

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

PALLOMA EMANUELLE DORNELAS DE MELO

**ESTUDO SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

PALLOMA EMANUELLE DORNELAS DE MELO

**ESTUDO SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Profa. Dra. Alice Valença Araújo

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB15/797

M528e Melo, Palloma Emanuelle Dornelas de.
Estudo sobre o uso de plantas medicinais para hipertensão arterial sistêmica por usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Vitória de Santo Antão- PE / Vitória de Santo Antão, 2017.
101 folhas. Il: fig; tab.

Orientadora: Alice Valença Araújo
TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, 2017.
Inclui referências, apêndice e anexo.

1. Fitoterapia. 2. Etnobotânica. 3. Doenças crônicas- Não transmissíveis. I. Araújo, Alice Valença (Orientadora). II. Título.

615.537 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-150/2017

PALLOMA EMANUELLE DORNELAS DE MELO

**ESTUDO SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE**

Parte manuscrita do Projeto de Graduação da aluna **Palloma Emanuelle Dornelas de Melo**, apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 07/07/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Alice Valença Araújo (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. René Duarte Martins (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Msc. Carlos Renato dos Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

JULHO/2017

Dedico este trabalho aos meus pais, Conceição de Fátima e Jorge Melo, à minha irmã, Pâmella Dornelas, pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo privilégio da vida, o sustento diário e pela graça de alcançar minhas projeções.

Aos meus pais, Conceição de Fátima Dornelas de Melo e Jorge José Francisco de Melo, pelo amor, paciência, por todo carinho e compreensão, principalmente, por entender minha ausência nos momentos dedicados à nossa família. Amo vocês.

À minha irmã, Pâmella Dornelas, pelas palavras de incentivo, por toda cumplicidade e amor. Obrigada por estares ao meu lado, sendo meu alicerce, durante esta jornada da graduação.

À minha família, pelo constante incentivo que recebi, mesmo quando nossos momentos de convivência estavam sendo sacrificados.

À minha orientadora, Prof. Dra. Alice Valença Araújo, primeiramente, pelo convite aceito em me orientar, lá no finalzinho do primeiro período, onde tudo começou. Pelos momentos de aprendizado, pelas conversas e orientações diárias, sempre tão afáveis e pertinentes, pela oportunidade que me deste em participar do nosso grupo de pesquisa, pela amizade construída e carregada de reciprocidade e por sempre acreditar em mim, principalmente, durante minhas inseguranças. Tu sabes o quanto foste e és importante na minha formação, até, porque, já mencionei isso diversas vezes (risos). Obrigada pela parceria que deu certo.

Aos meus amigos e professores de graduação, pelos momentos de construção de conhecimento, pelo apoio e amizade durante a longa jornada. Obrigada por tudo.

A Raphael Dantas, amizade construída durante a graduação, por sempre estar disponível quando precisei, principalmente, durante os estágios na Vigilância epidemiológica. Obrigada pela parceria, Raphael!

Ao laboratório de pesquisa em Controle Cardiorrespiratório e Plasticidade Fenotípica, em especial, a toda equipe: Prof. Dr. João Henrique da Costa Silva,

Viviane Nogueira, Débora Alves, Sávio Barbosa, Monique Assis, aos companheiros de Iniciação Científica: Ana Paula, Daniela Barbosa, Luana Dar'c, lally Fabiane, Reginaldo Rocha e Manuel Santana pelo acolhimento, pelos ensinamentos, por todo carinho e formação.

À minha primeira equipe de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), pela amizade, companheirismo, momentos de descontração, mas, sobretudo, pelos ensinamentos durante nosso trabalho diário, sempre realizado com bastante competência e responsabilidade. Obrigada a cada uma de vocês.

À Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, pela oportunidade concedida para a realização dos estágios.

À minha preceptora do estágio II, Julyana Viegas, pela conduta, orientação, ensinamentos e amizade construída durante a realização do estágio.

Aos usuários da Unidade de Saúde do Lídia Queiroz, por aceitarem participar da pesquisa e por me receber tão bem em sua residência. Vocês foram o coração deste trabalho.

A todos, minha imensa gratidão por participarem, direta ou indiretamente, deste momento tão importante em minha vida. Muito obrigada!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu.”

(Eclesiastes, 3:1)

RESUMO

Introdução: O uso das plantas medicinais representa um fator de grande importância cultural e faz parte da evolução humana, sendo considerado o primeiro recurso terapêutico utilizado por uma grande parte da população. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 80% da população mundial utilizam as plantas medicinais como alternativa para a prevenção, tratamento e/ou cura de diversas patologias, incluindo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que constitui um grave problema de saúde Pública. **Objetivo:** Avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde Lídia Queiroz em Vitória de Santo Antão-PE utilizam plantas medicinais para o tratamento da HAS e levantar quais as plantas mais utilizadas e suas formas de uso. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, no qual foram aplicados 75 formulários aos usuários inseridos no sistema de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos – HIPERDIA - e que frequentavam a Unidade de Saúde, para identificar quais as principais plantas medicinais utilizadas para o tratamento da HAS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 60779316.2.0000.5208). **Análise dos dados:** Os dados obtidos por meio do formulário foram tabulados através do software EpiData – versão 3.1, transformados em valores percentuais e exibidos na forma de tabelas e gráficos para a análise estatística, os quais foram inseridos para o meio digital, por meio de um formulário eletrônico, configurado nos softwares Epidata Manager e EntryClient e, uma vez inseridos, os mesmos foram descritos por tabelas e gráficos com auxílio do software R. **Resultados:** A maioria dos usuários foi constituída por indivíduos do sexo feminino 89,3%. Dos 75 usuários entrevistados, 66,7% afirmaram utilizar plantas medicinais para o controle da HAS, mesmo recebendo medicamento pelo HIPERDIA, porém, quando foi referido quanto à orientação profissional, 80,4% responderam não receber qualquer tipo de orientação. Quando perguntados sobre a questão de como eles aprenderam a utilizar, 40% referiram ter conhecimento com alguém da família, dos quais, aproximadamente 28% responderam ter aprendido com a mãe. Quanto à etnia, 37,3% dos indivíduos se declararam pardos, 50,7% possuíam o ensino fundamental incompleto e 81,3% possuíam renda familiar até 1 (um) salário mínimo (SM). A maioria dos indivíduos da amostra tinha idade situada na faixa entre 50 e 70 anos, cuja idade média foi de $101,00 \pm 21,00$ anos. As plantas medicinais mais referidas pelos usuários com efeito anti-hipertensivo foram: Hortelã da folha miúda, Chuchu, Pepino, Capim Santo, Camomila, Erva cidreira, Laranja, Graviola, Mentruz, Alcachofra, Berinjela e Macassá. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos neste estudo, podemos observar que, mesmo os usuários tendo acesso a medicamentos para o controle da PA, a utilização de plantas medicinais como tratamento alternativo ainda é bastante difundido. Sendo assim, observa-se a importância do fortalecimento e valorização da cultura local, para que, estas práticas, sejam inseridas como alternativas naturais para o tratamento e/ou prevenção de doenças.

Palavras-chave: Fitoterapia. Etnobotânica. Doenças crônicas não transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: The use of medicinal plants presents great cultural importance and it is part of human evolution, being considered the first therapeutic source used by a large part of the population. According to data from the World Health Organization (WHO), approximately 80% of the world population use medicinal plants as an alternative for the prevention, treatment and / or cure of several pathologies, including Systemic Arterial Hypertension (SAH), which is a serious public health problem. **Objective:** To evaluate whether users enrolled in HIPERDIA at the Lídia Queiroz Basic Health Unit in Vitória de Santo Antão-PE use medicinal plants for the treatment of SAH and to identify the most used plants and their use. **Material and methods:** It was a descriptive study with a quantitative approach, in which 75 forms were applied to the users enrolled in the system of registration and follow-up of hypertensive and diabetic patients - HIPERDIA - and who are attended by the Health Unit, to identify the main Medicinal plants used for the treatment of SAH. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAAE 60779316.2.0000.5208). **Data analysis:** The data obtained through the form were tabulated using EpiData software version 3.1, transformed into percentage values and displayed in the form of tables and graphs for statistical analysis. **Results:** The majority of the users were female (89.3%). 66% of the interviewed users reported to use medicinal plants for the treatment of hypertension, even when receiving medication from HIPERDIA. (80,4%) affirmed that they did not receive any professional orientation. When asked how they learned to use it, (40%) reported that they had learned with someone in the family, and approximately (28%) answered that they learned from their mother. As for ethnicity, 37.3% of the individuals self-declared pardos, 50.7% had incomplete elementary education and 81.3% had family income up to 1 minimum wage. Most of the individuals in the sample were aged between 50 and 70 years, with a mean age of 101.00 ± 21.00 years. The medicinal plants most mentioned by users with antihypertensive effect were: *Hortelã da folha miúda*, Chuchu, Cucumber, Capim Santo, Chamomilla, *Erva cidreira*, Orange, Graviola, Mentrúz, Artichoke, Eggplant and Macassá. **Conclusion:** It is possible to conclude that From the results obtained in this study, we can observe that even users having access to the drug to control BP, the use of medicinal plants as an alternative treatment is still widespread. Thus, it is observed the importance of strengthening and enhancing the local culture, so that these practices are inserted as natural alternatives for the treatment and / or prevention of diseases.

Keywords: Phytotherapy. Ethnobotany. Chronic noncommunicable diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil no período de 2000 a 2013. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade.	25
Figura 2 - Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA em Pernambuco.	27
Figura 3 - Quantidade de hipertensos diagnosticados em Pernambuco no período de Jan 2009 a Mar de 2013.	34
Figura 4 - Internações por doenças do aparelho circulatório no município de Vitória de Santo Antão.	35
Figura 5 - Óbitos por ocorrência de doenças hipertensivas em Vitória de Santo Antão no período de 2010 a 2014.	36
Figura 6 - Localização do município de Vitória de Santo Antão.	38
Figura 7 - Localização do local do estudo.	41
Figura 8 - Unidade Básica de Saúde – Lídia Queiroz	42
Figura 9 - Distribuição de Hipertensos por microárea na UBS – Lídia Queiroz.	43
Figura 10 - Perfil epidemiológico das morbidades encontradas na área de abrangência da UBS - Lídia Queiroz.	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários entrevistados por microárea.....	49
Gráfico 2 - Distribuição dos usuários quanto ao sexo.....	50
Gráfico 3 - Distribuição dos usuários por etnia.	51
Gráfico 4 - Distribuição dos usuários quanto ao estado civil.	51
Gráfico 5 - Distribuição dos usuários quanto à escolaridade.....	52
Gráfico 6 - Distribuição dos usuários quanto à profissão.....	53
Gráfico 7 - Distribuição dos usuários quanto à renda familiar	53
Gráfico 8 - Distribuição dos usuários quanto ao uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças em geral	54
Gráfico 9 - Distribuição dos usuários quanto ao uso de plantas medicinais para o tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.	55
Gráfico 10 - Forma de obtenção da planta pelos usuários da UBS - Lídia Queiroz. ..	57
Gráfico 11 - Distribuição da forma de aprendiz de aprendizado sobre o uso de plantas medicinais segundo o conhecimento popular dos usuários atendidos na UBS – Lídia Queiroz.	57
Gráfico 12 - Distribuição das principais partes das plantas medicinais utilizadas para a preparação do chá.....	58
Gráfico 13 - Distribuição segundo a forma de uso.....	59
Gráfico 14 - Distribuição segundo orientação profissional quanto o uso de plantas medicinais.....	59
Gráfico 15 - Distribuição quanto à importância de receber orientação do profissional de saúde quanto ao uso de plantas medicinais.....	60
Gráfico 16 - Distribuição quanto à prescrição de medicamentos a base de plantas medicinais.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista das plantas medicinais utilizadas para o tratamento da HAS segundo o conhecimento popular.....	56
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	24
Tabela 2 - Lista dos medicamentos utilizados pelos usuários para o tratamento da HAS.	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NO	Óxido nítrico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PM	Plantas Medicinais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde
SM	Salário mínimo
SNS	Sistema Nacional de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPM	Uso de Plantas Medicinais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
2.1	O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
2.2	A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	23
2.3	USO DO HIPERDIA NA ATENÇÃO BÁSICA	26
2.4	A POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E O SEU USO POPULAR	27
3	HIPÓTESE DA PESQUISA	31
4	OBJETIVOS	32
4.1	OBJETIVO GERAL:	32
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	32
5	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	33
6	METODOLOGIA	37
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
6.2	DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO	37
6.3	DIAGNÓSTICO DA ÁREA	40
6.4	IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	44
6.5	COLETA DE DADOS	44
6.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
6.6.1	Resultados na Análise Estatística	46
6.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
6.7.1	Riscos para os participantes	47
6.7.2	Benefícios	47
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
7.1	PERFIL DA AMOSTRA	49
7.2	QUANTO AO SEXO	50
7.3	QUANTO À ETNIA	50
7.4	QUANTO AO ESTADO CIVIL	51
7.5	QUANTO À ESCOLARIDADE	52

7.6 QUANTO À PROFISSÃO.....	52
7.7 QUANTO À RENDA FAMILIAR.....	53
7.8 UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS.....	54
7.8.1 Utilização de plantas medicinais para tratar a Hipertensão arterial sistêmica.....	54
7.9 PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O CONHECIMENTO POPULAR.....	55
7.9.1 Quanto à forma de obtenção.....	56
7.9.2 Quanto à forma de aprendizado.....	57
7.9.3. Quanto à parte da planta utilizada.....	58
7.9.4. Quanto à forma de utilização da planta.....	58
7.9.5. Quanto à orientação profissional.....	59
7.9.6. Quanto à importância de receber algum tipo de orientação.....	59
7.9.7. Quanto à prescrição de medicamento a base de plantas medicinais.....	60
7.9.8. Tratamento medicamento para Hipertensão arterial sistêmica.....	61
8 DISCUSSÃO.....	63
8.1 PERFIL DA AMOSTRA.....	63
9 CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
GLOSSÁRIO.....	78
APÊNDICE A – LISTA DE PLANTAS MEDICINAIS CITADAS.....	80
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA.....	81
APÊNDICE C – TCLE.....	82
APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	83
APÊNDICE E - FORMULÁRIO.....	84
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA.....	88
ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	89
ANEXO 3 – DECRETO N. 5.813, DE 22 DE JUNHO 2006.....	91

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), desde o final da década de 90, trabalha com o conceito terapêutico sobre o uso de plantas medicinais e, segundo Wermann e colaboradores (2009, p.13), o mesmo traz em sua definição, descrita como:

[...] espécies vegetais que possuem em partes ou em toda a planta, substâncias que, ao serem administradas em seres humanos, por qualquer via e sob qualquer forma, exercem algum tipo de ação farmacológica por meio de seus metabólitos secundários.

A OMS estima, ainda, que aproximadamente 65-80% da população dos países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais na atenção primária à saúde¹ (APS) e, deste total, 85% usa plantas medicinais ou preparações destas para este fim (BRASIL, 2006).

O uso das plantas medicinais vem crescendo nas últimas décadas no Brasil (MATOS, 1999) e os fatores que contribuem para este aumento estão relacionados a diversos elementos, como o alto custo dos medicamentos industrializados (BRANDÃO et. al., 1998; SIMÕES et. al., 1998), o acesso fácil às plantas medicinais (VEIGA, JR et. al., 2005), visto que são comercializadas em feiras livres, mercados populares, cultivadas nos próprios quintais (TRESVENZOL et. al., 2006), além de estarem disponíveis na natureza (AMOROZO; GELY, 1988).

Embora o conhecimento sobre a utilização popular das plantas medicinais seja evidente em todo o mundo, é nos países em desenvolvimento que sua prática é mais presente (OMS, 2002), pois grande parte da população é de baixa renda e, portanto, não tem fácil acesso aos medicamentos industrializados (OLIVEIRA et. al., 2010; VEIGA JR, 2005; FELFILI, 2006; MENGUE et. al., 2001 p. 21).

Além disso, é importante destacar que a utilização de plantas para o tratamento de doenças representa parte importante da cultura de um povo (SIMÕES et. al., 1988), sendo também parte de um saber utilizado e difundido pela população

¹ APS: Atenção Primária à Saúde: Caminho para os serviços de saúde mais efetivo, sendo considerado o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos deste sistema interligado da rede (MENDES, 2010), considerada, também, como uma importante estratégia que visa atender, de forma regionalizada e contínua a maior parte das necessidades de saúde da população. A Política de Atenção Básica considera equivalentes os termos APS e Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011).

ao longo de várias gerações (LIMA, 2006), especialmente pela tradição oral (TOMAZZONI et. al., 2006).

De acordo com Laplantine (1991), o uso de práticas populares no cuidado com a saúde significa a percepção da doença de um modo mais abrangente, promovendo a totalização homem-natureza-cultura. Estas práticas são capazes de oferecer uma resposta integral ao paciente, levando em consideração não apenas os aspectos somáticos, mas também psicológicos, sociais, espirituais e existenciais (MINAYO, 1988).

No Brasil, em consonância com o fortalecimento deste conceito ampliado de saúde a partir do movimento da reforma sanitária iniciado na década de 80 (PINHEIRO; LUZ, 2003), foi regulamentada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006), visando ampliar as opções terapêuticas oferecidas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia ao acesso às plantas medicinais, fitoterápicos e outros serviços relacionados (BRASIL, 2006a).

Dentre as políticas implantadas, pode-se citar a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos - PNPMF, aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações voltadas à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009). As ações decorrentes dessa Política são imprescindíveis e nos mostram que:

A ampliação das opções terapêuticas ofertadas aos usuários do Sistema Único de Saúde, com garantia de acesso as plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, é uma importante estratégia com vistas à melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social (BRASIL, 2006).

Dentre as doenças para as quais se utilizam as plantas medicinais, podemos destacar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (AMOROZO, 2002), que representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global. Dentre estas doenças, destacam-se as doenças cardiovasculares, que tem como principal fator de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (ROCHA, 2010).

Segundo Moura (2015) a HAS é considerada um problema de saúde pública global, com prevalência estimada em cerca de 20% da população (maior ou igual a 20 anos) (BRASIL, 2002) e causa 9,4 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo (LIM et. al., 2013). Dados das VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, publicados em 2016, nos mostram que a prevalência de HAS no Brasil está acima de 32,5% na população adulta e mais de 60% na população idosa, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares (DCV). Sua prevalência vem aumentando em países em desenvolvimento, principalmente pela falta de informação por grande parte da população, por ser assintomática em sua fase inicial, pela falta de adesão ao tratamento e pela carência de hábitos saudáveis (BRASIL, 2007).

A HAS é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (MENDIS et. al., 2011; ROCHA, 2010). Tem forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2002). Quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais (CAR et. al., 1991) e como entidade isolada está entre as mais frequentes morbidades do adulto (LESSA et. al., 1998).

A etiologia da HAS vem sendo extensamente estudada e, os diferentes fatores etiológicos, sejam eles ambientais ou genéticos, tornam esta enfermidade uma doença multifatorial e complexa, o que aumenta a dificuldade para o seu tratamento (SHIMBO et. al., 2010).

Apesar da grande variedade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de um terço dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada (ANDRADE et. al., 2002), o que, muitas vezes, contribui para o surgimento de outros agravos e comorbidades, além de gerar grandes impactos na saúde pública, como observado por Lima (2012):

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem HAS como importante fator de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde, englobando a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (LIMA et, al., 2012).

Segundo Lima (2012), este desafio é, sobretudo, da Atenção Básica (AB), que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo

com a comunidade e a população adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

Visando a um acompanhamento constante devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado, em 2002, um Plano de reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus (DM), denominado HIPERDIA (LIMA et. al., 2012). Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002).

Dados recentes obtidos pelo nosso grupo de pesquisa mostram que, em uma Unidade Básica de Saúde de Vitória de Santo Antão aproximadamente 71% dos usuários utilizam plantas medicinais. Destes, a maioria (80% dos entrevistados) afirma que tem acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, a HAS foi um dos principais usos relatados (dados não publicados).

Levando-se em consideração o problema de saúde pública que é a HAS, associada ao amplo uso das plantas medicinais para o tratamento da mesma, o presente estudo pretende levantar informações sobre o perfil do uso de plantas medicinais pelos usuários portadores da HAS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Desde a sua formulação durante a Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde, realizado em Alma-Ata, em 1978 (OMS/UNICEF, 1979) baseando-se nas discussões sobre a necessidade de mudanças na forma de cuidar, a APS passou a ser utilizada como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada a responder por estas questões de uma forma mais regionalizada, contínua e abrangente, atendendo às necessidades individuais e coletivas da população.

Segundo Paim (1999, p. 477) os modelos assistenciais podem ser concebidos como:

[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.

No Brasil, a década de 90 foi marcada por inúmeras mudanças na política nacional de APS (CASTRO, 2010), principalmente no que se refere à questão da expansão do acesso à saúde e afirmação da necessidade de implementação de novas políticas que possibilitassem a segurança social e garantisse o respeito aos direitos humanos (MENDES, 2005).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a Atenção Básica (AB)² caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2006), considerando o sujeito segundo as diferentes dimensões biopsicossociocultural (VOURI, 1986) e que o contemple em sua integralidade (MATTOS, 2001).

² Atenção Básica (AB): Considerada a porta de entrada preferencial do SUS e nível de atenção para atuação de áreas estratégicas na erradicação e controle de doenças, com características inerentes no trabalho da promoção da saúde (BRASIL, 2006), além de constituir-se como um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Diante de todo este contexto de mudanças na modalidade do modelo assistencial, se fez necessário entender e analisar as dimensões políticas e ideológicas que formataram os discursos sobre Atenção Básica no âmbito do Ministério da Saúde (MS), além de compreender o que está por trás de um aparente discurso pautado na universalidade, que, segundo CONH (2006) preconiza:

A saúde como um direito implica que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins, tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõem (COHN, 2006, p. 245).

As políticas de saúde tiveram grande importância neste cenário, principalmente, por impor ao Estado reagir em favor das condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de serviços que contribuíssem para o cuidado à saúde da população no âmbito individual e coletivo (PAIM, 1999).

Para alcançar tais medidas, fizeram-se necessárias diversas e sucessivas propostas de estruturação do sistema nacional de saúde (SNS) (RIBEIRO, 2007). Em consonância a isso, o MS propôs a estruturação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de expandir a cobertura populacional.

O PSF constituiu-se de uma proposta de reorganização da AB e estratégia de mudança no modelo assistencial, assim, o MS passou a utilizar os serviços da AB definida como:

[...] Um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1999, p. 9).

Ainda para o Ministério da Saúde (2006), a AB caracteriza-se, de modo geral, por não dissociar a atenção individual da coletiva a partir da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde, sendo assim, definem, ainda, que os serviços de saúde devem ser organizados através:

[...] do trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas; utilizando a tecnologia de elevada e de baixa

densidade, baseando-se nos problemas de saúde mais frequentes em determinada base territorial e reconhecendo-se como o contato preferencial dos usuários com todo o sistema de saúde.

A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, tem como desafio oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (MENDES, 2010), ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo, assim, sua integralidade ao usuário que procura o serviço de saúde (BRASIL, 2011).

2.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Atualmente, vivemos num cenário epidemiológico imerso pela prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (RAPSOMANIKI, 2014), a exemplo do Diabetes mellitus (DM), da obesidade, da dislipidemia e da hipertensão arterial sistêmica³ (HAS), sendo esta última, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), considerada como um dos principais problemas e agravos de saúde pública, além de ser um fator de risco (FR) para morte por doenças cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares (LANDSBERG, 2013) e as isquêmicas do coração (LIMA et al., 2000), e responsável pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (MALTA et al., 2013).

Segundo Lessa (2004), a prevalência da HAS aumenta com a idade e está atrelada a alguns atributos biológicos, ambientais e, principalmente, pelo estilo de vida associado a comportamentos e hábitos inadequados e prejudiciais a saúde.

³ Hipertensão Arterial Sistêmica: É uma condição clínica causada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial, sendo, conseqüentemente, um dos maiores fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, caracterizada pelos níveis pressóricos acentuados entre os valores ≥ 140 e/ou 90 mmHg (**Figura 1**) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016). Esta afecção caracteriza-se por uma etiologia geralmente multifatorial e pelo incipiente estado do conhecimento sobre os seus mecanismos etiológicos e fisiopatológicos o que leva ao seu surgimento e desenvolvimento. Sua regulação é uma das funções fisiológicas mais complexas, pois depende de uma série de ações integradas de vários sistemas atuantes em conjunto, desde o sistema cardiovascular, o renal, mecanismos neurais e endócrinos, tentando, assim, manter a homeostase e evitando o aumento descompassado da pressão sistólica e diastólica.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016

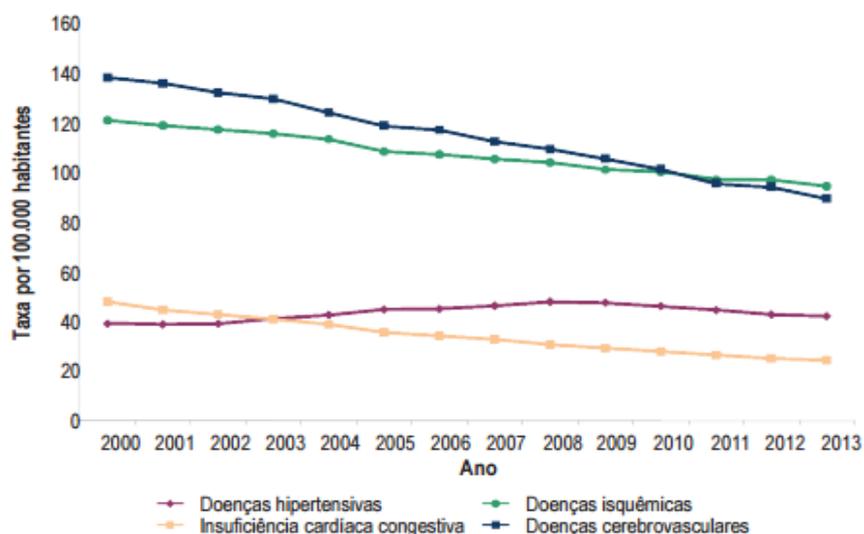
Nota: Considera-se Hipertensão sistólica isolada se a PAS ≥ 140 mmHg e a PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágio 1, 2 e 3.

Dados da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) nos mostram que, no Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo sua prevalência, segundo dados publicados pelo Vigitel (2015), chegando a 27,3% no sexo feminino e 22,0% no sexo masculino e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV⁴ (**Figura 2**) (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016 p.1), o que, segundo Lessa (1998), pode ser justificado pela dificuldade na aderência ao tratamento, pela falta de informação sobre a patologia e sobre as complicações geradas a longo prazo (LESSA, 1998 apud GOMES, 2010 p. 132).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social (SILVA, 2006), o que contribui para o aumento com as despesas públicas em saúde. Afirma-se, ainda, que a HAS é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (VEIGA et al., 2003).

⁴ Consultar SCALA, p. 780-5, 2015.

Figura 1 - Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil no período de 2000 a 2013.
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade.



Fonte: (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO, 2016 p. 2).

A HAS é tratável, sendo suas complicações controláveis através do acompanhamento adequado quanto ao uso de medidas farmacológicas, atrelado, principalmente, pela mudança de hábitos (medidas não farmacológicas), a exemplo da prática de atividade física e mudança no consumo alimentar.

Dados epidemiológicos e experimentais têm demonstrado, segundo Higashi (2004), alguns benefícios da prática da atividade física regular, sendo uma das medidas não farmacológicas adotadas para o controle da pressão arterial (PA), onde, segundo o autor, nos mostram contribuições positivas, principalmente sobre a função vascular, o que, conseqüentemente, auxiliaria na redução dos níveis pressóricos (YUNG et al., 2009).

Estas medidas adotadas associadas ao uso do medicamento permite ao usuário uma melhor qualidade de vida, sendo consideradas como estratégias e ações direcionadas, no âmbito individual e/ou coletivo, a fim de reduzir a morbimortalidade e as internações por condições sensíveis à atenção primária⁵ (CAMINAL, 2004), o que, conseqüentemente, reduziria a demanda em outros níveis de atenção à saúde

⁵ Internações por condições sensíveis à atenção primária: Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, o que reflete na baixa cobertura dos serviços e a baixa resolutividade da atenção primária. Consultar (ANSARI, 2006).

e o tempo médio de internação, além de controlar os gastos excessivos com situações consideradas preventivas.

2.3 USO DO HIPERDIA NA ATENÇÃO BÁSICA

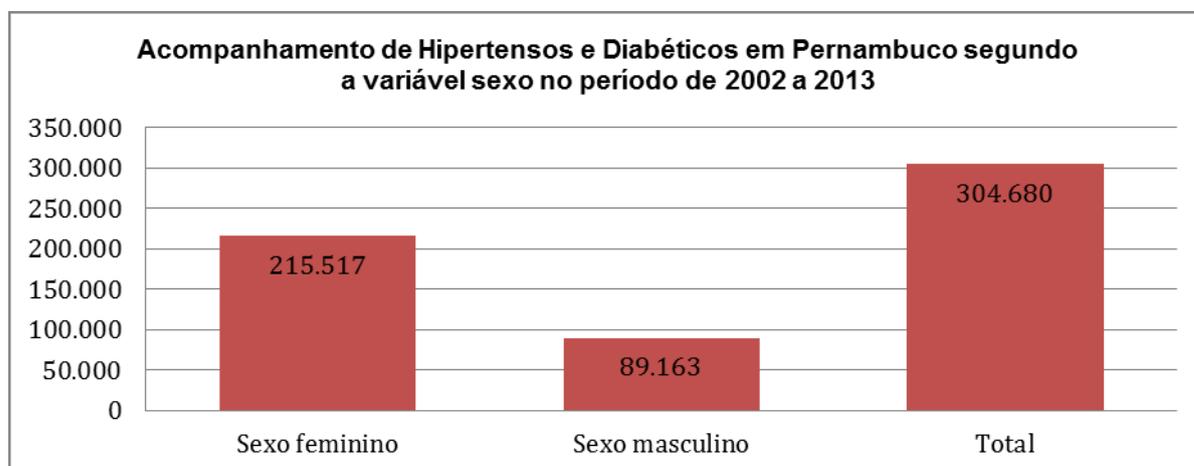
Com o grande impacto das morbimortalidades ocasionadas, principalmente pela prevalência de pessoas acometidas pelas DCNT, que tem a HAS, como um dos principais fatores de riscos para o surgimento de doenças cardiovasculares, o Ministério da Saúde (MS) propôs a criação de um programa que pudesse acompanhar os usuários com o diagnóstico de HAS e/ou DM e, assim, reorganizar os serviços de saúde quanto estas questões, a fim de subsidiar estratégias para a promoção e prevenção, além de garantir o tratamento destes agravos. Sendo assim, em março de 2002, foi criado, através da Portaria nº 371/GM, o programa HIPERDIA (BRASIL, 2004), com o objetivo de diagnosticar, cadastrar, tratar e controlar a HAS e DM dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, através da assistência primária oferecida na rede de atenção básica de saúde.

Segundo Lima e colaboradores (2002), o HIPERDIA traz vários benefícios que contribuem para a redução destes agravos, além de colaborar para a importância da adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico e que auxiliem no controle dessas patologias.

O Ministério da Saúde (MS) (2002) reforça ainda a grande importância do acompanhamento e monitoramento destes usuários diagnosticados e cadastrados no programa (**Figura 2**), principalmente na emissão de informações pelos Sistemas de Saúde que garantam o controle na aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma contínua, assim, como preconiza o MS (BRASIL, 2002, p. 2) quanto à importância do programa para o contexto destes agravos, tendo o HIPERDIA como:

[...] uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças.

Figura 2 - Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA em Pernambuco.



Fonte: Datasus/SIAB (2017).

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção Básica trouxe esta possibilidade de reavaliação da execução do programa, a fim de garantir a adesão destes usuários, além de propiciar a maior aproximação da relação entre profissional-usuário para o cumprimento terapêutico adequado.

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E O SEU USO POPULAR

As plantas medicinais (PM) constituem umas das práticas tradicionais da medicina alternativa mais antigas da população (RAMOS, 2016), difundida intergeracionalmente (ARAÚJO et al., 2007), por meio da tradição oral (TOMAZZONI et. al., 2006) e utilizada ainda para a promoção, prevenção e/ou cura de diversas patologias (OMS, 2006).

Segundo Martins e colaboradores (2000), a utilização de PM para o tratamento de doenças apresenta, fundamentalmente, no Brasil, influências da cultura indígena, africana, europeia e, principalmente, por influência da cultura portuguesa, além de suas diversidades e das diferentes tradições culturais.

No Brasil, diversas substâncias foram descobertas a partir do conhecimento popular e da percepção holística do homem na sua relação com a natureza (AGRA et. al., 2007), o que possibilitou identificar, nas PM, substâncias que, ao entrarem em

contato com o organismo, produziam algum tipo de ação farmacológica, através dos seus metabólitos secundários⁶ (TAIZ; ZEIGER, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 80% da população que utiliza PM, ainda têm dificuldade quanto ao acesso à APS, por não estar localizado em área adscrita pela ESF ou por não possuir recursos para adquirir os medicamentos prescritos (OMS, 2007), o que pode justificar este percentual na utilização da medicina tradicional e alternativa para cuidado à saúde, pois são de baixo custo, de fácil acesso e aquisição (ALVIM et al., 2006), além de estar relacionado, principalmente, com a tradição cultural para fins medicinais (VEIGA, JR et al., 2005) facilitando, assim, a busca por esta prática popular.

A crescente busca por recursos alternativos como forma de tratamento favoreceu a difusão exacerbada e o seu uso indiscriminado, pois, muitas vezes, o discurso que *“por ser natural, não faz mal”*, passou a ser reproduzido como um conceito de que as PM não representam quaisquer riscos para a saúde (VEIGA JUNIOR et al., 2005).

Esta falta de informação e orientação quanto à utilização inadequada contribuiu para a cultura estabelecida da automedicação, o que é preocupante, principalmente, quando a mesma é realizada em conjunto com outros medicamentos (sejam eles de base fitoterápica ou de natureza alopática), podendo levar a interações medicamentosas e/ou a efeitos indesejáveis.

Em resposta à crescente utilização indiscriminada e irracional das PM, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes através da criação de uma Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que viesse oferecer subsídios aos profissionais de saúde quanto à orientação adequada sobre o uso das PM e medicamentos fitoterápicos, aprovada através do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, com o objetivo de assegurar, assim como preconizado:

[...] A ampliação das opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da

⁶ Metabólitos secundários: Segundo Alves (2001), os metabólitos secundários se classificam como substâncias químicas produzidas em pequenas quantidades nas plantas, com a função de proteger o vegetal quanto à ação de patógenos e de influências externas (altas temperaturas, umidade) que possa vir a prejudicar o seu desenvolvimento.

integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais (BRASIL, 2006. p. 21).

A criação desta política, além de ter sido um avanço para a promoção à saúde e uma conquista da participação social, veio como um acréscimo para que os profissionais de saúde pudessem orientar adequadamente os usuários quanto à utilização das PM, contemplando o sujeito em todos os seus aspectos, além de promover uma forma de cuidado baseado na integralidade do sujeito, estimulando ações intersetoriais (CARVALHO, 2004) e facilitando o vínculo do profissional com a comunidade, garantindo, ao usuário, a autonomia na sua gestão do cuidado.

Medeiros e Cabral (2002) ressaltam, ainda, que o emprego das plantas medicinais, como integrante dos programas da APS, pode ser uma alternativa terapêutica, por apresentarem um baixo custo, facilidade na aquisição e pode vir a contribuir na terapia do usuário, principalmente por abranger a totalidade do que se entende sobre o processo saúde-doença, além de fortalecer a cultura popular.

Com a reorganização dos serviços de saúde, após o processo de reforma sanitária, possibilitou a mudança no cenário, desconstruindo o cuidado centrado na doença e com fins curativos, para um olhar abrangente que vai além desses aspectos somáticos. Mesmo após esta transição, com a instituição das ESF, no intuito de reorganizar as práticas da atenção à saúde, ainda existem lacunas entreabertas, o que dificultam a eficácia deste processo, visto que, a cultura do modelo biomédico ainda é bastante presente e atuante.

Apesar do fortalecimento do uso destas práticas, através da criação da PNPMF em 2006, ainda assim, existem impasses, por parte dos profissionais de saúde, quando à orientação e prescrição de medicamentos fitoterápicos e do uso de plantas medicinais para o tratamento de diversas afecções, justificada pela falha na formação curricular dos cursos de saúde e, principalmente, quanto à ausência de disciplinas voltadas ao uso da medicina popular.

Segundo Ogava (2003), isso está atrelado à formação profissional, principalmente na categoria médica, que ainda foca nas suas especialidades, esquecendo-se, muitas vezes, de olhar o sujeito imerso em sua integralidade e de

outras possibilidades de cuidado caracterizado pelo pluralismo terapêutico⁷ (HELMAN, 2009).

Porém, apesar de, muitas vezes, os profissionais desconhecerem as terapias complementares, a grande maioria aprova sua inclusão nos serviços de saúde, a fim de ampliar as opções terapêuticas (SALLES, 2008), e garantir ao usuário uma maior disponibilidade de recursos que contemplem uma melhor alternativa de tratamento, além de aproximar o usuário ao protagonismo do seu autocuidado, assegurando a utilização de alternativas complementares (o uso de plantas medicinais) como fonte segura para o cuidado e promoção à saúde.

É imprescindível ainda que os profissionais de saúde conheçam e discutam, durante a realização da consulta ou até mesmo nas atividades coletivas, a importância destas práticas tradicionais e historicamente difundidas em relação ao uso de PM, para que possam atuar de forma efetiva na resolução dos reais problemas de saúde, utilizando o conhecimento popular como interface para uma melhor prescrição terapêutica.

⁷ Pluralismo terapêutico: Caracteriza-se pelo aumento das ofertas dos recursos de saúde, face à diversidade de opções terapêuticas atualmente disponíveis.

3 HIPÓTESE DA PESQUISA

Os usuários cadastrados no HIPERDIA também utilizam em grande escala plantas medicinais para o tratamento da HAS.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde Lídia Queiroz em Vitória de Santo Antão-PE utilizam plantas medicinais para o tratamento da HAS e levantar quais as plantas mais utilizadas e suas formas de uso.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA também utilizam as plantas medicinais para o tratamento da HAS.
 - Realizar um levantamento das plantas medicinais utilizadas pela população da amostra.
 - Analisar o conhecimento e uso de plantas medicinais no tratamento para HAS.
 - Caracterizar os usuários que são hipertensos e que utilizam plantas medicinais para o tratamento da HAS.

5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A utilização das plantas medicinais com finalidade profilática e terapêutica passou a ser reconhecida pela OMS desde a década de 70, quando a mesma foi dialogada na pauta da conferência internacional de saúde, realizada em Alma-Ata. Nessa Conferência, foi recomendado aos estados-membros proceder a:

[...] formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente (OMS, 1979 p. 74).

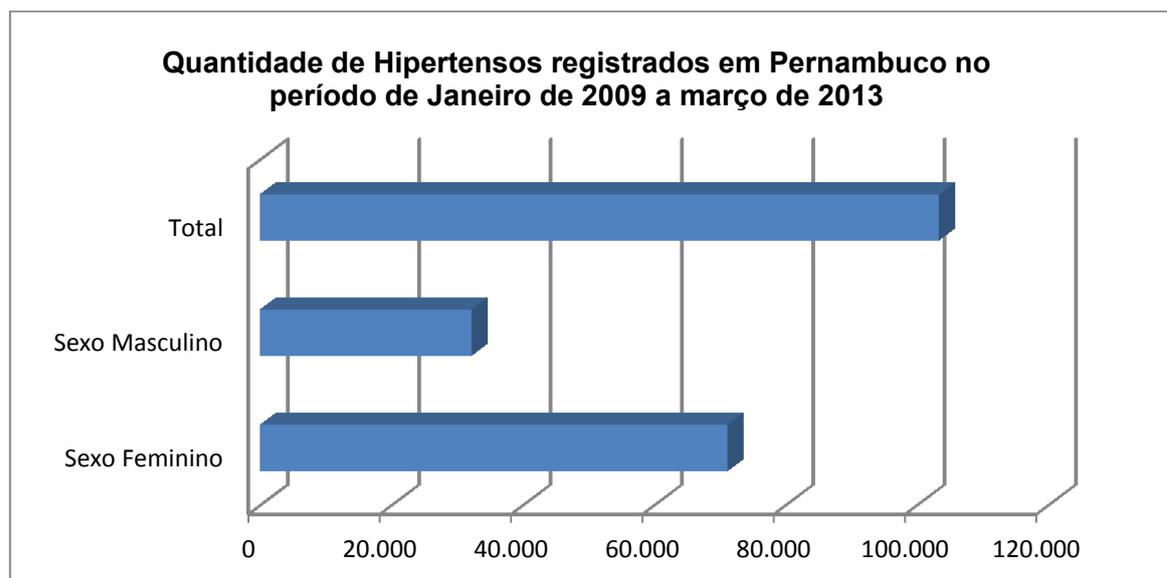
A partir deste marco teórico, a medicina tradicional começou a se expandir e passou a ser utilizada como forma de tratamento alternativo, principalmente nos países em desenvolvimento, onde o uso destas práticas convencionais, entre elas, o uso de plantas medicinais, é bastante predominante (OMS, 2007). Essas práticas objetivam, também, a prevenção de doenças, sua manutenção e recuperação da saúde, assim como a melhoria da qualidade de vida dos usuários (ALCANTARA, 2015).

Ao traçar este perfil do conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais (PM) como recurso alternativo para a prevenção e/ou cura de diversas afecções, vários estudos, assim como o de Oliveira e colaboradores (2007), têm demonstrado, principalmente, a utilização das PM para o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as quais, entre elas, destaca-se a HAS (foco do estudo), sendo esta considerada, ainda, como um grave problema de saúde pública.

Segundo dados do Datasus (2017), o município de Vitória de Santo Antão (local do desenvolvimento do estudo) teve diagnosticado, durante o período de Janeiro de 2002 a Março de 2013, segundo a variável sexo, 4.682 hipertensos, sendo deste total, 1.267 correspondente ao sexo masculino e 3.415 ao sexo feminino, o que corrobora com os dados a nível estadual quando nos mostram que o diagnóstico de HAS, em Pernambuco, no período de Jan 2009 a Mar 2013 (**Figura 3**), teve sua prevalência mais frequente também em mulheres, correspondendo a

71.164 dos casos e, no sexo masculino, este número apresentou apenas 32.171 dos casos diagnosticados de HAS (SIAB, 2017).

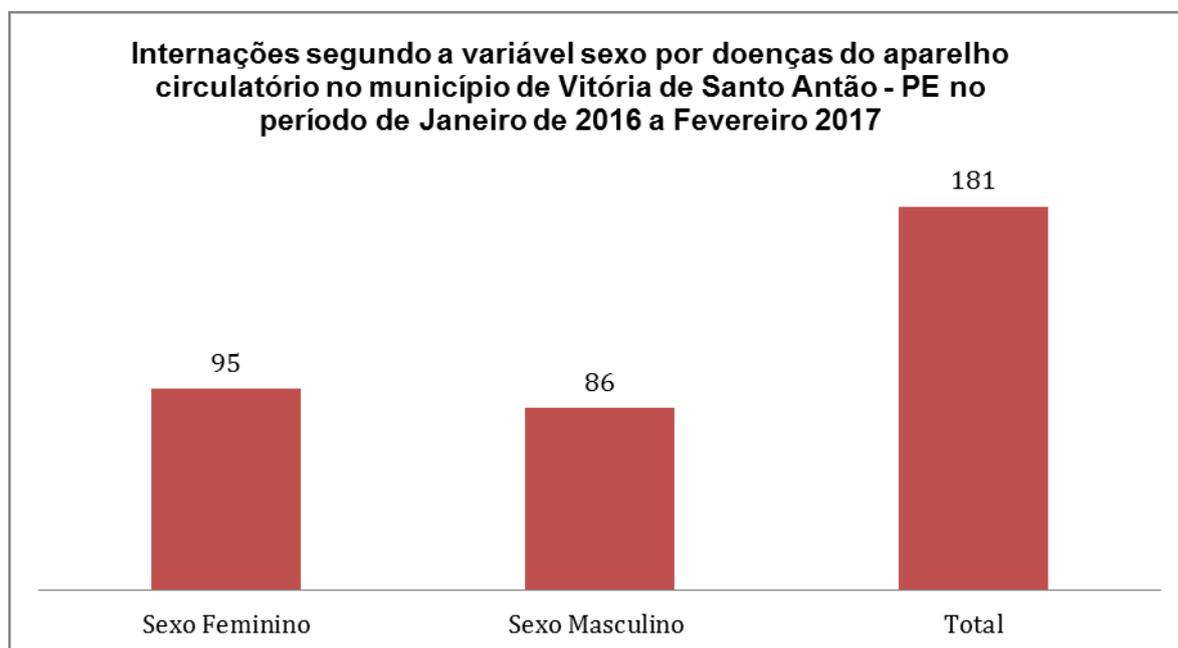
Figura 3 - Quantidade de hipertensos diagnosticados em Pernambuco no período de Jan 2009 a Mar de 2013.



Fonte: Datasus/SIAB (2017).

Estes achados se assemelham com os dados epidemiológicos do Brasil, correspondendo a um percentual de 26,9% do total de hipertensos no sexo feminino e, aproximadamente, 21,3% entre os homens. Além disso, podemos identificar, no município, o aumento de casos de internações por doenças do aparelho circulatório (**Figura 4**), segundo a variável sexo, no período de janeiro de 2016 a fevereiro de 2017, onde foram registrados 76 internamentos correspondentes ao sexo masculino e 146 ao sexo feminino.

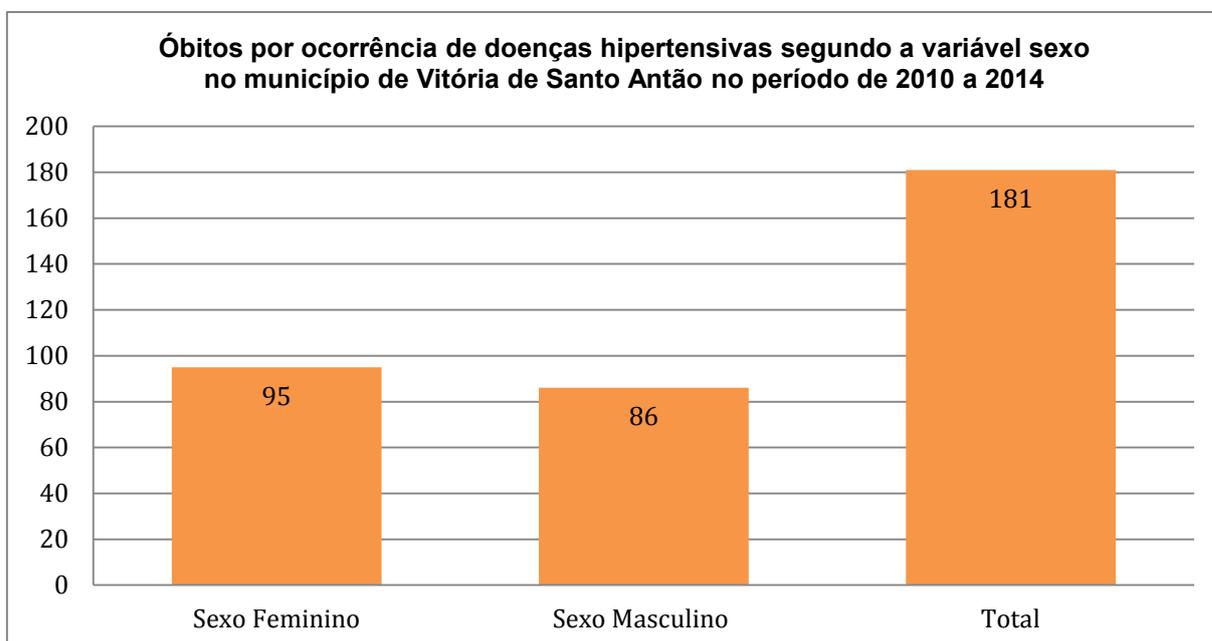
Figura 4 - Internações por doenças do aparelho circulatório no município de Vitória de Santo Antão.



Fonte: Datasus/SIAB (2017).

Se observarmos no gráfico abaixo (**Figura 5**), através de um levantamento realizado pelo Sistema de informação da atenção Básica (SIAB) no período de 2010 a 2014, ocorreram 181 óbitos por doenças hipertensivas no município de Vitória de Santo Antão e, deste total, 95 corresponde ao sexo feminino e 86 ao sexo masculino. Este número é preocupante, visto que aumenta os gastos com consequências evitáveis, com o acompanhamento adequado no âmbito da atenção básica, trabalhando às questões de promoção a saúde e prevenção destes agravos, reduzindo, principalmente, o número de internações e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade por estas causas.

Figura 5 - Óbitos por ocorrência de doenças hipertensivas em Vitória de Santo Antão no período de 2010 a 2014.



Fonte: Datasus/SIAB (2017).

Tendo em vista, mais uma vez, o grave problema de saúde pública que é a HAS, associada ao amplo uso das plantas medicinais para o tratamento da mesma, sendo demonstrado nos estudos de Oliveira (2007, p. 102) o que contribui para o uso irracional e das práticas de automedicação, o presente estudo pretende levantar informações sobre o perfil do uso de plantas medicinais pelos usuários portadores da HAS, a fim de avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA, embora tenham acompanhamento e sejam assistidos pelo programa, também utilizam as plantas medicinais para o tratamento da HAS.

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

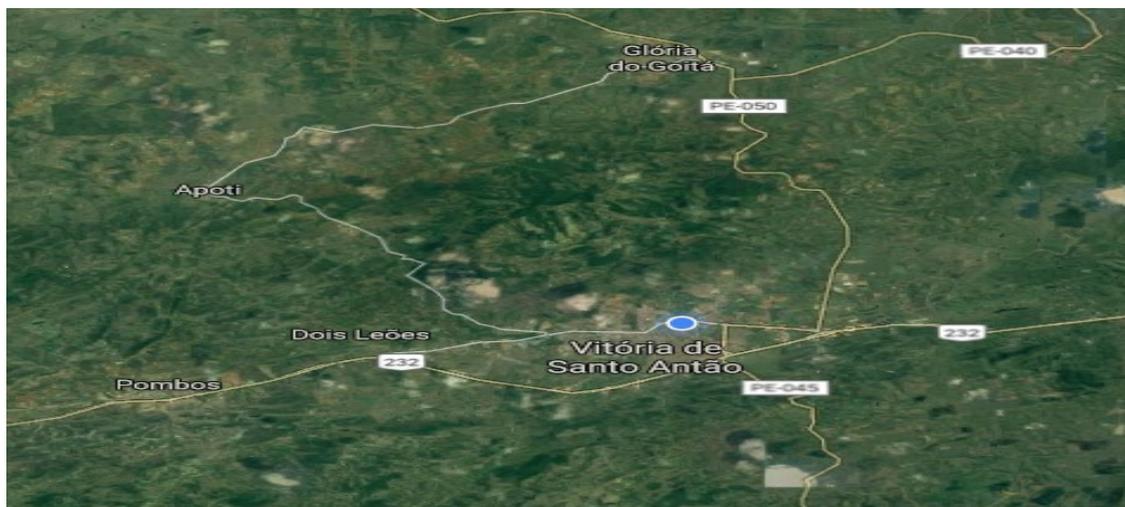
Este estudo trata-se de uma pesquisa em campo, de caráter descritivo e transversal, cuja construção metodológica decorre de princípios embasados na pesquisa quantitativa, o qual utiliza as técnicas tradicionais de amostragem e de tratamento de dados (VICTORA, 2000), prevendo a frequência de algum aspecto estudado na população, o qual, neste estudo, teve como intuito, identificar se os usuários cadastrados no grupo HIPERDIA e que frequentam a Unidade de Saúde, utilizam plantas medicinais para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

O estudo utilizou como instrumento a aplicação de formulários (N=75) os quais continham questões de ordens socioeconômicas e questões específicas quanto à utilização de plantas medicinais (APÊNDICE D). Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, desta instituição de ensino, sob Protocolo e Parecer CAEE Nº 60779316.2.0000.5208 (Anexo 2).

6.2 DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO

O município da Vitória de Santo Antão faz parte da Mesorregião da Zona da Mata, localizando-se a 51 km do Recife. Limita-se, ao Norte, com as cidades de Glória de Goitá e Chã de Alegria; ao Sul, com Primavera e Escada; a Leste, com Moreno, Cabo de Santo Agostinho e São Lourenço da Mata; e a Oeste, com Pombos. Tendo uma extensão territorial de 372 Km². Vitória de Santo Antão possui uma população de 136.706 habitantes, sendo 113.429 na zona urbana e 22.376 na zona rural. A população da cidade de vitória ainda é caracterizada como jovem, no entanto, pode-se observar que há um importante contingente populacional com mais de 40 anos (SMS, 2014).

Figura 6 - Localização do município de Vitória de Santo Antão.



Fonte: Google maps, 2017.

A cidade tem ampliado sua infraestrutura no setor de saúde com a instalação de diversas unidades nos níveis primário, secundário e terciário, públicas e privadas. Vitória de Santo Antão possui 29 Equipes da Estratégia de Saúde da Família e 23 Equipes de Saúde Bucal, distribuídos em quatro territórios e 02 unidades de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), adesão de 100% das Estratégias de Saúde da Família (ESF) ao PMAQ, e cobertura de 72% pela ESF, além de 03 NASF, 01 Equipe do Melhor em Casa, Possui ainda 05 centros de serviços especializados: Laboratório Municipal, Centro de Saúde da Vitória - que conta com especialidades médicas, psicologia, fonoaudiologia e nutrição - Centro de Saúde da Mulher, Centro de Fisioterapia, Policlínica da Criança, 02 Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Psicologia, Centro de Atenção Psicossocial- tipo II, Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV/AIDS e, ainda, 01 Hospital Regional Estadual - Hospital João Murilo de Oliveira. A rede complementar conveniada ao SUS é formada por 01 hospital filantrópico, 03 hospitais privados e 05 laboratórios particulares. Completam a rede de suporte à atenção primária, 01 polo do projeto Vida Saudável e 02 polos da Academia da saúde, com programa de promoção à saúde e de incentivo à prática da atividade física, desenvolvido em praças e quadras poliesportivas da região. Esses polos são espaços em que as pessoas têm acesso a serviços de avaliação física para a prática de exercícios, caminhada orientada, aulas de ginástica,

alongamento e danças desenvolvidas por profissionais da área de Educação Física com suporte de material especializado.

Além do projeto de promoção à saúde, fomentado pelo município (Projeto Vida Saudável), o mesmo traz como prioridade, de acordo com a PNPS, o Programa Academia da Saúde (Trabalhando em parceria com o projeto UFPE na praça, desenvolvido pela Universidade Federal de Pernambuco - Campus: Vitória), Programa Saúde na Escola e o Programa de Controle ao Tabagismo (sendo os mesmos trabalhados dentro da Atenção Básica). O município tem tentado implantar o Programa de prevenção, assistência e combate a violência contra a mulher, por meio de ações intersetoriais com a Secretaria da Mulher, além de trabalhar o processo de notificação da Violência, porém, o mesmo relatou escassez em Recursos Humanos, dificultando a implantação do programa.

O município oferta ainda, com o trabalho do PET - VIGILÂNCIA, as ações de prevenção de acidentes no trânsito, com orientações, palestras em ambientes escolares, além da criação da semana do trânsito em parceria com os Agentes de trânsitos do município.

Segundo dados consolidados para o plano municipal de Saúde 2014-2017 (SMS, 2014), em relação ao perfil epidemiológico da população de Vitória de Santo Antão, se enquadra num perfil de doenças infecto-parasitárias e algumas peculiaridades que serão apresentadas a seguir:

a) Endemias de maior relevância para o município: Tuberculose, hanseníase, esquistossomose, dengue e doenças sexualmente transmissíveis (AIDS e sífilis).

b) Outros agravos relevantes: Diabetes, hipertensão, transtornos mentais e uso/abuso/dependência de álcool, fumo e outras drogas.

c) Mortalidade por neoplasias: Câncer de colo de útero, mama e próstata.

d) Mortalidade por causas externas: Violências e acidentes.

Observa-se ainda (**Tabela 1**) que a média de óbitos anual por residência no município é de 860 ($\pm 50,1$). Os grupos de doenças que mais causa morte no município são do aparelho circulatório (31,7%), seguida das causas externas (13,6%), neoplasias (10,7%), endócrinas nutricionais e metabólicas (10,3%), e do aparelho respiratórios (8,4%). (VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 2013).

Tabela 1: Principais causas de óbitos no município de Vitória de Santo Antão no período de 2001 a 2012.

CAUSA/ÓBITO (CID- 10)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
IX. Doença do aparelho circulatório	233	232	218	293	302	281	292	308	311	306	275	295
XX. Causas externas	118	108	106	108	101	136	124	136	126	125	117	116
IV. Doenças endócrinas	62	84	68	85	83	99	105	105	108	99	113	117
II. Neoplasias	89	81	67	106	96	99	90	115	106	100	115	109

Fonte: SIM/Vigilância Epidemiológica/SMS/Vitória de Santo Antão.

Entre as prioridades para o planejamento das ações municipais estão: Diabetes, Hipertensão e Transtornos mentais. Estudos da Organização Mundial de Saúde (2002) apontaram que as práticas integrativas são recomendadas como tratamentos principais e como complementares aos tratamentos de diversas doenças crônicas, entre elas as supracitadas. Para a PNPIC o aumento da resolubilidade das ações da atenção primária em relação às doenças crônicas passa pela integração e acesso aos serviços de práticas integrativas e complementares a rede de saúde, principalmente atenção básica (BRASIL, 2006).

No município de Vitória de Santo Antão - PE, os serviços públicos não oferecem práticas integrativas e complementares, quem oferta o serviço muito simples a partir de projetos de extensão é o Centro Acadêmico de Vitória - UFPE. Com o serviço de auriculoterapia em duas unidades de saúde e o projeto farmácia vivo que funciona em uma unidade básica de saúde.

6.3 DIAGNÓSTICO DA ÁREA

O loteamento Lídia Queiroz (**Figura 7**), local da execução do estudo, possui uma Unidade de Básica de Saúde (UBS) que presta assistência à população residente naquela localidade. Sua população abrange cerca de 10.400 habitantes, sendo, deste total, 4.400 pessoas recebendo cobertura direta pelo Agente comunitário de saúde (ACS) e responsável por prestar assistência a 1.057 famílias cadastradas em uma área distribuída por 06 microáreas de abrangência da

Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ter aproximadamente, 6.000 pessoas situadas em área descoberta pelo ACS.

A mesma atende os usuários residentes na Rua G, Rua H, Rua I e a 4ª travessa, ambas pertencentes à Microárea 01; Rua A, Rua B e Rua C situados na microárea 02; Rua 3, Rua da subida e Rua da descida da cadeia correspondente à microárea 03; Rua D, Rua E e Rua F localizados na microárea 04; Avenida Lídia Queiroz e Rua do Sambão pertencentes a microárea 05 e Rua 6, Rua 8, Rua 9 e Rua 10 inseridos na microárea 06.

Figura 7 - Localização do local do estudo.



Fonte: Google maps, 2017

A unidade de Saúde (**Figura 8**) possui uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de enfermagem e 6 ACS, sendo, também, polo central do Núcleo de apoio a saúde da família (NASF).

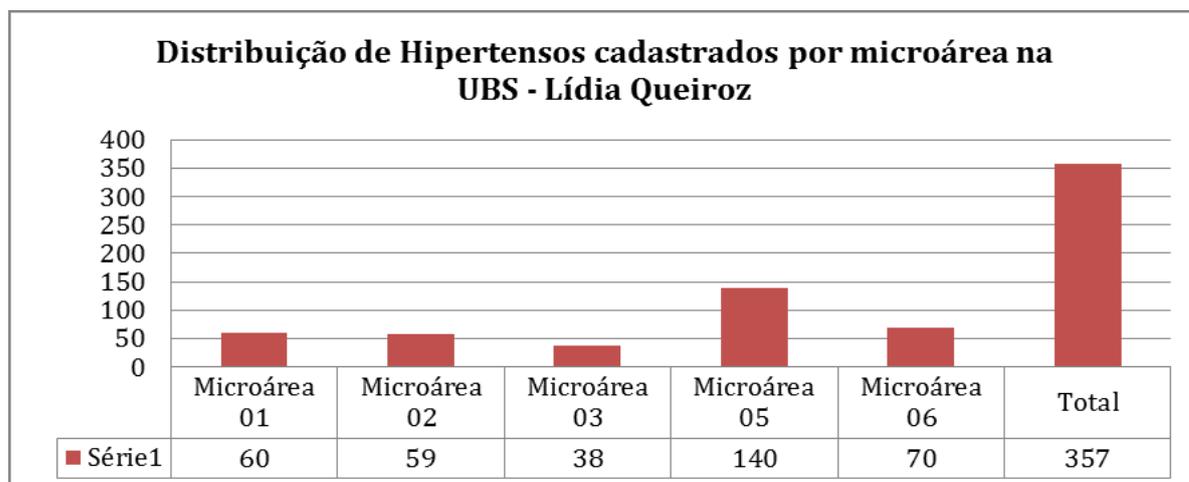
Figura 8 - Unidade Básica de Saúde – Lídia Queiroz



Fonte: Google imagem.

Alguns grupos são desenvolvidos na própria UBS de acordo com a agenda programada, onde são trabalhadas questões de promoção e prevenção à saúde, de acordo com grupos prioritários, sendo estes: grupo de idoso, grupo de adolescente, grupo HIPERDIA, grupo de nutrição, grupo de gestantes e de crianças. De acordo com as informações da enfermeira da UBS, as patologias mais diagnosticadas são a HAS e DM. A UBS possui aproximadamente 357 hipertensos cadastrados, segundo informações dos ACS, sendo distribuídos (por microárea) da seguinte forma, conforme o gráfico abaixo:

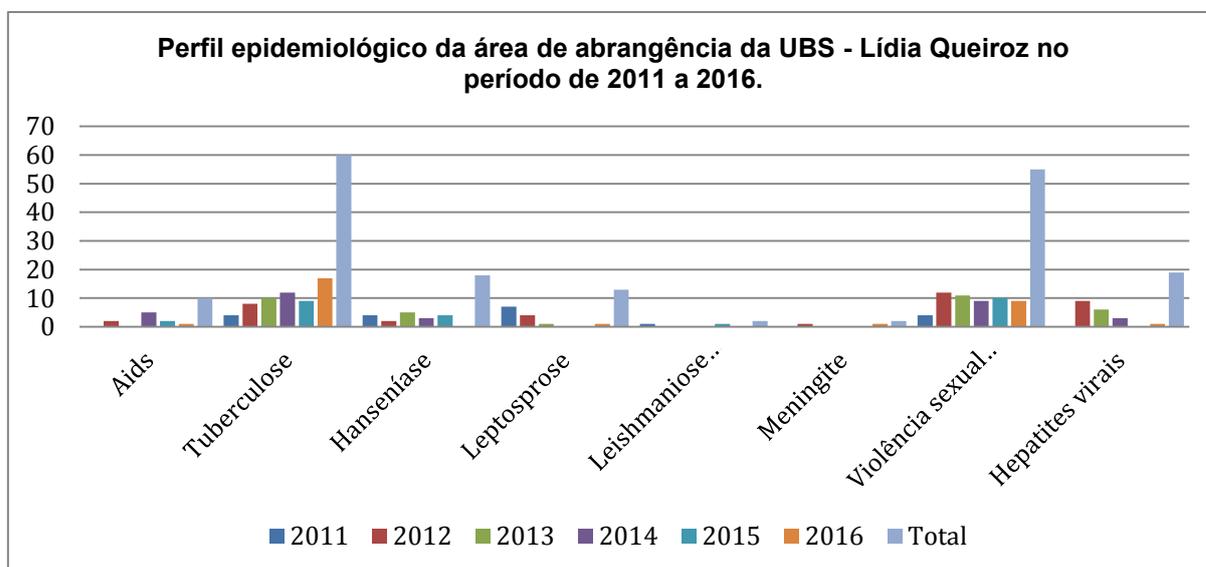
Figura 9 - Distribuição de Hipertensos por microárea na UBS – Lídia Queiroz.



Fonte: UBS – Lídia Queiroz (2017).

Além desses agravos, de acordo com os dados encontrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), o perfil epidemiológico da área (**Figura 10**) tem notificado os agravos mais frequentes ocorridos na população local, sendo alimentados no sistema, a fim de oferecer subsídios que auxiliem no planejamento de saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

Figura 10 - Perfil epidemiológico das morbidades encontradas na área de abrangência da UBS - Lídia Queiroz.



Fonte: SINASC/GPPVE/DVS/SMS/Vitória de Santo Antão – PE (2017).

6.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os usuários que participaram do estudo foram escolhidos a partir do diagnóstico de hipertensão e que estavam inseridos, segundo os critérios de inclusão, no grupo HIPERDIA, além de frequentar a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Lídia Queiroz, no Município de Vitória de Santo Antão – PE.

6.5 COLETA DE DADOS

O formulário, instrumento utilizado para a realização da pesquisa, é uma técnica de coleta de dados da pesquisa descritiva que consiste em obter informações diretamente do entrevistado utilizando um roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador e com o auxílio do participante durante o momento da entrevista (MARCONI; LAKATOS, 2003).

As técnicas de coleta de dados podem ser consideradas como procedimentos utilizados com o objetivo de reunir informações para alcançar o objetivo proposto. Trata-se da elaboração de uma estratégia com propósito de facilitar a conclusão do trabalho, desta forma pode-se definir que as técnicas de coleta de dados são as maneiras diferentes de obtenção informações (ARIAS, 1999).

No período de abril a maio de 2017 foram aplicados 75 formulários aos usuários portadores de HAS, que aceitaram participar do estudo, de acordo com alguns critérios de aceite estabelecidos, os quais foram realizados com os usuários que estavam tanto na sala de espera da UBS, quanto em suas residências, sendo este acesso facilitado pelo intermédio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) daquela área de abrangência. Antes do início da coleta, os objetivos da pesquisa e suas implicações éticas, contidas no TCLE, foram explicitados de maneira clara e objetiva. Após o livre consentimento do participante, foram realizadas algumas perguntas para preenchimento do formulário semiestruturado, baseado no estudo de Carmo (2006), o qual foi dividido em duas partes: a primeira contendo itens relativos aos dados pessoais, perfil etário e socioeconômico e, a segunda parte, foi direcionada às perguntas específicas sobre as plantas medicinais utilizadas pelos usuários, bem como a finalidade do uso, a parte utilizada e a forma de preparo.

O estudo foi desenvolvido com todos os usuários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) Idade superior a 18 anos; 2) Ser cadastrado no HIPERDIA; 3) Ter o diagnóstico de HAS; 4) Concordar em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: 1) Incapacidade de responder ao instrumento; 2) Não ter o diagnóstico de HAS; 3) Desistir de responder o formulário 4) Não concordar em participar do estudo. O presente estudo teve vigência de 1 (um) ano, e só foi desenvolvido após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após concluídas as entrevistas através dos formulários impressos (APÊNDICE D), estes foram inseridos para o meio digital, por meio de um formulário eletrônico, configurado nos softwares Epidata Manager e EntryClient (CHRISTIANSEN et al., 2010). Uma vez inseridos, os mesmos foram descritos por tabelas e gráficos com auxílio do software R (CORE TEAM, 2017).

As principais análises conduzidas foram descritivas através do perfil dos usuários com o diagnóstico de HAS e que frequentavam a UBS do referido local de estudo, através de variáveis socioeconômicas (sexo, etnia, estado civil, escolaridade, profissão e renda) e relacionadas ao uso de plantas medicinais (plantas utilizadas para o tratamento de doenças, plantas utilizadas para HAS, com

quem aprendeu, tempo de uso, efeito terapêutico, parte da planta utilizada, forma de obtenção, preparo e orientação profissional).

No âmbito da estatística inferencial foram conduzidos testes qui-quadrado para avaliar as associações entre o uso de plantas e demais variáveis categóricas e, em seguida, foi ajustado um modelo de regressão logística para estimar a probabilidade de uso de plantas medicinais (0 = não, 1 = sim) com base no nível de escolaridade destes indivíduos (0 = não alfabetizado, 1 = alfabetizado).

A regressão logística binária consiste de um caso particular dos modelos lineares generalizados, cuja função de ligação é o logaritmo da razão de chances, conforme podemos constatar nos estudos de Paula e colaboradores (2004) e Cordeiro e colaboradores (2004). O modelo é denotado pela expressão (1), onde:

$$\text{Log} \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = \alpha + \beta_i x, i = 1, 2, \dots \quad (1)$$

$\pi(x)$ é a probabilidade de sucesso para um evento e α e β_i são parâmetros desconhecidos que são estimados através do processo iterativo de mínimos quadrados ponderados.

A partir dos parâmetros estimados da expressão (1) podemos calcular a chance e a razão de chances, ou seja, a probabilidade de um indivíduo usar plantas é demonstrada através da expressão abaixo:

$$\pi(x) = \frac{\exp(\hat{\alpha} + \hat{\beta}_i x)}{1 + \exp(\hat{\alpha} + \hat{\beta}_i x)}$$

6.6.1 Resultados na Análise Estatística

Antes de apresentar os resultados é relevante informar que os comentários e discussões aqui apresentados são concluídos ao nível de 5% de significância

estatística, independentemente do teste ou método utilizado. O teste qui-quadrado foi conduzido para avaliar a associação do uso de plantas medicinais (UPM) com as demais variáveis categóricas e apenas a escolaridade apresentou significativa associação. Em seguida um modelo logístico foi ajustado tendo como dependente o UPM e independente o fato de ser ou não alfabetizado. O modelo apresentou os seguintes parâmetros:

PARÂMETRO	ESTIMATIVA	P-VALOR
α	1.9459	0,000272
β_2	-1.4227	0,021901

A partir destes parâmetros e usando a expressão (2) estima-se que indivíduos alfabetizados e não alfabetizado têm respectivamente **62,7%** e **87,5%** de probabilidade de UPM.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6.7.1 Riscos para os participantes

A pesquisa pode apresentar risco (mínimo) aos participantes no que diz respeito ao constrangimento pela participação, mas este se enquadrou dentro de Riscos Psicológicos de magnitude baixa e duração transitória, sendo considerado ainda como Risco Leve. Para minimizar este risco o participante não foi pressionado a participar da pesquisa, sendo realizada de forma individual, reservadamente, e o mesmo teve o direito assegurado de desistir da participação na pesquisa e retirar o TCLE a qualquer momento.

6.7.2 Benefícios

Os dados obtidos neste projeto serão compartilhados com a equipe de saúde da Unidade, o que poderá estimular a busca por mais informações também

por parte dos profissionais de saúde acerca do uso racional das plantas medicinais. Isto poderá ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, possibilitando o acesso seguro para o uso racional das plantas medicinais, exaltando a segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Além disso, os benefícios desta pesquisa se relacionam com o fato de que os resultados deste projeto serviram para o fortalecimento do conhecimento popular e a cultura da comunidade. Os dados obtidos pelos formulários aplicados foram armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob responsabilidade da pesquisadora Alice Valença Araújo, no endereço informado no TCLE, pelo período de 5 anos. Também é importante salientar que o início da coleta dos dados ocorreu somente após devida aprovação pelo Comitê de Ética.

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

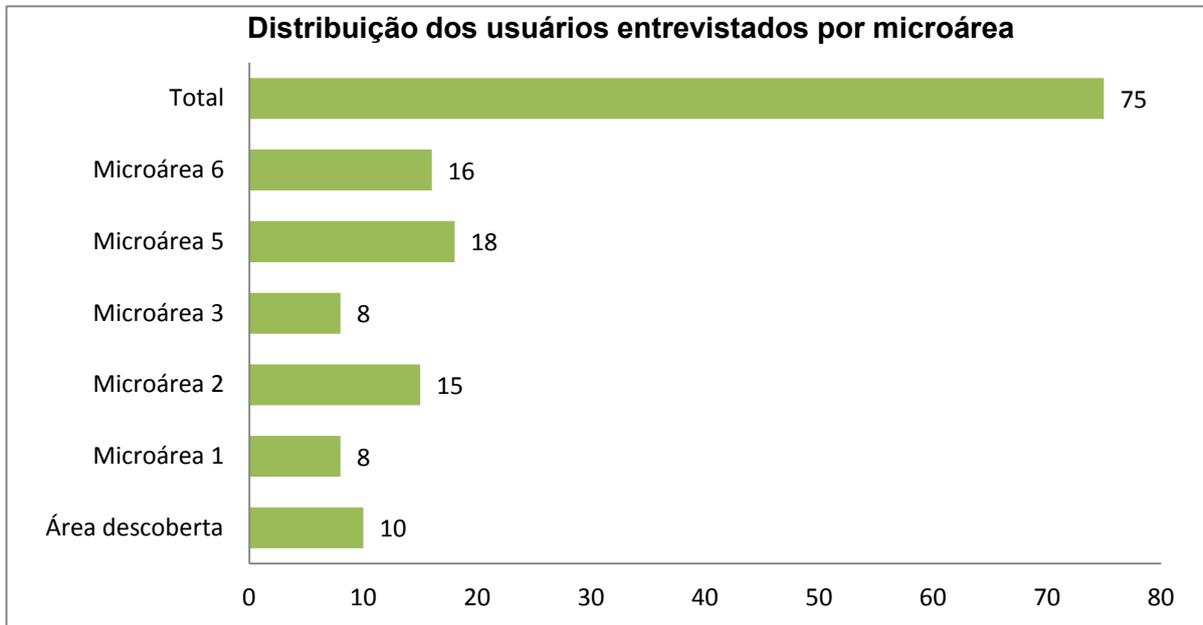
7.1 PERFIL DA AMOSTRA

Os indivíduos da amostra foram selecionados, aleatoriamente, por cada microárea (06 microáreas) de abrangência da UBS e de responsabilidade de cada ACS, Além disso, também compuseram o estudo, alguns indivíduos que estavam na sala de espera da UBS e não tinham cobertura por ACS. (**Gráfico 01**).

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários entrevistados por microárea

F

o

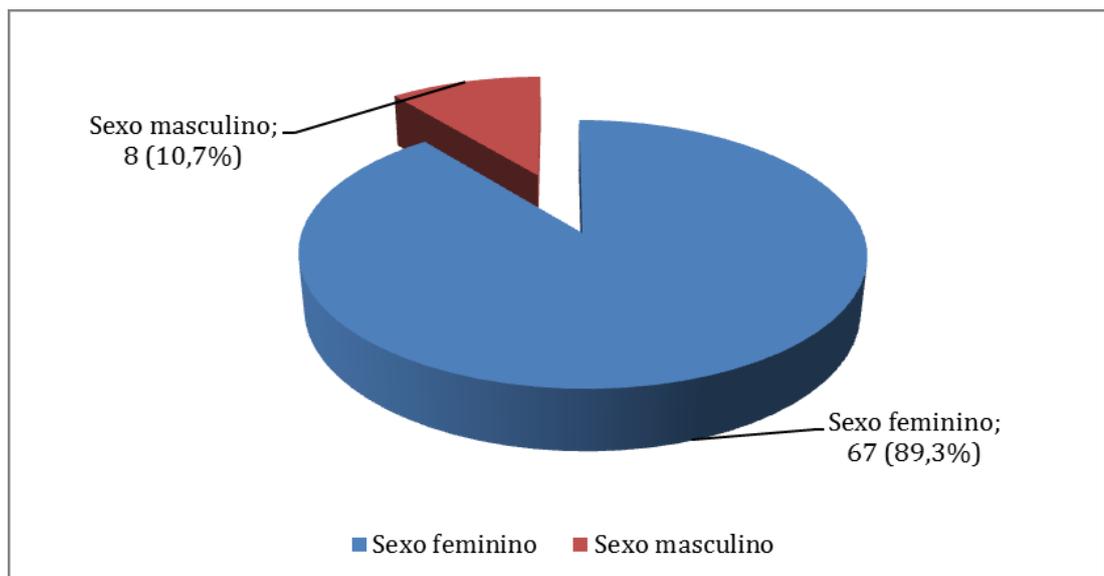


nte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.2 QUANTO AO SEXO

Podemos observar (**Gráfico 02**) que, em relação ao sexo dos usuários que participaram da pesquisa, do total de 75 entrevistados, 08 (**10,7%**) correspondiam ao sexo masculino e 67 (**89,3%**) ao sexo feminino.

Gráfico 2 - Distribuição dos usuários quanto ao sexo.

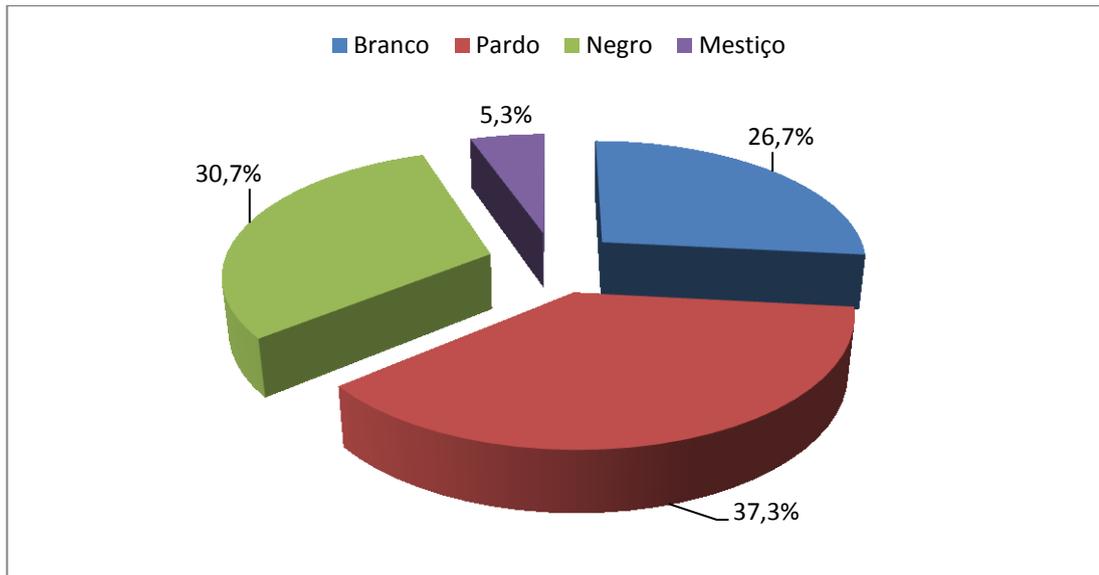


Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.3 QUANTO À ETNIA

Para um total de usuários que responderam sobre sua etnia (**Gráfico 03**), observamos que: 20 (26,7%) se declararam brancos, 28 (37,3%) se declararam pardos, 23 (30,7%) se declararam negros e 4 (5,3%) se declararam mestiços.

Gráfico 3 - Distribuição dos usuários por etnia.

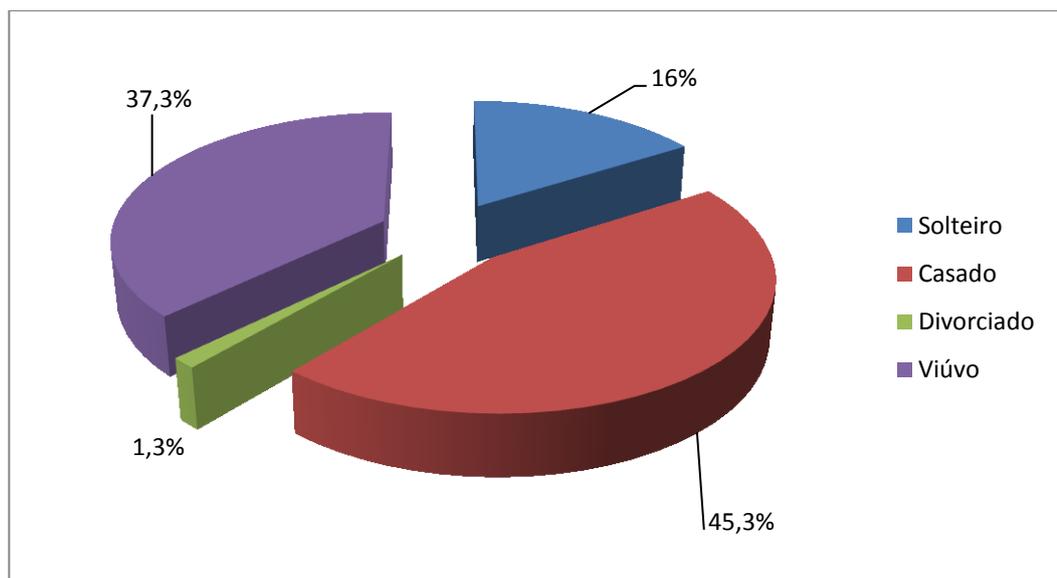


Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.4. QUANTO AO ESTADO CIVIL

No gráfico 04 (**Gráfico 04**), verificamos que, dos entrevistados, 12 (16%) eram solteiros, 34 (45,3%) eram casados, 01 (1,3%) era divorciado (a) e 28 (37,3%) responderam ser viúvos.

Gráfico 4 - Distribuição dos usuários quanto ao estado civil.

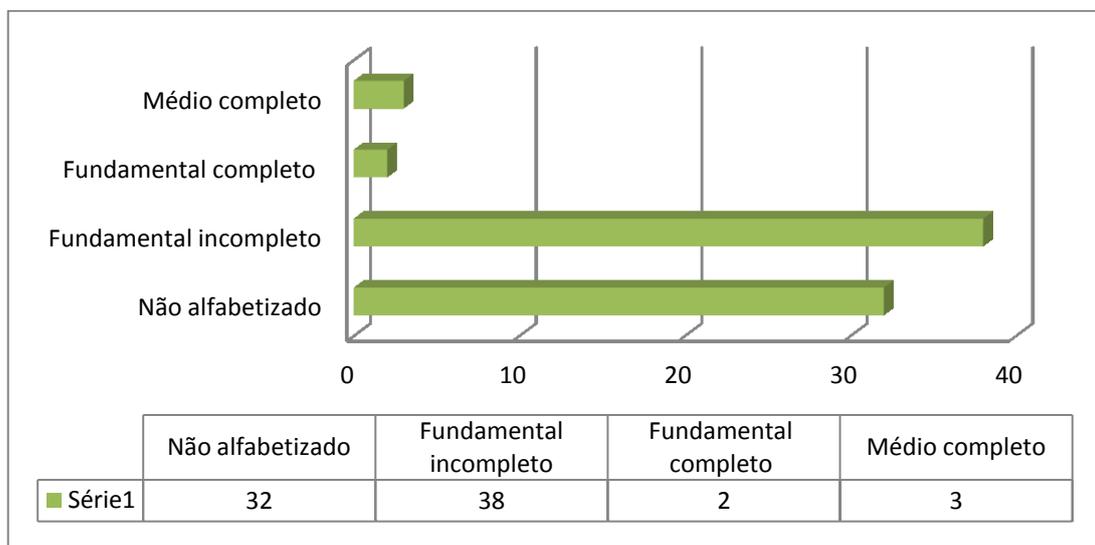


Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.5. QUANTO À ESCOLARIDADE

No gráfico abaixo (**Gráfico 05**), nos dados quanto à escolaridade, podemos observar que 38 (50,7%) possuíam o Ensino fundamental incompleto, 32 (42,7%) eram analfabetos, 3 (4,0%) possuíam o ensino médio completo e 2 (2,7%) afirmaram ter o ensino fundamental incompleto.

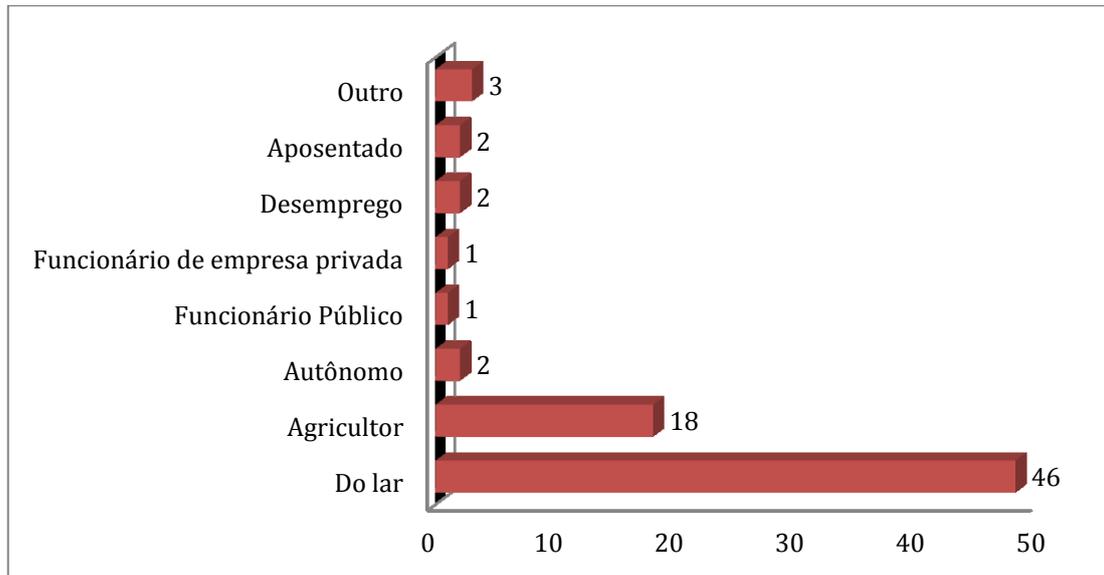
Gráfico 5 - Distribuição dos usuários quanto à escolaridade



Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.6 QUANTO À PROFISSÃO

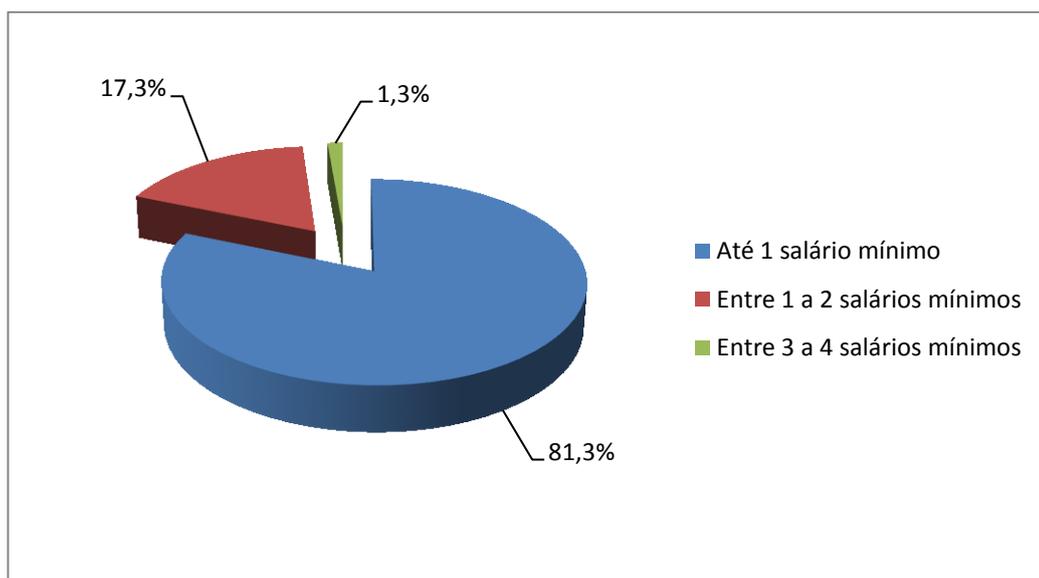
Abaixo (**Gráfico 06**) apresentamos os dados referentes ao quesito profissão. Podemos observar que, dos entrevistados, 46 (61,3%) referiram trabalhar no lar, 18 (24%) trabalhavam com agricultura, 2 (2,7%) eram autônomo, 1 (1,3%) era funcionário público, 1 (1,3%) trabalhava como funcionário em uma empresa privada, 2 (2,7%) estavam desempregados, 2 (2,7%) eram aposentados e 3 (4%) referiram outros como tipo de profissão.

Gráfico 6 - Distribuição dos usuários quanto à profissão.

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.7 QUANTO À RENDA FAMILIAR

Na Figura abaixo (**Gráfico 07**) apresentamos os dados quanto ao quesito renda familiar e, podemos observar que, dos que participaram da amostra, 61 (81,3%) recebiam até 1 (um) salário mínimo, seguido por 13 (17,3%) que recebiam entre 1 a 2 SM e 1 (1,3%) que recebia de 3 a 4 SM.

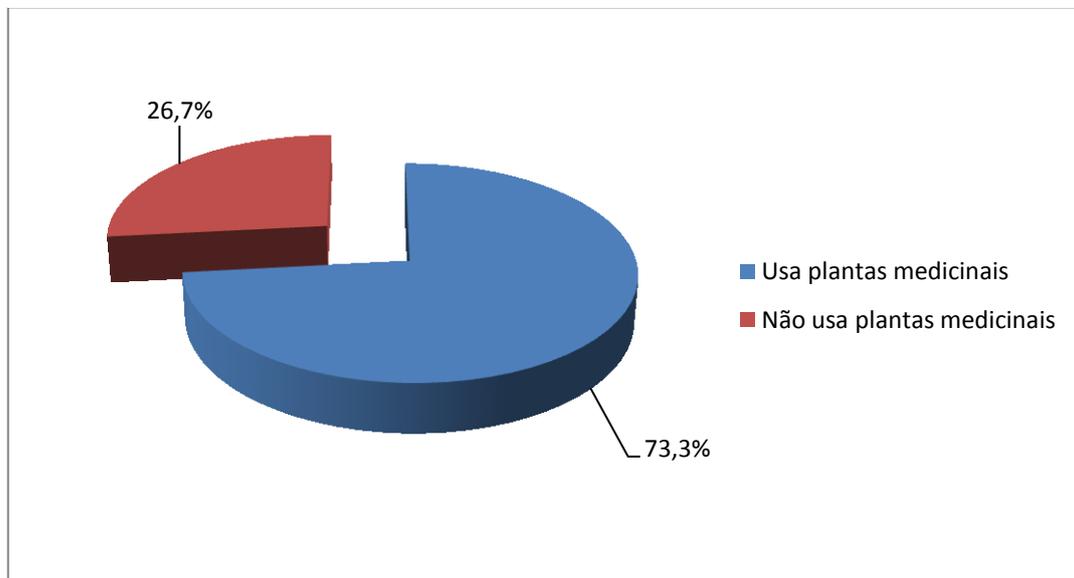
Gráfico 7 - Distribuição dos usuários quanto à renda familiar

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.8 UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS

No gráfico abaixo (**Gráfico 08**) observamos a questão sobre a utilização de plantas medicinais (PM) para o tratamento de doenças. Dos usuários que participaram da pesquisa, 55 (73,3%) dos participantes responderam ter o costume quanto à utilização de PM para tratar qualquer doença e 20 (26,7%) relataram não fazer uso.

Gráfico 8 - Distribuição dos usuários quanto ao uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças em geral



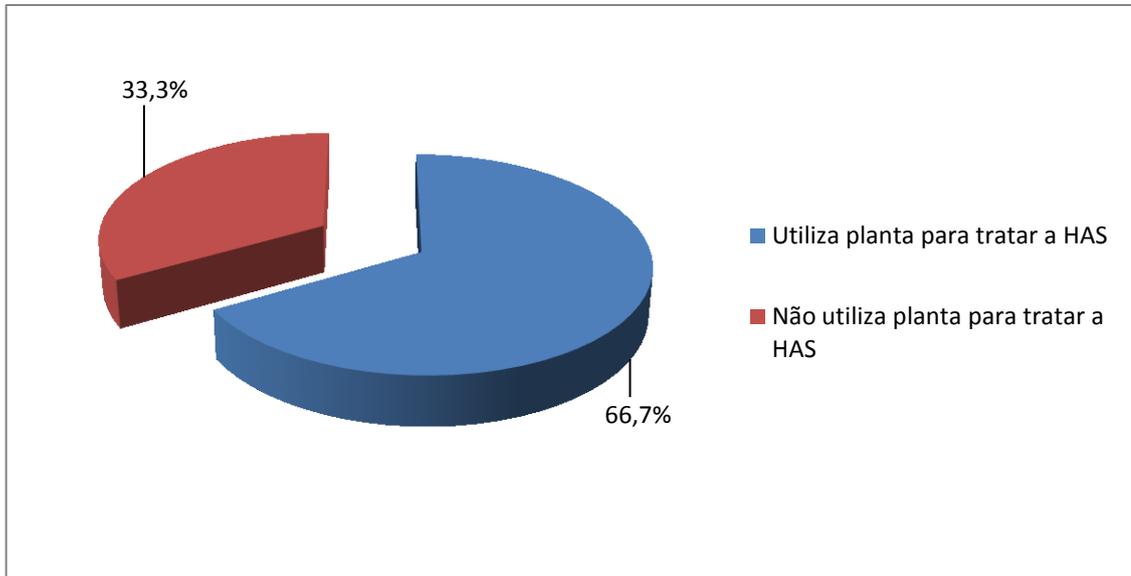
F
 fonte:
 MELO
 , P.D.
 2017.
 Dados
 obtido
 s na
 pesqui
 sa

7.8.1
 Utiliz

ação de plantas medicinais para tratar a Hipertensão arterial sistêmica

No gráfico abaixo (**Gráfico 09**) observamos que, dos entrevistados, 50 (66,7%) responderam fazer uso e 25 (33,3%) referiram não utilizar plantas medicinais quando sentem que a PA está alterada, preferindo, apenas, utilizar o medicamento prescrito pelo médico.

Gráfico 9 - Distribuição dos usuários quanto ao uso de plantas medicinais para o tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.



Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9 PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O CONHECIMENTO POPULAR

De acordo com o quadro abaixo (Quadro 01) observamos as principais PM referidas pelos usuários entrevistados para o tratamento da HAS. Segundo o ranking das principais plantas citadas, 16 (21,3%) referiram utilizar a Hortelã da folha miúda, 16 (21,3%) utilizam o Chuchu, 14 (18,7%) utilizam o Capim Santo e 10 (13,3%) utilizam o Pepino para o tratamento da HAS.

Quadro 1 - Lista das plantas medicinais utilizadas para o tratamento da HAS segundo o conhecimento popular⁸

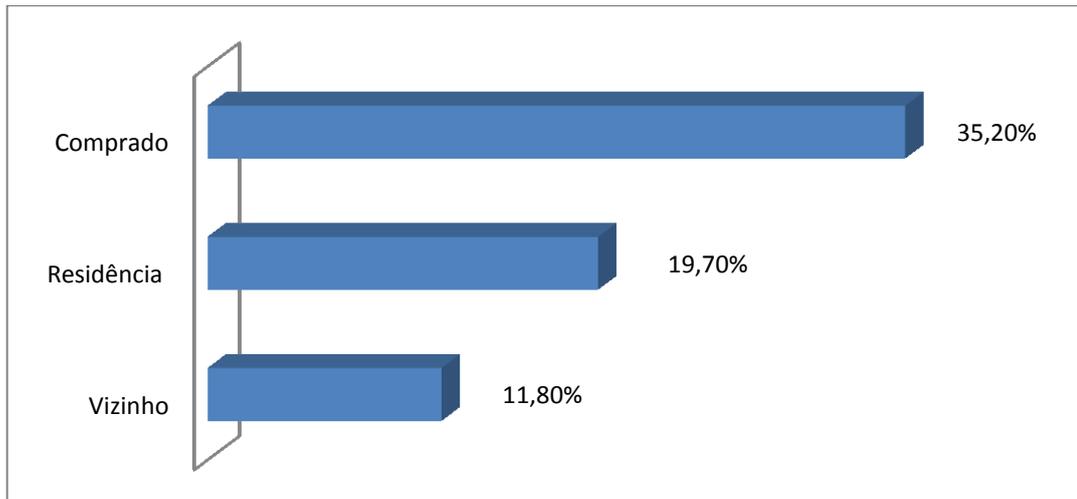
Nº	NOME POPULAR	TOTAL DE CITAÇÕES	%
01	Chuchu	16	21,3%
02	Hortelã da folha miúda	16	21,3%
03	Capim Santo	14	18,7%
04	Pepino	10	13,3%
05	Erva cidreira	07	12%
06	Camomila	04	5,5%
07	Graviola	01	1,3%
08	Berinjela	01	1,3%
09	Macassá	01	1,3%
10	Laranja da terra	01	1,3%
11	Mentruz	01	1,3%
12	Alcachofra	01	1,3%

017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.1 Quanto à forma de obtenção

Quanto à forma de obtenção (**Gráfico 10**), observamos que, das plantas medicinais utilizadas para o tratamento da HAS, 35,2% dos usuários referiram compra-las, 19,7% responderam ter o hábito de plantar na própria residência e 11,8% disseram coletar na própria comunidade ou obter com o vizinho.

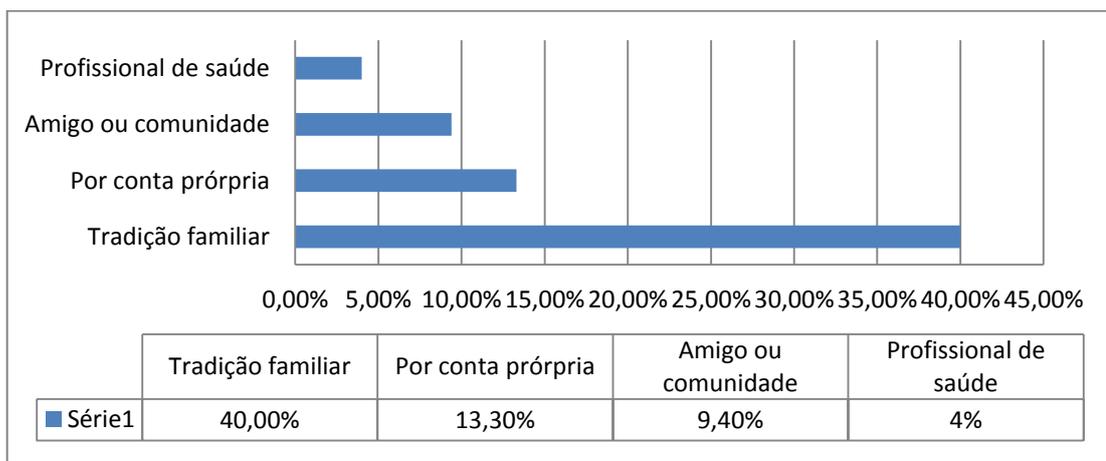
⁸ Cada usuário poderia citar mais de uma planta medicinal

Gráfico 10 - Forma de obtenção da planta pelos usuários da UBS - Lídia Queiroz.

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.2 Quanto à forma de aprendizado

No gráfico abaixo (**Gráfico 11**), de acordo com os dados colhidos, observamos que 40% dos usuários responderam ter aprendido através da tradição familiar (conhecimento herdado da mãe, avós, tias ou outro grau de parentesco), 13,3% aprenderam por conta própria, 9,4% através de amigos ou alguém da comunidade e apenas 4% referiram ter aprendido com algum profissional de saúde.

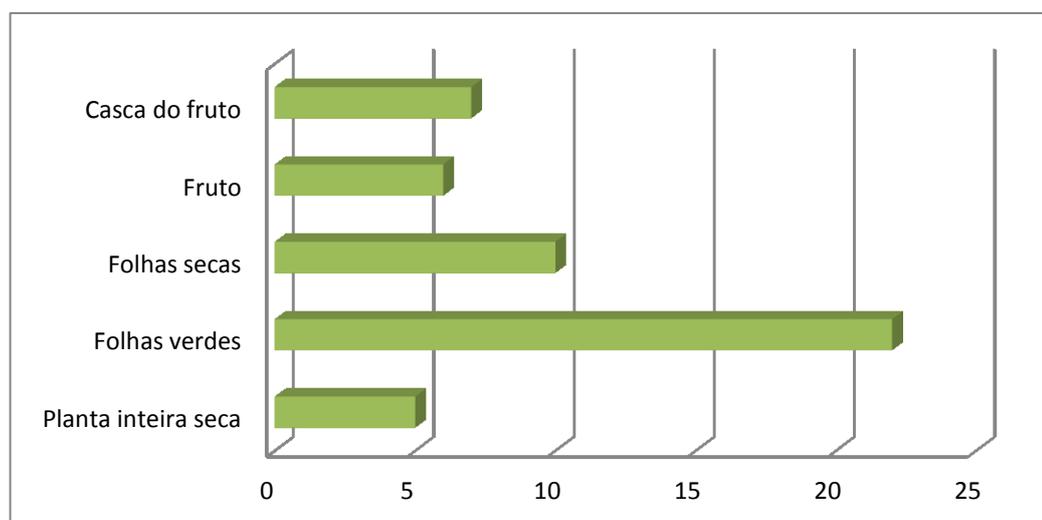
Gráfico 11 - Distribuição da forma de aprendiz de aprendizado sobre o uso de plantas medicinais segundo o conhecimento popular dos usuários atendidos na UBS – Lídia Queiroz.

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.3 Quanto à parte da planta utilizada

No gráfico abaixo (Gráfico 12), do total de entrevistados, 5 (6,7%) relataram usar a planta inteira seca, 26 (48,7%) utilizam apenas as folhas verdes, 10 (18,3%) utilizam as folhas secas, 6 (12,4%) utilizam os frutos e 7 (13,9%) utilizam a casca do fruto.

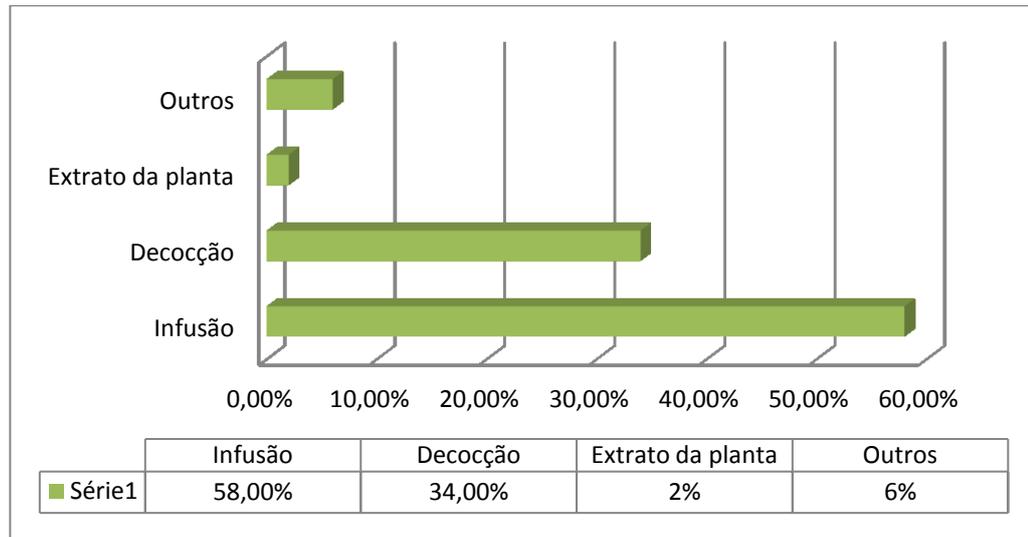
Gráfico 12 - Distribuição das principais partes das plantas medicinais utilizadas para a preparação do chá.



Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.4 Quanto à forma de utilização da planta

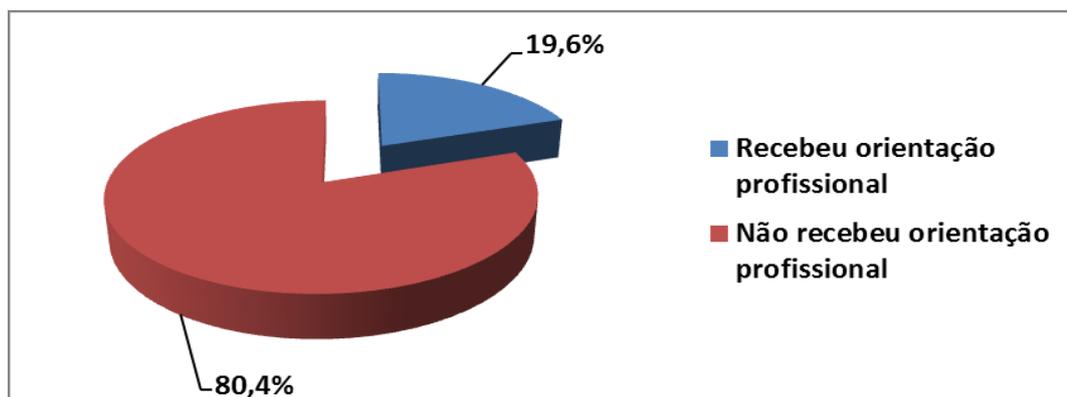
Quanto à forma de uso, observamos, segundo o gráfico abaixo (**Gráfico 13**) que 29 usuários (58,0%) referiram preparar o chá por infusão, 1 (2%) prepara através do extrato da planta, 17 (34,0%) relataram fazer decocção e 3 (6%) sob outra forma de uso.

Gráfico 13 - Distribuição segundo a forma de uso.

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.5 Quanto à orientação profissional

De acordo com os usuários entrevistados, quando perguntado se os mesmos receberam algum tipo de orientação (**Gráfico 14**), com qualquer profissional de saúde a respeito da utilização, dose e possível interação medicamentosa, 40 usuários (80,4%) responderam que não e apenas 10 (19,6%) disseram receber alguma orientação durante a consulta.

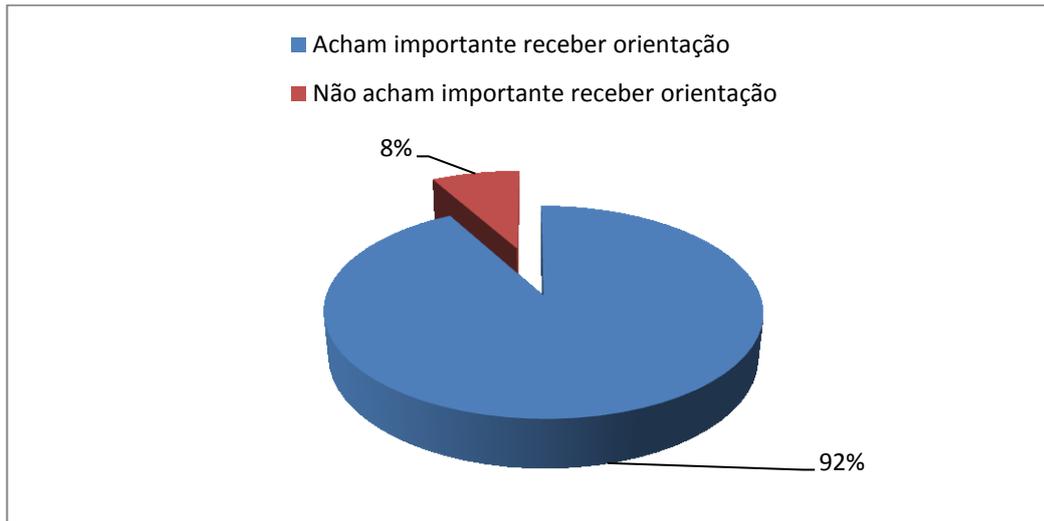
Gráfico 14 - Distribuição segundo orientação profissional quanto o uso de plantas medicinais.

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.6 Quanto à importância de receber algum tipo de orientação

De acordo com o gráfico abaixo (**Gráfico 15**), 69 (92,0%) acham importante receber orientação quanto a forma e o uso adequado e 6 (8,0%) relataram não achar importante receber este tipo de orientação.

Gráfico 15 - Distribuição quanto à importância de receber orientação do profissional de saúde quanto ao uso de plantas medicinais.



Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.7 Quanto à prescrição de medicamento a base de plantas medicinais

Dos usuários entrevistados, quando perguntado sobre a prescrição de medicamentos a base de plantas medicinais (**Gráfico 16**), 63 (84%) relataram que gostariam que o médico prescrevesse medicamentos a base de plantas medicinais durante as consultas e apenas 12 (16%) preferem utilizar o medicamento da farmácia.

Gráfico 16 - Distribuição quanto à prescrição de medicamentos a base de plantas medicinais

Fonte: MELO, P.D. 2017. Dados obtidos na pesquisa

7.9.8 Tratamento medicamento para Hipertensão arterial sistêmica

De acordo com a tabela abaixo (**Tabela 2**), observamos uma lista dos medicamentos utilizados pelos usuários para o tratamento da HAS.

Tabela 2 - Lista dos medicamentos utilizados pelos usuários para o tratamento da HAS.

MEDICAMENTO	CLASSE MEDICAMENTOSA	DOSAGEM	QNTD
Besilato de anlodipino	Bloqueadores dos canais de cálcio	5mg	1x/dia
Atenolol	Beta bloqueador	25mg	1x/dia
Captopril	Inibidores da Enzima Conversora Angiotensina (ECA)	25mg	2x/dia
Clortalidona	Diurético	25mg	1x/dia
Expironolactona	Diurético	25mg	2x/dia
Fedipina	Beta bloqueador	20mg	2x/dia
Furosemida	Diurético	40mg	1x/dia
Hidroclorotiazida	Diurético	25mg	1x/dia
Losartana	Antagonista dos receptores	50mg	2x/dia

	angiotensina		
Nifedipina	Bloqueadores dos canais de cálcio	20mg	1x/dia
Maleato de enalapril	Inibidores ECA	20mg	1x/dia
Propranolol	Bloqueador não seletivo beta-adrenérgico.	40mg	2x/dia

8 DISCUSSÃO

8.1 PERFIL DA AMOSTRA

A partir do levantamento realizado, foi possível traçar o perfil da amostra da população estudada e as quais atenderam aos critérios estabelecidos para aplicabilidade deste estudo. Neste cenário, encontramos, quanto a variável sexo, 67 (89,3%) mulheres e 08 (10,7%) homens, com a faixa etária entre 50 a 70 anos, que tinham o diagnóstico confirmado da HAS, estavam cadastrados no HIPERDIA e que eram atendidos pela UBS.

Estes achados corroboram com os resultados publicados em outros estudos, como o de Lobler e colaboradores (2014), que nos mostram que 67,4% da população do estudo também eram do sexo feminino, justificado, ainda segundo os autores, pela maior participação da mulher frente às questões saúde-doença e o seu autocuidado, ocasionando a procura maior pela assistência médica. Outra possível hipótese que possa justificar a maior participação das mulheres no estudo, tanto durante a realização da coleta na própria UBS quanto nas suas residências, seria pela questão do horário no qual os formulários foram aplicados coincidir com o horário em que os homens estavam em seus empregos, dificultando a presença destes para o atendimento e acompanhamento nas UBS's.

Segundo Martins e colaboradores (2007), outro fator relacionado à maior participação do gênero feminino estaria acoplado à proporção de mulheres serem maior que a de homens na composição da população mundial, além disso, levando em consideração o diagnóstico da HAS que, segundo dados do Vigitel (2005), a prevalência chega a atingir 27,3% no sexo feminino e, apenas, 22,0% no sexo masculino.

A maioria dos usuários entrevistados (73,3%) declarou utilizar plantas medicinais para o tratamento e prevenção de doenças e, deste total, 66,7% afirmaram utilizá-las especificamente para a HAS. Quando perguntado ao usuário (dos que responderam utilizar PM para o tratamento da HAS) se o mesmo percebia alguma melhora após o uso e/ou indicação de alguma planta medicinal, aproximadamente 61,3% referiram apresentar alguma melhora.

Segundo Badke et al., (2011), durante muito tempo, o uso de plantas medicinais foi o principal recurso terapêutico utilizado para o tratamento de doenças

e, mesmo com o incentivo da indústria farmacêutica, esta prática continua ainda bastante presente na população, sendo difundida, principalmente, por meio da tradição oral (TOMAZZONI, 2006) estando intrinsicamente relacionado com a questão cultural (AMOROZO, 2007). Isto pôde ser observado no presente estudo, no qual 40% dos que responderam utilizar plantas medicinais referiram ter aprendido através da referência familiar e, deste total, 28% a partir da figura materna, o que reforça, mais uma vez, o conhecimento difundido intergeracionalmente.

Quanto ao quesito grau de escolaridade, 50,7% dos usuários possuíam até o ensino fundamental incompleto, o qual podemos observar uma significativa associação entre o menor grau de escolaridade com o uso de plantas medicinais, onde, a partir destes parâmetros, verificamos a probabilidade de aproximadamente 87,5% de chances dos usuários com baixo grau de escolaridade utilizarem plantas medicinais com mais frequência, o que corrobora com os estudos de Carmo (2006) quando, em seus achados, 55% dos que possuíam baixo nível de escolaridade, também utilizavam plantas medicinais para a prevenção e tratamento de doenças.

Pilla et al. (2006) e Alves et al. (2007), em seus estudos, também verificaram que 66% e 30%, respectivamente, dos usuários, não chegaram a completar o ensino fundamental e esta variável, pode ser justificada, pela questão renda familiar, onde encontramos, neste estudo, constituída em sua maioria (81,3%), por usuários de baixa renda e com a média de até 1 salário mínimo, o que, conseqüentemente, pode vir a reforçar a maior procura pela utilização das plantas medicinais para o tratamento e/ou prevenção de doenças, tendo em vista fatores como o fácil acesso e, novamente, a referência cultural fortemente presente nesta relação.

Segundo Klein e colaboradores (1985), existem ainda uma tendência na diminuição da pressão arterial sistólica (PAS) conforme o grau de escolaridade aumenta, pois facilita a compreensão quanto à doença e as orientações adequadas para o tratamento, além de poder contribuir com a redução da prática da automedicação e ao seu uso exacerbado e irracional de medicamentos, sendo bastante corriqueiro, principalmente, nos países em desenvolvimento.

No que se refere à etnia, nossos achados nos mostram que 37,3% declararam ser pardos, seguido por 30,7% negros e 26,7% brancos. Sabe-se que um dos fatores predisponentes que influencia na gênese da HAS é a questão cor/raça.

Alguns estudos tem demonstrado diferenças entre a raça branca e negra em determinadas respostas fisiológicas que predispõe o surgimento da HAS (LOPES, 1996). Outro estudo de Anderson (1999) justifica essas alterações fisiológicas, pelo fato, por exemplo, que a raça negra tem uma menor resposta vasodilatadora quando expostos a algum tipo de estresse e/ou sobrecarga emocional, o que faz, conseqüentemente, elevar os níveis pressóricos. Quando se refere à relação do uso de plantas medicinais e a variável raça/cor, não se pode mensurar, ao certo, esta associação, pelo fato de termos uma grande miscigenação no Brasil, além de envolver questões referentes à crença, valores e cultura (SALAMONI, 1995).

Quanto à atividade exercida, houve a predominância de 61,3% dos usuários responderem trabalhar no lar, seguido de 24,0% declararem serem agricultores. Segundo estudos de Ming (2006), este fato de a figura feminina ser, em sua maioria, a grande participação na composição da amostra e, conseqüentemente, utilizar das plantas medicinais como recurso terapêutico e exercerem, em boa parte, a atividade do lar, justificaria o maior conhecimento destas quanto à atividade medicinal das plantas e seu uso para o tratamento de doenças.

A procedência da obtenção das plantas medicinais, neste estudo, correspondeu a 35,2% dos usuários entrevistados referirem comprar em feiras livres, 19,7% ainda tem o hábito em cultivar nos próprios quintais e 11,8% coletam na natureza ou na casa do vizinho, o que, segundo Hoeffel e colaboradores (2010), pode ser justificado pelo deslocamento das pessoas de seus ambientes naturais para regiões urbanas, diminuindo o protagonismo de ter presente em casa um espaço propício ao cultivo.

Apesar da redução deste hábito, como mostra nos estudos de Miranda e colaboradores (2011), a população nesta faixa etária, tem a tendência de possuir o maior conhecimento a respeito do uso e indicação de plantas medicinais que poderia ser explicado por alguns fatores, como a maior oportunidade de aprendizagem e tempo de relação e experimentação dos usos das plantas, em virtude a experiência de vida acumulada.

Em relação à parte da planta mais utilizada, 48,7% afirmaram utilizar apenas as folhas verdes, corroborando com os achados de Lobler (2014), onde 76,2% da população entrevistada, também responderam utilizar as folhas na preparação de chás e de remédios caseiros. Outros estudos como o de Freitas et al. (2012), justificam estes achados pelo fato serem mais disponíveis e fáceis para a coleta, ou,

dependendo da espécie da planta, a localização dos metabólitos secundários estarem mais presentes nas folhas.

A maioria dos usuários (58%) declarou que a forma de preparo é por meio de infusão. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Lobler (2014), quando, dos entrevistados, 71% responderam, também, utilizar a infusão como meio de preparação dos chás. Segundo Castellani (1999), a infusão é utilizada em todas as partes de plantas tenras, ou seja, parte da planta que pode ser partida facilmente, pois são ricas em substâncias voláteis e possuem maior concentração dos princípios ativos presentes nas plantas.

Quando perguntado ao usuário (para aqueles que referiram fazer uso) o motivo pelos quais eles utilizavam algum tipo de planta medicinal para o controle da pressão arterial, mesmo tendo acesso ao medicamento que é disponibilizado nas UBS's, os mesmos responderam a partir das seguintes citações:

[...] “Porque falaram que controla a pressão” [E3]; “Porque minha mãe me ensinou” [E6]; “Porque foi um conhecimento de família” [E10]; “Porque dizem que é bom e é fácil de comprar” [E65]; “Porque, quando faço uso, sinto que minha pressão normaliza” [E51]; “Porque evita o AVC” [E55].

Visivelmente, através dos relatos dos usuários, podemos reforçar, mais uma vez, a importância da transmissão oral do conhecimento popular difundido intergeracionalmente, além do fator cultural ser, imprescindivelmente, uma das características marcantes deste processo e que contemplam, holisticamente, o conceito que temos sobre saúde, abrangendo todos os seus aspectos biopsicossociocultural.

Apesar de nenhuma indicação e orientação profissional, algumas plantas citadas pelos usuários tiveram efeito positivo no tratamento da HAS (segundo os próprios relatos dos entrevistados) quando, dos 50 usuários que afirmaram utilizar plantas medicinais para o tratamento da HAS, aproximadamente 61,3% referiam sentir-se melhor após o uso de algum chá, confirmando, mais uma vez, a importância do conhecimento popular como subsídios para estudos científicos.

Em relação aos resultados sob a importância de receber orientação dos profissionais de saúde quanto à utilização de plantas medicinais para o tratamento

e/ou prevenção de doenças, 92% dos usuários que afirmaram achar importante obter estas informações durante a consulta, se expressaram da seguinte maneira:

[...] “Às vezes tem remédio caseiro superior aos de farmácia” [E1]; “Porque o médico entende e deve saber” [E4]; “Porque o médico sabe de tudo” [E5]; “Porque chá nenhum faz mal” [E6]; “Porque é importante para não ofender” [E9] “Porque as plantas também curam” [E24]; “Porque chá do mato é melhor que muitos comprimidos” [E49]; “Porque eles sabem mais do que a gente” [E36].

Ao observarmos os relatos citados pelos usuários, apesar da importância do uso de plantas para o tratamento de doenças, representada culturalmente por eles, ainda assim, percebemos a valorização do saber médico quando eles trazem no discurso a percepção de que *“seria bom, pois o médico sabe de tudo”*, o que, muitas vezes, este aspecto pode justificar o receio e o impasse dos próprios usuários não relatar, durante a consulta, a utilização de chás concomitante a terapia farmacológica.

Atrelado a esta questão, foi perguntado ao usuário, sua expectativa quanto à prescrição médica de medicamentos à base de plantas medicinais e, destes resultados, 84% relataram preferir utilizar plantas medicinais para o tratamento de doenças, corroborando com a literatura, quando nos traz características dos aspectos culturais e o conhecimento popular sobre a eficácia do tratamento de doenças através do uso de terapias naturais. Estes achados reforçam, mais uma vez, a necessidade de orientar a população quanto ao uso das PM para o tratamento de doenças e, principalmente, para o controle da PA, pois, muitas vezes, o chá associado ao medicamento, pode exacerbar ou reduzir o efeito da droga, dificultando, assim, o controle dos níveis pressóricos.

9 CONCLUSÃO

Nota-se que muito dos resultados encontrados fortalecem ainda mais a importância do aspecto sociocultural e do conhecimento popular perpassado de geração a geração quanto à utilização de plantas medicinais para o tratamento, reabilitação e/ou cura de doenças, principalmente para o tratamento da HAS, o que comprova nossa hipótese inicial quando afirmamos que, mesmo aqueles usuários que tem acesso ao medicamento e que frequentam a Unidade de Saúde, ainda assim, utilizam plantas medicinais como alternativa secundária que auxiliam no controle dos níveis pressóricos.

Sendo assim, observa-se a importância do fortalecimento e valorização da cultura local, para que, estas práticas, sejam inseridas como alternativas para o tratamento e/ou prevenção de doenças, e que as mesmas possam contribuir com proposta de orientação de uso dentro do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, R. G. L., JOAQUIM, R. H. V. T., SAMPAIO, S. F. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. **Rev. APS**. Juiz de Fora-MG, v. 18, n. 4, p. 470-482, 2015

ALONSO, R.J. **Tratado de fitomedicina-bases clínicas e farmacológicas**. 1.ed. Buenos Aires: Isis, 1998.

_____. **Tratado de fitofármacos y nutraceuticos**. Buenos Aires: Corpus, 2004. p. 1360.

AGRA M. F.; FRANÇA P. F.; BARBOSA-FILHO, J. M. Synopsis of the plants known as medicinal and poisonous in Northeast of Brazil. **Rev Bras Farmacogn**. João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 114-140, Mar. 2007.

ALEXANDRE, R. F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C. M. O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. **Rev Bras Farmacogn**. João Pessoa, v. 18, 117-126, 2008.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli et al . O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 316-323, Jun 2006.

AMOROZO, M.C; GELY, A.L., Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo Amazonas, Barbacena. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, série botânica**, PA, Brasil, v.4, n1, p.47-131,1988.

_____. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antônio de Leverger. **Acta Botânica Brasilica**, MT, v. 16, n. 2, p.189-203, 2002.

ANDERSON NB. Racial differences in stress-induced cardiovascular reactivity and hypertension: current status and substantive issues. **Psychological bulletin**, v. 105, n. 1, p. 89, 1989.

ANDRADE, J. P. et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, Salvador, v. 79, n. 4, p. 375-9, 2002.

ANDRADE, M. T. D. **Técnica da pesquisa bibliográfica**. 3. ed. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1999.

ANSARI Z, LADITKA JN, LADITKA SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**, Austrália, v. 63, n. 6, p. 719-741, 2006.

ARAÚJO, E.C. et al. Use of medicinal plants by patients with cancer of public hospitals in João Pessoa (PB). **Revista Espaço para a Saúde**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 44-52, 2007.

BADKE, Marcio Rossato et al . **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 132-139, Mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

_____. **Organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: : Ministério da Saúde, 2006e.

_____. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Manual de Operação. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Caderno de Atenção Básica).

_____. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 204, p.55, Out, 2011.

_____. OMS. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 64, 2004.

BRANDAO, M. G. L.; FREIRE, N.; VIANNA-SOARES, C.D.. Vigilância de fitoterápicos em Minas Gerais. Verificação da qualidade de diferentes amostras comerciais de camomila. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 613-616, Julho, 1998.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE (CNES). **Serviços Especializados**. Disponível em: <
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=26&VMun=261640&VComp=00&VTerc=00&VServico=134> Acesso em: 28 ago. 2016.

CAMINAL J, et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 259-269, dez. 1991.

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

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, Abr. 2010.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC 2006. p. 13-57.

CORDEIRO, GAUSS M.; LIMA NETO, E. A. **Modelos Paramétricos**. Recife: Associação Brasileira de Estatística. 2004.

CHRISTIANSEN, T. B.; LAURITSEN, J. M. (Ed.) **EpiData - Comprehensive Data Management and Basic Statistical Analysis System**. Odense (Dk): EpiData Association, 2010 . Disponível em < [Http://www.epidata.dk](http://www.epidata.dk).>

DOBSON, A.J. **An Introduction to Generalized Linear Models**. London: Chapman & Hall. 1990.

FREITAS, A. V. L., et al. Plantas medicinais: um estudo etnobotânico nos quintais do Sítio Cruz. **Revista Brasileira de biociências**. Rio Grande do Norte, v. 10, n. 1, p. 48-59. 2012.

GOMES, T.J.O, et al. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertdia em um Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Maceió, v.17, n. 3, p.132-139, ago. 2010.

HIGASHI, Y; YOSHISUME, M. Exercise and endothelial function: Role of endothelium-derived nitric oxide and oxidative stress in healthy subjects and hypertensive patients. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 102, p.87-96, 2004.

HOEFFEL, J. L. M.; SEIXAS, S. R. C.; GONÇALVES, N. M. Identidade, urbanização e saber popular - um estudo sobre plantas medicinais nas apa's Cantareira - SP e Fernão Dias – MG. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade**. São Paulo, v. 1, p. 4-25, 2010.

KLEIN, C. H., ARAUJO, J. W. G. de. Fumo, bebida alcóolica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, p. 160-76, 1985.

LANDSBERG, L., *et al.* Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment: a position paper of the obesity society and the american society of hypertension. **J Clin Hypertens. Greenwich**, vol.15, p.14-33, 2013.

LAPLANTINE F. Antropologia da doença. **Martins Fontes**. São Paulo, 1991.

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

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. **Saúde em debate**. São Paulo: Hucitec, 1998.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, Dez, 2004.

LIMA E COSTA, Maria Fernanda F. et al . Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 43-50, mar, 2000.

LIMA, L. Fitoterápicos e usos de plantas medicinais. **Jornal da Unesp**, a. 16, n. 166, 2006. Disponível em: <http://www.unesp.br/aci/jornal/166/farmacologia.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hipertdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v.2, n. 1, p.9-17, 2012.

LIM, S.S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet diabetes & endocrinology**. London, v. 380, p. 3-37, 2013.

LÖBLER, L et al. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no bairro Três de Outubro da cidade de São Gabriel, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 81-89, abr./jun. 2014.

LOPES, A. Raça e Hipertensão Arterial. **Hiperativo**. [s.l.], v. 3, p. 153-62, 1996.

MAIA, L.F. et al. Plantas medicinais e hipertensão. **Pharm Rev**. 2011. Disponível em: http://www.ufop.br/downloads/farmacia_revista24_artigo_tecnico.Pdf.

MALTA, D. C, JR SILVA, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv Saúde Pública**, Brasília, v. 22, p. 151-164, Mar, 2013.

MARTINS, E. R. et al. **Plantas Mediciniais**. Viçosa: Editora da Universidade Federal de Viçosa, 2000.

MARTINS JJ, et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis v.16, n. 2, p.254-62, Jun, 2007.

MATOS, Francisco José de Abreu. **Plantas da medicina popular do Nordeste: propriedades atribuídas e confirmadas**. Fortaleza: EDUFCE, 1999.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MEDEIROS, L. C. M.; CABRAL, I. E. **As plantas medicinais e a Enfermagem – a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes**. Rio de Janeiro: EDUFPI, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Ago, 2010.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.

MENDIS S, PUSKA, P.; NORRVING, B. **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Geneva: Health World Organization, 2011.

MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Rev Bras Farmacogn**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 21-35, 2001.

MING, L. C. **Plantas medicinais na reserva extrativista Chico Mendes (Acre): uma visão etnobotânica**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, Dec. 1988.

MOURA, I. H. et al. Prevalence of arterial hypertension and risk factors in adolescents. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 28, p.81-6, 2015.

NEVES, M. F., GISMONDI, RAOC., OIGMAN W. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Rev.Bras Med**. Rio de Janeiro, p.41-50, 2009.

OGAVA, S. E. N. Implantação do programa de fitoterapia “Verde-viva” na Secretaria de Saúde de Maringá. **Rev Bras Farmacognosia**. Curitiba, v. 13, p. 58-62, 2003.

OLIVEIRA, G. L.; OLIVEIRA, A. F. M.; ANDRADE L. H. C. Plantas medicinais utilizadas na comunidade urbana de Muribeca, Nordeste do Brasil. **Acta Bot Bras**. São Paulo, v. 24, n. 2, p.571-7, 2010.

OLIVEIRA, C.J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [s.l.]. v. 9, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>> . Acesso em: 19 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados de Saúde Alma-Alta, URSS**, 6-12 de Setembro de 1978. Brasil, 1979. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> . Acesso em: 19 jul. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata**. Brasília, Ministério da Saúde, p. 64, 1978.

OMS. **WHO guidelines for assessing quality of herbal medicines with reference to contaminants and residues**. [Genebra]: OMS, 2007

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1999.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999,

PAULA, GILBERTO A. **“Modelos de Regressão com apoio computacional”**. São Paulo: USP, 2004.

GLOBAL BIODIVERSITY INFORMATION FACILITY. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria. Disponível em: <<http://www.gbif.org/resource/81287>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

RAMOS, A. S. et al. Conhecimento e uso de plantas medicinais no tratamento de doenças pelos moradores atendidos na unidade básica de saúde da ilha de Santana/AP. **Revista Madre Ciência Saúde**, Cidade de Santana/AP, v. 1, n. 1, 2016.

RAPSOMANIKI E, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 125 million people. **Lancet**, London, p. 1899-911, May, 2014.

REZENDE, H.A.; COCCO, M.I.M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n.3, p.282-8, 2002.

RIERA, A.R.P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROCHA, A. **A Importância do Hiperdia na Redução dos Agravos em Pacientes Cadastrados no PSF IV, do Município de Barreiras-BA, e a significância do Profissional de Enfermagem neste Programa**. Centro de Ciência e Saúde.

Departamento de Fisiologia e patologia. PROBEX. 2010. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles>> Acesso em: 23 ago. 2016.

SALLES S. Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações. **Hucitec/Fapesp**. São Paulo, 2008.

SALAMONI G.; ACEVEDO HSLC.; ESTRELA LC. Valores culturais da família de origem pomerana no Rio Grande do Sul. Pelotas: **Ed. UFPel**; 1995.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, online, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. 2. ed. São Paulo: Manole, p. 780-5, 2015.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Vitória de Santo Antão, 2013.

SILVA, T.R. et., al. Controle de diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica e Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde de Sociedade**, São Paulo, v.15, n.3, p.180-189, Mar, 2006.

SIMÕES, C. M. O, et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1998.

SHIMBO, D et al. Endothelial dysfunction and the risk of hypertension. The multi-ethnic study of atherosclerosis. **Hypertension**. Dallas, v. 55, n. 5, p. 1210-16, 2010.

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

TAIZ, L.; ZEIGER, E. **Plant physiology**. 4. ed. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates Inc., 2006.

TOMAZZONI, M.I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Vol. 15, p. 115-21, 2006.

TRESVENZOL, L. M et al. Estudo sobre o comércio informal de plantas medicinais em Goiânia e cidades vizinhas. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Goiânia, v. 3, n. 1, p. 23-28, 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.1-68, 2010.

VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, Supl. 3, Setembro 2016.

VEIGA, E. V. et al. Avaliação de técnicas da medida de pressão arterial pelos profissionais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 80, p. 83-91, 2003.

VEIGA JUNIOR, PINTO, A. C., MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura? **Quim. Nova**, v. 28, n.. 3, 519-528, 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. A. Metodologias Qualitativa e Quantitativa. In: ____ **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma Introdução ao Tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial. Cap 3, p. 33-44, 2000.

VOURI H. Health for all, primary health care and general practitioners. **J R Coll Gen Pract**. London, v. 36, p. 398-402, 1986.

WERMANN, A. M. et al. **Horto medicinal relógio do corpo humano: qualificação da experiência de sistematização de Putinga**. Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regulatory situation of herbal medicines. A worldwide review**, Genebra, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems**. Geneva: **World Health Organization**; 2014.

YUNG, L. M. et al. Exercise, vascular wall and cardiovascular diseases. **Sports Medicine**, v.39, n.1, p.45-63, 2009.

GLOSSÁRIO

Atenção básica à saúde: Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Conhecimento popular: É o conhecimento que se desenvolve por meio da vida cotidiana ao acaso, baseado apenas na experiência vivida ou transmitida por alguém.

Doenças crônicas não transmissíveis: São doenças multifatoriais, de longa duração, sendo consideradas como um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de óbitos do mundo.

Fitoterápico: Produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa.

Hipertensão arterial sistêmica: É uma condição clínica causada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial, sendo, conseqüentemente, um dos maiores fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Medicina Tradicional: A Medicina Tradicional (MT) é um termo amplo usado para se referir a vários sistemas como a MT chinesa, e às diversas formas de medicina indígena.

Metabólitos secundários: Substâncias químicas produzidas em pequenas quantidades nas plantas, com a função de proteger o vegetal quanto à ação de patógenos e de influências externas (altas temperaturas, umidade) que possa vir a prejudicar o seu desenvolvimento.

Planta medicinal: Espécie vegetal cultivada, utilizada com propósitos terapêuticos.

Política Nacional de Plantas medicinais e Fitoterápicos: Criada através do Decreto da Presidência da República nº. 5.813, de 22 de junho de 2006, com o intuito de garantir a incorporação de mais uma terapêutica ao arsenal de possibilidades de tratamento à disposição dos profissionais de saúde, o resgate de uma prática milenar, onde se imbricam o conhecimento científico e o conhecimento popular e seus diferentes entendimentos sobre o adoecimento e as formas de tratá-lo.

Sistema Único de Saúde (SUS): O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8080/90).

APÊNDICE A – LISTA DE PLANTAS MEDICINAIS CITADAS

Nº	NOME POPULAR
01	Alcachofra
02	Berinjela
03	Camomila
04	Capim Santo
05	Chuchu
06	Erva cidreira
07	Graviola
08	Hortelã da folha miúda
09	Macassá
10	Laranja da terra
11	Mentruz
12	Pepino

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Alice Valença Araújo a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado como “Estudo sobre o uso de plantas medicinais para hipertensão arterial sistêmica por usuários de uma unidade de saúde de Vitória de Santo Antão – PE”, que também conta com a participação da estudante Palloma Emanuelle Dornelas de Melo e do Prof. Carlos Renato dos Santos. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA também utilizam plantas medicinais para o tratamento da HAS e levantar quais as plantas mais utilizadas, o que servirá de subsídio para a construção do seu trabalho de conclusão do curso de Bacharelado em Saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Vitória de Santo Antão, 24 de março de 2017

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

APÊNDICE C – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

Número: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Estudo sobre o uso de plantas medicinais para Hipertensão Arterial Sistêmica por usuários de uma Unidade de Saúde de Vitória de Santo Antão – PE”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Alice Valença Araújo, no endereço Alto do Reservatório, s/n, Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, CEP 55608-680, telefone: 98524-8338, e-mail alice.araujo@ufpe.br. Também participam desta pesquisa a estudante Palloma Emanuelle Dornelas de Melo que está sob minha orientação e o Prof. Carlos Renato dos Santos.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ✓ O objetivo desta pesquisa é avaliar se os usuários cadastrados no HIPERDIA também utilizam plantas medicinais para o tratamento da HAS e levantar quais as plantas mais utilizadas para, posteriormente, os dados coletados servirem para a construção do trabalho de conclusão de curso da estudante referida.
- ✓ Os dados serão coletados através do preenchimento de um formulário.
- ✓ A pesquisa poderá apresentar risco (mínimo) aos participantes no que diz respeito ao constrangimento pela participação, mas este se enquadra dentro de Riscos Psicológicos de magnitude baixa e duração transitória, podendo ser considerado ainda como Risco Leve. Para minimizar este risco o participante não será pressionado a participar da pesquisa, será de forma individual, reservadamente e terá o direito assegurado de desistir da participação na pesquisa e retirar o TCLE a qualquer momento.
- ✓ Os benefícios desta pesquisa relacionam-se ao fato de que os dados obtidos neste projeto serão compartilhados com a equipe de saúde da Unidade, o que poderá estimular a busca por mais informações também por parte dos profissionais de saúde acerca do uso racional das plantas medicinais. Isto poderá ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, possibilitando o acesso seguro para o uso racional das plantas medicinais, exaltando a segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Além disso, este projeto poderá servir para fortalecer o conhecimento popular e a cultura da comunidade.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (as gravações das entrevistas e os

formulários) ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador Alice Valença Araújo, no endereço acima citado, pelo período de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1o Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepces@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Estudo sobre o uso de plantas medicinais para Hipertensão Arterial Sistêmica por usuários de uma Unidade de Saúde de Vitória de Santo Antão – PE”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Testemunha 1

Nome:

CPF:

Testemunha 2

Nome:

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

Título do projeto: Estudo sobre o uso de plantas medicinais para hipertensão arterial sistêmica por usuários de uma unidade de saúde de Vitória de Santo Antão – PE

Pesquisador responsável: Alice Valença Araújo

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória, Departamento de Saúde Coletiva.

Telefone para contato: (81) 98524-8338

E-mail: alice.araujo@ufpe.br

O(s) pesquisador (es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados obtidos por meio de questionários serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O(s) pesquisador (es) declara(m) que os dados coletados nesta pesquisa sob a forma de formulários, ficarão armazenados em pastas no seu formato original e em pastas digitalizadas, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Alto do Reservatório, s/n, Bela Vista, Vitória de Santo Antão-PE, CEP 55608-680.

O(s) Pesquisador(es) declara(m), ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, de de 20.....

Assinatura do responsável



APÊNDICE E - FORMULÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**“ESTUDO SOBRE O USO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE”**

Número do formulário: _____

Data: _____

Microárea: _____

Q1. DATA DE NASCIMENTO: _____

Q2. SEXO:

0.MASCULINO 1.FEMININO

Q3. ETNIA:

1.BRANCO 2. PARDO 3. NEGRO 4. MESTIÇO

Q4. ESTADO CIVIL:

0.SOLTEIRO 1.CASADO 2.DIVORCIADO 3.VIÚVO 4.OUTRO

QUAL? _____

Q5. ESCOLARIDADE:

- 0.NÃO ALFABETIZADO
- 1.FUNDAMENTAL INCOMPLETO
- 2.FUNDAMENTAL COMPLETO
- 3.MÉDIO INCOMPLETO
- 4. MÉDIO COMPLETO
- 5. SUPERIOR INCOMPLETO
- 6. SUPERIOR COMPLETO
- 7.PÓS-GRADUAÇÃO

Q6. PROFISSÃO:

- 0.DO LAR
- 1.AGRICULTOR
- 2.AUTÔNOMO
- 3.FUNC. PÚBLICO
- 4.FUNC. EMPRESA PRIVADA
- 5.DESEMPREGADO
- 6. APOSENTADO
- 7. OUTRO

QUAL? _____

Q7. RENDA (SALÁRIOS MÍNIMOS):

- 0. ATÉ 1
- 1. DE 1 A 2
- 2. DE 3 A 4
- 3. MAIS DE 5

Q8. Você usa plantas medicinais para tratar alguma doença?

- 0.NÃO
- 1. SIM

Q9. Você usa plantas medicinais para tratar a HAS?

- 0.NÃO
- 1. SIM

Por quê? _____

Q10. Qual planta você utiliza? _____

Q11. Como você obtém o seu medicamento à base de planta?

- 0. Remédio caseiro
- 1. Fitoterápico Qual? _____

Q12. Com quem você aprendeu a utilizar essa planta?

0. Família Quem? _____ 1. Comunidade Quem?
_____ 2. Por conta própria 3. Algum profissional de saúde?

Q13. Há quanto tempo? _____

Q14. Você notou alguma melhora com o uso dessa planta?

- 0.NÃO 1. SIM 2. Qual? _____

Q15. Você notou algum efeito colateral?

- 0.NÃO 1. SIM 2. Qual? _____

Q16. Qual parte da planta foi utilizada?

- 0. Planta inteira fresca
- 1. Planta inteira seca
- 2. Folhas verdes
- 3. Folhas secas
- 4. Frutos
- 5. Flores
- 6. Raízes
- 7. Galho
- 8. Semente
- 9. Outros _____

Q17. Qual forma de utilização desta planta?

- 10. Infusão, abafado ou chá
- 11. Xarope
- 12. Tintura
- 13. Extrato
- 14. Decocção ou cozimento
- 15. Maceração
- 16. Alimentação
- 17. Remédio manipulado

18. Fitoterápico
19. Inalação
20. Outros _____

Q18. Qual a forma de preparo?

Q19. Você recebeu alguma orientação profissional para a utilização desta planta?

0. NÃO 1. SIM

Q20. Você acha importante receber orientação dos profissionais de saúde a respeito do uso de plantas?

0. NÃO 1. SIM

Por quê? _____

Q21. Você gostaria que seu médico lhe prescrevesse algum medicamento a base de plantas medicinais?

0. NÃO 1. SIM

Por quê? _____

Q22. Você faz algum tratamento medicamentoso para a HAS?

0. NÃO 1. SIM

Se sim, informar quais usam, dose e quantidade

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA

ANEXO 2 – TERMO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ANEXO 3 – DECRETO N. 5.813, DE 22 DE JUNHO 2006.**DECRETO Nº 5.813, DE 22 DE JUNHO DE 2006.**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o inciso VI, alínea “a”, do art. 84 da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, na forma do Anexo a este Decreto.

Art. 2º Fica instituído Grupo de Trabalho para elaborar, no prazo de cento e vinte dias, o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Art. 3º O Grupo de Trabalho será constituído por três servidores do Ministério da Saúde, um dos quais será designado seu coordenador, e por um representante de cada órgão e entidade a seguir identificados:

I - Casa Civil da Presidência da República;

II - Ministério da Integração Nacional;

III - Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;

IV - Ministério do Desenvolvimento Agrário;

V - Ministério da Ciência e Tecnologia;

VI - Ministério do Meio Ambiente;

VII - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

VIII - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

IX - Ministério da Cultura;

X - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e

XI - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Art. 4º O coordenador, os membros do Grupo de Trabalho e seus respectivos suplentes serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde, mediante indicação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades nele representados.

Art. 5º O Grupo de Trabalho poderá:

- I - constituir comissões e subgrupos de trabalho sobre temas específicos;
- II - convidar profissionais liberais de notório saber na matéria ou especialistas de outros órgãos ou entidades e da sociedade civil para prestar assessoria às suas atividades.

Art. 6º Caberá ao Ministério da Saúde prover o apoio administrativo e os meios necessários à execução das atividades do Grupo de Trabalho.

Art. 7º A participação no Grupo de Trabalho, considerada prestação de serviço público relevante, não será remunerada.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
Brasília, 22 de junho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Roberto Rodrigues

José Agenor Álvares da Silva

Luiz Fernando Furlan

Patrus Anania

Sergio Machado Rezende

Marina Silva

Pedro Brito do Nascimento

Guilherme Cassel

Dilma Rousseff

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.6.2006.

Íntegra da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

1 – OBJETIVOS

Objetivo Geral

Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

Objetivos Específicos

Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.

Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países.

Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.

Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e

fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo.

Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

3 – DIRETRIZES

1. Regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização.
2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.
3. Incentivar a formação e a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos.
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos.
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população.
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não-governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos.
7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos.
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos.
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica.
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético.
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial.
15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado.

17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

4 - DESENVOLVIMENTO DAS DIRETRIZES

1. Regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização:

1.1. criar legislação específica para regulamentação do manejo sustentável e produção/cultivo de plantas medicinais que incentive o fomento a organizações e ao associativismo e à difusão da agricultura familiar e das agroindústrias de plantas medicinais;

1.2. criar e implementar regulamento de insumos de origem vegetal, considerando suas especificidades;

1.3. criar e implementar legislação que contemple Boas Práticas de Manipulação de Fitoterápicos, considerando as suas especificidades quanto à prescrição, à garantia e ao controle de qualidade;

1.4. criar e implementar legislação que contemple Boas Práticas de Fabricação de Fitoterápicos, considerando as suas especificidades quanto à produção, à garantia e ao controle de qualidade.

2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos:

2.1. fortalecer e integrar as redes de assistência técnica e de capacitação administrativa de apoio à cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2.2. promover a integração com o sistema de ensino técnico, pós-médio, na área de plantas medicinais e fitoterápicos, articulação com o Sistema S, com universidades e incubadoras de empresas, fortalecimento da ATER - Assistência Técnica e Extensão Rural por meio de ações do governo e da iniciativa privada;

2.3. elaborar programa de formação técnica e científica para o cultivo e o manejo sustentável de plantas medicinais e a produção de fitoterápicos.

3. Incentivar a formação e a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos:

3.1. criar e apoiar centros de pesquisas especializados em plantas medicinais e fitoterápicos;

3.2. criar e apoiar centros de pesquisas especializados em toxicologia de plantas medicinais e fitoterápicos;

3.3. promover a formação de grupos de pesquisa com atuação voltada ao enfrentamento das principais necessidades epidemiológicas identificadas no País;

3.4. estabelecer mecanismos de incentivo à fixação de pesquisadores em centros de pesquisas nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste;

3.5. incentivar a formação e atuação de técnicos e tecnólogos, visando à agregação de valor e à garantia da qualidade nas diversas fases da cadeia produtiva;

3.6. incentivar o desenvolvimento de linhas de pesquisa e implantação de áreas de concentração relacionadas a plantas medicinais e fitoterápicos nos cursos de pós-graduação;

3.7. incentivar o desenvolvimento de linhas de pesquisa para a formação de redes de coleções e bancos de germoplasma; e

3.8. apoiar a qualificação técnica dos profissionais de saúde, e demais envolvidos na produção e uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos:

4.1. estimular profissionais de saúde e a população ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos;

4.2. desenvolver e atualizar um portal eletrônico nacional para plantas medicinais e fitoterápicos;

4.3. apoiar e incentivar eventos de plantas medicinais e fitoterápicos, para divulgar, promover e articular ações e experiências das cadeias produtivas do setor;

4.4. estimular a produção de material didático e de divulgação sobre plantas medicinais e fitoterápicos; e

4.5. apoiar as iniciativas de coordenação entre as comunidades para a participação nos fóruns do setor.

5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população:

5.1. incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, abordando a cadeia produtiva no que tange:

- à etnofarmacologia;
- à produção de insumos;
- ao desenvolvimento de sistema de produção e manejo sustentável;
- à implantação de redes de coleções e bancos de germoplasma;
- ao desenvolvimento de produtos;
- à qualidade dos serviços farmacêuticos;
- à farmacoepidemiologia;
- à farmacovigilância;
- à farmacoconomia;

- ao uso racional; e
- à participação de agricultura familiar nas cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos;

5.2 incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, abordando educação em saúde, organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica, incluindo as ações da atenção farmacêutica; e

5.3 estabelecer mecanismos de financiamento à pesquisa, desenvolvimento, inovação e validação de tecnologias para a produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não-governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos:

6.1. apoiar o desenvolvimento de centros e grupos de pesquisa emergentes;

6.2. identificar e promover a integração dos centros de pesquisa existentes no País;

6.3. incentivar a realização de parceria em projetos de pesquisa;

6.4. estruturar rede de pesquisa; e

6.5. incentivar a transferência de tecnologia das instituições de pesquisa para o setor produtivo.

7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos:

7.1. desenvolver tecnologia nacional necessária à produção de insumos à base de plantas medicinais;

7.2. incentivar o desenvolvimento de tecnologias apropriadas aos pequenos empreendimentos, à agricultura familiar e estimulando o uso sustentável da biodiversidade nacional; e

7.3. fomentar a realização de pesquisas, visando à ampliação do número de espécies nativas da flora brasileira na Farmacopéia Brasileira.

8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos:

8.1. estimular o desenvolvimento nacional de equipamentos e tecnologias necessários à garantia e ao controle de qualidade na produção de plantas medicinais e fitoterápicos;

8.2. prospectar novas tecnologias que potencializem o sistema de produção;

8.3. incluir procedimento de avaliação tecnológica como rotina para a incorporação de novas tecnologias; e

8.4. desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação da incorporação de tecnologia.

9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos:

9.1. promover o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos;

9.2. incluir plantas medicinais e fitoterápicos na lista de medicamentos da “Farmácia Popular”;

9.3. implementar Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

9.4. atualizar permanentemente a Relação Nacional de Fitoterápicos (RENAME-FITO) e a Relação Nacional de Plantas Medicinais; e

9.5. criar e implementar o Formulário Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros:

10.1. criar parcerias do governo com movimentos sociais visando ao uso seguro e sustentável de plantas medicinais;

10.2. identificar e implantar mecanismos de validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico-científico);

10.3. promover ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais (transmissão do conhecimento tradicional entre gerações); e

10.4. apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e o reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares.

11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica:

11.1. estimular a implantação de programas e projetos que garantam a produção e a dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos; e

11.2. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.

12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético:

12.1. apoiar e integrar as iniciativas setoriais relacionadas à disseminação e ao uso sustentável de plantas medicinais e fitoterápicos existentes no Brasil;

12.2. facilitar e apoiar a implementação dos instrumentos legais relacionados à proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos;

12.3. integrar as iniciativas governamentais e não-governamentais relacionadas à proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos; e

12.4. fortalecer e aperfeiçoar os mecanismos governamentais de proteção da propriedade intelectual na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos:

13.1. estimular a produção de plantas medicinais, insumos e fitoterápicos, considerando a

agricultura familiar como componente dessa cadeia produtiva;

13.2. estabelecer mecanismos de financiamento para estruturação e capacitação contínua da rede ATER;

13.3. disseminar as boas práticas de cultivo e manejo de plantas medicinais, e preparação de remédios caseiros;

13.4. apoiar e estimular a criação de bancos de germoplasma e horto-matrizes em instituições públicas; e

13.5. promover e apoiar as iniciativas de produção e de comercialização de plantas medicinais e insumos da agricultura familiar.

14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial:

14.1. incentivar e fomentar a estruturação dos laboratórios oficiais para produção de fitoterápicos; e

14.2. incentivar a produção de fitoterápicos pelas indústrias farmacêuticas nacionais.

15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos:

15.1. criar mecanismos de incentivos para a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

15.2. apoiar o desenvolvimento e a interação dos agentes produtivos de toda cadeia de plantas medicinais e fitoterápicos;

15.3. fomentar a produção de insumos, o beneficiamento, a comercialização e a exportação de plantas medicinais e fitoterápicos;

15.4. estimular o uso e o desenvolvimento de sistema de produção orgânica plantas medicinais;

15.5. disponibilizar tecnologias apropriadas para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado:

16.1. estabelecer programas de promoção comercial para plantas medicinais e fitoterápicos;

16.2. promover a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do MERCOSUL; e

16.3. instituir linhas de financiamento para produção de fitoterápicos e insumos relacionados para fins de exportação.

17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção das cadeias e dos arranjos produtivos de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional:

17.1. estabelecer mecanismos creditícios e tributários adequados à estruturação das cadeias e dos arranjos produtivos de plantas medicinais e fitoterápicos;

17.2. estabelecer mecanismos para distribuição dos recursos destinados ao desenvolvimento regional da cadeia produtiva de fitoterápicos;

- 17.3. realizar análise prospectiva da capacidade instalada nas diferentes regiões;
- 17.4. definir critérios diferenciados para alocação e distribuição dos recursos orçamentários e financeiros destinados às cadeias produtivas de fitoterápicos;
- 17.5. selecionar projetos estratégicos na área de plantas medicinais e fitoterápicos, visando ao investimento em projetos pilotos; e
- 17.6. utilização do poder de compra do Estado na área da saúde para o fortalecimento da produção nacional.

5 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A explicitação de diretrizes e prioridades desta Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, no âmbito federal, evidencia a necessidade de um processo contínuo de monitoramento e avaliação de sua implementação, por meio de:

1. Criação do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, grupo técnico interministerial formado por representantes do governo e dos diferentes setores da sociedade civil envolvidos com o tema, que terá a missão dos referidos monitoramento e avaliação da implantação desta política. Esse comitê deverá inicialmente criar instrumentos adequados à mensuração de resultados para as diversas vertentes desta política, além de incentivar parcerias técnicas dos setores do governo envolvidos com sua implantação;
2. definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia voltados, de forma específica e inovadora, à avaliação da política, sendo as informações alimentadoras do processo de monitoramento e avaliação, geradas no interior dos vários planos, programas, projetos, ações e atividades decorrentes dessa política nacional;
3. desdobramento desta política em seus objetivos, visando avaliar as questões relativas ao impacto de políticas intersetoriais sobre plantas medicinais e fitoterápicos, de forma a garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Para tanto, deverão ser mensuradas a ampliação das opções terapêuticas aos usuários e à garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, observando-se a perspectiva de integralidade da atenção à saúde;
4. Criação de marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos, e seu conseqüente acompanhamento, assim como das iniciativas de promoção à pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações nas diversas fases da cadeia produtiva;
5. Acompanhamento, *pari passu*, pelo gestor federal, de movimentos estruturais, como: desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas, fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, uso sustentável da biodiversidade e repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado;
6. Acompanhamento do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País na área, com destaque àqueles de iniciativa das Nações Unidas, representada por diversos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde - OMS, assim como aos preceitos da

Convenção sobre Diversidade Biológica - CDB, da qual o Brasil é signatário. Acompanhamento, no âmbito interno, da consonância da presente política com as demais políticas nacionais, tendo em vista a incorporação alinhada e integrada de concepções, objetivos, metas e estratégias de saúde, desenvolvimento industrial e meio ambiente na agenda de governo.