas medicinais para 17 doenças e/ou problemas de saúde (SILVA, 2009).

A apropriação dos recursos vegetais pelos ribeirinhos inclui importantes acervos de plantas utilizadas com fins terapêuticos. Além disso, as práticas relacionadas ao uso de recursos vegetais com fins terapêuticos sempre se desenvolvem aplicadas à realidade local. Assim, as representações regionais de corpo e indivíduo, as concepções locais sobre a etiologia das doenças, as técnicas de diagnóstico e cura, a concepção da eficácia terapêutica e o perfil socioeconômico estão diretamente relacionadas à cultura e à cosmologia dos grupos sociais que desenvolvem as práticas de uso de plantas medicinais (MORAIS; JORGE, 2003).

Diante deste cenário de valorização do uso de plantas medicinais e das práticas, crenças e concepções simbólicas associadas ao seu uso, este trabalho tem como questão norteadora: como ocorre o uso terapêutico de plantas medicinais na comunidade ribeirinha Nossa Senhora da Conceição do Boam?

2.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso terapêutico de plantas medicinais no contexto sociocultural ribeirinho da comunidade Nossa Senhora da Conceição do Boam, localizada no Médio Solimões, Coari – Amazonas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer os valores, crenças e aspectos da estrutura sociocultural que envolvem a utilização da fitoterapia popular no ambiente ribeirinho.
2. Identificar o itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas.
3. Analisar o uso das plantas medicinais entre os ribeirinhos com notório saber em plantas medicinais.
4. Analisar o uso terapêutico da planta de maior importância para a comunidade.

3.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Planta medicinal é toda a espécie vegetal que tenha um valor de caráter curativo para determinada comunidade tradicional, e tem sua propriedade aproveitada como remédio caseiro para fins específicos de recuperação da saúde (LEÃO; FERREIRA; JARDIM, 2007).

A fitoterapia pode ser definida como a terapêutica com plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. E o fitoterápico é o produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, como finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2006a).

A prática da fitoterapia por povos tradicionais pode ser denominada como *fitoterapia tradicional ou popular*. A *tradicional* não pode ser praticada de forma isolada, como simples recurso ou método terapêutico, mas sim envolvida em um contexto com sistemas médicos originários de culturas peculiares:

a fitoterapia tradicional é aquela que integra as práticas de sistemas complexos ou racionalidades, tais como a medicina tradicional chinesa, a antroposófica, a ayurvédica e, na América do Sul, as medicinas tradicionais indígena e afro-americana, entre outras, ou, como chamamos hoje no Brasil, de diferentes racionalidades médicas (BRASIL, 2012 pg. 56)

Ao contrário da vertente tradicional, a *fitoterapia popular*, é a denominação dada ao uso de plantas medicinais no ambiente doméstico e comunitário, cujo conhecimento é transmitido por gerações de forma oral. A sabedoria popular que envolve esta prática terapêutica é capaz de indicar indícios de toxicidade das plantas medicinais, inspirar estudos fitoquímicos e farmacêuticos e constitui-se um importante aporte cultural (BRASIL, 2012). Deste modo, por definição o termo adequado para a prática terapêutica com plantas medicinais no ambiente ribeirinho é fitoterapia popular, sendo portanto o objeto deste estudo.

Os indivíduos com notório saber em plantas medicinais e derivados caseiros, conhecidos como herboristas, são facilmente identificados nas comunidades onde a prática da fitoterapia popular faz parte do itinerário terapêutico. A sabedoria destes comunitários nos indica a eficácia e a toxicidade das plantas medicinais, além de serem fontes de inspiração para os subsequentes estudos científicos, que depois se multiplicam nas universidades e no mercado farmacêutico, constituindo-se em um importante aporte cultural nacional (BRASIL, 2012).

As informações sobre os usos das plantas medicinais e suas virtudes terapêuticas foram sendo acumuladas durante séculos pela humanidade. Documentos históricos mostram indícios de registros das civilizações antigas que faziam uso de plantas medicinais para fins terapêuticos cujas fontes são os compostos biologicamente ativos. Desde os tempos remotos o homem busca na natureza, recursos que melhorem sua condição de vida para, assim, aumentar suas chances de sobrevivência pela melhoria de sua saúde. Em todas as épocas e culturas, ele aprendeu a tirar proveito dos recursos naturais locais, onde os praticantes absorveram este conhecimento a partir de transmissão oral (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012; ANDRADE; CARDOSO; BASTOS, 2007). Em muitas comunidades e grupos étnicos, o uso de plantas medicinais pode representar o único recurso terapêutico no processo saúde doença (HELMAN, 2009).

Na história do Brasil, há registros de que os primeiros médicos portugueses que vieram para cá, diante da escassez na colônia de remédios empregados na Europa, muito cedo foram obrigados a reconhecer a importância dos remédios de origem vegetal utilizados pelos povos indígenas. Os viajantes sempre se abasteciam deles antes de aventurarem por regiões pouco conhecidas. As grandes navegações trouxeram a descoberta de novos continentes, legando ao mundo moderno um grande arsenal terapêutico de origem vegetal até hoje indispensável à medicina (BRASIL, 2012).

A fitoterapia popular praticada no Brasil atualmente é resultado da influência do sistema científico internacional, de tradições culturais locais indígenas ou introduzidas por escravos africanos, colonizadores europeus e imigrantes orientais, oriundos de sistemas etnofarmacológicos bastante heterogêneos em relação às plantas utilizadas, além de sistemas etnofarmacológicos peculiares e mistos como o nordestino e amazônico. Este último é derivado das características peculiares da flora nativa da Região Amazônica associada à absorção de conhecimentos indígenas pelos caboclos. Decorre do isolamento cultural dessa região e possui uma linguagem própria. Por sua vez, o sistema nordestino é peculiar e decorre da influência indígena e africana associada a aspectos de más condições socioeconômicas, clima e vegetação peculiar da região (BRASIL, 2012).

O uso terapêutico de plantas medicinais ficou restrito à abordagem leiga desde o avanço tecnológico da indústria farmacêutica, nas décadas de 1950 e 60. A partir de 1978, a terapia com plantas medicinais com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecida pela OMS, quando recomendou a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso (OMS, 1993, 2013).

Muitas comunidades têm as práticas relacionadas ao uso popular de plantas medicinais como alternativa viável para o tratamento de doenças ou manutenção da saúde. Porém, sua continuidade pode ser ameaçada pela interferência de fatores externos à dinâmica social, dentre os quais destacam-se a degradação ambiental, a entrada de novos elementos culturais acompanhados da desagregação dos sistemas de vida tradicionais, a maior facilidade de acesso aos serviços da medicina moderna, o deslocamento das pessoas de seus ambientes naturais para regiões urbanas, além da exploração extensiva e extrativista do material silvestre brasileiro, principalmente pela indústria farmacêutica fitoterápica, que tem levado muitas espécies medicinais nativas a extinção (AMOROZO, 2002; MONTANARI JR, 2002; SÁNCHEZ; VALVERDE, 2000; OLIVEIRA; BARROS; MOITA NETO, 2010).

A fitoterapia popular de uso doméstico frequentemente fornece informações conflitantes (vários nomes populares para a mesma planta, plantas diferentes com o mesmo nome popular) e também há dificuldades com os parâmetros clássicos de prescrição medicamentosa, tais como uniformização de dose, posologia ou duração de tratamento; sendo por vezes inegável a existência de algumas situações de negligência com a toxicidade e/ou com a qualidade da matéria-prima (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado na Laboratório de Etnobotânica Aplicada da Universidade Federal Rural de Pernambuco buscou-se avaliar a qualidade de produtos a base de plantas medicinais. Analisaram-se dez amostras de castanha-da-índia, onze de capim-limão e seis de centela, comercializadas em farmácias da cidade do Recife, provenientes de indústrias de várias partes do país. E foi constatada a ausência de informações obrigatórias em 92,6% das amostras. Dentre os termos vedados, foi comum a sugestão da inexistência de efeitos colaterais ou adversos. Quanto as indicações terapêuticas não se observou padronização técnica dos termos nem comprovação científica para algumas das atividades atribuídas pelos fabricantes. Todas as amostras foram consideradas autênticas com base nos testes fitoquímicos e farmacobotânicos, entretanto, na análise da pureza 59,3% das amostras foram reprovadas, devido principalmente ao elevado teor de umidade e cinzas totais. O estudo concluiu que além dos produtos comercializados carecerem de informações e qualidade adequadas, há necessidade urgente de uma fiscalização efetiva por parte dos órgãos competentes (MELO et.al., 2007).

No Brasil, a toxicidade de plantas medicinais é quase sempre colocada em segundo plano (FERREIRA et al., 2007). O uso imprudente muitas vezes até para finalidades diferentes daquelas tradicionalmente empregadas, sua identificação errônea, a presença de adulterantes e contaminantes, as associações e sinergismos possíveis, assim como a obtenção

ou preparo indevidos podem causar sérios problemas de saúde pública. Outro agravante é que a comercialização dessas plantas ocorre nos mais variados locais, os quais são inspecionados de maneira ineficaz pelos órgãos de vigilância sanitária. Portanto, é importante evitar a automedicação ou o uso indiscriminado, uma vez que o emprego de plantas medicinais ou mesmo de medicamentos fitoterápicos não significa ausência total de efeitos colaterais e de reações adversas ou tóxicas. É necessário conhecer as características farmacológicas e toxicológicas, a posologia e os aspectos clínicos associados a essas substâncias, evitar a propagação de informações equivocadas e aprimorar os métodos de produção, controle de qualidade e de fiscalização, para que ocorra realmente segurança na utilização de produtos naturais (VEIGA JR, MACIEL, PINTO, 2005; SEEFF, 2007; JORDAN et al., 2010; ARAUJO et.al, 2014).

A fim de padronizar as formas farmacêuticas do fitoterápicos utilizados no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o programa Farmácia Viva, enquadrando-os em Pó ou Soluções extrativas (BRASIL, 2009).

Comumente, apenas parte das apresentações contidas no programa Farmácia Viva pode ser encontrada nas fabricações caseiras de povos tradicionais, como pós, vapor e algumas soluções extrativas líquidas, para uso interno ou externo, conhecidas popularmente como: chá (por decocção ou infusão), sumo, xarope, garrafada, emplastro, bochecho, inalação, molho, cocção, maceração em água ou álcool, suco, ingestão *in natura* das plantas medicinais (VARGUEZ et. al., 2014; CASSINO, 2010; OLIVEIRA et.al., 2010).

As apresentações, assim como as plantas medicinais, utilizadas em fitoterápicos populares, regulamentadas ou não pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, têm apresentado crescente importância no cenário internacional, com a comprovação de ações farmacológicas relevantes e de excelente relação custo-benefício, por meio de resultados de pesquisas científicas publicadas. Com isso, um ramo da antropologia, a etnofarmacologia (estudo da farmacologia popular de um determinado grupo cultural), tem conquistado cada vez mais espaço entre as pesquisas fitoterápicas (BRASIL, 2009; ELISABETSKY, 2000).

3.2 ETNOBOTÂNICA E ETNOFARMACOLOGIA

A abordagem etnodirigida é uma das mais utilizadas no estudo de plantas medicinais, devido ao tempo e o baixo custo para coleta das informações. Tal abordagem consiste na seleção de espécies de acordo com a indicação de grupos populacionais específicos em determinados contextos de uso, enfatizando o saber tradicional e aplicação dos recursos

naturais no processo saúde-doença. Tanto a etnobotânica quanto a etnofarmacologia são disciplinas que tem se destacado no desenvolvimento de estudos de abordagem etnodirigida (ALBUQUERQUE, 2016).

Historicamente, a etnobotânica tem sido definida como "o estudo das inter-relações diretas entre seres humanos e plantas" (FORD, 1978) em sistemas dinâmicos (ALCORN, 1995). Atualmente, esta disciplina abrange o estudo das inter-relações das sociedades humanas com a natureza. Seu caráter interdisciplinar e integrador é demonstrado na diversidade de tópicos que pode estudar, aliando os fatores culturais e ambientais, bem como as concepções desenvolvidas por essas culturas sobre as plantas e o aproveitamento que se faz delas (ALCORN 1995; ALEXIADES; SHELDON 1996; ALBUQUERQUE 2016).

Neste sentido, especula-se que a origem da etnobotânica é coincidente com o surgimento da própria espécie humana, ou melhor, com o início dos primeiros contatos entre esta espécie e o Reino Vegetal (SCHULTES; REIS, 1995). Esta é uma noção de etnobotânica que a toma como algo próprio de uma cultura ou sociedade (ALBUQUERQUE, 2016).

A etnobotânica é uma disciplina científica relativamente nova que não tem sido sistematizada e formalizada como outras ciências já estabelecidas; entretanto, tem sido praticada por muitos cientistas que a valorizam e a reconhecem como de papel relevante no desenvolvimento dos povos (HAMILTON et al., 2003). Na realidade, a etnobotânica é antiga em sua prática, mas jovem em sua teoria, pois diferentes estudos demonstram que sua história remonta às relações entre os seres humanos e as plantas, e aos domínios da botânica aplicada e da etnografia botânica (SOBRAL; ALBUQUERQUE, 2016; HAMILTON et al., 2003).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, a construção e a transformação da etnobotânica acontece em um cenário de diversidade cultural (envolvendo os conhecimentos e práticas de seus habitantes) e de diversidade biológica, que constituem um patrimônio valioso, com a inclusão de plantas de interesse e potencial de mercado que podem ser possíveis fontes de geração de renda com sustentabilidade ambiental (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Desde o início do século XX, muitos trabalhos realizados podiam ser considerados etnobiológicos, mas no Brasil a produção científica nessa área começou a se expandir na década de 1970 (DIEGUES et al, 2001). O botânico Richard Evans Schultes foi um dos pioneiros nos estudos brasileiros, ao trabalhar com índios do noroeste da Amazônia descreveu o preparo e a utilização de inúmeras plantas empregadas como medicamentos, alucinógenos, anticoncepcionais, entre outros. (AMOROZO, 1996).

No final do século XX, Prance (1991) ressaltou a importância de realizarem-se estudos etnobotânicos entre populações rurais tradicionais, como ribeirinhos amazônicos. Segundo

ele, estas populações podem guardar heranças de conhecimentos, procedimentos relativos ao uso de plantas oriundas de grupos indígenas há muito tempo extintos.

Os povos da floresta amazônica exploram uma flora extremamente variada e praticamente desconhecida do aspecto farmacológico e etnobotânico (OLIVEIRA et al. 2009). Assim, a etnobotânica é uma disciplina capaz de proporcionar a conservação destes recursos, por beneficiar a preservação do conhecimento sobre o uso de plantas medicinais (BETTEGA, 2011; ALBUQUERQUE, 2016). Além disso, a etnobotânica permite planejar a pesquisa a partir de um conhecimento empírico já existente e muitas vezes consagrado pelo uso contínuo, que deverá então ser testado em bases científicas (ELISABETSKY, 2003).

O registro de plantas medicinais utilizadas de modo terapêutico por grupos humanos tem oferecido base para o desenvolvimento de estudos fitoquímicos e farmacológicos de novas drogas. Estes estudos são conhecidos como etnofarmacológicos por compreenderem a exploração científica do uso tradicional dos vegetais, desde as formas de manejo, como também, as formas de preparo, dose, indicação terapêutica, enfim todas as informações necessárias para favorecer o estudo científico (ELISABETSKY, 2003).

As disciplinas se complementam à medida que a etnobotânica se dedica no sentido mais amplo da compreensão das relações entre o homem e a flora que o cerca, valorizando a diversidade cultural e vegetal, incluindo todas as formas de percepção e apropriação dos recursos vegetais; enquanto a etnofarmacologia visa a exploração científica interdisciplinar de agentes biologicamente ativos, tradicionalmente empregados ou observados pelo homem (ELISABETSKY, 2000).

A etnofarmacologia pode abranger desde “a identificação e registro dos diferentes usos medicinais de plantas por diferentes grupos” (DI-STASI, 2005) até a clássica noção de observação, descrição e investigação experimental das drogas indígenas e suas atividades biológicas defendida por Bruhn e Holmstead (1980).

Como estratégia para o estudo de plantas medicinais a abordagem etnofarmacológica consiste em combinar informações adquiridas junto a comunidades locais com estudos fitoquímicos, farmacológicos, toxicológicos, botânicos e agrônômicos realizados em laboratórios especializados. Portanto, a análise dos dados pode ser realizada por meio de revisão sistemática da literatura ou análise experimental. O estudo etnofarmacológico permite a formulação de hipóteses relacionadas as atividades farmacológicas e as substâncias ativas responsáveis pelas áreas terapêuticas destas plantas pelas populações que a utilizam (ELISABETSKY, 2000).

Diversos povos e etnias são colaboradores tanto da etnobotânica quanto da etnofarmacologia, pois o conhecimento empírico serve como base para estas importantes ferramentas da ciência na procura de novos produtos naturais com ação curativa. No Brasil, os povos da floresta amazônica exploram uma flora extremamente variada e praticamente desconhecida no aspecto farmacológico, assim a etnobotânica é capaz de proporcionar a conservação destes recursos à medida que beneficia a preservação do conhecimento sobre o uso de plantas medicinais (BETTEGA, 2011).

3.3 COMUNIDADES E POVOS TRADICIONAIS RIBERINHOS

Um povo ou comunidade tradicional é definido como:

Um grupo culturalmente diferenciado que se reconhece como tradicional, e possui formas próprias de organização social, ocupa e utiliza territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007, Art. 3º I).

Segundo Cunha e Almeida (2001), as populações tradicionais são grupos que conquistaram ou estão lutando para conquistar uma identidade pública que incluem algumas e não necessariamente todas as seguintes características: o uso de técnicas ambientais de baixo impacto, formas eqüitativas de organização social, a presença de instituições com legitimidade para fazer cumprir suas leis, liderança local e, por fim, traços culturais que são seletivamente reafirmados e reelaborados.

Observa-se que as populações tradicionais da Amazônia construíram ao longo das gerações, um conjunto considerável de conhecimentos e práticas sobre o mundo natural e a biodiversidade, fundamental para sua sobrevivência na floresta e à beira dos rios e lagos; e que essas populações, poderão contribuir positivamente e participar na conservação e na utilização sustentável da biodiversidade (DIEGUES; ARRUDA, 2001).

As comunidades tradicionais ribeirinhas fazem parte dos povos da floresta. Segundo o Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia, os povos da floresta são os habitantes tradicionais da Floresta Amazônica – índios, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, entre outros – que baseiam seu modo de vida na extração de produtos como a borracha, a castanha, a batata, os óleos vegetais e outros. Além disso, dedicam-se à caça e à pesca não predatória, bem como à agricultura de subsistência. Os povos da floresta são grupos sociais que precisam da mata e dos rios para sobreviver, e sabem como utilizar os recursos naturais sem destruí-los (IMPA, 2014).

Os primeiros estudos sobre caboclos-ribeirinhos aparecem nos anos cinquenta, com os trabalhos pioneiros de Galvão (1951), Wagley (1952) e Sternberg (1998). Neste período Wagley (1952) sugere que a crença em diversos seres sobrenaturais tem influência sobre as atividades de caça e pesca no ambiente ribeirinho. Para o autor determinadas crenças em seres sobrenaturais podem influenciar as comunidades a usar plantas e outros recursos para tratamento dos males do corpo e do espírito.

O termo “ribeirinho” refere-se àquele que anda pelos rios. O rio constitui a base de sobrevivência dos ribeirinhos, fonte de alimento e via de transporte, graças, sobretudo às terras mais férteis de suas margens. Os ribeirinhos possuem um vasto conhecimento da várzea, do rio e da mata, coletando alimentos, fibras, tinturas, resinas, ervas medicinais, bem como materiais de construção (SILVA et al., 2010).

As populações tradicionais não-indígenas na Amazônia caracterizam-se, sobretudo, por suas atividades extrativistas, de origem aquática ou florestal terrestre, onde vivem em sua maioria, à beira de igarapés, igapós, lagos e várzeas. Quando as chuvas enchem os rios e riachos, esses inundam lagos e pântanos, marcando o período das cheias que, por sua vez, regula a vida dos ribeirinhos (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

As preocupações na vida cotidiana dos ribeirinhos são determinadas pelas cheias/vazantes dos rios, pelo sol e pela chuva, pelos dias e pelas noites. Sua temporalidade é própria de quem vive nas várzeas (SCHERER, 2004a, 2004b). O tempo é definido pela natureza e pela cultura, pelos mitos e tradições. A crença em diversos seres sobrenaturais tem influência sobre as atividades de caça e de pesca ribeirinha (WAGLEY, 1952). A reprodução dos modos de vida dessa população é assegurada por meio da história oral (FRAXE, 2000).

As comunidades ribeirinhas da Amazônia são compostas em sua maioria por moradores que dividem o tempo entre a agricultura e a pesca artesanal, sendo essa a sua maior fonte de proteína animal. Essa pesca é de subsistência, mas eventualmente, a produção excedente é comercializada, principalmente no período de seca. Esse pescador é usualmente classificado como pescador-lavrador ou polivalente (SILVA et al., 2010).

Muitas dessas comunidades ribeirinhas são marcadas por acentuado grau de isolamento e exclusão social. Com pouca organização social e baixo poder de influência política, e bastante distanciados dos grandes centros decisórios, os ribeirinhos são incluídos forçadamente nas políticas públicas gerais governamentais sem que as especificidades de seu modo de vida sejam consideradas. No geral, isso se reflete nos grandes problemas que os assolam na esfera econômica, de educação e de saúde (SILVA et al., 2010).

De acordo com Diegues (1996), essas comunidades tendem a apresentar baixa densidade populacional, principalmente nas regiões tropicais e fraco poder político. Como, essas populações desenvolveram estilos de vida baseados em relações de proximidade com a natureza – apresentam baixos padrões de consumo e não têm outras fontes de renda – é de fundamental importância para a sua sobrevivência o uso sustentável dos recursos naturais, de forma a não esgotá-los. A manutenção deste estilo de vida favorece a preservação dos recursos naturais e da biodiversidade neles contida.

O acesso as comunidades ribeirinhas é por via fluvial em viagens que podem demorar horas ou dias de distância do centro urbano. A maioria delas não possui elementos típicos de áreas urbanas, como acesso a meios de comunicação, energia elétrica, água encanada e saneamento básico, assim como o padrão de ocupação de espaços com alinhamento das casas e ruas, mantendo forte relação com a sede municipal para compras, transações bancárias, consultas médicas, exames e internações hospitalares (SOUSA, 2009).

As habitações são geralmente de madeira, denominadas regionalmente como palafitas¹, podendo variar sua estrutura arquitetônica, tendo apenas um cômodo, com cozinha externa, ou cozinha interna com mais dois ou três cômodos. Os banheiros em sua maioria, são externos e sem vaso sanitário, contendo apenas latrinas e fossas. Como não existe água encanada no ambiente ribeirinho, a água para consumo pode ser proveniente do rio, igarapé ou poço. As comunidades maiores contam com um centro social, uma escola, uma capela, uma canoa com “rabeta” (motor), uma casa de farinha e um campo de futebol (SOUSA, 2009).

Diversos produtos à base de plantas e animais são utilizados pelos ribeirinhos para a cura de uma infinidade de doenças. E somente em casos mais graves os doentes procuram atendimento nos municípios mais próximos (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007; SIMÕES et al., 2004).

A transmissão de conhecimento nessas comunidades é um procedimento feito oralmente e por este método é perpetuado nas novas gerações, sendo então chamado de transmissão vertical. O conhecimento é passado no dia-a-dia durante diversas atividades que são efetuadas pelos grupos. Ao longo do tempo esse conhecimento vai se estratificando, ou seja, dependendo da função da pessoa no grupo, dominando um determinado tipo de conhecimento, como por exemplo, sobre o uso das plantas. Existem também aqueles que possuem um saber especializado como os pajés, rezadores, benzedores e as parteiras, que de alguma forma possuem um papel diferente daquele do dia-a-dia, no grupo (AMOROZO, 2002; SILVA et al., 2010).

A construção do saber tradicional possui inúmeras peculiaridades. É um saber alicerçado na vivência dos indivíduos, nas suas relações pessoais, sociais e também com o ambiente. Pode-se afirmar que o conhecimento tradicional é fruto do trabalho e das descobertas de um grupo, o que justifica sua riqueza e diversidade. No caso de comunidades ribeirinhas,

O mundo camponês cria e recria estilos, formas e sistemas próprios de saber, de viver e de fazer, de reproduzir frações da vida, da sua ordem social e da reprodução da vida camponesa. Para cada tipo de atividade do ciclo rural, há um repertório próprio de conhecimentos, cuja rusticidade apenas esconde segredos e saberes de uma grande complexidade (BRANDÃO, 1986, p.15).

Muitas sociedades tradicionais ou autóctones possuem uma vasta farmacopéia natural, em boa parte proveniente dos recursos vegetais encontrados nos ambientes naturais ocupados por estas populações, ou cultivados em ambientes antropicamente alterados (AMOROZO, 2002).

Para Elisabetsky (2003), a perda da biodiversidade e o acelerado processo de mudança cultural acrescentam um senso de urgência no registro desse saber tradicional. Além disso, segundo a autora, o Brasil é um país rico em diversidade de recursos genéticos e culturais, com pessoas que manuseiam seu ambiente, conhecendo-o em detalhes e no todo de suas conexões e inter-relações.

Portanto, o respeito a essas relações e conhecimentos do homem com o meio que o cerca é fundamental para a manutenção cultural dos povos tradicionais (ELISABETSKY, 2003). Para tanto o profissional de saúde pode lançar mão de ferramentas metodológicas e teóricas da etnoenfermagem, para o alcance de uma assistência culturalmente coerente com a realidade ribeirinha.

3.4 ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

Segundo a antropologia médica não é possível analisar uma prática de cuidado em saúde de forma isolada, pois os aspectos sociais e culturais, em especial sua organização social, religiosa, política e econômica, estão constantemente envolvidos no processo de cuidado e cura. Portanto, o sistema de cuidado de qualquer comunidade está entrelaçado nesses aspectos e baseia-se nas mesmas presunções, valores e visões de mundo (HELMAN, 2009).

Especificamente na área da enfermagem existe um sub-campo que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com relação à enfermagem e as práticas de cuidados de

saúde-doença, às crenças e aos valores, tendo por meta proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença, denominado Enfermagem Transcultural (LEININGER & McFARLAND, 2006).

A teoria que fundamenta esta prática é denominada Teoria do Cuidado Cultural, publicada em 1991 pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger. O propósito da Teoria foi descobrir as Diversidades e Universalidades do ser humano, no contexto mundial, e os meios de prover o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade). A finalidade é manter ou retornar o bem-estar (saúde), ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Esta última é constituída por valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Para ajudar o enfermeiro a reconhecer um mundo cultural de vida com diferentes forças ou influências das condições humanas e que precisam ser consideradas ou descobertas para prover o cuidado holístico, satisfatório e significativo para os indivíduos, grupos ou instituições, Madeleine Leininger criou o “Modelo de *Sunrise*” (Figura 1). Por meio deste modelo, o enfermeiro identifica múltiplos fatores previstos para influenciar nas expressões do cuidado cultural e seus significados.

Segundo Leininger e Mc Farland (2006, p.24):

O *sunrise* serve como mapa cognitivo para descobrir os fatores embutidos e múltiplos relacionados à teoria, tendências e suposições com o domínio específico de inquirição sob estudo. Este diagrama visual leva o pesquisador a buscar amplamente vários fatores influenciando o cuidado dentro de qualquer cultura sob estudo.

Nesse modelo são levantadas as forças/influências que, devidamente analisadas, propiciam o cuidado cultural. São elas: as dimensões da estrutura cultural e social; o contexto ambiental; e os sistemas popular e profissional (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Fonte: LEININGER; McFARLAND, 2006. p.25

Figura 1 - Modelo de Sunrise

No “Modelo de Sunrise”, a enfermagem se apresenta como a intercessão entre os sistemas popular e profissional da área de saúde. O enfermeiro na promoção em saúde em geral ocupará o papel de cuidador direto, aquele que tem o maior contato com o cliente, realiza a ligação entre eles e os profissionais, um comunicador/educador.

O resultado prático desse sistema interligado são as decisões e as ações do cuidado de enfermagem, e estão divididas em três propostas, levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas: Preservação, Acomodação e Repadronização do Cuidado (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Preservação constitui o cuidado já praticado por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. Acomodação são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais. Repadronização são ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos e grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar

seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Ao utilizar o Modelo de *Sunrise* como um guia, os enfermeiros descobrem novas perspectivas sobre cuidado, procuram as diferenças e as semelhanças de uma cultura, um grupo ou individualmente.

Os sistemas de cuidado devem ser explorados profundamente, pois na maioria das sociedades, as pessoas que sofrem de desconforto físico ou emocional têm diversas formas de ajudar a si mesmas ou de procurar ajuda de outras pessoas por meio dos sistemas (HELMAN, 2009). Portanto, o sistema popular e o profissional proposto na Teoria do Cuidado Cultural será analisado mais profundamente sob o referencial teórico de Kleinman (1980). Este autor sugere que ao examinar qualquer sociedade complexa é possível identificar três setores de cuidado – e não somente dois – sobrepostos e interconectados, a saber: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional. Deste modo, o *setor popular* proposto na Teoria do Cuidado para o cuidado popular será dividido em *setor informal* e *setor popular folk* (KLEINMAN, 1980). Cada setor tem seus próprios meios de explicar e tratar a má saúde, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificar como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu encontro terapêutico.

O **setor informal** é o domínio leigo, não profissional, não especialista da sociedade, em que a má saúde é reconhecida e as atividades de cuidado são iniciadas. Ele inclui todas as opções terapêuticas que as pessoas usam, sem qualquer pagamento e sem consultas a curandeiros ou médicos. Entre essas opções estão: autotratamento ou automedicação; conselhos ou tratamento dados por parentes, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho; atividades de cura e cuidado mútuo em uma igreja, culto ou grupo de autoajuda; consulta com outra pessoa leiga que possui experiência específica com um distúrbio em particular ou com o tratamento de um estado físico (HELMAN, 2009). Neste setor, a principal arena dos cuidados de saúde é a família; é aqui que muitos casos de má saúde são reconhecidos e, então, tratados.

No **setor popular folk**, comum em sociedades não-industrializadas, certos indivíduos especializam-se em formas de cura que são sagradas ou seculares, ou uma mistura das duas. Esses curandeiros não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. Existe uma ampla variação nos tipos de curandeiros populares em qualquer sociedade, de especialistas puramente seculares e técnicos, como quiropráticos, parteiras, pessoas que extraem dentes ou herbalistas (herboristas), até aqueles que realizam curas espirituais, clarividentes e xamãs (HELMAN, 2009).

Finalmente, o **setor profissional** compreende as profissões de cura organizadas, legalmente sancionadas, como a medicina científica ocidental moderna, também conhecida como alopatia ou biomedicina. Ele inclui não somente médicos de vários tipos e especialidades, mas também outras profissões reconhecidas, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros (HELMAN, 2009).

Estudos revelam que o conhecimento tradicional de plantas medicinais se difunde entre os setores informal e popular *folk*, sendo possível encontrar pessoas com notório saber em ambos (ELISABETSKY, 2000; CASSINO, 2010; GALABUZI et.al., 2010). Portanto, a identificação desses indivíduos dentro de comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, assim como o estudo do saber popular que embasa o cuidado de enfermidades com o uso de plantas medicinais, por meio de estudos etnobotânicos, podem promover o intercâmbio de saberes, a descoberta de fármacos fitoterápicos em potencial e o fortalecimento das práticas populares pelo saber científico.

4.

Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo Etnobotânico, de abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Amorozo e Viertler (2008), as relações entre o ser humano e seu ambiente não podem ser estabelecidas em termos de determinismos, dado que são mediadas por sistemas simbólicos que incluem crenças, mitos, padrões éticos, estéticos e de organização social extremamente variáveis. Assim, a abordagem qualitativa, por aprofundar-se no conhecimento de processos e relacioná-los aos aspectos do contexto onde ocorrem, disponibiliza ferramentas muito úteis para entender as relações das populações humanas com seu ambiente.

A abordagem quantitativa, exploratória e transversal, por sua vez, permite estimar a importância relativa de espécies vegetais para determinadas culturas e identificar padrões de distribuição do conhecimento (BEGOSSI et al., 2002). Os dados qualitativos e quantitativos não são opostos e sim complementares, pois contribuem para a compreensão de diferentes aspectos da mesma realidade (AMOROZO; VIERTLER, 2008).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo é a comunidade ribeirinha Nossa Senhora da Conceição do Boam, no município de Coari, Amazonas. O mesmo está localizado na região central do estado do Amazonas, as margens do rio Solimões (Figura 2), a 363Km em linha reta da capital Manaus. Apresenta uma área geográfica de 57.921,914Km² entre zonas de várzeas e terras firmes, e uma densidade populacional baixa de 1,3 habitante/Km² (IBGE, 2010).

Fonte: IBGE, 2016.

Figura 2 - Localização de Coari no estado do Amazonas.

O acesso a Coari é realizado somente por via fluvial, uma viagem de cerca de 9 a 30 horas de viagem a depender da embarcação. Por via aérea, a viagem dura em média uma hora, até a capital Manaus. O acesso a comunidade estudada se dá somente por via fluvial, sendo que em épocas de seca além do barco, deve-se fazer uma caminhada de cerca de 4 horas pela floresta, pois a comunidade fica inacessível pelo rio.

No que tange a população, verifica-se uma curva ascendente. Segundo Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, foram registrados 75.965 habitantes (IBGE, 2010). Portanto, um crescimento populacional de 14%, posicionando o município como a 5º maior população do Estado do Amazonas.

O censo de 2010 contabilizou 49.651 (65,4%) habitantes em meio urbano e 26.314 (34,6%) habitantes em comunidades ribeirinhas (área rural) (IBGE, 2010). Destes, a maioria (76,2%) é de raça parda e, 17% da população com idade acima de 15 anos é analfabeta (FERNANDES, 2012).

O estudo foi realizado na Comunidade ribeirinha Nossa Senhora da Conceição do Boam, citada no presente estudo como Comunidade do Boam, como é chamada pela população local. A comunidade está situada na região do Lago de Coari no município de Coari, Estado do Amazonas, Brasil. Foi fundada há 35 anos pela doação da área por um Major, antigo dono do terreno, que cedeu a terra aos trabalhadores rurais de sua propriedade para o desenvolvimento de uma comunidade. Atualmente possui 38 famílias, com 132 moradores (Figura 3).

Figura 3 - Comunidade do Boam. Coari (AM), 2015.

A distribuição da população por **faixa etária** apresenta-se de forma equilibrada entre crianças, adolescentes e adultos, conforme apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população da comunidade do Boam quanto a faixa etária. Coari, AM. 2015.

FAIXA ETÁRIA	n	%
crianças (0 a 9 anos)	44	33,3
adolescentes (10 a 19 anos)	36	27,3
Adultos (20 ou mais)	52	39,4
TOTAL	132	100

Fonte: Entrevista com o Agente Comunitário de Saúde. Coari, 2015.

Quanto a distribuição da população por **sexo e faixa etária** pode-se observar uma discreta predominância do sexo masculino entre as crianças de 0 a 9 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população da comunidade do Boam por sexo e faixa etária. Coari, AM. 2015.

FAIXA ETÁRIA	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	N	%	N	%
crianças (0 a 9 anos)	24	54,5	20	45,5
adolescentes (10 a 19 anos)	18	50,0	18	50,0
adultos (20 anos ou mais)	26	50,0	26	50,0
TOTAL	68	51,5	64	48,5

Fonte: Entrevista com o Agente Comunitário de Saúde. Coari, 2015.

Quanto à infraestrutura e tecnologias, observa-se que a comunidade possui luz elétrica 24h; água de poço não encanada; os moradores se transportam por meio de rabetas (canoas com motor) e canoas; a maioria dos moradores possui televisores, rádios e celulares, sendo que apenas uma operadora alcança a região e não existe acesso a internet.

Os comunitários do Boam residem em sua maioria em palafitas, com exceção de uma família que possui sua casa de alvenaria. As palafitas são elevadas, devido as cheias sazonais

que ocorrem entre os meses de junho a agosto. Existem duas opções de água para consumo na comunidade, a água oriunda do poço artesiano e a água do lago. O meio de transporte comum entre eles é a rabeta que demanda uma hora para chegar no centro urbano, visitado mensalmente pelos depoentes, no intuito de receber pagamentos ou fazer negócios (Figura 4).

Figura 4 - Características da comunidade de Boam. Coari (AM), 2015.

Embora a religião da maioria dos comunitários seja a católica, há dois missionários evangélicos implantando uma igreja Batista na localidade. Quanto aos fatores políticos, a comunidade possui um líder comunitário eleito pelos moradores. A economia da comunidade gira em torno da produção agrícola de banana e açaí, extração da castanha, fabricação de farinha (Figura 5) e bolsas sociais do governo. Os comunitários têm acesso a uma escola pública, que oferece cursos da alfabetização ao ensino médio. A comunidade possui um cemitério para as crianças (Figura 6), segundo informações com cerca de 100 corpos, a maioria das causas de morte é a “doença de criança”, caracterizada por eles como uma doença de origem espiritual de definição e diagnóstico complexo. Para o lazer existe uma quadra de futebol de terra batida e todas as famílias têm o hábito de assistir televisão a noite.

Figura 5 - Casa da farinha. Coari, AM 2015

Figura 6 - Cemitério das crianças. Coari, AM, 2015

Atualmente os serviços de saúde de Coari são compostos por um hospital de média complexidade com 89 leitos (Hospital Regional de Coari – HRC); 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que uma delas está localizada na região central de Coari e seus serviços são destinados a populações ribeirinhas; um Instituto Tropical de Medicina; um barco hospital para cobrir todas as comunidades ribeirinhas; um Laboratório Central de Análises Clínicas; um Serviço de Emergência; um Núcleo de Vigilância Sanitária; um Centro de Atenção Psicossocial. Além da equipe de saúde presente nos serviços supracitados, cada comunidade ribeirinha conta com o apoio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

4.3 INFORMANTES DO ESTUDO

As informações para o estudo etnobotânico foram obtidas por meio de entrevistas com os moradores do local. Em estudos desse método, pode se constituir em um informante, qualquer membro de uma sociedade que possua “competência cultural”, ou seja, qualquer membro de uma determinada sociedade que detenha conhecimentos suficientes sobre sua cultura, para poder atuar de forma satisfatória em suas expressões habituais (ALBUQUERQUE, 2016).

Mas, é importante ressaltar que o acervo de conhecimento sobre o uso de plantas medicinais não é igualmente distribuído na população, geralmente com o avanço da idade o acúmulo de conhecimentos é bem maior. Há também aqueles indivíduos que possuem maior poder intelectual e adquirem com isso maiores conhecimentos, a aqueles que se interessam naturalmente, e aqueles que detêm o conhecimento que somente os especialistas, como, parteiras, curandeiros e rezadores possuem.

Os dados foram obtidos de dois tipos de informantes: *informantes especialistas* que são pessoas reconhecidas pela comunidade como tendo conhecimento profundo sobre o uso de plantas nativas e/ou introduzidas na produção de remédios e na promoção da cura (GAZZANEO et al., 2005) e os *informantes gerais* constituídos por indivíduos responsáveis pelo cuidado domiciliar em caso de enfermidade, mas não reconhecidos pela comunidade como pessoas com notório saber em plantas medicinais.

Neste estudo utilizaram-se os *informantes especialistas* do setor popular ou informal para a análise da terapêutica com plantas medicinais e os *informantes gerais* para identificar a presença da fitoterapia popular na prática de saúde e seus especialistas no itinerário terapêutico.

4.3.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade dos *informantes especialistas* foram: idade superior a 18 anos; residente nas comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões – Coari – Amazonas há mais de cinco anos – devido a propriedade cultural necessária para a pesquisa; especialista do *setor popular* ou do *setor informal* elegidos pela comunidade devido ao seu notório saber no uso de plantas medicinais.

Os critérios de elegibilidade dos *informantes gerais* foram: idade superior a 18 anos; residente na comunidade ribeirinha na região do médio Solimões – Coari – Amazonas há mais de cinco anos; responsável pelo cuidado em saúde dos familiares no próprio domicílio.

4.3.2 Informantes Especialistas

Os informantes especialistas foram os primeiros a serem captados. Foi realizada uma amostragem intencional não-probabilística. Os informantes foram identificados através da técnica Bola de Neve (*snow ball*), segundo a qual um primeiro especialista, reconhecido a partir do contato inicial com a comunidade, indica outro especialista, e assim sucessivamente. Esta é uma técnica adequada para trabalhos que visam explorar os sistemas locais de cura de uma comunidade (ALBUQUERQUE; LUCENA; NETO, 2008).

Em um primeiro momento, após conversas informais com os moradores, estes foram convidados a definir os primeiros informantes do trabalho, escolhidos com base no conhecimento com relação ao uso de plantas medicinais. Devido às características desta técnica amostral, o quantitativo de informantes especialistas se deu apenas após a finalização

da pesquisa. Assim, foram encontrados nove indivíduos com notório saber em plantas medicinais; entretanto, apenas oito atenderam aos critérios de elegibilidade para informantes especialistas.

Os informantes especialistas eram predominantemente do sexo feminino ($n=7$, 87,5%), com idade variando entre 20 e 76 anos e a idade média de 51 anos. O número médio de filhos entre os depoentes foi em torno de sete. Quanto ao estado civil, a mais idosa das depoentes era viúva e os demais viviam em união consensual estável ou eram casados. A cor autodeclarada de sete depoentes foi parda e um branco.

O interior do Amazonas é o local de nascimento de sete dos informantes especialistas, sendo que cinco nasceram na região dos rios Juruá e Carauari, dois no Município de Coari e apenas um nascido na capital do Estado. Entretanto, o tempo médio de moradia na comunidade do Boam era cerca de 30 anos.

O número médio de pessoas na residência dos informantes especialistas era em torno de quatro pessoas, em residências de dois cômodos, todas palafitas, situadas as margens do lago. Todos os informantes especialistas possuíam energia elétrica em suas residências, sete destes tinham televisão, quatro com rádio e sete com celulares.

Entre os informantes especialistas foi possível observar que a origem da água bebida por seis dos depoentes é do poço, um consome água do rio e um do igarapé. Para preparar e cozinhar os alimentos apenas três depoentes utilizam a água do poço, quatro utilizam a água do lago e um utiliza a água do igarapé. Apenas dois depoentes tratam a água com cloro e um apenas cõa a água, enquanto o restante não utiliza nenhuma forma de tratamento na mesma.

A religião de sete dos especialistas é a católica e um se autodeclara evangélico. A renda média dos especialistas é de R\$ 627,13 (cerca de US\$180), sendo as fontes de renda: a agricultura, aposentadoria por idade, comércio local próprio e bolsas de Programas Sociais do Governo Federal. A agricultura atualmente é desenvolvida por quatro destes, sendo que todos já tiveram alguma experiência na área de cultivo em algum momento da vida. Quanto a escolaridade, apenas dois depoentes declararam saber ler e escrever, sendo que um estudou até o ensino médio e o outro até a oitava série do ensino fundamental.

4.3.3 Informantes gerais

Com o intuito de conhecer o itinerário terapêutico da comunidade, assim como a presença da fitoterapia popular e seus especialistas, após a coleta de dados com os informantes especialistas, foi realizada uma amostragem intencional com as famílias da

comunidade. Foi selecionado um indivíduo de cada família, que deveria ser responsável pelo cuidado domiciliar em casos de adoecimento.

A comunidade possuía 38 famílias e quando subtraídas as 9 famílias de informantes especialistas deu um total de 29 famílias, cada uma com um informante geral. Entretanto, as casas ribeirinhas comportavam mais de uma família por habitação e cada habitação possuía apenas um cuidador do setor informal e, além disso, muitas famílias encontravam-se fora da comunidade durante a coleta de dados. Assim, totalizou-se uma amostra de 11 informantes gerais. Vale ressaltar que o total de famílias pesquisadas, representada pelos informantes gerais e especialistas representaram 53% (n=20) do total de famílias de Boam.

4.4 COLETA DE DADOS

O uso das plantas para fins terapêuticos está inserido em um contexto social e ecológico que vai, de muitas formas, moldá-lo, de modo que várias das peculiaridades deste emprego não podem ser entendidas se não se levar em consideração fatores culturais envolvidos, além do ambiente físico onde ele ocorre. O conhecimento tradicional é um sistema integrado de crenças e práticas características de grupos culturais diferentes, e os povos tradicionais, geralmente, afirmam que a “natureza” para eles não é somente um inventário de recursos naturais, mas representa também as forças espirituais e cósmicas que fazem da vida o que ela é (AMOROZO; VIERTLER, 2008).

Deste modo, torna-se essencial a utilização para coleta de dados o método etnográfico, que usa basicamente procedimentos de campo comuns na pesquisa antropológica. É um método versátil que utiliza várias técnicas diferentes, de modo a permitir variadas abordagens de acordo com as diversas situações encontradas na pesquisa. Entre as técnicas deste método, citam-se: a observação-participante, entrevistas formais e informais gravadas ou anotadas e histórias de vida, além de técnicas quantitativas como o uso de formulários estruturados. Amorozo e Viertler (2008), ainda completam que o mais proveitoso é combinar as diversas formas de coleta de dados, de acordo com os interesses e a situação de campo. Portanto, neste estudo foram utilizados: a observação-participação-reflexão (OPR) da comunidade, entrevista estruturada (APÊNDICE A) e semi-estruturada (APÊNDICE B) para todos os informantes, a

turnê-guiada com os informantes especialistas (para fotografia e coleta do material botânico) e exsicata¹ das plantas medicinais no Herbário do Instituto Federal do Amazonas.

A coleta de todos os dados ocorreu em três fases entre os meses de janeiro de 2015 a maio de 2016. No mês de janeiro de 2015 ocorreu a primeira fase de coleta com a observação-participação-reflexão, a realização das entrevistas, coleta de amostras e turnê-guiada que durou 45 dias; no mês de novembro de 2015 houve o retorno a comunidade para coleta de outras amostras por quatro dias; a terceira fase ocorreu entre os meses de dezembro de 2015 e maio de 2016 quando foi realizado o processo de depósito e identificação das plantas em herbário (exsicata das plantas).

4.4.1 Observação-Participação-Reflexão

AOPR (Observação-Participação-Reflexão) foi utilizada com a finalidade de obter acesso à comunidade, explorar o contexto, conhecer o modo de vida dos comunitários e como eles utilizam a prática terapêutica com plantas medicinais e se relacionam com o ambiente.

Foram utilizados neste estudo as quatro fases do Capacitador Observação, Participação e Reflexão (OPR) em etnoenfermagem de Leininger, que pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 - As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão de Leininger.

Fases	1	2	3	4
	Observação & Ação ativa de ouvir (sem participação ativa).	Observação com participação limitada.	Participação com observações continuadas.	Reflexão e reconfirmação de resultados com os informantes.

Fonte: Leininger e McFarland, 2006

Na Fase 1 – Observação & Ação Ativa de Ouvir, o pesquisador concentra-se nas observações. Observar e escutar são aspectos essenciais. O observador busca obter uma visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permite verificar o que está ocorrendo antes

¹ Exsicata é a denominação dada a um fragmento ou exemplar vegetal, dessecado e prensado, acompanhado de uma ou mais etiquetas, com informações diversas sobre o espécime (nome da espécie, local e data de coleta, nome do coletor, entre outros), e conservado em herbário para estudo (ALBUQUERQUE et al 2014).

que a situação seja influenciada pela participação de um estranho. Nesta fase, o observador é também observado e testado pelos informantes (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Figura 7 - Observação atenta dos hábitos da comunidade

Na Fase 2 – Observação com Participação Limitada, a observação é contínua, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começa a interagir mais com as pessoas e observa suas respostas (LEININGER ; McFARLAND, 2006).

Figura 8 - Fase 2 – início da interação na comunidade

Na Fase 3 – Participação com Observações Continuadas, o pesquisador torna-se um participante nas atividades dos informantes, o que dificulta realizar observações detalhadas de todos os aspectos. Ele desenvolve vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades. É importante, porém, que se mantenha sempre como observador atento, embora isto ocorra com menos intensidade (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Figura 9 - Fase 3 - filho da pesquisadora no banho de ervas infantil para influenza em Boam. Coari-AM, 2015

Figura 10 - Fase 3 –pesquisadora recebendo massagem para “desmentidura” (luxação) com fitoterápico e gordura animal realizada pela herborista e “curadora de desmentidura” da comunidade de Boam. Coari-AM, 2015.

Na Fase 4 – Reflexão e Reconfirmação de Resultado com os Informantes: o pesquisador faz observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Observação reflexiva significa “olhar para trás”, lembrar como se desenvolveu todo o processo e avaliar como as pessoas respondem ao pesquisador. Isto auxilia o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas

pessoas. Representa uma síntese de todo processo de forma seqüencial e particular, para obter uma visão global (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Para o registro dessas quatro fases foi utilizado um diário de campo com informações do cotidiano, do processo de coleta de material, das impressões, participações e reflexões que ocorreram durante todo o processo de coleta de dados.

4.4.2 Entrevistas

A entrevista é uma das formas básicas de obtenção de dados em estudos etnobotânicos (ALBUQUERQUE; LUCENA; ALENCAR, 2008). Neste trabalho, optou-se pela realização de duas técnicas de entrevistas, a semi-estruturada e estruturada participante com formulário previamente elaborado com questões abertas e fechadas. Em relação ao formulário, segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 212) é o roteiro de perguntas preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista de modo a preservar o contato face a face entre pesquisador e informante.

Para a coleta de dados etnobotânicos foi realizada uma entrevista semi-estruturada com roteiro específico e direcionado apenas aos informantes especialistas (APÊNDICE B). Este roteiro continha uma lista de tópicos a serem abordados, permitindo flexibilidade para aprofundamento em elementos que fossem surgindo durante a entrevista (ALBUQUERQUE; LUCENA; ALENCAR, 2008).

As perguntas foram lidas tal qual aparecem no instrumento, sendo anotadas as respostas dos participantes, sem nenhum método indutivo de resposta. Consentidas pelos informantes, as entrevistas foram registradas em gravador.

Para a descrição da comunidade e a caracterização dos informantes, foram utilizadas algumas questões do questionário do macro projeto “Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões – Amazonas”, onde o presente estudo está inserido. Estas questões estão na sessão A – composta por itens sobre o perfil socioeconômico e demográfico e na sessão C – composta por itens sobre o acesso aos serviços de saúde (APÊNDICE A) do instrumento de coleta de dados do macro projeto.

4.4.3 Turnês-guiadas

Os informantes especialistas foram convidados para a realização de turnês-guiadas (ou técnica *walk-in-the-woods*) e conduziram a pesquisadora às unidades de paisagem onde crescem os vegetais utilizados como recurso medicinal a fim de reconhecer em campo as plantas citadas pelos entrevistados (ALBUQUERQUE; LUCENA; ALENCAR, 2008). As plantas foram identificadas de acordo com a nomenclatura utilizada pelos ribeirinhos, fotografadas em loco e coletadas para depósito no herbário. A figura 11 retrata a turnê-guiada.

Figura 11 - Turnê-guiada em Boam com uma especialista da comunidade e a pesquisadora. Coari-AM, 2015.

4.4.4 Exsicata das plantas medicinais

Por se tratar de um estudo etnobotânico todas as plantas medicinais vindas da comunidade de Boam, inclusive galhos, sementes, cascas e óleos – em amostras secas e prensadas ou em recipiente de vidro imersas em álcool a 70% – foram identificadas com os nomes populares e depositadas no Herbário do Instituto Federal do Amazonas (IFAM).

Figura 12 - Exsicata das ervas medicinais.

No Herbário do IFAM, com o auxílio da pesquisadora (Figura 12), os galhos com folhas e flores foram podados respeitando o tamanho recomendado de 30cm, variando em ervas de pequeno porte, assim como as cascas e sementes foram prensadas individualmente e secas em estufas (herborizada) a 50°C por cerca de 5 a 7 dias. Após secagem, foram colocadas sob refrigeração a -5°C, permanecendo por 7 dias. Em seguida, as amostras foram fixadas em uma cartolina de tamanho padrão acompanhadas de rótulo contendo informações sobre o vegetal e o local da coleta. Os óleos foram identificados e colocados diretamente sob refrigeração. Todo o processo seguiu a metodologia usual para realização de exsicata (FIDALGO; BONONI, 1989). Ao final do processo todo o material vegetal foi identificado e depositado pelo curador local. As plantas foram classificadas em ordens e famílias segundo a classificação AGP III (Grupo *Angiosperm Phylogeny*)².

4.5 ANÁLISE DE DADOS

4.5.1 Análise qualitativa

Os valores culturais e crenças que envolvem o uso de fitoterápicos tradicionais foram analisados qualitativamente. Para a análise dos dados qualitativos foi realizada uma análise sistemática, profunda e rigorosa, dividida em quatro fases:

Fase I - Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima (Dados Não Trabalhados). O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo;

Fase II - Identificação e Categorização de Componentes. Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo;

Fase III - Padrão e Análise Contextual. Os dados são escrutinados para descobrir a saturação de idéias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados são também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim uma re-codificação;

Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações. Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

² AGPIII. The Angiosperm Phylogeny Group. Na update of the Angiosperm Phylogeny Group classification for the orders and families of flowering plants: AGPIII. Botanical Journal of the Linnean Society, 2009, 161, 105-121.

Para a análise dos dados, o pesquisador inicia pela Fase I analisando dados estabelecidos e detalhados antes de passar para a Fase II. Neste segundo estágio, o pesquisador identifica os “representados”, os “indicadores” e as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na Fase III, o pesquisador identifica os “padrões recorrentes” dos dados como derivados das Fases I e II. Na Fase IV, os “temas” do comportamento e de outros “resultados sumarizados da pesquisa” são apresentados e abstraídos dos dados como derivados das três fases anteriores. Em todas as fases, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O processo sistemático de análise de dados foi extremamente detalhado e rigoroso, pois só assim é possível entender os dados e rever os resultados e/ou conclusões. O detalhamento e o rigor são essenciais na procura pelos critérios da análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Do mesmo modo, Amorozo e Viertler (2008) defendem que a análise qualitativa se dá de forma cíclica, ou seja, realiza-se concomitantemente à coleta de dados, a fim de discernir similaridades conceituais e descobrir padrões. Assim, neste estudo, as unidades de paisagem delimitadas pelos informantes durante as entrevistas, foram categorizadas. Tal procedimento permite, com uma visão geral dos dados, refletir sobre o seu significado, podendo orientar nova coleta de dados. A análise foi considerada encerrada quando os novos dados coletados não proporcionaram mais *insights* que levassem a nova coleta de dados, possibilitando assim a construção da síntese final de um quadro coerente e consolidado da situação estudada (AMOROZO; VIERTLER, 2008).

Após análise temática, selecionaram-se parte dos diálogos transcritos que foram identificados com a letra “E” e o número do entrevistado e apresentados como trechos ilustrativos nos resultados.

4.5.2 Análise quantitativa

A fim de encontrar o problema de saúde e a categoria de doença, classificada pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2008), de maior importância relativa local foi calculado o Fator de Consenso do Informante (FCI) para cada doença, sistema e categoria de doença, por meio da metodologia proposta por Trotter e Logan (1986). O FCI é uma

técnica quantitativa de análise que permite indicar plantas e/ou doenças que gozam de maior consenso entre as pessoas, bastante usada por diferentes pesquisadores (AMIGUET et al., 2005; GAZZANEO et al., 2005; ALMEIDA et al., 2006; ALVES; ROSA, 2006).

Segundo Albuquerque et al. (2014), o pesquisador deve ordenar as indicações populares em subcategorias (ex. doenças, sistemas corporais, categoria de doença), o que permite uma análise mais detalhista das categorias de uso. O valor máximo do FCI é 1, quando ocorre um consenso completo entre os informantes de uma determinada espécie para uma doença específica. Obtém-se o FCI através da fórmula:

$$\text{FCI} = (n_{ur} - n_t) / (n_{ur} - 1), \text{ onde:}$$

FCI: Fator de Consenso do Informante; n_{ur} : número de citações de usos em cada subcategoria; n_t : número de espécies usadas nesta subcategoria.

As doenças foram elencadas de acordo com o recordatório dos informantes com os nomes populares e, posteriormente, foram transcritas para nomes clínicos. Para encontrar o FCI das categorias de doenças, os problemas de saúde/sintomas descritos pelos informantes foram padronizados de acordo com a classificação adotada pelo CID-10, sendo os seguintes capítulos: I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II - Neoplasias (tumores); III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; V - Transtornos mentais e comportamentais; VI - Doenças do sistema nervoso; VII - Doenças do olho e anexos; VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide; IX - Doenças do aparelho circulatório; X - Doenças do aparelho respiratório; XI - Doenças do aparelho digestivo; XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XIV - Doenças do aparelho geniturinário; XV - Gravidez, parto e puerpério; XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade. Se necessário será utilizada a classificação secundária de cada capítulo do CID-10 (OMS, 2008).

Além disso, foi identificada a planta mais versátil do estudo – por meio da análise da Importância Relativa – e a mais utilizada – através da análise do Valor de Uso.

Para a identificação e análise da Importância Relativa foi utilizada a proposta de Bennett e Prance (2000), na qual a planta é mais importante quanto mais versátil, ou maior número de indicações terapêuticas apresentar e quanto mais sistemas corporais pertencer.

O índice é dividido em dois fatores e o cálculo é feito de acordo com a fórmula abaixo, sendo dois (2) o valor máximo que uma espécie pode obter.

IR= NSC+NP, onde:

IR = importância relativa; NSC = número de sistemas corporais; NP = número de propriedades.

Os dois fatores são calculados pelas seguintes fórmulas:

NSC = NSCE/ NSCEV, e

NP = NPE/NPEV, onde:

NSCE= número de sistemas tratados por determinada espécie;

NSCEV= número total de sistemas corporais tratados pela planta mais versátil

NPE= número de propriedades por determinada espécie;

NPEV= número total de propriedades atribuídas a espécie mais versátil (ALBUQUERQUE et al. 2014).

Por fim, para a análise do uso terapêutico dos fitoterápicos tradicionais no intuito de encontrar a planta mais utilizada foi identificado o Valor de Uso. Esta é a técnica mais difundida e utilizada na atualidade por diferentes pesquisadores tais como Torre-Cuadros e Islebe (2003), Molaes e Ladio (2009) e Thomas et al. (2009) para identificar a planta mais importante para os participantes do estudo.

Existem diferentes formas de calcular o Valor de Uso de uma espécie. No presente estudo será utilizado o VU proposto por Rossato et al. (1999), que expressam o VU de uma espécie como o somatório do número de usos mencionados pelo informantes (U), dividido pelo número total de informantes (n). Assim:

$$VU = (\sum U)/n$$

A fim de analisar a prevalência de uso das plantas medicinais e doenças tratáveis com fitoterápicos populares, os dados quantitativos foram digitados e tabulados em planilhas Microsoft *Excel* 2010 para posterior análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando as diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto temático “AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAEE 33560914.0.0000.5392) (ANEXO A). O presente estudo é um sub-projeto desse projeto temático. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), assinado pelos informantes, além das autorizações institucionais pertinentes. Durante o estudo não foram observados fatos

que comprometessem a ética do estudo ou danos aos participantes. As imagens foram obtidas com consentimento dos participantes.

5.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CAPÍTULO I – CONHECENDO OS VALORES E CRENÇAS QUE ENVOLVEM O PROCESSO SAÚDE DOENÇA DO CONTEXTO RIBEIRINHO

Neste estudo, buscou-se captar dos **especialistas** locais seus conceitos de saúde, destacando-se alguns conceitos a saber:

Saúde é quando a gente não sente nada né? [...] porque quando tá curada, a gente num tá sentindo nada né? (E6)
 Saúde é coisa boa. Com a saúde, a gente tem tudo na vida né?! (E8)
 Quando eu estou rindo por aí. Agora, quando eu estou sentindo uma dor é diferente, não tem aquela alegria pra estar por aí. (E1)
 Saúde pra mim é tá bem, feliz! Isso é saúde pra mim. (E7)
 Saúde é saúde mesmo, quando a pessoa tá bem [...] é quando eu não sente mais nada. (E4)

Por meio da análise temática das falas acima observa-se que a saúde vai além da concepção de bem-estar físico, mental e social. Ela é vista como a ausência de sintomas físicos, mas também como o “tudo na vida” de uma pessoa e uma sensação boa.

A respeito da saúde autodeclarada, os especialistas locais não tiveram dificuldade de classificá-la, um (1) informante diz ser “muito boa”, quatro (4) dos informantes dizem ser “boa”, um (1) relata ser “regular” e dois (2) dizem ser “ruim”, estes últimos justificaram suas respostas pelo fato da doença colocá-los em estado de dependência de outras pessoas e limitá-los em seus afazeres do cotidiano.

Quanto a doença, os especialistas a definiram como:

Doença é uma coisa muito ruim [...] com saúde, faz tudo o que tiver vontade, o doente não pode fazer nada (E8)
 Pra mim doente é quando está ali deitado, está na cama e não pode levantar, porque se estiver nesse ponto aí eu considero uma doença, agora, se puder estar andando o tempo todo, não está bem doente, está assim, está se sentindo ruim, mas não está tão doente. (E1)
 Pra mim é um vírus que causa o mal pra gente [...] Só quando as pessoas pegam malária, que ficam amarelas que o cara conhece (E7).

A doença segundo os especialistas locais pode ser definida como algo limitante, que torna o individuo dependente, além de se expressar em sintomas patológicos e sensações.

Neste estudo identifica-se que a doença para os especialistas locais pode ter origem física ou espiritual. E a determinação da etiologia do problema de saúde determinará a conduta a ser tomada pelo especialista. Durante a coleta de dados foram citadas quatro doenças de origem espiritual que após a análise das falas foi possível identificar a definição dos males (Quadro 2). Embora algumas doenças possuam clássicas manifestações de sintomas

clínicos, a forma de tratamento para todas envolveu rezas e simpatias, pois segundo eles é ineficiente o uso exclusivo de fitoterápicos populares.

Quadro 2 - Doenças de origem espiritual com respectivas definições e tipos de tratamento relatados pelos especialistas locais. Coari, AM. 2015.

Espiritual	Definição	Tipo de tratamento
Mal olhado	A criança fica assustada, acorda durante a noite gritando. O mal olhado é transmitido quando uma pessoa inveja a criança.	Reza e simpatia do rezador local
Mal olhado de bicho	A pessoa fica assombrada dum calango [...] faz um susto, vê um bicho ali. Se a criança não tiver medo tudo bem, mas se tiver e você fizer um medo ela pode assombrar. É uma assombração transmitida pelo animal do rio. Quando uma mulher vai para o rio menstruada por volta de meio dia, algum animal pode passar e assombrar a mulher ou a criança que está perto. A criança pode ser perturbada por um espírito mal, sendo preciso uma boa reza de rezador.	Reza do rezador local.
Quebranto	Transmitida pelo pai da criança quando este chega em casa e segura a criança com fome, sem tomar banho, suado do trabalho. A criança fica com vomito e sinais de desidratação. Também pode ser transmitida por uma pessoa que fique admirando a criança.	Reza e simpatia do rezador local
Doença de criança	Doença de difícil compreensão pelos moradores. Vista como um tabu, o assunto não pode ser explorado. Muitas crianças ribeirinhas morreram do mal. Inclusive existe um cemitério exclusivo para os infantes acometidos pela enfermidade. Segundo eles, a criança fica triste, com olho caído, com vomito e diarreia. Mas o diagnóstico e tratamento só pode ser feito com um benzedor forte.	Neste caso, os comunitários precisam viajar até outra comunidade que possui um benzedor de referência.

Quando questionados sobre as doenças de origem física que poderiam ser tratadas com as plantas medicinais locais, os especialistas citaram 49 situações clínicas que envolviam sinais e sintomas, doenças específicas ou órgãos com má funcionalidade (sem identificação da patologia). Estas podem ser tratáveis com fitoterápicos populares isolados ou combinados com medicamentos alopáticos, segundo os informantes especialistas (Quadro 3).

Quadro 3 - Doenças/Problemas de saúde (nomes populares) mencionados pelos informantes especialistas locais e tipo de tratamento utilizado. Coari, AM. 2015.

Continua

Doença/problema de saúde	Fitoterapia popular	Alopatia
Acelerar o parto	X	
Anemia	X	
Anticoncepcional	X	
Asma	X	X
Calmante	X	
Câncer uterino	X	
Cólica de mulher	X	
Cólica de neném	X	
Disenteria	X	
Diarreia na criança	X	
Doença do ar que dá em criança ¹	X	
Dor	X	
Dor de barriga	X	
Dor de cabeça ou pressão na cabeça*	X	X
Dor de ouvido	X	
Dor local	X	
Dor na coluna	X	
Dor no coração	X	
Dor no estomago	X	
Emagrecer	X	
Engordar	X	
Estancar o sangue	X	
Estômago pesado	X	
Febre forte	X	
Ferroada de arraia	X	
Gripe	X	X
Hemorróida	X	
Inchaço ²	X	
Infecção	X	
Infecção de mulher	X	
Infecção urinária	X	
Inflamação	X	
Inflamação de mulher	X	
Malária	X	X
Mordida de cobra	X	
Osso quebrado	X	
Pedra na vesícula	X	
Pós-cirúrgico (antinflamatório?)	X	

Doença/problema de saúde	Continuação	
	Fitoterapia popular	Alopatia
Pós-parto (cesariana)	X	
Pós-parto vaginal	X	
Problema de coração	X	
Problema de fígado	X	X
Rim	X	
Sapinho ³	X	
Sarar ferida	X	
Secar os pontos	X	
Soltar a barriga	X	
Verme	X	
Vermelha ⁴	X	

Conclusão

Legenda: * Os problemas de saúde “dor de cabeça” e “pressão na cabeça” foram agrupadas por referirem-se a situações semelhantes; Problemas de saúde com nomes culturais - ¹: Dispneia infantil; ²: edema; ³: candidíase oral infantil; ⁴: dermatite desconhecida.

As formas de tratamento, em sua maioria, utilizavam exclusivamente a fitoterapia popular (n=44; 89,8%) e poucas em combinação com medicamentos alopáticos (n=5; 10,2%), conforme apresentado no Quadro 3.

Observa-se no Quadro 2 e 3 com relação à problemas de saúde na criança, que quando há identificação de sinais e sintomas específicos de males de origem física, estes são tratados com fitoterápicos, caso contrário lhes é atribuído uma etiologia espiritual.

A escolha do cuidador em casos de infortúnio pode variar consideravelmente a conduta a ser tomada, e o especialista local a ser procurado é determinado pela origem da doença, sendo ela física ou espiritual.

Os problemas de origem física podem ser tratados no setor profissional ou popular, com a quiropraxia tradicional, a fitoterapia popular isolada ou combinada com a alopatia ou com profissionais de saúde. Por outro lado, os problemas de saúde de origem espiritual devem ser tratados apenas no setor popular, especificamente com benzedores e rezadores, que por vezes são procurados em outras comunidades.

Os ribeirinhos da comunidade têm acesso ao setor profissional de cuidado por meio de uma UBS destinada ao atendimento das populações ribeirinhas localizada no centro urbano de Coari e um agente comunitário de saúde (ACS).

Os ACS são moradores locais, conhecedores da realidade da comunidade, que desempenham papel importante nas comunidades, uma vez que as visitas dos profissionais de saúde nestes locais ocorrem ocasionalmente. Além das atribuições específicas dos ACS da

zona urbana, os ACS das comunidades ribeirinhas detectam problemas locais específicos da região amazônica, tais como: ocorrência de áreas endêmicas de malária e outras doenças tropicais.

Embora exista uma UBS destinada aos ribeirinhos no centro urbano do município, os profissionais de saúde são procurados principalmente no Hospital Regional de Coari (HRC), devido a facilidade de acesso e por não necessitarem de senhas de atendimento como na UBS. Deste modo, nenhum dos depoentes consegue realizar acompanhamentos médicos, inclusive em período gestacional. Além disso, foram declaradas dificuldades como falta de médico, enfermeiro, dentista ou a falta de vagas para atendimento com os profissionais, aparelhos de exames quebrados, falta de recurso financeiro para adquirir os remédios prescritos e comprar combustível para o transporte. A fala a seguir exemplifica o contexto sócio-econômico que envolve a busca por um serviço público de saúde:

Nem o pré-natal dá pra fazer. As vezes a gente espera dois meses pra fazer um ultrassom, além disso, precisa ficar o dia todo esperando atendimento e ficha. Gasta muito na ida, não tem onde ficar na cidade e a espera é longa, não tem onde comer. Mesma coisa pra fazer cirurgia e dentista, não tem profissional ou não dá pra ir. (E1)

Provavelmente, por esses motivos, seis dos depoentes relataram utilizarem antitérmicos e analgésicos sem prescrição médica.

Quanto ao setor popular de cuidado, a comunidade possui algumas especialidades: herborista, parteira, curador de desmentidura (quiropaxista) e rezador, e não há pessoas que curam dentes (*folk*) e benzedor. Embora o rezador e benzedor sejam curandeiros, o benzedor é considerado mais poderoso pelos ribeirinhos, capaz de diagnosticar e curar as doenças de causas espirituais mais complexas. Além disso, o rezador local não é reconhecido por todos os comunitários. Portanto, existem casos de males físicos e espirituais que demanda dos ribeirinhos o deslocamento até o centro urbano ou a outras comunidades para busca de especialistas de outras áreas, tanto do setor popular quanto do profissional.

Dentre os informantes especialistas existem dois informantes do setor popular (*folk medicine*): uma herborista/quiropaxista/rezadora e uma parteira. Os demais (6) são indivíduos do setor informal – ou seja, pessoa com notório saber em plantas medicinais, mas não é considerada como uma especialista da medicina popular – sendo que um destes está em fase de treinamento com a herborista, mas ainda não é reconhecido na comunidade como tal.

Ciente da existência dos setores profissional e popular fez-se necessário o conhecimento do itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas. Onde percebe-se a presença de três setores de atenção à saúde: profissional, familiar e popular (*folk*) (Figura 13).

Figura 13 - Itinerário terapêutico das famílias da comunidade ribeirinha do Boam. Coari (AM); 2015.

Observa-se que a fitoterapia popular apresenta posição de destaque no itinerário terapêutico, sendo recorrida como primeiro percurso da maioria das famílias. E o sistema profissional é o último a ser procurado em caso de enfermidade. Além disso, as pessoas de notório saber em plantas medicinais são frequentemente procuradas durante o processo saúde-doença pelas demais famílias.

Ao analisar os valores e crenças que envolvem o uso das plantas medicinais constata-se que entre todos os informantes especialistas tal prática está embasada em um conhecimento adquirido por anos e ensinado no ambiente familiar pelas avós, mães ou sogras, envolvido em valores culturais que o fortalecem e justificam sua prática. Como pode ser observado nas falas a seguir:

- O remédio caseiro resolve mais, acredito nele porque sei o que misturar e o da farmácia não se conhece (E1)
- O remédio caseiro é mais saudável, bom remédio (E2)
- O remédio caseiro é melhor que da farmácia, passa a dor e funciona mais (E4)
- O remédio caseiro cura mais rápido (E5)
- O remédio caseiro não faz mal pra ninguém (E6)
- Tenho mais fácil acesso ao remédio caseiro (E7)

Os relatos também mostraram a confiança que o ribeirinho tem na utilização e eficácia do fitoterápico popular, a familiaridade com o manejo da terapia, a crença de método inócuo a

saúde e o fácil acesso, evidenciado pelo quantitativo de plantas medicinais cultivadas nos quintais do próprio domicílio, a maioria, ou encontradas na floresta circunvizinha.

5.2 CAPÍTULO II – A PRÁTICA TERAPÊUTICA COM PLANTAS MEDICINAIS: ANALISANDO A FITOTERAPIA POPULAR NO AMBIENTE RIBEIRINHO

Devido a sua importância terapêutica, a maioria as plantas medicinais está plantada nos arredores das casas, em terra firme, vasos ou canteiros elevados. Uma característica peculiar na comunidade estudada são as enchentes sazonais, assim em tempos de cheia, a maioria das plantas são elevadas e replantadas em vasos. Além disso, a herborista e sua família possuem o maior acervo de plantas nos fundos da casa.

Foram citadas pelos informantes especialistas sessenta e duas (62) plantas medicinais, a maioria (87,1%) localizada no quintal da casa, sendo portanto área de fácil acesso (Figura 14). Vale salientar que quatro (6,5%) plantas estão no interior da floresta circunvizinha, assim, as mulheres aguardam quando os homens vão à caça para trazê-las, são elas a andiroba, o crajirú, o uxí e o pau-darco.

Figura 14 - Localização de plantio das plantas medicinais.

Foram depositadas no herbário 57 plantas medicinais (ANEXO B). Cinco (05) exemplares (oriza, cipó-tuira, urucu, capitiu, emenda-osso) não possuem número de depósito, pois durante a segunda fase da coleta de dados, quando foram captadas as espécies para exsicata, as mesmas haviam se perdido com a enchente, na época da cheia. Entretanto todas as plantas foram fotografadas *in loco* durante a turnê-guiada (*walk in the Wood*), realizada ainda na primeira fase de coleta de dados, o que permitiu a identificação por foto das cinco plantas ausentes e pelo processo de exsicata das demais.

Portanto, todas as plantas, com diferentes apresentações, foram fotografadas e identificadas com seus nomes científicos, apresentadas da seguinte forma: grupo das malvídeas com doze plantas (Quadros 4), grupo das comelinídeas com sete plantas (Quadro 5), grupo das campanulídeas com uma planta (Quadro 6), grupo das fabídeas com oito plantas (Quadro 7), grupo das asterídeas com uma planta (Quadro 8), grupo das gunerídeas com seis plantas (Quadro 9), grupo das lamídeas com dezessete plantas, a maioria da ordem *Lamiales* (Quadro 10), grupo das magnolídeas com quatro plantas (Quadro 11), grupo das monocotilédones com cinco plantas (Quadro 12) e o Quadro 13 apresenta uma planta, cipó-tuirá, a qual não se localizou na classificação do AG PIII.

Quadro 4 – Plantas medicinais do grupo das malvídeas segundo a ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Malvales		
algodão-branco (ND-12950)	<i>Gossypium barbadense</i> L. (Família MALVACEAE)
algodão-roxo (ND-12924)	<i>Gossypium</i> (Família MALVACEAE)
urucu (ND-?)	<i>Bixa orellana</i> (Família BIXACEAE)
Ordem Sapindales		
andiroba (ND-12943)	<i>Carapa guianensis</i> (Família MELIACEAE)
Ordem Sapindales		
arruda (ND-12940)	<i>Ruta graveolens</i> (Família RUTACEAE)
laranja (ND-12908)	<i>Citrus</i> (Família RUTACEAE)
cajú (ND-12900)	<i>Anacardium occidentale</i> (Família ANACARDIACEAE)
manga (ND-12905)	<i>Mangifera indica</i> (Família ANACARDIACEAE)
taperebá (ND-12899)	<i>Spondias mombin</i> (Família ANACARDIACEAE)
Ordem Myrtales		
azeitona (ND-12903)	<i>Syzygium cumini</i> (Família MYRTACEAE)
goiaba (ND-12907)	<i>Psidium guineense</i> (Família MYRTACEAE)
Ordem Brassicales		
mamão (ND-12936)	<i>Carica papaya</i> (Família CARICACEAE)

Quadro 5 – Plantas medicinais do grupo das comelinídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Arecales		
açai (DN-12893)	<i>Euterpe</i> (Família ARECACEAE)
Ordem Poales		
capim-santo (DN-12949)	<i>Cymbopogon citratus</i> (Família POACEAE)
Ordem Zingiberales		
bananeira (DN-12927)	<i>Musa paradisiaca</i> (Família MUSACEAE)
mangaratáia (DN-12952)	<i>Zingiber officinalis</i> (Família ZINGIBERACEAE)
pobre-velho (DN-12935)	<i>Costus</i> (Família COSTACEAE)
vindicá (DN-12946)	<i>Alpinia speciosa</i> (Família ZINGIBERACEAE)
Ordem Comelinales		
maria-mole (DN-12927)	<i>Tradescantia</i> (Família COMMELINACEAE)

Quadro 6 - Plantas medicinais do grupo das campanulídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Asterales		
jambú (DN-12913)	<i>Acmella oleracea</i> (Família ASTERACEAE)

Quadro 7 – Plantas medicinais do grupo das fabídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Fabales		
arapari (DN-12892)	<i>Macrolobium acaciaefolium</i> (Família FABACEAE- CAESALPINIOIDEAE)
jatobá (DN-12902)	<i>Hymenaea courbaril</i> (Família FABACEAE- CAESALPINIOIDEAE)
jucá (DN-12906)	<i>Libidibia ferrea</i> (Família FABACEAE- CAESALPINIOIDEAE)
Ordem Malpighiales		
emenda-osso (DN- ?)	<i>Euphorbia tirucalli</i> (Família EUPHORBIACEAE)
peão-branco (DN-12929)	<i>Jatropha curcas</i> (Família EUPHORBIACEAE)
peão-roxo (DN-12920)	<i>Jatropha gossypifolia</i> (Família EUPHORBIACEAE)
quebra-pedra (DN-12918)	<i>Phyllanthus niruri</i> (Família PHYLLANTACEAE)
uxí (semente) (DN-12901)	<i>Endopleura uchi</i> (Família HUMIRIACEAE)

Quadro 8 - Plantas medicinais do grupo das asterídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Ericales		
castanha (DN-12897)	<i>Bertholletia excelsa</i> (Família LECYTHIDACEAE)

Quadro 9 - Plantas medicinais do grupo das gunerídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Caryophyllales		
amor-crescido (DN-12916)	<i>Portulaca pilosa</i> (Família PORTULACACEAE)
mastruz (DN-12931)	<i>Chenopodium ambrosioides</i> (Família AMARANTHACEAE)
mucuracá (DN-12938)	<i>Petiveria alliacea</i> (Família PHYTOLACCACEAE)
terramicina (DN-12933)	<i>Alternanthera brasiliana</i> (Família AMARANTHACEAE)
Ordem Santales		
erva-de-passarinho (DN- 12937)	<i>Struthantus flexicaulis</i> (Família LORANTHACEAE)
Ordem Saxifragales		
coirama (DN-12939)	<i>Khalancoe pinnata</i> (Família CRASSULACEAE)

Quadro 10 - Plantas medicinais do grupo das lamídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Lamiales		
afavaca (ND-12922)	<i>Ocimum campechianum</i> (Família LAMIACEAE)
boldo (ND-12932)	<i>Plectranthus barbatus</i> (Família LAMIACEAE)
catunga-de-mulata (ND-12914)	<i>Aeollanthus suaveolens</i> (Família LAMIACEAE)
cidreira (ND-12934)	<i>Lippia alba</i> (Família VERBENACEAE)
cipó-alho (ND-12890)	<i>Mansoa alliacea</i> (Família BIGNONIACEAE)
craijirú (ND-12951)	<i>Fridericia chica</i> (Família BIGNONIACEAE)
hortelã (ND-12947)	<i>Mentha</i> (Família LAMIACEAE)
malvarisco (ND-12925)	<i>Plectranthus amboinicus</i> (Família LAMIACEAE)
manjerição (ND-12911)	<i>Ocimum basilicum</i> (Família LAMIACEAE)
mutuquinha (ND-12944)	<i>Justicia pectoralis</i> (Família ACANTHACEAE)
orizá (ND-?)	<i>Pogostemon cablin</i> (Família LAMIACEAE)
pau-dorco (ND-12895)	<i>Tabebuia barbata</i> (Família BIGNONIACEAE)
sara-tudo (ND-12917)	<i>Justicia calycina</i> (Família ACANTHACEAE)
trevo-roxo (ND-12945)	<i>Scutellaria agrestis</i> (Família LAMIACEAE)
vassourinha (ND-12948)	<i>Scoparia dulcis</i> (Família SCROPHULARIACEAE)

Quadro 10 - Plantas medicinais do grupo das lamídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015. (continuação)

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem Gentianales		
carapanaúba (ND-12894)	<i>Aspidosperma</i> (Família APOCYNACEAE)
none (ND-12942)	<i>Morinda citrifolia</i> (Família RUBIACEAE)

Quadro 11 - Plantas medicinais do grupo das magnolídeas segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Laurales		
capitú (DN-?)	<i>Siparuna guianensis</i> (Família SIPARUNACEAE)
Ordem Piperales		
capeba (DN- 12930)	<i>Piper peltatum</i> (Família PIPERACEAE)
Elixir-parigórico (DN-12919)	<i>Piper cavalcantei</i> (Família PIPERACEAE)
Pimenta-do-reino (DN-12909)	<i>Piper nigrum</i> (Família PIPERACEAE)

Quadro 12 - Plantas medicinais do grupo das monocotiledones segundo ordem vegetal citadas pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: Alismatales		
mão-aberta (DN-12912)	<i>Caladium sororium</i> (Família ARACEAE)
Ordem Asparagales		
batatinha (DN- 12926)	<i>Eleutherine bulbosa</i> (Família IRIDACEAE)
cebolinha (DN- 12928)	<i>Zephyranthes candida</i> (Família AMARYLLIDACEAE)
Ordem Liliales		
alho (DN-12910)	<i>Allium sativum</i> (Família AMARYLLIDACEAE)
babosa (DN-12973)	<i>Aloe Vera</i> (Família LILIACEAE)

Quadro 13 - Planta medicinal da Amazônia sem classificação pelo ANGIOSPERM PHYLOGENY GROUP (APG III) citada pelos informantes especialistas, fotografadas *in loco* e identificadas no Herbário IFAM. Coari, AM. 2015

Nome vulgar	Nome científico	Foto in loco
Ordem: ?		
Cipó-tuirá (DN- ?)	<i>Calycobulus ferrugineus</i> (Família ?)

A partir da análise dos dados identificou-se a existência de 146 remédios caseiros utilizados com as 62 plantas medicinais indicadas pelos especialistas. As receitas foram detalhadas, sendo possível a identificação da parte da planta utilizada, forma de preparo, apresentação, posologia e para algumas plantas, as contraindicações (Quadro 14).

Quadro 14 - Indicações terapêuticas das plantas medicinais e suas respectivas receitas caseiras citadas pelos especialistas da comunidade ribeirinha do Boam, segundo capítulos da CID-10. Coari, AM. 2015

Continua

I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias					
Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
MALÁRIA	açaí	raíz	<i>ferve os dois na água</i>	decocção (chá)	toma como água
	coirama	folha			
INFECÇÃO	none	fruto	<i>corta o fruto lavado, , bate no liquidificador, cõa e põe na geladeira. Pode ficar 3 dias.</i>	Suco	2x/dia
	algodão	folha	<i>amassaga a folha pra tirar o sumo. Bate os dois juntos, e aí pega o sumo e bebe</i>	suco	1x/dia
	manjerição	folha			
SAPINHO	bananeira	caule (seiva)	<i>Tira o leite da bananeira, coloca na colher e pega o leite com o algodão</i>	sumo	passa o algodão na boca da criança.
VERME	mastruz	folha	<i>O sumo sai amassagando a folha . Mistura o sumo com o leite e bate no liquidificador</i>	suco	toma o dia todo
	mastruz	parte aerea	<i>Bate o mastruz no liquidificador, cõa pra tirar a semente, depois acrescenta uma caneca de leite condensado e bate novamente</i>	suco	2 a 3x/dia
II – Neoplasias (tumores)					
CÂNCER UTERINO	coirama	folha	<i>ferve as folhas na água</i>	decocção (chá)	3x/dia meio copo de chá
	Algodão-roxo	folha			
	carapanaúba	caule (casca)	<i>coloca só ela n'água mesmo. Deixa de um dia pro outro</i>	infusão a frio (garrafada)	3 a 4x/dia

Continuação

III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários					
Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
ANEMIA	açaí	raíz	<i>Pode ferver tudo junto pra fazer o chá</i>	decocção (chá)	toma como água
	sara-tudo	folha			
	coirama	folha			
	urucum	folha			
	sara-tudo	folha	<i>colocar de molho ou ferver a folha pra fazer o chá</i>	infusão a frio (garrafada) ou decocção (chá)	toma como água
	sara-tudo	folha	<i>tira o sumo pilando a folha</i>	sumo	dose unica
	coirama	folha	<i>ferve tudo junto</i>	decocção (chá)	toma como água
	sara-tudo	folha			
	urucum	folha			
ESTANCAR O SANGUE	catinga-de-mulata	folha	<i>amassar pra sair o sumo. Põe o sumo ou a planta em cima do sangramento.</i>	sumo (emplastro)	até cicatrizar
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas					
EMAGRECER	none	fruto	<i>bate no liquidificador com suco de uva, depois cõa e põe na geladeira. Pode ficar 3 dias.</i>	suco	2 colheres durante 3 dias antes das refeições (emagrecer);
ENGORDAR					2 colheres após as refeições durante 3 dias (engordar);

Continuação

V - Transtornos mentais e comportamentais					
Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
CALMANTE	capim-santo	raíz	<i>tira a raíz e ferve pra fazer o chá</i>	decocção (chá)	1x/dia
	cidreira	folha	<i>ferve na água, depois de pronta eu uso com açúcar</i>	decocção (chá)	toma como água
	oriza	folha	<i>faz um chá com a folha</i>	decocção (chá)	toma como água
VI - Doenças do sistema nervoso					
DOR DE CABEÇA OU PRESSÃO NA CABEÇA	algodão	folha	<i>faz o chá da folha</i>	decocção (chá)	Toma 3x/dia
	algodão-branco	folha	<i>deixa no sereno</i>	infusão a frio (banho)	usa durante o banho
	capitú	folha	<i>coloca de molho no sereno à noite/ faz chá</i>	infusão a frio (banho) e chá	lava a cabeça de manhã cedo. Toma o chá 2x/dia (manhã e fim de tarde)
	vindicá	folha	<i>bagaça as folhas na água, depois coloca de molho no sereno à noite</i>	infusão a frio (banho)	lava a cabeça de manhã cedo
	capitú	folha			
	pião-roxo	folha			
	manjerição	folha			
	cipó-alho	folha			
	arruda	folha	<i>esmigalha junto com a catinga de mulata pra banhar a cabeça</i>	infusão a frio (banho)	1x/dia
	catinga-de-mulata	folha			
	catinga-de-mulata	folha	<i>Ferve a folha do algodão e capim santo pra fazer um chá. À noite, esmigalha as folhas [arruda e catinga de mulata], bota na água e deixa no sereno. De manhã mistura tudo e molha a cabeça</i>	decocção e infusão a frio (banho)	1x pela manhã
	arruda	parte aérea			
	algodão	folha			
	capim-santo	folha			
	arruda	folha	<i>Esmigalha na água, põe no sereno e no dia seguinte põe na cabeça</i>	infusão a frio (banho)	1x/dia

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
DOR LOCAL	andiroba	semente	<i>pila a semente pra tirar o óleo</i>	óleo (emplastro)	passa no local
DOR	pobre-velho	folha	<i>mistura tudo pra fazer um chá só</i>	decocção (chá)	toma o chá como água
	sara-tudo	folha			
	coirama	folha			
	cipó-tuira	folha			
	crajirú	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	toma o chá como água
	erva-de-passarinho	folha	<i>faz o chá, ferve a folha</i>	decocção (chá)	3x/dia
	cidreira	folha	<i>é usada sozinha fervida na água aí depois de pronta eu uso com açúcar</i>	decocção (chá)	toma como água
	none	fruta	<i>corta a fruta lavada, bate no liquidificador, cõa e põe na geladeira. Pode ficar 3 dias.</i>	suco	2x/dia
	babosa	folha (seiva)	<i>bate no liquidificador e toma</i>	suco	1x/dia
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide					
DOR DE OUVIDO	trevo-roxo	folha	<i>tira o sumo da folha e coloca no ouvido</i>	sumo	coloca uma gota no ouvido 1x/dia, se não ficar bom coloca uma gota 3x/dia.
	arruda	folha	<i>tira o sumo amassagando a folha</i>	sumo	piga duas gota no ouvido 3x/dia
IX - Doenças do aparelho circulatório					
INCHAÇO	capeba	folha	<i>mornar a folha no fogo</i>	emplastro	coloca a cabepa morna em cima
PROBLEMA DE CORAÇÃO	vindicá	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	oriza	folha	<i>faz o chá fervendo a folha, põe açúcar e deixa ferver</i>	decocção (chá)	toma como água
DOR NO CORAÇÃO	oriza	folha	<i>prepara um chá com a folha</i>	decocção (chá)	toma como água

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
X - Doenças do aparelho respiratório					
ASMA	babosa	folha (seiva)	<i>passa no liquidificador com agua e toma</i>	suco	1x/dia
	cebolinha	raiz	<i>rala a raiz e junta com a babosa e o alho de dente na panela e põe açúcar pra fazer um xarope</i>	xarope	3x/dia
	babosa	folha (seiva)			
	alho	raiz			
	algodão-roxo	folha	<i>bota a folha no fogo, assim dentro de uma vasilha, daí ela murcha, aí você aperta ela e tira o sumo</i>	sumo E masseração (emplastro)	toma o sumo todo. O bagaço morno passa no peito.
DOENÇA DO AR QUE DÁ EM CRIANÇA	catinga-de-mulata	folha	<i>faz o chá, abafando a folha na agua quente</i>	infusão a quente (chá)	toma como água e também passa na criança
GRIPE	arapari	caule (casca)	<i>tira as cascas e corta tudo miudinho, pego a mangarataia descasco e ralo ela boto no vaso e boto pra ferver, quando tá bem fervido, eu coou, ae boto dentro de outra vasilha ae depois de ferver, cõa, bota açúcar ou mel e deixa engrossar</i>	xarope	3x/dia
	goiabeira	caule (casca)			
	mangueira	caule (casca)			
	castanheira	caule (casca)			
	jambú	folha			
	mangarataia	raiz			
	pimenta do reino	semente			
	alho	raiz			
	malvariço	folha			
	cajueiro	caule (casca)			
	jucá	caule (casca)			
	taperebá	fruto			
	algodão	folha	<i>Cozinhar a folha. Mistura com açúcar para fazer melador</i>	decocção (chá e banho)	toma o chá 3x/dia e o banho 1x/dia
	afavaca	folha	<i>pega a folha, faz o chá</i>	decocção (chá)	toma como água

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
GRIPE	jambú	folha	Em panela no fogo baixo coloca o malvariço. Quando ele tiver mole, espreme o sumo e mistura com jambú, mangaratáia, manjerição, alho pilado, cebolinha, coirama, babosa, algodão roxo. Pila o hortelã e mastruz, cõa e mistura com os outros, põe mel de abelha ou açúcar, dois pingos de andiroba e dois de copaíba. Deixa engrossar e tira do fogo	xarope	2x/dia
	mangaratáia	raiz			
	manjerição	folha			
	alho	raiz			
	cebolinha	raiz			
	coirama	folha			
	babosa	folha (seiva)			
	algodão-roxo	folha			
	hortelã	folha			
	mastruz	folha			
	malvariço	raiz			
	mastruz	folha	o mastruz e o malvariço ferve no fogo, vira tipo um mel, depois de cozido, cõa, coloca o açúcar e põe pra ferver de novo até ficar meio grosso, aí coloca na geladeira e fica tomando a garrafada.	xarope	toma de manhã cedo
	malvariço	folha			
	alho	raiz	pode fazer um lambedor, bota açúcar dentro, bota mangarataia	xarope	2x/dia
	mangaratáia	raiz			
	alho	raiz	descasca o alho, corta e põe de molho	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	jambú	flor	Pila ele bem piladinho junto com a mangarataia aí apura o açúcar e põe dentro	bombom	pode comer sempre que quiser
	mangaratáia	raiz			
	vassourinha	folha	bate no liquidificador com um pouco de água, e cõa	suco	3x/dia
	boldo	folha	Pega a água, coloca as folhas dentro e abafa	infusão a quente (chá)	2x/dia
	hortelã	parte aérea	coloca a folha do hortelã e da laranja na água e abafa	infusão a quente (chá)	toma como água
	laranja	folha			

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
GRIPE	cipó-alho	folha	<i>Só usa a folhinha, é só esbagaçar com a mão mesmo aí põe na água pra dar o banho</i>	infusão a frio (banho)	manhã e tarde
	capitú	folha			
	algodão-roxo	folha			
	manjerição	folha			
	oriza	folha			
	mucuracá	folha			
	vindicá	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	afavaca	folha	<i>machuca a folha com um pouco de água para tirar o sumo</i>	sumo	3x/dia
	cipó-alho	parte aérea	<i>põe a tampa no fogo e põe a folha em cima, aí ela fica bem molinha, aí a gente espera esfriar e tira o sumo dela todinho. Extrai o sumo e acrescenta no chá, com mel de abelha ou açúcar.</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	cebolinha	raiz	<i>rala a batatinha e junta com a babosa e o alho de dente na panela e põe açúcar pra fazer um xarope</i>	xarope	3x/dia
	babosa	folha (seiva)			
	cipó-alho	folha			
	afavaca	folha	<i>deixar ela [afavaca] no sereno é até melhor aí dá banho de manhã</i>	infusão a frio (banho)	duas vezes, de manhã cedo
	cipó-alho	folha			
	coirama	folha	<i>pega o arapari coloca mel de abelha, coirama e algodão no fogo aí ele fica grossinho</i>	xarope	3x/dia
	algodão	folha			
	arapari	caule (casca)			
	algodão-roxo	folha	<i>bota a folha no fogo, assim dentro de uma vasilha, daí ela murcha, aí você aperta ela e tira o sumo</i>	sumo	toma o sumo todo. O bagaço morno passa no peito.

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
GRIPE	cipó-alho	parte aérea	<i>pra fazer o xarope também, pega todas as folhas, ferve junto, depois côa. Tira o sumo das que não pode ferver, tem muitas plantas que não pode ferver, aí põe só a tampa no fogo e põe a folha em cima, aí ela fica bem molinha, aí a gente espera esfriar e tira o sumo dela todinho. Mistura tudo e depois coloca o mel de abelha ou se não tiver coloca açúcar.</i>	xarope	3x/dia
	mastruz	folha	<i>amassaga a folha pra usar o sumo</i>		
	algodão-roxo	folha	<i>põe só a tampa no fogo e põe a folha em cima, aí ela fica bem molinha, espera esfriar e tira o sumo</i>		
	jambú	folha	<i>chá da folha</i>		
	hortelã	folha	<i>não pode ferver a folha só abafar pra fazer o chá</i>		
	mangaratáia	raiz	<i>rala a raiz</i>		
	jambú	folha	<i>cozinha as folhas, depois côa, põe açúcar e deixa apurar, junto com o alho pilado e um pingo de limão</i>	xarope	1x/dia
	algodão	folha			
	alho	raiz			
	malvaré	folha			
	mastruz	parte aérea	<i>bate o mastruz no liquidificador, e côa pra tirar a semente, depois acrescenta uma caneca de leite condensado e bate novamente</i>	suco	2 a 3x/dia
	coirama	folha	<i>quando eu uso a casca do caju ou do jatobá eu tiro a casca de fora e pego a de dentro. Ferve a casca, tira a casca fora e pega só o caldo pra fazer o xarope né</i>	xarope	1 colher 3x/dia
	algodão	folha			
	oriza	folha			
	cajueiro	caule (casca)			
	mangueira	caule (casca)			
	jatobá	caule (casca)			
	malvariço	folha	<i>pega eles, lava, ferve com açúcar, tira as folhas e põe para apurar no chá das folhas</i>	xarope	3x/dia
	jatobá	caule (casca)			
	algodão	folha			

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
XI - Doenças do aparelho digestivo					
CÓLICA DE NENEM	terramicina	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	mutuquinha	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	hortelã	parte aérea	<i>pega a folha do hortelã e da laranja coloca na água e abafa</i>	infusão a quente (chá)	toma como água
	laranja	folha			
DISENTERIA	azeitona	caule (casca)	<i>corta a casca e bota dentro de uma vasilha com água, vai formar um caldo que toma</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
DIARREIA NA CRIANÇA	hortelã	parte aérea	<i>pega a folha do hortelã e da laranja coloca na água e abafa</i>	infusão a quente (chá)	toma como água
	laranja	folha			
	mangueira	caule (casca)	<i>as cascas lavadas, deixa de molho e depois de meia hora toma. A goiaba, rala ela coloca na água, côa e toma.</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	goiaba	Fruto caule (casca)			
	arruda	folha	<i>Pode fazer o chá da catinga de mulata e mistura, com hostelãzinho também, mas tudo sem frever, catinga de mulata e arruda nenhum desses ferve</i>	infusão a quente (chá)	3x/dia
	catinga-de-mulata	folha			
	hortelã	folha			
DOR DE BARRIGA	catinga-de-mulata	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	arruda	folha			
	hortelã	folha			

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
DOR NO ESTOMAGO	catinga-de-mulata	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	elixiparigórico	folha			
	laranja	fruto (casca)	<i>deixa a casca de molho, depois mistura junto com o chá da catinga</i>	infusão a frio e infusão a quente (chá)	toma o chá
	catinga-de-mulata	folha			
	laranja	fruto (casca)	<i>deixa a casca de molho, depois mistura com o chá das folhas</i>	infusão a frio e infusão a quente (chá)	toma pouca quantidade no copo/ toma como água se estiver mais diluído
	elixiparigórico	folha			
ESTÔMAGO PESADO	arruda	folha	<i>põe a água pra ferver aí coloca ela dentro e abafa, não pode ferver as folhas</i>	infusão a quente (chá)	toma como água
	elixiparigórico	folha	<i>Ferve a água aí corta as folhinhas dele, põe dentro da água e abafa, não pode ferver se não queima</i>	infusão a quente e decocção (chá)	toma pouca quantidade no copo
	laranja	fruto (casca)			
	boldo	folha	<i>Ferve a água aí corta as folhinhas dele, põe dentro da água e abafa, não pode ferver senão queima, depois amassaga a folha pra tirar o sumo</i>	sumo	toma puro 2x/dia
	elixiparigórico	folha	<i>ferve na água</i>	decocção E masseração (chá)	3x/dia
	laranja	fruto (casca)	<i>ferve na água junto com o elixir</i>		

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
ESTÔMAGO PESADO	catinga-de-mulata	folha	<i>Em separado espreme, a catinga de mulata no copo, aí pega o chá do elixir que já tá pronto e derrama dentro e tampa o copo</i>		
	catinga-de-mulata	folha	<i>machuca as folhas e põe na vasilha. Ferve a casca da laranja, depois junta a catinga abafa.</i>	decocção E masseração (chá)	3x/dia
	laranja	fruto (casca)			
HEMORRÓIDA	cebolinha	raíz	<i>rala a raiz, faz um chá e bebe</i>	decocção (chá)	2 a 3x/dia
PEDRA NA VESÍCULA	maria-mole	folha	<i>ferve o mato na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
	mamão	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
PROBLEMA DE FÍGADO	carapanaúba	caule (casca)	<i>coloca só ela n'água mesmo. Deixa de um dia pro outro</i>	infusão a frio (garrafada)	3 a 4x/dia
	boldo	folha	<i>boto pra ferver a água e derramo dentro, a folha assim aí coloco uma tampa em cima</i>	infusão a quente (chá)	3x/dia
	jambú	folha	<i>ferve as folhas na água</i>	decocção (chá)	toma como água
SOLTAR A BARRIGA	mangueira	caule (casca)	<i>Pega a parte do meio da casca (mais profunda) aí depois põe de molho</i>	infusão a frio (garrafada)	3x/dia
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo					
SARAR FERIDA	amor-crescido	parte aerea	<i>esmigalha o galho e põe em cima</i>	masseração (emplastro)	coloca a planta em cima
	catinga-de-mulata	folha	<i>pode amassar bem ela pra sair o sumo</i>	masseração (emplastro com folha ou sumo)	coloca o sumo ou a planta em cima do sangramento

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
SECAR OS PONTOS	andiroba	semente	<i>mistura o óleo da andiroba com sal</i>	óleo (emplastro)	passa em cima da ferida cirúrgica toda noite
	mangueira	caule (casca) e folha	<i>tira a casca da mangueira, lava, põe de molho e lava a cirurgia depois do banho e faz o chá com as folhas</i>	infusão a frio (banho) E decocção (chá)	Quando a mulher tem bebê e pega ponto, o ideal é lavar com coisa travosa, como o chá da folha da mangueira depois do banho
VERMELHA	vassourinha	folha	<i>pila ela, coloca sal dentro e põe em cima da vermelha junto com a mão aberta</i>	masseração (emplastro)	coloca em cima da vermelha
	mão-aberta	folha	<i>esquenta a folha no fogo pra ficar murcha aí esfrega na mão e põe em cima da vermelha</i>		
	mão-aberta	folha	<i>pega a folha e passa um óleo pra grudar em cima da vermelha. Quando secar ela cai.</i>	emplastro	coloca em cima da vermelha
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo					
OSSO QUEBRADO	emenda-osso	galho	<i>Se quebra o osso da gente, quebra um galhinho, tira o leite e pode passar em cima pra grudar e deixa o algodão lá que ele gruda mesmo</i>	sumo (emplastro)	até melhorar
DOR NA COLUNA	mastruz	folha	<i>bate o mastruz com leite condensado no liquidificador</i>	suco	toma em jejum
	mastruz	folha	<i>bate o mastruz no liquidificador com leite/leite moça pra virar uma abacatada. Bate a folha, côa, tira a semente, mistura com leite e bate novamente.</i>	suco	2-3x/dia

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
XIV - Doenças do aparelho geniturinário					
CÓLICA DE MULHER	carapanaúba	caule (casca)	<i>eu quebro o pauzinho, lavo e coloco de molho</i>	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente
	uxí	caule (casca)	<i>deixa de molho de um dia pra o outro</i>	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente
	vassourinha	folha	<i>faz o chá das folhas da planta</i>	decocção (chá)	3x/dia
	Elixiparigórico	folha	<i>Ferve a água aí corta as folhinhas dele, põe dentro da água e abafa, não pode ferver se não queima</i>	infusão a quente (chá)	toma como água
INFEÇÃO DE MULHER	sara-tudo	folha	<i>pode colocar de molho ou ferver a folha pra fazer o chá</i>	infusão a frio (garrafada) ou decocção (chá)	toma como água
	sara-tudo	folha	<i>tira o sumo pilando a folha</i>	sumo	dose única
	algodão-roxo	folha	<i>faz o chá com a folha</i>	decocção (chá)	3x/dia meio copo de chá
	coirama	folha			
INFEÇÃO URINÁRIA	capeba	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3 a 4x/dia
	capeba	folha	<i>bate no liquidificador com água, depois cõa e toma</i>	suco	3x/dia
	terramicina	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3x/dia
INFLAMAÇÃO DE MULHER	coirama	folha	<i>ferve as folhas na água</i>	decocção (chá)	3x/dia meio copo de chá
	algodão-roxo	folha			
	carapanaúba	casca	<i>coloca só ela n'água mesmo. Deixa de um dia pro outro</i>	infusão a frio (garrafada)	3 a 4x/dia
	carapanaúba	caule (casca)	<i>lavo, assim eu quebro né o pauzinho, lavo e coloco de molho</i>	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
INFLAMAÇÃO DE MULHER	uxí	caule (casca)	<i>deixa de molho de um dia pra o outro</i>	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente
	capeba	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	3 a 4x/dia
	capeba	folha	<i>bate no liquidificador com água, depois cõa e toma</i>	suco	3x/dia
RIM	pobre-velho	folha	<i>faz o chá com a folha</i>	decocção (chá)	toma como água
	quebra-pedra	raíz	<i>ferve a raíz na água</i>	decocção (chá)	toma quando sente sede
XV - Gravidez, parto e puerpério					
ACELERAR O PARTO	mangueira	folha	<i>pega 7 folhas que caem no chão e prepara o chá com a folha seca</i>	decocção (chá)	2x/dia até a hora do parto
PÓS-PARTO (CESARIANA)	sara-tudo	folha	<i>pode botar de molho e tira o sumo também pilando ele, penara aí fica cor de sangue</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	sara-tudo	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	toma como água
PÓS-PARTO VAGINAL	sara-tudo	folha	<i>pode botar de molho e tira o sumo também pilando ele, penara aí fica cor de sangue</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	sara-tudo	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	toma como água
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório					
FEBRE FORTE	capim-santo	raíz	<i>tira a raíz e ferve pra fazer o chá</i>	decocção (chá)	1x/dia

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
INFLAMAÇÃO	mastruz	parte aerea	<i>coloca o mastruz no liquidificador, bate e cõa pra tirar a semente, depois acrescenta uma caneca de leite condensado ou leite em pó e bate novamente</i>	suco	2 a 3x/dia
	algodão	folha	<i>amassaga a folha pra tirar o sumo</i>	suco	1x/dia
	manjerição	folha	<i>pega e bate todos os dois juntos, e aí pega o sumo e bebe</i>		
	pobre-velho	folha	<i>mistura tudo pra fazer um chá só</i>	decocção (chá)	toma o chá como água
	sara-tudo	folha			
	coirama	folha			
	cipó-tuira	folha			
	algodão	folha	<i>Pra fazer o chá precisa cozinhar a folha</i>	decocção (chá)	3x/dia
	paú-darco	folha	<i>faz o chá da folha</i>	decocção (chá)	toma como água
	pião roxo	folha			
	sara-tudo	folha	<i>ferve a folha na água</i>	decocção (chá)	toma como água
	coirama	folha			
	erva-de-passarinho	folha	<i>faz o chá</i>	decocção (chá)	3x/dia
	amor-crescido	folha	<i>tira os galhos dele, depois faz o chá com a folha</i>	decocção (chá)	3x/dia
	jatobá	caule (casca)	<i>põe a casca de molho</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	amor-crescido	parte aerea	<i>tira os galhos dele, depois faz o chá</i>	decocção (chá)	3x/dia
	carapanaúba	folha	<i>lava o pau, quebra, lava novamente e coloca de molho, sem precisar ferver. Não põe na geladeira</i>	infusão a frio (garrafada)	toma como água

Continuação

Indicação terapêutica	Planta	Parte utilizada	Processo de preparo	Forma de uso	Posologia
PÓS-CIRÚRGICO (ANTINFLAMATÓRIO?)	algodão	folha	tira o sumo e toma ou faz o chá da folha fervendo ela	sumo ou decocção (chá)	3x/dia
	andiroba	semente	mistura o óleo da andiroba com sal	óleo	passa em cima da ferida toda noite
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas					
FERROADA DE ARRAIA	amor-crescido	parte aerea	pega o galho, bagaça e põe em cima	masseração (emplastro)	coloca a planta em cima
MORDIDA DE COBRA	pião-branco	caule (seiva)	Pega o pião branco, corta, tira o leite e toma.	sumo	toma o leite do pião branco
	pião-branco	folha	Aí faz um chá com a folha do peão, o ideal é fazer o chá do peão e depois pega o chá e joga dentro da catinga de mulata, abafa e toma. A folha do peão pode ser fervida, só não pode a catinga de mulata, pois já tem todos os ingredientes.	infusão a quente E decocção (chá)	toma um copo de chá por dia durante 1 mês
	catinga-de-mulata	folha			
OUTROS					
ANTICONCEPCIONAL	jatobá	caule (casca)	põe a casca de molho	infusão a frio (garrafada)	toma como água
	carapanaúba	caule	lavo, assim eu quebro né o pauzinho, lavo e coloco de molho	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente
	uxí	caule (casca)	deixa de molho na água	infusão a frio (garrafada)	toma diariamente

Conclusão

Os especialistas identificaram as plantas contraindicadas para gestantes e crianças. Segundo eles, o jatobá (*Hymenaea courbaril*), a carapanaúba (*Aspidosperma sp.*), o uxi (*Endopleura uchi*), a arruda (*Ruta graveolens*) e a catinga de mulata (*Aeollanthus suaveolens*) associada ao elixir paregórico (*Piper cavalcantei*) são contraindicados para as gestantes, enquanto o none (*Morinda citrifolia*) e a arruda (*Ruta graveolens*) são contraindicados para crianças.

Conforme observado no quadro 14, diferentes partes da planta podem ser utilizadas no preparo dos remédios caseiros: parte aérea da planta, raízes, semente, folhas, flores, caules e frutos, sendo predominante a utilização das folhas (71,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Parte da planta utilizada para confecção dos remédios caseiros citados pelos especialistas. Coari, AM. 2015.

Parte utilizada	n	%
Folha	200	71,9
Caule	30	10,8
Raiz	21	7,6
Parte aérea	12	4,3
Fruto	10	3,6
Semente	4	1,4
Flor	1	0,4
Total	278	100

Os remédios caseiros podem ser preparados com as partes na íntegra ou utilizado apenas a seiva ou casca. Do caule pode ser utilizado a casca (n=27) ou a seiva (n=3), o fruto pode ser utilizado na íntegra (n=6) ou extraído apenas a casca (n=5), enquanto a folha pode ser utilizada na íntegra em sua grande maioria (n=155) ou apenas o sumo (n=5).

O chá, como modo de uso, mostrou-se o mais relevante entre os demais, representando 44,5% (Tabela 4), e o mesmo pode ser preparado por meio de decocção (n=52) ou infusão a quente (n=13).

Tabela 4 - Modos de uso dos remédios caseiros confeccionados com plantas medicinais. Coari, AM. 2015.

Modo de uso	n	%
Chá	65	44,5
Garrafada	21	14,4
Suco	16	11,0
Sumo	11	7,5
Xarope	11	7,4
Banho	10	6,9
Emplastro folha	9	6,2
Emplastro do óleo	2	1,4
Bombom	1	0,7
Total	146	100

Neste estudo, o processo de infusão a frio – erva imersa em água fria – também foi citado pelos especialistas. Tal processo foi utilizado para a confecção das garrafadas e banhos. Quanto a posologia observou-se que o termo “toma como água” e “toma diariamente” apareceram em 41 remédios caseiros (Quadro 14).

Os problemas de saúde foram analisados quanto ao número de espécies de plantas medicinais disponíveis para a terapia e o percentual de indicações terapêuticas existentes para cada situação clínica. Deste modo foi possível identificar os problemas de saúde de maior importância para a comunidade (Tabela 5).

Observa-se que a gripe e a inflamação foram os problemas de saúde de maior importância relativa entre os informantes especialistas. Dentre as 500 citações terapêuticas encontradas no estudo, 162 (32,4%) são para gripe e 35 (7,0%) para inflamação. Foram identificadas 30 opções de plantas medicinais para o cuidado da gripe e 14 anti-inflamatórios naturais, ministrados isoladamente ou combinados.

Tabela 5 - Quantitativo de espécies de plantas, citações e Fator de Consenso dos Informantes (FCI) de acordo com as indicações terapêuticas. Coari, AM. 2015.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	nº plantas	nº citações	% de citações	Continua
				FCI
Gripe	30	162	32,4	0,82
Inflamação	14	35	7,0	0,62
Dor de cabeça ou pressão na cabeça	9	31	6,2	0,73
Diarréia na criança	6	21	4,2	0,75
Dor	9	17	3,4	0,50
Estômago pesado	5	17	3,4	0,75
Asma	4	13	2,6	0,75
Dor no estômago	4	13	2,6	0,75
Anemia	4	12	2,4	0,73
Cólica de neném	4	12	2,4	0,73
Inflamação de mulher	5	11	2,2	0,60
Infecção urinária	2	9	1,8	0,88
Vermelha	2	9	1,8	0,88
Cólica de mulher	4	8	1,6	0,57
Infecção de mulher	3	8	1,6	0,71
Calmante	3	7	1,4	0,67
anticoncepcional	3	6	1,2	0,60
Malária	2	6	1,2	0,80
Mordida de cobra	2	6	1,2	0,80
Pós-parto (cesariana)	1	6	1,2	1,00
Pós-parto (vaginal)	1	6	1,2	1,00
Sarar ferida	2	6	1,2	0,80
Infecção	3	5	1	0,50
Problema de fígado	3	5	1	0,50
Dor de ouvido	2	4	0,8	0,67
Dor na coluna	1	4	0,8	1,00
Problema de coração	2	4	0,8	0,67
Secar os pontos	2	4	0,8	0,67
Verme	1	4	0,8	1,00
Câncer uterino	3	3	0,6	0,00
Desintéria	1	3	0,6	1,00
Dor de barriga	3	3	0,6	0,00
Emagrecer	1	3	0,6	1,00
Engordar	1	3	0,6	1,00
Estancar o sangue	1	3	0,6	1,00
Febre forte	1	3	0,6	1,00
Ferroada de Arraia	1	3	0,6	1,00

				Continuação
Hemorróida	1	3	0,6	1,00
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	nº plantas	nº citações	% de citações	FCI
Inchaço	1	3	0,6	1,00
Osso quebrado	1	3	0,6	1,00
Sapinho	1	3	0,6	1,00
Soltar a barriga	1	3	0,6	1,00
Pedra na vesícula	2	2	0,4	0,00
Pós-cirúrgico (antinflamatório?)	2	2	0,4	0,00
Rim	2	2	0,4	0,00
Acelerar o parto	1	1	0,2	0,00
Doença do ar que dá em criança	1	1	0,2	0,00
Dor local	1	1	0,2	0,00
Dor no coração	1	1	0,2	0,00
Total	130	500	100	-

Conclusão

Ao questionar os especialistas quanto as doenças mais comuns na comunidade os informantes relataram serem a gripe e a malária. Observou-se que a malária teve apenas duas opções terapêuticas com plantas medicinais citadas pelos depoentes mais idosos, fato este que pode ser influenciado pela presença do ACS que atualmente fornece medicamentos alopáticos específicos para esta doença. Além disso, a terapêutica tradicional relatada se restringe à fase de recuperação do pacientes, após o tratamento medicamentoso alopático.

Após a identificação das doenças de maior importância terapêutica para a comunidade, foi realizada a análise do consenso individual (FCI) de cada problema de saúde (indicação terapêutica) (Tabela 5). De certa forma, quanto maior o número de plantas utilizadas no tratamento de determinado problema de saúde, maior o percentual de citações. Para o FCI observou-se o inverso, um FCI=0 foi observado com frequência nas situações em que o número de citações é igual ao número de plantas.

Conforme apresentado na Tabela 5, as indicações terapêuticas com total consenso (FCI=1) entre os informantes especialistas foram: assadura, doença cardiovascular, dorsalgia, edema, emagrecer, engordar, febre, fratura, hemorróida, hemostasia, laxante, monilíase oral, picada de cobra, ferroadada de arraia, pós-cirúrgico e verme. Tais indicações apresentam apenas uma planta medicinal como opção terapêutica.

Além do FCI para as indicações terapêuticas de plantas medicinais, foi analisado o consenso dos mesmos para as categorias nosológicas, apresentado no Quadro 15. Quanto as classificações do CID-10 observa-se que o capítulo *X - Doenças do aparelho respiratório* (gripe e asma) possui o maior número de citações terapêuticas (108) e plantas medicinais (37).

Quadro 15 - Fator de Consenso Individual (FCI), número de citações terapêuticas e plantas medicinais de cada categoria nosológica (Classificação CID-10). Coari, AM. 2015.

			Continua
CLASSIFICAÇÃO CID-10	nº citações	nº plantas	FCI
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias;			
Verme	4	1	
Malária	6	2	
Sapinho	3	1	
Infecção	5	3	
TOTAL	18	7	0,65
II - Neoplasias (tumores);			
Câncer uterino	3	3	
TOTAL	3	3	0,00
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;			
Estancar o sangue	3	1	
Anemia	12	4	
TOTAL	15	5	0,71
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;			
Emagrecer	3	1	
Engordar	3	1	
TOTAL	6	2	0,80
V - Transtornos mentais e comportamentais			
Calmante	7	3	
TOTAL	7	3	0,67
VI - Doenças do sistema nervoso;			
Dor de cabeça ou pressão na cabeça	31	9	
Dor local	1	1	
Dor	17	9	
TOTAL	49	19	0,63
VII - Doenças do olho e anexos;			
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide;			
Dor de ouvido	4	2	
TOTAL	4	2	0,67
IX - Doenças do aparelho circulatório;			
Inchaço	3	1	
Problema de coração	4	2	
Dor no coração	1	1	
TOTAL	8	4	0,57
X - Doenças do aparelho respiratório;			
Gripe	162	30	
Doença do ar que dá em criança	1	1	
Asma	13	4	
TOTAL	176	35	0,81

			Continuação
CLASSIFICAÇÃO CID-10	nº citações	nº plantas	FCI
XI - Doenças do aparelho digestivo;			
Dor no estômago	13	4	
Dor de barriga	3	3	
Diarréia na criança	21	6	
Desinteria	3	1	
Hemorróida	3	1	
Cólica de neném	12	4	
Pedra na vesícula	2	2	
Problema de fígado	5	3	
Estômago pesado	17	5	
Soltar a barriga	3	1	
TOTAL	82	30	0,64
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo;			
Sarar ferida	6	2	
Secar os pontos	4	2	
Vermelha	9	2	
TOTAL	19	6	0,72
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;			
Dor na coluna	4	1	
Osso quebrado	3	1	
TOTAL	7	2	0,83
XIV - Doenças do aparelho geniturinário;			
Infecção urinária	9	2	
Rim	2	2	
Inflamação de mulher	11	5	
Infecção de mulher	8	3	
Cólica de mulher	8	4	
TOTAL	38	16	0,59
XV - Gravidez, parto e puerpério;			
Acelerar o parto	1	1	
Pós-parto (cesariana)	6	1	
Pós-parto (vaginal)	6	1	
TOTAL	13	3	0,86
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal;			
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas;			
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;			
Pós-cirúrgico (antinflamatório?)	2	2	
Febre forte	3	1	
Inflamação	35	14	
TOTAL	40	17	0,59

			Continuação
CLASSIFICAÇÃO CID-10	nº citações	nº plantas	FCI
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;			
Ferroada de Arraia	3	1	
Picada de cobra	6	2	
TOTAL	9	3	0,75
			Conclusão

O informantes não mencionaram problemas de saúde relacionados a afecções das categorias VII - Doenças do olho e anexos, XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal, XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade.

As categorias IV- “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e XIII-“Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” foram as que apresentaram problemas de saúde cujo FCI foi igual a 1.

Vale ressaltar ainda que existiram cinco citações terapêuticas para três plantas medicinais que podem ser utilizadas como método contraceptivo, configurando assim uma ação preventiva, não se enquadrando assim no Código Internacional de Doenças.

Após a análise das doenças fez-se necessário a análise das plantas medicinais utilizadas pelos informantes especialistas quanto a sua importância relativa e versatilidade (Quadro 16).

Quadro 16 - Espécies citadas segundo indicações conferidas pelos informantes especialistas, CID-10, Valor de Uso, Importância Relativa e posicionamento de acordo com IR ou VU. Coari, AM. 2015.

						Continua
Nome popular	Indicação terapêutica	CID 10	IR	posição IR	VU	posição VU
	Dor de cabeça [...]	VI				
	Sarar ferida	XII				
	Doença do ar [...]	X				
	Dor de barriga, dor no estômago, estômago pesado, diarreia na criança	XI				
	Mordida de cobra	XIX				
atinga-de-mulata	Estancar o sangue	III	2,00	1	2,25	1
	Cólica de neném, diarreia na criança, dor no estômago, estômago pesado	XI				
laranja	Gripe	X	0,89	10	2,25	1

						Continuação
Nome popular	Indicação terapêutica	CID 10	IR	posição IR	VU	posição VU
sara-tudo	Pós-parto (cesariana ou vaginal)	XV				
	Anemia	III				
	Dor	VI				
	Infecção de mulher	XIV				
	Inflamação	XVIII	1,5	3	2,13	2
algodão-branco	Dor de cabeça [...]	VI				
	Infecção	I				
	Gripe	X				
	Pós-cirúrgico, inflamação	XVIII	1,22	5	2,00	3
	Inflamação	XVIII				
coirama	Anemia	III				
	Câncer uterino	II				
	Infecção e inflamação de mulher	XIV				
	Gripe	X				
	Malária	I	1,78	2	1,75	4
mastruz	Dor na coluna	XIII				
	Inflamação	XVIII				
	Gripe	X				
	Verme	I	1,11	7	1,63	5
	Gripe	X				
manga	Acelerar o parto	XV				
	Secar os pontos	XII				
	Diarréia na criança, Soltar a barriga	XI	1,22	5	1,50	6
	Engordar , emagrecer	IV				
	Infecção	I				
none	Dor	VI	0,94	11	1,50	6
	Dor abdominal, cólica de neném, diarreia na criança	XI				
hortelã	Gripe	X	0,78	12	1,38	7
	Cólica de mulher	XIV				
elixir-paregórico	Estômago pesado, dor no estômago	XI	0,67	13	1,38	7
alho	Dor de cabeça [...]	VI				
	Gripe e asma	X	0,67	13	1,38	7
amor-crescido	Sarar ferida, ferroadada de arraia	XII				
	Inflamação	XVIII	0,67	13	1,13	8
arruda	Dor de cabeça [...]	VI				
	Dor de barriga, diarreia na criança, estômago pesado, dor no estômago	XI				
	Dor de ouvido	VIII	1,17	6	1,13	8
	Vermelha	XII				
vassourinha	Cólica de mulher	XIV				
	Gripe	X	0,83	11	1,13	8
	Problema de coração	IX				
vindicá	Gripe	X				
	Dor de cabeça [...]	VI	0,83	11	1,13	8

Continuação						
Nome popular	Indicação terapêutica	CID 10	IR	posição IR	VU	posição VU
babosa	Gripe e asma	X				
	Dor	VI	0,67	13	1,13	8
capeba	Inchaço	IX				
	Infecção urinária e inflamação de mulher	XIV	0,67	13	1,13	8
jatobá	Anticoncepcional	XIV				
	Inflamação	XVIII				
	Gripe	X	0,83	11	1,00	9
jambú	Gripe	X				
	Problema de fígado	XI	0,56	14	1,00	9
carapanaúba	Cólica de mulher, inflamação de mulher e anticoncepcional	XIV				
	Câncer uterino	II				
	Inflamação	XVIII				
	Problema de fígado	XI	1,33	4	0,88	10
algodão-roxo	Infecção e inflamação de mulher	XIV				
	gripe e asma	X				
	Câncer uterino	II	1,06	8	0,88	10
capim-santo	Calmente	V				
	Dor de cabeça [...]	VI				
	Febre forte	XVIII	0,83	11	0,88	10
boldo	Estômago pesado, problema de fígado	XI				
	Gripe	X	0,67	13	0,88	10
açaí	Anemia	III				
	Malária	I	0,56	14	0,75	11
pobre-velho	Dor	VI				
	Rim	XIV				
	Inflamação	XVIII	0,83	11	0,75	11
cidreira	Calmente	V				
	Dor	VI	0,56	14	0,75	11
erva-de-passarinho	Inflamação	XVIII				
	Dor	VI	0,56	14	0,75	
peão-roxo	Inflamação	XVIII				
	Dor de cabeça [...]	VI	0,56	14	0,75	11
terramicina	Cólica de neném	XI				
	Infecção urinária	XIV	0,56	14	0,75	
cebolinha	Gripe e asma	X	0,39	16	0,75	11
malvaré/malvarisco	Gripe	X	0,28	17	0,75	11
oriza	Gripe	X				
	Calmente	V				
	Dor no coração, problema de coração	IX	0,94	9	0,5	12
	Diarreia na criança	XI				
goiaba	Gripe	X	0,56	14	0,5	12

						Continuação
Nome popular	Indicação terapêutica	CID 10	IR	posição IR	VU	posição VU
	Inflamação	XVII				
pau-darco	Gripe	X	0,56	14	0,5	12
mangaratáia	Gripe	X	0,28	17	0,5	12
alfavaca	Gripe	X	0,28	17	0,38	13
	Secar os pontos	XII				
	Pós-cirúrgico	XVIII				
andiroba	Dor local	VI	0,83	11	0,38	13
	Cólica de mulher, inflamação de mulher e anticoncepcional	XIV	0,5	15	0,38	13
uxí		XIV	0,5	15	0,38	13
banana	Sapinho	XII	0,28	17	0,38	13
batatinha	Hemorroida	XI	0,28	17	0,38	13
capitú	Dor de cabeça [...]	VI	0,28	17	0,38	13
emenda-osso	Ossos quebrados	XIII	0,28	17	0,38	13
mão-aberta	Vermelha	XII	0,28	17	0,38	13
mucuracá	Gripe	X	0,28	17	0,38	13
mutuquinha	Cólica de neném	XI	0,28	17	0,38	13
peão-branco	Mordida de cobra	XIX	0,28	17	0,38	13
trevo-roxo	Dor de ouvido	VIII	0,28	17	0,38	13
urucú	Anemia	III	0,28	17	0,38	13
cajú	Gripe	X	0,28	17	0,25	14
	Inflamação	XVIII				
cipo	Dor	VI	0,56	14	0,25	14
	Inflamação	XVIII				
manjerição	Infecção	I	0,56	14	0,25	14
arapari	Gripe	X	0,28	17	0,13	15
azeitona	Disenteria	XI	0,28	17	0,13	15
castanha	Gripe	X	0,28	17	0,13	15
cipó-alho	Gripe	X	0,28	17	0,13	15
crajiru	Dor	VI	0,28	17	0,13	15
jucá	Gripe	X	0,28	17	0,13	15
mamão	Pedra na vesícula	XI	0,28	17	0,13	15
maria-mole	Pedra na vesícula	XI	0,28	17	0,13	15
pimenta-do-reino	Gripe	X	0,28	17	0,13	15
quebra-pedra	Rim	XIV	0,28	17	0,13	15
taperebá	Gripe	X	0,28	17	0,13	15

Conclusão

Em análise ao Quadro 16 observa-se que a espécie mais versátil e importante na comunidade estudada foi a catinga-de-mulata (*Aeollanthus suaveolens*) (Figura 15) com Importância Relativa de 2,00 e Valor de Uso de 2,25.

Figura 15 - Imagem da catinga-de-mulata (*Aeollanthus suaveolens*).
Boam, Coari – AM, 2016.

Na comunidade ribeirinha do Boam, os informantes especialistas em plantas medicinais indicaram o uso das folhas da catinga-de-mulata (*A. suaveolens*) em chás por infusão e/ou sumo, sendo a planta de maior importância comunitária, indicada para nove problemas de saúde diferentes: dispnéia infantil, cicatrizante, picada de cobra, indigestão, cefaléia, dor abdominal, gastralgia, diarreia e hemostasia. Estas doenças e sinais clínicos de origem física são tratados apenas com fitopopulares.

6.

Discussão

6 DISCUSSÃO

O cuidado ao ser humano é universal, isto é, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, ele precisa ser cuidado. Todavia cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, em 1946, definiu saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”(OMS, 2006, p.1). Tal definição tem sido considerada utópica para muitos autores, principalmente pela dificuldade de se definir “um completo estado de bem-estar”, o que seria inatingível pela própria condição humana e social (SEGRE M, FERRAZ, 1997; LUNARDI, 1999). Entretanto o conhecimento do profissional de saúde estabelece claramente o que é normal e patológico, e determina com rigidez os diagnósticos e intervenções clínicas (CANGUILHEM, 1990).

Dejours (1986) destaca a saúde como um processo vivido singularmente, em nível orgânico e psíquico. Existindo uma flexibilidade em relação as condições individuais, sendo a fronteira entre o normal e o patológico uma norma individual (CANGUILHEM, 1990). A autodefinição do “estar doente” e estar com saúde depende da percepção do sujeito em relação à sua condição (FERREIRA et al. 2014). Deste modo, emerge a necessidade de uma avaliação dos conceitos de saúde e doença emitidos pelos ribeirinhos especialistas, pois são estes que auxiliam a população com práticas populares de saúde, com o diagnóstico de anormalidades e a prescrição de plantas medicinais.

O conceito de saúde emitido pelos especialistas vai além de bem estar físico, mas também pode envolver sentimentos de alegria e felicidade. Resultado semelhante ao encontrado em estudo de Velasco et al. (2010) cujo objeto foi a dimensão cultural do conceito de saúde de trabalhadores aposentados de Guadalajara no México. Além do bem estar físico, a autora destaca que os trabalhadores definiram saúde como um estado de tranquilidade, de harmonia, felicidade e sentir-se bem.

Segundo Velasco et al. (2010) é importante a análise cultural do conceito, tendo em vista que os significados dados a saúde influenciam sua experiência (real ou subjetiva), condicionam suas percepções e interpretações e influenciam suas práticas de manutenção da saúde. Portanto, os elementos que conceituam a saúde devem ser considerados para a construção de programas de intervenção ou educação, para o alcance da promoção da saúde integral (Velasco et al.2010).

Entendendo que saúde é um conceito que se aproxima da alegria e felicidade no contexto ribeirinho faz-se necessário a construção de ações que dialoguem com a população no sentido de gerar tais sentimentos. Nesse sentido, afasta-se de um conceito hegemônico de saúde, centrado na técnica, que segundo Matraca et al. (2011) não só contribui para a medicalização da vida como distancia os profissionais de saúde do conhecimento popular e da alegria.

Além de sentimentos, observou-se que tanto no conceito ribeirinho de doença quanto de saúde, os informantes especialistas os atrelaram a um estado de (in) dependência e autonomia dos indivíduos. Para Canguilhem (1990) a normalidade e doença está relacionada a capacidade do indivíduo ser ativo:

São os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se são normais ou voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retomar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá importância assim a estes detalhes. O essencial, para ele, é sair do abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente (CANGUILHEM, 1990, p. 91).

Constata-se na fala dos especialistas que a saúde capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura, indo de encontro a teoria defendida por Leininger & McFarland (2006). Além disso, identificar a definição e etiologia das doenças dada por certo grupo populacional faz-nos entender muitas atitudes e práticas, relativas ao processo saúde-doença (MINAYO, 1988).

À medida que a enfermagem transcultural enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, conhecer as definições de saúde e doença, assim como a etiologia das doenças por um grupo cultural é um dos processos primordiais para a construção de um cuidado culturalmente coerente (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Diante disto, foram identificadas as etiologias e definições de males, doenças e problemas de saúde comuns no ambiente ribeirinho. Em consonância ao estudo realizado na região do Baixo Amazonas por Rodrigues et al. (2014), a espiritualidade tem sido causa e resposta para doenças e males inexplicáveis; podendo ser o agente causador das doenças, um animal encantado, um homem ou uma mulher, que consciente ou inconsciente de infortúnios gera feitiços ou contrafeitiços, e é responsável por danos materiais ou imateriais em múltiplas escalas.

Orientados pelo saber popular, os ribeirinhos do Boam identificam sinais e sintomas de males de origem espiritual, mas cabe ao curandeiro (rezador/benzedor) a descoberta e cura das causas das doenças e quebrantos, assim como a descrição dos rituais de prevenção. Para Rodrigues et al (2014) a etiologia das doenças no ambiente ribeirinho envolve um conjunto de saberes fundamentados em cultura e simbolismo próprios, que interpretam o processo de adoecimento e cura, com sentidos espirituais, físicos, religiosos, mágicos ou míticos.

Em estudo realizado por Santos et al. (2012) em comunidades ribeirinhas amazônicas do Rio Unini, as doenças de origem espiritual foram a segunda categoria mais frequente na comunidade, possuindo 16,7% de todas as práticas terapêuticas populares de cura, incluindo o uso de plantas e animais para o processo. Dentre as plantas citadas pelos ribeirinhos do Unini o pião-branco, o pião-roxo, a catinga-de-mulata e o capitiú são espécies presente também na comunidade do Boam, entretanto sua utilização se restringe ao cuidado de problemas físicos.

Por meio de uma análise antropológica foi possível identificar a influencia de quatro vertentes na prática de curandeirismo ribeirinho: indígena, crista, africana e espírita. Segundo Maués (1994), a pajelança indígena tem forte influencia na origem do curandeirismo ribeirinho, o que segundo ele poderia denominar a prática como pajelança cabocla devida a tamanha proximidade. Entretanto desde o final do século XX observa-se a integração em um novo sistema de relações sociais, que incorporou crenças e práticas católicas, kardecistas e africanas à prática de curandeirismo ribeirinho. Além disso, a prática desses benzedores e rezadores ribeirinhos são capazes de se inter-relacionar com os demais cuidadores populares e com as imaterialidades cotidianas, como o folclore, paisagem, imaginação e sistema afetivo, promovendo assim um complexo intercâmbio de saberes e crenças (MAUÉS; VILLACORTA, 2004).

O benzimento, é um dos procedimentos de caráter espiritual, caracterizados por rezas prontas com o emprego de ervas, utilizado para afastar males que rondam ou que já se instalaram na pessoa, restabelecendo o bem estar do espírito. Além disso, a cura de doenças espirituais pode necessitar de associação a remédios caseiros compostos de plantas medicinais e produtos animais, que além de ingeridos podem ser utilizados em amuletos, banhos e emplastros (ARENZ, 2000; MAUES;VILLACORTA, 2004; ALBUQUERQUE; FARO, 2012; RODRIGUES et al, 2014).

Como observado no estudo, para os ribeirinhos do Boam as doenças de origem mística e espiritual como o mau olhar e quebranto só podem ser tratáveis através de técnicas espirituais através de curandeiros. De igual modo pode-se observar em um estudo realizado no sul Brasil, que as mães também buscaram medidas populares para tentar resolver esses

problemas de saúde em recém-nascidos, apenas com o uso de benzeduras e simpatias (BIANCHINI; KERBER, 2010).

No caso da “doença de criança”, observa-se neste estudo que os sinais e sintomas da manifestação clínica são característicos de desidratação grave e poderiam ser tratáveis com fitopopulares e líquidos em conjunto com as rezas e benzimentos, proporcionando um cuidado físico e espiritual, como ocorre no cuidado popular da doença de origem mística “roubo da sombra” (RODRIGUES et al. 2014). Assim, é possível ocorrer uma acomodação do cuidado, tendo em vista que segundo os informantes especialistas a “doença de criança” é extremamente letal, pois após o diagnóstico realizado pelo benzedor a maioria das crianças morre de desidratação, portanto a prática cultural não está sendo benéfica a saúde da comunidade, à medida que estes possuem recursos terapêuticos para o cuidado da doença.

Embora não mencionado pelos especialistas do presente estudo, o “roubo da sombra” é um exemplo de uso do curandeirismo associado a fitoterapia popular. A doença comum no ambiente indígena e ribeirinho é caracterizada pela própria contingência do existir. Pode ser entendida como um estado psicofísico em que um mal estar crônico faz refém a pessoa, infligindo dores corporais, desfiliação mental, distúrbios agudos de humor, como situações limites de bipolaridade e ânsia de suicídio. Para esses povos da floresta esta doença é de origem espiritual e, portanto, tratável somente com rezas realizadas por curandeiros ou pajés de grande poder, em conjunto com a ingestão do chá de saracura-mirá (*Ampelozizyphus amazonicus* Ducke), em sessões que duram de três a cinco dias, quando acredita-se ser possível o retorno da sombra do doente (RODRIGUES et al. 2014).

Sabe-se que o sistema/saber científico moderno defende uma concepção da doença como algo que acontece apenas no plano físico, aloja-se num órgão e assim deve ser tratado (MINAYO, 1988). Entretanto, foi observado que a etiologia das doenças no ambiente ribeirinho não é monolítica e foge dos parâmetros biomédicos. Os especialistas, possuem uma concepção pluralística do processo saúde-doença, integrando explicações de causa física e espiritual/sobrenatural.

A partir do momento em que houve a compreensão dessas concepções fez-se necessário conhecer as trajetórias empreendidas pelas famílias da comunidade na tentativa de solucionar seus problemas de saúde de origem física, preservar e recuperar sua saúde. Para atingir este objetivo, foi identificado o itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas.

Tem-se como premissa que o itinerário está relacionado a todas as atividades produzidas pelos indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação do estado de saúde, possibilitando a mobilização de recursos distintos: desde os cuidados caseiros e práticas

religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes na medicina alopática (CABRAL et al, 2011).

Ao analisar as falas dos especialistas e informantes gerais, observa-se que na comunidade o itinerário terapêutico das famílias seguem um fluxo que percorre os três setores de atenção à saúde descritos por Kleinman (1980) - profissional, familiar e *folk*. O esquema proposto por Kleinman (1980) é o mais utilizado e aceito atualmente (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008). O autor propõe que os cuidados em saúde podem ser localizados nesses três subsistemas diferentes, dentro dos quais a experiência da doença é vivenciada.

Além disso, a análise do itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas permitiu identificar presença da fitoterapia popular no processo assistencial das doenças de origem física, como o primeiro recurso a ser utilizado em caso de doença.

Resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em uma comunidade ribeirinha de Cuiabá/MT, onde constatou-se que, no que se refere ao cuidado no processo saúde-doença, os moradores costumam adotar primeiramente os recursos que lhes são mais próximo e culturalmente coerente. Geralmente utilizando os recursos da natureza, como as plantas e curandeirismo, podendo também utilizar em segundo plano, os recursos do sistema profissional, principalmente a auto-medicação alopática. Dessa forma, a procura por profissionais da saúde geralmente ocorre em última instância, sem o abandono da terapêutica adotada inicialmente (plantas e/ou rituais). Embora os ribeirinhos não confiem totalmente na medicina convencional, eles reconhecem as limitações do sistema popular e atribuem ao sistema profissional a responsabilidade de solucionar os problemas de saúde e doença que as práticas populares não conseguem resolver (KREUTZ, GAIRA, AZEVEDO et al., 2006).

Em estudo realizado com feirantes no interior da Bahia, a acessibilidade e a flexibilidade do sistema popular de cuidado foram fatores favoráveis para que este seja o primeiro recurso adotado durante o itinerário terapêutico (VALE et al., 2015).

Para os ribeirinhos especialistas o uso das plantas medicinais está embasado em um conjunto de crenças e valores culturais fortalecido pela ciência popular. Estudos afirmam que a prática terapêutica com ervas medicinais é influenciada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a falta de recursos financeiros para adquirir a terapia alopática (SANTOS et al., 2012; GONÇALVES et al, 2011; LIMA et al, 2013), mas apesar de esta realidade estar presente no ambiente estudado, esses fatores não foram indicados pelos ribeirinhos como os motivos pelos quais optam pelo uso de plantas medicinais.

O acesso terapêutico proporcionado pelo local de plantio das ervas foi indicado como um dos fatores que influenciam a utilização de fitoterápicos populares. Foi constatado que o

cultivo da maioria das plantas ocorre ao redor das moradias, como referido por diversos autores (FLORENTINO, ARAÚJO E ALBUQUERQUE, 2007; NASCIMENTO et al., 2013; OLIVEIRA, BARROS, MOITA NETO, 2010; BADKE et al., 2012). Vale ressaltar que o cultivo das plantas no quintal demanda uma série de cuidados considerando o seu uso terapêutico, pois o cultivo inadequado, desrespeitando as necessidades de cada espécie, pode colocar em risco a saúde de quem as utiliza. Deve-se, assim, evitar retirar as plantas de beira de lagoa, rios ou lugares poluídos, além de verificar o estado de conservação das plantas, evitando as murchas, mofadas ou velhas (NASCIMENTO et al., 2013). Além disso, é importante ressaltar que devido a sazonalidade das cheias, as plantas deveriam ser realocadas em terra firme ou suspensas nestes períodos, para a preservação de espécies medicinais importantes.

Constatou-se que o aprendizado do uso e manipulação de plantas medicinais teve sua origem no contexto familiar, com forte influência feminina. A mulher na comunidade do Boam ocupa o papel de cuidadora e transmissora desse conhecimento, resultado este, comum ao ambiente amazônico (HELMAN, 2009), e semelhante ao encontrado em estudo realizado no Rio Grande do Sul, que buscou detectar os saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais (BADKE et al. 2012).

A preparação de chás com a folha da planta medicinal é o modo de uso mais comum dos remédios caseiros assim como em estudos realizados em Manacapuru, Santa Catarina e Paraíba (MEYER, QUADROS e ZENI, 2012; COSTA, MARINHO, 2016; VASQUEZ et al. 2014).

No presente estudo observa-se uma falta de padronização para confecção de muitos dos remédios caseiros ribeirinhos quanto a quantidade de planta e posologia, sendo muitas vezes referidos termos como “punhado de folha” e “toma como água”. Além disso, observou-se que o fato de algumas folhas serem fervidas e outras apenas maceradas para o mesmo composto, sem justificativa relatada, pode estar relacionado a possíveis efeitos indesejáveis decorrentes do processo de preparo ou perda de componentes terapêuticos.

Vale ressaltar que o uso de plantas com fins terapêuticos, sem orientação apropriada, é fator de preocupação que deve ser considerado pelos atores sociais do setor de saúde, bem como por aqueles envolvidos na educação para a saúde, dada a incidência de espécies com registro de toxicidade e contra-indicações de uso. Assim, como as plantas são remédios poderosos e eficazes, o risco de intoxicação causada pelo seu uso indevido deve ser sempre levado em consideração (VEIGA; MACIEL; PINTO, 2005; VEIGA, 2008). Nicoletti et

al.(2010) cita que a população acredita que as plantas medicinais não oferecem perigo por serem naturais.

Entretanto, os especialistas de Boam demonstram o reconhecimento da toxicidade de algumas espécies quando citam contraindicações e modos de uso para cada planta. Observa-se que o uso baseado no saber popular, recebeu influência de testagens empíricas das espécies durante os anos de uso, informações essas passadas de geração em geração, revelando-se uma estratégia na triagem das plantas quanto a eficácia e toxicidade.

Dentre as plantas citadas como contraindicadas para gestantes, encontra-se a arruda (*Ruta graveolens*) e a copaíba (*Copaifera langsdorfii*), espécies com reconhecido potencial fitoterápico. A arruda possui atividade anti-helmíntica, anti-hemorragica, carminativa, entiespamódica e estimulante, indicada também para reumatismo e hipertensão, entretanto estudos corroboram com o saber ribeirinho quando a contraindicam para uso na gravidez, pois é um potente uterotônico, estimulando contrações uterinas, além de ter efeito embriotóxico e teratogênico (MATOS, 2002; SOUSA et al. 2004; GONZALES et al. 2006).

Quanto a copaíba, estudos com o ácido caurenóico, obtido do óleo da *Copaifera langsdorfii*, demonstraram diferentes atividades, como vasorelaxante (TIRAPELLI et al. 2004); relaxante do músculo liso, em estudos sobre contrações uterinas induzidas (CUNHA et al. 2003); anti-inflamatória (PAIVA et al. 2003); protetor de colite induzida por ácido acético (PAIVA et al. 2004); citotóxico e embriotóxico (COSTA-LOTUFO et al. 2002), o que fortalece o saber popular que contraindica o uso entre gestantes.

Alem da copaiba e arruda, existem evidências científicas que contraindicam o uso do boldo (*P. barbatus*), hortelã (*Mentha sp.*), mangarataia (*Zingiber officinale*), pau-darco (*Tabebuia sp.*) e quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*) na gestação, devido a efeitos embriotóxicos, teratogênicos e/ou abortivos (RODRIGUES et al. 2011). Entretanto, tais plantas não são contraindicadas para gestantes no ambiente ribeirinho, o que gera uma necessidade urgente de educação em saúde e o consequente intercâmbio de saberes, para se evitar o uso de tais plantas desde o período de pré-implantação embrionária.

Um estudo realizado na Nigéria, sobre a automedicação com plantas medicinais com gestantes (n= 595), apontou que mais de dois terços das entrevistadas (67,5%) tinham utilizado plantas medicinais em formas brutas ou como medicamentos fitoterápicos e, 74,3% das participantes preferiam formulações autopreparadas. Quase um terço das gestantes que utilizou a fitoterapia no momento do estudo, acreditava que o uso de medicamentos à base de plantas durante a gravidez é seguro. As principais razões das entrevistadas praticarem a automedicação com plantas foram por acreditar que as ervas teriam melhor eficácia do que os

medicamentos convencionais; pela segurança por ser um produto natural; crença de baixa eficácia dos medicamentos convencionais; acesso mais fácil aos medicamentos à base de plantas; crença tradicional e cultural em medicamentos à base de plantas para curar muitas doenças e; custo relativamente baixo dos medicamentos à base de plantas (FAKEYE et. al 2009).

Ainda relativo a toxicidade das plantas outro fator importante a ser apontado é o modo de uso das plantas e a via de administração. A planta emenda-osso (*E. tirucalli*) é um clássico de exemplo de toxicidade relacionada a dose e via de administração. O látex da planta é ácido e cáustico, e quando administrado em excesso pode causar intoxicação. Caso ocorra o contato com os olhos pode causar conjuntivites, queratites e uveítes ou até mesmo a cegueira. Exposto a pele ou mucosa, dependendo da intensidade da exposição, causa inflamação sobre a epiderme, provocando reações como vermelhidão, inchaço, dor e necrose tecidual. Entretanto, quando usado de forma diluída ou em pequena quantidade tem ação anti-inflamatória, analgésica, antibacteriana, laxativa, antimutagênica, antitumoral e anticancerígena (SILVA et al. 2007; VARRICCHIO et al. 2008; BESSA, 2010).

Felizmente em Boam a planta emenda-osso (*E. tirucalli*) é utilizada em pequena quantidade através de emplastos em pele íntegra em casos de fratura óssea, não oferecendo riscos de intoxicação, entretanto a literatura aponta outras indicações terapêuticas que poderiam auxiliar a manutenção da saúde dos ribeirinhos.

A toxicidade das plantas medicinais também pode estar relacionada ao armazenamento. Assim como os alimentos, a decomposição de fitoterápicos pode ocorrer por ação de bactérias e aumento de temperatura (MATOS, 2002). As plantas medicinais, depois de colhidas, devem ser armazenadas em local fresco e seco, protegidas da ação dos raios solares, umidade e insetos para uma melhor conservação do princípio ativo, além de deixá-las livres de contaminação (NASCIMENTO et al., 2013).

Muitas plantas contaminadas por fungos ao serem mal preparadas e, ou mantidas em recipientes inadequados, trazem consequências desagradáveis. Muitas cascas e raízes estão sujeitas à interferência de fungos produtores de aflatoxinas e seu consumo em doses elevadas ou repetidas pode causar câncer hepático (MATOS, VIANA, BANDEIRA., 2001). Portanto, faz-se necessário a análise não somente do plantio, mas do armazenamento das plantas no ambiente ribeirinho, pois fatores como calor e umidade estão presentes na região amazônica durante todo o ano.

Por fim, outro fator preocupante, é o uso de plantas medicinais com medicamentos alopáticos, o que pode oferecer riscos à saúde. De acordo com Alexandre et al. (2008), as

concentrações plasmáticas dos fármacos podem ser alteradas devido à presença de composições químicas que estão presentes nas plantas, diminuindo ou potencializando, desse modo, a sua função terapêutica.

Neste caso, pode-se citar a mangarataia (*G. officinale*), indicada para gripe pelos especialistas, com evidências científicas que justificam seu uso na profilaxia de náuseas e vômito, anorexia, problemas cardiovasculares, bronquite e artrite. Entretanto, há estudos que relatam seu potencial para reduzir a agregação plaquetária, portanto o uso com ácido acetilsalicílico, varfarina, heparina, clopidogrel, ibuprofeno ou naproxeno pode aumentar o risco de hemorragias (SKIDMORE-ROSE, 2001; GRUENWALD, BRENDLER, JAENICKE, 1998; DUKE, 2000; TYLER, 1996).

Sabe-se que o consumo de medicamentos sem prescrição médica é crescente em todos os grupos populacionais e relaciona-se, entre outras questões, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (VOSGERAU; SOARES; SOUZA, 2008). Questões estas encontradas no ambiente ribeirinho e que poderiam potencializar a automedicação, entretanto esta não foi uma prática usual entre as famílias ribeirinhas do Boam.

A importância relativa das doenças do aparelho respiratório foi evidenciada pelo maior número de recursos terapêuticos naturais. Fato este encontrado em outros municípios do Brasil. Um estudo realizado por Aguiar e Barros (2012) no município de Demerval Lobão (PI) identificou o uso de plantas medicinais com indicação de maior destaque (33,0%) para o tratamento de problemas respiratórios. Pereira et al. (2015) no município de Picos (PI) mostra o maior número de indicações terapêuticas voltadas inicialmente para dores em geral (17,0%), seguidas das doenças relacionadas ao sistema respiratório (16,5%). Na região serrana do Rio de Janeiro observou-se que as doenças mais citadas como passíveis de tratamento com plantas medicinais foram as do sistema respiratório com 58 plantas indicadas (MACHADO, 2006). Dados estes que fortalecem a potencialidade das plantas medicinais para o tratamento destes problemas de saúde.

Em estudo realizado em comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru (AM) as doenças do aparelho respiratório apresentaram a terceira maior importância relativa, representando 18% das indicações terapêuticas das plantas medicinais. Segundo informações dadas por agentes de saúde, doenças do aparelho respiratório como gripe e resfriado também são muito comuns nas comunidades estudadas neste município. Dentre as plantas medicinais que foram mencionadas para o tratamento de tais doenças, na forma de chás e banhos estão arruda (*Ruta graveolens*, Rutaceae), hortelã (*Mentha arvensis*, Lamiaceae), capim-santo (*Cymbopogon citratus*, Poaceae) e erva-cidreira (*Lippia alba*, Verbenaceae), que estão

incluídas entre as mais citadas pelos informantes (VASQUEZ et al. 2014). Destas, apenas o hortelã (*Mentha sp.*) foi citado pelos especialistas de Boam como eficiente para doenças do aparelho respiratório.

A importância das doenças respiratórias atrela-se ao fato de ser uma das duas doenças mais frequentes na comunidade, segundo os informantes especialistas. A letalidade de afecções respiratórias a nível nacional e estadual é elevada, sendo a terceira maior causa de morte do total de óbitos infantis no Brasil e no estado do Amazonas, avaliados conforme a mesma distribuição do CID-10 pelo Sistema de Informação de Óbitos, disponível no DATASUS (BRASIL, 2014).

Depois das doenças respiratórias, a malária é citada pelos ribeirinhos como a segunda doença mais frequente, porém encontra-se entre as doenças com menor acervo terapêutico, fato este que pode ser justificável pela presença efetiva de medicamentos alopáticos distribuídos pelo agente comunitário de saúde. Os fitoterápicos mencionados para malária, são indicados apenas para recuperação do indivíduo após o uso da medicação alopática da malária. Segundo Maia et.al (2011) o aparecimento da alopatia em comunidades tradicionais influencia na manutenção do conhecimento sobre as propriedades terapêuticas das plantas, o que pode ser observado em Boam.

Diferente do resultado encontrado para a Importância Relativa, as afecções do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas possuem menor acervo de plantas e maior fator de consenso dos informantes (1). Os valores de FCI indicam que há um consenso entre os informantes especialistas e existe uma certa unanimidade na seleção de espécies dentro destas categorias, confirmando seu saber popular. Tal consenso reflete a eficácia das plantas já utilizadas e a estabilidade do padrão clínico das doenças e sinais agrupados nestas categorias, não demandando a descoberta e/ou tentativa de novas opções terapêutica.

Quanto a análise das plantas medicinais, a *Aeollanthus suaveolens*, conhecida popularmente como catinga de mulata foi a planta de maior IR e VU. Pertencente à família Lamiaceae, esta é uma espécie de odor adocicado e intenso, de origem africana, presente também na Amazônia brasileira (TUCKER, MACIARELLO, ALKIRE, 2001).

Esta erva é comumente utilizada pelos povos da floresta amazônica em banhos de cheiro e no tratamento de doenças espirituais como o quebranto, doença de sete dias e mau-olhado e na medicina popular no combate à febre, dor de cabeça, afecções da pele e olhos, convulsões, acidente vascular cerebral, cólica, doença do ar, pressão alta, gases, dor de

estômago e ouvido, infecção de mulher e enjoo de criança, sendo a folha a parte mais utilizada como chá e sumo (OLIVEIRA et.al. 2004; VASQUEZ, 2014; CASSINO, 2010).

Devido a sua importância na etnomedicina, existem diversos estudos sobre sua composição e ação frente a doenças. Estudos anteriores mostraram que os óleos essenciais das folhas e flores obtidos por hidrodestilação apresentaram como principais componentes o (-) linalol, farneseno e (-) massoia lactona (OLIVEIRA et.al. 2004). Por esses autores, o maior rendimento de linalol ocorre na folha (31,5%), para o farneseno observa-se maior concentração na flor (55,3%), seguida do caule (42,2%) e folha (21,9%). Com relação a massoia lactona, o percentual de maior significado ocorreu na folha (25,2%), nas demais partes do vegetal, as porcentagens foram insignificantes.

A massoia lactona é abundante na planta fresca, seca e no resíduo da extração do óleo essencial, sendo a substância que dá a característica aromática ao aroma de *A. suaveolens*. Apesar de ter cheiro agradável, essa lactona não é utilizada em fragrância, pois existe uma preocupação quanto a sua toxicidade, embora não existam estudos indicando seu limite de tolerância (IFA, 1994; TISSERAND, BALACS, 1995) por isso o óleo de *A. suaveolens* deve ser manipulado com alguns cuidados (TUCKER; MACIARELLO; ALKIRE, 2001).

Foi identificado em outro estudo que o rendimento da destilação do óleo essencial é maior no período de florescência (0,11%) do que no período sem flores (0,07%) (TUCKER; MACIARELLO; ALKIRE, 2001). No caso da hidrodestilação, amostras frescas apresentam menor rendimento (0,1%) que amostras secas (0,5%) (MAIA; ZOHBI; ANDRADE, 2003). A atividade antimicrobiana do óleo essencial foi comprovada, sendo a massoia lactona fortemente ativa contra os microorganismos *Salmonella setubal* e *Bacillus subtilis* (SILVA et.al. 2004).

A CIM (Concentração Inibitória Mínima) do óleo volátil mostra atividade mais acentuada contra a bactéria *Escherichia coli* e o fungo *Cryptococcus neoformans* (SILVA et.al. 2004). Além disso, a *A. suaveolens* apresentou atividade promissora (halos maiores que 25 mm) frente a *Candida krusei* – em cepa resistente ao fluconazol – em ensaio biológico utilizando a técnica de difusão com discos para microorganismos (LUPE, 2007).

Estudos fitoquímicos monitorados farmacologicamente evidenciaram que o óleo essencial é o responsável pelo bloqueio de convulsões induzidas por Metrazol (PTZ) em camundongos (COELHO; GAIESK; ELISABETSKY. 1996). A atividade anticonvulsivante das lactonas detectadas nesta planta, (G-decalactona, G-decen-2-lactona e J-decalactona) foram avaliadas em camundongos, sendo que as duas primeiras não apresentaram resultados significativos, mas a J-decalactona apresentou atividade sedativa (SOUZA, et. al. 1997). O

extrato hidroalcoólico de *A. suaveolens* mostrou forte atividade analgésica e anti-inflamatória em camundongos (LOTUFO, et.al. 2004).

Com base nas pesquisas citadas acima pode se dizer que as ações da *A. suaveollans* como analgésico, antimicrobiano e anti-inflamatório podem fortalecer as indicações terapêuticas presentes na medicina popular da comunidade do Boam, como cefaléia, dor abdominal, gastralgia, diarreia, cicatrizante, picada de cobra e dispnéia, com o uso de chá e sumo da folha, que possui maior concentração de substância antimicrobiana. Além disso, é importante estimular a prática cultural do uso da infusão da erva – que já é uma prática realizada – e não da decocção, devido a volatilização do óleo presente nas folhas.

7.

Considerações

finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das plantas medicinais está envolvido em um contexto socioeconômico, educacional característico do ambiente ribeirinho, cercado de simbolismos exóticos ao profissional de saúde. As doenças podem ter etiologias físicas ou espirituais, místicas ou mágicas. O uso de fitoterápicos populares no combate a doenças físicas é praticado em sua grande maioria por mulheres com notório saber, cuja a transmissão do saber é oral e interparietal, envolvendo valores e crenças culturais que vão além dos aspectos econômicos ou do acesso a serviços de saúde convencionais. Sendo a compreensão da dimensão cultural essencial para o cuidado da saúde dos ribeirinhos e sua comunidade.

Identificou-se na comunidade ribeirinha estudada, a presença de uma estrutura de sistema popular de cuidado relativamente estruturado com a presença de curandeiros/rezador, parteira, herborista e curador de desmentidura, além da presença de um agente comunitário de saúde como representante único do setor profissional científico. Ao analisar o itinerário terapêutico das famílias ribeirinhas, a fitoterapia popular é o principal recurso utilizado nos casos de doenças de origem física.

Para tais doenças existem dezenas de plantas medicinais capazes de curar 87,5% dos problemas de saúde, sem a presença de alopáticos. Tudo isso por meio de uma rica variedade de remédios caseiros, com diversas apresentações e posologias, chegando a possuir 11 plantas medicinais em uma única amostra fitoterápica.

Observou-se que as duas doenças mais comuns na comunidade, a influenza e a malária, apresentam importância relativa opostas no que tange a fitoterapia popular, enquanto a primeira doença possui um acervo terapêutico com 30 plantas e 162 citações, a segunda doença possui apenas seis citações para duas plantas, utilizadas somente para recuperação da saúde após o tratamento alopático. O resultado pode estar relacionado a entrada de medicamentos alopáticos específicos para malária na comunidade, o que não ocorreu com a influenza. Além disso, a influenza é uma doença viral que depende do sistema imune do indivíduo e tratam-se os sintomas que podem ser resolvidos com a medicina popular.

A planta catinga-de-mulata (*A. suaveollans*) é a planta mais importante e versátil na comunidade, de maior Valor de Uso e Importância Relativa. A maioria das utilizações terapêuticas da *A. suaveollans* na comunidade podem ser confirmadas em estudos fitoquímicos, testes in vitro ou ensaios biológicos (Figura 16).

Figura 16 - Decisões e ações de enfermagem culturalmente coerente diante do uso da *A. suaveollans*. Coari, AM. 2015

Legenda: *Ação ainda não comprovada na literatura, mas inócua a saúde.

Embora o uso da planta para hemorragia e indigestão seja comum nas comunidades ribeirinhas, não foi possível detectar na literatura tais ações. Como as indicações terapêuticas são inócuas a saúde dos indivíduos, pode-se dizer que as ações de enfermagem transcultural frente a prática cultural do uso terapêutico da *A. suaveollans* serão em busca da preservação do cuidado, não cabendo ações de acomodação ou repadronização. Isto evidencia a importância de estudos na área das plantas medicinais, com o intuito de aproximar o saber popular do saber científico, oferecendo a população maior segurança e eficácia.

Entretanto, reconhece-se que para que o uso da *A. suaveollans* seja uma prática baseada em evidências, capaz de ser replicada pela enfermagem no cuidado profissional, é necessário o desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados em humanos, que padronizem as doses fitoterápicas e a posologia.

As informações obtidas neste estudo podem fundamentar ações direcionadas a melhoria de vida ribeirinha, registrando e perpetuando os conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais, podendo subsidiar estudos de conservação e manejo de tais espécies.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L.C.G.G.; BARROS, R.F.M. Plantas medicinais cultivadas em quintais de comunidades rurais no domínio do cerrado piauiense (Município de Demerval Lobão, Piauí, Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 14, p. 419-34, 2012.
- ALBUQUERQUE, U.P. et.al. Avanços nas pesquisas etnobotânicas no Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v. 23(2), p. 590-605, 2009.
- ALBUQUERQUE, M.B.B.; FARO, M.C.S. Saberes de cura: um estudo sobre pajelança cabocla e mulheres pajés da Amazônia. **Revista Brasileira de História das Religiões**. ANPUH, Ano V, n.13, Maio 2012 .
- ALBUQUERQUE, U.P. **Introdução à etnobotânica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2005.
- ALBUQUERQUE, U.P.; LUCENA, R.F.P.; NETO, E.M.F.L. Seleção e escolha dos participantes da pesquisa. In: Albuquerque, U.P.; Lucena, R.F.P. e Cunha, L.V.F.C. (Orgs.). **Métodos e técnicas na pesquisa etnobotânica**. 2.ed. Recife: Comunigraf, 2008. p. 21-40.
- ALBUQUERQUE, U.P.; LUCENA, R.F.P.; ALENCAR, N.L. Métodos e técnicas para coleta de dados etnobotânicos. In: ALBUQUERQUE, U.P.; LUCENA, R.F.P. E CUNHA, L.V.F.C. (Orgs.). **Métodos e técnicas na pesquisa etnobotânica**. 2.ed. Recife: Comunigraf, 2008. p. 41-72.
- ALBUQUERQUE, U.P. et al. **Methods and Techniques in Ethnobiology and Ethnoecology**. New York: Springer Science, Business Media, 2014. p.15-37.
- ALBUQUERQUE, U.P.; ALVES, A.G.C. What Is Ethnobiology? In: ALBUQUERQUE, U.P.; NÓBREGA ALVES, R.R. **Introduction to Ethnobiology**. Suíça: Springer International Publishing, 2016. p. 3-7.
- ALCORN, J. The scope and aims of ethnobotany in a developing world. In: SCHULTES, R. E.; VON REIS, S. (Eds.). **Ethnobotany**. Portland: Dioscorides Press, 1995. p. 23–39.
- ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C.M.O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.1, p.117-26, 2008.
- ALMEIDA, C.F.C.B.R.; AMORIM, E.L.C.; ALBUQUERQUE, U.P.; MAIA, M.B.S. Medicinal plants popularly used in the Xingo region - a semi-arid location in Northeastern Brazil. **J Ethnobiol Ethnomedicine**, v. 2, p.15-32, 2006.
- ALVES, R.R.; ROSA, I. L. From cnidarians to mammals: The use of animals as remedies in fishing communities in NE Brazil. **J Ethnopharmacol**. v.107. p.259-76, 2006.
- AMIGUET, V.T.; ARNASON, J. T.; MAQUIN, P.; CAL, V.; VINDAS, P.S.; POVEDA, L. A consensus ethnobotany of the Q'eqchi' Maya of southern Belize. **J Econ Bot.**, v.59. p.29-42. 2005.

AMOROZO, M.C.M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência – um guia de estudo interdisciplinar**. Botucatu: UNESP. p. 47-68, 1996.

AMOROZO, M.C.M. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antônio do Laverger, MT, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v.16 (2). p.189-203. 2002.

AMOROZO, M.C.M.; VIERTLER, R.B. A abordagem qualitativa na coleta de dados etnobotânicos. In: Albuquerque, U.P.; Lucena, R.F.P. e Cunha, L.V.F.C. (Orgs.). **Métodos e técnicas na pesquisa etnobotânica**. 2a Edição. Comunigraf, Recife. p. 73-92. 2008.

ANDRADE, S.F.; CARDOSO, L.G.; BASTOS, J.K. Anti-inflammatory and antinociceptive activities of extract, fractions and populnoic acid from bark wood of *Austroplenckia populnea*. **Journal of Ethnopharmacology**, v.109, n.3, p. 464-471, 2007.

ARAUJO, E.J.F. et.al Aspectos toxicológicos da planta medicinal *Casearia sylvestris* Swartz: revisão de literatura. **Revista Ciência Farmaceutica Básica Aplicada**, v.35.n.3.p.355-361. 2014.

ARENZ, K.H. **A teimosia da pajelança: o sistema religioso dos ribeirinhos da Amazônia**. Santarém: Instituto Cultural Boanerges Sena–ICBS. 2000. 176p.

Badke, M.R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21.n.2.p.363-70. abr-jun 2012.

BEGOSSI, A. Use of ecological methods in ethnobotany: diversity indices. **Economic Botany**, v.50, n.3, p.280-89, 1996.

BENNETT, B.C.; PRANCE, G.T. Introduced plants in the indigenous pharmacopoeia of North South America. **Economic Botany**. v.54, p.90-102, 2000.

BESSA, G.O. **Avaliação da atividade angiogênica e do potencial de cicatrização do látex de *Euphorbia tirucalli* (aveloz)**. Dissertação (Mestrado). Pontífica Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2010.

BETTEGA, P.V.C. et al. Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia. **Archives of Oral Research**, v.7, n.1, p.89-97, 2011.

BIANCHINI, C.O. ; KERBER, N. Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido. **VITTALLE**, Rio Grande. v.22, n.2, p.35-50, 2010.

BRANDÃO, C.R. Saber de classe e educação popular. In: **O ardil da ordem**. Campinas: Papirus, 2.a ed. p.9-39. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2006^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinfl0am.def>>. Acesso: 26 jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**- Brasília. 2006^b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007.

BRUHN, J.G.; HOLMSTET, B. Ethnopharmacology: objectives, principles and perspectives. In: Beal JL, Reinhard E (eds.) **Natural products as medicinal agents Planta Medica Supplement**, 526p. 1980.

BRUNING, M.C.R.; MOSEGUI, G.B.G.; VIANNA, C.M.M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu–Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.17, n.10, p.2675-2685, 2012.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.16(11), p.4433-4442, 2011.

CALIXTO, J.B. Efficacy, safety, quality control, marketing and guidelines for herbal medicines (phytotherapeutics agents). **Brazilian Journal Of Medical and Biological Research**, 33:179-89. 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.

CASSINO, M.F. **Estudo etnobotânico de plantas medicinais em comunidades de várzea do rio Solimões, Amazonas e aspectos farmacognósticos de Justicia pectoralis Jacq. forma mutuquinha (Acanthaceae)** – DISSERTAÇÃO. IFAM. Manaus, 2010.

COELHO, G.P.S.; GAIESK, F.; ELISABETSKY, E. **Avaliação da atividade anticonvulsivante de lactonas do óleo essencial de Aeollanthus suaveolens Mart ex Spreng**. In: XIV Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, p.120, 17 a 20 de setembro, Florianópolis - SC, 1996.

COSTA, J.C.; MARINHO, M.G.V. Etnobotânica de plantas medicinais em duas comunidade do município de Picuí, Paraíba, Brasil. **Revista brasileira de plantas medicianais**, Campinas, v.18, n.1, p.125-134, 2016.

COSTA-LOTUFO, L.V. et.al. The Cytotoxic and Embryotoxic Effects of Kaurenoic Acid, a Diterpene Isolated from Copaifera Langsdorffii Oleo-Resin. **Toxicon Journal**, 40: 1231 – 1234, 2002.

- CUNHA, K.M.A. et.al. Smooth muscle relaxant effect of kaurenoic acid, a diterpene from *Copaifera langsdorffii* on rat uterus in vitro. **Phytotherapy Research**. v.17, p.320–324. 2003
- CUNHA, M.C.; ALMEIDA, M.W.B. populações tradicionais e conservação ambiental. In: CAPOBIANCO, João Paulo Ribeiro et al. **Biodiversidade na Amazônia brasileira: avaliação e ações prioritárias para a conservação, uso sustentável e repartição de benefícios**. São Paulo, Estação Liberdade: Instituto Socioambiental, 2001.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira Saúde**, v.14, p.7-11. 1986.
- DIEGUES, A.C.S. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: Hucitec, 169 p. 1996.
- DIEGUES, A.C.; ARRUDA, R.S.V. (Org.). **Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; São Paulo: USP. Biodiversidade, 4. 2001. 175 p.
- DIEGUES, A.C.S. et al. “Populações tradicionais” e biodiversidade na Amazônia: levantamento bibliográfico georreferenciado. In: CAPOBIANCO, João Paulo Ribeiro et al. **Biodiversidade na Amazônia brasileira: avaliação e ações prioritárias para a conservação, uso sustentável e repartição de benefícios**. São Paulo, Estação Liberdade: Instituto Socioambiental, 2001.
- DI-STASI, L.C. An integrated approach to identification and conservation of medicinal plants in the tropical forest – a Brazilian experience. **Plant Genetic Research**, v.3, p.199-205. 2005.
- DUKE, J.A. **The Green Pharmacy Herbal Handbook**. Emmaus, PA: Rodale Press. 2000.
- ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia como ferramenta na busca de substâncias ativas. In: **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. Editora de Universidade/UFSC, 1º edição, Porto Alegre. Florianópolis. 2000.
- ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia. **Ciência e Cultura**, v.5(3), p.35-36. 2003.
- FAKEYE, O.T.; ADISA, R.; MUSA, I.E. Attitude and use of herbal medicines among pregnant women in Nigeria. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v.9:53. 2009.
- FERNANDES, T.G. **A epidemiologia da doença cerebrovascular em populações ribeirinha e urbana na Amazônia brasileira: o estudo de morbidade e mortalidade do acidente vascular cerebral na cidade de Coari-Am (EMMA-Coari)**. [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.
- FERREIRA, P.M.P. et al. Water extract of *Moringa oleifera* seeds: a toxicological approach. **Revista Eletronica Pesquisa Medica**, v.1(4), p.45-57. 2007.
- FERREIRA, D.C. et al. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38 (2).p. 283-288; 2014
- FIDALGO, O.; BONONI, V.L.R. **Técnicas de coleta, preservação e herborização de material botânico**. Instituto de Botânica, Série Documentos, São Paulo. 1989.

FLORENTINO, A.T.N.; ARAÚJO, E.L.; ALBUQUERQUE, U.P. Contribuição de quintais agroflorestais na conservação de plantas da Caatinga, Município de Caruaru, PE, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v.21, n.1, p37-47, 2007.

FONSECA-KRUEL, S.V.; PEIXOTO, A.L. Etnobotânica na Reserva Extrativista Marinha de Arraial do Cabo, RJ, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v.18. p.177-190. 2004.

FORD, R.I. Ethnobotany: historical diversity and synthesis. In: R.I. Ford; M. Hodge & W.L. Merrill (eds.). **The nature and status of ethnobotany**. Annals of Arnold Arboretum. Michigan: Museum of Anthropology, University of Michigan. Anthropological Papers 67: 33-49. 1978.

FRANCO, E.A.P.A.; BARROS, R.F.M.; ARAUJO, J.L.L. Uso e diversidade de plantas do cerrado utilizadas pelos quilombolas de Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. In: LOPES, W.G.R. et al. (Orgs.). **Cerrado piauiense: uma visão multidisciplinar**. EDUFPI, Série Desenvolvimento e Meio Ambiente, Teresina/PI, 2007.

FRAXE, T.J.P. **Homens anfíbios: uma etnografia do campesinato das águas**. São Paulo: Annablume. 2000.

FRAXE, T.J.P., PEREIRA, H.S., WITKOSKI, A.C. **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais** - Manaus: EDUA, 2007.

FUNARI, C.S.; FERRO, V.O. Uso ético da biodiversidade brasileira: necessidade e oportunidade. **Revista Brasileira Farmacognosia**, v.15, p.178-82. 2005.

GALABUZI, C. et al. Traditional medicine as an alternative form of health care system: a preliminary case study of Nangabo sub-county, central Uganda. **African Journal of Traditional, Complementary and Alternative medicines**, v.7 (1), p.11 – 16. 2010.

GALVÃO, E. Panema: uma crença do caboclo amazônico. **Revista do museu paulista**, São Paulo, n.5. p. 221-225. 1951.

GAZZANEI, L.R.; LUCENA, R.F.P.; ALBUQUERQUE, U.P. Knowledge and use of medicinal plants by local specialists in a region of Atlantic Forest in the state of Pernambuco (Northeastern Brazil). **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v.1: 9. 2005.

GONÇALVES, N.M.T. et al. A tradição popular como ferramenta para a implantação da fitoterapia no município de Volta Redonda–RJ. **Revista brasileira de farmácia**, v.92, n.4, p. 346-351, 2011.

GONZALES, J.R. et al. Efecto embriotóxico y teratogénico de Ruta chalepensis L. «ruda», en ratón (Mus musculus). **Revista Peruana de Biología**, v.13, n.3, p.223-5, 2006.

GRUENWALD, J; BRENDLER, T; JAENICKE, C. The PDR for Herbal Medicines. Montvale, NJ: **Medical Economics Co**. 1998.

HAMILTON, A.C. et al. **The purposes and teaching of Applied Ethnobotany**. Godalming, People and Plants working paper. 11. WWF, Golalming, UK. 2003.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Ana Rose Bohen. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. [Acesso em: 10 abr 2014]. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal de mapas**. Disponível em: <<http://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#mapa142>>. [Acesso em: 10 abr 2016]. 2016.

IFA. International Fragrance Association, amendments to the IFRA guidelines. **Perf & Flav**, v.19(6), p.75-76, 1994.

IPAM. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Glossário do IPAM**. Disponível em: <http://www.ipam.org.br/saiba-mais/glossariotermino/Povos-da-Floresta-/57>. Acessado em 28/12/2014.

JORDAN, S.A.; CUNNINGHAM, D.G.; MARLES, R.J. Assessment of herbal medicinal products: Challenges, and opportunities to increase the knowledge base for safety assessment. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v.243(2), p.198-216. 2010.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, pp. 49-70. 1980.

KREUTZ, I; GAIRA, M.A.M.; AZEVEDO, R.C.S. Determinantes socioculturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15(1): 89-97. 2006.

LEÃO, R.B.A.; FERREIRA, M.R.C.; JARDIM, M.A.G. Levantamento de plantas de uso terapêutico no município de Santa Bárbara do Pará, Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88, n.1, p. 21-25, 2007.

LEININGER, M.M.; FARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory**. 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006

LIMA, D.P. et al. A **fitoterapia como prática integrativa em saúde utilizada pelos ribeirinhos no Acará – PA**. Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, v.12, p. 232. Belém, 2013.

LOTUFO, L.V.C. et al. Analgesic, antiinflammatory and central depressor effects of the hydroalcoholic extract and fractions from *Aeolanthus suaveolens*. **Biological and Pharmaceutical Bulletin**, v. 27 (6) 821-824, 2004.

LUNARDI, V.L. Problematizando conceito de saúde a partir do tema da governabilidade dos participantes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v.20(1):26-40. 1999.

LUPE, F.A. **Estudo da composição Química de óleos essenciais de Plantas aromáticas da Amazônia**. Dissertação de Mestrado UNICAMP. Campinas, SP, 2007.

MACEDO, A.F.; OSHIIWA, M.; GUARIDO, C.F. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília-SP. **Revista Ciência Farmaceutica Básica Aplicada**, v.28(1), p.123-8. 2007.

MACHADO, H.F. **Conhecimentos, práticas e uso de plantas medicinais em áreas rurais de Nova Friburgo**. [dissertação] Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2006.

MAIA, E.A. et al. O uso de espécies vegetais para fins medicinais por duas comunidades da Serra Catarinense, Santa Catarina, Brasil. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 11, n. 1, p. 54-74, 2011.

MAIA, J. G. S., ZOHBI, M. G. B.; ANDRADE, E. H. A. Essential oils of *Aeollanthus suaveolens* Mart.ex Spreng. J. **Journal of Essential Oil Research**, v. 15, 86-87, 2003.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Revista de terapia ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, F.J.A.; VIANA, G.S.B.; BANDEIRA, M.A.M. **Guia Fitoterápico**. 2.ed. revisada. Expressão Gráfica. 2001.

MATOS, F.J.A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais “projeto para pequenas comunidades”**. Fortaleza: EUFC, 2002. 267p.

MATRACA, M.V.C. et al. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. **Revista ciência e saúde coletiva**. v.16(10).p.4127-4138. 2011.

MATSUDA, A.H.; NEGRAES, P.F. Fitoterápicos: complementos nutricionais ou medicamentos? In: Torres EAFS. **Alimentos do milênio: a importância dos transgênicos, funcionais e fitoterápicos para a saúde**. São Paulo: Signus; 2002. p. 31-41.

MAUÉS, R.H; VILLACORTA, G.M. Pajelança e encantaria Amazônia. In: PRANDI, Reginaldo (org.). **Encantaria brasileira: o livro dos mestres, caboclos e encantados**. Rio de Janeiro: Pallas. 2004.

MAUÉS, R.H. Medicinas populares e ‘pajelança cabocla’ na Amazônia. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

MELO, JG et.al. Qualidade de produtos a base de plantas medicinais comercializados no Brasil: castanha-da-índia (*Aesculus hippocastanum* L.), capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf) e centela (*Centella asiatica* (L.) Urban). **Acta Botanica Brasilica**. v.21(1). p.27-36. 2007

MEYER, L.; QUADROS, K.E.; ZENI, A.L.B. Etnobotânica na comunidade de Santa Bárbara, Ascurra, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v.10. n.3. p.258. 2012.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ. V.4(4).p.363-381, out/dez, 1988.

MOLARES, S.; LADIO, A. Ethnobotanical review of the Mapuche medicinal flora: Use patterns on a regional scale. **Journal of ethnopharmacology**. v.122. p.251-260. 2009.

- MONTANARI JUNIOR, I. Exploração econômica de plantas medicinais da Mata Atlântica. Pp. 35-54. In: L.L. Simões & C.F. Lino (orgs.). **Sustentável Mata Atlântica: a exploração de seus recursos florestais**. São Paulo, Editora Senac. 2002.
- MORAIS, R.G.; JORGE, S.S.A. Etnobotânica e plantas medicinais: um enfoque sobre medicina tradicional. In: Coelho, M.F.B.; Júnior, P.C. e Dombroski, J.L.D. **Diversos olhares em Etnobiologia, Etnoecologia e Plantas Medicinais**. Anais do I Seminário Mato-grossense de Etnobiologia e Etnoecologia e II Seminário Centro-oeste de Plantas Medicinais. 1a Edição. Unicen, Cuiabá. 2003. p.99-104.
- NASCIMENTO, W.M.C. et al. Plantas medicinais e sua utilização pelas comunidades do município de Sobral, Ceará. **SANARE**, Sobral. v.12, n.1, p. 46-53, jan./jun. 2013.
- NICOLETTI, M. A. et al.. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. **Revista Saúde**, v.4 (1) 2010.
- OLIVEIRA, A.S.C. et al. **Rendimentos dos principais componentes químicos do óleo essencial de *Aeollanthus suaveolens* (Mart ex K. Spreng) em diferentes partes vegetativas**. In: XVIII Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, p.513, 16 a 19 de novembro, Manaus - AM, 2004.
- OLIVEIRA, F.C. et al. Avanços nas pesquisas etnobotânicas no Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v. 23, p. 590-605, 2009.
- OLIVEIRA, F.C.S.; BARROS, R.F.M.; MOITA NETO, J.M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. **Revista Brasileira de plantas medicinais**, Botucatu, v.12, n.3, p.282-301, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 7 Ed. São Paulo, SP: Edusp. 2008.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília: Ministério da Saúde, 64p.1979.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023**. Genebra. 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **The world medicines situation 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges**. Geneva: WHO, 2011. 12p.
- PAIVA, L.A.F. et al. Anti-inflammatory effect of kaurenoic acid, a diterpene from *Copaifera langsdorffii* on acetic acid-induced colitis in rats. **Vascular Pharmacology Journal**. v.39.p.303–307. 2003.
- Paiva, L.A.F. et al. Protective effect of *Copaifera langsdorffii* oleo-resin against acetic acid-induced colitis in rats. **Journal Ethnopharmacology**, v.93.p.151–56. 2004.
- PASSOS, J. Conhecimento tradicional e doenças tropicais. **Revista pré-univesp**. n.56 Abril 2016. Disponível em: <http://pre.univesp.br/conhecimento-tradicional-e-doencas-tropicais#.Vy8P1LiSOM> . Acessado em: 02 de maio de 2016.

- PEREIRA, J.B.A. et al. O papel terapêutico do Programa Farmácia Viva e das plantas medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 17, n. 4, p. 550-561, 2015.
- RODRIGUES, A.G.; DE SIMONI, C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. **Informe Agropecuário**, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abr. 2010.
- RODRIGUES, H.G. et al. Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.13, n.3, p.359-366, 2011.
- RODRIGUES, R.A. et al. Pajelanças indígena e cabocla no Baixo Amazonas/AM e suas implicações a partir de questão histórica. **Ponto Urbe [Online]**. 15 | 2014, posto online no dia 30 Dezembro 2014, consultado o 11 Maio 2016. URL : <http://pontourbe.revues.org/2411> ; DOI : 10.4000/pontourbe.2411
- ROSSATO, S.C.; LEITÃO FILHO, H.; BEGOSSI, A. Ethnobotany of Caiçaras os the Atlantic Forest Coast. **Economic Boatany Journal**. v.53.p.387-395. 1999.
- SÁNCHEZ, R.A.O.; VALVERDE, R. **Manual de cultivo y conservación de plantas medicinales**. San José, R.A. Ocampo Editora. 2000.
- SANTOS, J.F.L. et al. Observations on the therapeutic practices of riverine communities of the Unini River, AM, Brazil. **Journal of Ethnopharmacology**, v.142, p.503–515, 2012.
- SCHENKEL, E.P.; GOSMANN, G.; PETROVICK, P.R. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. In: SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira (Org.) et al. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5. ed. rev. ampl. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da UFRGS/ Editora da UFSC, 2003, cap. 15, p. 371-400.
- SCHERER, E.F. **O defeso e a defesa do meio ambiente**. Trabalho apresentado no II Congresso da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade e no II Congresso da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba, São Paulo. Maio, 2004^a.
- SCHERER, E.F. **Mosaico Terra-Água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia**. [Resumo]. Em Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Org.), Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2004^b.
- SCHULTES, R.E.; REIS, S.V. (eds.). **Ethnobotny: evolution of a discipline**. Cambridge, Timber Press. 1995.
- SEEFF, L.B. Herbal Hepatotoxicity. **Clinical Liver Disease**, v.11.n.3.p.77-96. 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31(5), p.538-42, 1997.
- SILVA, A.C. et al. Toxicological screening of *Euphorbia tirucalli* L.: developmental toxicity studies in rats. **Journal Ethnopharmacology**, v.110(1), p.154-159, 2007.
- SILVA, R.F. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho: subsídios para a enfermagem**. [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, S.S.C. et al. Rotinas Familiares de Ribeirinhos Amazônicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26 n. 2, pp. 341-350. Abr-Jun 2010.

SILVA, U.F. et al. **Composição química e atividade antimicrobiana do óleo volátil de *Aeollanthus suaveolens***. In: XVIII Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, p.226, 16 a 19 de novembro, Manaus - AM, 2004.

SIMÕES, C.M.O. et al. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Editora da UFSC; 2004.

SKIDMORE-ROSE, L. **Mosby's handbook of herbs and natural supplements**. St Louis, MO: Mosby Inc. 2001.

SOBRAL, A; ALBUQUERQUE, U.P. **History of Ethnobiology. Introduction to Ethnobiology**. 1ed.: Springer International Publishing, 2016. p. 9-14.

SOUSA, I. S. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru – AM. **Hygeia journal**, v.5.n.9.p.88-98. 2009.

SOUSA, M.P. et al. **Constituintes químicos ativos e propriedades biológicas de plantas medicinais brasileiras**. 2.ed. Fortaleza: Editora UFC, 2004. 448p.

SOUSA, R.S. **Etnobotânica e Etnozoologia de Comunidades Pesqueiras da Área de Proteção Ambiental (Apa) do Delta do Parnaíba, Nordeste do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal do Piauí (PRODEMA/UFPI/TROPEN). 2010.

STERNBERG, H.O.R. **A água e o homem na Várzea do Carreiro**. Rio de Janeiro, 2o edição. 1998. 330p.

THOMAS, E. et al. The relation between accessibility, diversity and indigenous valuation of vegetation in the Bolivian Andes. **Journal of Arid Environments**. v.73.p.854-861. 2009.

TIRAPELLI, C.R. et al. Analysis of the mechanisms underlying the vasorelaxant action of kaurenoic acid in the isolated rat aorta. **European Journal of Pharmacology**. v.492p.233-241. 2004.

TISSERAND, R.; BALACS, T. **Essential Oil Safety**. Churchill Livingstone, Edinburgh. 1995.

TOMAZZONI, M.I.; NEGRELLE, R.R.B.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática Terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.15.n.1.p.115-21. 2006.

TORRE-CUADROS, M.L.A.; ISLEBE, G.A. Traditionalecological knowledge and use of vetations in southeastern Mexico: a case study from Solferino, Quintana Roo. **Biodiversity and Conservation**. v.12.p. 2455-2476. 2003.

TROTTER, R.; LOGAN, M. Informant consensus: a new approach for identifying potentially effective medicinal plants. In: **Indigenous medicine and diet: biobehavioural approaches**, Redgrave. Nova York, 1986. p. 91-11.

TUCKER, A.O.; MACIARELLO, M.J.; ALKIRE, B.H. Essential Oil of *Aeollanthus suaveolens* Mart. ex Spreng. (Lamiaceae). **Journal Essential Oil Research**, v.13. p.198-199, 2001.

TYLER, V.E. **The honest herbal: a sensible guide to the use of herb and related remedies**, 3rd edn. New York, NY: Pharmaceutical products press. 1996.

VALE, P.R.L.F. et al. Itinerários terapêuticos de feirantes diante das necessidades de saúde dos familiares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 372-381, out./dez. 2015

VARRICCHIO, M.C.B.N. et al. Cultivo in vitro de *Euphorbia tirucalli* (aveloz), avaliação da constituição química do látex em diferentes condições de cultivo e teste de atividade larvicida e juvenilizante em *Aedes aegypti*. **Revista Brasileira de Biologia e Farmácia – BIOFAR** (on line). v. 02. n.01, 2008.

VASQUEZ, S.P.F. et.al. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. **Revista Acta Amazonica**, v. 44.n.4. p.457 – 472. 2014.

VÁSQUEZ, S.P.F. **Conhecimento, uso e conservação da diversidade vegetal em quatro comunidades ribeirinhas no município Manacapuru, Amazonas**. TESE [doutorado]. Manaus: INPA, 2014.

VEIGA JÚNIOR, V.F.; MACIEL, M.A.M.; PINTO, A.C. Plantas medicinais: cura segura? **Química Nova**. v.28.n.3. p.519-28. 2005.

VEIGA JUNIOR, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira Farmacognosia**, v.18.n.2.p.308-13. 2008.

VELASCO, M.A.A. et al. Dimensiones culturales del concepto de salud en trabajadores jubilados de Guadalajara, México. **Revista Hacia la Promoción de la Salud**, v.15, n.2, p.13 – 27. julio - diciembre 2010.

VOSGERAU, M.Z.S.; SOARES, D.A.; SOUZA, R.K.T. Automedicação entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade Saúde da Família. **Latin American Journal of Pharmacy**. v. 27, n.6. 2008

WAGLEY, C. **Man in the Amazon**. Gainesville, FL: The University Press of Florida. 1952.

Apêndice

APÊNDICE

FORMULÁRIO – ENTREVISTA ESTRUTURADA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS

Nome do Entrevistador: _____

Número do questionário: | | | | |

Iniciais do Sujeito Pesquisado: _____

Comunidade: _____

INFORMAÇÕES AO ENTREVISTADO:

Antes de começar, gostaria de lhe agradecer por participar da pesquisa e informar que a entrevista é voluntária. Caso o Sr. (a) não deseje responder alguma pergunta, por favor me avise, pois passaremos para a próxima.

Data da Entrevista: ____/____/____ Número do Questionário: I ____ I ____ I ____ I ____
 Início da entrevista: I ____ I ____ : I ____ I ____ Final da entrevista: I ____ I ____ : I ____ I ____
 1 - Nome completo do Entrevistado: _____
 2 - Comunidade: _____ 3 - Região: _____
 4 - Coordenadas de origem: _____ 5 - Coordenadas do domicílio: _____
 6 - N. do domicílio: I ____ I ____ I ____ 7 - Indivíduo: I ____ I ____ I ____ 8. ACS: _____
 - Sua comunidade tem:
 9. Transporte comunitário? a. S ☐ b. N ☐ 10. Posto de saúde? a. S ☐ b. N ☐
 11. Telefone público (orelhão)? a. S ☐ b. N ☐ 12. Celular? a. S ☐ b. N ☐

OBSERVAÇÕES: _____

SEÇÃO "A" INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A.1 – Qual a data de seu nascimento?
 ____/____/____ (Não sabe informar, vá para "A.2")

A.2 – Sexo: a. M ☐ b. F ☐

A.3 – Quantos anos completos o (a) Sr. (a) tem? I ____ I ____ anos

A.4 – Qual a cidade o (a) Sr. (a) nasceu? _____

A.5 – Há quanto tempo o (a) Sr. (a) mora nesta comunidade?

a. I ____ I ____ anos e I ____ I ____ meses

b. Sempre morei na comunidade ☐

c. Morava em outra comunidade ☐

- Qual? _____
 d. Caso o (a) Sr. (a) não tenha nascido na comunidade, o que o(a) trouxe aqui? _____

A.6 – O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever?
 a. S ☐ b. N ☐

A.7 – O Sr. (a) já frequentou a escola?

a. S ☐ b. N ☐ - Se sim, quanto tempo? I ____ I ____ anos I ____ I ____ meses

A.8 – Sua comunidade tem professor (atualmente)? a. S ☐ b. N ☐

A.9 – Contando com o (a) Sr. (a), quantas pessoas moram em sua casa?

a. número I ____ I ____

- Descreva abaixo as informações sobre as pessoas que moram com você:

Ord.	Idade	Sexo	Grau de parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

A.10 – Qual é a sua religião?

a. Católico ☐ b. Evangélico ☐

c. Espírita ☐ d. Nenhuma ☐

e. Outra: _____

A.11 – Qual o seu estado marital hoje?

a. Solteiro ☐ b. Separado ☐ c. Viúvo ☐

d. Casado ☐ e. Amaziado ☐

A.12 - O(a) Sr(a) considera a sua cor da pele ou raça: a. Branca ☐ b. Parda ☐
c. Amarela ☐ d. Negra ou preta ☐
e. Indígena ☐ f. IGN ☐

A.13 - Incluindo a sua renda, quanto é aproximadamente a renda de todas as pessoas que moram com o (a) Sr. (a)? R\$ _____

A.14 - Qual a sua profissão/ocupação? _____

A.15 - Na sua casa tem energia elétrica?
a. S ☐ b. N ☐ - Se sim, qual a fonte de geração? c. Motor ☐ d. Amaz. Energ. ☐

A.16 - Na sua casa tem:
1. Rádio: a. S ☐ b. N ☐ 2. TV: a. S ☐ b. N ☐

A.17 - Qual a origem da água que o (a) Sr. (a) e sua família consomem em sua casa? a. Rio ☐ b. Igarapé ☐ c. Poço ☐
d. Chuva ☐ e. Outro ☐: _____

A.18 - A água para consumo é tratada?
a. S ☐ b. N ☐ - Se sim, qual produto utiliza? _____

A.19 - Como o (a) Sr. (a) faz para chegar até a cidade (Coari), o transporte é?
a. Alugado ☐ b. Cedido ☐ c. Próprio ☐
d. Recreio/Pago ☐

A.20 - Quanto tempo aproximadamente o (a) Sr. (a) demora para chegar até a cidade (Coari) com base no transporte que utiliza normalmente?
I ____ I ____ I horas e I ____ I ____ I minutos

A.21 - O (a) Sr(a) ou sua família tem algum barco (rabeta)? a. S ☐ b. N ☐

A.22 - De quanto em quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma ir na cidade?
a. Todos dias ☐ b. Até 3 x/semana ☐
c. 1 x /semana ☐ d. 1 x /quinzena ☐
e. 1 x / mês ☐ f. Não costumo ir ☐
- Se "f", quanto tempo? I ____ I ____ I a I ____ I ____ I m

"CONSUMO DE ÁLCOOL"

A.23 - Com que frequência o (a) Sr. (a) toma bebida alcoólica?

a. Nunca ☐ "pule para seção seguinte"
b. Mensalmente ou menos ☐
c. De 2 a 4 vezes por mês ☐
d. De 2 a 3 vezes por semana ☐
e. 4 ou mais vezes por semana ☐

A.24 - Nas ocasiões em que bebe, quantas doses o(a) Sr. (a) consome tipicamente ao beber?

a. 1 ou 2 ☐ b. 3 ou 4 ☐ c. 5 ou 6 ☐
d. 8 ou 9 ☐ e 10 ou mais ☐

A.25 - Com que frequência o(a) Sr. (a) toma "cinco ou mais doses" de uma vez?

a. Nunca ☐ b. Menos de uma/semana ☐
c. Mensalmente ☐ d. Semanalmente ☐
e. Todos ou quase todos os dias ☐

"HÁBITO TABAGISTA"

A.26 - O (a) Sr(a) fuma?

a. S ☐ b. N ☐ "Não" pule para seção seguinte"

A.27 - Qual frequência aproximada o (a) Sr(a) costuma fumar?

a. Todos os dias ☐
b. Até 3 x / semana ☐
c. 1 x /semana ☐
d. 1 x /quinzena ☐
e. 1 x / mês ☐
f. Não costumo fumar com frequência ☐
Outro: _____

SEÇÃO "B" – ENFERMIDADES AUTO-RELATADAS

B.1 – O (a) Sr. (a) diria que sua saúde é?

a. Muito boa ☐ b. Boa ☐ c. Regular ☐ d. Ruim ☐ e. Muito ruim ☐

B.2 – Nos últimos 30 dias o (a) Sr. (a) teve algum problema de saúde, ou algum profissional de saúde disse que o (a) Sr. (a) tinha algum problema? a. S ☐ b. N ☐

ATENÇÃO

- Se sim, qual foi o problema de saúde?

ENFERMIDADES AUTO-RELATADAS		Sim ↓	Não ↓	No último ANO "SIM" Qual? ↓
c	Pressão alta	☐	☐	☐
d	Diabetes (açúcar no sangue)	☐	☐	☐
e	Diarreia	☐	☐	☐
f	Malária	☐	☐	☐
g	Hepatite (doença no fígado)	☐	☐	☐
h	Doença nos rins	☐	☐	☐
i	Doença de Chagas	☐	☐	☐
j	Verminoses	☐	☐	☐
k	Alergia	☐	☐	☐
l	Asma	☐	☐	☐
m	Doenças de olhos (ex. cataratas)	☐	☐	☐
n	Doenças pulmonares (ex. Doença pulmonar Obstrutiva crônica)	☐	☐	☐
o	Anemia	☐	☐	☐
Outras doenças, especifique abaixo, uma em cada linha:				
p		☐	☐	☐
q		☐	☐	☐

B.3 – Nos últimos 30 dias o (a) Sr. (a) sentiu algum destes problemas?

a - S ☐ b - N ☐ - Se sim, qual foi o problema (sinais e sintomas)?

ATENÇÃO

SINAIS E SINTOMAS		Sim ↓	Não ↓	No último ano "SIM" Qual? ↓
c	Fraqueza/vertigem/cansaço/tontura	☐	☐	☐

d	Ázia (gastura)	☐	☐	☐
e	Vômitos (provocou)	☐	☐	☐
f	Sensação de aperto, asfixia, ou inchaço na garganta	☐	☐	☐
g	Arrotos	☐	☐	☐
h	Cansa facilmente	☐	☐	☐
i	Falta de ar	☐	☐	☐
j	Pressão na cabeça	☐	☐	☐
k	Perda de peso / emagrecimento	☐	☐	☐
Outros problemas (sinais e sintomas), especifique abaixo, um em cada linha:				
l		☐	☐	☐
m		☐	☐	☐
n		☐	☐	☐

B.4 - Nos últimos 30 dias o (a) Sr. (a) sentiu alguma dor?

a - S ☐ b - N ☐ - Se sim, qual foi o tipo de dor?

TIPO DE DOR		Sim ↓	Não ↓	No último ano "SIM" Qual? ↓
c	Dor nas articulações (juntas)	☐	☐	☐
d	Dor nas costas	☐	☐	☐
e	Dor no pescoço ou no ombro	☐	☐	☐
f	Dor de cabeça	☐	☐	☐
g	Dor nas pernas	☐	☐	☐
h	Dor no estômago	☐	☐	☐
i	Dor de barriga	☐	☐	☐
Outras dores, especifique abaixo, um em cada linha:				
j		☐	☐	☐
k		☐	☐	☐

B.5 – Em caso de dor nos últimos 30 dias, em que medida o (a) Sr.(a) acha que sua dor física impede o (a) Sr.(a) de fazer o que o (a) Sr.(a) precisa:

a. Nada ☐ b. Muito pouco ☐ c. Mais ou menos ☐ d. Bastante ☐ e. Extremamente ☐

B.6 - Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu dor ou desconforto no peito?

a. S ☐ b. N ☐ **"Não" pule para seção seguinte**

B.7 - Esta dor ou desconforto aparece quando o(a) Sr.(a) caminha rápido, sobe uma escada? a. S ☐ b. N ☐

B.8 - Esta dor ou desconforto aparece quando o(a) Sr.(a) caminha devagar em terreno plano? a. S ☐ b. N ☐

SEÇÃO "C" – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

C.1 – Quando o (a) Sr. (a) fica doente costuma procurar alguém?

a. Médico ☐ b. Enfermeiro ☐ c. Dentista ☐
d. ACS ☐ e. Amigo, vizinho ou conhecido ☐ f. Rezador ☐ g. Pegador ☐
h. Curandeiro ☐ i. Não procuro ☐
j. Outro ☐ _____

C.2 – Qual serviço de saúde o (a) Sr. (a) costuma utilizar quando está doente?

a. UBS/Centro ☐ b. HRC ☐ c. IMTC ☐
d. Outra UBS ☐ e. Policlínica ☐
f. Clínica/particular ☐ g. Marinha ☐
h. ONG ☐ i. Missionário ☐ j. Outro ☐

C.3 - Nos últimos 30 dias o (a) Sr. (a) precisou de ajuda de algum profissional de saúde para cuidar de sua saúde?

a. S ☐ b. N ☐

C.4 - Se sim, quanto tempo o (a) Sr. (a) levou para procurar o serviço de saúde?

C.5 - O (a) Sr. (a) resolveu seu problema de saúde? S ☐ N ☐

"Sim" – pule para a questão C.8

C.6 – Por que não foi resolvido?

a. Encaminhado para outro serviço ☐
Qual? _____
b. Outros ☐ _____

C.7 – O que fez então para resolver o seu problema? _____

C.8 - Como o (a) Sr. (a) costuma chegar até o serviço de saúde?

a. Lancha da comunidade ☐
b. Rabeta ☐ c. Canoa a remo ☐
d. Recreio/pago ☐ d. Barco ☐ e. A pé ☐
f. Moto ☐ g. Outro veículo ☐
Qual?: _____

C.9 - Quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma levar para chegar ao serviço?
I ____ I ____ horas e I ____ I ____ minutos

C.10 – Quando o (a) Sr. (a) fica doente, ou precisa fazer acompanhamento de alguma doença, você consegue ser atendido no serviço de saúde?

a. S ☐ b. N ☐

"Sim" – pule para a questão C.12

C.11 – Qual a dificuldade que encontra?

a. Não tinha médico ☐ b. Não tinha enfermeiro ☐ c. Não tinha dentista ☐
d. Não tinha horário ☐ e. Não tinha vaga ☐
f. Estava fechado ☐ f. Outros ☐ _____

<p>C.12 – Quando o (a) Sr. (a) fica doente, consegue fazer os exames solicitados? a. S ☐ b. N ☐</p> <p>“Sim” – pule para a questão C.14</p> <p>C.13 – Por que não consegue fazer os exames? a. Aparelho quebrado ☐ b. Não conseguiu marcar ☐ c. Não tem o exame no serviço ☐ d. Ficou com medo ☐ e. Não achou importante fazer ☐ f. Não quis fazer o exame ☐ g. Não tinha tempo ☐ h. Não tinha dinheiro para ir fazer ☐ i. Outros ☐ _____</p> <p>C.14 – Quando o (a) Sr. (a) tem alguma consulta agendada no serviço de saúde, encontra alguma dificuldade de retorno ao serviço? a. S ☐ b. N ☐</p> <p>“Não” – pule para a questão C.16</p> <p>C.15 – Se sim, por que? a. Não tinha dinheiro ☐ b. Não tinha transporte ☐ c. Falta de tempo ☐ d. Não tenho com que deixar os filhos ☐ e. Não tem companhia ☐ f. Não confio no atendimento ☐ g. O problema não é importante ☐ h. Achou que estava bem ☐</p> <p>C.16 – Se o médico, dentista ou enfermeiro prescreve remédios, você consegue fazer o tratamento? a. S ☐ b. N ☐</p> <p>“Sim” – pule para próxima seção</p>	<p>C. 17 – Se teve dificuldades, qual o motivo? a. Não tinha o remédio na farmácia do município ☐ b. Não tinha o remédio com o ACS ☐ c. Não havia remédio grátis no serviço de saúde ☐ d. Não tinha dinheiro para comprar ☐ e. Não quis tratar com o remédio ☐ f. Outros ☐ _____</p>
---	--

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DADOS ETNOBOTÂNICOS

INFORMANTE: _____ (nº _____)

Roteiro nº 1: Dados sobre a ocorrência de doenças na família e uso de plantas medicinais:

1. O que é doença e saúde para o sr. (a)? Quando o sr. (a) considera que está curado de uma doença?
2. Quais são as doenças mais frequentes?
3. Quais plantas medicinais conhece? (roteiro n2)
4. Quais plantas medicinais utiliza? (roteiro n2)
5. Conhece outras pessoas que possam contribuir para este trabalho? Quem?

Roteiro no 2 empregado no trabalho para entrevista semiestruturada referente a dados sobre as plantas medicinais citadas pelos informantes.

Planta conhecida	ID	Utilizada	Entrevista

Utilizada: N (nunca); S (somente para si); O (para os outros). ID: nº da foto; Entrevista OK

Dados sobre o uso de CADA planta:

1. Quais são os nomes pelos quais a planta é conhecida?
2. Para que é indicada?
3. Quais as apresentações existem e para que é indicada cada uma delas?
4. Como é preparada (Qual parte utilizada, como é feito, existem misturas)?
5. Quantas vezes ao dia se deve tomar ou usar o remédio caseiro?
6. Tem contra-indicação para crianças e gestantes? Alguma reação adversa?
7. Você plantou ou nasce sozinho? Onde encontra? Tem que aguar? Da o ano todo?
8. Como você reconhece?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa “**AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Abel Santiago Muri Gama** que pretende analisar a frequência de automedicação e os seus motivos entre moradores de comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões, Coari - Amazonas.

Sua participação é voluntária, e, em caso de aceite, será preenchido um questionário, com perguntas a respeito da automedicação. O questionário será aplicado pela equipe da pesquisa, a ser respondido pelo entrevistado. Se você permitir algumas perguntas poderão ser gravadas.

Se você aceitar a participar desta pesquisa, estará contribuindo para melhor orientação dos ribeirinhos quanto aos riscos da automedicação por medicamentos e plantas medicinais.

O desconforto envolvido na sua participação será a interrupção de suas atividades domiciliares ou de trabalho e o tempo para responder o questionário. No entanto, se o (a) senhor (a) necessitar, os pesquisadores poderão agendar, conforme sua disponibilidade, local e horários adequados para que não ocorra prejuízo as suas atividades diárias.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no End. Estrada Coari/Mamiá, 305 – Bairro: Espírito Santo, CEP: 69640-000, Coari-Amazonas, fones/fax: (97) 3561-3025, e 3561- 2363, e e-mail: abelgama@usp.br ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-Amazonas, telefone: (92)3305-5130; ou Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, telefone: (11) 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br.

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando eu quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do(s) pesquisador

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Digital(Polegar direito)

Anexos

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES - AMAZONAS

Pesquisador: Abel Santiago Muri Gama

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33560914.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 970.377

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com vistas a investigar os fatores associados à prática da automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas. O pesquisador apresentou uma emenda ao projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem em 8/08/2014.

A alteração refere-se ao sub-projeto nº 3, delineado como um estudo quanti-qualitativo que utilizará o referencial do Cuidado Cultural de Leininger. A pesquisa terá como lócus de investigação, as comunidades ribeirinhas do município de Coari – Amazonas. A amostra foi ampliada de 358 para 370 participantes, incluindo-se 12 curadores populares. Serão incluídos os indivíduos da comunidade com 18 anos ou mais que exerçam atividades de cura, como benzedor, desmentidor, curandeiro, curador com ervas, entre outros ou que sejam agentes comunitários de saúde. E serão excluídos os indivíduos com déficit cognitivo, distúrbio psiquiátrico, ou que não assinem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os informantes serão indicados através da técnica - Bola de neve, submetidos a uma entrevista estruturada e convidados à realização de turnes-guiadas, "onde estes levarão os pesquisadores as unidades de paisagem nas quais ocorrem vegetais reconhecidos como recurso medicinal a fim de reconhecer em campo as plantas citadas pelos entrevistados (Albuquerque, 2008). As unidades de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 970.377

paisagem serão categorizadas de acordo com a nomenclatura utilizada pelos próprios informantes". Os instrumentos foram anexados ao projeto. As entrevistas serão transcritas e submetidas à análise de conteúdo.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para dezembro de 2016. O orçamento detalhado perfaz um total de R\$ 29.960,00 e foi submetido para agência de financiamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a automedicação e fatores associados em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas.

Objetivos específicos:

Sub-projeto 1

- Verificar a prevalência da automedicação em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas.
- Investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à automedicação.

Sub-projeto 2

- Identificar os principais motivos que levaram a automedicação.
- Identificar classes terapêuticas dos medicamentos alopáticos mais utilizados na automedicação.

Sub-projeto 3

- Identificar os fitoterápicos tradicionais utilizados com maior frequência pelos ribeirinhos.
- Comparar o uso efetivo da fitoterapia com o uso descrito na literatura.
- Analisar a capacidade resolutiva na utilização dos fitoterápicos segundo a percepção do ribeirinho.
- Conhecer as técnicas de cura da medicina tradicional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir para a produção de conhecimento sobre os fatores associados à automedicação em comunidades ribeirinhas na região da Amazônia Legal brasileira. No âmbito do Sistema Único de Saúde, os processos de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e as orientações aos ribeirinhos sobre os riscos da automedicação também poderão ser aperfeiçoados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 970.377

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema e objeto de investigação são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e poderão contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de saúde na Atenção Básica.

No sub-projeto 3 foi acrescentado um objetivo específico para conhecer as técnicas de cura da medicina tradicional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado um TCLE dirigido aos curadores populares, redigido em linguagem adequada e em formato de convite. Informa o objetivo do estudo; detalha os procedimentos de coleta e o tempo estimado; assegura o anonimato e a liberdade de participação sem prejuízos em caso de desistência. Informa ainda os telefones de contato e e-mail do pesquisador e dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFAM e da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma via para o pesquisador e outra para o participante.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em consonância com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e não apresenta óbices éticos para sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 970.377

SAO PAULO, 03 de Março de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO B

Continua

<div> <div> Herbário EAFM <small>Manaus - Amazonas - Brasil</small> </div> </div> <div> INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS IFAM, Campus Manaus-Zona Leste </div>										
accession	collector	detby	family	genus	sp1	author1	vernacular	latlong	collected	detbydate
12890	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Bignoniaceae	Mansoa	alliacea	(Lam.) A.H.Gentry	cipó-alho	4°08'19" S, 63°23'00" W	30/11/2015	16/05/ 2016
12891	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Arecaceae	Mauritia	flexuosa	L.f.	buriti	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12892	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Fabaceae- Caesalpinioideae	Macrolobium	acaciaefolium	Benth.	arapari	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12893	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Arecaceae	Euterpe			açaí	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12894	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Apocynaceae	Aspidosperma			carapanaúba	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12895	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Bignoniaceae	Tabebuia	barbata	(E.Mey.) Sandwith	pau-dorco	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12896	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.					piranheira	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12897	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lecythidaceae	Bertholletia	excelsa	Kunth	castanha	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12898	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Fabaceae- Caesalpinioideae	Copaifera			copaiba	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12899	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Anacardiaceae	Spondias	mombin	L.	taperebá	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12900	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Anacardiaceae	Anacardium	occidentale	L.	cajú	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12901	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Humiriaceae	Endopleura	uchi	(Huber) Cuatrec.	uxi	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12902	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Fabaceae- Caesalpinioideae	Hymenaea	courbaril	L.	jatobá	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12903	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Myrtaceae	Syzygium	cumini	(L.) Skeels	azeitona	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12904	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Rhamnaceae	Ampelozizyphus	amazonicus	Ducke	saracura	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12905	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Anacardiaceae	Mangifera	indica	Wall.	manga	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016

Continuação

accession	collector	detby	family	genus	sp1	author1	vernacular	latlong	Collected	detbydate
12906	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Fabaceae-Caesalpinioideae	Libidibia	ferrea	(Mart. ex Tul.) L.P. Queiroz	juca	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12907	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Myrtaceae	Psidium	guineense	(L.) Radd.	goiaba	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12908	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Rutaceae	Citrus			laranja	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12909	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Piperaceae	Piper	nigrum	L.	pimenta-do-reino	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12910	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Amaryllidaceae	Allium	sativum	L.	alho	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12911	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Ocimum	basilicum	L.	manjericao	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12912	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Araceae	Caladium	sororium	Schott	mão-aberta	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12913	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Asteraceae	Acmella	oleracea	(L.) R.K. Jansen	jambu	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12914	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Aeollanthus	suaveolens	Mart. ex Spreng.	catinga-de-mulata	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12915	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Piperaceae	Peperomia	pellucida	(L.) Kunth	escada-de-jabuti	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12916	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Portulacaceae	Portulaca	pilosa	L.	amor-crescido	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12917	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Acanthaceae	Justicia	calycina	(Nees) Graham	sara-tudo	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12918	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Phyllanthaceae	Phyllanthus	niruri	L.	quebra-pedra	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12919	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Piperaceae	Piper	cavalcantei	Yunck.	elixirparigóri go	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12920	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Euphorbiaceae	Jatropha	curcas	L.	peão-branco	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12921	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Amaranthaceae	Alternanthera			capim-para-cólica	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12922	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Ocimum	campechianum	Mill.	afavaca	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12923	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Commelinaceae	Tradescantia			maria-mole	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016

Continuação

accession	collector	detby	family	genus	sp1	author1	vernacular	latlong	collected	detbydate
12924	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Malvaceae	Gossypium			algodão-roxo	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12925	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Plectranthus	amboinicus	(Lour.) Spreng.	malvarisco	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12926	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Iridaceae	Eleutherine	bulbosa	(Mill.) Urb.	batatinha	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12927	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Musaceae	Musa	paradisiaca	L.	bananeira	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12928	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Amaryllidaceae	Zephyranthes	candida	L.	cebolinha	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12929	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Euphorbiaceae	Jatropha	gossypifolia	L.	peão roxo	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12930	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Piperaceae	Piper	peltatum	L.	capeba	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12931	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Amaranthaceae	Chenopodium	ambrosioides	L.	mastruz	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12932	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Plectranthus	barbatus	Andrews	boldo	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12933	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Amaranthaceae	Alternanthera	brasiliiana	(L.) Kuntze	terramicina	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12934	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Verbenaceae	Lippia	alba	(Mill.) N.E.Br.	cidreira	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12935	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Costaceae	Costus			pobre-velho	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12936	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Caricaceae	Carica	papaya	L.	mamão	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12937	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Loranthaceae	Struthantus	flexicaulis	(L.) Kuijt	erva-de-passarinho	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12938	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Phytolaccaceae	Petiveria	alliacea	L.	mucuracá	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12939	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Crassulaceae	Kalanchoe	pinnata	(Lam.) Pers.	coirama	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016
12940	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Rutaceae	Ruta	graveolens	L.	arruda	4°08'19" S, 63°23'00" W	14/12/2015	16/05/ 2016

Continuação

accession	collector	detby	family	genus	sp1	author1	vernacular	latlong	collected	detbydate
12941	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Myrtaceae	Syzygium	malaccense	(L.) Merr. & Perry	jambo	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12942	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Rubiaceae	Morinda	citrifolia	L.	none	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12943	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Meliaceae	Carapa	guianensis	Aubl.	andiroba	4°08'19" S, 63°23'00" W	26/11/2015	16/05/ 2016
12944	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Acanthaceae	Justicia	pectoralis	Jacq.	mutuquinha	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12945	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Scutellaria	agrestis	A. St.-Hil. ex Benth.	trevo-roxo	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12946	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Zingiberaceae	Alpinia	speciosa	(Blume) D. Dietr.	vindicá	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12947	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Lamiaceae	Mentha			hortelã	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12948	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Scrophulariaceae	Scoparia	dulcis	L.	vassourinha	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12949	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Poaceae	Cymbopogon	citratus	Stapf	capim-santo	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12950	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Malvaceae	Gossypium	barbadense	L.	algodão-branco	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12951	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Bignoniaceae	Fridericia	chica	(Bonpl.) L.G.Lohmann	crajirú	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016
12952	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Zingiberaceae	Zingiber	officinale	Roscoe	mangaratáia	4°08'19" S, 63°23'00" W	30/11/2015	17/05/2016
12973	Lima, R.F.S.	Kinupp, V.F.	Liliaceae	Aloe	vera	(L.) Burm	babosa	4°08'19" S, 63°23'00" W	27/02/2016	17/05/2016

Conclusão