

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**UTILIZAÇÃO DE FITOTERÁPICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ – CEARÁ**

Maria Izabel Gomes Silva

**Fortaleza
2003**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM FARMÁCIA CLÍNICA

UTILIZAÇÃO DE FITOTERÁPICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ – CEARÁ

Maria Izabel Gomes Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Ciências Farmacêuticas, com área de concentração
em Farmácia Clínica, do Departamento de Farmácia
da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção
do título de Mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. Francisca Cléa Florenço de Sousa

Fortaleza
2003

S581u Silva, Maria Izabel Gomes

Utilização e fitoterápicos nas unidades básicas de
atenção à saúde da família no município de Maracanaú-
Ceará / Maria Izabel Gomes Silva – Fortaleza 2003.

134f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Francisca Cléa Florenço de Souza.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará.

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Curso
de Mestrado em Ciências Farmacêuticas.

1. Fitoterapia; 2. Uso de medicamentos; 3. Terapia com
ervas; 4. Plantas medicinais. I. Título.

CDD 615.32

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas, com área de concentração em Farmácia Clínica, do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de Mestre.

Esta Dissertação encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da referida Universidade, sendo permitida a citação de qualquer trecho da mesma, desde que seja de conformidade com as normas da ética científica.

Maria Izabel Gomes Silva

Dissertação aprovada em 14/11/2003

Banca Examinadora

Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes

Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles

Profa. Dra. Francisca Cléa Florenço de Sousa
(Orientadora)

Profa. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho
(Coordenadora)

*À minha mãe, Leni;
Aos meus irmãos, Kal, Victor e Angélica;
Às minhas sobrinhas, Maria Clara, Maria Vitória e Ludmila;
Ao meu esposo, Henrique.*

*“...As plantas são jóias que poucos olhos
vêem e poucas mentes entendem...”*

Linneu.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre guia e ilumina meu caminho;

À chefe do Departamento de Assistência Farmacêutica de Maracanaú, Maria Marlene Freitas Andrade, pelo seu apoio incondicional fornecido à realização deste estudo;

A todos os funcionários das Unidades de Saúde de Maracanaú que, direta ou indiretamente colaboraram com este trabalho, bem como aos usuários e prescritores;

À coordenadora do Mestrado, Profa. Dra. Helena Lutecia Luna Coelho, pela sugestão do tema e pela coragem e determinação empregados na criação deste curso de Mestrado;

Aos Profs. Drs. Marta Maria de França Fonteles e Manoel Odorico de Moraes, por terem gentilmente aceito o convite para participarem da banca examinadora;

À Profa. Dra. Francisca Cléa Florenço de Sousa, pela orientação e amizade dispensados;

À Profa. Dra. Maria Goretti, pela presteza em me fornecer um material de pesquisa de incalculável valor;

Às secretárias do Mestrado, Dona Catarina e Dona Raimundinha, pela eficiência, amizade e carinho com que sempre desempenharam suas funções;

À todos os colegas de mestrado, por trilharmos juntos o mesmo caminho, e em especial à René Duarte e Vânia Maria, pelas suas valiosas contribuições;

À Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP), pelo apoio financeiro;

À todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram com o presente trabalho;

Agradecimentos Especiais:

À Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim, pelas suas “vitais” e incalculáveis contribuições fornecidas à realização deste estudo;

Ao meu esposo, Henrique Sérgio Lima Pequeno, pelas infinitas contribuições fornecidas ao estudo, e pelo apoio, força e carinho incondicionais dispensados ao longo de toda essa jornada;

A todos, o meu “muito obrigada”!

RESUMO

Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú – Ce.

Um estudo transversal sobre a utilização de medicamentos fitoterápicos nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF) do município de Maracanaú-Ce foi realizado em duas etapas entre agosto de 2002 e janeiro de 2003; Primeiramente, foram entrevistados nas farmácias das UBASF, mediante questionário estruturado, 226 usuários maiores de 18 anos, com prescrição contendo medicamento fitoterápico; e posteriormente, utilizando-se metodologia qualitativa, foram selecionados 12 prescritores (6 médicos e 6 enfermeiros) e 12 usuários para um estudo aprofundado sobre a fitoterapia, considerando os aspectos sócio-culturais que envolvem tal prática. Esta etapa foi realizada mediante entrevistas semi-estruturadas, gravadas, nos respectivos consultórios e residências. Dos 226 usuários entrevistados, 85,4% foram do sexo feminino e 14,6% do masculino, com média de idade de 38 anos; 94,2% receberam explicação do prescritor quanto ao uso do fitoterápico; apenas 27,0% relacionaram o fitoterápico ao Programa farmácias Vivas; 63,1% já havia utilizando o fitoterápico antes, dentre os quais, a maioria relatou sua eficiência terapêutica. Dos 542 medicamentos prescritos, 58% foram alopáticos e 41,7% fitoterápicos; a média de medicamentos por prescrição foi de 2,39 e a média de fitoterápicos foi de 1,01%. Os fitoterápicos mais prescritos foram: o Xarope Expectorante (63,8%), o Sabonete de Alecrim (11,4%) e a Tintura de Mororó (11,4%). Dentre os 12 prescritores entrevistados, 91,66% afirmaram que prescrevem medicamentos fitoterápicos com frequência e reconhecem sua eficiência terapêutica; o fator econômico também foi constantemente citado. Foi observada a homogeneidade das opiniões entre médicos e enfermeiros; 100% dos prescritores reclamaram a quantidade insuficiente dos fitoterápicos em relação à demanda. Dos 12 usuários entrevistados nas residências, todos demonstraram sua crença na eficiência dos fitoterápicos (caseiros ou das UBASF), geralmente relacionada à origem “natural” dos mesmos, conceito legado da cultura empírica da comunidade; a referência ao fator econômico como justificativa para o uso de produtos fitoterápicos foi insignificante. O presente estudo demonstrou que a Fitoterapia em Maracanaú é bastante aceita por usuários e prescritores. Entretanto, o país necessita de uma legislação específica para a produção de fitoterápicos na atenção primária, que forneça subsídios aos Programas de Fitoterapia, no que concerne à realização de estudos de eficácia e toxicidade dos medicamentos produzidos, e de ações de Farmacovigilância e controle de qualidade na produção e uso racional dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia; Uso de medicamentos; Terapia com ervas; Plantas medicinais

ABSTRACT

The Use of Herbal medicine in Family Medical Care Units in the municipal district of Maracanaú – Ceará.

A cross-sectional study was conducted in two stages from August/2002 to January/2003 to investigate the use of herbal medicines in Family Medical Care Units (FMCU) in the municipal district of Maracanaú – Ceará/ St: 1). 226 users, aged 18 years and older, were interviewed on FMCU's pharmacies, by structured questionnaire, with herbal medicines prescription; 2) Using qualitative methodology, 12 prescribers (6 doctors and 6 nurses) and 12 users were selected for a deepened study about the Phytotherapy, considering the partner-cultural aspects that involve such practice. This stage was accomplished by semi-structured interviews, recorded, in the respective clinics and residences. Among the 226 interviewed users, 85,4% were female and 14,6% male, with age average of 38 years-old; 94,2% received explanation of the prescriber about the use of the herbal medicine; only 27,0% related the herbal medicine to the "Farmácias Vivas" Program; 63,1% had already used the herbal medicine before, among which, the majority, told its therapeutic efficiency. Among the 542 prescribed medicine, 58% of them were allopatics and 41,7% herbal medicine; the average of medicine per prescription was 2,39 and the herbal medicine average was 1,01%. The more prescribed herbal medicine were: Xarope Expectorante (63,8%), Sabonete de Alecrim (11,4%) and Tintura de Mororó (11,4%). Among the 12 interviewed prescribers, 91,66% affirmed they prescribe herbal medicine frequently and recognize its therapeutic efficiency; the economical factor was also mentioned constantly. The homogeneity of the opinions was observed between doctors and nurses; 100% of the prescribers claimed the insufficient amount of the phytotherapy medicine in relation to the demand. Among the 12 users interviewed in the residences, all demonstrated faith in the efficiency of the herbal medicines (by home or by FMCU), usually related to their "natural" origin, delegated concept of the community's empiric culture; the reference to the economical factor as justification for the use of phytotherapy products was insignificant. The present study demonstrated the Phytotherapy in Maracanaú city is quite accepted by users and prescribers. However, our country needs a specific legislation to production of herbal medicines in primary care, which supply support to the "Farmacias Vivas" Program with regard to the herbal medicines efficacy and toxicological studies, as well as to pharmacological surveillance and quality control in production and rational use of those medicines.

KEYWORDS: Phytotherapy; medicines use; herbal of therapy; herbal medicines.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição dos usuários atendidos nas UBASF de Maracanaú, em função do sexo e faixa etária – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 755
- Tabela 2.** Distribuição dos usuários que identificaram o medicamento fitoterápico como “remédio da farmácia Viva” em função do nível de escolaridade – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 80
- Tabela 3.** Distribuição dos usuários que identificaram o medicamento fitoterápico como “remédio da farmácia Viva” em função do sexo. – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 80
- Tabela 4.** Distribuição dos usuários em função do tempo de uso do medicamento fitoterápico – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 86
- Tabela 5.** Opiniões dos usuários sobre os medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 86
- Tabela 6.** Medicamentos fitoterápicos e alopáticos identificados nas prescrições dos usuários – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002. 91
- Tabela 7.** Distribuição dos medicamentos fitoterápicos encontrados nas 226 prescrições dos pacientes selecionados para o estudo – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002. 91
- Tabela 8.** Distribuição dos medicamentos fitoterápicos prescritos em função da indicação terapêutica – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002. 92
- Tabela 9.** Distribuição das prescrições que contêm a Tintura de Mororó em monoterapia e em terapia combinada – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002. 92

Tabela 10. Distribuição das informações presentes nas prescrições dos medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.	94
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das idades dos usuários em função do sexo – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.....	76
Gráfico 2. Distribuição dos usuários entrevistados em função do nível de escolaridade Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002 – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002	76
Gráfico 3. Distribuição dos usuários que identificaram o medicamento fitoterápico como um “remédio feito de plantas” – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.....	79
Gráfico 4. Distribuição dos usuários que identificaram o fitoterápico como um “remédio da Farmácia Viva” – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.....	79
Gráfico 5. Distribuição dos usuários que receberam explicação do médico sobre o uso dos medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.....	83
Gráfico 6. Distribuição das fontes iniciais de informação ao usuário sobre o uso de medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.....	83

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Medicamentos Fitoterápicos produzidos em Maracanaú: plantas utilizadas, partes usadas, ações farmacológicas, indicações terapêuticas, apresentações e formas de administrações..... 44
- Quadro 2.** Caracterização dos profissionais prescritores: algumas características profissionais..... 97
- Quadro 3.** Caracterização dos usuários: algumas características sócio-demográficas..... 116

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Relação interdisciplinar dos Estudos de Utilização de Medicamentos.....	21
Figura 2. Fluxograma das etapas de desenvolvimento de medicamentos com o caminho simplificado para os remédios da Farmácia Viva.....	38
Figura 3. Laboratório de Produção de Medicamentos – Farmácia Viva.....	41
Figura 4. Laboratório de Produção de Medicamentos (Painel da Visão Interna) – Farmácia Viva.....	42
Figura 5. Horto de Plantas Medicinais.....	47
Figura 6. Horto de Plantas Medicinais, com a presença de jardineiros.....	47
Figura 7. Laboratório de Manipulação de Medicamentos - Entiquetamento dos Medicamentos fitoterápicos.....	48

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Município de Maracanaú -Ce / Seleção das Unidades Básicas de Atenção à Saúde da família (UBASF).....	59
----------------	--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Estudo de Utilização de Medicamentos: Numa Abordagem da Antropologia em Saúde.....	19
1.1.1. Antropologia em Saúde	21
1.2. Metodologia Qualitativa Utilizada em Estudos da Antropologia em Saúde: Uma Complementaridade aos Estudos Quantitativos.	22
1.3. Histórico sobre Plantas Medicinais.....	24
1.4. Fitoterapia: Prática Alternativa ou Oficial?.....	26
1.5. Normatização dos Fitoterápicos no Brasil	29
1.6. O Mercado de Fitoterápicos: no Brasil e no Mundo	33
1.7. A Fitoterapia no Estado do Ceará	35
1.7.1. O Programa Farmácias Vivas	35
1.7.2. O Programa de Fitoterapia do Estado do Ceará	39
1.8. O Programa Farmácias Vivas no Município de Maracanaú	40
2. OBJETIVOS.....	50
2.1. Objetivo Geral	50
2.2. Objetivos Específicos	50
3. JUSTIFICATIVA	52
4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	54
4.1. Desenho do Estudo.....	54
4.2. Local do Estudo.....	55
4.2.1. Aspectos Geográficos e Demográficos	55

4.2.2. Aspectos Econômicos e Educacionais	55
4.2.3. Aspectos Sanitários.....	55
4.2.4. Aspectos da Saúde	56
4.3. Seleção da Amostra	57
4.3.1. Características das UBASF Seleccionadas para o Estudo	60
4.4. Instrumento de Coleta de Dados e Descrição das Variáveis.....	61
4.5. Etapa Piloto	65
4.6. Coleta de Dados Propriamente Dita.....	66
4.7. Análise dos Dados	68
4.7.1. Análise do conteúdo das entrevistas.....	68
4.8. Questões Éticas	70
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	72
5.1. Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF).....	72
5.1.1. Características dos Usuários de Fitoterápicos que Frequentam as UBASF	72
5.1.2. Conhecimentos dos Usuários sobre os Fitoterápicos:.....	77
5.1.3. Análise das Prescrições dos Usuários	87
5.2. Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a respeito da Fitoterapia (UBASF).	96
5.2.1. Inquérito com os Profissionais Prescritores.....	96
5.2.1.1. Características dos Prescritores.....	96
5.2.1.2. A satisfação do prescritor em prescrever medicamentos fitoterápicos	98
5.2.1.3. Alguns medicamentos alopáticos são confundidos com medicamentos fitoterápicos	101
5.2.1.4. Alguns fitoterápicos são utilizados como coadjuvantes da terapia alopática	104
5.2.1.5. Informações fornecidas aos pacientes	107
5.2.1.6. A Fitoterapia é considerada pelos prescritores uma forma de tratamento “boa” e “barata”	108
5.2.1.7. O valor de ser natural	112
5.2.1.8. Referência à escassez dos medicamentos fitoterápicos	113
5.2.2. Inquérito com os Usuários de Medicamentos Fitoterápicos	115

5.2.2.1. Características dos Usuários.....	115
5.2.2.2. A ingênua crença de que “medicamento natural não faz mal”	118
5.2.2.4. A eficiência terapêutica e o valor cultural dos fitoterápicos	122
5.2.2.5. O Valor Econômico.....	124
5.2.2.6. Referência à escassez de fitoterápicos nas farmácias das UBASF ..	126
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
7. CONCLUSÃO	130
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Estudo de Utilização de Medicamentos: Numa Abordagem da Antropologia em Saúde

A Farmacoepidemiologia é uma área de grande importância social, dado o seu potencial de contribuição para a redução dos gastos com a saúde, diretamente, através da racionalização do uso de medicamentos e, indiretamente, pela redução dos agravos iatrogênicos (COELHO e ARRAIS, 1999). De acordo com Porta e Hartzema (1991), a Farmacoepidemiologia pode ser definida como a aplicação do conhecimento, método e raciocínios epidemiológicos ao estudo dos efeitos e dos usos dos medicamentos na população. É um campo de estudo que constitui uma ponte entre a farmacologia, a terapêutica, a epidemiologia e a estatística.

Para Porta e Hartzema (1991), o objetivo da Farmacoepidemiologia seria descrever, explicar, controlar e prever os efeitos e usos dos tratamentos farmacológicos em um tempo, espaço e população definidos e os conhecimentos gerados pela disciplina devem fornecer as bases para medidas de cunho preventivo, que promovam uma maior segurança no uso de medicamentos. Tal afirmação permite-nos vislumbrar a abrangência e o potencial de sua contribuição para a saúde pública.

Segundo Laporte (1993), a Farmacoepidemiologia compreende duas vertentes complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto do medicamento sobre a população humana: a Farmacovigilância e os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM). A Farmacovigilância preocupa-se com a identificação e a avaliação dos efeitos do uso agudo e crônico dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos. Os EUM possibilitam avaliar as várias facetas do uso de medicamentos. Laporte (1993), define os EUM utilizando o informe da OMS (1997), como sendo os estudos voltados a “comercialização, distribuição, prescrição e uso dos medicamentos na sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”.

Os EUM podem ser quantitativos e qualitativos. Os primeiros permitem quantificar o uso de medicamentos e os resultados desses estudos podem servir para estimar a utilização de medicamentos na população por idade, sexo, classe social, morbidade, dentre outras variáveis e identificar áreas possíveis de uso excessivo ou de subutilização. Os estudos qualitativos, de um modo geral, avaliam se a utilização de medicamentos é adequada. Os mais freqüentes, baseiam-se na análise de prescrições, procurando correlacionar as drogas prescritas com os motivos e critérios estabelecidos para seu uso. Outros tipos de EUM de cunho qualitativo avaliam os aspectos sócio-culturais que determinam o consumo de medicamentos (HAAIJER-RUSKAMP e HEMMINKI, 1993).

Sabe-se que a utilização de medicamentos não depende apenas dos conhecimentos médicos sobre a doença ou das características “intrínsecas” dos fármacos. O fato de ter acesso ao medicamento não significa, necessariamente, que o resultado de seu uso seja satisfatório. De acordo com Adams (1994), o estudo do uso de medicamentos envolve necessariamente vários níveis de análises: do indivíduo, suas crenças e comportamento; do grupo social o qual está inserido; e do processo econômico os quais fundamentalmente moldam seu comportamento. Após considerar todos esses aspectos, o indivíduo então escolhe o tipo de tratamento que lhe pareça apropriado.

Reverendo a definição da OMS, que se refere à utilização de medicamentos como sendo “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”, observa-se que os EUM consideram outros fatores além dos farmacológicos, mas também os socioeconômicos e culturais, o que caracteriza sua forte relação interdisciplinar (figura 1).

Diante do exposto, este estudo está centrado no campo da farmacoepidemiologia, como um Estudo Quanti-qualitativo de Utilização de Medicamentos, realizado em duas etapas consecutivas e complementares.

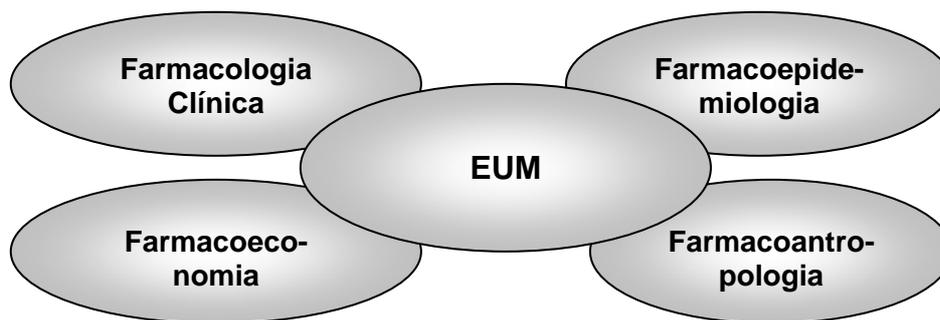


Figura 1. Relação interdisciplinar dos EUM

Fonte: Adaptado de Simões (2000)

1.1.1. Antropologia em Saúde

No município de Maracanaú, a Fitoterapia vem sendo praticada ao longo de aproximadamente 10 anos. Diante disto, surgiu a necessidade de conhecer quais os fatores sócio-culturais que permeiam os aspectos da utilização desses medicamentos nesta comunidade, visto que o ambiente social e as crenças da população determinam como a mesma enxerga a prática da Fitoterapia, seja ela popular ou científica.

De acordo com Helman (1994), os antropólogos ressaltam que um sistema médico de uma sociedade não pode ser estudado isoladamente, sem a consideração de outros aspectos daquela sociedade, especialmente sua organização social, religiosa, política e econômica. O termo *Antropologia* vem do grego e significa “o estudo do homem”. Para Víctora (2000), a Antropologia é a ciência que estuda o “outro” em análises micro-sociais, e para Helman (1994), seu objetivo é o estudo holístico da humanidade, de suas origens, desenvolvimento, organizações sociais e políticas, religiões, línguas, artes e artefatos. As técnicas de Antropologia têm sido tratadas por vários estudiosos como uma contribuição extremamente valiosa das ciências sociais para a área da saúde (HARTZ, 1997).

A Antropologia Médica é uma das muitas ramificações da Antropologia Social e Cultural, mas que também possui raízes profundas na Medicina e saúde como um todo. A Antropologia Farmacêutica é um ramo da Antropologia Médica que observa como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem quando ficam doentes. A mesma preocupa-se em analisar os diversos fatores que envolvem a co-existência e utilização de medicamentos alopáticos e naturais, e como cada um afeta a percepção e uso do outro (GEEST, 1988 *apud* ADAMS, 1994). Por exemplo, ao adoecer, um indivíduo pode optar por um determinado tipo de tratamento (um chazinho caseiro ou um lambedor vendido em raizeiros) sem que isso seja uma norma de suas culturas, mas simplesmente porque não têm condições de pagar por um medicamento alopático. Em um outro caso, o indivíduo pode ter condições de pagar pelo medicamento ou até mesmo de consegui-lo gratuitamente, mas poderá preferir recorrer inicialmente a um remédio caseiro, visto que, por influência cultural de seus familiares, principalmente da mãe ou avó, acredita que deva optar por esta iniciativa.

Antropólogos da área de saúde têm sempre enfatizado a importância de compreender a vida cotidiana, as necessidades e as visões de mundo das pessoas que vivem em diferentes comunidades, além de estudar como todos esses fatores se relacionam com a saúde, doença e formas de tratamento (HELMAN, 1994).

1.2. Metodologia Qualitativa Utilizada em Estudos da Antropologia em Saúde: Uma Complementaridade aos Estudos Quantitativos.

Estudos que utilizam uma abordagem antropológica para investigar o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos das pessoas em relação a um determinado 'fato', vêm utilizando, de maneira crescente, técnicas de pesquisa qualitativa, enraizada na Antropologia Social e atualizada na Antropologia Médica e da Saúde (UCHÔA et al., 2002; HARTZ, 1997; VÍCTORA, 2000).

Tais técnicas de pesquisa possibilitam o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social em estudo, bem como apreender suas experiências, opiniões, sentimentos e conhecimentos (BERG, 1998). Como exemplo, um estudo

qualitativo, utilizando uma abordagem antropológica foi realizado por Leite (2000), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Nele, a autora estuda a prática da Fitoterapia caseira em uma unidade de saúde do município de Itajaí-Sp, utilizando para tanto, entrevistas que abordam uma visão social da Fitoterapia enquanto prática cultural e terapêutica com a população assistida pela Unidade.

Os métodos quantitativos em estudos populacionais utilizam uma amostragem baseando-se no pressuposto de que a investigação sobre um fenômeno em um determinado número de indivíduos pode sofrer a generalização dos resultados para uma população muito maior, através de operações matemáticas dentro de um modelo estatístico. Os métodos qualitativos são formulados para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado, não possuem finalidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. A abordagem qualitativa propicia um conhecimento aprofundado de um evento e, para que isso seja possível, buscase estudar sempre um grupo pequeno de pessoas (VÍCTORA, 2000).

A técnica mais comum de coleta de dados nos métodos quantitativos é o questionário, composto por questões fechadas, previamente estabelecidas. Nos métodos qualitativos, as principais técnicas utilizadas são: *observação participante; entrevista; grupo focal; história de vida; rede de relações; elaboração de desenhos/ordenação de fotos e gravuras*. De acordo com Víctora (2000), todas elas já foram testadas em projetos de pesquisa da Antropologia Médica (Saúde) com bons resultados, pois permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas, porque não seguem necessariamente um roteiro fechado. No presente estudo optamos pela técnica da entrevista, que é um método bastante utilizado nas pesquisas qualitativas realizadas na área da saúde, pois ajuda a entender de maneira mais complexa as respostas dos indivíduos entrevistados (Hutchinson et al, 1994).

Apesar da diferença entre os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa, é possível trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que os resultados de uma questão, colocada a partir de princípios metodológicos quantitativos, suscitem novas questões que só possam ser esclarecidas dentro dos princípios qualitativos, ou vice-versa (VÍCTORA, 2000). No presente estudo, foi realizada uma pesquisa do tipo quantitativa, utilizando técnicas

tradicionais de amostragem e de tratamento de dados para o levantamento da utilização de medicamentos fitoterápicos nas Unidades Básicas de Assistência à Saúde da Família (UBASF) de Maracanaú -Ce. Uma pesquisa qualitativa complementar foi realizada tomando uma amostra da amostragem inicial (referente ao estudo quantitativo), com a qual estudou-se em profundidade questões do tipo: “por quê as pessoas usam medicamentos fitoterápicos?” e “porquê os profissionais de saúde os prescrevem?”, as quais só poderiam ser esclarecidas mediante um estudo qualitativo dos discursos da amostra.

1.3. Histórico sobre Plantas Medicinais

A utilização de plantas medicinais para fins diversos é tão antiga quanto a própria humanidade e está presente em todas as civilizações e culturas até então existentes. De uma maneira intuitiva, ou através da observação dos animais (que buscavam nas ervas a cura para suas afecções), os povos primitivos buscavam no reino vegetal medicamentos para o alívio do sofrimento humano provocado por doenças ou acidentes, bem como para a alimentação, ornamentação ou magia (CARRARA, 2000; BALMÉ, 1991).

Um dos mais antigos manuscritos conhecidos sobre a prática da Fitoterapia é o Papiro de Erbes, documento egípcio datado de 1500 a.C., descoberto em 1873 pelo egiptólogo alemão George Erbes (NEGRAES, 2001). O documento descreve centenas de plantas medicinais e fórmulas medicamentosas utilizando vegetais. Em um artigo sobre os usos das plantas na antiguidade, Negraes (2001) relata que o povo egípcio possuía grande adoração por plantas, por exemplo, o alho (*Allium sativum* L.), citado de muitas formas nos papiros, era especialmente empregado no embalsamamento dos mortos. As sementes de feno-grego (*Trigonella foenum-graecum*) eram utilizadas para melhorar a silhueta das mulheres e o feno-grego era usado em sopas e molhos.

As raízes da Medicina Herbal Chinesa estão relacionadas aos imperadores Shen Nung e Huang Ti. Segundo Buchaul (2001), em 2735 a.C., o Imperador Shen Nung, recordado como "O Divino Lavrador", reuniu mais de 300 plantas medicinais e

seus poderes terapêuticos numa obra intitulada "Pen Tsao". Este estudo se tornou a base para o primeiro livro chinês sobre o poder curativo das plantas o Sheng Nung Ben Cao Chien o "Herbal clássico do divino lavrador", escrito por volta de 100 a.C., cujas informações foram transmitidas verbalmente até esta data. O clássico descreve mais de 250 plantas e mais de 150 doenças associadas. À Huang Ti, "o Imperador Amarelo" é atribuída a autoria do mais antigo tratado sobre medicina oriental, o Huang Ti Nei Chin, conhecido como "O clássico de Medicina do Imperador Amarelo" (BUCHAUL, 2001; MOLONY, 1998).

Na Índia e Tibete, as plantas medicinais eram utilizadas para o tratamento e prevenção geral das doenças, e também, como condimentos e especiarias, como a canela (*Cinamomum zeytanicum N.*) e a mostarda nativa (*Brassica nigra L.*) (NEGRAES, 2001).

Na Grécia antiga, algumas plantas eram consideradas sagradas e relacionavam-se à mitologia dos deuses - o termo "farmácia" tem origem na palavra grega "farmakon", que significa "erva de enfeitiçar". No século V a.C., o grego Hipócrates, considerado o pai da medicina, nos legou uma importante e completa obra sobre medicina - o Corpus Hipocraticum - na qual também reconhece as propriedades terapêuticas das plantas medicinais (BUCHAUL, 2001; CONTRIBUIÇÃO, 1965).

Pedânios Dioscórides, médico e cirurgião romano é conhecido como fundador do primeiro tratado Europeu, no século I d.C. - "Matéria Médica"- que contém a descrição de 600 plantas provenientes da Ásia, Grécia, Egito e Itália, tendo sido considerada a base para a medicina curativa dos 18 séculos seguinte. Foi no século 2 d.C., que o grego Claudius Galenus (Galeno) misturou pela primeira vez diferentes ervas em um mesmo preparado. Durante cerca de 1500 anos essa medicina foi conhecida como Galênica. Sua influência na Europa e no Novo Mundo durante a Idade Média perdurou até o aparecimento dos primeiros tratados anatômicos por volta do século XV (BUCHAUL, 2001; CONTRIBUIÇÃO, 1965).

Assim, desde os primórdios das civilizações até o final do século XVI da nossa era, a medicina sempre utilizou os vegetais, sendo uma prática terapêutica destituída de nome especializado. Os produtos químicos não eram conhecidos e a química era realizada apenas nos porões dos alquimistas. Após a primeira síntese orgânica em 1828 (uréia), a química torna-se ciência e passa para as mãos dos farmacêuticos e químicos. Esta nova ciência sintetizou diversos produtos terapêuticos de grande valor.

Entretanto, nos fez acreditar que seríamos independentes dos compostos naturais e as plantas medicinais foram abandonadas pela medicina moderna. Porém, o povo continuou o culto à medicina herbal mediante a atuação de curandeiros que indicavam plantas medicinais (BUCHAUL, 2001; MUSZYNSKI, 1948).

Com o início da 1ª guerra mundial (século XX), veio a fome, pobreza e epidemias, e as indústrias de produtos químicos passaram a produzir gases asfixiantes ao invés de medicamentos. Então, foram aí lembradas as plantas medicinais, iniciando-se uma campanha para o cultivo e colheita das mesmas em vários países do mundo. A medicina floral passa a ser moderna e recebe o nome de Fitoterapia. Esse termo surgiu e se divulgou na França, sendo derivado de duas palavras gregas, “*phyton*” (planta) e “*terapeuo*” (medicinal), ou seja, tratamento por meio de produtos vegetais. A ciência então passou a estudar e introduzir na medicina moderna as plantas medicinais já conhecidas pela sabedoria popular (MUSZYNSKI, 1948).

Atualmente, podemos observar milhares de espécies de plantas medicinais sendo estudadas e utilizadas por povos do mundo inteiro. Como exemplo, um estudo realizado por Giordano (1990), mostra que a *Artemisia douglasiana Besser* apresenta efeito citoprotetor em úlceras gástricas e dérmicas. Em um outro estudo, Repetto (2002), mostra a ação desta planta no tratamento de injúrias teciduais e na prevenção de lesões da mucosa gástrica induzidas pelo etanol e outros agentes necrosantes.

A cada dia, no mundo inteiro, surgem novos adeptos e consumidores de produtos fitoterápicos, principalmente entre aqueles desiludidos com os elevados custos e freqüentes efeitos indesejáveis das drogas convencionais, o que levou a Fitoterapia a evoluir nos últimos anos de uma posição quase marginal na área da saúde para uma clara mostra dos sinais de seu real significado e de sua importância entre as principais correntes médicas (BUCHAUL, 2001).

1.4. Fitoterapia: Prática Alternativa ou Oficial?

Considerando todas as formas de assistência à saúde existentes nas sociedades complexas, podemos observar uma clara divisão entre os sistemas de

tratamento. De um lado, está a *biomedicina* com o sistema médico *convencional* (*científico*) e do outro, o modelo médico definido como *medicina tradicional* (*alternativa*) (MICOZZI, 1995).

A *biomedicina* representa a forma dominante de atenção médica, também chamada de *medicina convencional, oficial, científica, ocidental, ortodoxa, cosmopolita ou sistema de cura*. No modelo biomédico estão inclusos os profissionais especializados, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, cujas práticas são amparadas pela lei (MICOZZI, 1995).

A *medicina tradicional* é definida por Chez (1997), como “sistemas, práticas, intervenções e aplicações de estratégias médicas que atualmente não fazem parte do sistema médico convencional e dominante”. É também conhecida como *alternativa* (no sentido de substituir algo que seria padrão), *complementar* (quando utilizada em conjunto com outras terapias), *paralela, não ocidental, não ortodoxa, e não convencional*. Em vários países do mundo, as práticas da medicina tradicional consistem de diversas formas de tratamento, como a Acupuntura, Yoga, Homeopatia, Fitoterapia, Quiroprática, além de muitas outras. São baseadas em credences populares existentes há centenas de anos, que prevaleceram até hoje, tendo sido modernizadas e adaptadas aos nossos dias, onde estão sendo associadas a tratamentos convencionais da biomedicina (ANDRADE, 1999; MICOZZI, 1995).

O aumento da popularidade da medicina tradicional reflete as mudanças das necessidades e comportamentos da sociedade moderna. A medicina convencional se tornou uma organização burocrática, com práticas invasivas, sérios efeitos colaterais e custos elevados, na qual apenas a fisiopatologia da doença é considerada. Enquanto que as terapias da medicina tradicional adotam práticas que consideram o ser humano como um complexo que reúne corpo, mente e espírito, e a enfermidade como uma disfunção deste complexo. Assim, tais formas de tratamentos oferecem um entendimento de fenômenos, incluindo o biológico, emocional, e a natureza espiritual da saúde e doença. Por essas razões, unidas ao aumento da espiritualidade das pessoas e a diminuição da crença de que apenas a ciência pode ser relevante para a cura das enfermidades, a cada dia muitos dos pacientes estão aderindo a este tipo de terapêutica (ANDRADE, 1999; ASTIN, 1998; FURNHAM & FOREY, 1994).

A cultura tradicional é dinâmica e receptiva a inovações da biomedicina, que sejam disponíveis e eficazes. Nos casos da China e Índia, a diversidade da medicina tradicional, como um componente complementar e competitivo do sistema biomédico,

tem encorajado os governos a respeitarem e lidarem com o pluralismo médico como suporte para o planejamento de políticas de saúde (LAMBERT, 1996), ao contrário do passado, onde o sistema ortodoxo era reconhecido como “sistema superior” (ANDRADE, 1999). Em alguns países como o Reino Unido, China, Nigéria e Estados Unidos, disciplinas referentes à medicina tradicional já foram introduzidas no currículo dos estudantes da medicina convencional (WATSON, 1997; LAKEN, 1995).

Em vários países do mundo, a Fitoterapia é empregada como prática da medicina tradicional (alternativa), não sendo considerada como uma terapia convencional da biomedicina. Nos Estados Unidos, os produtos fitoterápicos fazem parte da medicina tradicional e são comercializados como suplementos alimentares (na mesma categoria das vitaminas, minerais e proteínas), não necessitando da aprovação da Food and Drug Administration (FDA) em relação à sua eficácia e segurança (SILVA, 2001; TESCH, 2002). São vendidos livremente em supermercados e farmácias, mesmo aqueles com fortes propriedades químicas, como a erva-de-são-joão, utilizada como antidepressivo e largamente comercializada nos EUA (BENZI, 1997; YUNES, 2001, UPTON, 1997). Um estudo realizado por Harnack et al (2001) nos EUA, mostrou uma relação estatisticamente significativa entre o uso de produtos fitoterápicos e o uso de suplementos nutricionais e multivitamínicos ($p=0,001$). Um outro estudo, realizado por Johnson et al (2000), também mostrou uma correlação positiva entre usuários de produtos fitoterápicos e o uso de suplementos dietéticos diversos ($p < 0,0001$). Neste país, muitos fitoterápicos apresentam grande venda e repercussão na população (HARKIN, 1995).

Um estudo realizado por Fisher e Ward (1994), mostrou que muitas partes de países como a Bélgica, Dinamarca, parte da Alemanha e Reino Unido, práticas como a Osteopatia, Quiroprática, Fitoterapia, Acupuntura, e Homeopatia, são consideradas como terapias alternativas da medicina tradicional e utilizadas por cerca de 20 a 50% da população. Um outro estudo, realizado por Eisenberg et al. (1998), identificou que nos Estados Unidos 40% da população utiliza práticas terapêuticas da mesma natureza.

No entanto, alguns países desenvolvidos reconhecem o uso de plantas medicinais nas ações de saúde há muito tempo, oficializando tradições seculares por meio de leis (BENDAZZOLI, 2000). Temos como exemplo a Alemanha, onde muitos fitoterápicos são classificados como medicamentos, conforme a lei de 24 de Agosto de 1976, que exigiu a avaliação e registro de todos os remédios disponíveis no

mercado, para que apresentassem os mesmos critérios de qualidade, segurança e eficácia exigidos para os medicamentos alopáticos (KELLER, 1991). Neste país, o antidepressivo mais utilizado (25% do total de antidepressivos prescritos) é um fitoterápico, obtido da planta conhecida como erva-de-são-joão (*Hypericum perforatum L.*) (BAHLS, 2001). Ainda no continente europeu, diversos outros países, como a Itália, França, Portugal e Espanha, classificam muitos fitoterápicos como medicamentos do sistema biomédico de tratamento, onde sua venda é restrita às farmácias comerciais mediante a atuação do profissional farmacêutico, (BENZI, 1997). Na América do Sul, o Brasil é um país que reconhece a Fitoterapia como prática do sistema biomédico de saúde desde 1995 (ANVISA, 2000).

1.5. Normatização dos Fitoterápicos no Brasil

Segundo Akerele (1988), uma das mais importantes contribuições que a medicina tradicional tem dado para a saúde refere-se à descoberta e uso de plantas medicinais, o que fez da terapia com plantas uma das terapias tradicionais mais difundidas no mundo.

Entretanto, apesar de ter sido praticada nos últimos milênios, a medicina tradicional somente encontrou espaço nos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1976, que, reconhecendo seus valores potenciais, tomou algumas resoluções:

- Em 1976 (Resolução WHA* 29.72), dirigiu a atenção para os recursos humanos dos praticantes da medicina tradicional, estimulando o desenvolvimento de treinamentos desses profissionais juntamente com outros profissionais de saúde de atenção primária.

* WHA – World Health Assembly (Assembléia Mundial da Saúde)

- Em 1977 (Resolução WHA 30.49), recomendou aos países estudos de investigação de procedimentos tecnológicos relacionados aos sistemas de medicina tradicional;
- Em 1978 (Resolução WHA 31.33), recomendou aos países diversos aspectos sobre o tema “Plantas medicinais”, como a padronização internacional para identificação, purificação e produção de medicamentos à base de plantas medicinais, bem como a demonstração científica de segurança e eficácia desses produtos;
- Em 1987 (Resolução WHA 40.33), reiterou os pontos principais das resoluções anteriores e das recomendações feitas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, URSS, em 1978**.
- Em 1988 (Resolução WHA 41.19), visou à implementação de programas de conservação das plantas medicinais de modo a garantir a susceptibilidade de seus usos por futuras gerações.

Em março de 1988, a OMS convocou a 1ª Conferência Internacional sobre Conservação de Plantas Medicinais em Chiang Mai, Tailândia. Esta conferência resultou na adoção da Declaração de Chiang Mai: “*Salvem as Plantas que Salvam Vidas*”. Tal declaração inseriu o uso racional de plantas medicinais de maneira definitiva no sistema de saúde pública (OMS - Declaração de Chiang Mai, 1988).

** A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, nos dias 6-12 de setembro de 1978, exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para este fim, particularmente nos países em desenvolvimento (OMS - Declaração de Alma-Ata, 1978).

Assim, desde 1978 a OMS vem incentivando os investimentos públicos com plantas medicinais, devido, dentre outros motivos, aos elevados custos dos produtos sintéticos. A Fitoterapia passou a ter um papel vital nos cuidados primários de saúde em grande parte da população mundial, especialmente nos países em desenvolvimento (AKERELE, 1988)

No Brasil, a primeira iniciativa de incentivar os investimentos públicos em plantas medicinais foi da Central de Medicamentos (CEME) (criada em 1982 e extinta em 1991), que em 1983, implantou o Programa de Pesquisas em Plantas Medicinais. Esse programa consistia em pesquisas sobre as plantas de uso popular existentes no Brasil, com o objetivo de obter possíveis substâncias ativas que servissem para o preparo de medicamentos fitoterápicos. Em 1988, a CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento, elaborou a Resolução nº 8/88 que regulamentou a implantação da Fitoterapia nos Serviços de Saúde e nas Universidades Federais (OLIVEIRA, 1997).

Hoje, em nosso país, os fitoterápicos estão inseridos no modelo biomédico, sendo considerados remédios, e regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde 1995 (SILVA, 2001). De acordo com Edmundo Machado, coordenador de fitoterápicos da ANVISA, “os critérios são baseados na regulamentação desses medicamentos na Europa”, onde grande parte dos fitoterápicos é classificada como medicamentos desde 1976, conforme lei que exigia a avaliação e registro de todos os remédios disponíveis no mercado (UM MERCADO, 2002).

A Resolução – RDC nº 17, de 24 de Fevereiro de 2000, aprova o regulamento técnico sobre o registro de medicamentos fitoterápicos, visando normatizar o registro junto à Vigilância Sanitária, e esclarece que, para o registro de novos fitoterápicos, de maneira que fique comprovada sua segurança, é necessário a identificação exata da espécie, o relatório detalhado sobre a preparação do extrato, além de pesquisas clínicas em animais e seres humanos. A resolução traz a seguinte definição de medicamento fitoterápico:

“Medicamento farmacêutico obtido por processos tecnológicos adequados, empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. Não é considerado medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais” (ANVISA, 2000).

Para uma melhor compreensão desta definição, é conveniente o seguinte esclarecimento: a palavra *medicamento* refere-se a uma substância ou uma associação de mais de uma substância, manipulada de forma utilizável na terapia. Já o termo *fármaco* refere-se a toda substância quimicamente definida que apresenta ação farmacológica com finalidade terapêutica. Com base nesses conceitos, os *fitoterápicos* ou *fitomedicamentos* referem-se a medicamentos formulados a partir de plantas medicinais em sua forma natural, ou seja, extratos vegetais que misturam vários compostos natos da planta (BENDAZZOLI, 2000). A formulação farmacêutica constituída pelos princípios ativos extraídos e isolados de vegetais ou seus derivados, não são medicamentos fitoterápicos, sendo denominados de *fitofármacos*. (BENDAZZOLI, 2000; YUNES, 2001).

Para Matos (1998), a Fitoterapia no Brasil compreende duas importantes áreas: a *Fitoterapia empírica* e a *Fitoterapia científica*. A Fitoterapia empírica está incluída nas terapias da medicina tradicional, e é exercida por profissionais leigos, geralmente na forma de preparações caseiras, as quais não seguem critérios de segurança e eficácia. A Fitoterapia científica está inserida no modelo biomédico de saúde, sendo praticada por profissionais qualificados que utilizam plantas, cientificamente validadas, no preparo de medicamentos com base em suas características de eficácia e segurança.

O objetivo da regulamentação da Fitoterapia no Brasil é acima de tudo assegurar a qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos produtos fitoterápicos, procurando com isso minimizar o risco de agravos à saúde da população usuária. Neste sentido, o Ministério da saúde (2001), através da Secretaria de Política de Saúde, está desenvolvendo uma Proposta Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, que, no âmbito de suas diretrizes preconiza: *“...deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem o aproveitamento do*

potencial da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas” (SOLER et al, 2001).

1.6. O Mercado de Fitoterápicos: no Brasil e no Mundo

A Fitoterapia constitui uma forma de terapia medicinal que vem crescendo gradativamente, lamentavelmente, muito mais nos países desenvolvidos do que naqueles que não são. Atualmente o mercado mundial de fitoterápicos gira em torno de aproximadamente 22 bilhões de dólares (YUNES, 2001).

No mercado Europeu, os medicamentos fitoterápicos representam um fator relevante para a economia deste continente, visto que as vendas desses produtos ali foram estimadas em \$ 6 bilhões no ano de 1994. Neste ano, a Alemanha liderou as vendas de medicamentos fitoterápicos com \$ 2,5 bilhões, seguida pela França com \$ 1,6 bilhões, e Itália com \$ 600 milhões (GRÜNWARD, 1996). Para o ano de 2002, a previsão é de que a Europa registre um volume de vendas de \$ 7,5 bilhões (SOLER et al, 2001). De acordo com Harrison (1998), a Alemanha destaca-se em vendas na Europa, o seu mercado de medicamentos fitoterápicos encontra-se em ascensão, visto que os médicos prescrevem rotineiramente e as vendas têm sempre ultrapassado \$ 2 bilhões anuais. No mercado americano, os Estados Unidos têm elevado, consideravelmente, as vendas de produtos fitoterápicos nos últimos anos (HARNACK, 2001). Em 1999, chegaram a exceder \$ 3,3 bilhões (POPOVICH, 2000). Quanto ao Brasil, Calixto (2000) afirma que não há estatísticas precisas sobre o mercado brasileiro de fitoterápicos, mas estima-se que deve movimentar recursos da ordem de 700 milhões a 1bilhao de dólares anuais.

De acordo com Marques (2000), três quartos da biodiversidade mundial estão distribuídos entre apenas 17 países e o Brasil está no topo desta lista. É estimado que os ecossistemas do Brasil compreendam 22% de todas as espécies biológicas do mundo e apenas um deles, a floresta amazônica, é um extraordinário reservatório de, pelo menos, 55 mil espécies de plantas. Um estudo realizado por Barata e Queiroz (1995), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), mostrou que das 55mil espécies de plantas identificadas no Brasil, 10 mil podem apresentar

propriedades medicinais. Os autores do estudo calculam que, provavelmente, menos de 1% dessas 55 mil espécies foram estudadas química e farmacologicamente até a realização do estudo. Além da falta de recursos para a identificação e pesquisa das espécies de plantas medicinais nativas, o Brasil não tem uma legislação eficaz que inclua a nossa biodiversidade entre os bens do país e que impeça sua exploração comercial, abrindo espaço para a biopirataria.

Considerando sua extensa e diversificada flora, esperar-se-ia que o Brasil fosse um país privilegiado. No entanto, não possui uma atuação destacada no mercado mundial de fitoterápicos, ficando inclusive atrás de países menos desenvolvidos tecnologicamente (YUNES, 2001). Apesar de possuir pequena expressão no mercado mundial de fitoterápicos, o Brasil vem desenvolvendo grande número de pesquisas em quimiotaxonomia, em farmacologia e química de produtos naturais, dentre outros relacionados (YUNES, 2001). O primeiro estágio do desenvolvimento desses medicamentos consiste na prática da medicina popular e, um estudo realizado por Carrara (2000) mostrou que, atualmente, os grandes laboratórios estão enviando pesquisadores para entrevistar pajés indígenas e curandeiros para identificar plantas populares com o objetivo de patentear novos medicamentos a partir da experiência popular.

Atualmente, predomina no país uma perspectiva da defesa dos interesses públicos, favorável à inclusão de limites legais, isto é, do enquadramento jurídico dessa questão do acesso à biodiversidade. No Congresso Nacional estão tramitando alguns projetos de lei com estes objetivos (MARQUES, 2000). Com a proteção legal da nossa 'riqueza vegetal' e com a criação de uma aliança entre os praticantes da medicina popular, os agentes de saúde e os pesquisadores das áreas de botânica, farmácia, química, antropologia e medicina, poderemos aumentar a nossa expressão no mercado mundial de fitoterápicos, utilizando a nossa vasta flora nacional no desenvolvimento de novos fitoterápicos, o que poderá fortalecer de maneira definitiva a Fitoterapia no nosso país (MATOS, 1998, MARQUES, 2000).

No entanto, vale salientar que a produção e a comercialização dos medicamentos fitoterápicos em escala industrial tem um elevado custo para os países em desenvolvimento, como o Brasil, devido às exigências legais quanto à realização dos estudos de determinação de eficácia, inocuidade e controle de qualidade de muitas espécies vegetais (CALIXTO, 200). Com isso, o acesso a esses medicamentos torna-se difícil para as comunidades carentes. Desta forma, o

Programa Farmácias Vivas trouxe para o nordeste brasileiro uma proposta de produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população pobre, utilizando matéria prima abundante na região associado a um baixo custo operacional de produção (MATOS, 1998).

1.7. A Fitoterapia no Estado do Ceará

1.7.1. O Programa Farmácias Vivas

O sistema público de saúde no Brasil não possui uma política de assistência farmacêutica capaz de suprir as necessidades medicamentosas da população, sobretudo no Nordeste, onde a população carente além de possuir dificuldades para obter os medicamentos convencionais, também adoece muito mais (MATOS, 1998).

Com o processo de descentralização do sistema público de saúde, os poderes públicos locais possuem autonomia para implantarem os sistemas de assistência farmacêutica necessários, de modo que alguns estados brasileiros, através das secretarias de saúde estaduais e municipais, vêm realizando nas duas últimas décadas a implantação da fitoterapia na atenção primária à saúde das comunidades locais (VIANA, 2002).

A experiência mais antiga, que estimulou a criação de programas de fitoterapia em todo o país, foi o Programa Farmácias Vivas. Em 1983, o Professor Francisco José de Abreu Matos, através da UFC, começou a implantar o Projeto Farmácias Vivas, seguindo as recomendações da OMS. O projeto foi planejado para atuar como um programa de Assistência Social Farmacêutica aplicado a pequenas comunidades carentes de atendimento de serviços de saúde pública, cuja execução exige a colaboração interativa entre o médico, o farmacêutico e o agrônomo, e visa promover o emprego correto de plantas com ação terapêutica comprovada aliada a um baixo custo operacional. Um recurso bastante útil no atendimento às localidades onde a assistência médico-farmacêutica tem sido difícil e os níveis de mortalidade mantidos acima da média nacional (MATOS, 1998).

O projeto original consistia em instalar nas comunidades as chamadas “farmácias vivas”, que são pequenas hortas para o cultivo de plantas medicinais validadas sob normas rígidas de base científica. Para o preparo dos medicamentos, foi desenvolvida metodologia apropriada. Tais fitoterápicos eram produzidos a partir de plantas frescas, na forma de preparações caseiras ou de fórmulas farmacêuticas, em pequenas oficinas e em função da ação direta ou indireta do farmacêutico. A escolha das plantas era baseada na sua eficácia comprovada pela própria UFC (e por monografias existentes sobre o assunto), tendo sido selecionadas 52 espécies em todo o estado do Ceará. (MATOS, 1998).

De acordo com Matos (1998), cinco setores integraram o projeto:

- 1) Seleção das espécies através da captação, arquivamento e organização de banco de dados e das informações a serem distribuídas sobre o cultivo e uso correto das plantas;
- 2) Coleta de plantas medicinais no campo para sua introdução no horto, identificação taxonômica, domesticação, produção de mudas e de material para estudo experimental;
- 3) Instalação e assessoramento das “farmácias vivas” constituídas de hortas medicinais complementadas pelas oficinas farmacêuticas de nível artesanal ou farmacotécnico, à disposição de comunidades privadas ou governamentais interessadas;
- 4) Treinamento de pessoal de primeiro, segundo e terceiro graus, pertinentes às áreas de conhecimento agrônomo e farmacêutico, aplicado ao uso de plantas medicinais;
- 5) Editoração e distribuição dos impressos de orientação do uso correto de plantas medicinais da região.

Um dos estímulos para este planejamento foi a idéia de aproveitar o conhecimento sobre as plantas da região, acumulados durante décadas de estudos na UFC (MATOS, 1998). A Universidade Federal do Ceará tem contribuído para o

entendimento e melhor utilização das plantas de uso popular através do estudo de sua toxicidade e características farmacológicas. O Departamento de Fisiologia e Farmacologia, através da Unidade de Farmacologia Clínica da UFC, vem caracterizando farmacologicamente, por meio de pesquisas pré-clínicas e clínicas, diversas plantas medicinais que apresentam um potencial de uso como fitoterápico (MORAES, 2001).

A partir da criação do Programa Farmácias Vivas na capital, os municípios de todo o Estado do Ceará passaram a implantá-lo em suas comunidades, sob a assessoria do Professor Francisco Jose de Abreu Matos (UFC). Até o ano 2000, dos 184 municípios que compõem o Ceará, 44 (21%) apresentavam horto de plantas medicinais cientificamente validadas e oficina de manipulação de fitoterápicos (SILVA, 2000).

O projeto Farmácias Vivas da UFC se tornou referência para outras faculdades de Farmácia do nordeste brasileiro e, posteriormente, se estendeu para todo o Brasil. A Universidade Federal da Paraíba (UFPB), após 10 anos de pesquisas com fitoterápicos, começou a implantar o projeto no seu Hospital Universitário em 1997 (OLIVEIRA, 1997). Uma outra experiência de sucesso, foi o projeto de Fitoterapia da cidade de Campinas-SP, implantado na rede pública de saúde a partir de 1990, no Centro de Saúde Joaquim Egídio, da Secretaria Municipal de Saúde. O projeto propõe o resgate cultural do saber da população e orientar o uso correto das plantas medicinais, com a transmissão e repasse do conhecimento científico tanto para os profissionais de saúde como para a população. No Rio de Janeiro existe um Programa Municipal de Fitoterapia que funciona desde 1996 e tem sido bem aceito, tanto pelos pacientes como pelos médicos. A matéria-prima é cultivada em hortas sem uso de adubos químicos ou agrotóxicos, e com ela são produzidos xaropes, tinturas, géis, cremes, pomadas, óvulos vaginais e outras formulações com indicações antiinflamatória, hipotensora, tranqüilizante, antidispéptica e protetora gástrica, dentre outras (DAHER, 2002).

De acordo com Matos (1998), esse conjunto de ações realizadas na produção de fitoterápicos pelas Farmácias Vivas torna possível o emprego terapêutico do princípio ativo das plantas, sem que seja preciso aplicar os onerosos processos necessários à sua extração, isolamento e purificação. O fluxograma apresentado na figura 2 resume esta seqüência de operações e mostra o caminho mais curto, idealizado para se chegar ao medicamento da Farmácia Viva.



Figura 2. Fluxograma das etapas de desenvolvimento de medicamentos com o caminho simplificado para os remédios da Farmácia Viva
Fonte: MATOS (1998).

1.7.2. O Programa de Fitoterapia do Estado do Ceará

Em 1995, o Estado do Ceará, através do Departamento de Assistência Farmacêutica da secretaria de Saúde, implantou o Programa Estadual de Fitoterapia, em consonância com o projeto Farmácias Vivas da UFC. Em 1997 foi criado o Centro Estadual de Fitoterapia, que objetiva integrar as ações de Fitoterapia, complementando as ações de Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde, oferecendo apoio aos municípios e instituições interessadas na implantação do Programa. O apoio consiste na distribuição de mudas; produção de fitoterápicos; capacitação de recursos humanos nas diversas áreas envolvidas, disponibilizando material técnico-científico e informativo aos profissionais de saúde, usuários e à população em geral (SILVA, 2000).

Desta forma, o Programa do Estado apresenta como uma de suas metas nivelar todos os municípios sob suas normas e supervisão, mesmo aqueles que implantaram a Farmácia Viva antes de sua criação, visando com isso, o fortalecimento da Fitoterapia no Estado do Ceará. Para tanto, conta com a parceria de vários seguimentos e setores do governo: Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria do Trabalho e Ação Social, Secretaria da Ciência e Tecnologia, além do Centro de Pesquisa da UFC e ONG'S, juntamente com o apoio técnico do Comitê Estadual de Fitoterapia do Ceará – COMEF-CE (SILVA, 2000).

Os critérios do Programa de Fitoterapia do Estado para a implantação do Programa Farmácias Vivas nas comunidades se baseiam nas coordenadas do projeto original. Os requisitos exigidos pelo Estado são (SILVA, 2000):

- Elaborar um Projeto e encaminhar ao Centro Estadual de Fitoterapia para avaliação técnica;
- Cadastrar o município no Centro Estadual de Fitoterapia;
- Dispor de infra-estrutura tecnicamente viável;
- Área física adequada para a construção de um horto, onde serão cultivadas as plantas validadas cientificamente e preconizadas pelo estado (25 espécies);

- Local acessível e com água potável;
- Área para manipulação dos Fitoterápicos (laboratório-oficina) de acordo com os critérios estabelecidos pela legislação vigente;
- Equipe multidisciplinar, constituída de: Farmacêutico para coordenar o programa e/ou manipular os medicamentos, agrônomo ou técnico agrícola, médico, enfermeiro, e auxiliares (jardineiros, auxiliar de laboratório, e a gentes de saúde).

Em seguida, em 1998 foi instalado o Comitê Estadual de Fitoterapia, em 12 de julho de 1999. O projeto lei Nº 0045/99 regulamentou a política de Implantação de Fitoterapia em Saúde Pública do Estado do Ceará, e no ano de 2000 foi criada a Célula de Desenvolvimento Tecnológico e Produção de Fitoterápicos.

1.8. O Programa Farmácias Vivas no Município de Maracanaú

A implantação do Projeto Farmácias Vivas em Maracanaú ocorreu há cerca de 10 anos e foi realizada através da Universidade Federal do Ceará sob a supervisão do Professor José de Abreu Matos. Atualmente, o projeto está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e tem se destacado pela organização, abrangência e funcionalidade (ANDRADE, 2000) (Figuras 3 e 4). Sua estrutura básica é composta por: um (01) horto com 40 canteiros, para o cultivo das plantas medicinais; uma (01) oficina farmacêutica, também chamada de laboratório de manipulação, para a produção dos medicamentos fitoterápicos (além de outras especialidades farmacêuticas), que conta com a presença de 10 funcionários, dentre eles, dois profissionais farmacêuticos; e um sistema de distribuição dos produtos, que utiliza as Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (ANDRADE 2000).



Figura 3: Laboratório de Produção de Medicamentos – Farmácia Viva, Maracanaú, 2002.



Figura 4: Laboratório de Produção de Medicamentos (Painel da Visão Interna) - Farmácia Viva, Maracanaú, 2002.

Com o intuito de melhor atender a população do município, no laboratório de manipulação dos fitoterápicos existe também a produção de fórmulas magistrais e oficinais permitidas pela Farmacopéia Brasileira, bem como a produção de saneantes e desinfetantes utilizados na Secretaria Municipal de Saúde (ANDRADE, 2000).

A seguir, são descritos os medicamentos fitoterápicos e demais especialidades farmacêuticas produzidas (ANDRADE, 2000):

1. Produtos Fitoterápicos: Antisséptico bucal, Cápsula de Maracujá, Creme Vaginal de Aroeira, Gotas Estomacais, Cápsulas de Hortelã, Gotas de Hortelã, Mastruço Gel, Cápsulas de Mentrasto, Pomada Cicatrizante de Confrei, Romã Gel, Tintura de Alecrim Pimenta, Tintura de Torém, e Xarope Expectorante (Quadro 1 e Anexo V).

2. Especialidades Farmacêuticas: Adoçante Dietético Sacarina Sódica 20% (gotas), Benzoato de Benzila (emulsão), Carbonato de Cálcio (cápsulas 500mg), Cloreto de Potássio a 6% (solução oral), Mebendazol 100mg (cápsula), Mebendazol 250mg (cápsula), Sulfato Ferroso (gotas 3%).

3. Produtos Oficinais: Acido Acético Diluído, Água Boricada, Álcool Boricado, Carbonato Oto Solução, Cloreto de Sódio 0,9%, Gotas antiespasmódicas, Gotas nasais de efedrina, Laxol, Lugol, Pasta D'água, Permanganato de Potássio, Pomada de Salicilato de Metila, Pomada de Vaselina Salicilada a 5%, Reenvasamento do Óleo Mineral, Salicilato de Metila (solução oleosa a 5%), Solução Antimicótica, Tiabendazol Pomada, Violeta de Genciana, Vick Farmácia Viva.

4. Produtos Cosméticos: Creme de Uréia, Loção Contra Axilose, Óleo Antisséptico, Sabonete Líquido de Alecrim Pimenta.

5. Produtos Saneantes e Antissépticos: Álcool iodado a 2%, Desinfetante Farmácia Viva, Hipoclorito de Sódio a 2,5%, Sabão Líquido Detergente.

6. Produtos em Estudo: Xarope de Ararás.

Quadro 1. Medicamentos Fitoterápicos produzidos em Maracanaú: plantas utilizadas, partes usadas, ações farmacológicas, indicações terapêuticas, apresentações e formas de administrações – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.

Produto Fitoterápico	Planta Utilizada	Parte Utilizada	Ação Farmacológica	Indicação Terapêutica	Apresentação	Administração
Antisséptico Bucal (uso externo)	• Alecrim Pimenta (<i>Lippia sidoides</i> C.) • Alfavaca (<i>Ocimum ratissimum</i> L.)	Folhas	Antisséptico	Aftas, mau hálito, inflamações da boca e garganta.	Frasco de 60ml	Diluir 1 colher de sopa em ½ copo de água, fazer bochechos e gargarejos
Cápsulas de Maracujá (uso interno)	• Maracujá (<i>Passiflora edulis</i> Sims)	Folhas	Calmante	Irritações e insônia	Frasco com 20 cápsulas	02 cápsulas de preferência à noite
Creme Vaginal de Aroeira (uso externo)	• Aroeira (<i>Miracrodruon urundeuva</i> Fr.ALL)	Entrecasca	Antiinflamatório e cicatrizante	Inflamações ginecológicas	Bisnaga de 50g + aplicador	A critério médico
Elixir de Aroeira (uso interno)	• Aroeira (<i>Miracrodruon urundeuva</i> Fr.ALL)	Entrecasca	Antihistamínica e antibradicinínica	Gastrite e ulcera gástrica	Frasco de 100ml	1 colher de sobremesa 03 vezes ao dia
Gotas Estomacais (uso interno)	• Malva Santa (<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.)	Folhas	Estomáquico, hipossecrator gástrico	Azia, má digestão e ressaca	Frasco contagotas de 30ml	20 a 40 gotas na hora do incômodo o ate 3 vezes ao dia
Hortelã Rasteira Cápsulas (uso interno)	• Hortelã Rasteira (<i>Mentha villosa</i> Huds)	Folhas	Amebicida e giardicida	Amebíase e giardíase	Envelope com 30 cap. de 250mg	Até 12a: 3 cáp/dia – 5d Adultos: 6 cáp/dia – 5d Obs: repetir após 10d
Hortelã Rasteira Gotas (uso interno)	• Hortelã Rasteira (<i>Mentha villosa</i> Huds)	Folhas	Amebicida e giardicida	Amebíase e giardíase	Frasco contagotas de 30ml	Criança: 25gts 3xdia-5d Adulto: 50gts 3x dia-5d Obs: repetir após 10d

Produto Fitoterápico	Planta Utilizada	Parte Utilizada	Ação Farmacológica	Indicação Terapêutica	Apresentação	Administração
Mastruço Gel 10% (uso externo)	• Mastruço (<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>)	Folhas	Antiinflamatório	Tombos e luxações	Pote com 30 grs	Massagem suave sobre os trombos
Mentrasto Cápsulas (uso interno)	• Mentrasto (<i>Ageratum conyzoides L.</i>)	Folhas	Antiinflamatório e analgésico	Artrite, artrose, analgesia, cólicas menstruais, inflam. dentárias	Pote com 20 cápsulas	02 a 06 cápsulas ao dia
Pomada cicatrizante de Confrei (uso externo)	• Confrei (<i>Symphytum officinale</i>)	Folhas	Cicatrizante, anti-irritante, hidratante e removedor de tecido necrosado	Ferimentos, queimaduras, úlcera varicosa	Pote com 30 grs	Aplicar 1 a 2 vezes ao dia na região afetada
Romã Gel (uso externo)	• Romã (<i>Punica granatum L.</i>)	Casca do fruto	Antivirótica	Herpes e aftas	Pote com 30 grs Gel a 10%	Massagear o local afetado
Tintura de Alecrim Pimenta (uso interno)	Alecrim Pimenta (<i>Lippia sidoides C</i>)	Folhas	Antisséptico	Antissepsia (pele, garganta) e compressas	Frasco de 60ml	Aplicação direta ou gargarejos (1 parte para 2 de água).
Tintura de Mororó Gotas (uso interno)	• Mororó (<i>Bauhinia forficata L.</i>)	Folhas	Hipoglicemiante	Hipoglicemiante na Diabetes	Frasco de 30ml	30 gts em jejum, com acompanhamento médico.
Tintura de Torém Gotas (interno)	• Torém (<i>Cecropia spp</i>)	Folhas	Antihipertensivo e diurético	Hipertensão	Frasco de 30ml	30 gts em jejum, com acompanhamento méd.
Xarope expectorante (uso interno)	•Guaco (<i>Mikania glomerata Spreng</i>) •Malvariço (<i>Plectranthus amboinicus Lour</i>)	Folhas	Expectorante e broncodilatador	Bronquite, gripes, resfriados e asma	Frasco de 100ml	Crianças: 1 colher de sobremesa 3 a 4 X/dia Adulto: 1 colher de sopa 3 a 4 X/dia

Fonte: Memento Farmacêutico , Prefeitura Municipal de Maracanaú, Secretaria de saúde-Setor de Assistência Farmacêutica – 2000.

Todas as plantas utilizadas (Anexo IV) na produção de medicamentos fitoterápicos foram selecionadas com base em trabalhos científicos que comprovam as suas ações terapêuticas (MATOS, 1998). A produção dos medicamentos fitoterápicos funciona da seguinte maneira:

1. As plantas medicinais cientificamente validadas são cultivadas no horto municipal (Figuras 5 e 6), sob a administração de técnicos em jardinagem. Não há a participação do profissional agrônomo no cultivo das mesmas em Maracanaú;
2. Em seguida, as plantas são coletadas de maneira adequada ao melhor aproveitamento dos princípios ativos e enviadas ao laboratório de manipulação (Figuras 2, 3, e 7), onde são produzidos os medicamentos fitoterápicos (dentre outros citados);
3. Do laboratório, os medicamentos fitoterápicos são enviados às Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF), de onde são distribuídos à população como uma alternativa terapêutica de saúde pública no município.



Figura 5: Horto de Plantas Medicinais - Maracanaú, 2002.



Figura 6: Horto de Plantas Medicinais, com a presença de jardineiros - Maracanaú, 2002.



Figura 7: Laboratório de Manipulação de Medicamentos - Etiquetamento dos Medicamentos fitoterápicos - Farmácia Viva, Maracanaú, 2002.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Descrever a utilização e conhecimento sobre fitoterápicos entre os usuários e profissionais de saúde das Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família no município de Maracanaú-Ceará.

2.2. Objetivos Específicos

- Quantificar os medicamentos fitoterápicos nas prescrições das Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família do município de Maracanaú, que foram selecionadas para o estudo;
- Estimar o uso de fitoterápicos por variáveis socioculturais e econômicas dos pacientes atendidos nas UBASF de Maracanaú;
- Investigar os fatores que podem contribuir ou interferir na utilização desses medicamentos pela população usuária e profissionais de saúde;
- Investigar o conhecimento dos usuários e profissionais prescritores acerca da Fitoterapia e de suas repercussões nas práticas ambulatoriais.

JUSTIFICATIVA

3. JUSTIFICATIVA

Vários estudos demonstram, no mundo todo, o distanciamento progressivo aos medicamentos alopáticos, devido aos seus elevados custos e efeitos nocivos freqüentes, bem como o crescente interesse por plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Embora a literatura científica seja rica em estudos sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais e repercussões de venda de medicamentos fitoterápicos em todo o mundo, estudos que analisam a utilização de medicamentos fitoterápicos pela população usuária e por profissionais prescritores, levando-se em consideração características socioeconômicas e culturais, são escassos na literatura científica.

Como contribuição sobre esse entendimento, o presente trabalho combina técnicas quantitativa e qualitativa de pesquisa, com uma abordagem antropológica, para investigar a prática da Fitoterapia no município de Maracanaú, sob uma óptica social, cultural e terapêutica dos usuários e prescritores das Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família. Tal estudo servirá como fonte de referência para que o município de Maracanaú, bem como outros municípios do estado do Ceará e de todo o Brasil, possam conhecer as vantagens e limitações da adoção da Fitoterapia nos serviços de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

4.1. Desenho do Estudo

O presente estudo está inserido no campo da Farmacoepidemiologia, caracterizando-se como um Estudo de Utilização de Medicamentos, com um enfoque específico para o uso de medicamentos fitoterápicos numa comunidade.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, que utiliza técnicas quantitativa e qualitativa de pesquisa, realizado em dois momentos consecutivos. A primeira etapa do estudo foi realizada no período de 05 de agosto a 13 de setembro de 2002; a segunda se sucedeu nos meses de dezembro de 2002, janeiro e fevereiro de 2003:

Etapa 1: Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF): Compreende um estudo de utilização de medicamentos fitoterápicos realizado com pacientes atendidos em 06 (seis) UBASF do Município de Maracanaú, que responderam às questões referentes ao uso de fitoterápicos. Esta etapa foi realizada com o objetivo de determinar o percentual de fitoterápicos nas prescrições incluídas no estudo, bem como traçar o perfil dos usuários que participaram do estudo.

Etapa 2: Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a Respeito da Fitoterapia: Realização de um estudo com usuários selecionados dentre participantes da etapa 1 e com os profissionais que prescrevem medicamentos fitoterápicos nas UBASF. Tal etapa foi realizada visando investigar os fatores que podem contribuir ou interferir na utilização de medicamentos fitoterápicos pela população usuária e profissionais prescritores, bem como investigar os conhecimentos e práticas dos mesmos acerca da Fitoterapia e de suas repercussões nas práticas ambulatoriais.

4.2. Local do Estudo

4.2.1. Aspectos Geográficos e Demográficos

O estudo foi realizado no município de Maracanaú (figura 9), que está localizado ao nordeste do estado, a 19 km de Fortaleza. É limitado ao norte pelos municípios de Fortaleza e Caucaia, ao sul, por Maranguape e Pacatuba, ao leste, por Pacatuba e Fortaleza e ao oeste, por Maranguape e Caucaia (IPLANCE, 2000).

Possui uma população total de 179.732 habitantes, sendo 179.170 (99,68%) em área urbana e 562 (0,32%) em rural, distribuídos em uma área total de 98,1 km² (IBGE, 2000).

4.2.2. Aspectos Econômicos e Educacionais

A economia do município advém dos setores de agropecuária (0,12% do PIB-1998), Indústria (84,93%), e serviços (14,95%) (IPLANCE, 2000).

Maracanaú possui 134 estabelecimentos de ensino fundamental, com 54.004 matrículas realizadas no ano 2000, e 17 estabelecimentos de ensino médio, com 9.688 matriculados no mesmo ano. (IPLANCE, 2000).

4.2.3 Aspectos Sanitários

Maracanaú apresenta 42.263 domicílios permanentes, dos quais 19.385 possuem banheiro ou sanitário (esgotamento sanitário), e 35.538 dispõem de abastecimento de água geral. A coleta do lixo é realizada em 38.032 dos domicílios permanentes (IBGE 2000).

4.2.4. Aspectos da Saúde

O município apresenta um total de 25 Unidades ligadas ao Sistema Único de Saúde, sendo 01 estadual, 19 municipais, 02 privadas e 03 filantrópicas. Os profissionais cadastrados em Unidades de entidades públicas e privadas se distribuem em 248 médicos, 37 dentistas, 62 enfermeiros, 37 outros profissionais de saúde de nível superior, 157 agentes comunitários e 241 outros profissionais de saúde de nível médio (Secretaria Estadual da Saúde-SESA, 1998).

O Programa Saúde da Família (PSF) de Maracanaú assiste em torno de 42.000 famílias, totalizando uma população média de 180.200 pessoas assistidas. Conta com os serviços profissionais de, aproximadamente, 42 médicos, 42 enfermeiros, 20 dentistas e 180 agentes de saúde, de acordo com a Secretaria de Saúde de Maracanaú (2002). Os médicos, enfermeiros e dentistas atendem nas UBASF de segundas às sextas-feiras, nos turnos diurnos e vespertinos, prestando serviços diversos à comunidade (Anexo VI). No município de Maracanaú existe uma Portaria que permite que o profissional enfermeiro prescreva determinadas especialidades farmacêuticas, dentre elas, os medicamentos fitoterápicos.

A administração do PSF é realizada através de seis (06) Áreas de Vigilância de Saúde (AVISA). Cada AVISA está responsável pela administração, vigilância e organização de um número fixo de Unidades Básicas de Assistência à Saúde da Família (UBASF), conforme a seguinte distribuição (Anexo VI):

- AVISA I: 05 UBASF
- AVISA II: 02 UBASF
- AVISA III: 03 UBASF
- AVISA IV: 02 UBASF
- AVISA V: 01 UBASF
- AVISA VI: 04 UBASF

Cada UBASF está responsável por uma área de cobertura (bairros), para a qual fornece diversos serviços de saúde à população adulta e infantil cadastrados no programa. Os Agentes de saúde promovem o cadastro das famílias, de acordo com o bairro onde residem, para receberem atendimento médico, bem como medicamentos. Todas as UBASF possuem uma determinada quantidade de equipes de PSF, que varia de 01 a 05 equipes (Anexo VI), de acordo com o número de

bairros, e conseqüentemente, da quantidade de famílias cadastradas. As equipes de PSF são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e agentes de saúde.

Todas as UBASF possuem uma farmácia onde os medicamentos são distribuídos à comunidade, inclusive os fitoterápicos, e contam com a atividade profissional de estagiários do curso de Farmácia e funcionários de nível médio.

4.3. Seleção da Amostra

Etapa 1 - Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas UBASF:

De cada AVISA nós selecionamos uma UBASF (Mapa 1), aquela que apresentava o maior número de equipes de PSF e, conseqüentemente, maior demanda de pacientes (dado previamente confirmado nos registros de atendimentos das UBASF). No total, foram selecionadas 06 (seis) UBASF para a realização do estudo (Anexo VI). Este procedimento foi realizado com a finalidade de uma melhor distribuição geográfica da amostra de pacientes.

Para a seleção da amostra dos pacientes, foram utilizados os seguintes critérios: em cada UBASF, foram selecionados todos os pacientes maiores de 18 anos, residentes no município de Maracanaú, que se dirigiram às farmácias portando prescrição médica (própria, para filho ou neto) contendo pelo menos um medicamento fitoterápico.

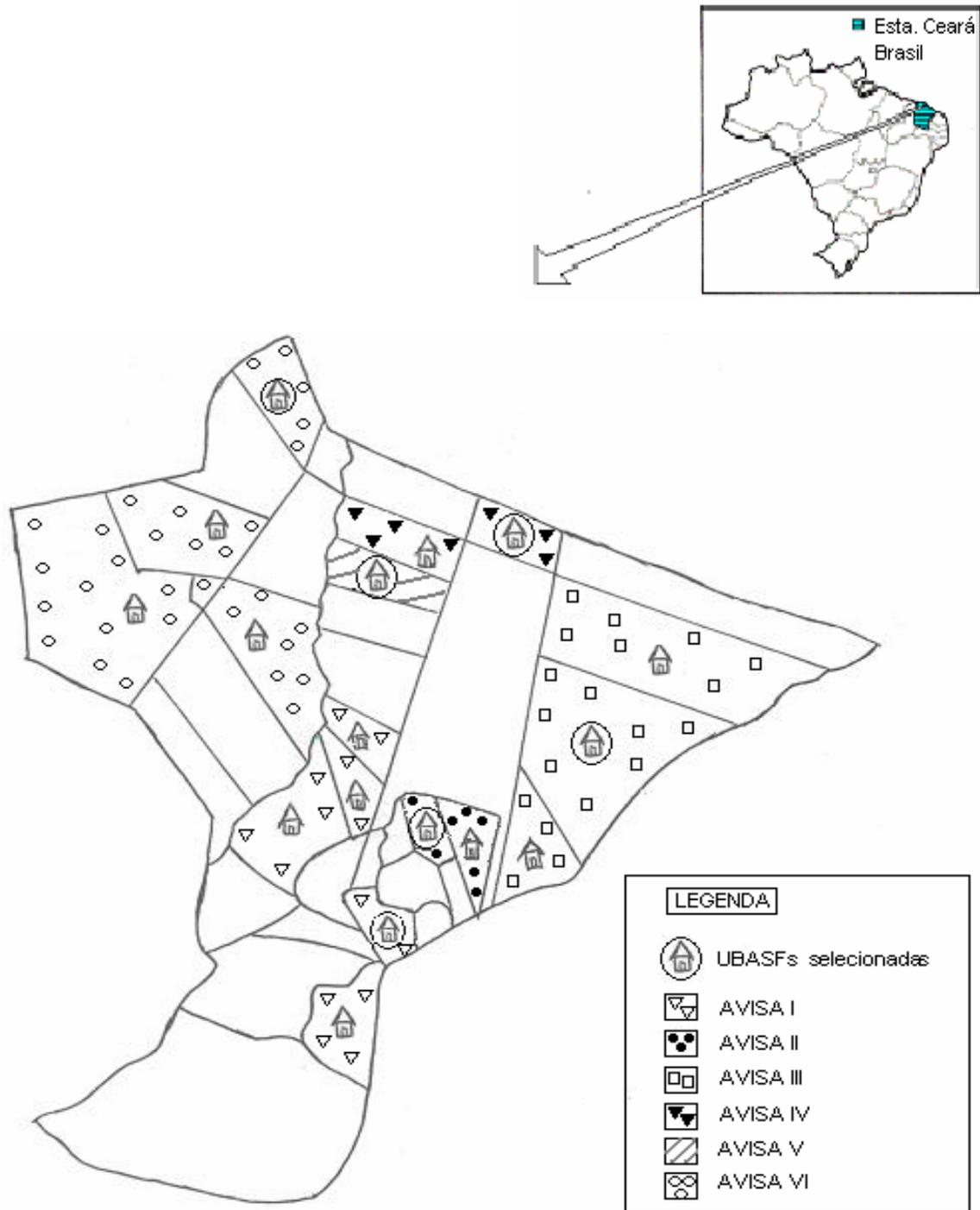
Dentre um total de 1.095 pacientes atendidos durante o período de coleta dos dados, 235 usuários satisfizeram os critérios de seleção. Dentre estes, 09 pacientes foram considerados como “perda de amostra” (o usuário não finalizou a entrevista, retirou-se do local antes da entrevista, ou não aceitou participar do estudo), e 226 concordaram em participar do estudo, os quais assinaram um termo de consentimento para a realização da entrevista. Os pacientes foram entrevistados após serem atendidos nas farmácias e as informações contidas nas prescrições foram registradas em formulários para análise. Foram excluídos os usuários menores de 18 anos e aqueles com prescrições para terceiros.

Etapa 2 - Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a respeito da Fitoterapia:

Em estudos qualitativos, podem ser utilizadas como amostragem, as chamadas '*amostras intencionais*', ou seja, fazem parte da amostra os casos que detenham muitas informações sobre o tema. Desta forma, o presente estudo utilizou *uma amostragem intencional com critérios*, isto é, foram selecionados indivíduos possuidores de amplas informações e que estivessem dentro dos critérios previamente definidos (PATTON, 1990).

Desta forma, dentre os 48,7% (n=110) usuários entrevistados na primeira etapa, que sabiam que o médico havia prescrito medicamento fitoterápico, (vide resultados da primeira etapa do estudo), foram selecionados aleatoriamente, mediante sorteio do número de identificação dos questionários, 2 usuários de cada UBASF (totalizando 12 entrevistados), para a realização do estudo domiciliar. Em relação aos profissionais prescritores, foram selecionados, aleatoriamente, 01 médico e 01 enfermeiro de cada UBASF (totalizando 12 profissionais prescritores). As entrevistas foram realizadas nas próprias UBASF, nos consultórios dos respectivos profissionais. Como critério de seleção, foi pré-estabelecido que os prescritores trabalhassem regularmente nas UBASF selecionadas.

No total, foram entrevistados 12 usuários e 12 profissionais prescritores (sendo 06 médicos e 06 enfermeiros), cujos perfis satisfizeram os critérios de seleção. Este número foi escolhido após os discursos atingirem a *saturação teórica*. Ou seja, quando exploradas todas as fontes potenciais de variação nos discursos, nenhuma nova informação possa ser descoberta com novas entrevistas, conforme preconizado por vários autores (PATTON, 1990; MINAYO, 1993). Porém, é válido ressaltar que a saturação teórica não consiste em critério obrigatório (SCHRAIBER, 1995).



Mapa 1. Município de Maracanaú -Ce / Seleção das Unidades Básicas de Assistência à Saúde da Família (UBASF).

Fonte: Adaptado da Secretaria de Saúde de Maracanaú / 2003

4.3.1. Características das UBASF Seleccionadas para o Estudo

AVISA I. João Pereira de Andrade (JPA) – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA I, localizada à Avenida Capitão Waldemar Lima, s/n, Boa Vista. Apresenta quatro (04) equipes do Programa Saúde da Família, onde, um total de 04 médicos, 04 enfermeiros, 04 auxiliares, em torno de 16 agentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 05 localidades distintas: o Centro da cidade, e os bairros Boa Vista, Bela Vista, Jereissat II (em parte) e Alto da Mangueira. A unidade assiste a cerca de 5000 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 190 pacientes/dia.

AVISA II. Elias Boutala Salomão – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA II. Está localizada à Avenida III, s/n, Jereissat I. Apresenta cinco (05) equipes de PSF, onde, um total de 05 médicos, 05 enfermeiros, 05 auxiliares, em torno de 20 a gentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 02 bairros distintos: Jereissat I e Jereissat II (em parte). A Unidade assiste a cerca de 6500 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 220 pacientes/dia.

AVISA III. Pajussara – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA III, localizada à Rua Beatriz Calixto, s/n, Pajussara. Apresenta três (03) equipes de PSF, onde, um total de 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 auxiliares, em torno de 12 a gentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 03 bairros distintos: Pajussara, Boa Esperança e Alto da Bonança. A unidade assiste a cerca de 3500 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 100 pacientes/dia.

AVISA IV. Senador F. Távora (Industrial) – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA IV, localizada à Avenida Contorno Sul, s/n, Industrial. Apresenta três (03) equipes de PSF, onde, um total de 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 auxiliares, em torno de 18 a gentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 04 bairros distintos: Industrial, Esplanada Mudubim, Cidade

Nova e Parque Novo Mudubim (em parte). A unidade assiste a cerca de 3700 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 120 pacientes/dia.

AVISA V. Juarez I. Araújo – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA V, localizada à Avenida Central, s/n, Novo Oriente. Apresenta três (03) equipes de PSF, onde, um total de 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 auxiliares, em torno de 15 a gentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 04 bairros distintos: Novo oriente, Vila da Paz, Acaracuzinho, e Alto Alegre. A unidade assiste a cerca de 3600 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 130 pacientes/dia.

AVISA VI. Alarico Leite – UBASF de Maracanaú sob coordenação geral da AVISA VI, localizada à Rua Patativa do Assaré, s/n, Parque São João. Apresenta quatro (04) equipes de PSF, onde, um total de 04 médicos, 04 enfermeiros, 04 auxiliares, em torno de 20 a gentes de saúde e 02 dentistas prestam serviços de saúde à população de 04 bairros distintos: Parque São João, Siqueira II, Jardim Jatobá e Parque Jarí. A unidade assiste a cerca de 6000 famílias cadastradas no PSF. O atendimento médio (médicos + enfermeiros) é de 200 pacientes/dia.

4.4. Instrumento de Coleta de Dados e Descrição das Variáveis

Etapa 1 - Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas UBASF:

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado e previamente testado (etapa piloto) para entrevistar os usuários nas UBASF (Anexo I), que constava de duas partes: A primeira parte destinou-se aos dados referentes ao perfil de identificação do usuário, e a algumas características sobre o uso de medicamentos fitoterápicos. A segunda parte destinou-se aos dados relativos a prescrição do medicamento fitoterápico. Alguns critérios foram utilizados para definir determinadas variáveis relativas a essa fase do estudo. A seguir,

apresentamos um resumo dessas informações:

- **Sexo:** Foram considerados os usuários de ambos os sexos;
- **Idade:** Participaram do estudo apenas usuários com idade igual ou superior a 18 anos;
- **Escolaridade:** A escolaridade foi classificada de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que classifica a escolaridade em três tipos de ensino: Ensino fundamental, ensino médio e o ensino superior, sendo que o ensino médio engloba o técnico e/ou pedagógico;
- **Identificação do medicamento fitoterápicos:** Buscou-se conhecer o grau de identificação dos medicamentos fitoterápicos pelos usuários utilizando os termos “remédio feito de planta” e “remédio da Farmácia Viva” (vide etapa piloto);
- **Orientação médica quanto ao uso do medicamento fitoterápico:** As informações referentes à orientação médica foram obtidas através dos usuários, sendo consideradas também as respostas com terminologias diferentes.
- **Fonte de informação para a utilização do medicamento fitoterápico:** Foram considerados como fonte de informação para o uso do fitoterápico todos os indivíduos citados pelos usuários como primeira fonte de informação;
- **Tempo de uso dos medicamentos fitoterápicos:** O tempo de uso foi calculado em meses e convertido para anos, a partir da data da primeira utilização dos medicamentos fitoterápicos. Para aqueles que sabiam que estavam tomando “remédios feitos de plantas”, fez-se a seguinte pergunta: “O (a) Sr(a) já usou remédios feitos de plantas antes?” Para aqueles que não tinham esse conhecimento, a pergunta foi direcionada apenas para o fitoterápico que o paciente estava recebendo (o medicamento foi apontado ao usuário pelo entrevistador).

● Opinião quanto ao fitoterápico: As opiniões dos usuários referentes ao medicamento fitoterápico não foram codificadas, tendo sido registradas de maneira fiel às expressões referidas pelos entrevistados;

● Medicamentos fitoterápicos prescritos: Foram considerados todos os medicamentos fitoterápicos prescritos, mesmo aqueles não dispensados aos usuários por estarem faltando nas farmácias das UBASF.

Etapa 2 - Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a respeito da Fitoterapia :

O material (discursos) para o estudo em profundidade sobre a fitoterapia foi coletado mediante entrevista *semi-estruturada*, a qual possui como fio condutor um roteiro previamente elaborado, contendo questões inerentes aos objetivos propostos para o estudo, que definem a área a ser explorada. Essa técnica é denominada de *semi-estruturada* porque não pode ser definida como *estruturada*, pois não utiliza questões fechadas, com respostas pré-determinadas. Por outro lado, também não pode receber o título de *não-estruturada*, visto que não é destituída completamente de estrutura. É uma técnica que utiliza perguntas abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, o qual pode divergir das perguntas a fim de perseguir mais detalhadamente uma idéia ou uma resposta (MINAYO, 1993). As entrevistas foram registradas em um micro-gravador, utilizando-se fitas magnéticas de 60 minutos cada. Em seguida, foram transcritas manualmente, armazenadas em computador e posteriormente analisadas.

⇒ Inquérito com os Usuários: O instrumento utilizado consistiu de um questionário dividido em três partes (Anexo II): para a primeira parte, fez-se uso de questões estruturadas, pré-codificadas destinadas às características dos domicílios dos usuários. A segunda parte foi realizada utilizando-se questões abertas que se destinaram à classificação sócio-econômica da família. Para a última parte (estudo aprofundado), utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado que se destinou ao conhecimento dos usuários acerca da Fitoterapia. Alguns critérios foram utilizados

para definir determinadas variáveis relativas a essa fase do estudo. A seguir, apresentamos um resumo dessas informações:

- **Características do domicílio:** Para o preenchimento do questionário relativo a esses dados, a entrevistadora observou os domicílios dos usuários selecionados e somente solicitava informação dos mesmos em caso de dúvida;

- **Escolaridade:** A escolaridade dos usuários foi classificada de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que classifica a escolaridade em três tipos de ensino: Ensino fundamental, ensino médio e o ensino superior, sendo que o ensino médio engloba o técnico e/ou pedagógico;

- **Renda familiar:** Os valores de renda fornecidos pelos usuários foram utilizados para calcular a renda média das famílias dos entrevistados;

- **Conhecimentos sobre a Fitoterapia:** As respostas referentes ao conhecimento dos fitoterápicos foram dadas através do discurso livre dos usuários, sem a interrupção ou influência da entrevistadora. Foram consideradas todas as informações que os usuários deram referentes ao roteiro da entrevista: opinião sobre remédio 'feito de planta'; a razão do uso de 'remédios à base de plantas; o nível de conhecimento sobre a Farmácia Viva; o cultivo de plantas caseiras; a primeira atitude tomada ao adoecer; relação entre formulação fitoterápica caseira e o fitoterápico industrializado.

⇒ **Inquérito com os Prescritores:** O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi dividido em duas partes (Anexo III): a primeira parte, consistiu de um questionário estruturado, pré-codificado destinado às características profissionais; a segunda parte, correspondeu a um roteiro de entrevista semi-estruturado que destinou-se ao conhecimento aprofundado dos profissionais prescritores acerca da Fitoterapia. Alguns critérios foram utilizados para definir determinadas variáveis relativas a essa fase do estudo. A seguir, apresentamos um resumo dessas informações:

- Tempo de formado: Foi considerado o tempo decorrido após o término da graduação;
- Tipos de pós-graduação: Foi classificada em *lato sensu* (residência, especialização) ou *estricto sensu* (mestrado e doutorado);
- Tempo de trabalho: Foi considerado o tempo de serviço prestado na UBASF na qual o prescritor foi entrevistado;
- Conhecimento sobre a Fitoterapia: As respostas referentes ao conhecimento dos fitoterápicos foram dadas através do discurso livre dos profissionais prescritores (médicos e enfermeiros), sem a interrupção ou influência da entrevistadora. Foram consideradas todas as informações que os prescritores deram referentes ao roteiro da entrevista: o fitoterápico mais prescrito; suas razões para prescrever; a opinião pessoal sobre a eficiência terapêutica do medicamento; opinião sobre o programa Farmácia Viva; a maneira pelo qual o mesmo obtém informações sobre o regime terapêutico correto; realização de cursos de Fitoterapia.

4.5. Etapa Piloto

Foi realizado um estudo piloto somente para a primeira fase do estudo, com o objetivo de testar o instrumento de pesquisa e verificar a viabilidade desta fase. A realização da etapa piloto ocorreu no período de 22 a 26 de julho de 2002, na UBASF Elias Boutala, no turno da manhã, com tempo de permanência de 4 horas. Tanto a UBASF como o turno foram escolhidos por possuírem maior fluxo de atendimentos.

Para a realização desta fase foram selecionados todos os pacientes, maiores de 18 anos, que se dirigiam à farmácia da UBASF em cuja prescrição continha medicamento(s) fitoterápico(s). Durante este período foram aplicados 40 questionários. Após a realização do piloto algumas perguntas do questionário foram reformuladas para incluir os termos utilizados pelos usuários: diante da dificuldade do

entendimento do termo “remédio fitoterápico” pela população, o mesmo foi substituído por “remédio de planta” ou “remédio da Farmácia Viva”. Observou-se ainda a necessidade de que todos os funcionários das farmácias (um ou dois em cada) fossem esclarecidos quanto aos procedimentos e objetivos da pesquisa e orientados a auxiliarem o pesquisador na realização das entrevistas.

4.6. Coleta de Dados Propriamente Dita

Etapa 1 - Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas UBASF:

A coleta dos dados para a primeira etapa foi realizada entre o período de 05 de agosto a 13 de setembro de 2002 (uma semana em cada UBASF), no turno da manhã, com tempo de permanência de 4 horas. Este turno foi escolhido após realização da etapa piloto, por possuir maior fluxo de atendimentos nas UBASF. Todos os pacientes maiores de 18 anos, com prescrição contendo medicamento fitoterápico (associado ou não à algum medicamento alopático) foram selecionados para o estudo.

A pesquisadora, após confirmar a presença de medicamento fitoterápico nas prescrições dos usuários, identificava-se e convidava os pacientes a participarem do estudo. Os usuários que aceitavam participar recebiam um breve esclarecimento sobre o estudo, assinavam um termo de consentimento e em seguida eram entrevistados pela própria pesquisadora, responsável pelo estudo. Todos os funcionários das farmácias se dispuseram a auxiliar no que fosse necessário para a realização da coleta dos dados e foram instruídos pela pesquisadora à realizarem a triagem dos pacientes. Quando algum paciente já estava sendo entrevistado, os funcionários solicitavam aos demais que aguardassem para serem entrevistados dentro de 5 ou 10 minutos (período de duração máxima das entrevistas). As entrevistas foram realizadas mediante questionários estruturados, contendo questões abertas e fechadas.

Etapa 2 - Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a respeito da Fitoterapia:

Todas as entrevistas realizadas (usuários e prescritores) foram aplicadas pelo próprio pesquisador, no período entre dezembro de 2002, janeiro e fevereiro de 2003.

⇒ Inquérito com os Usuários:

Nesta etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas nos domicílios dos usuários. Esta técnica de coleta de dados objetivou obter informações com uma abordagem mais aprofundada sobre a utilização de medicamentos fitoterápicos. Para os pacientes que não fossem localizados nos endereços registrados nos questionários sorteados dentre os participantes da primeira etapa da pesquisa (o que ocorreu com 02 usuários), utilizava-se o número de identificação posterior ao número sorteado, se este ainda não fosse localizado (ocorreu com 01 usuário), utilizava-se o número antecedente, e assim por diante.

Todos os usuários convidados aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram agendadas por contato telefônico ou pessoalmente com os sujeitos, conforme sua disponibilidade, e desenvolvidas mediante um termo de consentimento, em suas próprias residências, de modo a permitir que os mesmos se mantivessem à vontade e longe da influência da presença de pessoas que trabalhavam e/ou freqüentavam as UBASF.

Inicialmente foram explicados os objetivos e a importância da pesquisa, procurando estabelecer um ambiente de relacionamento agradável. O inquérito domiciliar permitiu também que a entrevistadora (pesquisadora) observasse o ambiente de residência dos usuários, de modo a facilitar a realização da análise dos dados, cujas inferências exigem além do que as palavras verbalizadas que os entrevistados podem oferecer (VÍCTORA, 2000). Estas entrevistas visaram investigar os fatores que podem contribuir ou interferir na utilização de medicamentos fitoterápicos pela população usuária, bem como investigar o conhecimento dos usuários acerca da Fitoterapia.

⇒ Inquérito com os Prescritores:

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, objetivando uma abordagem aprofundada sobre o conhecimento e uso da fitoterapia pelos prescritores. Todos os profissionais convidados aceitaram participar do estudo e assinaram um termo de consentimento. As entrevistas foram realizadas nos próprios consultórios dos prescritores, nas respectivas UBASF. Estas entrevistas visaram investigar o conhecimento dos prescritores acerca da Fitoterapia e suas repercussões nas práticas ambulatoriais.

4.7. Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir do questionário estruturado foram inseridos e analisados no programa EPI INFO vs. 6.04. A análise estatística descritiva foi realizada utilizando a média \pm o desvio padrão, como medida de tendência central; para a comparação das porcentagens foi utilizado o teste do qui-quadrado e o ANOVA para a comparação de médias. Considerou-se um intervalo de confiança de 95%, com margem de erro de 5% e nível de significância de $p < 0,05$.

4.7.1. Análise do conteúdo das entrevistas

As entrevistas foram identificadas com o seguinte código alfanumérico: para os usuários, a primeira letra consistiu em uma letra do alfabeto, servindo apenas como uma identificação inicial dos códigos; esta letra foi seguida de um número, que indicou a idade do paciente; e por último, foi usado um símbolo para a representação do sexo (♂= masculino; ♀= feminino) dos mesmos. Para os prescritores também foram utilizadas inicialmente letras do alfabeto, como identificações iniciais dos códigos; as quais foram seguidas de um número, que correspondeu ao tempo de graduação

decorrido do respectivo profissional; e por fim, também foram utilizados os símbolos representativos dos sexos (♂= masculino; ♀= feminino). Eventuais nomes de pessoas surgidos entre os discursos dos informantes foram substituídos por nomes de flores e/ou plantas, com o intuito de preservar a identidade das pessoas citadas.

Após a transcrição completa das entrevistas previamente gravadas, seguiu-se o tratamento dos dados, empregando-se a técnica qualitativa de análise de conteúdo (Bardin, 1979), na qual as narrativas dos informantes-chaves foram organizadas e indexadas na forma de dados não numéricos, permitindo a criação, o registro e a formulação de categorias analíticas, de acordo com os seguintes passos:

1. *Leituras flutuantes*: o pesquisador realizou leituras superficiais dessas transcrições, de modo a familiarizar-se com o material;

2. *Procedimentos exploratórios*: foram empregados de forma a permitir que hipóteses pudessem surgir. Uma análise qualitativa de um texto não induz (ou infere) suas categorias a partir da frequência (ou outras medições matemáticas) com que as unidades de análise aparecem. As induções decorrem da identificação de fenômenos clínicos, psicológicos e sociais associados às falas dos entrevistados.

3. *Categorização*: foram formuladas *categorias descritivas*, desmembrando-se e agrupando-se as entrevistas de acordo com os tópicos e questões, identificando-se tipos de comportamento diferentes entre os entrevistados; codificando as motivações e barreiras mencionadas pelos entrevistados e aquelas induzidas pelos pesquisadores.

4. *Tratamento dos resultados*: colocou-se em destaque as informações significativas, por meio da explanação de trechos dos discursos, os quais foram discutidos e interpretados por meio de induções decorrentes de fenômenos psicológicos, clínicos e sociais associados às falas dos entrevistados.

4.8. Questões Éticas

O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, liberado juntamente com a autorização da chefe do setor de Assistência Farmacêutica do município de Maracanaú. O acesso às UBASF foi obtido mediante autorização da Secretaria de Saúde do município de Maracanaú, bem como dos profissionais que chefiam as unidades selecionadas. As entrevistas foram realizadas com a devida permissão dos usuários e prescritores, mediante a assinatura de um termo de consentimento (Anexo), sendo garantido a todos o anonimato e o devido direito de escolha de participarem ou de desistirem a qualquer momento da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ETAPA I

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Estudo de Utilização de Fitoterápicos nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF).

5.1.1. Características dos Usuários de Fitoterápicos que Frequentam as UBASF

Do total de usuários de fitoterápicos atendidos nas UBASF do município de Maracanaú que participaram do estudo, o maior percentual ocorreu para pacientes do sexo feminino com 85,4% (n=193), e os 14,6% (n=33) restantes, para o sexo masculino (Tabela1). A média de idade dos usuários foi de 38 anos \pm 16,18, obtida a partir de uma faixa etária que variou entre a idade mínima de 18 anos e a máxima de 86 anos. Estratificando-se a média de idade por sexo, obteve-se uma média de idade para os usuários do sexo masculino de 44, 85 \pm 16,44 anos, superior então à média de idade para o sexo feminino, que foi de 36,93 \pm 15,90 anos, observando-se assim uma diferença estatisticamente significativa (p=0,009) (Gráfico 1).

Observou-se no presente estudo, que a maioria dos usuários entrevistados foi do sexo feminino (85,4%), dado que está de acordo com muitos estudos de utilização de medicamentos fitoterápicos e alopáticos, como pudemos observar em um estudo realizado por Negreiros (2002), sobre o uso de medicamentos fitoterápicos na atenção primária do município de Pereiro-Ce, o qual mostrou que 82,8% da população adulta foi do sexo feminino, bem como nos estudos realizados por Sanfélix (2001) e por Catalán et al (1996), os quais identificaram que a porcentagem de mulheres que consomem medicamentos (fitoterápicos e/ou alopáticos) também foi superior à dos homens.

Estes resultados poderiam indicar que o sexo feminino consiste num fator determinante para o consumo de medicamentos fitoterápicos, bem como de alopáticos. Entretanto, Sanfélix (1999) em outro estudo, sobre a influência do sexo dos pacientes com o uso de medicamentos, concluiu que as variáveis que determinam o número de medicamentos consumidos são a quantidade de

problemas de saúde e a freqüência de busca por atendimento médico.

Assim, podemos sugerir que as mulheres atendidas nas UBASF de Maracanaú são maiores consumidoras de medicamentos fitoterápicos, porque buscam atendimento médico com maior freqüência do que os homens, que apesar de procurarem menos por serviços de saúde, ainda o fazem mais tardiamente (média de 44, 85 anos) em relação às mulheres (36,93 anos). A predominância da mulher em serviços de saúde foi registrada também por pesquisadores em vários estudos e este fato pode estar ligado às concepções relativas às condições fisiopatológicas e sociais dos sexos e das idades dos usuários (SANFÉLIX, 200; NEGREIROS, 2002; CANESQUI, 1992). As concepções sócio-culturais impõem ao homem não ser facultado definir-se como doente, o que os leva a dedicar menos tempo com o cuidado de sua saúde e a postergar sua ida ao médico quando doente, ao contrário das mulheres, que são tidas socialmente como mais frágeis e mais sensíveis às doenças (CANESQUI, 1992).

Analisando-se ainda a TABELA 1, constatou-se que 34,1% (77) dos usuários concentraram-se na faixa etária de 28 a 41 anos, em seguida 31,9% (72) estavam entre 18 e 27 anos, e 26,6% (60) entre 42 e 69 anos. Observou-se aqui uma diminuição do número de usuários de medicamentos fitoterápicos com o aumento da faixa etária, o que também foi verificado por Negreiros (2002).

Tendo em vista o fato do medicamento fitoterápico ser produzido com plantas medicinais, que são parte da herança cultural da humanidade, esperava-se, no presente trabalho, resultados semelhantes aos encontrados em estudos que avaliam o uso de “plantas medicinais”. Tais estudos demonstram um aumento do uso da Fitoterapia empírica de acordo com o aumento da faixa etária, como foi mostrado por Amorim (1999), em um trabalho sobre o uso da Fitoterapia popular com 782 famílias do município de Campina Grande-Pb. O mesmo fato foi verificado por Sanfélix (2001), em sua pesquisa sobre ervas medicinais e medicamentos, realizado em treze centros de saúde na Comunidad Valenciana, Espanha.

Em faixas etárias acima dos 40 anos de idade, as pessoas são mais resistentes a mudanças, no sentido de preservação dos seus costumes e crenças quanto à eficiência da prática caseira com utilização de plantas medicinais, por isso, as utilizam em maiores proporções (AMORIM, 1999; NOBREGA, 1982). É possível que os usuários destas faixas etárias levem em conta o processo de produção dos

medicamentos fitoterápicos, ou seja, acreditam que quanto maior a industrialização deste processo, maior o distanciamento entre os medicamentos fitoterápicos e as suas preparações caseiras com plantas medicinais, as quais possuem uma credibilidade culturalmente herdada pela comunidade.

Quanto ao nível de escolaridade, dos 90,3% usuários que freqüentaram a escola, 75,7% (171) cursaram o ensino fundamental e 14,6% (33) o ensino médio. Não foram observados usuários que tenham cursado o ensino superior e 9,7% (22) nunca freqüentaram a escola (Gráfico 2).

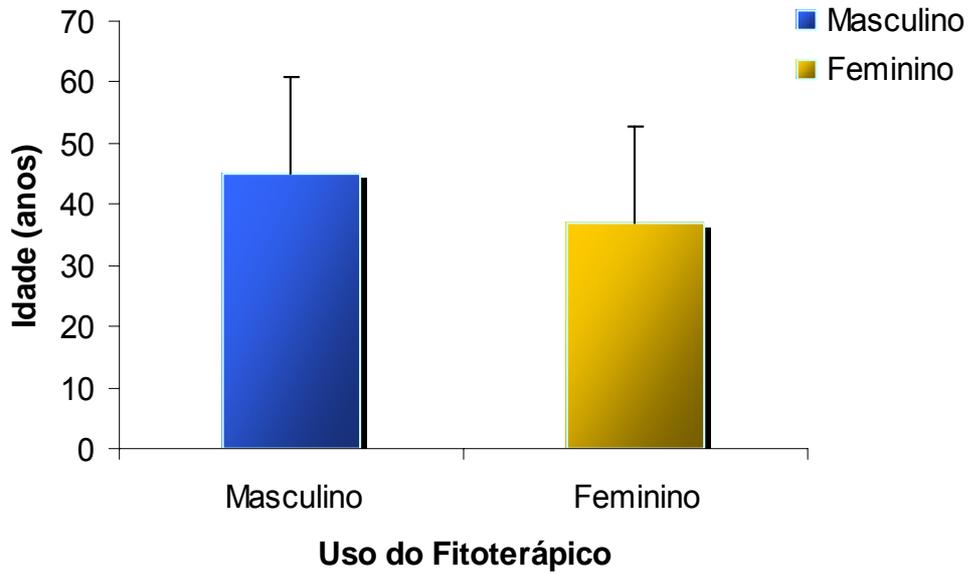
Pode-se observar que o percentual mais alto da amostra (75,7%) é composto por usuários que cursaram o ensino fundamental, o que representa um nível educacional baixo. Tal resultado se justifica diante do fato de que a amostra selecionada para o estudo consiste de pacientes atendidos pelo Sistema Municipal de Saúde e de acordo com Costa e Facchini (1997), o maior uso do sistema público é realizado pela população com menor nível de escolaridade.

Nos estudos que abordam o uso de medicamentos pela população que busca tanto os serviços públicos como os privados de saúde, o nível de escolaridade está correlacionado com o nível econômico do local de realização da pesquisa. Isto significa que quanto menor o poder aquisitivo da população local, mais baixa a escolaridade (COSTA & FACCHINI, 1997). Tal fato pode ser observado no estudo de Harnack (2001), que verificou a prevalência do uso de produtos herbais por adultos numa região metropolitana dos Estados Unidos (alto poder aquisitivo) e constatou um alto nível de escolaridade na maioria dos usuários. Tal relação foi também identificada por Eisenberg (1993).

Tabela 1: Distribuição dos usuários selecionados para o estudo, em função do sexo e faixa etária – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Características	N	%
Sexo:		
Masculino	33	14,6
Feminino	193	85,4
Faixa Etária: (Anos)		
18 28	72	31,9
28 42	77	34,1
42 56	35	15,5
56 70	25	11,1
70 >	17	7,5
Total	226	100,0

Características de sexo e faixa etária do total de pacientes que foram selecionados para participaram do estudo. Os 226 usuários selecionados foram atendidos em 06 UBASF do município de Maracanaú e a média de idade dos mesmos foi de 38 anos \pm 16,18.



* Significância estatística com $p < 0,05$. Teste estatístico aplicado = ANOVA

Gráfico 1: Distribuição do uso de medicamentos fitoterápicos por idade em função do sexo – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

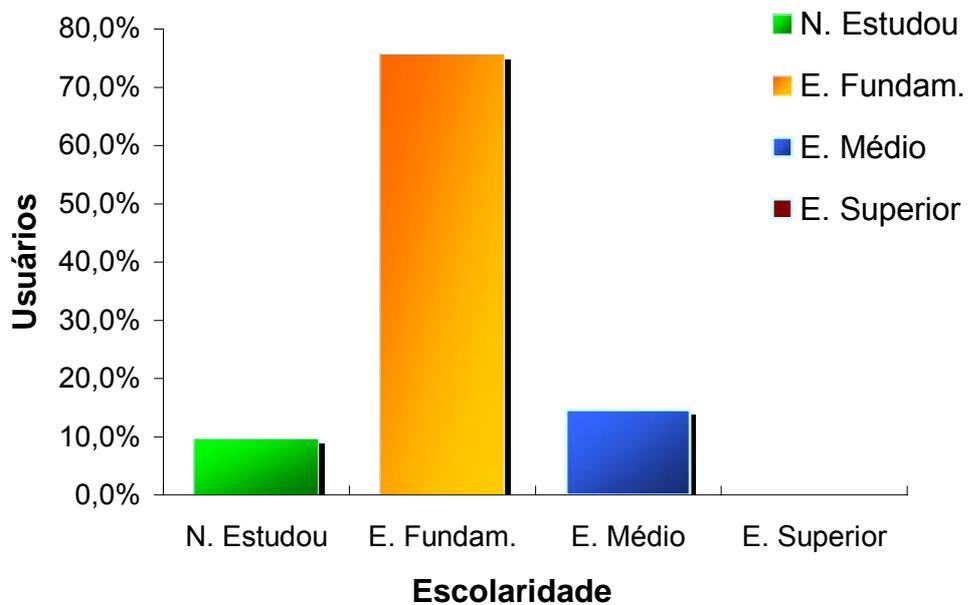


Gráfico 2: Distribuição dos usuários entrevistados em função do nível de escolaridade – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

5.1.2. Conhecimentos dos Usuários sobre os Fitoterápicos:

Quanto à capacidade dos usuários de identificar o medicamento prescrito como um medicamento fitoterápico, dos 226 participantes do estudo, 48,7% (n=110) sabiam que o médico havia passado algum “remédio feito de planta”, 32,3% (n=73) responderam que o médico não havia passado nenhum, ou seja, não souberam distinguir os medicamentos fitoterápicos dos medicamentos alopáticos. Os 19% (n=43) restantes não souberam responder (Gráfico 3).

Observando-se o gráfico 3, percebe-se que quase a metade (48,7%) dos usuários entrevistados reconhecem o fitoterápico como um medicamento “feito de plantas”, independentemente do sexo, idade e nível de escolaridade, visto que não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre essas variáveis. É notória e previsível a facilidade com que os usuários identificaram os medicamentos fitoterápicos quando estes foram definidos pelo pesquisador como um “remédio feito de planta” comparando com o termo “remédio da Farmácia Viva”, pois o uso das plantas medicinais sempre esteve intimamente ligado ao cotidiano das pessoas e vem sendo realizado em todo o mundo ao longo dos séculos (MICOZZI, 1995; HARKIN, 1995; CALIXTO, 2000).

Apesar do termo “remédio feito de planta” favorecer a divulgação dos medicamentos fitoterápicos entre os usuários por possui uma conotação popular e cultural, esperava-se que a proporção de usuários que reconheceram o medicamento fitoterápico como um produto de origem natural fosse maior, o que sugere que o profissional muitas vezes não explica para o paciente que ele está prescrevendo um produto fitoterápico. Em muitos casos, o usuário descobre que recebeu um medicamentos fitoterápico através de pessoas não qualificadas, como parentes e amigos, ou mesmo ao realizar a leitura do rótulo do produto, o que pode induzir ao uso incorreto do medicamento, diante da crença do usuário de que “medicamentos naturais não fazem mal”. Astier Peña et al (1995, *apud* TEIXEIRA, 2001) afirmou em um estudo qualitativo que os pacientes acreditavam que os médicos não se preocupavam com eles e por isso os mesmos recorriam às bulas dos medicamentos, as quais interpretavam à sua maneira, acarretando em uso irracional de medicamentos.

Em relação ao termo “remédio da Farmácia Viva”, observou-se que, do total dos usuários, apenas 27,0% (n=61) confirmaram que o médico havia prescrito algum medicamento da Farmácia Viva e 45,1% (n=102) responderam que não. Os 27,9% (n=63) restantes não souberam responder (Gráfico 4). Com relação à esta questão, também esperava-se que um número maior de usuários soubessem relacionar o medicamento fitoterápico que lhe havia sido prescrito com o termo Farmácia Viva, tendo em vista o longo período de tempo que o Programa se faz presente na comunidade de Maracanaú. Tal questão sugere uma deficiência na divulgação do Programa junto à população do município, que necessita ser esclarecida a respeito da existência, do funcionamento e das vantagens da presença de um programa de Fitoterapia implantado como parte integrante da assistência farmacêutica da rede municipal de saúde de sua cidade.

O nível de esclarecimento sobre esta questão não foi diferenciado quanto à faixa etária dos usuários. Entretanto, dentre os usuários que sabiam que o médico havia prescrito “remédio da Farmácia Viva”, a maioria deles (48,48%) se concentrou no nível médio de escolaridade ($p=0,003$) (TABELA 2). Estes resultados sugerem que um grau de instrução mais elevado reflete em uma maior compreensão e melhor assimilação das informações passadas pelos profissionais prescritores aos usuários no momento da consulta ou mesmo numa maior busca pela informação oriunda de diversas fontes.

Quanto à influência do sexo, dentre o grupo feminino de usuários, 30,05% fizeram a associação do fitoterápico com o Programa Farmácias Vivas, em relação à apenas 9,09% do grupo masculino ($p=0,012$) (TABELA 3). É possível que tal resultado esteja diretamente relacionado com a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, o que as propicia uma maior exposição às informações sobre os programas de saúde ofertados pelo município (SANFELIX, 1999).

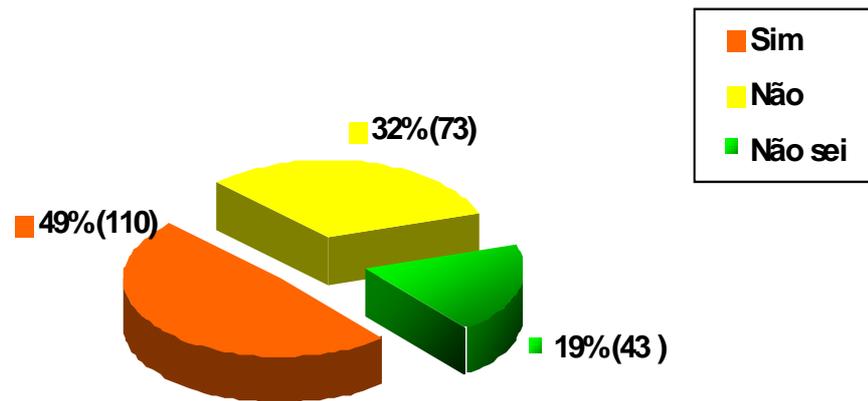


Gráfico 3. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta: "o médico passou algum remédio feito de planta?" – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

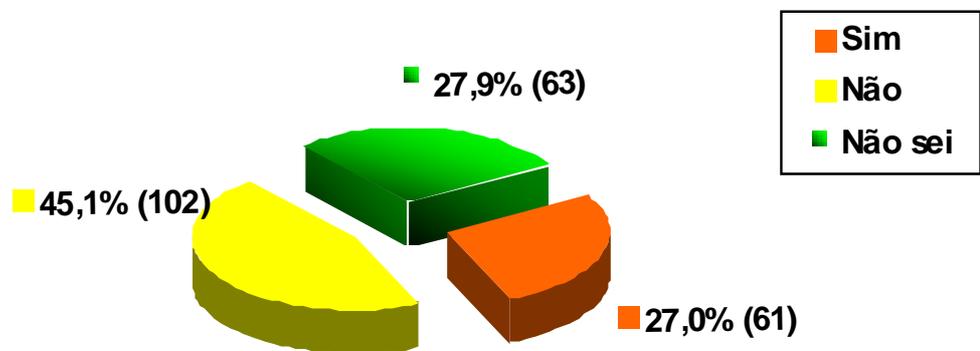


Gráfico 4. Distribuição das respostas dos usuários em relação à pergunta: "o médico passou algum remédio da Farmácia Viva?" – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Tabela 2. Distribuição dos usuários que identificaram o medicamento fitoterápico como “remédio da farmácia Viva” em função do nível de escolaridade – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Resposta do usuário	Escolaridade						p
	Nunca		Fundamental		Médio		
	N	%	N	%	N	%	
Sim	02	9,09	43	25,14	16	48,48	0,003*
Não	11	50,00	81	47,36	10	30,30	0,17
Não sei	09	40,90	47	27,48	07	21,21	0,27
Total	22	100,00	171	100,00	33	100,00	

* Significância estatística com $p < 0,05$. Teste estatístico aplicado = Qui-quadrado (x2)

Tabela 3. Distribuição dos usuários que identificaram o medicamento fitoterápico como “remédio da farmácia Viva” em função do sexo. – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Resposta do usuário	Sexo				p
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	
Sim	58	30,05	03	9,09	0,012 *
Não	85	44,04	17	51,51	0,42
Não sei	50	25,90	13	39,39	0,11
Total	193	100,00	33	100,00	

* Significância estatística com $p < 0,05$. Teste estatístico aplicado = Qui-quadrado (x2)

Em relação às orientações fornecidas aos usuários sobre o uso de medicamentos fitoterápicos, dos 226 pacientes entrevistados, 94,2% (n=213) afirmaram que receberam explicação do médico (ou enfermeiro). Apenas 4,0% (n=09) responderam que não receberam explicação alguma e 1,8% (n=04) não souberam responder (Gráfico 5).

A popularidade e o carisma dos profissionais de saúde das UBASF para com os usuários entrevistados foi constantemente referida nas entrevistas, fato inusitado diante do panorama mais comum, que consiste na distância cultural entre profissionais de saúde e a população em geral (VASCONCELOS, 1996), o que poderia contribuir para que os usuários faltassem com a verdade em suas respostas, na intenção de não prejudicar os profissionais (LEITE, 2000). Devido à relevância da compreensão das orientações do prescritor fornecidas ao paciente, foi solicitado a cada entrevistado que o mesmo reproduzisse a explicação dada pelo médico ou enfermeiro. Observou-se que as respostas de todos os usuários estavam de acordo com as informações presentes na sua receita e no prontuário médico (foram consideradas também as falas dos entrevistados que utilizaram terminologias diferentes dos termos médicos, porém com mesmo significado).

Os profissionais prescritores têm sob sua responsabilidade, direta ou indiretamente, a saúde do paciente. Portanto, é essencial que busquem sempre o acesso a fontes fidedignas e atualizadas de informação sobre medicamentos e as transmita de maneira racional aos seus pacientes (ELANJIAN et al., 1993). A falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes (FARLEY, 1997; MARWICK, 1997). Radhamanohar (1993), avaliando o conhecimento dos pacientes a respeito de suas doenças e tratamentos, concluiu que um quarto (1/4) dos diagnósticos e medicamentos eram desconhecidos pelos pacientes. Os nossos resultados divergiram dos estudos anteriormente citados, pois 94,2% dos usuários receberam e compreenderam as informações fornecidas pelos prescritores quanto ao uso dos medicamentos fitoterápicos.

Quanto às fontes iniciais de informação sobre o uso dos fitoterápicos, verificou-se que 84,5% (191) dos usuários conheceram o medicamento a partir do atendimento médico oferecido pelas UBASF e 15,5% (n=35) obtiveram informações através de parentes e/ou conhecidos (Gráfico 6).

Esses resultados divergem do estudo realizado por Harnack (2001), nos EUA, para determinar a prevalência do uso de produtos fitoterápicos por adultos de uma área metropolitana. Tal estudo mostrou que os profissionais de atenção à saúde quase não foram citados como fonte de informação para o uso de medicamentos fitoterápicos pelos usuários entrevistados, e que os mesmos aprenderam sobre o uso desses produtos predominantemente através de parentes e amigos. Um outro estudo, realizado no Texas, EUA, também apresentou resultados semelhantes, onde os usuários entrevistados citaram em 39% os amigos, os parentes e outros foram citados em 34,1% das entrevistas (BENNETT & BROWN, 2000).

Os trabalhos acima citados divergem do presente estudo, devido ao fato de que este restringiu a amostra pesquisada aos usuários do Programa Farmácias Vivas, onde os fitoterápicos são considerados medicamentos, enquanto que aqueles investigaram uma população que não é assistida por programas de Fitoterapia, em cujo país a fitoterapia não está inserida no modelo biomédico de tratamento. Como o Programa Farmácias Vivas está vinculado ao sistema municipal de saúde, os profissionais prescritores já incorporaram às suas atividades a prática da Fitoterapia, o que justificou a frequência elevada do número de profissionais citados pelos usuários como fonte de informação sobre a existência de medicamentos fitoterápicos. Tal fato pode ser considerado como um apoio ao serviço de atenção Farmacêutica do município, no que concerne à racionalidade do uso desses medicamentos. Quando os usuários conhecem e utilizam os fitoterápicos por intermédio de um profissional de saúde esclarecido, os riscos acarretados pela auto-medicação ou pela terapêutica “indicada” por terceiros diminuem consideravelmente.

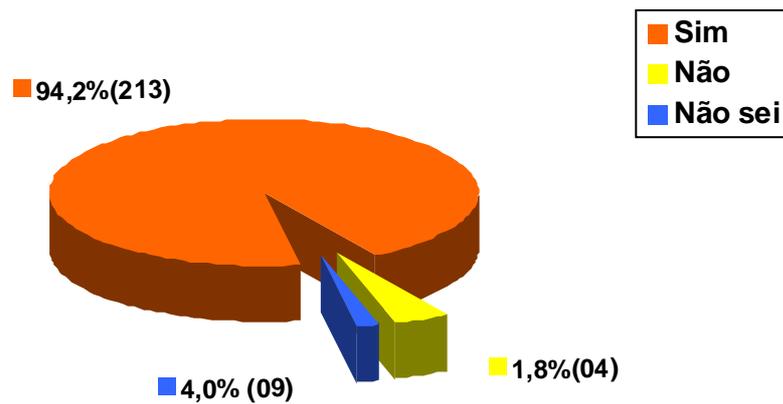


Gráfico 5. Distribuição dos usuários que receberam explicação do médico sobre o uso dos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

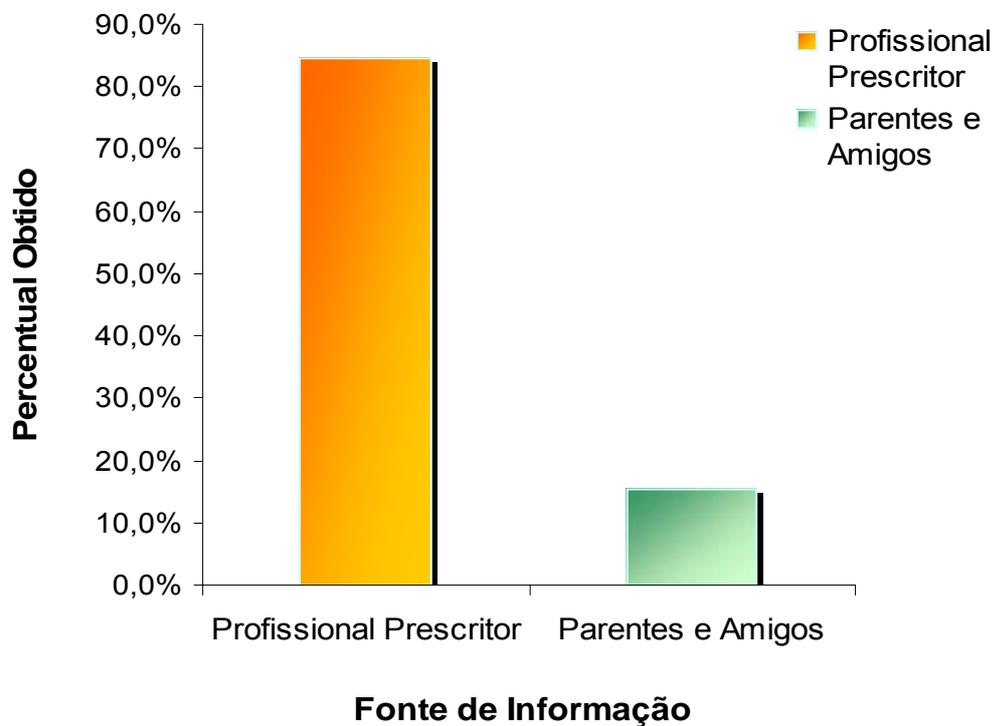


Gráfico 6. Distribuição das fontes iniciais de informação ao usuário sobre o uso de medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Para estimarmos o tempo aproximado do uso dos medicamentos fitoterápicos nós perguntamos apenas para aqueles usuários que sabiam que estavam tomando “remédios feitos de plantas”, há quanto tempo que ele utilizava os fitoterápicos dispensados nas UBASF, pois estes pacientes poderiam se recordar também de outros possíveis fitoterápicos que tivessem usado anteriormente. Nós optamos por não estimarmos o tempo de uso dos fitoterápicos daqueles pacientes que reconheceram o medicamento como um produto da Farmácia Viva porque eles poderiam ocasionalmente se confundir e informar o tempo de uso de um possível medicamento alopático, também manipulado na Farmácia Viva. Também foram excluídos os usuários que não sabiam que estavam tomando o fitoterápico e, mesmo que o entrevistador apontasse qual o medicamento o qual estava se referindo, o usuário forneceria o tempo de uso apenas daquele medicamento que havia sido prescrito para ele naquele dia, excluindo assim os outros fitoterápicos que possivelmente tenha usado antes.

Dentre os 110 usuários que sabiam que estavam tomando fitoterápicos, 73,6% (n=84) deles afirmaram que já haviam utilizado algum medicamento fitoterápico anteriormente. Destes, 53,6% (n=45) afirmaram que utilizavam medicamentos fitoterápicos desde 4 a 6 anos atrás; 28,6% (n=24) responderam que usavam há cerca de 2 a 4 anos; e 17,8% (n=15), há um tempo inferior ou igual a 2 anos (Tabela 4).

Para sabermos qual a opinião dos usuários quanto à eficiência terapêutica do medicamento fitoterápico que lhe foi prescrito no dia da entrevista, nós perguntamos para todos os pacientes: para aqueles que reconheceram o fitoterápico como um “remédio feito de planta”; para aqueles que reconheceram-no como um “remédio da farmácia viva” e para aqueles que não distinguiram os fitoterápicos dos alopáticos, o entrevistador apontava qual o medicamento o qual estava se referindo. Desta maneira nós tínhamos a certeza de que o paciente daria a informação apenas do medicamento fitoterápico prescrito, mais facilmente lembrado por ele. Dos 226 usuários entrevistados, 63,7% (n=144) já haviam usado o fitoterápico prescrito antes. Dentre estes, 36,8% (n=53) classificaram o medicamento como “bom”; 22,2% (n=32) como “excelente”; 15,3% (n=22) como “muito bom”; 1,4% (n=2) como “fraco” e 1,4% (n=2) acharam que era “ruim”. Os 22,9% (n=33) restantes forneceram outras opiniões (Tabela 5).

Observou-se que a maioria dos usuários vem utilizando os medicamentos fitoterápicos por um período de tempo relevante (4 a 6 anos). A constatação do uso desses produtos ao longo dos anos sugere uma aceitação destas pessoas aos medicamentos fitoterápicos, a qual é respaldada pela opinião dos usuários quanto ao medicamento fitoterápico, onde 96,5% dos usuários (somando-se aqueles que deram opiniões objetivas e aqueles que forneceram opiniões subjetivas positivas) caracterizaram o fitoterápico como um medicamento com eficiência terapêutica, o que também foi observado por Negreiros (2001).

Tabela 4: Distribuição dos usuários que reconheceram o medicamento fitoterápico como um “remédio feito de planta” e já haviam usado antes, em função do tempo de uso dos mesmos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Tempo de Uso	N	%
0 - 2 anos	15	17,8
2 - 4 anos	24	28,6
4 - 6 anos	45	53,6
Total	84	100,0%

Foram utilizados apenas os usuários que sabiam que estavam tomando “remédios feitos de plantas”, os quais poderiam se recordar também de outros possíveis fitoterápicos que tivessem usado anteriormente.

Tabela 5: Opiniões de todos os usuários que já haviam usado o medicamento fitoterápico antes – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Opiniões Sobre os Fitoterápicos	N	%
Opiniões Objetivas:		
Bom	53	36,8
Excelente	32	15,3
Muito Bom	22	22,2
Fraco	02	1,4
Ruim	02	1,4
Opiniões Subjetivas:		
Positivas ¹	24	16,7
Negativas ²	4	2,8
Indefinidas ³	5	3,4
Total	144	100,0%

¹ “Estou gostando”; “faz efeito”; “tá controlando”; “baixa a glicose mesmo”; “ele cura mesmo”; “me dei muito bem”; “funciona”; “o melhor que tem pra afrouxar catarro”, outras;

² “Não tem muito auxílio”; “não gostei”; “não é muito bom”;

³ “Não deu para avaliar ainda”; “não sei avaliar”.

5.1.3. Análise das Prescrições dos Usuários

Dentre as 1.095 prescrições registradas nas UBAFS durante o período do estudo, 226 delas foram selecionadas, pois em cada uma continha pelo menos um medicamento fitoterápico, obtendo-se uma taxa de prevalência de 20,6% prescrições contendo fitoterápicos, as quais nós analisamos algumas características. Estas prescrições corresponderam aos 226 usuários entrevistados.

Nas prescrições analisadas foram encontrados 542 medicamentos, entre fitoterápicos e alopáticos (Anexo VII). Desses 542 medicamentos prescritos, 41,7% (n=229) foram de fitoterápicos e 58,3% (n=313) de alopáticos (Tabela 6). A média de medicamentos por prescrição foi de 2,39, sendo a média de medicamentos alopáticos por prescrição de 1,38 e a média de fitoterápicos de 1,01 por prescrição.

A prevalência de prescrições contendo medicamentos fitoterápicos observada no presente estudo divergiu de um estudo prévio realizado em outro município do estado do Ceará, Pereiro-Ce, o qual documentou uma prevalência de medicamentos fitoterápicos prescritos nas UBASF locais superior a 70% (NEGREIROS, 2002). A variabilidade das estimativas de prevalência observada entre ambos os estudos pode está atribuída ao período no qual o presente estudo foi conduzido, onde pudemos observar que alguns medicamentos fitoterápicos não estavam sendo produzidos em Maracanaú. Observamos ainda que a produção que estava ocorrendo correspondia à uma quantidade insuficiente com relação à demanda por aqueles medicamentos, visto que muitos dos fitoterápicos que chegavam às farmácias eram prescritos rapidamente, deixando as prateleiras vazias por um longo período de tempo, até que chegassem a produção do próximo mês. De acordo com a chefe do departamento de Assistência Farmacêutica do município de Maracanaú, a ausência de produção de alguns medicamentos fitoterápicos, bem como a produção insuficiente dos mesmos, estava ocorrendo devido à carência de recursos materiais e naturais (plantas) de produção.

A média de medicamentos por prescrição ($X=2,39$) encontrada no presente trabalho está de acordo com a média de medicamentos por prescrição encontrada em muitos estudos de utilização de medicamentos alopáticos em serviços públicos de saúde, como foi observado por Silva et al (2000), em um trabalho realizado com pacientes ambulatoriais de um Hospital Universitário. Constatou-se com isso, que o

número de aviaamentos de fitoterápicos foi proporcional ao número de alopáticos, sugerindo uma equivalência na importância terapêutica entre ambos. Já em estudos realizados em lugares onde a Fitoterapia é considerada uma prática tradicional ou alternativa, os fitoterápicos são utilizados como auxiliares ao tratamento oficial, o que acarreta no aumento da média de medicamentos por prescrição (PALINKAS & KABONGO, 2000; BENNETT & BROWN, 2000).

Nas Tabelas 7 e 8, encontram-se as seguintes informações em relação aos medicamentos fitoterápicos prescritos: houve uma predominância do Xarope Expectorante, este correspondeu a 63,8% (n=146) de todos os fitoterápicos, tendo sido prescrito para as afecções do aparelho respiratório. Em seguida, o Sabonete de Alecrim e a Tintura de Mororó estavam presentes em 11,4% (n=26) das prescrições, sendo o primeiro prescrito para afecções cutâneas e o segundo para o diabetes mellitus. Os 24,8% (n=57) restantes, corresponderam aos seguintes fitoterápicos: Antisséptico Bucal, Cápsula de Mentrasto, Creme e Elixir de Aroeira, Gotas Estomacais, Pomada Cicatrizante de Confrei e Tintura de Torém.

Muitos estudos apontam as afecções respiratórias, os transtornos gastrintestinais e os transtornos psiconeurológicos como as causas mais frequentes para o uso dos medicamentos fitoterápicos, e relacionam o seu consumo com o tratamento de quadros menores e auto-limitantes (AMORIM, 1999; NEGREIROS, 2002; SANFÉLIX, 2001; WAKAC et al, 1993). Em nossos resultados, os três principais problemas de saúde para os quais foram prescritos medicamentos fitoterápicos em maior proporção foram as afecções respiratórias (63,8%), as afecções cutâneas (15,3%) e o diabetes mellitus (disfunção metabólica - 11,4%). Os transtornos gastrintestinais corresponderam apenas a 4,3% dos casos e não houve registro de indicação para transtornos nervosos. Tal discrepância nos resultados pode estar relacionada às diferenças de consumo dos medicamentos fitoterápicos observadas em diferentes áreas geográficas (CATALÁN, 1996), bem como à algumas peculiaridades pertinentes ao local do estudo, de acordo com o exposto a seguir:

Como referido anteriormente, medicamentos fitoterápicos são comumente utilizados tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento para o tratamento de males psiconeurológicos (AMORIM, 1999; SANFÉLIX, 2001; WALTER & REY (2000). De acordo com (MATOS, 1998), as folhas e o fruto do

maracujá (*Passiflora edulis Sims*) apresentam propriedades ansiolíticas e são largamente utilizados em nosso país para transtornos psicossomáticos (ansiedade, insônia). A cápsula de Maracujá é um dos medicamentos fitoterápicos presentes na lista dos produtos da Farmácia Viva de Maracanaú. Entretanto, não foi registrado o uso desse medicamento em nossos resultados. É provável que a ausência de tal registro se deva ao fato de que, durante o período da coleta de dados (agosto-setembro de 2002), não ocorreu a produção das Cápsulas de Maracujá, sob a alegação de falta de recursos de produção pela administração da Farmácia Viva. Neste mesmo período, Cápsulas de Hortelã Rasteira e Hortelã Rasteira Gotas também não estavam sendo produzidos.

O fitoterápico mais prescrito na presente pesquisa foi o Xarope Expectorante, composto por duas espécies de plantas medicinais, o Guaco (*Mikania glomerata Spreng*) e o Malvariço (*Plectranthus amboinicus Lour*). O Guaco é uma planta medicinal com propriedade broncodilatadora e popularmente usada para afecções pulmonares (OSORIO, 2002; MATOS 1998). O Malvariço apresenta propriedades farmacológicas que auxiliam nas afecções respiratórias (MATOS, 1998). Dentre as prescrições que continham o Xarope expectorante, observou-se que em grande parte delas o mesmo foi prescrito como medição principal para a enfermidade diagnosticada. O elevado número de Xaropes Expectorantes presentes nas prescrições pode ser explicado, devido à grande frequência de gripes, resfriados e demais afecções respiratórias registradas nas UBASF, sobretudo em crianças (SMITH e FELDMAN, 1993).

A Tintura de Mororó (*Bauhinia forficata L.*) foi o segundo fitomedicamento mais utilizado, juntamente com o Sabonete de Alecrim (Tabela 7). Observou-se que, dentre as 26 prescrições que continham este medicamento, 61,54% (n=16) também continha uma medicação alopática hipoglicemiante (terapia combinada) e, em 38,46% (n=10) das prescrições, a Tintura de Mororó foi prescrita isoladamente (monoterapia), no que concerne ao tratamento do Diabetes (Tabela 9).

Vários estudos têm avaliado o uso popular de plantas medicinais para o tratamento do diabetes (RYAN, 2001; BERMAN, 1999; EDDOUKS, 2002) e alguns modelos experimentais de estudos científicos sobre plantas pertencentes ao gênero *Bauhinia* (*B. manca*, *B. rufescens*, *B. forficata*, *B. candicans*, *B. cheitantha* e *B. splenden*) têm demonstrado sua ação hipoglicemiante, além de outras ações

terapêuticas, em animais de laboratório (PEPATO, 2002; SILVA & FILHO, 2002). No Brasil, o “Mororó” (*Bahuinia forficata* L.), também chamado de “Pata-de-vaca”, tem sido usado popularmente ao longo de décadas para controlar os níveis de glicose sanguínea em diabéticos e por isto recebe o apelido de “Insulina Vegetal” (MIYAKE, 1986). Entretanto, na ausência de estudos que comprovem a eficácia e segurança de seu uso em humanos, principalmente quando associada à outro agente hipoglicemiante alopático, não é possível estipular o risco-benefício para os pacientes que estão tomando aquela combinação em Maracanaú.

Nesta etapa do estudo, não é possível inferir quais os critérios utilizados pelos profissionais de saúde para a escolha da monoterapia com a Tintura de Mororó, ou da terapia combinada da mesma com o agente hipoglicemiante. Tal questão será esclarecida na segunda fase desta pesquisa, onde a análise dos discursos dos entrevistados permitirá a revelação de dados suficientes para o esclarecimento dos presentes questionamentos.

O Sabonete de Alecrim, produzido com o extrato da planta denominada “Alecrim Pimenta” (*Lippia sidoides* Cham) apresenta propriedades anti-sépticas observadas em vários estudos científicos. Observou-se que este fitoterápico foi prescrito como antisséptico para diversas variedades de afecções da pele. Filho et al (1998) realizou um estudo sobre a preparação e avaliação de um anti-séptico bucal à base do óleo essencial desta planta medicinal, no qual comprovou atividade contra os microorganismos da placa bacteriana.

Tabela 6: Medicamentos fitoterápicos e alopáticos identificados nas prescrições dos usuários – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Medicamentos Prescritos	N	%
Medicamento Alopático	313	58,3
Medicamento Fitoterápico	229	41,7
Total	542	100,0%

Quantidade e especificação dos medicamentos encontrados nas 226 prescrições selecionadas para o estudo. A média de medicamentos por prescrição foi de 2,39; a média de alopáticos por prescrição foi de 1,38 e a média de fitoterápicos foi de 1,01 por prescrição.

Tabela 7. Distribuição dos medicamentos fitoterápicos encontrados nas 226 prescrições dos pacientes selecionados para o estudo – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.

Medicamentos Fitoterápicos	N	%
Xarope Expectorante	146	63,8
Sabonete de Alecrim	26	11,4
Tintura de Mororó	26	11,4
Pomada de Confrei	9	3,9
Cápsula de Mentrasto	8	3,5
Antisséptico Bucal	5	2,2
Creme de Aroeira	3	1,3
Gotas Estomacais	3	1,3
Elixir de Aroeira	2	0,8
Tintura de Torém	1	0,4
Total	229 *	100

* Em três prescrições foram encontrados dois medicamentos fitoterápicos.

Tabela 8. Distribuição dos medicamentos fitoterápicos prescritos em função da indicação terapêutica – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.

Indicação Terapêutica	Fitomedicamento	N	%
Afecções respiratórias	Xarope Expectorante	146	63,8
Afecções cutâneas	Sabonete de Alecrim Pomada de Confrei	35	15,3
Disfunção metabólica (Diabetes)	Tintura de Mororó	26	11,4
Transtornos gastrintestinais	Antisséptico Bucal Gotas Estomacais Elixir de Aroeira	10	4,3
Dores musculares	Cápsula de Mentrasto	08	3,5
Afecções do aparelho Geniturinário	Creme de Aroeira	03	1,3
Afecções do aparelho circulatório (H. A.)	Tintura de Torém	01	0,4
Total		229	100,0

Tabela 9. Distribuição das prescrições contendo a Tintura de Mororó em monoterapia e em terapia combinada – Maracanaú (Ce), Agosto-Setembro/2002.

Prescrições contendo Tintura de Mororó	N	%
Tintura de Mororó	10	38,46
Tintura de Mororó + hipoglicemiante alopático	16	61,54
Total	26	100,0

A tintura de Mororó foi prescrita isoladamente, em monoterapia, bem como em terapia combinada, quando prescrita concomitantemente a um agente hipoglicemiante alopático.

Em relação às informações quanto ao uso racional dos medicamentos fitoterápicos presentes nas 226 prescrições analisadas, constatou-se que em 99,1% (n=224) prescrições o nome do medicamento fitoterápico foi prescrito corretamente e em 0,9% (n=2) os fitoterápicos foram identificados de maneira errada; as vias de administrações estavam implícitas nas posologias, que por sua vez, estavam presentes em 100% das prescrições; 80,53% (n=182) apresentaram informações referentes à quantidade do fitoterápico a ser dispensada e em 19,5% (n=44) a quantidade do medicamento não foi observada; em apenas 0,90% (n=02) foram observadas a duração do tratamento e em 99,1% (n=02) não foram observadas tal informação (Tabela 10).

Observou-se que o nome do medicamento fitoterápico estava escrito de maneira correta em quase todas as prescrições, com exceção de duas delas. Quando um profissional de saúde prescreve um medicamento é de fundamental relevância que o mesmo esteja grafado corretamente. Caso contrário, existe o risco iminente de um erro de dispensação da medicação prescrita, o que pode vir a acarretar sérias complicações de saúde para o paciente, devido às inadequações na utilização de medicamentos não indicados para tratar os sintomas de sua doença (CASTILHO et al, 1999).

Verificou-se que em 19,5% das prescrições não constavam informações sobre a quantidade a ser administrada pelo paciente e em 99,10% delas não estava presente a duração do tratamento (Tabela 10). As prescrições nas quais faltam instruções para o uso do medicamento, como especificações de quantidade e duração do tratamento, podem levar o paciente a utilizar o medicamento por tempo insuficiente ou em demasia, contribuindo assim para uma terapêutica inadequada e conseqüentes riscos para a saúde do paciente (CASTILHO et al, 1999).

Tabela 10: Distribuição das informações de uso presentes nas prescrições dos medicamentos fitoterápicos – Maracanaú (Ce), Agosto – Setembro/2002.

Dados da Prescrição	Informações da Prescrição			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Nome correto	224	99,1	02	0,9
Posologia	226	100,0	00	0,0
Quantidade	182	80,5	44	19,5
Duração do tratamento	02	0,90	224	99,1

Informações quanto ao uso racional dos medicamentos fitoterápicos presentes em um total de 226 prescrições analisadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ETAPA II

5.2. Estudo Sobre os Conhecimentos e Práticas dos Usuários e Prescritores a respeito da Fitoterapia (UBASF).

Se desejamos saber como as pessoas se sentem – qual sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e quais seus motivos, quais as razões para agir, como o fazem – por que não perguntar a elas ?

G. W. Allport

5.2.1. Inquérito com os Profissionais Prescritores

5.2.1.1. Características dos Prescritores

A amostra foi constituída por médicos e enfermeiros, dos quais foram registradas algumas características profissionais (pós-graduação, tempo de trabalho na UBASF, número de empregos, última atividade de atualização), apresentadas no Quadro 2.

Dentre os prescritores entrevistados 06 foram médicos e 06 enfermeiros. Deste total, 83,3% (n=10) foram do sexo feminino e 16,7% (n=02) do sexo masculino. O tempo de formatura desses profissionais variou de 01 mês a 08 anos, com uma média de 5,58 anos. Em relação a cursos de pós-graduação, 58,3% (n=07) deles possuíam cursos de pós-graduação do tipo *lato sensu* e 41,7% (n=05) não possuíam nenhum. O tempo que estavam trabalhando na UBASF, na qual foram entrevistados, variou de 01 mês a 8 anos, com média 2,86 anos. Quanto ao número de empregos, 83,3% (n=10) dos entrevistados relataram possuir apenas 01 emprego (na UBASF); apenas 02 profissionais afirmaram ter mais de 01 (02 e 03 empregos, respectivamente). Todos os profissionais afirmaram participar de cursos de atualização com frequência, e a média de tempo decorrido da última atividade de atualização que participaram foi de 3,25 meses.

Quadro 2. Caracterização dos profissionais prescritores: algumas características profissionais – Maracanaú (Ce), Novembro - Dezembro/2002.

Prescritor *	Pós-graduação**	Tempo de Trabalho /UBASF	Nº de Empregos	Última Atividade de Atualização
AM6♂	<i>lato Sensu</i>	5 anos e 6 meses	03	Curso: Cardiologia. Há 4 meses.
BM10♀	Não	1ano e 3 meses	02	Curso: Pré-natal e recém nascido. Há 3meses.
CM2♀	Não	8 meses	01	Curso: Hanseníase. Há 2 meses.
DM1♀	Não	1 mês	01	Jornada Médica de Maracanaú. Há 6 meses.
EM3♀	<i>lato Sensu</i>	2 anos	01	Curso: Hanseníase. Há 2 meses.
FM9♂	<i>lato Sensu</i> (duas)	3 anos	01	Curso: Oncologia. Em andamento.
GE16♀	Não	8 anos	01	Curso: Tabagismo. Há 3 meses.
HE3♀	<i>lato Sensu</i>	3 anos	01	Curso: Saúde do adolescente. Há 3 meses
IE4♀	<i>lato Sensu</i>	4 anos	01	Curso: Hanseníase. Há 2 meses.
JE9♀	Não	5 anos	01	Curso:socialização. Há 6 meses.
KE2♀	<i>lato Sensu</i>	1 ano	01	Curso:socialização. Há 6 meses
LE2♀	<i>lato Sensu</i>	10 meses	01	Curso: Hanseníase. Há 2 meses.

* Código do Entrevistado (12 prescritores): letra do alfabeto (identificação inicial seqüencial) + especialidade profissional (M= Médico, E= Enfermeiro) + tempo de formado + Sexo (♂= masculino; ♀= feminino).

** Não houve registros de residência médica, ficando a Pós-graduação aqui restrita a cursos de especialização.

As informações dos profissionais prescritores foram consideradas bastantes homogêneas, pois nós observamos que as respostas dos informantes não foram diferenciadas quanto à especialidade médica (médico ou enfermeiro), quanto à idade dos mesmos, quanto ao tempo de formado e nem quanto ao fato de possuírem ou não cursos de pós-graduação.

5.2.1.2. A satisfação do prescritor em prescrever medicamentos fitoterápicos

Indagados sobre o hábito de prescreverem medicamentos fitoterápicos, os profissionais de saúde das UBASF de Maracanaú que participaram do estudo afirmaram que prescrevem os fitoterápicos fornecidos pelo Programa Farmácias Vivas (para adultos e crianças) com frequência em suas rotinas ambulatoriais, e enfatizaram sua aprovação a esses medicamentos:

“Agente aqui no PSF, agente trabalha muito com fitoterápico porque é uma medicação eficiente (...) e como existe a Farmácia Viva aqui no PSF, que dá apoio ao PSF aqui de Maracanaú, agente sempre utiliza, com muita frequência, do mesmo jeito que usamos os alopáticos.” (AM6♂)

“Eu gosto muito de prescrever fitoterápico! É tanto que eu prefiro essa pomada cicatrizante; tem outra que eu gosto muito de passar na prevenção que é o creme vaginal de aroeira, e elas adoram...” (KE2♀)

“Bastante! Só não prescrevo mais porque falta muito.” (FM9♂)

“Os da farmácia viva, costumo prescrever e gosto bastante!” (CM2♀)

Atualmente se verifica um grande aumento do interesse por plantas medicinais em todo o mundo, onde podemos observar que alguns países desenvolvidos já reconhecem o uso das plantas medicinais e da Fitoterapia nas

práticas de saúde como um ramo da biomedicina há muito tempo (BENDAZZOLI, 2000), como é o caso da Alemanha.

O interesse pela prática da Fitoterapia foi também observado no presente estudo, no qual verificamos que quase todos os entrevistados (onze profissionais) afirmaram que prescrevem medicamentos fitoterápicos com frequência nas UBASF. O fato dos profissionais afirmarem que prescrevem fitoterápicos com frequência poderia ter sua origem em diversos fatores, sendo um deles a falta de opção medicamentosa alopática nas farmácias das UBASF. No entanto, quase todos os entrevistados enfatizaram a sua satisfação em prescrever medicamentos fitoterápicos, o que pode ser observado claramente através dos trechos do informante KE2♀, que afirmou “*Eu gosto muito de prescrever fitoterápico!*” e do informante CM2♀, “*costumo prescrever e gosto bastante!*”. O termo referido pelo informante AM6♂, no qual relatou “*do mesmo jeito que usamos os alopáticos*”, exemplificou a opinião de vários dos profissionais quanto ao fato de que muitos deles prescrevem fitoterápicos com a mesma frequência com que prescrevem medicamentos alopáticos (na medida em que a quantidade dos mesmos esteja disponível nas farmácias das UBAS), inclusive promovendo interações dos mesmos com o tratamento convencional (ASTIN *et al*, 1998).

Dentre todos os profissionais entrevistados apenas um (01) deles, demonstrou restrições quanto ao ato de prescrever medicamentos fitoterápicos:

“Eu comecei a trabalhar com eles só depois de vir pra Maracanaú, e tenho medo de prescrever para patologias mais complicadas sem eu ter experiência e sem eu ter estudo, né.” (EM3♀)

Observou-se no trecho acima que, mesmo trabalhando em um ambiente propício à integração com a fitoterapia há 02 anos, esse profissional não têm buscado informações que permitam expandir seus conhecimentos a respeito dos medicamentos fitoterápicos produzidos em Maracanaú e sobre a fitoterapia como uma prática médica. Tal posição exemplifica a postura de muitos profissionais no mundo todo, que possuem formação acadêmica na alopatia e ainda preservam uma grande distância com a prática da Fitoterapia (GRAND *et al*, 1993).

A frequência com que os informantes prescrevem medicamentos fitoterápicos não foi diferenciada quanto à especialidade profissional, pois os profissionais de enfermagem não encontram obstáculos para prescreverem medicamentos fitoterápicos no PSF de Maracanaú. A questão legal e ética sobre a prescrição no domínio do profissional de enfermagem foi constantemente relatada pelos profissionais enfermeiros, os quais afirmaram que no município existe uma portaria que legitima a prescrição de medicamentos por profissionais graduados em enfermagem, de maneira restrita a determinados medicamentos. Os informantes relataram ainda que todo enfermeiro admitido no PSF recebe uma lista contendo os medicamentos disponíveis nas farmácias, e outra lista contendo os que lhe são permitidos prescrever, de acordo com a portaria municipal. Dentre os permitidos, estão alguns medicamentos alopáticos e todos os medicamentos fitoterápicos.

“Os que estão dentro da lei de Maracanaú, porque geralmente o enfermeiro não pode prescrever, né, você sabe. Então, aqui tem uma portaria, em Maracanaú, que a gente recebeu que podia prescrever. É tanto que a gente tem até a listinha de remédios que tem na farmácia, e que a gente pode prescrever esses remédios que tá dentro do programa saúde da família, da Farmácia Viva (...).” (KE2♀)

Quanto ao período de tempo em que os profissionais já vinham prescrevendo fitoterápicos, observou-se que o tempo de experiência com a prescrição desses produtos coincidiu com o tempo de admissão dos profissionais nas UBASF. Apenas dois (02) profissionais havia prescrito medicamentos fitoterápicos em um emprego anterior. Ficou claro que o primeiro contato da maioria desses profissionais com a Fitoterapia ocorreu ocasionalmente, nas UBASF de Maracanaú. Tal fato está de acordo com o panorama mais comum da formação acadêmica do profissional de saúde no Brasil, que são voltados para uma terapêutica basicamente alopática, além do fato de que a normatização da fitoterapia junto ao sistema convencional de saúde só ocorreu a partir de 1995 (BENDAZZOLI, 2000; LEITE, 2000).

Apesar dos profissionais prescrevem medicamentos fitoterápicos com grande frequência nas UBASF de Maracanaú, o que foi demonstrado também por Negreiros

(2002) no município de Pereiro-CE, observou-se que um número grande de medicamentos perdem sua validade nas prateleiras das farmácias sem que seja prescritos aos pacientes. Isto ocorre devido à falta de informação passada ao profissional prescriptor no que concerne à respaldos científicos de eficácia e segurança terapêutica de alguns produtos e das plantas utilizadas na confecção dos mesmos. Faz-se necessário a realização de palestras expositivas de trabalhos científicos aos funcionários da saúde do município, as quais demonstrem a eficácia e ação terapêutica de plantas medicinais que compõem os medicamentos fitoterápicos produzidos na Farmácia Viva, dando subsídios para que os profissionais de saúde possam prescrever com segurança, de forma a otimizar a utilização destes produtos em Maracanaú.

5.2.1.3. Alguns medicamentos alopáticos são confundidos com medicamentos fitoterápicos

Quando indagados a respeito dos medicamentos fitoterápicos que prescreviam com maior frequência, os profissionais fizeram referência ao Xarope Expectorante e ao Xarope de Ararás, em cerca de 60% dos discursos. Em seguida, os mais citados foram o Gel Salicilato de Metila e a Pasta D'água com Enxofre (em 33%); o Sabonete de Alecrim, a Tintura de Mororó e a Pomada de Confrei (em 25%). As Cápsulas de Maracujá, as Gotas Estomacais, Tintura de Torém e o Creme Vaginal de Aroeira foram citados em apenas 8% dos discursos:

“O Xarope Expectorante (...) funciona, as pessoas saem satisfeitas!”
(CM2♀)

“... então, eles vêm pra cá e a gente prescreve o Xarope Expectorante e o Xarope de Ararás. O que eu adoro e já vi que tem resultado mesmo é o Gel Salicilato de Metila, para artralgia, funciona mesmo.” (EM3♀)

“O sabonete de alecrim... são vários... porquê eu acho importante a

maioria: o Sabonete de Alecrim, o Gel de Salicilato de Metila (...). Porque o problema de pele aqui é muito grande e ele associado com a Pasta D'água com enxofre, que também é da Farmácia Viva, ele dá uma resposta boa, os dois juntos.” (HE3♀)

“Como eu tenho um ambulatório específico para asma, o fitoterápico que a gente utiliza mais é o xarope de ararás (...) a medicação já era usada antigamente pela população daqui mesmo da região e a gente só veio dar continuidade e comprovar que os resultados são realmente muito benéficos, no princípio de evitar as crises asmáticas....” (AM6♂)

Estes resultados concordaram, em parte, com a distribuição da frequência dos medicamentos fitoterápicos nas prescrições analisadas na primeira etapa do nosso estudo, salvaguardando alguns medicamentos referidos. De acordo a análise de prescrição realizada na primeira etapa deste estudo, o Xarope Expectorante, a Tintura de Mororó e o Sabonete de Alecrim estavam entre os três principais fitoterápicos citados, o que também foi observado na presente fase da pesquisa. Entretanto, um achado considerado inusitado foi a referência ao Gel Salicilato de Metila e à Pasta D'água com enxofre, em 33% dos discursos. Observou-se que os profissionais demonstraram a sua adesão à fitoterapia enfatizando que costumam prescrever medicamentos fitoterápicos com frequência em suas rotinas ambulatoriais. No entanto, alguns prescritores expressaram seu pouco conhecimento sobre os produtos fitoterápicos ao confundirem determinados medicamentos alopáticos também manipulados na Farmácia Viva de Maracanaú com os medicamentos fitoterápicos produzidos ali. Tal fato revela uma faceta negativa da ausência de capacitação dos profissionais, a qual deveria ser realizada constantemente, aproveitando a visível aceitação e adesão dos prescritores quanto ao programa de Fitoterapia do município.

Um outro achado não registrado nos resultados da primeira fase, consistiu na referência ao Xarope de Ararás em 60% dos discursos, que, juntamente com o Xarope Expectorante, foi o produto mais citado nas entrevistas dos profissionais. O Xarope de Ararás é produzido na Farmácia Viva de Maracanaú, a partir de uma planta medicinal chamada “Guaco” (*Mikania glomerata Sprengel*), acrescido de um

extrato de cupim (inseto que se alimenta de madeira). Devido à presença desse extrato, o Xarope de Ararás foi excluído do nosso estudo, visto que, de acordo com a definição da resolução de 24 de fevereiro de 2000 “*o medicamento fitoterápico deve ser obtido empregando-se exclusivamente matérias primas vegetais*”. Entretanto, é notório que na concepção dos profissionais essa distinção não é perceptível diante da sua semelhança com os produtos fitoterápicos, e da falta de conhecimento sobre esses medicamentos, inclusive em relação a legislação vigente referentes a eles.

Vale ressaltar que, mesmo não sendo considerado um medicamento fitoterápico, devemos citar as referências quanto ao Xarope de Ararás, pois tais citações se fizeram presentes na maioria dos discursos dos profissionais, de maneira bastante enfática quanto aos resultados terapêuticos positivos obtidos no tratamento da asma:

“... o xarope de ararás também, porque a gente tem um grupo de asmáticos. A Dra. Orquídea, antes de ela ser generalista, ela trabalhava com um grupo de crianças que faziam o tratamento com o xarope de ararás. Crianças assim, que cansavam de 15 em 15 dias, quando começaram a fazer o tratamento com o Xarope de Ararás, as crises passaram para um mês e com o passar do tempo ficou 2, 3 meses sem ter crise até receber a alta, entendeu? E aí, ela repassou para todos nós e todos nós estamos trabalhando com o xarope de ararás no lugar do salbutamol.” (BM10♀)

“... Ele é muito bem aceito, certo, tipo assim, os pacientes reclamam que o salbutamol dá tremores, que dá isso... aquilo. Então, o Xarope de Ararás a gente acha que não tem efeitos colaterais, certo. Então, é muito bem aceito, o efeito deles realmente é bom. (...) e todo mês eu pergunto às mães: “- Seu filho cansou?”; Ela: “- Não cansou!”; Eu: “- Faz quanto tempo que cansou”; Ela: “- Ah, doutor, depois que eu passei a usar esse xarope realmente as crises ficaram mais espaçadas. Ele tinha crise várias vezes no mês, agora tão mais espaçadas.” (FM9♂)

Os profissionais relataram as vantagens do medicamento em relação à terapia alopática comumente utilizada para o tratamento da asma, o Salbutamol, e a segurança com que o substituem pelo Xarope de Ararás. De acordo com os profissionais farmacêuticos (02) responsáveis pela manipulação dos medicamentos da Farmácia Viva e com a coordenadora geral do Programa no município, o extrato de cupim é um dos componentes do produto que apresenta propriedades antiasmáticas. Entretanto vale ressaltar que ainda não existem estudos farmacológicos que comprovem esta ação. Outro ponto a ser levado em consideração é o fato de que o outro componente do Xarope de Arará é o “Guaco” (*Mikania glomerata Sprengel*), que apresenta, dentre outras, a ação broncodilatadora (MATOS, 1998), bem como ação antiinflamatória e antialérgica demonstrada por alguns estudos científicos (FIERRO, 1999).

5.2.1.4. Alguns fitoterápicos são utilizados como coadjuvantes da terapia alopática

As principais enfermidades para as quais os medicamentos fitoterápicos foram mais prescritos corresponderam a problemas respiratórios, seguido de afecções cutâneas e diabetes mellitus (resultados coerentes aos achados da primeira parte do estudo). Tais prescrições foram justificadas de acordo com as patologias mais frequentes:

“O que eu mais prescrevo é a tintura de mororó, porque a gente tem muito diabético aqui, porque a gente trabalha com um grupo de diabéticos, certo? É o que eu mais prescrevo, e assim, e o xarope de ararás também, porque a gente tem um grupo de asmáticos...” (BM10♀)

“... Porquê são para os problemas que mais aparecem. Tipo assim, gripe não é?” (LE2♀)

“Eu passo de acordo com o que a maioria da população apresenta... problema de pele, aí eu passo o sabonete de alecrim... de acordo com a patologia.” (DM1♀)

Como pode ser observado no discurso do profissional *BM10♀*, dentre os serviços ofertados pelas UBASF de Maracanaú, existe um serviço de acompanhamento a diabéticos (entre outros), realizado com a população assistida pelo PSF. Em tal serviço, as Unidades disponibilizam um (01) turno de expediente por semana para o atendimento de pacientes diabéticos, que são acompanhados pelos médicos e enfermeiros no controle da glicemia e demais alterações fisiológicas. Tal fato vem justificar os resultados encontrados na primeira etapa deste estudo, onde a Tintura de Mororó foi o segundo medicamento fitoterápico (juntamente com o Sabonete de Alecrim) mais prescrito.

Os profissionais relataram o esquema terapêutico de monoterapia e terapia combinada com a Tintura de Mororó, o qual foi observado nas prescrições analisadas na primeira fase deste estudo:

“... e a tintura de Mororó e torém, porque a gente associa aos hipoglicemiantes que eles tomam, aos hipotensores que eles tomam. Quando eles estão descompensados, em níveis mais elevados, a gente associa à farmácia viva, e que dá bons resultados...” (IE4♀)

“... quando tá no início, que não tá muito alta a glicemia, então a gente passa só o mororó e resolve.” (BM10♀)

Como se observa claramente nos discursos acima, os profissionais costumam prescrever a Tintura de Mororó como coadjuvante terapêutico para os pacientes com Diabetes mellitus descompensados. Nestes casos, os profissionais prescrevem este fitoterápico de maneira combinada, associado à um hipoglicemiante alopático (a Glibenclamida). Quando o paciente se apresenta com a doença no seu início, ainda não descompensada, a Tintura de Mororó é prescrita isoladamente, em monoterapia. Como motivos alegados pelos profissionais para justificarem tal esquema terapêutico, os informantes afirmaram *“prescrevo a Tintura de Mororó*

associada à Glibenclamida para obter uma potencialização do efeito hipoglicemiante”, e ainda “não possui segurança suficiente para substituir a Glibenclamida pela Tintura de Mororó nos casos de glicemia elevada, pois receio que o fitoterápico não possua alcance terapêutico suficiente”.

Apesar de existirem estudos científicos que demonstram a ação hipoglicemiante do Mororó (*Bauhinia forficata* L.) em animais (SILVA & FILHO, 2002), não existem estudos que comprovem a sua eficácia e segurança em seres humanos, sobretudo que respaldem o uso de uma terapia combinada entre o Mororó e um agente hipoglicemiante alopático. Não foram ainda avaliadas qualitativa e quantitativamente as possíveis reações adversas e a possível potencialização exacerbada da ação hipoglicemiante para o paciente que utiliza tal associação.

No entanto, vale ressaltar que os informantes enfatizaram que a Tintura de Mororó vem sendo utilizada nas UBASF de Maracanaú há muitos anos e que eles vêm observando eficiência terapêutica em seus pacientes que utilizam tal medicamento ao longo desse tempo.

Nas UBASF, existe também um programa de acompanhamento a hipertensos. Entretanto, a Tintura de Torém foi citada apenas pelo profissional IE4♀, o qual afirmou utilizar os mesmos critérios usados para o tratamento do diabetes, no tratamento da hipertensão com a Tintura de Torém, ou seja, para os casos graves de hipertensão, é prescrito o anti-hipertensivo alopático associado à Tintura de Torém. Para os casos mais leves, a Tintura de Torém é prescrita isoladamente. O restante dos profissionais entrevistados (onze deles) não fizeram referência a esse medicamento fitoterápico. Na maioria das UBASF, as Tinturas de Torém vencem o prazo de validade ainda nas estantes das farmácias, seguindo o destino do lixo hospitalar (o que também ocorre com outros fitoterápicos que dificilmente são prescritos nas UBASF).

O uso da Tintura de Mororó é consideravelmente maior em relação ao uso da Tintura de Torém, em monoterapia ou em terapia combinada, ambos para o tratamento de enfermidades crônicas. Tal fato pode estar relacionado à cultura popular intrínseca dos profissionais, visto que o Mororó (*Bauhinia forficata* L.) e outras plantas do gênero *Bauhinia* é uma planta vastamente conhecida no Brasil e em diversas partes do mundo e tem sido usado popularmente ao longo de décadas para controlar os níveis de glicose sanguínea em diabéticos (MIYAKE, 1986). Desta

forma, o respaldo do conhecimento empírico dos povos pode ter encorajado os profissionais a começarem a prescrever a Tintura de Mororó, e através da observação clínica dos resultados terapêutica em seus pacientes, perpetuaram o uso deste fitoterápico nas UBASF de Maracanaú.

5.2.1.5. Informações fornecidas aos pacientes

Como foi mostrado na primeira etapa deste estudo, mais de 90% dos usuários receberam informações quanto ao uso do medicamento fitoterápico, 48,7% deles têm conhecimento de que os fitoterápicos são produzidos a partir de plantas medicinais e apenas 27,0% sabem identificar os medicamentos fitoterápicos como produtos da Farmácia Viva de Maracanaú. Os resultados apresentados nesta etapa do estudo ratificam que os prescritores, apesar de informarem a maneira correta do uso dos fitoterápicos, considerando informações de dose e posologia, eles não fornecem informações consideráveis aos usuários quanto à origem natural dos medicamentos fitoterápicos e quanto ao Programa Farmácias Vivas:

“Eu explico bem direitinho como usar (...). Nem sempre eu digo que são feitos de plantas porque eu acho que eles até já sabem, mas sempre explico como deve tomar.” (BM10♀)

“Eles são os primeiros a gostarem dos fitoterápicos, quer dizer, isso aí já é uma cultura antiga. A mãezinha diz assim: – ah, já fiz o chá disso, já fiz o chá daquilo...Então eles aceitam muito bem.” (GE16♀)

“A alguns pacientes eu aviso né, que é um produto natural (...) Então, a maioria sabe que é um produto natural. Quanto ao modo de usar a gente tem que repassar realmente, né!” (HE3♀)

Em algumas vezes, os profissionais fornecem informações a seus pacientes a respeito da origem vegetal dos medicamentos fitoterápicos, em outras, não chegam

a fazê-lo, subentendendo que os usuários já dispõem deste conhecimento, como um traço do senso comum desta comunidade (GEERTZ, 1997). Entretanto, quando agem desta maneira, os profissionais estão desconsiderando o fato de que o medicamento fitoterápicos dispensado nas UBASF são esteticamente diferentes das preparações caseiras empiricamente conhecidas pelas pessoas. Desta forma, muitos pacientes não sabem que estão recebendo medicamentos oriundos de plantas, como foi demonstrado e discutido na primeira fase deste estudo. Em adição, em nenhum momento dos discursos, os informantes relataram que fornecem informações a seus pacientes quanto ao Programa Farmácias Vivas. Este fato aliado à falta de um trabalho de divulgação corrobora com a desinformação da população sobre o programa.

Quando um projeto a nível de saúde pública é implantado, há a necessidade de se ter uma aprovação perante a comunidade, pois a mesma agirá como termômetro regulador de suas ações. Portanto, o êxito e a disseminação desses programas dependem, em boa parte, da sua divulgação junto a toda a comunidade, atingindo usuários e prescritores igualmente.

5.2.1.6. A Fitoterapia é considerada pelos prescritores uma forma de tratamento “boa” e “barata”

Por muitos anos, foi dado à fitoterapia popular o valor de ser uma forma de tratamento “barata”, para “pobres”, restrita à periferia ou à zona rural, existente apenas onde e enquanto não havia serviços médicos adequados (NOGUEIRA 1984). Este conceito foi reforçado pela OMS (1978) e amplamente difundido pelo mundo, de maneira que o valor econômico ainda se faz presente nos discursos dos profissionais como um dos valores mais referidos para justificarem sua adesão à esta prática terapêutica:

“Na minha opinião, eu acho que deveria haver uma maior produção, ser estudado mais outros tipos, sabe. Porque são remédios bons, baratos. Os custos saem até... não sai tão alto.” (KE2♀)

“Mas é uma medicação que eu sempre passo, nesses casos que a pessoa não tem dinheiro para comprar...eu gosto!” (BM10♀)

“É um medicamento alternativo muito bom, né? De custo baixo, e a gente deveria ter uma faturidade maior né, já que a gente tem esses produtos mais facilmente...” (HE3♀)

No último trecho acima, o profissional HE3♀ se referiu aos fitoterápicos como um “*medicamento alternativo*”. O sentido deste termo não está relacionado com o uso das terapias tradicionais ou alternativas. O prescritor referiu-se ao fitomedicamento como uma alternativa terapêutica para substituir uma medicação alopática prescrita, quando o paciente não a pode comprar.

A definição da fitoterapia como um tratamento barato advém de sua origem popular, onde várias gerações de famílias dispunham de plantas medicinais em seus quintais para o tratamento de suas enfermidades mais urgentes (AMORIM, 1999). Esta popularização ainda se faz presente com bastante força (AMORIM, 1999; HARNACK, 2001; SANFÉLIX, 2001), mas nos dias atuais recebe a denominação de fitoterapia empírica (MATOS, 1998). A fitoterapia científica, que no Brasil está inserida dentro do modelo biomédico, consiste numa forma terapêutica que utiliza produtos farmacêuticos confeccionados a partir de plantas medicinais que passaram por estudos científicos de validação quanto à eficácia, segurança e qualidade, sendo produzidos em processos industriais ou semi-industriais. Tais procedimentos requerem altos investimentos e podem descaracterizar a vantagem econômica para os municípios (AMORIM, 1999).

O Projeto Farmácias Vivas foi idealizado objetivando-se, dentre outras coisas, propiciar uma vantagem econômica para os municípios que o implantasse. No entanto, no estado do Ceará não existem serviços que realizem uma fiscalização quanto à produção dos medicamentos fitoterápicos nos municípios e avaliem se o objetivo de viabilidade econômica está sendo alcançado. Em Maracanaú, por exemplo, a produção não ocorre de maneira constante, devido a diversos motivos, como a falta de insumos ou de embalagens (Anexo IX). Tal fato, pode acarretar ao sistema municipal de saúde um aumento dos custos na produção de determinados produtos, pois os custos fixos do programa são independentes do volume de

produção dos medicamentos fitoterápicos.

Vasconcelos (2002) desenvolveu um estudo sobre a viabilidade econômica na produção de medicamentos fitoterápicos no município de Quixeramobim-CE, no qual também funciona o Programa Farmácias Vivas, e observou uma significativa contenção dos gastos com medicamentos. No entanto, o custo total de cada fitomedicamento foi comparado ao preço de uma medicação alopática equivalente, vendida nas farmácias comerciais, quando deveria ter sido comparado ao seu preço de custo para o município. Assim, para podermos precisar a viabilidade econômica da fitoterapia em Maracanaú, se faz necessário a realização de estudos rigorosos no campo da farmacoeconomia.

Em suma, a produção de medicamentos fitoterápicos pelas Farmácias Vivas, quando comparada à produção de medicamentos alopáticos industrializados, teoricamente deveria ocorrer de uma maneira visivelmente mais econômica, pois neste modelo de produção não são realizados os processos de extração, isolamento e purificação do princípio ativo dos fitoterápicos, o que aumentaria notavelmente os custos de sua obtenção (MATOS, 1998; YUNES, 2001). Por outro lado, os fitoterápicos produzidos nas Farmácias Vivas, que são obtidos a partir do extrato complexo das plantas, não passam por estudos de eficácia, segurança e controle de qualidade, o que descaracteriza esses medicamentos dos fitoterápicos registrados pela ANVISA. Uma saída plausível para tal situação poderia ser fundamentada em parcerias do governo do estado com as universidades locais para a realização de estudos de eficácia e toxicidade.

As falas que se referem aos fitoterápicos com uma conotação econômica, “*para pacientes carentes*”, nos inclinam a pensar que a utilização desses medicamentos só ocorre por falta de assistência medicamentosa suficiente, não passando de uma simples substituição por motivos financeiros. Entretanto, em quase todos os discursos observou-se o cuidado dos profissionais em ressaltarem tanto o ganho econômico como também a eficiência terapêutica desses medicamentos:

“O custo é menor, tá certo, mas eles têm excelentes resultados...”

(BM10♀)

“Excelentes! Eu acho que... é... ainda bem que eles estão ali!... Eu gosto muito de prescrever fitoterápico (...) Mas não é que só prescreva porquê só tem isso. Tanto que se você der um pulo na farmácia, você vai ver que tem um tanto de fitoterápico e tem um tanto muito maior de alopático.” (CM2♀)

“... Xarope de Araras, Xarope Expectorante, esses aí não dá conta e chegou, acabou. Porque é muito bom! Além de ser um remédio que tem disponível na farmácia é um remédio de boa atuação.” (KE2♀)

“Olha, o efeito, eu acho um efeito muito bom, como eu já lhe falei. Eu tenho passado vários fitoterápicos aqui que a gente dispõe, que tem sempre aqui, e os resultados são bons. Eu não tenho necessidade de trocar. Eu nunca vi um paciente dizer assim: olha, esse medicamento não funciona. Ele é muito bem aceito...” (FM9♂)

Desde 1978 a O.M.S. vem incentivando os investimentos públicos com plantas medicinais. A partir de então, vê-se uma aceitação crescente da fitoterapia por parte dos profissionais atuantes no modelo biomédico de atenção à saúde, assim como um aumento do seu uso pela população (TADDEI-BRINGAS et al, 1999). Bañuelos e Búrquez (1996), reforçam este panorama, pois acreditam que o exercício da fitoterapia representa uma prática sociocultural da comunidade que vem sendo aceita e utilizada por médicos do mundo todo, ainda que estes tenham sido formados em instituições pertencentes a um modelo biomédico-farmacológico de atenção à saúde.

Taddei-Bringas et al (1999) realizou um estudo em uma Unidade de Medicina da Família, no México, para avaliar a aceitação e uso da fitoterapia por médicos, outros profissionais de saúde e pela população usuária do serviço. Ele constatou que 85% dos médicos conhecem e aceitam a fitoterapia. Esta alta porcentagem de aceitação coincide com os nossos resultados. No entanto, apenas 45% deles justificaram sua aceitação por acreditarem na eficiência dos fitoterápicos. Dado que divergiu dos nossos resultados, onde a eficiência terapêutica dos medicamentos fitoterápicos foi citada como um dos motivos para a adesão à prática da Fitoterapia

nas UBASF de Maracanaú por todos os prescritores entrevistados.

5.2.1.7. O valor de ser natural

Na referência dos profissionais quanto à eficiência terapêutica dos medicamentos fitoterápicos, a origem natural desses medicamentos foi citada por alguns prescritores como um fator redutor dos efeitos colaterais:

“Eu explico que é um medicamento natural, feito com plantas medicinais, mas que isso não tira a responsabilidade dele de tomar a dose recomendada pelo médico, no horário recomendado; e explico também que pode dar, embora em muito menor frequência, efeitos colaterais (...) acho que é uma medicação eficiente e que os efeitos colaterais são muito menores...” (FM9♂)

“...Cápsula de Maracujá, muito embora é muito difícil vir, mais é muito bom, a resposta é muito boa, a cápsula de maracujá... até porque tem o problema da dependência dos pacientes idosos e eu não vejo nenhuma dependência da cápsula de maracujá, ela é muito bem aceita...” (GE16♀)

“... que eles também não devem exagerar na dose, né (...) a gente fala que é um medicamento natural, mas que tem que ter os mesmos cuidados que os medicamentos que não são. Não é porque é natural que não vai fazer mal.” (IE4♀)

O conceito de “o que é natural não faz mal” está profundamente enraizado na cultura popular e muitas vezes é utilizado para justificar o uso indiscriminado de plantas medicinais na medicina tradicional (LEITE, 2000). No entanto, a maioria dos profissionais fez referência à naturalidade dos medicamentos fitoterápicos de maneira racional, afirmando que costumam alertar seus pacientes quanto às

precauções relativas ao uso indevido desses produtos, ainda que sejam naturais.

O alerta com relação aos efeitos colaterais relatado por quase todos os informantes demonstra que os prescritores reconhecem a possibilidade de ocorrência de reações adversas e intoxicações com o uso de plantas medicinais, como demonstrado em vários estudos científicos (AWASTHY et al, 2000; SETTHEETHAM & ISHIDA, 1995), e por isso também recomendam aos seus pacientes que os fitoterápicos não devem ser utilizados de maneira indiscriminada. Por outro lado, os profissionais afirmaram que, diante das suas experiências ambulatoriais com a prescrição de medicamentos fitoterápicos, eles têm observado que os fitoterápicos provocam efeitos colaterais em menor frequência, com menor intensidade, ou mesmo não provocam tais efeitos quando usados corretamente pelos pacientes, em relação à medicação alopática equivalente, o que vem sendo demonstrado também em diversos trabalhos científicos. Um estudo realizado por Carraro (1996), demonstrou que um fitoterápico produzido com extrato da *Serenoa repens* apresentou menor risco toxicológico e eficiência terapêutica equivalente aos fármacos já existentes no mercado para o tratamento da Hiperplasia Benigna Prostática.

5.2.1.8. Referência à escassez dos medicamentos fitoterápicos

A avaliação dos profissionais acerca do Programa Farmácias Vivas possui um caráter visivelmente aprobatório no que concerne à proposta do Programa de aumentar a oferta de medicamentos com eficiência terapêutica sem necessariamente aumentar os investimentos do município. No entanto, uma das principais queixas referidas pelos profissionais consiste na freqüente falta da medicação fitoterápica nas unidades de saúde:

“É muito bom, mas os medicamentos faltam muito. Eu gostaria que melhorasse, para que tivesse a matéria prima, para não ter a falta desses produtos que são muito importantes para a gente, apesar de ser poucos municípios que têm esse tipo de farmácia... mas eu acho que

ainda poderia ser melhor.” (HE3♀)

“... a gente usa tanto, auxilia tanto, que às vezes falta, apenas isso. E aí demora um pouco para eles fazerem, às vezes falta uma matéria prima, ou outra. Então é apenas burocrática, a reclamação que eu tenho é apenas burocrática. Com relação ao produto, não...” (CM2♀)

“Eu acho muito bom, a única coisa que a gente reclama um pouquinho é que os medicamentos da farmácia viva num instante se acabam e demoram pra vir de novo, mas todos aqui gostam muito!” (JE9♀)

“... eu acho que a Secretaria de Saúde tinha que investir maciçamente na Farmácia Viva (...) deveria se investir mais, muito mais na produção desses medicamentos!” (FM9♂)

Os profissionais relataram que a quantidade de medicamento enviada é pequena em relação à demanda dos usuários, o que acarreta no rápido consumo desses produtos com a conseqüente falta dos mesmos nas farmácias das UBASF por um longo período de tempo. Muitos profissionais demonstraram uma profunda tristeza em relatar as dificuldades que enfrentam com a falta dos medicamentos fitoterápicos. Eles demonstraram ainda grande satisfação em prescrever tais medicamentos *“ainda bem que eles estão ali...”*.

Os relatos citados acima representam uma tentativa e esperança dos profissionais saúde de que suas reivindicações sejam atendidas pelos gestores municipais, de modo que os mesmos busquem solucionar a problemática do limitado número de medicamentos fitoterápicos para atender a contento à demanda da comunidade.

5.2.2. Inquérito com os Usuários de Medicamentos Fitoterápicos

5.2.2.1. Características dos Usuários

A amostra configurou-se heterogênea, no que concerne às variáveis sócio-demográficas (nível de escolaridade, número de componentes da família, trabalho, renda familiar, características do domicílio) apresentadas no Quadro 5. No entanto, em nenhum momento do estudo as respostas dos informantes foram diferenciadas sob a influência das referidas variáveis.

Dentre os usuários entrevistados, 100% (n=12) eram do sexo feminino. A idade variou de 22 a 70 anos, com uma idade média de 46,7 anos. Em relação à escolaridade, 50% (n=06) concluíram o ensino fundamental, enquanto 25% (n=03) cursaram o ensino médio, e 25% (n=03) nunca estudaram. Quanto à ocupação das entrevistadas, 41,67% (n=05) estavam trabalhando regularmente, 41,67% (n=05) estavam desempregadas e 16,66% (02) eram aposentadas. A média de indivíduos por residência foi de 4,08 pessoas. A renda familiar média do mês que antecedeu a pesquisa foi de 363,66 reais. Em relação às características domiciliares, 100% (n=12) das residências possuíam água encanada dentro de casa, iluminação elétrica e rede de esgotos; 83,33% (n=10) tinham sanitário com descarga e 16,67% (n=02) possuíam sanitário sem descarga; 91,66% (11) das residências eram de telha e apenas 8,34% (01) de laje; 75,0% (09) apresentaram o piso em cimento e 25% (03) em cerâmica.

Quadro 3. Caracterização dos usuários: características sócio-demográficas – Maracanaú (Ce), Novembro - Dezembro/2002.

Usuário *	Escolaridade	Componentes da Família	Trabalho / Renda Familiar**	Domicílio
M51♀	Ensino Fundamental	Uma filha	Zeladora /424 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
N22♀	Ensino Médio	Esposo e 1 filha	Fábrica /500 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário s/ descarga; rede de esgotos; telha, cimento.
O45♀	Ensino Fundamental	Esposo e 3 filhos	Desempregada / nenhum	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
P38♀	Ensino Fundamental	Pai, 2 irmãos e 1 sobrinho	Auxiliar de serviços /424 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
Q70♀	Nunca estudou	Uma filha	Aposentada / 212 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
R64♀	Nunca estudou	Esposo, filha, neto e genro	Desempregada / 400 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cerâmica.

*Código do Entrevistado (12 usuários): letra do alfabeto (identificação inicial seqüencial) + idade + sexo (♂= masculino; ♀= feminino).

**Renda familiar: soma equivalente aos salários de todos na residência.

Usuário *	Escolaridade	Componentes da Família	Trabalho / Renda Familiar**	Domicílio
S44♀	Ensino Fundamental	Dois filhos	Desempregada /220 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
T40♀	Ensino Fundamental	Esposo, 3 filhos e 1 neto	Desempregada /630 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgoto; telha; cerâmica.
U40♀	Ensino Médio	Esposo e 1 filho	Costureira /850 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; laje; cerâmica.
V50♀	Ensino Fundamental	Seis filhos	Desempregada ("bicos") /30 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário s/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
X62♀	Nunca estudou	Esposo e 2 filhos	Aposentada/ 250 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.
Z35♀	Ensino médio	Esposo, irmã e 1 filho	Func. Pública (secretária) /424 reais	Água encanada; luz elétrica; sanitário c/ descarga; rede de esgotos; telha; cimento.

*Código do Entrevistado (12 usuários): letra do alfabeto (identificação inicial seqüencial) + idade + sexo (♂= masculino; ♀= feminino).

**Renda familiar: soma equivalente aos salários de todos na residência.

De acordo com Ferreira (1986, *apud* LEITE, 2000), os “valores” são entendidos como significados de um termo e ao analisá-los obtém-se dados que possibilitam o entendimento das razões que conduzem os indivíduos à determinada realidade. Assim, ao compreender os valores atribuídos à fitoterapia por parte da comunidade usuária de medicamentos fitoterápicos, esperar-se-á poder compreender também em quais circunstâncias acontece a prática da fitoterapia e quais as conseqüências dessa prática no dia-a-dia das pessoas (LEITE, 2000).

5.2.2.2. A ingênua crença de que “medicamento natural não faz mal”

A opinião dos entrevistados a respeito dos “remédios feitos com plantas” (fitoterápicos) dispensados nas UBASF de Maracanaú, demonstrou uma crença indiscutível em sua eficiência terapêutica relacionada, dentre outras razões, à origem natural desses medicamentos.

“Eu acho que é bom pelo fato de ser assim, de ser um produto mais natural, né. Assim, porquê geralmente os remédios é cheio de produtos químico também, né. Aí enquanto serve pra uma doença, acarreta outra, né. E o remédio natural, não. Eu acredito assim, que a contra indicação é bem menor, né!” (S44♀)

“Eu acho que seja melhor do que esses remédios que coloca produtos químicos, né? Que às vezes faz até mal pras crianças. Eu prefiro um remédio que seja com as plantas do que esses remédios de... né?” (N22♀)

“Eu acho maravilhoso! É maravilhoso, porque a gente tem tomado esses remédio da farmácia viva, né, não é feito todos de planta? Eu tenho achado com bom resultado!” (T40♀)

A referência ao conceito de “ser natural” é constantemente utilizada para justificar a crença na ação e na ausência de toxicidade desses produtos. Este conceito está profundamente enraizado na cultura popular e vem justificando o seu uso ao longo dos tempos (LEITE, 2000). A idéia central de que “o remédio natural não faz mal” aponta para o medo que o usuário sente ao ingerir alguma substância “química” e de que esta venha a fazer mal ao organismo. Esta foi uma preocupação geral observada nos discursos dos usuários, pois a os efeitos colaterais estão muito fortemente associados à uma imagem negativa dos medicamentos alopáticos (TEIXEIRA, 2001).

A crença na ‘naturalidade inócua’ dos medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais não é facilmente contradita, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações e efeitos colaterais relacionados com o uso de plantas medicinais (AWASTHY et al, 2000; SETTHEETHAM & ISHIDA, 1995) consistem em informações que dificilmente chegam ao alcance dos usuários atendidos nos serviços de saúde pública, caracterizados como indivíduos de baixa escolaridade e acervo cultural.

Para Leite (2002), não é possível identificar um modelo que explique de maneira coerente e sistemática o discurso popular sobre a ação das plantas medicinais no que concerne à crença de que “o natural não faz mal”, tendo em vista que tal conceito é caracterizado, sem a necessidade de maiores argumentos, como um traço do senso comum desta população.

5.2.2.3. Comparação entre a eficiência terapêutica dos medicamentos fitoterápicos e das preparações caseiras

Mesmo sabendo que as entrevistas eram voltadas para o uso dos medicamentos fitoterápicos (“feitos com plantas”) distribuídos nas UBASF, os informantes discursaram relacionando constantemente os fitoterápicos das UBASF com as suas preparações fitoterápicas caseiras:

“Uso o xarope expectorante e o de ararás, meu filho é asmático... Eu faço às vezes um chazinho de hortelã também.” (Z35♀)

“Tem ali um mel que eu tô dando as meninas (...) esse aqui... cura-cura, lambedor de... cumarú. É muito bom ele pra tosse, é um mel. Tem um xarope do posto, ele é muito bom. E tem aquela pomada de aroeira...” (X62♀)

A relação estabelecida pelos usuários entre os dois tipos de medicamentos é fundamentada no fato de que ambos possuem origem natural, bem como na denominação dos mesmos como ‘remédios’ (LEITE, 2002), sendo por isso referidos de maneira semelhante, que muitas vezes até dificultou o entendimento de qual estava sendo falado.

Considerando a eficiência terapêutica dos dois tipos de medicamentos nós identificamos três tipos de comportamentos entre os usuários. Alguns dos informantes não consideram que exista distinção entre um remédio fitoterápico produzido pela Farmácia Viva e uma preparação fitoterápica caseira:

“Desde que o remédio seja de planta, acho que não tem nenhuma diferença. Agora se ele é de outro tipo...” (N22♀).

“Eu acho que não tem diferença! Aquele xarope pra tosse pelo menos, todo mundo aqui se dá com ele. Os caseiros são muito bom também.” (T62♀).

Para tais usuários, a eficiência terapêutica dos medicamentos é mensurada mediante a observação dos resultados positivos relacionados à cura de suas enfermidades e portanto, o processo de produção de ambos os tipos de medicamentos não influenciou a opinião dos informantes. Já para outros usuários, há uma credibilidade diferenciada entre a eficiência de ambos medicamentos, a qual observa-se claramente a influência do profissional qualificado na produção dos fitoterápicos pela Farmácia Viva:

“Eu acho assim: que há diferença porquê os de lá (da Farmácia Viva) são preparados pelas pessoas que estudaram pra fazer aquilo, né, e em casa a gente bota a quantidade que acha melhor, e lá elas sabem a quantidade certinha.” (S44♀)

“Eu acho que tem. O de lá é mais sofisticado, tem aquelas meninas sofisticadas, que sabem o que tão fazendo ali. Tem todo aquele aparelhamento ali, não é ?” (V63♀)

Para estes usuários, os “*remédios do posto*” (fitoterápicos) apresentam qualidade e eficiência superiores aos “*remédios feitos em casa*”. Tal crença se justifica devido à participação de profissionais de saúde capacitados no processo de produção dos medicamentos fitoterápicos. Para Vasconcelos (1996), as ações e conceitos praticados por profissionais de saúde são regularmente interpretados pelo povo como legítimos (VASCONCELOS, 1996). A participação profissional induz ao reconhecimento e credibilidade da fitoterapia por parte da população usuária.

Ainda, alguns poucos informantes relataram que acreditam que as preparações caseiras apresentam maior eficiência terapêutica comparados aos fitoterápicos produzidos pela Farmácia Viva:

“Não. Eu acho assim: o chá feito em casa é melhor, eu vejo o efeito mais rápido (...) e o remédio da farmácia a gente vai tomar e até esperar o efeito, né? Acho que demora mais, mas ele também é bom ...” (P38♀)

“Se sabe que as vês o que agente faz com uma misturada danada, sabe que o lambedor é melhor do que o da farmácia...(risos) ...” (Z47♀)

É possível que tais opiniões sejam baseadas na observação dos resultados terapêuticos, mas que sejam também influenciadas pela herança cultural empírica da população usuária, o que leva os usuários a creditarem maior confiança na ação terapêutica das preparações caseiras, com as quais já estão acostumados.

5.2.2.4. A eficiência terapêutica e o valor cultural dos fitoterápicos

Para justificarem os motivos pelos quais fazem uso dos “remédios feitos de plantas”, os usuários se referiram mais uma vez tanto ao uso dos fitoterápicos dispensados nas UBASF, como ao uso dos fitoterápicos caseiros e relataram que utilizam tais medicamentos porque os mesmos possuem eficiência terapêutica e porque o seu uso está relacionado com a herança culturalmente herdada:

“Olhe minha filha, esses remédios do posto, são muito bom. A gente usa porque faz efeito né, porque se não fizesse, jogava era no mato, como numa vez que eu joguei foi uns comprimido de lá (comprimidos alopáticos dispensados nas farmácias das UBASF).” (V50♀)

“... Quando meu netinho gripa, começa a catarrera, só os xarope do posto resolve. Aquele do vrido branco (aqui a entrevistada se referiu ao frasco do Xarope Expectorante).” (Q70♀)

“Costume de família, né? Que eu sou do interior, aí eu aprendi com a minha mãe, né? Que os chasim e os lambedor são muito melhor.” (N22♀)

Para reforçar a compreensão do papel da influência cultural para uso do medicamentos fitoterápicos, questionou-se também sobre o cultivo de plantas medicinais nas residências dos informantes. Dentre os entrevistados, 50,5% deles relataram cultivar pelo menos duas espécies de plantas medicinais em seus quintais. A hortelã, o mastruz e a malvariço foram as mais citadas. As demais referidas foram: romã, courama, gergelim, alfavaca, e colônia. O restante dos entrevistados relatou não possuir as plantas medicinais por motivos que limitavam o cultivo das mesmas em suas residências, como terrenos pequenos e/ou cimentados. Aqueles que não possuíam nenhuma planta medicinal em sua residência manifestaram em seus discursos o desejo de tê-las *“Ah, como eu gostaria, minha fia, de prantá, plantas*

medicinais em casa!”, e afirmaram que adquirem tais plantas comprando ou pedindo aos vizinhos. A forma mais freqüente de consumo das plantas medicinais observada foi o chá (infuso ou decocto), também constatado por diversos autores (CORTEZ, 1999; AMORIM, 1999), seguido do lambedor.

Toda manifestação dos usuários em relação ao uso de qualquer tipo de terapia à base de plantas medicinais expressou uma crença indiscutível em sua eficiência terapêutica. A constante ênfase na crença e defesa da terapêutica com remédios à base de plantas medicinais, sejam eles artesanais ou processados industrialmente, sugere que tal posicionamento faça parte do senso comum daquela comunidade. De acordo com Geertz (1997), o senso comum faz com que a cultura popular seja capaz de resistir à cultura erudita. O estudo do processo de aprendizado humano revela que este tem origem em diversas fontes e uma delas é a herança familiar (ALCOCK, 1999). Os valores e saberes próprios da população estão construídos sobre a base de suas vivências e experiências diretas (PEDROSA, 1997), e são passados ao longo das gerações. O processo de aprendizagem se faz mediante a observação e reprodução oral ou prática dos acontecimentos (HELMAN, 1994).

De acordo com Hufford (1997), as terapias chamadas caseiras ou populares fazem parte da cultura de todos os povos e etnias. Estão inseridas no conjunto de crenças e costumes socialmente adquiridos e transmitidos. Para Vilarino et al (1998), tal prática, reconhecida por diversos países e culturas, consiste em uma das práticas relacionadas ao autocuidado (através da automedicação), onde as pessoas realizam medidas terapêuticas sem consultarem um profissional da medicina convencional, exercendo com isso, o controle do seu próprio corpo.

As ampliações do setor de saúde exigidas pela reforma sanitária, visando assistir a toda população, resultaram em aumento significativo do número de unidades de saúde espalhadas em vários municípios do Brasil, inclusive em Maracanaú - Ce, propiciando o acesso geográfico da maioria da população aos serviços de saúde (UNGLERT, 1995). No entanto, ainda assim, metade dos usuários entrevistados ainda demonstraram resistência à medicalização oficial, afirmando que quando ficam doentes, antes de procurarem pelos serviços médicos das UBASF os mesmos tentam “*dar um jeito em casa antes*”, através da utilização de preparações caseiras com plantas medicinais.

“Eu vou no posto, porque se a gente tem aqui é pra usar mesmo. O governo dá pra gente e a gente tem que usar mesmo.” (Z35♀)

“Se for muito grave a gente procura um médico, não é!” (T40♀)

“Vou pro médico...(risos). Principalmente febre, sabe, eu já to correndo pro medico.” (V50♀)

Assim, costumes e crenças culturalmente adquiridos, como demonstra ser o uso de plantas medicinais pelos moradores do município de Maracanaú, identificam um grupo de pessoas que possuem uma certa resistência ao abandono das práticas caseiras e o desejo de preservação dos costumes familiares, reforçando a cultura popular local e constituindo um dos motivos que contribuem para a grande aceitação dos medicamentos fitoterápicos produzidos naquele município, que mesmo sofrendo ações dos processos tecnológicos de produção estão estreitamente relacionados às preparações caseiras dos usuários.

5.2.2.5. O Valor Econômico

O fator econômico foi citado nos discursos dos profissionais como um dos principais incentivos ao uso de medicamentos fitoterápicos. No entanto, esta referência é citada com relevância secundária nos discursos dos usuários:

“Oh meu Deus, eu gosto tanto! (...) eu tomei umas três colher e eu senti logo assim, aquele negócio assim afrouxando, foi logo dilatando não é, e melhorei muito (...) agora eu comprei um expectorante, foi caro esse outro que eu comprei, “expectorante X”, e tomo...tomo... tomo... até que acabou e parece que eu tô bebendo é água, foi R\$ 16,50.. por isso eu prefiro o do posto!” (U40♀)

“Medicamento bom é aquele que você usa e vê que fez efeito, né, independente que seja compro, que seja ganho, que seja no posto, que seja na farmácia, né? O fator principal é o efeito que ele faz né? Não importa de onde vem, fazendo efeito...” (S44♀)

“ ... uma vez eu comprei um xarope, até da farmácia, eu não fiquei boa da tosse. E dali ficou (da UBASF), o expectorante.” (V50♀)

“Remédio de farmácia só tem carestia mesmo e a gente compra um, num deu, compra outro... num é? Porque não é só um que resolve. E você faz um pouquinho de remédio, de chá, cõa e bota ali na geladeira, porque na hora que precisar, nós tomar, né? E serve!” (T40♀)

O uso de plantas para a cura dos males do corpo esteve por muito tempo diretamente associado às classes populares e à falta de recursos financeiros necessários ao acesso dos serviços de saúde considerados de qualidade (SCHENKEL et al, 1985). Porém, estudos recentes referem-se à utilização de terapias não convencionais, incluindo a fitoterapia (que no Brasil e em alguns outros países está inserida no modelo biomédico de saúde), nas classes sociais altas, considerando que as pessoas têm buscado formas de terapias mais próximas do natural (BENDAZZOLI, 2000; HARNACK, 2001).

Para uma população de baixa renda, muitas vezes as plantas medicinais são referidas como uma alternativa aos medicamentos oficiais, como estratégia para contornar a falta de recursos de saúde. Isto poderia nos levar a concluir que tanto o uso de plantas medicinais, como dos medicamentos fitoterápicos, ocorre devido à falta de assistência medicamentosa alopática suficiente, ou seja, uma substituição por simples motivos econômicos. No entanto, na maioria dos discursos dos usuários que justificaram o uso de fitoterápicos, a referência ao fator econômico não apareceu neste sentido. Os informantes relataram que o motivo principal para a utilização dos fitoterápicos das UBASF é a presença da resposta terapêutica esperada, independentemente do fato destes produtos serem distribuídos gratuitamente. Em

alguns discursos observou-se a preferência por um medicamento fitoterápico (das UBASF ou caseira, como chás ou lambedores) à um medicamento oficial ou alopático, considerando apenas a sua eficiência terapêutica.

5.2.2.6. Referência à escassez de fitoterápicos nas farmácias das UBASF

Muitos usuários relataram que a quantidade de medicamentos fitoterápicos enviada às farmácias é pequena, e que é freqüente a falta desses produtos nas UBASF devido a grande demanda por parte dos usuários:

“Eu gosto porque todos tem dado resultado (...) Mas falta muito viu, as vezes passa é tempo sem vim! (T40♀)

“... não agüento de tanta raiva, porque falta demais e demora demais a chegar. Eles deviam fazer mais, que desse pra todo mundo, porque fazem “um pingo” e agente quando não pega fica só na vontade... quer dizer, eu corro logo, mas as minhas vizinhas nem sempre conseguem.” (Z35♀)

O limitado número de medicamentos fitoterápicos presentes nas farmácias, gera constrangimentos tanto ao profissional prescrior quanto aos pacientes que fazem uso dos mesmos, os quais muitas vezes chegam a interromper os tratamentos por falta da medicação. Esse dado, associado ao fato de que os medicamentos fitoterápicos são eficientes para os tratamentos a que se destinam, independentemente de serem produtos distribuídos gratuitamente, demonstram que os informantes entrevistados utilizam tais medicamentos por questões que vão além da falta de opção terapêutica (“tomar por que só existe aquilo”), mas sim pelo próprio mérito dos mesmos enquanto produto terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

▶ A grande maioria dos prescritores orientam seus pacientes quanto ao uso do medicamento fitoterápico (94,2%), no entanto, não fornecem maiores informações quanto à origem natural desses medicamentos, bem como quanto ao Programa Farmácias Vivas, que apesar de já existir a mais de 10 anos no município de Maracanaú, encontra-se munido de uma má divulgação entre a população.

▶ A maioria dos usuários (84,5%) conheceu os medicamentos fitoterápicos através dos profissionais prescritores, enquanto 15,5% deles obtiverem esta informação mediante parentes e/ou amigos. Obtendo informações advindas dos profissionais prescritores, teoricamente os usuários poderão utilizar os fitoterápicos de maneira mais racional, o que não acontece em lugares onde a fitoterapia não é institucionalizada.

▶ O estudo demonstrou que o tempo de uso dos medicamentos fitoterápicos variou de 0 a 6 anos, dentre ao quais, a maioria das pessoas concentrou-se na faixa de 4 a 6 anos (54,5%). Este fato associado às opiniões positivas quanto aos medicamentos fitoterápicos relatadas por 91% dos usuários, sugere uma grande aceitação da fitoterapia por parte dos pacientes atendidos nas UBASF.

▶ Observou-se que a Tintura de Mororó foi um dos três medicamentos fitoterápicos mais prescritos. Este foi utilizado, em sua maioria, como um coadjuvante na terapia do diabetes mellitus, juntamente com um agente hipoglicemiante alopático. A utilização da Tintura de Mororó em monoterapia, ocorreu apenas para os casos de diabetes controlada, no início da doença. Tal associação não possui o respaldo de estudos científicos, porém, vem sendo realizada ao longo de muitos anos (e com sucesso, segundo os prescritores), o que requer a iniciativa de pesquisas científicas relacionadas à tintura de Mororó, bem como à tal esquema terapêutico.

► Os profissionais de saúde prescrevem com grande frequência os medicamentos fitoterápicos. Além de relacionarem seu uso à fatores econômicos, os prescritores enfatizam a sua crença na eficiência terapêutica de muitos desses medicamentos, creditando aos mesmos respaldo para continuarem fazendo uso desta terapia, já que a experiência do dia-a-dia em prescrever fitoterápicos é quem corrobora com o sucesso desta prática.

► Mesmo não reconhecendo o termo “fitoterápico”, os usuários identificam o termo popularmente como “remédio feito de plantas”. Estes, são bastante utilizados pelos pacientes atendidos nas UBASF. Elementos sócio-culturais são grandes responsáveis por esta realidade, já que a crença nas plantas medicinais é legada do conhecimento empírico passado através de sucessivas gerações. Tais elementos culturais, associado ao reconhecimento da eficiência terapêutica, corroboram com a credibilidade e perpetuação do uso dos fitoterápicos por parte da população usuária.

► Tanto os profissionais prescritores quanto os usuários fizeram freqüentes referências quanto à falta de medicamentos fitoterápicos nas farmácias das UBASF. A produção insuficiente de determinados fitoterápicos pode ser proveniente da falta de recursos materiais e financeiros disponibilizados pelo sistema público municipal de saúde ao Programa Farmácias Vivas. Por outro lado, existem fitoterápicos pouco conhecidos pelos prescritores, considerando eficiência e segurança terapêutica. Estas situações culminam com a constante escassez de alguns medicamentos fitoterápicos, diante de elevada demanda de usuários, bem como na perda de validade de outros fitoterápicos por falta de utilização, respectivamente.

► A subutilização de alguns produtos fitoterápicos da Farmácia Viva é resultado da falta de esclarecimento científico quanto à eficiência terapêutica de alguns produtos aos profissionais. Cabe aos gestores do Programa Farmácias Vivas, realizarem uma divulgação eficaz junto aos prescritores sobre a validação científica destes medicamentos, explanando através de palestras e cursos as propriedades terapêuticas de todos os produtos oriundos do Programa, o que daria maior respaldo aos prescritores para a utilização da totalidade dos medicamentos fitoterápicos

disponíveis. Acreditamos que com isso, o desperdício de alguns fitoterápicos seria minimizado e o uso de todos os medicamentos fitoterápicos otimizados.

7. CONCLUSÃO

Os dados obtidos através deste estudo revelaram um quadro favorável da Fitoterapia no município de Maracanaú no que concerne à aceitação desta terapêutica por parte tanto de profissionais inseridos no sistema de saúde pública do município quanto à comunidade usuária. No entanto, apesar do programa Farmácia Viva existir há mais de uma década no município de Maracanaú e em vários outros municípios do estado do Ceará e do Brasil, observa-se a inexistência de instrumentos adequados que busquem monitorar o processo de produção, prescrição, distribuição e o uso racional dos fitoterápicos produzidos mediante o programa Farmácias Vivas.

A produção e comercialização de medicamentos fitoterápicos em escala industrial representa altos custos para países em desenvolvimento, como o Brasil, devido aos requerimentos legais de avaliação científica para prover eficácia e segurança de muitas espécies de plantas e de medicamentos fitoterápicos, resultando em um difícil acesso destes produtos para a população carente. O Brasil necessita de uma legislação específica, diferente daquela estabelecida para a produção comercial e industrial dos medicamentos fitoterápicos, que promova a implantação da Fitoterapia na atenção primária considerando uma produção e uso de medicamentos fitoterápicos com eficácia e segurança comprovadas cientificamente. Desta forma, a realização de testes de eficácia e segurança dos fitoterápicos poderia ser conduzida através de parcerias entre o sistema municipal e estadual público de saúde e as Universidades locais. Parcerias com farmácias de manipulação seriam úteis para promover as “Boas Práticas de Processos de Manipulação”, padronização e controle de qualidade dos produtos. Em adição, poderiam ser criados programas de pesquisa e cultivo agrícola de plantas medicinais

que tornasse possível o uso da extensa biodiversidade dos estados brasileiros de uma maneira sustentável. A prescrição e o uso racionais poderiam ser efetivados através de programas eficazes que promovessem o treinamento de profissionais prescritores e a informação junto à população, respectivamente.

Assim, a Fitoterapia seria utilizada na atenção primária de Maracanaú, bem como em vários outros municípios de todo o Brasil, de uma maneira econômica, mais eficaz e segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMS, Diane, Louise. **Self-medication among urban residents of Salvador, Bahia, Brazil.** A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree Doctor of Philosophy in Anthropology. University of California, Los Angeles, 332pgs., 1994.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução – RDC nº 17**, de 24 de fevereiro de 2000.

AKERELE, O. Medicinal Plants and primary health care: an agenda for action. **Fitoterapia**, 5, 355-63, 1988.

ALCOCK, J. E. Alternative medicine and the psychology of belief. **Alt. Med.** 3(2):45-50, 1999.

AMORIM, J. A. **Fitoterapia popular da comunidade: diagnóstico para proposta de integração nos serviços de saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil.** Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública de São Paulo para a obtenção do grau de Doutor; s.n., 316 p., 1999.

ANDRADE, João Tadeu. Terapias Complementares em Saúde Pública: Alguns Aspectos do Debate Antropológico Contemporâneo. **Rev. Humanidades e Ciências Sociais**; v. 1 nº 2, 1999.

ANDRADE, Maria Marlene Freitas, **Memento Farmacêutico**, Prefeitura Municipal de Maracanaú - Secretaria de Saúde; Setor de Assistência Farmacêutica, 50 p., 2000.

ASTIN, J. A. Why Patients Use Alternative Medicine: results of a National Study. **Journal of American Medicine Association**, 279:1548-1553, 1998.

AWASTHY, K. S.; CHAURASIA, O. P.; SINHA, S. P.; KHAN, P. K. Differential genotoxicity of the crude leaf extract of a medicinal plant, *Casearia tomentosa*. **Biomed Environ Sci**; 13(1):12-8, Mar., 2000.

BAHLS, Saint-Clair. Tratamento fitoterápico da depressão. **J. bras. psiquiatr**; 50(11/12):389-396, dez. 2001.

BALMÉ, F. - Plantas Medicinais - São Paulo: **Hemus**, 5 ed. , 1991. 398 p.

BAÑUELOS, N.; BÚRQUEZ, A.; Las plantas: una estrategia de salud em la medicina doméstica mayo. **Estúdios Sociales**; 12(7):163-189; 1996.

BARATA, Lauro E.S.; QUEIROZ, Sérgio R. R. **Contribuição Efetiva ou Potencial do PADCT para o Aproveitamento Econômico Sustentável da Biodiversidade**; Ministério da Saúde e Tecnologia; Campinas, 1995.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

BENDAZZOLI, Willian Silvestre. Medicamento fitoterápicos: Perspectivas de resgate de uma terapia histórica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 24, v.24, n.2 mar./abr. 2000.

BENNETT, J.; BROWN, C. M. Use of herbal remedies by patients in a health maintenance organization. **J Am Pharm Assoc (Wash)**. 40:353-358, 2000.

BENZI, G.; CECI, A. Herbal Medicines in European Regulation. **Pharmacological Research**. V. 35, No. 5, 1997.

BERG, B. L. **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**. 3rd ed, Boston: Allyn & Bacon, 1998.

BERMAN, B.M.; SWYERS, J. P.; KACZMARCZYK, J. Complementary and alternative medicine: herbal therapies for diabetes. **J Assoc Acad Minor Phys**; 10(1):10-4, 1999.

BUCHAUL, Ricardo Borges. **Saúde com Plantas Medicinais- A Medicina Fitoterápica Floresce**. Adaptado de Natural Health Village-News, 2001.

BUCHAUL, Ricardo Borges. Histórico da Fitoterapia. **Cadernos de Fitoterapia**; Série 2001.

CALIXTO, J. B. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**; 33(2):179-89, 2000.

CANESQUI, A. M. **Consumo e avaliação dos serviços de saúde**. Trabalho apresentado no III Encontro de Pesquisa Social em Saúde Pública, realizado na faculdade de Saúde Pública de São Paulo e publicado no livro: SPÍNOLA et al, Pesquisa Social em Saúde; Cortez ed.; SP, 1992.

CARRARA, Douglas. Fitoterapia - Porque Devemos Incentivar a Fitoterapia no Atendimento à Saúde?. **Boletim Raízes da Terra**. Rio de. Ano I, nº4, Janeiro, 2000.

CARRARO, J. C.; RAYNAUD, J. P.; KOCH, G.; CHISHOLM, G. D.; DI SILVERIO, F.; TEILLAC, P.; CALAIS DA SILVA, F.; CAUQUIL, J.; CHOPIN, D. K.; HAMDY, F. C.; HANUS, M.; HAURI, D.; KALINTERIS, A. ; MARENCAK J.; PERIER A.; PERRIN P.; Comparison of phytotherapy (Permixon) with finasteride in the treatment of benign prostate hyperplasia: a randomized international study of 1,098 patients. **Prostate**; 29(4):231-40; discussion 241-2, 1996.

CATALÁN, C.; LÓPEZ, J. M.; LÓPEZ, E.; PASTOR, M. C.; PALOP, V.; MARTÍNEZ-MIR, I. Consumo de hierbas medicinales en pacientes atendidos en una consulta de atención primaria. **Atención Primaria**; 18(Supl 1):376, 1996.

CHEZ, R. A; JONAS, W. B. The challenge of complementary and alternative medicine. **Am J Obstet Gynecol**. 177: 1156-6, 1997.

COELHO, H.L.; ARRAIS, P.S. Desenvolvimento da farmacoepidemiologia no Brasil: I Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia. **Cad Saúde Pública**; 15(1):204, 1999.

CORTEZ, L. E. R.; JACOMOSSI, E.; CORTEZ, D. A. Levantamento das plantas medicinais utilizadas na medicina popular de Umuarama, Pr. **Arq. ciências saúde UNIPAR**; 3(2):97-104, maio-agosto., 1999.

DAHER, Daniela. **Fitoterapia – O poder das plantas** - 1. Serviço de Utilidade Geral, Pública e Particular da LBV. Disponível em: <<http://www.lbv.org/noticias/m20000509/m03/m03.html>>. Acesso em: 25 julho 2002.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev. Saúde Pública**; 31(4); São Paulo, 1997.

EDDOUKS, M.; MAGHRANI, M.; LEMHADRI, A.; OUAHIDI, M. L.; JOUAD, H. Ethnopharmacological survey of medicinal plants used for the treatment of diabetes mellitus, hypertension and cardiac diseases in the south-east region of Morocco (Tafilalet). **J Ethnopharmacol**;82(2-3):97-03, 2002.

EISENBERG, D. M.; DAVIS, R. B.; ETTNER, S. L. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. **Journal of American Medicine Association**, 280:1560-1575, 1998.

EISENBERG, D. M.; KESSLER, R. C.; FOSTER, C.; NORLOCK, F. E.; CALKINS, D. R.; DELBANCO, T. L. Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use. **N Engl J Med**; 328:246-252, 1993.

ELANJIAN, S.; GORA, M. L. & SYMES, L. R. Methods used by pharmacy departments to identify drug interactions. **American Journal of Hospital Pharmacy**, 50:2546-2549, 1993.

FARLEY, D. FDA proposes program to give patients better medication information. **FDA Consumer Magazine**, 29. 26 April 1997.

FERREIRA, A. B. O. (1986) *apud* LEITE, Silvana Nair. **Além da medicação: a contribuição da Fitoterapia para a saúde pública**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Mestre. 114p. São Paulo, 2000.

FIERRO, I. M.; SILVA, A. C.; LOPES, C. S.; MOURA, R. S.; BARJA-FIDALGO, C. Studies on the anti-allergic activity of *Mikania glomerata*. **J Ethnopharmacol**; 66(1):19-24, Jul., 1999.

FILHO, E. S. F.; MORAIS, S. M. de; FONSECA, S. G. C.; MOTA, O. M. L.. Preparação e avaliação clínica de um anti-séptico bucal à base do óleo essencial da planta medicinal *Lippia sidoides Cham* (Alecrim pimenta). **Rev. ABO Nac**; 6(5):323-5,

out.-nov. 1998.

FISHER, P. & WARD, A. Complementary Medicine in Europe. **British Journal of Medicine**, 309:107-111, 1994.

FURNHAM, A. & FOREY, J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional complementary (alternative) medicine. **Journal of Clinical Psychology**, 50:458-469, 1994

UM MERCADO incipiente. Como o Brasil começa a regularizar e expandir a "farmácia verde. Editora Globo. **Galileu**. Disponível em: <<http://galileu.globo.com/edic/129/rdossie5.htm> >. Acesso em: 20 junho 2002.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GEEST, Sjaak Van Der (1988) *apud* LEITE, Silvana Nair. **Além da medicação: a contribuição da Fitoterapia para a saúde pública**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Mestre. 114p. SãoPaulo, 2000.

GIORDANO, O., GUERREIRO, E; PESTCHANKER, M. ; GUZMÁN, J.; PASTOR, D. & GUARDIA, T. The gastric cytoprotective effect of several sesquiterpene lactones. **Journal of Natural Products**, 53: 803-809, 1990.

GRAND, A.; SRI-NGERNYUANG, L.; STREEEFLAND, P. H. Enhancing appropriate drug use: the contribution of herbal medicine promotion. **Social Science and Medicines**. 36(8):1023-1035, 1993.

GRÜNWARD, J.; BÜTTEL, K. Der europäische Markt für Phytotherapeutica. **Pharm. Ind.** 58:209-14, 1996.

HAAIJER- RUSKAMP, F. M, HEMMINKI, E. The social aspects of the drug use. In: **Drug Utilization Studies: methods na uses**. DUKES, M.N.G. (org.), WHO Regional Publications. WHO European Series nº 45 cap. 6, p. 97-124, 1993.

HARKIN, Ton. The Importance of Alternatives to Health Care. **The Journal of Alternative & Complementary medicine**. v. 1, nº 1, 1995.

HARNACK, L. J.; RYDELL, S. A.; STANG, J. Prevalence of Use of Herbal Products by Adults in the Minneapolis/St Paul, Minn, Metropolitan Area. **Mayo Clinics Proc**; 76(7) p. 688-694, 2001..

HARRISON, P. Herbal medicine takes root in Germany. **CMAJ**; 158(5): 637-9, Mar 10, 1998.

HARTZ, Z. M. A.. **Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde**. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 19-28, Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1997.

HELMAN, CECIL G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2º Edição. Ed. Artes médicas; Porto Alegre, 1994.

HUFFORD, D. J. Folk medicine and health culture in contemporary society. **Primary Care**; 24(4):723-741, 1997.

HUTCHINSON, S. A.; WILSON, M. E.; WILSON, H. S.; Benefits of participating in research interviews. **Image: J Nurs Scho**; 26:161-4, 1994.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de Informações Municipais** - Malha Municipal Digital, 1997-2000.

IPLANCE, **Perfil Básico Municipal: Maracanaú**. Fortaleza: Edições IPLANCE, 27p, 2000.

JOHNSON, E. M.; WOOTTON, J. C.; KIMZEY, R.; MCCULLAGH, L.; WESLEY, R.; BYRD, D. C.; SINGH, K. K. Use of herbal therapies by adults seen in a ambulatory care research setting: an exploratory survey. **J. Altern Complement Med**. 6(5):429-35, 2000 Oct.

KELLER, K. Legal requirements for the use of phytopharmaceutical drugs in the Federal Republic of Germany. **J. Ethnopharmacol**; 32(1-3): 225-9, 1991 Apr.

LAKEN, M. Poland; COSOVIC, S. Introducing Alternative/Complementary Healing to Allopathic Medical Students. **The Journal of Alternative & Complementary medicine**. v. 1, n. 1, 1995.

LAMBERT, Helen. Popular therapeutics and medical preferences in rural north India. **The Lancet**. . 348, 21/28 December, 1996.

LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. Estudos de utilizacion de medicamentos y farmacovigilancia. In: **Principios de Epidemiologia Del medicamento**. 2 ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, cap:1; p. 1-24, 1993.

LEITE, Silvana Nair. **Além da medicação: a contribuição da Fitoterapia para a saúde pública**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Mestre. 114p. São Paulo, 2000.

MARQUES, M. B.: 'Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil'. **História, Ciências, Saúde** – Mangueiras, VII(1): 7-21, mar.-jun. 2000.

MARWICK, C. MedGuide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. **JAMA**, 277:949-950, 1997

MATOS, José de Abreu. **Farmácias Vivas**. Editora da Universidade Federal do Ceará (UFCE); 3ª edição, 1998:13-36.

MICOZZI, M.S. Alternative and Complementary Medicine: Part of Human Heritage. **The Journal of Alternative & Complementary Medicine**. v. 1, n. 1, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento da pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993.

MIYAKE, E. T. Farmacognosy characterization of Pata-de-Vaca (*Bauhinia fortificata*). **Rev Bras Farmacogn**;1(1):56-68, 1986.

MOLONY, David. **Complete Guide to Chinese Herbal Medicine**. 1. edição, Berkley Books, 1998.

MORAES, M. E. A. **Pesquisas FUNCAP - Aroeira-do-sertão: um candidato promissor para o tratamento de úlceras gástricas.** Ano 3 – n. 3 - Dezembro de 2001.

MUSZYNSKI, Jan. Volta à Fitoterapia na Terapêutica Moderna. **Revista da Flora Medicinal.** Ano XV, n. 9, RJ. Pp.363-384; Set/1948.

NEGRAES, Paula. Fitoterapia - Uma História com Muito Sabor. **Jornal Amigos do Horto,** São Paulo, 2001.

NEGREIROS, Maria do Socorro Cavalcante. **Uso do Medicamento Fitoterápico na Atenção Primária do Município de Pereiro-Ce.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceara, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em saúde Pública. Fortaleza, 2002.

NOGUEIRA, M. J. C. Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidados à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP;** 18(2):177-187.

NOBREGA, S.; FRANCENELY, N. Práticas caseiras no cuidado à saúde – tecnologia apropriada. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 35:200-225, 1982.

OLIVEIRA, R.A.G. **Introdução ao Estudo de Plantas Medicinais.** João Pessoa: UFPB/CAPES/PROIN, 1997.

Organización Mundial de la Salud. **Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. En: Atención Primaria a la Salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud; 1978 Alma Ata URSS.6-12 septiembre. Ginebra: OMS, 1978:355-367.

Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Chiang Mai,** 1988.

Organização Mundial da Saúde. Resoluções WHA 29.72, WHA 30.49, WHA 31.33, WHA 40.33, WHA 41.19, 1976-1978, 1987-1988.

OSÓRIO, Adriana de Carvalho. **Controle de qualidade do extrato fluido e tintura de guaco (Mikania glomerata Sprengel).** Apresentada à Universidade de São

Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas para obtenção do grau de Doutor. São Paulo; s.n; 121 p., 2002.

PALINKAS, L. A.; KABONGO, M. L. The use of complementary and alternative medicine by primary care patients. A SURF*NET study. **J Farm Pract**; 49(12): 1121-30, 2000 Dec.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. London: **Sage Publications**; 1990.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado e controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 13(4):741-8, 1997.

PEPATO, M.T.; KELLER, E. H.; BAVIERA, A. M.; KETTELHUT, I. C.; VENDRAMINI, R. C.; BRUNETTI, I. L. Anti-diabetic activity of Bauhinia forficata decoction in streptozotocin-diabetic rats. **J Ethnopharmacol**;81(2):191-7, 2002.

PORTA, M. S.; HARTZEMA; A. G. **Contribution of epidemiology to the study of drugs. In: Pharmacoepidemiology.** U. S. A. Whitney Books, 432p. cap. 1: p. 2-17, 1991.

PROPOVICH, B. What is the cure for leveling botanical sales? **Chem Market Rep.** 258: 3-7, 2000.

RADHAMANO HAR, M.; THAN, M.; RIZVI, S. Assessment of patients' knowledge about their illness and treatment. **Br J Clin Pract** ;47:23-5; 1993.

REPETTO, M. G. and LLESUY, S. F. Antioxidant properties of natural compounds used in popular medicine for gastric ulcers. **Braz J Med Biol Res**, V. 35(5) 523-534 (Review), May 2002.

RYAN, E. A.; PICK, M. E.; MARCEAU, C. Use of alternative medicines in diabetes mellitus. *Diabet. Med.* 2001;18(3):242-5.

SANFÉLIX, G. J. **Influencia Del sexo Del paciente en el uso del medicamento.** Tesis Doctoral. Departament de Farmacologia. Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València, 1999.

SANFÉLIX, G. J. LARREA, V. P.; GOMIS, R. E.; MARTÍNEZ-MIR, I. Consumo de hierbas y medicamentos. **Atención Primaria**; 28(5), 2001.

SCHENKEL, E. P.; SIMÕES, C. M.; MENGUE, S. S.; MENTZ, L. ^a. IRGANG, B. E.; STEHMANN, J. R. O espaço das plantas medicinais e suas derivadas na medicina científica. **Caderno de Farmácia**; 1(2):64-72, 1985.

SETTHEETHAM, W.; ISHIDA, T. Study of genotoxic effects of antidiarrheal medicinal herbs on human cells in vitro. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**; 26 Suppl 1:306-10, 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**. v.29 n.1 São Paulo fev. 1995.

SILVA, E. A. Carta ao Presidente - Fitoterápicos: Questionamentos Sobre a Resolução 17/2000, da Anvisa. **Revista Infarma**, v. 14. n. 4/5, pg 67-73, 2001.

SILVA, K. L.; FILHO, V. C. Plantas do gênero *Bauhinia*: composição química e potencial. **Quim. Nova**, v. 25, n. 3, 449-459, 2002.

SILVA, Luciene Alice. **Programa Estadual de Fitoterapia - Secretaria de Saúde do Ceará**. edição: Departamento de Assistência Farmacêutica/Diretoria da Saúde, Fortaleza, 2000.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**; v.16, n. 2; Rio de Janeiro, abr./jun. 2000.

SIMÕES, M. J. S. Estudos de Utilização de Medicamentos. In: Castro, L.. L. C. (org). Fundamentos de farmacoepidemiologia [S.1.], 2000. 180 pp. 127-169. **Ciênc. rural**;30(1):113-8, jan.-mar. 2000.

SOLER, O. et al. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Ministérios da Saúde, Brasília, DF, 2001.

SMITH, M.B.H. & FELDMAN, W. Over-the-counter cold medications: a critical review of clinical trials between 1950 and 1991. **JAMA**, 269: 2258-63, 1993.

TADDEI-BRINGAS, G. A.; SANTILLANA-MACEDO M. A.; ROMERO-CANCIO J. A.; ROMERO-TÉLLEZ, M. B. Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. **Salud pública**. Méx. 41(3):216-20, Cuernavaca, May/June 1999.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**; 35(2), 2001.

TESCH, B. J. Herbs commonly used by women: an evidence-based review. **Dis. Mon.** 48(10): 671-96, Oct, 2002.

UNGLERT, C. M. S. **Planejamento geográfico dos sistemas de saúde**. In: MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários. São Paulo: Hucitec, 1995.

UCHÔA, Elizabeth; DIAS, Josélia O. A. Firmo Elizabeth C.; PEREIRA, Maria Stella N.; GONTIJO, Eliane D. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. **Cad. Saúde Pública**; v.18 n.1; Rio de Janeiro, jan./fev. 2002

CONTRIBUIÇÃO de Roma para a Civilização. **Universo & Umanidade**. Tomo I, São Paulo: Michanany, 1965, p. 162-164.

UPTON, R.; GRAFF, A.; Williamson, E.; BUNTING, D.; GATHERUM, D. M.; COTT, J. **St. Jojn's Wort: Hypericum performatum, In: American Herbal Pharmacopoeia T.M. and herapeutic Compendium**, Carnegie Mellon University, Pittsburh, USA, 1997, p.3.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**; (49-50): 101-105, 1996.

VIANA, A. L. D.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Mudanças significantes no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**;18:139-5, 2002.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma Introdução ao Tema**. Tomo Editorial, Porto Alegre, 136p., 2000.

VILARINO, J. F.; SOARES, I. C.; SILVEIRA, C. M.; RODEL, A. P. P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R. R. Perfil da automedicação em municípios do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**; 1(32):43-49; 1998.

WAKAC, H.; MERCEDES, G.; FLORES, J.; CARMEN, E. del. **Plantas medicinales en atención primaria en salud**. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad e Farmacia y Bioquímica; 127p., 1993.

WALTER, G.; REY, J. M. The relevance of herbal treatments for psychiatric practice. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**; 33(4):482-9; discussion 490-3, 1999.

WATSON, Rory. European Complementary Medicine Proposals Watered Down. **BMJ**, v. 314, 7 June, 1997.

WHO (report of a third WHO consultative Group on the Role of the pharmacist) The Role of the pharmacist in the Health care systems. Vancouver, Canadá, 27-29 August, 1997.

YUNES, R. A., PEDROSA, R.C., YURI, V.C. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. **Quím. Nova**. v.24 n.1 São Paulo jan./fev. 2001.