

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Franciele Fagundes Fonseca

**O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Diamantina - MG
2018**

Franciele Fagundes Fonseca

**O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Diogo Neves Pereira

**Diamantina
2018**

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM Bibliotecário

Ivanilton Antônio de Oliveira CRB-6/3359

F676u Fonseca, Franciele Fagundes.

O uso de plantas medicinais por diabéticos acompanhados pela estratégia saúde da família / Franciele Fagundes Fonseca.-Diamantina, 2018.

104 p. : il.

Orientador: Diogo Neves Pereira

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2018.

1. Plantas Medicinais. 2. Medicina integrativa. 3. Família – saúde e higiene. I. Pereira, Diogo Neves. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 615. 321

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Franciele Fagundes Fonseca

**O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Diogo Neves Pereira

Data da aprovação: 21/09/2018

Profª. Dra. Ana Paula Azevedo Hemmi

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Prof. Dr. Diogo Neves Pereira

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Profª. Dra. Orlene Veloso Dias

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Diamantina

Dedico este trabalho a Deus, nossa Senhora e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Virgem Maria. O que seria de mim sem a fé que eu tenho por Eles. Obrigada por tudo que vivi, ouvi e aprendi;

Sou eternamente grata a meus pais Arleth e Eurípedes pelo amor, incentivo e estímulo durante todos os momentos principalmente os difíceis, a minha irmã Jessie pelo apoio e carinho;

Agradeço a meu orientador o professor Diogo Pereira, à qual destino meu respeito e admiração pelo bom exemplo de profissional e competência. Além disso, agradeço a ele por ter me conduzido desde o início dessa jornada a novos horizontes;

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde pelos conhecimentos compartilhados;

Às minhas colegas do mestrado Ensa pelas alegrias e cumplicidades compartilhadas;

Agradeço aos meus amigos Cássio, Leandro, Roger e Verinha pelo apoio;

Agradeço também a equipe de docentes da UNIMONTES pelos ensinamentos e oportunidades que contribuíram com a minha formação profissional;

Em especial ao Programa Institucional de Bolsas de Estudos e Pesquisas para Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

RESUMO

Pesquisar a respeito do uso de plantas medicinais por pessoas com doenças crônicas como a diabetes é uma tarefa fundamental para a gestão do serviço realizado, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma melhora na qualidade do serviço prestado na Estratégia Saúde da Família. O objetivo do estudo é compreender o uso de plantas medicinais por pessoas com diabetes acompanhadas pela equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, MG. Investigar acerca desta temática poderá contribuir para a reflexão dos gestores e servidores em relação ao uso correto das plantas medicinais, divulgação dessas informações para os usuários, diminuição de gastos e melhorar o acesso da população ao tratamento. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Foi utilizada a técnica de grupo focal e como referencial metodológico a análise de conteúdo temática. A coleta de dados envolveu o desenvolvimento de quatro grupos focais no período de agosto a setembro de 2017. Participaram deste estudo usuários do sistema público de saúde cadastrados e assistidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com diabetes tipo 2. Os dados foram obtidos por meio da realização de grupos focais no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros e posteriormente submetidos à análise. A partir da análise das transcrições das entrevistas e dos relatórios produzidos ao longo da pesquisa emergiram quatro categorias conceituais e treze subcategorias relacionadas ao uso das plantas medicinais. Observou-se, de maneira geral, que os usuários da Estratégia Saúde da Família em sua maioria fazem ou já fizeram uso de alguma planta medicinal. Também foi possível identificar a importância dos aspectos sociais que envolvem o uso das plantas medicinais e os fatores que influenciam seu consumo. Foi sugerida a criação de grupos de Educação Permanente, cursos e desenvolvimento de cartilhas educativas que valorizem a cultura popular.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Plantas medicinais. Medicina integrativa e complementar.

ABSTRACT

Research on the use of medicinal plants by people with chronic diseases such as diabetes is a fundamental task for the management of the service performed, since their understanding can provide an improvement in the quality of service provided in the Family Health Strategy. The objective of the study is to understand the use of medicinal plants by people with diabetes accompanied by the Family Health team in the municipality of Montes Claros, MG. Investigating this theme may contribute to the reflection of managers and servers regarding the correct use of medicinal plants, dissemination of this information to users, decrease of expenses and improve the population's access to treatment. This is a qualitative, descriptive study. The focus group technique was used as the methodological reference for the thematic content analysis. Data collection involved the development of four focus groups from August to September 2017. Participants in the study were public health system users enrolled and assisted by the Family Health Strategy (FHS) team with type 2 diabetes. Data were collected obtained through the realization of focus groups in the context of the Family Health Strategy of the municipality of Montes Claros and later submitted to the analysis. From the analysis of interview transcripts and the reports produced throughout the research, four conceptual categories and thirteen subcategories related to the use of medicinal plants emerged. It was generally observed that users of the Family Health Strategy mostly make or have already used some medicinal plant. It was also possible to identify the importance of the social aspects that involve the use of medicinal plants and the factors that influence their consumption. It was suggested the creation of Permanent Education groups, courses and development of educational booklets that value popular culture.

Keywords: Primary Health Care. Medicinal plants. Integrativeandcomplementary medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Categorias conceituais e subcategorias sobre o uso de plantas medicinais por diabéticos acompanhados pela equipe de Equipe de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.....	39
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Plantas medicinais utilizadas pelos diabéticos tipo 2 participantes da pesquisa em Montes Claros, MG, ano 2017.....	65
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVASUS - Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DM - Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

OMS - Organização Mundial de Saúde

PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil

PMAQ- AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF- Programa Saúde da Família

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O uso de plantas medicinais.....	13
1.2 A diabetes.....	17
1.3 Atenção Primária à Saúde.....	19
1.4 O cerrado.....	22
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Caracterização da pesquisa.....	25
3.2 Cenário.....	26
3.3 População e sujeitos da pesquisa.....	26
3.4 Instrumento e coleta de dados.....	27
3.5 Interpretação dos dados.....	31
3.6 Diálogo teórico: Sahlins.....	32
3.7 Aspectos Éticos.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 Caracterização dos participantes, categorias e subcategorias.....	36
4.2 Ser Diabético.....	42
4.2.1 Percepções sobre a doença.....	42
4.2.2 Uso de plantas medicinais para diabetes.....	44
4.3 Aspectos Sociais.....	49
4.3.1 Acesso ao serviço Público de Saúde.....	49
4.3.2 Acesso a Informação.....	52
4.3.3 Transmissão do saber popular.....	54
4.3.4 Migração.....	56

4.4 Estratégia Saúde da Família.....	58
4.4.1 Abordagem temática na ESF.....	58
4.4.2 Profissional de saúde.....	61
4.5 Manejo das Plantas Medicinais.....	63
4.5.1 Plantas medicinais utilizadas pelos diabéticos.....	63
4.5.2 Forma de preparo.....	72
4.5.3 Conservação e identificação.....	74
4.5.4 Frequência de uso.....	75
4.5.5 Fonte de obtenção das plantas medicinais.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
5.1 História e práticas dos sujeitos da pesquisa.....	79
5.2 Contribuições para as políticas públicas de saúde.....	82
5.3 Limites e possibilidade deste estudo.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	99
ANEXO.....	104

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como tema o uso das plantas medicinais por pessoas com diabetes do município de Montes Claros atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF). O município de Montes Claros é um importante polo de saúde da região Norte de Minas Gerais, sendo necessários estudos que contribuam para a melhora da qualidade de vida e da assistência prestada à população. O uso das plantas medicinais está presente na tradição da cultura popular local do município.

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo surgiu a partir da observação de relatos de pessoas com diabetes, acompanhadas pela ESF, que narravam, durante a participação nos grupos de educação em saúde do Hiperdia¹, realizados na Unidade Básica de Saúde ou em consulta médica, o uso de plantas medicinais para o tratamento de suas enfermidades. Essa observação tornou-se relevante para mim durante os dois anos em que cursei a Residência multiprofissional em Saúde da Família exercendo a função de enfermeira no período de 2014 a 2016 na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, no qual desenvolvi vários grupos educativos de Hiperdia. Durante esses momentos, os usuários do serviço que possuíam diabetes relatavam que faziam o uso de plantas medicinais rotineiramente, afirmavam que esse tratamento era melhor e natural, além de defenderem o uso das plantas em diversas situações de enfermidades. Deste modo surgiu a iniciativa de pesquisar sobre essa temática de muita importância para a saúde pública no país.

Escolhi realizar este estudo com as pessoas diabéticas pela experiência vivenciada durante a minha trajetória profissional e acadêmica nos grupos de Hiperdia e nas visitas domiciliares, nas quais os usuários me mostravam seu cultivo de plantas medicinais e suas chamadas “garrafadas” para tratamento terapêutico. Além disso, desde a graduação desempenhei trabalhos em comunidades e discutia temas relativos à cultura popular. Compreender a influência cultural no processo saúde e doença de um povo sempre me despertou interesse.

Diante da adesão das pessoas com diabetes ao uso das plantas medicinais e da complexidade dos problemas clínicos que podem estar envolvidos, compreender os padrões de utilização das plantas medicinais por estes pacientes é primordial para avaliar o impacto das novas terapias, bem como para planejar e estabelecer melhorias nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

¹ Hiperdia: destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesta perspectiva, foi construída a seguinte questão que norteou este trabalho: como as pessoas com diabetes da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, fazem uso das plantas medicinais?

O objetivo do estudo não é focar o uso das plantas medicinais que são específicas para diabetes, como hipoglicemiantes, visto que a pessoa com diabetes geralmente apresenta diversas comorbidades, tais como hipertensão, dislipidemias, obesidade, câncer e nefropatias, utilizando as plantas medicinais também para o controle das mesmas. Abaixa imunidade é algo presente na vida do diabético, tornando-o vulnerável a outras doenças, tais como a gripe, por exemplo.

Como se dá o uso das plantas medicinais pelas pessoas diabéticas pode ser explicado por diversos fatores que foram explorados no roteiro da pesquisa e apresentados ao longo do discurso da população de estudo. Todas as informações coletadas pelos discursos dos participantes dos grupos focais efetuados compõem as peças do quebra-cabeça que explica o uso das plantas medicinais.

A realização da presente investigação poderá gerar subsídio para a reflexão dos gestores e profissionais de saúde acerca do uso das plantas medicinais pelas pessoas com diabetes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, podendo colaborar para a divulgação de informações sobre tal uso nas Unidades Básicas de Saúde. Mais especificamente, a realização do presente estudo possibilitará a ampliação do conhecimento sobre o uso das plantas medicinais por diabéticos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. O conhecimento sobre este uso poderá, então, ser levado aos profissionais que atuam com estes mesmos pacientes, possibilitando, dessa forma, uma qualificação de suas práticas e uma melhor interação entre saberes.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O uso das plantas medicinais

A importância das plantas medicinais para os seres humanos é um legado que vai passando de geração para geração. Desde o início o homem primitivo explora a natureza, principalmente plantas e animais para se alimentar e se medicar. É possível identificar por meio de estudos que os povos primitivos da humanidade utilizavam as plantas medicinais, no tratamento de enfermidades e de feridas e até em rituais. O uso de remédios à base de ervas

remete às tribos antigas que faziam extração de substâncias das plantas para a cura de enfermidades (DEVIIENNE; RADDI; POZETTI, 2004).

No passado as plantas medicinais foram utilizadas de diversas formas, com o objetivo de curar os males do corpo, da alma e também em rituais (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006). Então foi se despertando a curiosidade para novos estudos em relação às plantas medicinais e se originou a etnobotânica. Por isso o conhecimento não científico deve ser valorizado. Estima-se que mais de 70% dos medicamentos derivados de plantas foram desenvolvidos com base no conhecimento popular (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Tal como vem sendo exercida a etnobotânica envolve o estudo de plantas medicinais. Ela trabalha com várias outras disciplinas, tais como, por exemplo, a etnofarmacologia. Assim como com a antropologia médica, pois na medida em que esta contextualiza o uso das plantas dentro de um grupo social peculiar de uma determinada realidade, traz sua contribuição ao entendimento da utilização de plantas para fins lucrativos e seu uso popular (FEIJO *et al.*, 2012).

Em relação ao uso de plantas medicinais, os povos babilônios e sumérios (2.600 a.C.) utilizavam remédios a base de folhas, sementes, raízes, cascas, alho e oliveira. Esses povos deixaram seus escritos em artefatos de argila registrando os possíveis tratamentos de doenças através das plantas medicinais. Os egípcios antigos utilizavam azeite, figo, cebola, alho, funcho, açafrão, ópio, hortelã e pimenta. Eles também deixaram registros sobre a finalidade das plantas medicinais para determinadas enfermidades (DEVIIENNE; RADDI; POZETTI, 2004).

Os assírios, egípcios e hebreus também empregavam as plantas medicinais na extração de tinturas, unguentos, aromas para a realização de cerimônias e oferendas. A Índia é um país com muita influência sobre o uso das plantas medicinais, que deram origem à medicina Ayurvédica. O imperador Shen-Nung da China citava o uso de plantas medicinais para fins terapêuticos, tais como ginseng, cinamomo, ruibarbo e diversos outros. Os gregos empregavam as raízes para fazer compressas, estancamento de hemorragias, óleo de rícino, chás de ervas, sucos e alucinógenos (CHEVALLIER, 1996).

No século XVI podem ser encontrados os primeiros registros sobre o uso de plantas medicinais no Brasil por meio das cartas e dos relatos escritos pelo navegante Gabriel Soares de Souza e pelo Padre José de Anchieta. Os Jesuítas de origem portuguesa foram os principais responsáveis pela divulgação dos conhecimentos dos indígenas sobre as plantas medicinais. No período colonial se fortaleceu o uso das plantas medicinais nativas e exóticas, trazidas pelos africanos e portugueses. Durante as expedições dos bandeirantes para o

desbravamento do território brasileiro foram se desenvolvendo o conhecimento sobre o uso das plantas nativas (LORENSI; MATOS, 2002).

O conhecimento sobre plantas medicinais representa, em determinados momentos, o único recurso terapêutico de certas comunidades e grupos étnicos. As percepções populares sobre o uso e a eficácia de plantas medicinais mantêm em destaque a prática do consumo de fitoterápicos, tornando importantes as informações terapêuticas que foram sendo acumuladas durante séculos (MACEDO; OSHIWA; GUARIDO, 2007). O Brasil é um país que apresenta diversos grupos étnicos, presentes em várias regiões e possuidores de culturas diferentes. Vários destes grupos se destacam pelos conhecimentos relacionados ao uso popular das plantas medicinais.

Segundo pesquisas, boa parte da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais para tratamentos de saúde seja pelo conhecimento tradicional da medicina tradicional indígena, quilombola e de outros povos e comunidades tradicionais; seja pelo uso popular, de transmissão oral entre gerações, seja pelos sistemas oficiais de saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Segundo Stasi (2007), com o passar dos anos a população adaptou o uso das plantas medicinais para alimentação e remédios. Contudo, no Brasil são poucas as pesquisas que apresentam o uso das plantas medicinais, consumo e sua abordagem na cultura popular, mesmo o território brasileiro apresentando biomas importantes como Amazônia, Cerrado, Caatinga e Mata Atlântica. Então faz-se necessário estudar as plantas nativas de cada bioma, resgatando e valorizando a cultura local.

O Brasil possui uma vasta biodiversidade natural e uma grande extensão territorial que, associadas à diversidade étnica e cultural, compõem um valioso conhecimento tradicional relacionado ao uso de plantas medicinais. Além disso, apresenta o potencial necessário para o desenvolvimento de pesquisas que resultem em tecnologias e terapêuticas apropriadas (BRASIL, 2006). Tendo em vista este contexto, o Ministério da Saúde tem criado políticas públicas de incentivo e orientação em relação ao uso de plantas medicinais, consolidadas por meio de portarias e programas.

A OMS (2002) avaliou as plantas medicinais como importante instrumento na assistência à medicina e se posicionou a favor da valorização das mesmas. Foi observado que 70% a 90% das populações em desenvolvimento dependem delas no que se refere aos cuidados básicos com a saúde no campo das medicinas tradicionais. Temos, assim, um panorama geral que, por si só, já sugere a relevância de estudos direcionados ao uso de

plantas medicinais. Em 1978 a OMS passou a validar oficialmente o uso das plantas medicinais e da fitoterapia, com o incentivo da declaração de Alma-Ata. Também deixou clara a necessidade de valorizar e disseminar os conhecimentos sobre plantas medicinais no ambiente sanitário (MATSUCHITA; MATSUCHITA, 2015).

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 648, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, que incluiu o uso das plantas medicinais nas políticas e programas do SUS. O principal objetivo foi implantar a utilização de práticas tradicionais e complementares no serviço público. No mesmo ano, criou a Portaria nº 971, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e expandiu as opções terapêuticas, construindo, assim, um caminho para a utilização de plantas medicinais na saúde pública do Brasil. Também foi criada a Farmácia Viva, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010 (BRASIL, 2012).

O consumo das plantas medicinais também é uma forma de economia dos usuários. Visto que parte da população não tem acesso à medicação farmacêutica, essa prática vem sendo incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) principalmente nos países em desenvolvimento. Deste modo o Ministério da Saúde no Brasil em 2006 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, portaria nº 971/06 e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico, com o objetivo de promover melhorias na qualidade de vida dos usuários do SUS e melhor assistência (BRASIL, 2012).

O uso das plantas medicinais é uma ação incentivada pelo SUS, principalmente pela Estratégia Saúde da Família, visto que seus princípios fundamentais também se baseiam nesta medida que envolve ações de promoção e de prevenção da saúde. Essas relações promovem o fortalecimento conjunto dos vínculos entre o SUS e os usuários. Deste modo, a ampliação da ESF facilita a implantação dos programas do Ministério da Saúde que instigam o uso das plantas medicinais, principalmente pela inserção das equipes nas comunidades (RODRIGUES *et al.*, 2011). Com isso as ações das terapias alternativas, em especial as plantas medicinais, promovem a formação de um vínculo sólido dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular e a autonomia dos usuários.

Nesse sentido, o acesso da população à prática e aos benefícios do uso das plantas medicinais torna-se um mecanismo de aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade, originando uma relação mais horizontal, assim como a ampliação das ofertas de cuidado evidencia o princípio da integralidade. A experiência da população com o uso das plantas medicinais e seus preparados, junto à oferta dessa prática na Atenção Primária,

permite a troca de saberes e a construção do conhecimento sobre plantas medicinais, contribuindo para o seu uso racional (BRASIL, 2012).

Feijo *et al.*(2012) apresentam que o uso das plantas medicinais no cuidado à saúde vem sendo ampliado, por meio do incentivo do Ministério da Saúde e do conhecimento popular. Este consumo vem ganhando espaço principalmente entre as pessoas que apresentam alguma doença crônica, como a diabetes mellitus.

O uso de terapias menos dispendiosas no Brasil para o tratamento de enfermidades crônicas como a diabetes representa ganho significativo nos investimentos empregados na área de saúde. Deste modo, as plantas medicinais podem ser uma opção na terapêutica, promovendo o menor custo e cujos benefícios adicionam-se aos da terapia convencional (BORGES; BAUTISTA; GUILERA, 2008).

Os estudos realizados com as plantas medicinais usadas popularmente no tratamento da diabetes mellitus apresentam, em sua maioria, que algumas delas possuem efeito hipoglicemiante, confirmando a utilização como antidiabético na medicina popular. Muitas plantas possuem ação hipoglicemiante, atribuída a vários mecanismos de atividades exercidas no organismo humano, porém nem todas são terapeuticamente úteis (NEGRI, 2005). Algumas plantas utilizadas podem ser tóxicas, sendo necessário buscar aquelas que ofereçam eficácia terapêutica e saúde.

Além disso, as pesquisas sobre plantas medicinais podem gerar informações úteis para a elaboração de estudos farmacológicos, fitoquímicos e agrônômicos sobre estas plantas, com economia de tempo e dinheiro. Desta forma, se obtém a melhor maneira de planejar a pesquisa a partir de um conhecimento empírico já existente, que deverá ser testado em bases científicas (BRASILEIRO, 2008). Então são necessários maiores investimentos para estudos científicos nessa área de maneira a levar à comprovação da eficácia dessas espécies como, por exemplo, os hipoglicemiantes naturais usados pelos diabéticos.

Segundo Cunha, Silva e Roque (2003) em certas situações as pessoas subestimam as propriedades medicinais das plantas e fazem uso delas de forma aleatória. Contudo, cada vegetal, em sua função, pode ser alimento, veneno ou medicamento. A diferença entre as substâncias alimentícias, tóxicas e medicamentosas se faz apenas com relação à dose, à via de administração e à finalidade com que são empregadas.

O uso de plantas medicinais deve ser baseado em estudos que comprovem a eficácia em seres humanos no tratamento do diabetes, contribuindo para estabelecer o perfil de toxicidade e uso a longo prazo em pacientes com doença crônica, com acompanhamento da evolução das complicações. Estes parâmetros podem impulsionar o uso tradicional destas

espécies ou diminuir a exposição da população a práticas inadequadas (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Santos *et al.*(2011) afirmam que existe a necessidade de domínio desse saber pelos profissionais de saúde, pois a utilização de plantas medicinais deve ser estudada e aperfeiçoada para ser recomendado o seu uso com segurança e para obter melhores resultados. A inclusão do conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares, como é o caso das plantas medicinais no tratamento de doenças crônicas, no cotidiano dos profissionais da saúde se faz necessário diante do contexto dos usuários do serviço de saúde. Essa inserção abre maiores possibilidades para que estes profissionais realizem um trabalho de característica multidisciplinar, procurando melhorar a assistência à saúde da população, desenvolvendo novas opções de tratamento para as patologias (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012).

1.2 A Diabetes

O termo diabetes mellitus (DM) é definido como um transtorno metabólico de origens heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (OMS, 1999). A diabetes tipo 2 é uma doença que está relacionada à resistência à insulina e a uma falha das atividades das células β no pâncreas, que gera a diminuição da captação de glicose insulina mediada e a elevada produção de glicose hepática. Essas transformações alteram o metabolismo e as funções cardíacas (SANTOS, 2016).

A diabetes tipo 2 é presente em 90% dos casos de diabetes, sendo que, entre as mais recorrentes, em seguida está a diabetes tipo 1, com 8% dos casos na população. Também existe a diabetes gestacional, evidenciada por um estado de hiperglicemia, reconhecido na primeira gestação. Essa alteração pode causar efeitos negativos na saúde do feto e da gestante. Tal situação pode se normalizar no pós-parto e talvez retornar tempos mais tarde. Durante as consultas de pré-natal essa alteração pode ser identificada precocemente, prevenindo complicações (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

A prevalência da diabetes mellitus é maior em pessoas acima de 65 anos de idade, entretanto também pode ser observado um aumento do número de diabéticos entre os mais jovens. Entre os fatores associados a esse aumento se destacam as mudanças na alimentação, o envelhecimento, a urbanização, o aumento da prevalência de obesidade e a falta de atividade física (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Oliveira e Vencio (2014) apontam que a incidência e a prevalência do diabetes tendem a se elevar pelo envelhecimento populacional, pela urbanização, pelo desenvolvimento econômico e pelos avanços terapêuticos no tratamento da doença. Além disso, também pelo estilo de vida atual, caracterizado por falta de atividade física e por hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal.

A diabetes mellitus vem aumentando sua prevalência na população em geral nos últimos anos e está associada também a outras doenças: à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde que deve ser acompanhado pela Atenção Primária à Saúde, pois estudos apontam que o bom manejo deste problema na rede de Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, evitando, assim, a sobrecarga da atenção terciária e seus altos gastos (ALFRADIQUE, 2009).

Os fatores de risco associados estão relacionados aos hábitos alimentares e ao estilo de vida da população (OMS, 2003). Desta forma faz-se necessário repensar as políticas públicas voltadas para prevenção e promoção da saúde brasileira, incentivar hábitos de vida saudáveis e apresentar maneiras de evitar o problema.

As pesquisas apontam que o custo dos cuidados relacionados à diabetes é cerca de duas a três vezes superior às demais situações de doença, gerando gastos públicos, e que ela está diretamente relacionada com a ocorrência de complicações crônicas. O número crescente de pessoas que vivem com diabetes mellitus enfatiza a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, proporcionando sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

A diabetes mellitus descompensada pode causar, a longo prazo, disfunção em vários órgãos, tais como coração, olhos, rins, nervos e vasos sanguíneos. Pode provocar também alterações micro e macrovasculares, como as neuropatias. Então a diabetes mellitus pode causar disfunção visual, insuficiência renal, problemas cardiovasculares e amputação de membros. Essas doenças associadas são motivo de várias hospitalizações no sistema público de saúde e geram elevados gastos nessa área. Contudo, tais alterações podem ser detectadas precocemente por meio de acompanhamentos na APS, evitando possíveis complicações (SCHMIDT *et al.*, 2009)

Os pacientes com diabetes mellitus podem desenvolver também depressão e artrose, de forma que podem alterar a adesão ao tratamento e gerar mudanças negativas de estilo de vida, pois a depressão causa falta de motivação e a artrose causa dificuldade de locomoção. Além disso, os diabéticos podem desenvolver outras comorbidades, tais como

alterações cognitivas, câncer, apneia do sono, esteatose hepática, diminuição da testosterona, fraturas e tuberculose (BRASIL, 2013).

As úlceras de pés, também denominadas de “pé diabético”, são uma das complicações crônicas da diabetes, podendo chegar a casos mais graves no qual a amputação é necessária, promovendo mais gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Anualmente as úlceras de pés chegam com incidência de aproximadamente 2% e o portador de diabetes tem risco de 25% de desenvolver tal complicação durante a vida (BOULTON *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde, através de suas políticas, incentiva a prevenção de úlceras de pé diabético, ficando a cargo do enfermeiro e do médico da APS a responsabilidade por essa função. Esses profissionais de saúde são responsáveis por fazer o exame dos pés de pessoas com diabetes, identificar riscos de ulceração nos pés e promover intervenções que possam estimular o autocuidado do paciente (SINGH; ARMSTRONGS; LIPSKY, 2005).

Para adesão do tratamento da diabetes tipo 2 são necessárias mudanças no estilo de vida: prática de atividade física regular, alimentação saudável, uso moderado de álcool, abandono do tabagismo, acompanhamento de profissionais de saúde, evitar estímulos estressores, ter cuidado especial com os pés e seguir o tratamento farmacológico prescrito pelo médico. Esses hábitos de vida previnem não apenas a complicação da diabetes, mas também o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

1.3 Atenção Primária à Saúde

O SUS no Brasil foi criado com a finalidade de mudar o paradigma do modelo biomédico ou flexneriano para o sanitário e do padrão de atenção curativista para o da promoção social da saúde (também chamado de modelo da determinação social da doença). Para se chegar a esse sistema de saúde público atual foram realizados alguns movimentos sociais e conferências em prol da mudança do modelo de saúde anterior (FERTONANI *et al.*, 2015).

A reforma do sistema de saúde do Brasil teve seu início a partir do Movimento de Reforma Sanitária, formado por sanitaristas, representantes sociais e profissionais. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a consequência dessa luta de classes, que incorporou em 1988 vários princípios e diretrizes discutidas na VIII Conferência de Saúde. Entre esses princípios e diretrizes estão: universalidade, descentralização dos serviços de saúde, hierarquização, integralidade, regionalização e participação popular nas políticas de saúde.

Posteriormente, devido a essas transformações teve início o desenvolvimento e a consolidação dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (RONZANI;STRALEN,2003).

Deste modo a APS contribui com um papel importante em relação aos outros níveis de atenção à saúde, tendo a função de resolutividade sobre as patologias mais comuns de saúde. Considerada como primeiro nível de atenção, em seguida orienta e coordena o cuidado em todos os outros alvos de atenção (MENDES, 2012).

Starfield (2002) afirma que a APS é uma assistência que se manifesta como a base dos rumos dos outros níveis. Aborda os problemas na comunidade, oferecendo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação para a população cadastrada no Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil na década de 1990 como uma estratégia de reorientação dos serviços e das práticas profissionais neste nível de assistência. Atualmente o PSF é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, pois o termo “programa” determina uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF se originou também como uma proposta de direcionamento da atenção primária e não calcula um tempo para finalizar esta reorganização. O governo criou a portaria Nº 648 de 28 de março de 2006, onde fica instituído que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para fortalecer a Atenção Básica (COSTA; TURCI;MACINKO, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família foi criada com princípios baseados na legislação do SUS e em portarias do Ministério da Saúde, através da formação de uma equipe multiprofissional onde todos os profissionais trabalham no mesmo local de forma integrada com objetivo de atuar na prevenção e na promoção da saúde dos usuários do serviço (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família foi criada também com a finalidade de se tornar a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo ações de saúde de cunho individual e coletivo, instituindo o processo de trabalho de equipes multiprofissionais bem organizadas no aspecto da abordagem integral do processo saúde-doença, garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema de acordo com as necessidades de cada usuário (LAVRAS, 2011).

A assistência na ESF é baseada em um modelo preventivo, pois o modelo hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo atual e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. A Estratégia Saúde da Família se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde tendo a família como centro da atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo saúde-doença (COSTA;

TURCI;MACINKO, 2013). Esse novo investimento do Governo no setor da saúde direcionou os rumos das políticas públicas em saúde no país, difundindo sua ampliação em diversos locais.

Com base nesses acontecimentos históricos e nas mudanças no modelo assistencial de saúde ocorridos na década de 1990, pode-se afirmar que a saúde pública no Brasil deste período caracterizou-se pelo início de um novo sistema de saúde descentralizado e baseado na participação popular (FERTONANI *et al.*, 2015). Montes Claros, MG, começou seu processo de consolidação da Atenção Básica em 1998 com a implantação de duas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Desde então o modelo de assistência à saúde neste município vem ampliando seu espaço de atuação, com a incorporação gradativa de novas equipes. A partir daí foram realizados vários processos de territorialização, ou seja, a divisão dos locais de atuação de cada equipe de Saúde da Família.

Segundo Pereira (2016) os territórios na Estratégia Saúde da Família não podem ser considerados somente como espaços fragmentados aos quais se integram os serviços de assistência pública em saúde, o conceito de território não representa apenas a divisão de áreas segmentadas para atuação de serviços. As políticas públicas voltadas para a territorialização estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e sanitários do grupo de indivíduos em determinado espaço. Esse conceito é introduzido na construção de territórios de saúde, deste modo os profissionais de saúde e usuários incorporam e naturalizam esse processo como realidade dada. Também merece destaque que é relevante analisar a qualidade desses serviços de saúde implantados a partir da visão daqueles que utilizam o serviço público de saúde.

É importante avaliar os serviços de saúde, mais essencial ainda é fazer essa avaliação analisando a opinião do usuário, pois essas informações colaboram com o processo de gestão em saúde. Desta forma favorece o aprimoramento de serviços, previne o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes e ainda permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

Moimaz *et al.* (2010) consideram importante o processo de escuta dos usuários do serviço de saúde público, considerando que isso favorece uma avaliação do contexto real sobre a organização do serviço. A presença do usuário na avaliação do serviço em saúde também é uma iniciativa baseada nos princípios do SUS, pela participação popular, desta forma os serviços podem se adequar às situações reais.

Martins *et al.*(2016) em seus estudos afirmaram que a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde contribui na adesão ao tratamento do mesmo, promovendo a

melhoria da qualidade de vida. Os autores apresentam que os usuários do serviço de saúde estão mais satisfeitos com o aumento da oferta de serviços na atenção básica, sendo a mudança de modelo assistencial um marco que trouxe benefícios à população.

No Brasil têm sido realizadas avaliações da Estratégia Saúde da Família, analisando os padrões de qualidade desse sistema e a satisfação dos usuários. O Ministério da Saúde está envolvido em pesquisas para analisar os serviços de saúde, com a intenção de nortear as políticas e programas da Atenção Básica (CAMPOS; BRANDÃO, PAIVA, 2014). Em relação a esses padrões de análise o acolhimento é algo marcante para a qualidade dos serviços de saúde, pode ser definido também como uma atividade primordial na ESF e quando o usuário se sente bem atendido, seu vínculo com o serviço tende a se fortalecer.

Pereira (2016) afirma que na Estratégia Saúde da Família o acolhimento é visto como a principal medida de organização das equipes de saúde, com a finalidade de direcionar as consultas médicas. O acolhimento na unidade de saúde serve como regulador da oferta de serviços, no qual ocorrem avaliações e redimensionamentos do fluxo, para solucionar as demandas dos usuários.

1.4 O cerrado

O cerrado é o segundo maior bioma do Brasil, denominado ainda de savana tropical. Caracterizado também pelo índice pluviométrico baixo, possui ainda cerca de dez mil espécies de plantas, sendo algumas de grande importância econômica. Entretanto, o desmatamento desse bioma pode ser considerado de duas a três vezes maior que o da Amazônia, o maior bioma brasileiro. Não existindo programas ou políticas de controle de desmatamento, se essa atitude continuar a previsão é que o cerrado será totalmente devastado em 2030 (MELO, 2011).

O município de Montes Claros está situado no cerrado. Esse bioma está ameaçado de extinção, principalmente por consequência da expansão da fronteira agrícola. Contudo, apresenta também importância social visto que muitas famílias sobrevivem de seus recursos naturais. Portanto, compreender o uso das plantas medicinais nativas do cerrado apresenta grande importância ambiental, tendo em vista a sua contínua destruição.

O cerrado brasileiro possui aproximadamente 2 milhões de quilômetros quadrados, se localizando na parte central da América do Sul. É considerado um local com alta biodiversidade e ameaçada, um *hotspot*. Existem várias espécies de plantas neste bioma que ainda não foram registradas oficialmente. A destruição do cerrado gera prejuízos no

sistema ecológico e perdas para a população, onde muitas das espécies vegetais com finalidades medicinais, conhecidas ou não, podem ser extintas (PAGOTTO; SOUZA, 2006).

O cerrado ocupa 204,7 milhões de hectares na região central do Brasil. Os estados que fazem parte deste bioma são: Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Piauí, São Paulo, Tocantins além do Distrito Federal. Em determinadas áreas do cerrado há grandes plantações de soja, milho, feijão, algodão, café e cana-de-açúcar (SANO *et al.*, 2008).

O clima do cerrado apresenta duas estações bem definidas, uma seca no período de maio a setembro e uma chuvosa de outubro a abril. O clima influencia na composição da paisagem, na organização e produção do espaço geográfico. Sua vegetação é composta por mais de 30 formações florestais, de savana e campo, provocadas pela diversidade dos solos e pela topografia do cerrado (RIBEIRO; WALTER, 2008). No início da estiagem é possível que ocorram incêndios naturais, mas no final da estiagem os incêndios podem matar as árvores (CHRISTOPHERSON, 2012).

A ocupação das áreas de cerrado se intensificou com a mineração de ouro no século XVIII. Com o passar dos anos do processo de interiorização do Brasil, os bandeirantes desbravavam o território em busca de minerais preciosos, índios para a escravização, reconhecimento da área e posse. Muitas tribos indígenas foram atacadas neste período e seus conhecimentos sobre as plantas medicinais foram dizimados também. Durante esse processo houve vários conflitos entre indígenas e bandeirantes. Logo em seguida a ocupação do cerrado se deu pelo avanço da agricultura e pecuária (SANTOS *et al.*, 2009).

A região do cerrado foi a mais ocupada desde o início da colonização, com posterior expansão do agronegócio. Na década de 1920, com a indústria do café em crescimento no Brasil, houve grande devastação do cerrado, principalmente em São Paulo. Na década de 1960 houve investimentos maiores do governo nas áreas de cerrado para fins de desenvolvimento do agronegócio, principalmente na região centro-oeste. A ocupação dessas áreas por questões econômicas provocou um intenso processo de devastação do cerrado (DIAS, 2008).

A ocupação humana provocou alterações no ecossistema do cerrado. A urbanização, a agropecuária e a agricultura modificaram a paisagem natural deste bioma, em consequência vêm causando desequilíbrio no ecossistema, alterando a composição do solo e da água, além da destruição de espécies vegetais nativas e a extinção de animais (SCABORA; MALTONI; CASSIOLATO, 2010).

Os avanços da tecnologia, os desenvolvimentos do setor agroindustrial, o aumento das pesquisas genéticas e químicas ocasionaram uma transformação histórica chamada Revolução Verde. A Revolução Verde se espalhou por diversos países causando impactos ambientais, tais como erosão, perda da fertilidade dos solos, destruição de florestas e contaminação de solos e rios. O crescimento populacional tem promovido a mudança do espaço natural pela urbanização. A emissão de poluentes, o avanço da agricultura moderna e a exploração de forma não sustentável da natureza têm gerado mudanças no meio ambiente(MAROUELLI, 2003).

Klink e Machado (2005) relatam que o congresso nacional aprovou o cultivo de culturas geneticamente modificadas, em especial a soja e o algodão, favorecendo também os agricultores do cerrado com incentivos, estimulando a expansão da agricultura na região. Esses fatores implicaram na expansão da fronteira agrícola no cerrado, gerando impactos nesse bioma.

A destruição do cerrado também ameaça a sobrevivência dos povos da sua terra que dependem dos recursos naturais para sua subsistência. As pessoas que são dependentes desse bioma são os sertanejos, população principalmente composta por moradores da zona rural. Essas pessoas extraem as plantas medicinais para vender, plantam seus alimentos, usam madeira para peças de artesanato, os frutos são empregados em doces e geleias. Devido à fragilidade econômica desses moradores do sertão, aumenta a dependência dos mesmos em relação aos recursos do cerrado (ALMEIDA, 2005).

Um dos desafios primordiais na conservação do cerrado será de sensibilizar para a importância da biodiversidade no ecossistema e as consequências do seu uso não sustentável. São necessários debates que envolvam a questão do desenvolvimento e conservação sustentáveis. No passado os impactos causados pela devastação do meio ambiente eram desconhecidos, agora com os avanços da informação é possível discutir esses temas com base científica (KLINK; MACHADO, 2005).

Lima (2013) adverte que diante dessa situação de perda do cerrado são necessárias estratégias de conservação e políticas públicas voltadas para o resgate desse bioma. Valorizar o conhecimento popular sobre as plantas medicinais pela população do cerrado representa um passo importante para se ampliar o saber tradicional. Além disso, é necessário sensibilizar a comunidade científica e comum sobre a importância de se preservar e recuperar o que ainda existe de cerrado.

Klink e Machado (2005) recomendam que é importante o envolvimento de vários conjuntos da sociedade para a criação de instrumentos que beneficiem a conservação do

cerrado. Alertam que as políticas públicas devem considerar a necessidade de preservação do ecossistema desse bioma, analisar os impactos das mudanças no espaço natural, a destruição de florestas, as queimadas e possíveis alterações climáticas em consequência das alterações humanas no meio ambiente, propondo assim soluções e intervenções pela sociedade.

É necessário enfatizar ainda a importância do cerrado para a população local e até mesmo mundial, visto que esse bioma apresenta uma enorme variedade de espécies vegetais ainda a ser estudada, de animais e é fonte de bacias hidrográficas. As falas estudadas foram de pessoas moradoras dessa região, os também chamados povos do cerrado, sertanejos e norte mineiros, apresentando um caráter específico da identidade regional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo principal do estudo é compreender a utilização de plantas medicinais por pessoas com diabetes acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar o uso de plantas medicinais por pessoas com diabetes mellitus tipo 2;
- Descrever a forma de obtenção, preparação, conservação e reconhecimento das plantas medicinais;
- Compreender os aspectos sociais envolvidos no uso das plantas medicinais.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa e análise de conteúdo temática. Pretende-se ampliar a compreensão sobre o uso das plantas medicinais e, por isso, optou-se pela abordagem qualitativa, pois está relacionada à natureza do objetivo da pesquisa. O uso das plantas medicinais passa pela subjetividade dos sujeitos e pelo significado atribuído por eles aos fatos vinculados a esse uso. Sendo assim, a compreensão de tal problemática exige uma abordagem metodológica qualitativa.

O método qualitativo é o que se concentra no estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, frutos das percepções que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, proporciona a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É caracterizado pela sistematização de conhecimento até a concepção da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2013).

3.2 Cenário

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Montes Claros, MG, em uma comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe de saúde escolhida para realização do estudo foi a que possuía maior número de pessoas com diabetes cadastradas na ESF em relação às demais equipes de Montes Claros. Essa informação foi levantada nos órgãos competentes de referência na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. O município apresenta 132 equipes de Estratégia Saúde da Família. A ESF selecionada para o desenvolvimento da pesquisa possuía 86 pessoas com diabetes cadastradas no programa *e-SUS Atenção Básica (AB)*. Esse número de diabéticos cadastrados é relativo ao período de escrita do projeto de pesquisa que deu origem ao presente trabalho, quando tal quantitativo foi levantado.

3.3 População e Sujeitos da Pesquisa

Participaram deste estudo usuários do sistema público de saúde, sendo as pessoas diagnosticadas com diabetes tipo 2 cadastrados e assistidos pela ESF do município de Montes Claros, MG. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão para a participação na pesquisa:

- Critérios de inclusão: Ser diabético do tipo 2 acompanhado pela ESF, estar regularmente cadastrado e ser acompanhado pela equipe da ESF há pelo menos 05 anos, possuir idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar da pesquisa.
- Critérios de exclusão: Possuir diabetes tipo 1, possuir diabetes gestacional ou ter alguma dificuldade física que impeça seu deslocamento para participar do grupo focal.

Para a realização desta pesquisa, inicialmente foram incluídos as pessoas com diabetes cadastrados pelos agentes comunitários de saúde atuantes na Unidade Básica de Saúde selecionada. Na sequência, entre estes diabéticos, para selecionar os sujeitos que participaram efetivamente do estudo foi realizado um sorteio aleatório daqueles cadastrados na ESF, tendo em vista que cada agente comunitário de saúde possui um número específico de cadastrados.

Neste processo de seleção foram sorteados aleatoriamente e convidados 40 indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2, cadastrados na equipe de Saúde da Família para participar dos grupos focais. Os possíveis participantes dos grupos focais foram comunicados por telefone sobre a possibilidade de participarem da pesquisa. Também foram entregues a eles, pelos agentes comunitários de saúde, convites apresentando apenas o tema do evento, data, local e horário, pois o excesso de informações no convite sobre o que seria explorado nos grupos focais poderia comprometer o processo dos grupos e poderiam não ser tão espontâneas as falas dos participantes.

3.4 Instrumento e Coleta de dados

A técnica de grupo focal possui um caráter subjetivo de investigação e é utilizado como estratégia metodológica qualitativa, pois a pesquisa qualitativa caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e de quais são seus sentimentos, percepções etc. Sendo assim, essa técnica foi analisada e escolhida como a ideal para se desenvolver este estudo, visto que o grupo focal permitiria a discussão, a troca de ideias entre os participantes, que poderiam se sentir à vontade e expressar opiniões de forma espontânea sobre o uso de plantas medicinais.

Veiga e Gondin (2001) relatam que os grupos focais foram utilizados na Segunda Guerra Mundial para analisar os resultados persuasivos da propaganda política, para compreender a eficácia do material de treinamento de tropas, bem como os fatores que dificultavam a produtividade nos grupos de trabalho. Então a partir de 1980 os grupos focais começaram a ser utilizados para avaliar as atitudes de doentes, o uso de contraceptivos e para compreender as percepções do público em relação às mensagens da mídia.

O grupo focal pode ser utilizado para a compreensão de como se originam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. A essência do grupo focal consiste principalmente em se apoiar na interação entre seus participantes para obter dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador. Também é uma técnica

importante para abordar as questões de saúde e seus processos sob um ângulo social, analisando suas representações e relações (MINAYO, 2013; WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996).

Os estudos com grupos focais abrem espaço para a compreensão de processos de construção da realidade por certos grupos sociais, para o entendimento de práticas sociais, ações e reações a fatos e eventos. Constitui uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças e valores. Possibilita a análise de ideias compartilhadas por pessoas no cotidiano (GATTI, 2012).

Segundo Gatti (2012), a composição de um grupo focal deve apresentar entre 06 e 12 pessoas, selecionadas a partir de suas características, homogêneas ou heterogêneas, em relação ao assunto a ser discutido, embora muitos pesquisadores recomendem usar a homogeneidade em cada grupo. O ideal em projetos de pesquisa é não exceder 10 participantes. Grupos com muitos participantes restringem a participação e as oportunidades de trocas de ideias, o aprofundamento do tema e os registros. O tempo de duração de cada grupo focal depende do caráter do problema, sugere-se entre uma hora e uma hora e meia.

Gatti (2012) recomenda a realização de 03 ou 04 grupos focais e, posteriormente, a averiguação da quantidade e do nível de informações alcançadas para a questão em estudo. Se as informações forem satisfatórias não é necessária a realização de novos grupos. Essa quantidade não é padronizada, dependendo dos objetivos dos pesquisadores e do estudo. Não se realizam novos grupos quando se obtém o conjunto de ideias indispensáveis para a compreensão do problema. O roteiro de discussão deve apresentar poucos itens, admitindo flexibilidade para dar seguimento a temas não previstos, caso se mostrem como relevantes. O roteiro deve servir somente como um guia para o moderador.

O ideal é que o moderador não possua vínculo com o problema, ou seja, é importante que o moderador não possua vínculo de trabalho ou vínculo afetivo com os participantes do grupo, exatamente para não direcionar a discussão, conservando-se neutro e evitando introduzir ideias preconcebidas na discussão. O moderador de grupo precisa provocar a interação grupal, ao passo que um colaborador observador é incumbido de apreender as informações não verbais durante a atividade. Ao moderador é primordial receber os participantes de modo cordial, proporcionando um ambiente agradável durante o desenvolvimento do grupo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Além do moderador o grupo pode contar com o apoio de colaboradores. Um pode anotar os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa (relator) e o outro auxiliar na observação da comunicação não verbal (observador), como forma de compreender os

sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

O local de realização do grupo deve favorecer a interação entre os participantes. O local idealmente deve ser acessível, silencioso, não movimentado e composto com mesa retangular ou oval e cadeiras. Os participantes devem se encontrar face a face para que a interlocução seja direta. Para se registrar as interações é interessante o emprego de um ou dois relatores que não interferem no grupo e fazem anotação cursiva do que se passa. Pode haver gravação em áudio ou vídeo e anotações, além da observação (GATTI, 2012).

Neste estudo, os grupos focais foram realizados no período da manhã, durante o horário de funcionamento da unidade de saúde. O espaço de tempo entre um grupo focal e outro foi de uma semana. Eles ocorreram em uma sala de atendimento clínico. Os grupos foram agendados para o dia da realização do Hiperdia desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde, sua ocorrência é semanal, de acordo com cada microárea.

A ESF selecionada para o desenvolvimento do estudo possui 07 microáreas e 07 agentes comunitários de saúde (ACS), ou seja, é um território dividido por esse número onde cada microárea possui um representante ACS. Foram realizados 04 grupos focais, tendo em vista que se conseguiu alcançar informações suficientes para a pesquisa e atingiram-se os objetivos pretendidos. O total de participantes ao final dos 04 grupos focais foi de 27 pessoas. Avaliou-se que esse número foi satisfatório, visto que a quantidade de pessoas por grupo foi adequada e que houve participações de todos, além de que a proposta do trabalho foi alcançada.

Os grupos 1, 2 e 3 foram compostos por diabéticos de duas microáreas, enquanto somente o grupo focal 04 foi composto por apenas uma microárea. Cada ACS sorteou aleatoriamente 05 diabéticos, ou seja, eram convidados 10 diabéticos por grupo focal. O ACS da microárea 07, responsável pelo grupo focal 04, sorteou aleatoriamente e convidou 10 pessoas. Foram, portanto, no total, sorteados e convidados 40 diabéticos que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O sorteio inicial de 10 possíveis participantes para cada grupo focal era intencional, visando se obter um número de participantes ideal pelo recomendado para a realização da técnica.

O grupo focal 01 foi composto por diabéticos cadastrados nas microáreas 01 e 03, tendo participado do grupo 05 homens e 03 mulheres. O grupo focal 02 foi composto pelos participantes cadastrados nas microáreas 02 e 04, tendo participado 02 homens e 04 mulheres. Do grupo focal 03 participaram os diabéticos cadastrados nas microáreas 05 e 06, tendo

participado 02 homens e 05 mulheres. Do grupo focal 04 participaram diabéticos cadastrados apenas na microárea 07, sendo 03 homens e 03 mulheres.

Os participantes que foram sorteados e convidados a participar da pesquisa se deslocavam para a sala da enfermagem, onde eram realizados os grupos. Neste momento era servido um lanche com biscoitos e chá de alguma erva medicinal, quando os participantes interagiam e assim era possível criar um clima de aconchego. Este lanche foi servido no início de todos os grupos focais, visto que os diabéticos não se alimentavam pela manhã para realizar o teste de glicemia. Entretanto, infelizmente essa sala era pequena em relação ao número de participantes, mas foi a única que poderia ser cedida pela unidade, que apresentava uma agenda de atendimentos e de outros serviços lotada.

No início de cada grupo focal a pesquisadora se apresentava, explicava o objetivo do grupo, os participantes da pesquisa eram esclarecidos sobre o propósito do grupo e sobre as questões éticas e o anonimato da colaboração. Uma colaboradora ajudava na coleta de assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na assinatura do caderno de grupos operativos da ESF, no registro fotográfico e na organização do local. Outra colaboradora ajudava fazendo a observação do grupo e anotações.

A moderadora dos grupos focais foi a própria pesquisadora, visto que a mesma apresenta experiência em direcionamento de grupos educativos sob várias abordagens metodológicas. Ao longo das atividades nos grupos focais foram discutidas as sete questões do roteiro da pesquisa em relação ao uso das plantas medicinais (Apêndice A). O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores responsáveis, com a finalidade de conseguir responder aos objetivos propostos do estudo. O tempo de duração dos grupos foi de aproximadamente uma hora. Esse tempo corresponde ao mínimo geralmente sugerido pela literatura, contudo, pôde-se obter informações produtivas e satisfatórias.

Participaram dos grupos focais três pesquisadores: um moderador e dois colaboradores ou relatores. O moderador com papel de garantir, por meio de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo aborde o tema de interesse do estudo, de maneira menos diretiva. As colaboradoras foram duas acadêmicas de instituições públicas de ensino de Montes Claros, convidadas pela pesquisadora. Além da observação e do registro escrito também contribuíram com a organização do local, registro fotográfico, aplicação dos TCLEs, serviram o lanche, e fizeram registros no caderno de grupos operativos da unidade de saúde. As relatoras foram treinadas anteriormente sobre o objetivo da pesquisa, técnica de grupo focal, ética e sigilo em pesquisas científicas.

Os dados colhidos através dos grupos focais foram de natureza qualitativa. As falas durante a realização dos grupos focais foram gravadas e transcritas logo após sua realização, a fim de permitir uma melhor análise. A gravação possui a vantagem de registrar as expressões verbais como um todo. Após a realização de cada grupo focal era registrado um relatório detalhado sobre as percepções do grupo e o seu desenvolvimento.

O período da coleta de dados nos grupos focais foi de agosto a setembro de 2017. As falas dos participantes foram transcritas na íntegra, respeitando a linguagem oral e informal caracterizando o perfil dos participantes e seus dizeres populares.

3.5 Interpretação dos dados

Os dados deste estudo foram submetidos à análise de conteúdo, procurando identificar as unidades temáticas ou unidades de significação que se mostraram relevantes à compreensão da percepção do uso das plantas medicinais por diabéticos pertencentes à Estratégia Saúde da Família. Fundamentando-se em Bardin (2016) e em Minayo (2013), foram organizadas as etapas para a análise de conteúdo e interpretação dos dados.

Optou-se assim, neste estudo, pela análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2013) como base metodológica a ser utilizada na análise dos dados da presente pesquisa. Foram realizadas as três etapas que compreendem a análise de conteúdo temática, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

1. Pré-análise: foi observado o objetivo da pesquisa, elegeram-se os documentos a serem analisados e estudados, foram reunidos os relatórios dos grupos focais, as transcrições das falas dos grupos e as imagens fotográficas (devidamente autorizadas). Foram realizadas muitas leituras sobre o tema e sobre o material coletado, bem como separação de referencial teórico a ser utilizado.
2. Exploração do material: o material do discurso dos grupos focais foi reunido, os termos e temas referentes às falas dos participantes foram codificados, as falas dos quatro grupos focais foram transcritas, analisadas e desmembradas do texto, segundo a ideia principal à qual se referiam. Foi elaborado um diagrama para expressar a conexão entre os temas. As falas foram reagrupadas por categorias para análise temática de acordo com sua semelhança, sendo divididas em 04 categorias e 13 subcategorias.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Também se utilizou um quadro

distribuindo as falas dos participantes dentro das respectivas categorias e subcategorias que representavam. A execução dessas etapas permitiu mapeamento das unidades de significação ou unidades temáticas para definição das categorias analíticas. Elegeu-se a obra *Ilhas de Histórias*, de Marshall Sahlins, como referencial teórico para reforçar as análises dos grupos focais, uma vez que constitui uma importante possibilidade de interpretação do trabalho em relação ao conteúdo histórico e cultural de um povo. O estudo desse autor e suas contribuições para a análise do trabalho estão escritos de forma mais detalhada em uma sessão adequada a seguir.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Com o intuito de se atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas de análise de conteúdo, dentre elas a análise de conteúdo temática, adequada à investigação qualitativa em saúde (Minayo, 2013).

Para Bardin (2016), unidade de registro é uma unidade de significação a ser codificada e apresenta a menor parte do conteúdo a ser avaliado como unidade de base, direcionado à categorização, sendo de natureza e dimensões variadas. É importante demarcar unidades de codificação/categorização de registro tais como: palavra, frase, tema e de contexto, sendo esta apenas imprescindível perante a existência de uma ambiguidade de sentido da significação dos elementos codificados.

3.6 Diálogo teórico: Sahlins

Buscando encontrar um aporte teórico que pudesse oferecer chaves interpretativas relativamente inovadoras para a análise dos dados construídos neste estudo, foi selecionada a obra *Ilhas de História*, de Marshall Sahlins (1990). Nesse sentido, não se pretende, aqui, empreender uma sistematização exaustiva das ideias do autor. Tampouco se almeja explorar completamente todas as possíveis contribuições que ele poderia oferecer para a compreensão das mudanças e reproduções culturais relativas ao uso das plantas medicinais pelos sujeitos da pesquisa. Espera-se, tão somente, efetuar um exercício de diálogo bibliográfico tendo em vista os limites e possibilidades dados às condições de produção deste trabalho.

A narrativa do livro *Ilhas de História* aborda temas que são baseados e representados na teoria do autor sobre as relações entre Estrutura, Evento e História. O

cenário dos fatos discutidos pelo autor é aquele situado no Havaí, na Nova Zelândia e nas ilhas Fiji. Estas representam os contextos onde ocorreram as histórias, surgindo o termo “estrutura da conjuntura”. O principal ponto discutido decorre do encontro entre a tripulação do capitão James Cook, representando o povo europeu, e os havaianos, povos nativos. Além disso, Sahlins descreve as situações criadas nesse contato. *Ilhas de História* é um livro que relaciona a questão da estrutura em movimento e a história que se desenvolve no dinamismo da estrutura.

Neste livro, o mito é visto como o marco articulador da relação entre estrutura e evento. Segundo Sahlins, os sujeitos estabelecem novos eventos em situações já instituídas em sua mitologia. O autor afirma que a composição entre estrutura e história é denominada de “mitopraxis”, ou seja, a recriação dos mitos em situações contemporâneas. Pela visão nativa, todo evento era um exemplo concreto de uma estrutura ideológica pré-concebida (GOLDMAN, 1999). O mito e o real são acontecimentos que elucidam os eventos trágicos que ocorreram naquele local e apontam como os havaianos assimilaram a dominação e a expansão do capitalismo.

Este encontro dos havaianos com os europeus não é apenas um paradigma, mas sim uma ponte que explica a relação entre estrutura e evento, em que se aponta que a transformação de uma cultura também é uma forma de sua reprodução. Os chefes e o povo reagem ao estrangeiro segundo suas concepções e interesses. As configurações da cultura tradicional, diante desse novo evento, recriavam suas concepções e reproduziam a cultura da maneira como estava constituída. O contato com o europeu deu origem a novas formas de conflitos entre chefia e povo, algo não comum nas relações tradicionais. Então pode se destacar que durante uma ação as categorias culturais podem adquirir novos valores funcionais.

A integração da economia havaiana com a economia mercantil promoveu um fluxo intenso de mercadorias, capitais e pessoas. Deste modo, o autor apresenta que a inserção da economia havaiana ao capitalismo foi realizada pela cultura nativa originada pela ressignificação na sua estrutura sobre essa ação (LANNA, 2001).

Na cultura havaiana os chefes controlavam o comércio das mercadorias, as mulheres eram dominadas e deviam cumprir diversas ordens, tais como não comer na presença dos homens, entre outras determinações. A sociedade era dividida por determinações de categorias entre chefes, pessoas do povo, homens e mulheres. Entretanto, com a chegada dos ingleses as mulheres despertaram um desejo de gerar filhos de deuses, como eram vistos os marinheiros britânicos. Com isso frequentavam os navios, comiam alimentos proibidos e

recebiam mercadorias dos estrangeiros. Então se desfazia o comércio exclusivo entre os chefes havaianos e os ingleses, rompendo a hierarquia entre homens e mulheres na cultura havaiana.

Sahlins demonstra que os havaianos, ao entrarem em contato com os europeus, iniciaram sistemas de trocas, comércio e posteriormente adotaram hábitos e nomes dos europeus como símbolos de divindade. O capitão Cook ao chegar ao Havá foi recebido como um deus, tendo, um tempo depois, sido assassinado também como um deus. A partir destas análises, percebe-se que Sahlins não visava apenas estabelecer uma teoria da cultura, mas também buscava mostrar como a reflexão sobre cultura deve ser compreendida pela etnografia (LANNA, 2001).

Segundo Sahlins, a partir do evento do encontro do capitão Cook com os havaianos os nativos transformaram seu modo e sua história, conferindo-lhe significação conforme com suas categorias culturais. Sendo assim, o capitão Cook fora denominado pelos havaianos como deus Lono, deus da fertilidade. Como no mundo as categorias culturais sempre agregam novos valores funcionais, os significados culturais são alterados, portanto. Deste modo se pode afirmar que se as relações entre as categorias mudam, a estrutura é transformada.

Sahlins objetiva trazer, para a análise cultural, acontecimento, ação e transformação. Segundo ele, o termo estrutura determina as categorias culturais concebidas como uma rede conceitual: um sistema de diferenças e um conjunto de categorias. De acordo com Sahlins, estrutura e evento estão ligados, e na proporção em que acontecimentos são signos, a história pode ser formada por estruturas de significado (SILVA, 2002; LANNA, 2001).

Para o autor, estrutura e evento não devem ser considerados de forma independente. O evento é a interpretação do acontecimento, e interpretações se modificam. A mudança à qual o livro de Sahlins se refere resulta das perturbações de classe e das inovações que ele denomina de relações históricas. Estas relações, ao mesmo tempo, refletem as categorias culturais tradicionais e atribuem-lhes novos valores a partir do contexto real.

Sahlins afirma que a história e a estrutura não são opostas. Segundo o autor, a experiência da chegada do capitão James Cook às ilhas havaianas demonstrou que o mundo não é forçado a satisfazer à lógica pela qual é concebido. Sob este prisma, ele logrou demonstrar que toda mudança numa cultura também é uma forma de sua reprodução. Por seu turno, toda reprodução de uma cultura resulta na sua transformação, visto que, na ação pela qual o mundo vai se desenvolvendo, a cultura assimila um novo conteúdo empírico. Pode-se

observar, assim, que tal análise corresponde às relações entre estrutura e evento. Os eventos se incorporam ao domínio humano pelos valores culturalmente instituídos. Já a cultura é a organização da condição atual em relação ao passado.

Então Sahlins aponta que no mundo social não é obrigatória a reprodução de categorias tradicionais. Com o desdobramento dos acontecimentos, ao interpretar o passado, os homens fazem uma reflexão sobre suas categorias. Deste modo podem ser recriados modelos, o sentido original de certas categorias tradicionais adquirem novos significados, causando alterações no modo de agir e de pensar da sociedade.

Sahlins mostra que as categorias e valores podem ser redirecionados simbolicamente. Os signos apresentam seus significados tanto reproduzidos como modificados por determinados interesses de um grupo que pertencente a um determinado contexto. As ações dirigidas culturalmente e as relações causadas pela prática à estrutura da conjuntura proporcionam o conflito entre as categorias culturais e modificam as concepções e os comportamentos de um grupo em relação a outro.

Segundo Sahlins, “a cultura é reproduzida na ação”. Deste modo, pode-se observar que a experiência proporciona uma determinada ação que modifica ou reproduz um aspecto cultural a partir das conveniências próprias de cada grupo em determinados contextos sociais. Sahlins afirma que as conveniências de grupos específicos permitem a transformação e a mudança de um mito como, por exemplo, a chegada do capitão James Cook. Sahlins afirma que a estrutura, as relações simbólicas de caráter cultural, é um objeto histórico (SAHLINS, 1990).

Sahlins afirma, ainda, que os europeus foram exaltados como seres com poderes celestiais, segundo as regras da tradição havaiana, sendo que, pela visão dos nativos, unir-se a eles significava prestígio, principalmente aos seus chefes, condicionando seus *status*. Então pode-se observar que toda mudança prática também é uma reprodução cultural. Deste modo, a chefia havaiana, quando incorpora identidades e meios materiais dos europeus, reflete o status cósmico do chefe tal como celestial (LANNA, 2001).

3.7 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, a pesquisadora se comprometeu a adiar ou suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Como forma de prevenir ou amenizar desconfortos e riscos foi esclarecido em todos os grupos focais o objetivo e o

motivo da pesquisa, a justificativa da escolha dos participantes e a garantia de anonimidade e sigilo sobre os dados coletados.

Três aspectos éticos são importantes na realização de uma pesquisa: o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado. O anonimato merece atenção do pesquisador, considerando que alguns aspectos podem interferir na sua concretização e acabar expondo o participante (POPE; MAYS, 2009).

Este projeto foi desenvolvido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Este projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP-Unimontes). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES pelo parecer nº: 2.163.496. Todos os indivíduos que participaram deste estudo foram devidamente informados a respeito do mesmo, tendo sido solicitado aos mesmos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para permissão da análise de seus dados. Além disso, foi solicitada à Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Montes Claros a permissão para execução da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento da Instituição (Apêndice C) e posteriormente a Secretaria de saúde emitiu o termo autorização da instituição sendo favorável a pesquisa (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes, categorias e subcategorias

Entre os participantes deste estudo, 12 (44,4%) eram homens e 15 (55,6%) eram mulheres. As idades variaram entre 31 e 73 anos e houve uma variação entre 07 e 38 anos em relação ao tempo de moradia no bairro. Após análise de conteúdo temática, surgiram três categorias conceituais e oito subcategorias.

A pesquisa contou com a participação de adultos e idosos que foram sorteados aleatoriamente, entretanto houve principalmente maior comparecimento dos idosos, visto que muitos deles não apresentavam atividade laboral e tinham melhor disponibilidade para participação nos grupos focais.

Em relação ao tempo de moradia a maioria residia no bairro há mais de 5 anos conforme a regra de realização da pesquisa citada na metodologia. Esse dado é importante, pois na Estratégia Saúde da Família são cadastradas várias famílias pelos agentes de saúde,

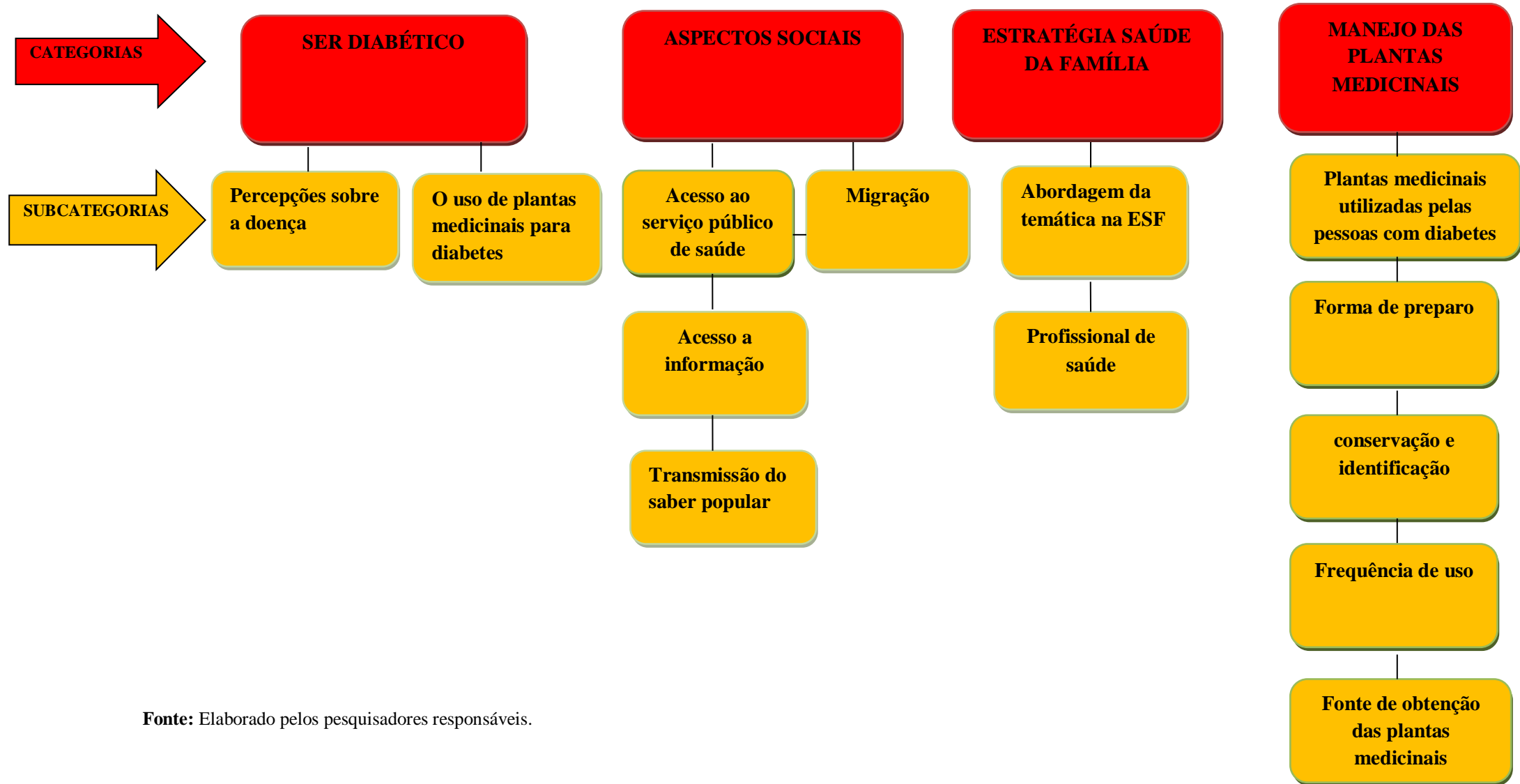
contudo existem cadastros recentes de pessoas que usam o endereço do bairro para receber algum tipo de assistência e residem em outros locais. Então os moradores do bairro que apresentam residência permanente no local há mais tempo apresentam maior possibilidade de serem encontrados no seu domicílio, além disso, facilita a comunicação durante os desdobramentos da pesquisa.

Com base nos dados apresentados acerca da caracterização dos participantes observou-se que a predominância foi do gênero feminino. Este aspecto deve ser observado com atenção uma vez que as mulheres, ao que tudo indica, desempenham relevante papel de cuidadoras e reprodutoras do conhecimento popular sobre as plantas medicinais, se destacando também como as principais consumidoras desses preparos medicinais. Tais resultados são também apresentados por Rosa *et al.*(2012) em pesquisa realizada a pessoas com diabetes que faziam uso de plantas medicinais, no qual 81,8% (36) dos participantes pertenciam ao sexo feminino e 18,2% (7) ao sexo masculino.

No estudo de Lima *et al.*(2007) sobre plantas medicinais apontam que 88,9% dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino. Essas diferenças relativas ao uso e conhecimento são evidenciadas pelas atividades desenvolvidas pelas mulheres, sendo que na maioria das famílias a mulher era responsável pelo cultivo e preparo das plantas medicinais, bem como pelos cuidados com os enfermos.

A seguir é apresentado um fluxograma que sintetiza, graficamente, as categorias e subcategorias delineadas a partir da análise dos grupos focais.

Figura 1- Categorias conceituais e subcategorias sobre o uso de plantas medicinais por pessoas com diabetes acompanhados pela equipe de Equipe de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores responsáveis.

As categorias e subcategorias deste trabalho foram escritas a partir de uma análise direta e indireta ou também interna e externa das falas dos participantes dos grupos focais. Além disso, foi possível identificar a relação de dependência e independência desses itens. Esses códigos foram derivados pela análise e reflexão exaustiva das transcrições das falas dos grupos focais, relatórios e pelas gravações em áudio dos mesmos.

A análise temática permite apresentar temas que já são esperados pela literatura ou também apresentar aqueles temas que emergem na pesquisa, direta ou indiretamente durante um trabalho de campo. Também pode-se analisar a conexão desses temas, ou seja, identificar as relações entre as categorias e subcategorias (POPE; MAYS, 2009).

As categorias e subcategorias derivadas das falas diretas, ou seja, que emergiram durante o diálogo dos participantes, significa que foram construídas a partir da frequência de códigos e mensagens emitidas pelos participantes dos grupos focais. Foram desenvolvidas pela análise temática por categorias semânticas, expressões e sintáticas, tais como verbos, substantivos e adjetivos recorrentemente empregados nas falas dos participantes. Esses temas foram gerados também pelas opiniões, valores e até mesmo as tendências expressadas verbalmente pela população de estudo.

As categorias e subcategorias originadas de forma indireta correspondem a uma análise lexical, ou seja, pelos sentidos das falas dos participantes dos grupos focais, sinônimos, sentidos próximos ou expressões que derivaram algum código importante durante as análises. Esses códigos foram gerados pelas representações de sentido de determinadas falas e do seu contexto de desenvolvimento.

Essas relações entre os núcleos de sentidos gerados nas subcategorias possuem significados que hora se complementam, apresentando uma relação de dependência, hora são independentes aparecem de maneira essencial no contexto, mas são livres. Algumas subcategorias influenciam no sentido ou desenvolvimento da outra, estão intimamente ligadas, podendo alterar o significado ou ocorrência da outra.

A categoria “Ser diabético” emergiu das falas dos participantes dos grupos. O fato de possuírem a doença diabetes tipo 2 reforça muito esse assunto no discurso dos mesmos. A subcategoria “Percepções sobre a doença” foi desenvolvida a partir das falas dos participantes por meio das quais afirmam sentimentos negativos sobre a doença, tais como tristeza, dependência de medicação, restrição alimentar, a questão da doença não ter cura e a mudança de estilo de vida gerada pela doença. Já a subcategoria “Uso das plantas medicinais para diabetes” surgiu com as falas dos participantes por meio das quais relataram o uso de plantas medicinais para diabetes e suas comorbidades e para outras doenças não crônicas. Essas

subcategorias, embora façam parte da mesma categoria, são relativamente independentes entre si. Deste modo essas subcategorias não fazem relação de dependência, visto que a percepção sobre a doença, a visão sobre ela não influencia diretamente sobre o uso das plantas medicinais para diabetes, pois nem todos os diabéticos faziam uso de plantas medicinais voltadas para o tratamento da diabetes.

A categoria “Estratégia Saúde da Família” foi criada indiretamente em relação às falas dos participantes, sendo as falas avaliadas de forma externa, visto a importância do contexto ao qual se passava o estudo na qual partiriam as subcategorias. A subcategoria “Abordagem da temática na ESF” foi desenvolvida com base nas falas dos participantes que relatavam não terem sido convidados anteriormente a participar de algum grupo que abordasse o tema sobre as plantas medicinais. Notou-se que, no final dos grupos, a maioria dos participantes sempre manifestaram ser interessante a proposta do grupo e que gostariam de dar continuidade nessa discussão. Por sua vez, a subcategoria “Profissional de saúde” deriva de uma análise externa às falas, pois os participantes dos grupos relataram em sua maioria não receber informações de profissionais de saúde sobre o uso das plantas medicinais, visto a importância do profissional de saúde neste tipo de abordagem. As duas subcategorias desse grupo são dependentes entre si, pois apresentam forte relação de ligação.

A categoria “Aspectos sociais” foi criada com base nos conteúdos diretos e indiretos das falas dos participantes dos grupos. A subcategoria “Acesso ao serviço público de saúde” foi gerada a partir das falas dos participantes que enfatizaram a melhoria do acesso aos serviços de saúde, especialmente ao atendimento médico, farmacêutico e aos programas de saúde nos dias de atuais, ressaltando a dificuldade de acessar esses serviços no passado, principalmente para os moradores da zona rural. A subcategoria “Acesso a informação” foi desenvolvida com base nas falas dos participantes sobre o uso de tecnologias e de outros meios de comunicação, tais como *internet*, livros, revistas e a rede de televisão para se informarem sobre o uso de plantas medicinais. Já a subcategoria “Transmissão do saber popular” foi criada de forma direta a partir das falas dos participantes, que descreveram a reprodução do conhecimento popular sobre as plantas medicinais entre seus círculos sociais. Por sua vez, a subcategoria “Migração” foi gerada a partir de uma análise externa às falas, um código que emergiu desde o discurso dos participantes, que em sua maioria nos grupos focais relataram já terem residido na zona rural e que foram para zona urbana posteriormente.

Desde a categoria “Aspectos sociais”, as subcategorias “Acesso ao serviço público de saúde”, “Acesso a informação” e “Transmissão do saber popular” são dependentes entre si, apresentam uma relação de complementação. O acesso a informação está diretamente ligado à

transmissão do saber popular, pois é através do diálogo entre as pessoas sobre as plantas medicinais que se forma a principal fonte de transmissão de informações sobre o assunto, e a partir daí se desperta a curiosidade para procurar outras fontes de comprovação das informações. A subcategoria “Acesso ao serviço público de saúde” tem relação com a transmissão do saber popular, visto a importância desse saber que está presente na cultura das pessoas. Mesmo elas tendo acesso aos serviços de saúde pública, os participantes relataram que buscam em determinados momentos apoio no conhecimento popular. Influenciando até mesmo no tratamento dos usuários do serviço, essas crenças e saberes devem ser compreendidas pelos profissionais de saúde pública que prestam serviço para a rede. A subcategoria “Migração” apresenta relação com a subcategoria “Acesso ao serviço público de saúde”, uma vez que o acesso aos serviços de saúde pode influenciar também no processo de migração.

Vale destacar que, em relação às três categorias que, nesse trabalho, norteiam a compreensão do uso das plantas medicinais por diabéticos tipo 2, a categoria “Aspectos Sociais” é a mais importante, visto que ela influencia todas as demais categorias e subcategorias apresentadas. Tal influência ocorre com intensidades diferentes em relação a cada uma das demais categorias e subcategorias, contudo mostra-se sempre presente. No que diz respeito às subcategorias, as que apresentaram aspecto mais relevante no trabalho foram o “Acesso ao serviço público de saúde” e a “Transmissão do saber popular”. Esses temas se fizeram presentes em todos os grupos focais na fala da maioria dos participantes. Essas duas subcategorias apresentam ligação com todas as categorias e demais subcategorias, gerando impactos diretos e indiretos no desenvolvimento das demais.

A seguir serão apresentadas análises detalhadas dessas categorias e subcategorias. No decorrer dessas análises serão apresentados trechos das transcrições dos grupos focais. Para fazer essas apresentações foram utilizados códigos para informar sobre o número do grupo focal e para identificar o participante. A letra maiúscula “P” significa participante e seu número posterior corresponde a qual participante do grupo disse tal afirmação. A letra maiúscula “G” significa grupo e seu número posterior se refere de qual grupo focal a fala foi retirada.

4.2 Ser diabético

4.2.1 Percepções sobre a doença

Santos *et al.* (2011) revelam em estudo que a pessoa com diabetes apresenta sentimentos negativos em relação à doença. Estes sentimentos, quando não tratados adequadamente, podem predispor à formação de sintomas depressivos, como baixa autoestima, desânimo, desesperança, baixa expectativa frente ao futuro, perda de interesse pelas atividades diárias, incluindo aquelas importantes para a manutenção de um equilíbrio metabólico.

PIG2: “O médico me falou que Diabetes não tem cura, que eu posso tomar o que eu quiser que ela não tem cura.”

PIG3: “Diz que o diabetes agora tem cura, faz cirurgia. Romário mesmo fez. Ele tá lutando para trazer para o SUS”.

Os participantes relataram em diversos momentos nos grupos que a diabetes é uma doença que não tem cura, mesmo tomando alguma planta medicinal eles não irão se curar, expressão essa que eles afirmam ser usada pelos médicos no momento da consulta. Pode-se observar um sentimento de desamparo e frustração na fala desses usuários do serviço de saúde, visto que não apresentam nenhum suporte psicológico na Atenção Primária à Saúde para lhes dar apoio emocional com relação a essa doença. Péres *et al.* (2008) demonstram nos resultados de seus estudos que a diabetes mellitus, por se tratar de uma doença de longa duração, necessita de dedicação com a terapêutica, exigindo da pessoa capacidade de enfrentamento durante toda a sua vida.

Gonçalves e Lima (2016) indicam a necessidade de haver uma abordagem interdisciplinar que enfoque o suporte psicossociológico, voltado para a elaboração de estratégias que possam ser adotadas frente ao controle e cuidado do diabetes. Contudo, essas práticas devem respeitar a influência da particularidade do contexto social e cultural vivenciado pelas pessoas com diabetes. Faz-se necessário que esse grupo possa ser conduzido a refletir acerca da aceitação da doença e de sua postura frente ao tratamento.

A doença diabetes gera uma mudança de estilo de vida, o qual envolve uma incorporação de práticas terapêuticas, alteração de padrão alimentar, realizações de controle glicêmico, uso de medicamentos e acompanhamento médico. Essas medidas foram relatadas ao longo do discurso dos participantes nos grupos focais, são situações que fazem parte da

rotina da pessoa com diabetes, na maioria das vezes trazendo desconforto principalmente com relação ao uso do açúcar. Foi relatado pela maioria dos participantes o intenso desejo de consumir açúcar e a dificuldade de encontrar alimentos sem açúcar. Além disso, afirmam que devem usar adoçantes e que os alimentos sem açúcar são muito ruins.

P3G3: “O pior da diabetes é o açúcar!”

P7G3: “A diabetes tira a gente da melhor coisa do mundo que é comer.”

Em estudos realizados por Coutinho e Saraiva (2013), as pessoas percebem que seu estilo de vida influencia no controle geral do seu estado de saúde e doença, tornando-se importante entender como as pessoas com diabetes representam simbolicamente a experiência produzida no cotidiano enfrentando os desafios que a doença impõe. Compreender a construção desse pensamento pode contribuir para nortear os profissionais de saúde e os diabéticos frente à doença e sua terapêutica.

Em relação à atuação do profissional de saúde no tratamento da diabetes, Gonçalves e Lima (2016) revelam que os participantes do seu estudo compreendem que as orientações médicas são um recurso positivo para o enfrentamento da doença, os orientando adequadamente sobre controle metabólico e terapêutica. Entretanto, pode-se observar uma postura inercial do paciente em relação às mudanças de hábitos de vida mais saudáveis, esperando sempre o apelo do médico e dos demais profissionais de saúde. Dessa forma, esses pacientes são os que necessitam de mais atenção e incentivo para serem mais engajados e ativos no seu autocuidado.

Autores como Costa e Coutinho (2016) apresentam que a diabetes é uma doença silenciosa, que seu diagnóstico pode ser feito apenas bem mais tarde ao seu início. Também foi possível observar que diabéticos são susceptíveis a comorbidades, tanto físicas como psicoemocionais, tendo relatos de humor deprimido, tristeza, choro e pensamentos negativos sobre a doença.

A depressão é uma doença marcada pela baixa autoestima que acomete boa parte das pessoas que sofrem com as doenças crônicas. As mudanças na rotina da pessoa com diabetes, tais como restrições nutricionais, controle de peso, uso de medicamentos contínuos, talvez uma possível discriminação no ambiente de trabalho, incapacidades pelas complicações e avanço da doença, são situações que abalam emocionalmente as pessoas diabéticas e que podem, por conseguinte, desenvolver a depressão (BRASIL, 2013).

4.2.2 O uso de plantas medicinais para diabetes

Os participantes dos grupos em sua maioria relataram fazer uso de alguma planta medicinal para algum tipo de doença. A planta mais citada para o tratamento da diabetes durante as discussões em grupo foi a folha de andu, também chamada de feijão guandu. Além disso, foi citado várias vezes o fato de não se tomar em grande quantidade o chá da folha de andu, podendo ser tóxico para o organismo ou causar diminuição drástica na glicemia.

P7G1: “Disse que o povo ta tomando por aí é folha de andu seca. E faz coloca uma folhinha num copo daquele ali e abafa, hora que esfria toma. Diz que abaixa o diabetes.”

P2G1: “Já tomei folha de andu, estava com 200 e tantos, baixou de uma vez que eu comecei a ficar tonto, aí eu não tomei mais não, então você acha que ajudou.”

P1G2: “Eu faço uso da folha de andu! Uso para a glicose.”

Verificou-se na pesquisa de Barsaglini (2011) que, apesar de os participantes relatarem seguir ou não a dieta e as atividades físicas, a ingestão da medicação foi unanimidade. Dessa forma a medicação parece ser à base do tratamento, em função de sua eficácia e do reconhecimento de seus resultados no controle do diabetes.

Silva *et al.* (2008) demonstraram em estudo com diabéticos que 60% deles não fazem o uso de plantas medicinais por desacreditarem na sua ação hipoglicemiante, enquanto 40% fazem uso do tratamento fitoterápico. Estes mesmos diabéticos referem, de acordo com o estudo, que com o uso das plantas medicinais simultâneo ao tratamento medicamentoso obtêm o controle de seus níveis glicêmicos.

Nota-se, por meio dos relatos obtidos na pesquisa, que, em nenhum momento, algum dos participantes dos grupos focais afirmou que substituiu a medicação controlada prescrita pelo médico para diabetes por alguma planta medicinal. Embora afirmassem que já fizeram ou fazem uso de alguma planta medicinal para tratamento da diabetes, eles confiavam mais na medicação prescrita pelo médico, fazendo uso contínuo do remédio farmacêutico.

P2G2: “O povo fala que é bom também a pata de vaca, muito boa para diabetes.”

P7G3: “Suco de cebola é bom para Diabetes.”

P2G4: “Eu tomava mais carqueja, diz que é bom para diabetes.”

P5G4: “Eu já tomei chá de jamelão, e a fruta também é boa para diabetes, cura mesmo, abaixa a glicose.”

P2G2: “Já que você está pesquisando, tem uma planta que chama moringa, para diabetes, colesterol alto.”

P7G1: “Eu uso o pó da casca de maracujá, uso para diabetes.”

P3G4: “A insulina é uma planta que tenho no quintal. Eu tomei ela e não me senti bem. Mas tenho uma amiga diabética que só toma ela.”

Em estudos realizados num município do estado de Pernambuco os participantes da pesquisa relataram fazer uso de plantas medicinais com finalidade hipoglicemiante. As mais citadas por eles foram a pata-de-vaca (*Bauhinia fortificata*), azeitona roxa (*Syzygium jambolanum*) e insulina (*Cissus sicyoides* L.) (SANTOS;NUNES; MARTINS, 2012).

Foi possível analisar em estudos de Borges *etal.*(2008), por meio de um levantamento bibliográfico,que as plantas medicinais mais citadas como hipoglicemiantes foram bardana (*Arctiumminus Hill Bernh*), eucalipto(*Eucalyptus globulus Labill*), jambolão (*Syzygium jambolanum DC.*), picão(*Bidens pilosa L.*), sálvia (*Salvia officinalis L.*), urtiga (*Urtica spp.*), alho (*Allium sativum L.*),quebra-pedra (*Phyllanthus niruri L.*), carqueja(*Baccharis trimera DC.*),cajueiro (*Anacardium occidentale L.*) e a pata-de-vaca (*Bauhinia forficata*).

Entretanto, outros estudos realizados em um município de Santa Catarina mostram que a maior parte dos usuários de plantas medicinais utiliza as plantas sem ter comprovação científica de seus efeitos hipoglicemiantes. Evidenciando que o uso das plantas é feito muitas vezes de forma errada em relação à dosagem (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012).

Em pesquisa realizada por Silva *et al.* (2008) em Jequié, Bahia, os participantes do estudo,diabéticos tipo 2, relataram o uso de plantas medicinais para o controle dos níveis glicêmicos. Entre as plantas usadas como antidiabéticas segundo os participantes, as mais citadas foram: cajueiro (*Anacardium occidentale*), guandu (*Cajanus cajan Milisp*), pata-de-vaca (*Bauhinia fortificata*), pau-pereira (*Aspidosperma parvifolium*), quina (*China officinalis*), jambolão (*Syzygium jambolanum*), cebola (*Allium cepa*), insulina (*Cissus sicyoides*), espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*) e graviola (*Annona muricata*).

Os autores ainda acrescentam que das plantas citadas pelos participantes do estudo as que possuem comprovação científica sobre efeito hipoglicemiante ideal para

tratamento da diabetes são a pata-de-vaca, a carqueja, a insulina e a quebra-pedra (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012). Já em estudos realizados em Pelotas, Rio Grande do Sul, as plantas mais citadas para diminuir os níveis de glicose no sangue foram a arnica, a pata-de-vaca e o jambolão (FEIJO *et al.*, 2012).

Durante a realização dos grupos focais, os participantes as pessoas com diabetes apontaram como plantas medicinais usadas para controle glicêmico da diabetes as seguintes: folha de feijão andu, carqueja, pata-de-vaca, moringa, pó de casca de maracujá, jamelão, cebola e insulina. As demais plantas citadas para tratamento e prevenção das comorbidades da diabetes, estão expostas em um capítulo à frente. A seguir, uma breve apresentação daquelas usadas para controle glicêmico.

- Carqueja (*Baccharis trimera*):

A carqueja (*Baccharis trimera*) é uma planta que se originou na América do Sul, sendo cultivada principalmente no Brasil, na Argentina, no Chile, no Paraguai e no Uruguai (RUIZ *et al.*, 2008). A carqueja vem sendo preparada com finalidades terapêuticas no tratamento de doenças hepáticas, do reumatismo, da diabetes e de desordens digestivas (NASCIMENTO, 2013).

A *Baccharis trimera*, no Brasil conhecida como carqueja, tem sido utilizada popularmente pelo seu efeito antidiabético (RODRIGUES *et al.*, 2012). Oliveira *et al.* (2012) também apontam efeitos antiinflamatórios, antiúlcera, antioxidantes, antimicrobianos, microbiostáticos e microbicidas da *Baccharis trimera*, corroborando com os estudos de Pádua *et al.* (2010), que revelou potencial hipoglicemiante da carqueja em camundongos diabéticos.

- Cebola (*Allium cepa* L.):

A cebola (*Allium cepa* L.) é utilizada frequentemente para aplicações medicinais ou funcionais. É fonte de inúmeros fitoquímicos utilizados no tratamento e na prevenção de várias doenças, incluindo câncer, doença cardíaca coronária, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensão e distúrbios do trato gastrointestinal. A cebola é rica em flavonóide quercetina, que proporciona característica relacionada à saúde pelo seu alto poder antioxidante (ZAPAROLLI *et al.*, 2013; LEITE; SANTOS; BERTUSSI, 2008).

A cebola possui uma substância chamada flavonóide quercetina em altas concentrações. A quercetina tem comprovado ser muito efetiva como um agente antioxidante, gerando uma ação protetora na redução dos riscos de se desenvolver certos tipos de câncer (KAMARAJ *et al.*, 2007) e doenças cardiovasculares. Ressaltando que a concentração de quercetina em bulbos de cebola pode variar de acordo com o seu genótipo (HUBBARD *et al.*, 2006).

- Feijão andu (*Cajanus cajan L.*):

O feijão andu ou guandu (*Cajanus cajan L.*) é um arbusto ereto e ramificado, originário da África. Possui flores amarelas e folhas compostas de três folículos oblongo-agudos. No Brasil é muito usado na agricultura para fixação de nitrogênio no solo e para a alimentação do gado. Além disso, é muito nutritivo e apresenta elevado teor de proteína. O feijão andu também é utilizado para alimentação humana em sopas, farofas, saladas e diversos outros pratos (LORENZI; MATOSS, 2002).

Embora a folha de andu, conhecida também como feijão guandu, tenha sido muito citada nos grupos focais realizados nesta pesquisa, assim como também referido seu uso em outros estudos, não foi possível encontrar estudos que comprovassem seu efeito terapêutico no tratamento da diabetes. Desta forma, fazem-se necessárias pesquisas científicas sobre essa planta em relação à diabetes.

- Insulina (*Cissus sicyoides*):

A *Cissus sicyoides* é conhecida popularmente como anil trepador, cipóputá, cortina japonesa, uva brava e insulina. Esta espécie vem sendo muito consumida pela população para o tratamento de diabetes, sendo por isso chamada “insulina”. As folhas são utilizadas para tratamento do reumatismo, na cura de abscessos e na infusão das folhas e do caule empregadas para problemas musculares, epilepsias, acidente vascular cerebral e hipertensão (BARBOSA *et al.*, 2005).

Vasconcelos *et al.* (2007) revelaram em estudos clínicos o efeito hipoglicemiante do extrato da folhas de *Cissus sicyoides*. Constataram que a glicemia plasmática dos animais diminuiu expressivamente 1 hora após uma carga de sacarose e concluíram que a ingestão da insulina vegetal evita o aumento da glicose depois da refeição. Santos *et al.* (2008) observaram a redução da glicemia em pacientes após ingestão do chá dessa planta.

- Jambolão (*Syzygium cumini*):

O jambolão (*Syzygium cumini*) é uma planta pertencente à família *Mirtaceae*, originário da Indonésia, China e Antilhas. É também chamado popularmente como jamelão, cereja, jalão, jambú, azeitona-do-nordeste, ameixa roxa, murta, baga de freira, guapê, jambuí, azeitona-da-terra. É uma planta que se adapta a diversos tipos de solo (LORENZI; MATOS, 2008). Migliato *et al.* (2006) destacam o efeito terapêutico das folhas da planta para o tratamento da diabetes. O autor também revela que com o consumo do extrato dessa planta pode-se impedir a elevação do débito urinário, a eliminação de albumina urinária e a hipertrofia dos rins.

Estudos apresentaram evidências de que o jambolão tem atividades antioxidantes, elevando a ação das enzimas removedoras de radicais livres no fígado, rim e coração de ratos induzidos com aloxano e, deste modo, defende esses tecidos do estresse oxidativo provocado pela hiperglicemia diabética (PRINCE; KAMALAKKANNAN; MENON, 2003). Mazzanti *et al.* (2004) complementam e confirmam a ação hipoglicemiante dessa planta presente nas sementes e folhas.

- Maracujá (*Passiflora SP.*):

Segundo estudos com experimentos laboratoriais a farinha da casca de maracujá promove uma redução glicêmica maior que a sua folha. Esta informação legitima o seu uso na medicina popular como auxiliar na manutenção da glicemia em pacientes diabéticos (BRAGA; MEDEIROS; ARAÚJO, 2010). Córdova *et al.* (2005) e Krahn *et al.* (2008) apresentam em seus estudos experimentais a ação hipoglicemiante de plantas como o maracujá.

Krahn *et al.* (2008) apontam que a casca do maracujá em tratamentos como hipoglicemiante natural demonstrou ser eficaz. A ação hipoglicemiante da casca é maior, confirmando que as fibras hidrossolúveis são as principais responsáveis pelo efeito na glicemia. Lima *et al.* (2012) evidenciaram o efeito hipoglicemiante na farinha do mesocarpo do maracujá desidratado.

- Moringa (*M. oleifera*):

A *M. oleifera* é uma planta originada na Índia, distribuída na Ásia e na África. Também é conhecida popularmente por moringa, quiabo-de-quina ou lírio (BEZERRA *et al.*, 2004). Gimenis (2015) revela em estudos que a moringa apresenta muitas propriedades terapêuticas, tais como estimulante cardíaco e circulatório, antitumoral, antipirética, antiepilética, antiespasmódica, diurética, hepatoprotetora, no combate a inflamações, antidiarréica, hipoglicemiante, antimicrobiana, hepatoprotetora, antifúngica, potencial antioxidante e ação antiglicante.

Omotoso *et al.* (2016) demonstram que a folha de moringa tem propriedades que contribuem para a redução do nível de açúcar no sangue. Neste estudo, o extrato das folhas da planta normalizaram o nível glicêmico de diabéticos. Também foi possível observar melhoramento no sistema neurológico dos participantes da pesquisa.

- Pata-de-vaca (*Bauhinia fortificata*):

Estudos realizados por Ferreres *et al.* (2012) evidenciaram que a redução glicêmica causada pela *Bauhinia fortificata* é resultante de inibição da α -glicosidase, enzima responsável pela catalisação de carboidratos. Tal ação pode ser decorrente da presença dos

derivados quercetínicos e canferólicos da espécie. Tadera *et al.* (2006) demonstram que tanto a quercetina como o canferol possuem características estruturais que proporcionam o efeito inibitório dos flavonóides sobre a α -glicosidase.

Estudos científicos na literatura confirmam a propriedade antioxidante da *B. forficata*, relacionada ao seu alto percentual de flavonóides, grupo representativo de antioxidantes vegetais. Esta atividade é essencial ao organismo humano devido aos efeitos das reações do oxigênio em diversos processos patológicos, incluindo a diabetes mellitus (SILVA, 2012).

Lima *et al.* (2006) revelaram em estudo a ação antitumoral de compostos da *B. forficata*. Já Lino *et al.* (2004) demonstraram em estudo uma redução significativa nos níveis séricos de triglicerídeos e colesterol total causada pela planta. Ferreres *et al.* (2012) revelaram que *Bauhinia fortificata* possui atividade farmacológica contra a doença de Alzheimer. Em relação aos experimentos com extratos secos de *B. forficata*, foi comprovada sua atividade antidiabética (PEPATO *et al.*, 2010).

Pode-se perceber que o uso da espécie *Bauhinia fortificata* no tratamento terapêutico da diabetes mellitus apresenta evidências terapêuticas em vários estudos científicos, confirmando sua propriedade antidiabética conferida pela presença dos glicosídeos canferólicos e quercetínicos contidos nas folhas. Esses estudos fortalecem a utilização dessa planta na medicina popular e dão suporte às ações do Estado brasileiro para incentivo ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos (MARQUES *et al.*, 2013).

A maioria das plantas medicinais para diabetes citadas pelos participantes do grupo tem efeito hipoglicemiante, comprovado com base em estudos científicos anteriores. Entretanto são necessárias mais pesquisas científicas para padronizar as dosagens ideais e prescrições dessas plantas para fins terapêuticos. Contudo, em relação à folha de feijão andu, a mais citada como antidiabética pelos participantes dos grupos focais, não foi possível encontrar material de estudos científicos de forma considerável, necessitando, portanto, pesquisas sobre esse assunto.

4.3 ASPECTOS SOCIAIS

4.3.1 Acesso ao serviço público de saúde

Almeida *et al.* (2009) destacam que existem alguns fatores do mundo moderno que predisõem à pouca disseminação do conhecimento popular sobre as plantas medicinais.

Esses fatores seriam os seguintes: mudanças econômicas, contato com outras culturas, maior disponibilidade de acesso aos serviços de saúde e desinteresse dos jovens em praticar o saber tradicional.

P3G1: “Às vezes o pai da gente tinha e plantava demais. Como diz aquele povo mais antigo. Mulher quando ia ganhar neném, não tinha negócio de médico, se precisasse de um remédio de gripe era chá e o menino tomava. Então a gente ficou conhecendo aqueles remédios que tomava na roça. Mas hoje aqui na cidade é o que ele falou, muitos nem conhece.”

P7G3: “Eu vou fazer um exame de sangue e ver se baixou mesmo, porque eu não estou fazendo regime porque eu sou muito comilona. Os médicos mandam eu fazer regime, mas eu como de tudo um pouco.”

Além disso, o SUS oferece atendimento médico clínico e de enfermagem e especializados gratuitamente, acompanhamento pela ESF, visitas domiciliares dos ACS, Hipertensão, entre outras ações públicas de acompanhamento do diabético incentivadas pelo Ministério da Saúde, aumentando assim as formas de acesso ao serviço público de saúde pela população.

Em pesquisa realizada por Martins *et al.*(2016) a população de estudo, ao ser questionada sobre os serviços de saúde prestados pela ESF, relatou estar muito satisfeita. Os sujeitos relataram a inclusão de novos serviços, de ações de promoção e de prevenção da saúde como grupos de Hipertensão e visitas domiciliares pela equipe multiprofissional de saúde. A inclusão do agente comunitário de saúde que faz acompanhamento das famílias cadastradas na ESF foi muito bem relatada pelos usuários como algo importante. Os usuários destacaram também a maior disponibilidade de atendimento médico na ESF e a mudança na forma de marcação de consultas pela triagem.

Também é importante ressaltar que, nesta pesquisa, a maior parte dos participantes dos grupos focais já residiu na zona rural. Foram relatados diversos casos de doenças que tiveram seu tratamento através do conhecimento popular. Segundo os participantes dos grupos focais, no passado remédios de farmácia e assistência médica eram de difícil acesso à população, principalmente aos que moravam na zona rural que, pelas questões de distância, deslocamento, falta de recursos financeiros e conhecimento, faziam uso do conhecimento popular para tratamentos de saúde.

P4G4: “Depois que eu consultei tomo os remédios certinhos, eu não tomo muito, porque eu não gosto de misturar com comprimido.”

P7G3: “A pessoa vai passando de pai para filho, porque é a cultura nossa, aprendemos porque o medicamento de farmácia era difícil. E as mulheres antigas tomavam pinga, losna, arruda, porque a mulher não tinha geladeira.”

Torres (2014) demonstra em estudo que pela falta de médicos e de farmácia na comunidade estudada as mulheres no período pós-parto seguiam as recomendações próprias de sua cultura, sendo 45 dias pós-parto sem ter relações sexuais, eram indicados banhos com remédios caseiros na parte genital de carrapicho, barbatimão, algodãozinho, casca de caju e manjeriço, para uso oral eram indicados mastruz, algodãozinho, gervão e raiz de cansação.

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica no mundo e a descoberta de novas medicações com eficácia comprovada, intensificou-se a procura por remédios industrializados. Atualmente existe uma disponibilidade maior de medicamentos à população. No Brasil, o governo criou várias políticas públicas que favoreceram o acesso a medicamentos para os usuários do SUS, entre elas o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi gerado com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Nesse sentido, o Programa cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. O Programa foi criado em 13 de abril de 2004, pela lei nº 10.858, e regulamentado pelo decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. A legislação autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, através de unidades próprias.

Esse Programa tem o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos considerados básicos e essenciais, de forma igualitária, a qualquer cidadão brasileiro que utilize ou não o sistema público de saúde para o tratamento das doenças e agravos prevalentes (YAMAUTI; BARBERATO; LOPES, 2015). Em estudos realizados sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil foi demonstrado que dos 11 medicamentos citados entre os 10 mais vendidos, em todas as regiões, 64% são medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular (SANTOS; COSTA; CASTRO, 2011).

Conforme a lei federal nº 11.347, os pacientes brasileiros com diabetes devem receber, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos necessários para

o tratamento, assim como os materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia capilar. Para isso, é preciso estar inscrito em algum programa de educação especial em diabetes (BRASIL, 2006).

O acesso aos medicamentos tornou-se uma medida de prioridade nacional, tendo destaque em políticas públicas específicas. Desde 2004 o Ministério da Saúde iniciou a privatização de serviços do SUS de assistência farmacêutica, através do credenciamento de farmácias privadas, dando origem ao Programa Farmácia Popular do Brasil. No Brasil, o direito à saúde está garantido na Constituição federal a todos os brasileiros. Portanto, é dever do Estado executar, por meio do SUS, a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica (GARCIA; GUERRA; ACÚRCIO, 2017).

Em estudo realizado por Lima *et al.* (2016) apresentaram que os participantes da pesquisa confirmaram a melhoria do acesso ao sistema de saúde, enfatizaram a satisfação com a construção de unidades básicas de saúde na zona rural e implantação da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, esse mesmo grupo relata não abandonar o uso das plantas medicinais e seus rituais de benzer, mesmo com acesso a recursos de saúde, demonstrando a marca de seu grupo social.

Outros estudos ainda complementam que o PFPB tem seu grupo de medicamentos oferecidos para a população em um sistema de Rede Própria, constituído por Farmácias Populares, em conjunto com os estados, os municípios e instituições filantrópicas; ou por meio de convênios com redes privadas de farmácias e drogarias denominadas “Aqui Tem Farmácia Popular”. O programa atende todos os brasileiros, desde que sejam apresentados o documento de identidade, o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e a receita médica com validade indicada para cada tipo de remédio. A receita pode ser emitida tanto por médico do SUS quanto por médico da rede privada (YAMAUTI; BARBERATO; LOPES, 2015)

4.3.2 Acesso a informação

Os participantes dos grupos focais destacaram que procuram desenvolver seus conhecimentos sobre as plantas medicinais por meio de diversas fontes. Embora a maioria busque informações com pessoas conhecidas, foram também citados a *internet*, livros, revistas e programas de televisão em especial a rede de televisão Globo. O uso da tecnologia da *internet* foi evidenciado por alguns participantes, quando os mesmos têm dúvidas sobre alguma planta medicinal, sua indicação e manejo.

P3G2: “Como ela disse vem passando de gerações para gerações. Claro que hoje a gente tem o conhecimento melhor. Uma planta que se usava antes hoje já não pode se usar, às vezes a pessoa não tem uma doença só, tem duas ou três e o remédio pode complicar. A gente só aprimora o conhecimento, mas o conhecimento é antigo.”

Feijo *et al.*(2012) demonstraram em estudo que os idosos diabéticos tiveram acesso a informação sobre uso das plantas medicinais através de reportagens na televisão, revistas de saúde e conversas com outros usuários na unidade básica de saúde. Outros autores complementam que os participantes de sua pesquisa relatam que consomem plantas medicinais com indicação científica de livros ou por indicação médica, mas principalmente pela mídia através da televisão (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012).

P6G2: “É isso mesmo, as pessoas vão passando de pai para filhos e a gente vai aperfeiçoando com os ensinamentos da televisão, então a gente vai aprendendo cada vez mais.”

P2G3: “Porque eu lembro, vejo muito nesses programas que fala que a gente vê. Tinha um programa que passava todo sábado e mostrava, acho que era na Globo. E também lendo livro, eu já li muito livro, hoje é que eu não leio.”

P1G2: “E hoje quando a gente tá ruim o filho da gente já olha na internet. Mas se a gente conhece o remédio a muitos anos não liga para a internet.”

Em uma discussão do grupo focal uma participante relatou sobre o uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez, afirmando que era um ato comum no passado. Então a mesma continuou afirmando que no passado era comum o uso, pelas gestantes, de determinadas ervas misturadas na pinga. Um tipo de bebida alcoólica, a pinga servia como anestésico durante o parto e para a conservação das ervas, visto que muitos não possuíam geladeira. Entretanto, segundo a participante, em alguns casos as mulheres se tornavam alcoólatras, porque consumiam uma dose diária de pinga com as ervas durante a gravidez e tinham muitas gestações consecutivas.

P7G3: “Eu descobri sobre a pinga na gravidez num livro.”

Moretti, Oliveira e Silva (2012) revelam em estudo que a população pesquisada apresentou curiosidades sobre vários temas relacionados à saúde, e que por isso utilizam principalmente a *internet* como instrumento de acesso a informações. Os assuntos mais pesquisados são relativos à alimentação, prevenção de problemas de saúde, diagnóstico médico, medicamentos, terapias alternativas como plantas medicinais, saúde infantil e condições de saúde. Acrescentam ainda que as pesquisas relativas a esses temas são realizadas nos instrumentos de pesquisa Google e Yahoo. Destacam, também, outras fontes de informações utilizadas pelos participantes para pesquisas sobre saúde, tais como as revistas, livros, jornais e televisão.

Estudos revelam que o acesso às informações em saúde são divulgadas pela televisão, amigos e familiares. Contudo, a *internet* foi apontada como principal veículo de informações. Revelam que a obtenção de informações sobre saúde na *internet* vai aumentar com o passar dos anos, pois o seu uso está cada vez mais intenso na população (DART; GALLOIS; YELLOWLEES, 2008).

4.3.3 Transmissão do saber popular

Segundo estudos de Pires *et al.* (2014), o uso das plantas medicinais é indicado principalmente por familiares, amigos e colegas, demonstrando que o conhecimento e o uso das espécies vegetais é proveniente da tradição familiar e vai sendo repassado de geração a geração.

P2G4: “Quem me orientou foi meu pai, minha mãe e minhas tias.”

P2G2: “Já vem dos antepassados as plantas para que são boas para que serve.”

PIG2: “Os avós da gente, a gente vai crescendo, vai conversando com as pessoas mais de idade e aprende.”

P2G2: “Como ele falou, isso vem de família, um fala que é bom, para que serve, amigo fala, parente também. Eles conhecem uma planta que a gente não conhece sabe para quê que é bom e testa.”

Com relação ao uso de plantas medicinais, evidencia-se nas falas dos participantes dos grupos focais que o seu conhecimento sobre elas se origina, principalmente, de um saber popular que vai passando de geração em geração, reproduzido principalmente pelos familiares

e pessoas mais velhas de um grupo. Além disso, os participantes destacaram a importância de se resgatar esse conhecimento popular e de apresentá-lo para a população mais jovem.

Segundo dados da pesquisa de Feijo *et al.*(2012), os participantes referiram que receberam indicações sobre o uso das plantas para o diabetes pelo médico, por familiares, por amigos e por pessoas portadoras da mesma doença que tiveram resultado positivo com a utilização de determinadas plantas medicinais. O consumo de plantas medicinais é baseado na cultura dos povos, os indivíduos passam a empregar as plantas medicinais como terapia pela indicação de familiares e amigos (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012).Estes estudos corroboram com os achados de Silva *et al.* (2008) com relação ao conhecimento das plantas medicinais com efeito hipoglicemiante, nos quais a maioria obteve informações através de amigos,de parentes e de revistas.

Para Lima *et al.*(2012), o uso das plantas medicinais está arraigado ao cotidiano dos usuários, trazendo significados e representações de um grupo. Em sua pesquisa o autor destaca que os significados sobre as plantas foram gerados no sistema familiar, aprendido entre as mães e avós, transmitidos por gerações principalmente entre as pessoas mais idosas detentoras do conhecimento popular sobre as plantas.

Os autores acrescentam ainda que a identidade cultural é um conjunto de relações sociais e de construções simbólicas que, ao longo da história, são compartilhadas entre os membros de um grupo social, influenciando suas representações sobre o processo saúde e doença e sobre o ato de cuidar. Portanto, o processo de saúde é baseado historicamente em ações que possuem valores e significados, entre passado e presente, adaptados que influenciam os grupos sociais ao qual o contexto se refere (LIMA *et al.*, 2016).

Desta forma, pode-se observar que a cultura é um processo de construção na história. Sendo assim, é importante resgatar na cultura popular o conhecimento sobre o uso das plantas medicinais, que sempre foram usadas pelos antepassados. Sob este prisma, é importante compreender a cultura construída em cada comunidade, bem como respeitar os seus valores, que muitas vezes fazem parte da essência da vida da população local (TORRES, 2014).

Diante dos argumentos discutidos pode-se inferir que os usuários do serviço de saúde muitas vezes buscam, para além das indicações profissionais especializadas, outras fontes de apoio para se orientar sobre um tratamento alternativo, não sendo o profissional de saúde a primeira escolha neste momento. Entretanto, faz-se necessário que a comunidade seja orientada pelos profissionais da ESF em relação ao uso e preparo das plantas medicinais, com

o objetivo de contribuir para uma terapêutica adequada e com benefícios à saúde da população, minimizando os custos para o SUS.

4.3.4 Migração

Um fato importante e que facilitou a interação nos grupos focais realizados na pesquisa foi a origem semelhante entre aqueles que faziam uso das plantas medicinais. A maioria dos participantes já residiu na zona rural e ainda possui vínculos com esse meio. Sendo assim, a comunicação nos grupos fluiu principalmente porque os membros dos grupos compreendiam a linguagem um do outro, vinculada a essa origem.

P2G1: “Deixa eu falar aqui, o caso que a gente foi criado e nascido foi na roça e os pais da gente era lavrador, quer dizer, ia passando de uma geração para outra. Hoje está perdendo essa identidade, você pode ter certeza.”

P7G1: “Igual na nossa época né seu Antônio! Gente machucava lá na roça, caía dum cavalo, o pai da gente não levava a gente em médico não, a gente sarava, tomava esses remédios lá. Se fosse matrúz a mãe da gente levantava a gente à noite para tomar, curar verme.”

P8G1: “Igual o João falou o matrúz para a gente. Igual meu irmão mais velho, quebrou o braço três vezes, aí pai foi lá no bambu e tirou aquela tala e enfaixou de lado. No primeiro dia ele colocou matrúz e sal no braço e marrou aquela compressa. Mas sarou ele não veio no médico não, ficou lá na roça sarando. Meu irmão depois que sarava quebrava o braço de novo.”

P3G2: “Eu também gostei que a gente vai resgatando as raízes antigas. E nós sabemos que as folhas e raízes são medicamentos antigos que naquela época o pessoal durava muito. Como eu sou da zona rural isso vem resgatando. Estamos aprendendo uns com os outros para aquilo que é bom, e nos traga retorno da pesquisa.”

Estudo realizado por Torres (2014) sobre plantas medicinais apontou que todos os participantes afirmaram ser lavradores, pertencentes à zona rural. Este trabalho de Torres

demonstra a valorização de um povo do interior, que tem suas tradições próprias e costumes relativos às plantas medicinais.

O Brasil se destacou de forma significativa com o processo do êxodo rural no período de 1940 a 1970 onde a população do campo diminuiu de 69% para 44% enquanto a urbana cresceu de 31% para 56%. Em 2000 a população rural era de apenas 18,8% e a urbana de 81,2%. A cidade desempenha um papel atrativo por ser um local de oportunidade de emprego, profissão e acesso a serviços tais como: assistência médica, saneamento, eletricidade e escola (TERRA, 2005).

Para Terra (2005), o principal motivo dessa migração é o chamado êxodo rural de causas repulsivas. Isso explica que o homem do campo é expulso do campo por determinados fatores: questões agrárias, tais como concentração de terra em mãos de uma minoria, propriedades com conflitos agrários, modernização da agricultura, que é geradora de desemprego, baixos salários, falta de escolas, dificuldade de acesso a determinados serviços e desastres naturais.

Segundo Augusto *et al.* (2003), com o evento da expansão da fronteira agrícola no campo intensificou-se a destruição de biomas nativos. Grandes empresas estão em processo de expansão de monoculturas como soja, cana de açúcar e eucalipto em áreas da Amazônia, Cerrado e Mata Atlântica. Com a introdução da modernização da agricultura houve aumento do uso de agrotóxicos e fertilizantes, gerando contaminação do solo e das águas, desemprego na área rural, expulsão de famílias do interior e destruição de ecossistemas.

O contexto da urbanização no Brasil ocorreu num período de alto índice de êxodo rural, como uma consequência da desigualdade de concentração de terras por poucos proprietários, sendo realizada de forma violenta. Então a partir dessa realidade intensificaram-se os conflitos por terras entre famílias rurais, indígenas desfavorecidos e grandes latifundiários (AUGUSTO *et al.*, 2003).

Deste modo, de maneira geral os participantes dos grupos focais foram caracterizados por sua identidade de origem rural. A cidade de Montes Claros é um polo de referência na região norte mineira, pois apresenta uma estrutura com tecnologia, educação, indústrias, saúde e transporte. Esse processo de urbanização e as causas repulsivas favoreceram o deslocamento de muitos moradores das zonas rurais próximas para a sede do município, explicitando o êxodo rural em massa nessa região. Contudo, esse processo acarretou em problemas sociais diversos, tais como: desemprego, pobreza, trabalhos informais, violência, alterações ambientais e sobrecarga de determinados serviços públicos.

Sendo assim, é necessário repensar uma reforma urbana em Montes Claros e investir na zona rural para evitar o êxodo rural.

4.4 Estratégia Saúde da Família

4.4.1 Abordagem da temática na ESF

Neste estudo, os participantes dos grupos focais relataram que era a primeira vez que participavam de um grupo que abordava o tema do uso das plantas medicinais. A maioria achou interessante essa proposta, aprenderam novos conhecimentos por meio da troca de experiências, trataram o grupo também como um evento de descontração, de modo que muitos momentos foram marcados por risos e piadas entre eles.

P1G2: “Foi muito importante porque foi a primeira vez que eu participei de um grupo desses. Já participei de várias reuniões sobre diabetes, olha que sou diabético há mais de 40 anos.”

P3G3: “Foi bom houve troca de ideias, eu fiquei sabendo de informações que eu não sabia.”

P4G2: “Primeira vez que eu participo de um grupo sobre plantas medicinais, é muito interessante tem muita coisa que eu não sabia e aprendi. Agora a folha de andu aprendi. É bom, é reunião assim que alerta a gente sobre o que deve ou não usar.”

Durante o período do desenvolvimento do estudo, a unidade de saúde onde ocorreu a pesquisa estava se preparando para receber o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 3º ciclo de avaliação. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, um dos itens de avaliação é a realização de atividades na ESF que discutam o uso de plantas medicinais com os usuários do serviço. Entretanto, no caderno de educação em saúde da unidade não havia nenhum registro sobre a abordagem do tema plantas medicinais. Este caderno é onde são realizados os registros de atividades de educação em saúde e de grupos operativos da ESF. Ele deve conter informações sobre os grupos realizados e as assinaturas dos participantes e do responsável pela atividade.

O Ministério da Saúde objetiva melhorar cada vez mais o padrão de qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma utiliza o PMAQ-AB para avaliar as

equipes de saúde da Família. O PMAQ-AB possui entre suas diretrizes, estimular o desenvolvimento dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários (PROTASIO *et al.*, 2017).

P3G3: “Mas hoje o que eu vejo é que as pessoas estão esquecendo de transmitir o quanto é importante orientar sobre o uso das plantas.”

O PMAQ foi implantado pela portaria de nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e tem por finalidade avaliar as condições de infraestrutura das unidades e a qualidade da atenção básica em saúde. Uma evidência a ser avaliada na unidade de saúde é a disponibilização de plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos. São abordadas questões sobre informações em relação às plantas medicinais e sobre a disponibilidade de oito medicamentos fitoterápicos do elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, edição de 2004) para uso no SUS. Estes medicamentos são obtidos da espinheira-santa (*Maytenus officinalis*), do guaco (*Mikania glomerata*), da alcachofra (*Cynaras colymus*), da cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana*), da aroeira (*Schinus terebenthifolius*), da garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*), da isoflavona-de-soja (*Glycinemax*) e da unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*) (BAVA *et al.*, 2017).

Souza *et al.* (2016) afirmam que é de extrema importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento da cultura e suas diversas formas de cuidado em saúde, promovendo a autonomia dos usuários e implementando políticas de saúde favoráveis a determinados grupos.

Dessa forma é possível perceber que existe uma deficiência relativa à abordagem do assunto nas Unidades de Saúde, mesmo sendo esse um tema muito importante para a comunidade em geral. O Ministério da Saúde incentiva a discussão sobre as plantas medicinais e estabelece que essa atividade deve ser desenvolvida na ESF pelos diversos profissionais de saúde. Entretanto, observa-se uma resistência ou mesmo comodidade por partes dos profissionais de saúde em realizar grupos de educação em saúde voltados para o uso das plantas medicinais, mesmo sendo esse um objeto de interesse dos usuários.

Para Bastos e Lopes (2010), os profissionais de saúde carecem de ser orientados de forma mais eficaz sobre o uso das plantas medicinais durante a realização dos cursos de graduação, para a promoção da melhoria da saúde dos usuários do serviço de saúde com produtos de baixo custo e para resgatar valores da cultura popular. Nunes, Maciel e Lima (2015) demonstram em seus estudos que a não aplicação do uso das plantas medicinais de

forma efetiva se deve à falta de interesse dos gestores e profissionais e que, além disso, existe a escassez de apoio financeiro do governo.

Fontenele *et al.* (2013) em seus estudos também apontam a falta de conhecimento sobre as plantas medicinais pelos profissionais de saúde como um problema no serviço de saúde. A maior parte dos profissionais de saúde estudada não teve contato com essa temática em sua formação acadêmica e relataram que o seu conhecimento sobre plantas medicinais é baseado principalmente no conhecimento popular dos pacientes, com ou sem auxílio do saber científico. Pode-se verificar que a compreensão dos profissionais de saúde de forma específica no assunto ainda é limitada.

P2G1: “E também se tivesse uma pessoa para orientar, ensinar qual que a planta no caso, mas a pessoa tinha que dá o conhecimento daquela planta.”

P3G3: “Mas hoje o que eu vejo é que as pessoas estão esquecendo de transmitir o quanto é importante orientar sobre o uso das plantas.”

Uma preocupação revelada em algumas falas dos participantes dos grupos focais é o fato do conhecimento popular estar sendo pouco discutido e até mesmo esquecido pela comunidade. Atualmente as pessoas não se reúnem e tampouco existem espaços para essa discussão. Sendo assim, esse saber pode se tornar extinto, evidenciando apenas o espaço para o saber científico, com presença forte nas graduações em saúde.

P2G1: “Por exemplo, essa época que estamos falando de plantas medicinais, com o tempo isso não vai existir, porque ninguém está preocupado com isso. Antigamente o pai falava para o filho, vai pegar uma erva cidreira, e eu já sabia qual era. Mãe dizia vai lá comprar um capim santo e eu sabia.”

Este estudo demonstrou que os usuários do serviço de saúde pública demandam por uma orientação adequada sobre o uso de plantas medicinais. Em determinados momentos os participantes do grupo ressaltam a importância da transmissão do conhecimento sobre plantas medicinais, marcada pela necessidade de uma fonte segura de informações, demonstrando também interesse pelo estudo desenvolvido. Um aspecto importante que deve ser ressaltado é a necessidade de inclusão de um componente que enfoque a Medicina

Tradicional em todos os Projetos Político Pedagógicos dos cursos de graduação em saúde das escolas públicas e privadas.

4.4.2 Profissional de Saúde

De acordo com Thiago e Tesser (2011), o profissional de saúde precisa conhecer a realidade na qual está inserido o usuário do serviço de saúde, identificar os saberes e valores culturais de sua comunidade. Então, o papel do profissional de saúde é muito importante nessa condição, uma vez que ele constitui um vínculo maior com a comunidade. Sendo a capacitação essencial a todos os profissionais que fazem parte da Equipe Saúde da Família, servindo de multiplicadores do conhecimento para a população.

P7G3: “Só um médico me passou um remédio da labirintite. A Doutora me disse que todo chá é bom, mas depende da dosagem, não pode exagerar.

PIG4: Às vezes a gente fala que está tomando chás e eles falam que isso não resolve não. Eles falam que você pode tomar, não faz mal, mas não vai resolver o problema, tem que consultar.”

Neste estudo, nos grupos focais realizados em Montes Claros apenas os médicos foram citados em determinadas situações como fazendo alguma consideração verbal aos pacientes, sendo favoráveis ou não ao uso de plantas medicinais. Entretanto, eles não incentivaram o uso de uma planta medicinal no lugar de um medicamento farmacêutico, de modo que a preferência é sempre pelos medicamentos farmacêuticos com eficácia comprovada. Os outros profissionais de saúde não foram citados em nenhum momento em relação ao uso das plantas medicinais, nem indicando nem contraindicando.

Varela e Azevedo (2013) demonstraram em pesquisa que os profissionais de saúde da ESF relataram que a população local apresenta uma resistência ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Os profissionais não conseguiram introduzir essa prática entre os usuários do serviço, além disso, citaram alguns fatores como a descrença cultural do saber popular com o tempo e a valorização dos medicamentos industrializados.

Entretanto, o Ministério da Saúde incentiva o uso seguro das plantas medicinais e fitoterápicos. Pensando nisso foi criado um curso de capacitação para agentes de saúde que incluem informações sobre o cultivo de plantas medicinais, orientações sobre preparações e

uso de remédios caseiros. O curso está disponível no AVASUS, Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde. O nome do curso é “O uso de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde”. O curso promove a interação e troca de experiências entre os profissionais envolvidos, os agentes comunitários de saúde da Atenção Básica de Saúde. Os módulos desse curso são distribuídos em diferentes unidades temáticas, com uso de apresentações, vídeos, textos, quadrinhos e fóruns para compartilhar experiências.

Souza *et al.* (2016) destacam que o modelo biomédico tem presença forte no processo de trabalho dos profissionais de saúde, situação marcante na sociedade capitalista brasileira. Mesmo percebendo a existência de outras formas de cuidado como o popular e suas crenças, não valorizam esse saber por não ser científico.

Souza *et al.* (2016) acrescentam que é necessário introduzir essa prática articulada com outras atividades, fortalecendo o princípio da integralidade, expandindo as ofertas de cuidado terapêutico, valorizando o conhecimento popular. Contudo, isso só será possível por meio de capacitações e da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância desse assunto.

A inserção da prática da medicina tradicional e complementar está presente principalmente nos serviços da APS por incentivo do Ministério da Saúde. Contudo, essa política depende de iniciativas dos gestores municipais. Dessa forma existem municípios que possuem e outros que não possuem o serviço. Então é necessário o oferecimento de capacitações, especializações, atividades educativas para ajudar na formação dos profissionais de saúde e na introdução sólida no serviço da APS (SOUZA; TESSER, 2017).

Pires *et al.* (2014) afirmam que os profissionais da ESF necessitam analisar sua atuação enquanto responsáveis pela promoção do uso correto das plantas medicinais, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Varela e Azevedo (2013) demonstram que existe um baixo nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso adequado de plantas medicinais. Essa situação pode ser explicada pela ausência deste conteúdo durante a graduação. Então é importante a inserção deste conteúdo nas práticas de ensino, pesquisa e extensão das universidades.

Santos e Trindade (2017) complementam afirmando que a qualificação das equipes de saúde da família junto à formação universitária para o uso e manejo das plantas medicinais e fitoterápicos tem que ser uma proposta a ser efetivada pelos gestores municipais e pelos órgãos responsáveis pela formação dos profissionais, com o objetivo de promover o conhecimento sobre a eficácia e segurança no uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos, garantindo o envolvimento da sociedade no resgate cultural de suas formas de uso.

Santos *et al.*(2011) em seus estudos afirmam que existe a necessidade de domínio desse saber pelos profissionais de saúde, pois a utilização de plantas medicinais deve ser estudada e aperfeiçoada para ser recomendado o seu uso com segurança e para obter melhores resultados. A inclusão do conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares, como é o caso das plantas medicinais, no tratamento de doenças crônicas, no cotidiano dos profissionais da saúde se faz necessário diante do contexto dos usuários do serviço de saúde. Essa inserção abre maiores possibilidades para que estes profissionais realizem um trabalho de característica multidisciplinar (ROSA; BARCELOS; BAMPI, 2012).

Percebe-se através deste estudo com grupos focais que os profissionais de saúde têm certa resistência em realizar recomendações aos usuários do serviço de saúde da ESF sobre o uso das plantas medicinais. Esta resistência pode estar relacionada a uma falta de motivação profissional ou mesmo ao desconhecimento técnico científico causado pela ausência do conteúdo na graduação. Contudo, o Ministério da Saúde no Brasil incentiva o uso das plantas medicinais e fitoterápicos por meio de políticas públicas, cartilhas e cadernos direcionados à Atenção Básica. Esse incentivo pode ser mais bem aproveitado, ampliando o trabalho com as plantas medicinais nas Unidades Básicas de Saúde.

4.5 MANEJO DAS PLANTAS MEDICINAIS

4.5.1 Plantas medicinais utilizadas pelas pessoas com diabetes

Durante a realização dos grupos focais os participantes fizeram relatos de diversas plantas medicinais por eles conhecidas, bem como sobre suas mais variadas finalidades terapêuticas. Dessa forma foi possível criar a tabela seguinte apresentando as plantas medicinais utilizadas por eles, seu nome popular e científico, apresentando a sua indicação popular, a parte utilizada e o modo do preparo pelos participantes dos grupos.

Tabela 1: Plantas medicinais utilizadas pelos diabéticos tipo 2 participantes da pesquisa em Montes Claros, MG, ano 2017.

NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	FAMÍLIA	INDICAÇÃO POPULAR	PARTE UTILIZADA	MODO DE USO
Arruda	<i>Ruta graveolens L</i>	Rutaceae	Gripe, dor estomacal	Folha	Infusão
Alface	<i>Lactuca sativa</i>	Asteraceae	Hipertensão arterial	Raiz	Infusão
Agrião	<i>Nasturtium officinale R. Br.</i>	Brassicaceae	Gripe, tosse	Hastes	Infusão
Alho	<i>Allium sativum L.</i>	Liliaceae	Gripe, anti-inflamatório	Fruto	Xarope, infusão
Almerão	<i>Cichorium intybus</i>	Asteraceae	Problemas digestivos, inflamação	Folhas	Decocção/salada
Barbatimão	<i>Stryphnodendron adstringens</i>	Fabaceae	Inflamação, cicatrizante, alterações hepáticas, hipercolesterolemia, retenção de líquido	Entrecasca	Decocção
Babosa	<i>Aloe vera L</i>	Liliaceae	Cicatrizante, inflamação	Folha	Compressa, suco
Beterraba	<i>Beta vulgaris esculenta</i>	Amaranthaceae	Anemia	Raiz	Salada, com feijão cozido
Berinjela	<i>Solanum melongena L.</i>	Solanaceae	hipercolesterolemia	Fruto	Infusão
Boldo/ sete- dores	<i>Plectranthus barbatus</i>	Lamiaceae	Digestivo, estomacais, ressaca	Folha	Maceração, infusão
Boldo da china	<i>Vernonia condensata</i>	Asteraceae	Digestivo, estomacais, ressaca	Folha	Maceração, infusão
Carqueja	<i>Baccharis trimera (Less.)</i>	Asteraceae	Diabetes, rins, hiperlipidemia, hipertensão arterial	Folha	Banho, decocção
Capim-santo/ capim-limão	<i>Cymbopogon citratus (DC) Stapf.</i>	Poaceae	Gripe, hipertensão arterial, cefaleia, calmante, tosse	Folha	Decocção
Carrapicho picão	<i>Bidens pilosa L</i>	Asteraceae	Anemia, Icterícia, hepatite	Toda	Banho, decocção

Carambola	<i>Averrhoa carambola</i>	Oxalidaceae	Hemorroidas	Folha	Decocção
Cebola	<i>Allium cepa</i>	Alliaceae	Diabetes	Fruto	Suco
Cervejinha-do-mato/ cipó-uma	<i>Arrabidaea brachypoda</i>	Bignoniaceae	Alterações renais, diurético,	Raiz	Decocção
Chá podre	<i>Não identificada</i>	Não identificada	Diarréia	Folha/casca	Decocção
Erva doce	<i>Pimpinella anisum L.</i>	Umbelliferae	Calmante, gripe, problemas estomacais, Calmante	Folha	Decocção
Erva cidreira/ Melissa	<i>Melissa officinalis L.</i>	Lamiaceae	Calmante, cefaleia, hipertensão arterial, gripe, mal no estômago, tosse	Folha	Decocção
Erva de são João	<i>Hypericum Perforatum</i>	Guttiferae	Diurético	Folha	Infusão
Escada de macaco	<i>Bauhinia angulosa Vogel</i>	Fabaceae	Diurético, alterações renais, dor na coluna	Entrecasca	Decocção
Favaquinha	<i>Ocimum basilicum L.</i>	Lamiaceae	Bronquite, gripe	Folha/raiz	Infusão, decocção
Feijão andu	<i>Cajanus cajan (L.)</i>	Fabaceae	Diabetes	Folha	Decocção
Gengibre	<i>Zingibe rofficinale Roscoe</i>	Zingiberaceae	Gripe, tosse, dor de garganta	Rizoma	Decocção, xarope
Guaco	<i>Mikania glomerata Spreng.</i>	Asteraceae	Expectorante, Bronquite, tosse	Folha	Xarope, decocção
Grão-de-galo	<i>Celtisi guanaea (Jacq.) Sarg.</i>	Cannabaceae	Inflamação e doenças venéreas	Folha	Decocção e infusão
Graviola	<i>Annona muricata L.</i>	Annonaceae	Câncer, hiperlipidemia	Folha/fruto	Decocção, suco
Hortelã	<i>Mentha piperita</i>	Lamiaceae	Calmante, gripe, mal no estômago	Folha	Decocção

Insulina	<i>Cissus sicyoides L.</i>	Vitaceae	Diabetes	Folha	Infusão
Jamelão	<i>Syzygium jambolanum</i>	Myrtaceae	Diabetes, diurético	Folha	Infusão
Laranja	<i>Citrus sinensis</i>	Rutaceae	Calmante, gripe, tosse	Folha	Decocção
Lágrima de nossa Senhora	<i>Coixlacryma-jobi</i>	Poaceae	Calmante, hipertensão arterial	Folha	Infusão
Limão	<i>Citrus limon</i>	Rutaceae	Gripe, tosse	Folha/Fruto	Decocção e xarope
Losna	<i>Artemisia absinthium L.</i>	Asteraceae	Gestação	Folha	Infusão, maceração
Maracujá	<i>Passiflora alata Curtis</i>	Passifloraceae	Diabetes	Casca	Decocção
Mastruz	<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>	Chenopodiaceae	Vermífuga, anti-inflamatório	Hastes	Compressa, doce, maceração, infusão
Mamão	<i>Carica papaya L.</i>	Caricaceae	Labirintite, diarreia	Folha/flor	Infusão
Mentrassto	<i>Argeratum conyzoides L.</i>	Asteraceae	Cólicas	Folha/flor	Infusão
Moringa	<i>Moringa oleifera</i>	Moringaceae	Diabetes e hiperlipidemia	Folha	Infusão
Noni	<i>Morinda citrifolia</i>	Rubiaceae	Câncer	Fruto	Suco
Noz	<i>Carya illinoensis (Wang.) K.</i>	Jungladaceae	Hipercolesterolemia	Semente	Mastigação
Oro-pru-nobis	<i>Pereskia aculeata</i>	Cactaceae	Anemia	Folha	Salada e com feijão cozido
Pata-de-vaca	<i>Bauhinia forficata</i>	Fabaceae	Diabetes	Folha/flores	Infusão, decocção
Pacari	<i>Lafoensia pacari</i>	Lytharaceae	Rins, úlcera, gastrite	Folha/raiz/casca	Decocção
Poejo	<i>Mentha pulegium L.</i>	Lamiaceae	Gripe, sarampo	Haste, ramos	Infusão
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus tenellus</i>	Euphorbiaceae	Alterações renais, diurético	Toda	Decocção

Quiabo	<i>Abelmoschus esculentus (L.) Moench</i>	Malvaceae	Hipertensão arterial	Fruto	Decocção
Romã	<i>Punica granatum L.</i>	Punicaceae	Infecção de garganta, candidíase	Fruto	Decocção
Salsa	<i>Petroselinum crispum</i>	Apiaceae	Útero, pós-parto	Toda	Infusão e salada
Sabugueiro	<i>Sambucus nigra L.</i>	Caprifolicaceae	Gripe, tosse, sarampo	Flor, Folha	Decocção
Tansagem	<i>Plantago major</i>	Plantaginaceae	Anti-inflamatório, antibiótico, Infecção de garganta	Folha	Infusão,

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Pode-se concluir que as plantas mais utilizadas pela população estudada são da família *Asteraceae*, seguida da *Lamiaceae*, *Rutaceae* e *Fabaceae*, respectivamente. As folhas foram as partes mais utilizadas para o preparo das plantas medicinais e a decocção foi a técnica de preparo mais citada entre os participantes da pesquisa.

Na América Latina as plantas medicinais pertencentes à família *Asteraceae* e *Lamiaceae* são as mais utilizadas pela população. Além de possuírem várias espécies nessa área, são denominadas de óleos essenciais, seus efeitos terapêuticos se destacam principalmente no sistema digestório e respiratório (ALMASSY JUNIOR, 2004).

A família *Asteraceae* apresenta aproximadamente 22.750 espécies identificadas no ambiente terrestre, sendo a maior família botânica das angiospermas, sendo fonte de muitas pesquisas científicas sobre seus efeitos terapêuticos no organismo. A família *Lamiaceae* possui 6.700 espécies, que são empregadas também pela indústria de cosméticos e perfumes (STASI; LIMA, 2002).

Pode-se verificar que os participantes do grupo focal citaram como sendo as principais finalidades terapêuticas das plantas medicinais em primeiro lugar o combate à tosse e à gripe, em segundo lugar as alterações renais e em terceiro para o controle diabetes. A gripe e a tosse podem ser explicadas pela baixa imunidade dos diabéticos, causando suscetibilidade a certas doenças, enquanto a tosse também pode ser evidenciada pelo clima bastante seco da cidade. As alterações renais podem ter sido mencionadas por ser uma das comorbidades da diabetes. Além disso, a água da cidade apresenta grande quantidade de calcário, provocando cálculo renal em algumas pessoas.

Pode se observar então que o principal foco de uso das plantas medicinais não é para o tratamento da diabetes e sim das suas comorbidades, tais como alteração renal, hipercolesterolemia e problemas de circulação, sendo tanto a hipertensão arterial como problemas de cicatrização. A gripe e a candidíase vaginal, citadas por alguns participantes, são mais evidentes em pessoas com baixa imunidade. Foi possível inferir também que o uso das medicações prescritas pelo médico para tratamento da diabetes é a primeira escolha dos diabéticos, que não substituem o medicamento industrial pelas plantas medicinais, mas apenas as utilizam como complemento e não de forma contínua, como foi relatado por todos os participantes dos grupos focais.

Pode-se verificar que em determinados casos o uso de plantas medicinais pode desencadear algum tipo de interação medicamentosa, sendo contraindicado seu uso. A carqueja pode causar hipotensão e o uso simultâneo com medicamentos para controle da

hipertensão e do diabetes deve ser evitado. O boldo e o gengibre não são indicados em casos de hipertensão (BRASIL, 2011).

As plantas medicinais mais citadas pelos participantes ao longo dos grupos focais foram a erva cidreira e a hortelã. Corroborando com os estudos realizados por Silva *et al.* (2008), nos quais foi identificado que as plantas medicinais mais empregadas pela população foram a erva cidreira e a hortelã.

Os participantes do grupo focal afirmam que a erva cidreira, a hortelã e o capim santo são ótimas para o tratamento da gripe e da pressão alta, sendo a gripe a principal doença para a qual os mesmos fazem remédios de plantas medicinais. Tal fato pode ocorrer por ser a pessoa com diabetes um indivíduo com baixa imunidade e com maior probabilidade de adquirir infecções.

P4G1: “Eu não o que eu mais conheço é erva cidreira e capim santo. Assim de vez em quando eu tomo um chá quando estou gripado. Mas às vezes eu tomo um chazinho assim é gostoso. Mas quase não uso, mas tem lá em casa.”

P2G2: “Não precisa ser direto só quando está gripado, toma um chazinho de erva cidreira.”

Battisti *et al.* (2013) revelam em estudos com uma população de Palmeira das Missões, município do Rio Grande do Sul, que o consumo de plantas medicinais nas preparações confirma a influência de diferentes culturas no município, composto por descendentes de indígenas, africanos e europeus. Entre as espécies relatadas se destacaram a marcela, o poejo, o guaco, a camomila, a tansagem ou transagem, a cavalinha e oboldo.

Já Torres (2014), em estudo em um município de Goiás, aponta que as plantas medicinais utilizadas no tratamento de enfermidades da população estudada são: aroeira, sangra da água caju, bererê, arnica, pau-terra, ipê-roxo, cansanção, jequitibá, sucupira, barbatimão, amburana, mangaba, fedegoso, jurubeba, manacá, quebra cerrado, jatobá, alfazema, canelão, manjeriço, folha de laranja, favaca, eucalipto, pacari, sucupira, pimenta-de-macaco, mastruz, poejo, hortelã, pequi e quininha.

Por sua vez, o estudo de Pinto, Amorozo e Furlan (2006) demonstra que as doenças que mais são citadas pela comunidade com o uso de plantas medicinais para tratamento estão relacionadas a manifestações agudas e transitórias do aparelho digestivo, distúrbios de ansiedade, doenças do sistema respiratório e cefaleia. Além disso, as doenças do

sistema digestivo foram apontadas como as mais prevalentes, podendo estar associadas às precárias condições de saneamento básico dos centros urbanos.

Silva *et al.* (2008) descrevem em estudo que, em relação às indicações, as mais prevalentes foram para morbidades dos sistemas respiratório e digestório. Zeni *et al.* (2017) revelam que o uso das plantas medicinais se deu principalmente para tratamento de doenças do sistema circulatório, endócrino, nutricional e metabólico.

Estudo realizado em comunidade indígena apontou o emprego de plantas medicinais principalmente para os casos de doenças inflamatórias, gripe, doenças sexualmente transmissíveis, malária e verminoses. Esses índios utilizam em suas preparações mais de uma espécie de planta medicinal, sugerindo seu uso associado, mesmo sabendo que cada planta possui efeito terapêutico em várias patologias (COUTINHO; TAVASSOS; AMARAL, 2002).

Conceição *et al.* (2011) destacam a importância dos recursos do cerrado, em especial as plantas medicinais, que geralmente são utilizadas por populações tradicionais de baixo poder aquisitivo para tratamento de diversas enfermidades, algumas delas com eficácia científica comprovada. Sendo assim, são necessárias novas pesquisas nas áreas química e farmacológica sobre as espécies vegetais do cerrado.

P1G1: “Tem que conhecer, só conhecendo você sabe. Às vezes tem planta lá no cerrado que ela é medicinal.”

P7G4: “Tem ela no cerrado, ela é um cipó vai subindo, coloca na pinga também.”

Durante a realização dos grupos focais alguns dos participantes identificavam o bioma de Montes Claros corretamente, ou seja, se referiam ao cerrado. Afirmavam que determinadas plantas com finalidade terapêutica eram encontradas nesse tipo de vegetação. Esse tipo de afirmação também pode ser explicado pelo fato de o município apresentar a famosa festa tradicional do pequi, onde se destacam as figuras do cerrado, se realizam apresentações da cultura local e são consumidas comidas típicas da região. Nesse período principalmente, mas também em determinados eventos tradicionais do município, o Centro Cultural de Montes Claros, com o apoio da Secretaria de Cultura, apresenta diversas exposições artísticas dos povos do cerrado. Além disso, durante o período de festas da Exposição Agropecuária no Parque de Exposição João Alencar Athayde do município é reservado um local para que os comerciantes rurais, representantes dos povos do cerrado,

comercializem produtos específicos da região. Há também em agosto a festa tradicional dos Catopês.

Além de possuir destacada importância ambiental, o cerrado também serve de meio de subsistência para muitos trabalhadores que usam os frutos da terra para sua sobrevivência. No município de Montes Claros existem várias feiras de bairro onde se comercializam vegetais, alimentos típicos do local, artesanatos, bebidas e objetos, todos adquiridos a partir do espaço natural do cerrado. Esse bioma é um berço do patrimônio cultural e ambiental que precisa ser conservado e resgatado. São necessárias políticas públicas de intervenção nessa área, visto que o cerrado está sendo destruído e corre risco de ser dizimado totalmente. Os efeitos dos impactos nesse bioma afetam, principalmente, o meio ambiente, a sociedade e a economia, devendo esse problema ser mais discutido em espaços coletivos.

O processo da construção cultural de um povo envolve o conjunto de conhecimentos, crenças e costumes presentes e aceitos por uma comunidade. Sendo assim o uso das plantas medicinais pelos montesclarenses faz parte de uma herança cultural dessa comunidade, que vem sendo reproduzida desde os antepassados entre pessoas conhecidas. A identidade cultural dos povos do cerrado se caracteriza também por essa característica de fazer uso popular de vegetais com objetivos terapêuticos e transmitir entre as pessoas conhecidas esses saberes.

4.5.2 Forma de preparo

Os participantes dos grupos em sua maioria relataram preparar a planta medicinal em forma de chá através da fervura pela decocção, sendo as folhas a parte mais utilizada da planta nesse preparo. Além disso, foram citadas outras formas de preparo da planta medicinal para consumo, sendo elas na salada, no feijão, na infusão, na decocção, no doce das sementes, na maceração, no suco e no xarope.

PIG1: “No caso que eu te falei dos chás que servem para inflamação, o certo dela é tirar a casca da árvore e colocar na água. Se você colocar a casca lá dentro ela fica igual vinho, com 2 ou dias fica igual vinho.

P2G2: Fervido, mas bato no liquidificador também. Porque nem todas as plantas a gente pode tomar elas verdinha, tem planta que

deve ferver a água e jogar a folha, não precisa ferver o chá. E pode bater no liquidificador também.”

P4G2: “O boldo eu faço é macerar ele, coloco na água e tomo. Os outros chás a gente ferve eles.”

Rosa e colaboradores (2012) retrataram em pesquisa que a parte mais utilizada das plantas para as preparações foi a folha. Segundo Borges *et al.* (2008) a folha foi a parte vegetal mais utilizada nas preparações (38%), seguida pela raiz e fruto (14%), por toda a planta e a semente (10%) e, por fim, pelo caule (6%). Feijo *et al.* (2012) também confirmam as folhas como principal forma de preparo de chás e a infusão como forma de extração de substâncias.

Zeni *et al.* (2017) demonstraram que sua população de estudo relatou que suas principais formas de preparo das plantas medicinais foram as seguintes: chá (87,4%), suco (5,3%), xarope (1,3%), pomada (1,3%), compressas (0,7%), garrafadas (0,7%) e banhos de assento (0,7%). Santos, Nunes e Martins (2012) apontaram que as partes mais utilizadas foram as folhas e as entrecascas. Verificou-se também que houve uma preferência na utilização de cascas para a obtenção dos preparados caseiros, seguido das folhas, a maceração e a infusão as formas de preparo mais prevalentes (COUTINHO; TAVASSOS; AMARAL, 2002).

Battisti *et al.* (2013) confirmaram a combinação de preparados chamados “xaropadas” na região de estudo. Aos compostos das plantas são acrescentados mel de abelha, própolis, azeite de oliva, açúcar e outros ingredientes que são próprios da cultura da população estudada. Houve também relatos de preparações de chás por infusão, decoção, no chimarrão e maceração.

O uso de plantas medicinais deve ser uma prática embasada em estudos que comprovem sua eficácia em seres humanos, contribuindo para esclarecer o perfil de toxicidade em pacientes diabéticos, com acompanhamento da evolução das complicações. Estes parâmetros podem estimular o uso tradicional destas espécies de plantas ou diminuir a exposição dos usuários a práticas pouco seguras (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Veiga Junior (2008) alerta que o uso inadequado de certas plantas medicinais, mesmo sendo de pouca toxicidade, pode gerar problemas à saúde, pois algumas plantas são contraindicadas em seu uso simultâneo a outros medicamentos. Isso ocorre porque podem acontecer interações medicamentosas, ou seja, o efeito do medicamento pode ser negativo ou nulo se consumido com uma planta medicinal inadequada ou com dosagem incorreta. A

forma de preparo e o acondicionamento, bem como as doses utilizadas podem induzir a efeitos tóxicos e agravar os problemas de saúde.

4.5.3 Conservação e identificação

No que diz respeito à conservação das plantas medicinais, a maioria dos participantes dos grupos focais citou armazenar dentro da geladeira ou tomar imediatamente o chá para não perder as características ou até mesmo se intoxicar. Outras formas de conservação também foram discutidas, tais como o uso de sacola plástica, de vasilha de vidro, de vasilha de plástico, de panela de ferro, de garrafa pet e de garrafa térmica. A cachaça também foi citada como forma de conservação utilizada no passado em função da falta da geladeira.

P8G1: “Na geladeira né um chazinho.”

P7G1: “As folhinhas secas eu coloco numa sacola e vou pendurando. A sacolinha eu amarro e coloco em cima da geladeira.”

P3G3: “Eu gosto de fazer a conta de usar, não gosto de guardar, fica velho, o suco eu guardo.”

Feijo *et al.*(2012) revelam que os locais de armazenamento dos preparados das plantas medicinais são potes de vidro, plástico ou barro, saco de plástico, caixa de papelão, lata e na geladeira. Em relação à forma de armazenamento, outros estudos destacam a refrigeração em geladeira doméstica (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Quanto à identificação das plantas medicinais, a maioria dos participantes dos grupos focais relatou que identifica uma planta como medicinal porque foram ensinados por alguém, sendo que os mais citados foram os familiares e as pessoas próximas. O conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais é uma prática de caráter popular, transmitida principalmente pelas pessoas mais velhas. A característica da planta e seu bom odor são importantes para identificar uma planta como medicinal.

PIG1: “Tem que conhecer, só conhecendo você sabe. Às vezes tem planta lá no cerrado que ela é medicinal. Mas você não conhece, mas só alguém que conhece vai te falar, pelo contrário.”

PIG4: “Eu faço porque me ensinaram. As pessoas mais idosas conhecem muito desses chás e vão passando para a gente. Mas assim

pelo cheiro, pego a planta e cheiro, dá um chá bom. Mas é assim vendo e ensinando.”

Lima *et al.* (2012) apontam que as práticas de uso de plantas medicinais podem apresentar riscos quando se faz a identificação incorreta da planta. Uma alternativa que poderia diminuir esse risco seria a certificação de certas espécies por botânicos. Além disso, sua indicação se faria por uma equipe de profissionais preparados sobre o assunto.

No que diz respeito ao reconhecimento das plantas medicinais, estudos realizados por Santos *et al.* (2012) revelaram que a maioria reconhecia as plantas pelas suas folhas, enquanto uma pequena parte desconhecia as plantas, mas as utilizavam e as adquiriam por doação de algum conhecido. A maior parte da população estudada ainda relatou desconhecer os efeitos colaterais e as contraindicações das plantas medicinais consumidas.

4.5.4 Frequência de uso

Em relação à frequência de uso das plantas medicinais, a maior parte dos participantes dos grupos focais relatou que não faz uso contínuo de plantas medicinais, apenas utilizam quando a doença já está instalada. Alguns afirmaram que não gostam de misturar o remédio prescrito pelo médico com as plantas medicinais. A facilidade do acesso a medicamentos farmacêuticos, os baixos preços e a eficácia comprovada favorecem sua preferência em relação às plantas medicinais, que ainda precisam de um preparo especial para serem consumidas. Contudo, a maioria acredita nos benefícios do uso das plantas medicinais, apesar da baixa frequência de uso e da sua não utilidade na prevenção de doenças.

P3G1: “Eu também não uso assim contínuo o chá não, por acaso eu tomo um capim santo, erva cidreira. Mas não faço uso contínuo. Mas eu acredito que alguns remédios do mato ajudam.”

P1G2: “Eu não uso com frequência, só quando adoço, vou atrás do chá logo.”

P4G4: “Eu uso raramente, esporadicamente. Na hora do socorro eu tomo, não na prevenção, só faço na hora do socorro.”

Rosa *et al.* (2012) apresentaram em estudo no que diz respeito à frequência de uso das plantas medicinais que a maioria consumia de vez em quando, se necessário, outros de

cinco a sete vezes na semana e uma pequena parte consumia diariamente como forma de tratamento. Contudo, outros estudos já mostraram o uso das plantas medicinais pela maioria dos consumidores, de uma a quatro vezes ao dia (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Portanto, os fatos relatados nos parágrafos anteriores caracterizam a desorientação da população sobre o consumo de plantas medicinais, pois os usuários não sabem a dosagem, período e frequência correta de consumo da planta para fins terapêuticos. Esta situação pode se tornar um problema, tendo em vista os diversos efeitos que essas substâncias podem causar no organismo humano pelo uso inadequado (KALLUF, 2008).

4.5.6 Fonte de obtenção das plantas medicinais

No que diz respeito à fonte de obtenção das plantas medicinais, o ambiente domiciliar foi o mais citado pelos participantes durante os grupos focais. A maioria dos participantes afirma que quando está doente procura a planta medicinal no próprio quintal, pois geralmente a planta de sua preferência já se encontra plantada no seu domicílio. Quando a pessoa não possui a planta desejada, vai à procura de um parente, vizinho ou amigo para obter a planta medicinal, estabelecendo assim uma relação coletiva de solidariedade e troca, visto que, no momento em que o outro precisar de uma planta medicinal, o mesmo vai lhe fornecer os tipos de plantas que possui no seu quintal. Os dados da presente pesquisa coincidem com os de Zeni *et al.*(2017), que demonstram que a maioria dos entrevistados adquire as espécies vegetais no próprio quintal, com amigos, familiares e vizinhos.

P3G2: “O meu quintal é pequeno, não tenho, mas na casa da minha filha é grande, tem erva cidreira, capim santo, sete dores.”

P5G4: “Eu pego com a vizinha lá de frente que o quintal dela tem bastante planta. Aí eu falo que quero tomar um chá e ela me pergunta o que eu tenho.”

Uma observação importante é que as pessoas preferem mais as plantas cultivadas em ambientes domésticos porque podem verificar sua procedência, observar a forma de cultivo e se o ambiente possui ou não alguma fonte de contaminação. Deste modo, a maioria acredita ser mais confiável a obtenção de plantas no domicílio.

P3G3: “Nós têm que tomar cuidado de onde vem a planta, por causa da contaminação. Casa que cria animal, cria cachorro, cria gato. Às vezes tem fezes de animais que estão próximas, a gente não pode usar essas folhas que estão assim. Eu pego na casa de minha filha, eu sei que lá não tem cachorro e é tudo asseado, tudo limpo, tem rede de esgoto, cuidado a mais.”

Pesquisa realizada por Rosa *et al.* (2012) evidencia que o quintal das casas é o local mais citado pelos indivíduos como fonte de obtenção das espécies vegetais, enquanto a minoria deles adquire no comércio. Contudo, advertem sobre a monitoração das plantas cultivadas em casa, pois as mesmas podem desenvolver fungos ou outros microorganismos e causar intoxicação ao consumidor. Outro estudo aponta que além do cultivo domiciliar da planta pelos participantes da pesquisa, boa parte as adquire através dos raizeiros (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Battisti *et al.* (2013) apresentam que a maioria dos entrevistados do estudo faziam o cultivo domiciliar das plantas medicinais, obtidas no próprio quintal ou na casa de parentes ou vizinhos, apontando também que essa prática é essencial para o resgate e transmissão de conhecimento sobre a funcionalidade de determinados vegetais pela orientação popular.

A obtenção direta na mata nativa da região do cerrado também foi muito citada. Isso demonstra que o cerrado é uma região de importante fonte de plantas medicinais, onde a população local adquire remédios nativos (FERRÃO *et al.*, 2014). Esse fato demonstra a importância de se preservar esse bioma, por ele também ser fonte de cultivo e obtenção de espécies vegetais.

Um fato interessante é que a maioria dos participantes dos grupos focais relatou residir em casas com quintais, não havendo pessoas que moravam em apartamentos. As pessoas que possuíam um quintal com cimento em volta, impossibilitando o cultivo terrestre de plantas, optavam por cultivar as plantas medicinais em vasilhos e latas, enquanto o restante das pessoas com quintal sem piso de cimento, com áreas para cultivo terrestre, possuíam plantas medicinais cultivadas mais diretamente no solo. Essa prática de cultivo de plantas medicinais em quintais é algo que vem passando de geração em geração, fazendo parte da cultura local dos norte mineiros.

P4G1: “Eu já plantei, hoje não, porque meu quintal está cimentado, mas agora tem nos vasilhos, latinhas. Tenho alecrim. Já tive tanto que dava para varrer o terreiro.”

P4G3: “Lá em casa tem temperão, arruda, melissa, tem mamão.”

No tocante à forma de obtenção das plantas medicinais, o mercado central de Montes Claros foi muito citado pelos participantes. Em determinado momento foi mencionado o nome de Chico Raizeiro, figura importante na região no que diz respeito ao conhecimento popular de sementes, raízes, cascas e folhas. Outras formas de obtenção das plantas medicinais pela compra foram as bancas da Praça de Esportes e a feirinha de domingo no bairro.

PIG1: “Lá no mercado central você pode procurar Chico Raizeiro, ele é o que mais trabalha com isso. Lá tem uns dois ou três que podem ajudar na sua pesquisa. Lá só perguntar quem é ele. Você vai encontrar 5 mil a 6 mil espécies de plantas.”

P3G4: “Tem nas bancas da praça de esportes e no mercado municipal, tem a feirinha aqui no domingo e a gente encontra muito remédio.”

Os raizeiros são figuras tradicionais do cerrado que possuem conhecimentos populares sobre plantas medicinais, que recebem e transmitem as informações para suas gerações e grupos sociais, sendo considerados de forma respeitada como representantes de conhecimentos tradicionais. Preparam remédios caseiros e indicam produtos naturais para diversas enfermidades. Recomendam técnicas sustentáveis para obtenção e preparo dos vegetais.

Para Conceição *et al.* (2011), a vegetação do cerrado proporciona condições de sustento dos chamados raizeiros, representantes da cultura popular, geralmente comerciantes informais, que indicam sobre o uso e as propriedades das plantas medicinais. Eles circulam pelos espaços das feiras livres, mercados e até mesmo nas ruas.

Os autores Pires *et al.* (2014) destacam em seus estudos que a grande tendência do uso de plantas medicinais pela comunidade da região norte de Minas Gerais é caracterizada pela origem histórica e cultural da população. O mercado central é o local de procura por diversos tipos de plantas medicinais e seus preparos, cultivados na região, presente na tradição do local.

PIG2: “Eu não posso comprar não, porque tomo demais. A gente não conhece a raiz, aí eles colocam um graveto lá misturado. Brasil é

Brasil, então é preferível você pegar a planta mesmo, no quintal ou na casa do vizinho. Eu não confio em comprar não. Lá no mercado tem uns raizeiros, mas mercado central. Às vezes a gente tá comprando uma coisa que não é, e a corrupção anda para todo lado, a gente fica desconfiado.”

P4G3: “É necessário esterilizar, lavar direito, muitas vezes eu não compro na rua, porque eu não sei como eles plantaram.”

Por outro lado, durante a análise dos grupos foi possível identificar que a maior parte dos participantes não gostava de comprar plantas medicinais no comércio, apenas identificaram os possíveis locais de compra. A falta de confiança em comprar algo desconhecido que pode estar adulterado e o desconhecimento de como foi cultivada e higienizada a planta podem ser alguns dos motivos que levam à menor procura por plantas medicinais em comércios. Além disso, as pessoas valorizam mais a obtenção de plantas medicinais entre seus grupos sociais de forma gratuita em relação à compra.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 História e práticas dos sujeitos da pesquisa

Na dinâmica do mundo social, com o passar do tempo os significados culturais são alterados, as relações entre as categorias se transformam e a estrutura é modificada. Deste modo, as ligações entre as categorias se modificam, alterando as estruturas. As ideias tidas como universais e de referência acabam se tornando insuficientes ao longo dos tempos. Então a universalidade nas estruturas sociais pode ser modificada segundo as conveniências sociais, culturais e históricas (SAHLINS, 1990).

Sahlins explora teoricamente a relação entre estrutura, conjunto de categorias culturais, evento e transformação. No caso aqui em questão, a estrutura pode ser entendida como a cultura do povo norte mineiro em relação ao uso das plantas medicinais, o evento se manifesta quando alguma situação nova acontece e, dessa forma, com a ação sofrida desenvolve-se uma nova estrutura, ou seja, novos costumes, pela transformação promovida por um evento.

Pode-se, assim, abordar o uso das plantas medicinais como uma estrutura cultural que faz parte da história deste povo e que sofreu transformações ao longo do tempo, com

consequente modificação das suas formas de uso. A urbanização da cidade de Montes Claros proporcionou a migração das pessoas que viviam na zona rural para a zona urbana. Nesse processo de mudança um novo estilo de vida foi sendo incorporado pelas pessoas. Com o incentivo do governo em relação aos programas de saúde, acesso ao serviço público de saúde, acesso a consultas médicas, programas de farmácias populares, preços mais baratos de medicamentos e aumento das indústrias farmacêuticas, foi proporcionado maior acesso a informação e a medicamentos industrializados, modificando, assim, a estrutura, conforme o desenvolvimento da sociedade.

A globalização desses meios de informação variados como *internet*, televisão, revistas e livros, também modificaram as formas de transmissão de conhecimentos sobre as plantas medicinais, ou seja, novos valores foram incorporados às ações das pessoas no contexto atual. As concepções sobre o uso popular das plantas medicinais vão sendo transformadas de acordo com os interesses de determinados grupos. E, conseqüentemente, seu uso foi modificado. O conhecimento antes era na sua maioria de forma popular e oral, passado pelas pessoas mais antigas de um grupo. Nos dias de hoje pode-se observar a presença dos saberes científicos e populares assimilados conjuntamente às práticas das pessoas.

Dessa forma percebe-se que as inovações e mudanças geradas pelo capitalismo na sociedade contemporânea proporcionaram uma diversidade de formas de acesso aos insumos, com aumento do padrão de consumo de medicamentos. Sendo assim, as formas de organização social se transformaram e os costumes presentes nas relações tradicionais, tais como o uso de plantas medicinais, foram sendo realizados de formas diferentes do passado ou mesmo se enfraquecendo. Sob este prisma, a compreensão do uso das plantas medicinais pelos sujeitos de estudo passa, inevitavelmente, pela compreensão da trajetória histórica dos grupos sociais em questão.

Observou-se com os relatos dos participantes dos grupos focais que a prática do uso das plantas medicinais serve também como um instrumento de interação social, onde as pessoas trocam ideias sobre saberes populares e científicos, discutem tratamentos, experiências e manejos das plantas. Não somente os familiares foram citados nos grupos focais como orientadores, mas vizinhos e amigos também são fontes de transmissão do conhecimento e de aquisição dos produtos. Essa interação social promove a aproximação de determinados grupos, o exercício de valores e culturas, gerando o sentimento de um vínculo de cuidado interpessoal e de bem estar coletivo.

Pode-se compreender que o uso das plantas medicinais está arraigado na tradição do povo montesclarensense. Por outro lado, a cultura popular dessa região pode apresentar

contribuições para o meio acadêmico também, visto que é através do uso tradicional das plantas que se despertam interesses de se pesquisar, instigando assim novas pesquisas científicas e favorecendo a identificação correta das finalidades terapêuticas de cada vegetal. Nesse caso a folha do feijão andu merece ser alvo de novas pesquisas, visto que foi muito citado pelos participantes do grupo, para ser usado como hipoglicemiante, mas na pesquisa bibliográfica realizada nesta pesquisa não foram encontrados estudos científicos sobre sua ação no organismo para esse fim. O presente trabalho também favoreceu o reconhecimento de espécies nativas do cerrado da região de Montes Claros e seu manejo popular.

O Brasil possui uma ampla extensão territorial que possibilita uma diversidade vegetal, animal, hidrográfica e climática. Em sintonia com essa variação, cada região do país possui comunidades com conhecimentos populares específicos sobre o uso de plantas nativas dos seus locais de origem. Essa mistura de conhecimentos populares gera uma riqueza cultural muito interessante de ser estudada. Desta forma, essa pesquisa foi importante porque conseguiu apresentar as formas de conhecimento sobre as plantas medicinais, formas de obtenção, de reconhecimento das plantas, de conservação, de frequência de uso e de orientação sobre as plantas medicinais de uma população norte mineira. Entretanto, valendo-se das reflexões teóricas de Sahlins, é necessário não deixar de ponderar que as respostas e indicações obtidas por este estudo levam a crer que houve mudanças nesses aspectos sobre o uso das plantas, pois foram incorporadas novas práticas à cultura tradicional, novas tecnologias, acessos ao serviço público de saúde e diversas outras fontes de informação, trazendo uma ressignificação sobre as concepções de uso instituídas pelas gerações passadas.

A partir destas observações verifica-se que as transformações em aspectos sociais, tais como a urbanização, a migração das pessoas da zona rural para cidade de Montes Claros, o acesso ao serviço público de saúde e seus programas, o acesso à informação e o uso de novas tecnologias influenciaram na forma de transmissão do saber popular sobre as plantas medicinais. O acesso a informações sobre saúde em tempo rápido tornou-se possível entre as pessoas, o uso da tecnologia da *internet* contribui para a disseminação de informações. A mudança na situação econômica e o acesso a outros serviços podem interferir também no uso das plantas medicinais. Contudo, a transmissão do saber popular ainda é feita principalmente entre as pessoas mais antigas de um grupo e dentro da família por essa comunidade.

Foi possível identificar que os conhecimentos relativos à cultura popular sobre as plantas medicinais ainda prevalecem mesmo que de forma reproduzida dos antepassados. Nesse processo as significações sobre o uso popular das plantas medicinais podem ser alteradas, em determinados casos não retomando a essência original durante esse percurso de

reprodução do saber. Isso pode ser explicado também pela mudança de valores culturalmente estabelecidos contemporaneamente e sua possível interferência na incorporação desses saberes populares.

5.2 Contribuições para as políticas públicas de saúde

Identificou-se que as pessoas com diabetes tipo 2 participantes dos grupos focais nunca abandonaram o uso da medicação farmacológica voltada para diabetes para usar somente as plantas medicinais. O uso de medicamentos e plantas medicinais era sempre associado. Contudo, a maioria dos participantes fazia uso das plantas medicinais para tratamento e prevenção das comorbidades da diabetes. Entretanto, observou-se que os usuários das plantas medicinais não tinham conhecimento da dosagem específica de cada planta nem sobre a frequência adequada de uso. Então esse consumo pode se tornar perigoso, visto que algumas plantas medicinais em determinadas dosagens podem ser tóxicas ao organismo. Por isso é necessário maior reconhecimento dos profissionais de saúde e da sociedade em geral sobre o uso correto das plantas medicinais. Além disso, são necessárias divulgações em ambientes públicos para as comunidades sobre o uso dos vegetais para que esse conhecimento seja disseminado de forma segura e não se perca com o tempo.

Observou-se que os profissionais de saúde de maneira geral não discutem com os pacientes sobre o uso das plantas medicinais em Montes Claros. Desta forma percebe-se que há um distanciamento entre o saber científico e o popular, ou seja, entre profissional de saúde e comunidade atendida. Contudo, é importante que os profissionais de saúde compreendam e discutam sobre o uso das plantas medicinais e suas formas tradicionais de uso, pois assim podem contribuir para um tratamento mais efetivo dos usuários do serviço de saúde. O reconhecimento de tais práticas e sua valorização pelo profissional de saúde favorece um vínculo maior entre o usuário e o profissional, impactando positivamente no tratamento dos usuários.

Merece destaque também o fato da temática sobre o uso de plantas medicinais não estar presente no currículo pedagógico dos cursos de graduação realizados pela maioria dos acadêmicos da área de saúde. Os profissionais mais antigos, por exemplo, não tiveram esse espaço de debate durante o curso de graduação, podendo se sentir inseguros ao recomendar o uso das plantas medicinais. Esse fato deve ser discutido entre a comunidade acadêmica para a inserção de tal assunto nos cursos de graduação em saúde, visto que também é recomendada a orientação sobre plantas medicinais pelo Ministério da Saúde. O município se destaca por ser

um polo estudantil na região, com muitos cursos de graduação, em especial na área da saúde, sendo esse tema um assunto para ser refletido e debatido. Deste modo também é uma forma de respeitar a cultura popular dos usuários dos serviços de saúde e reconhecer a importância da conservação das espécies nativas da região de Montes Claros.

Além disso, pode-se alertar que nos últimos anos aumentou o número de pessoas com diabetes tipo 2 em Montes Claros e principalmente nessa região de escolha do estudo, que apresenta um elevado número de diabéticos cadastrados. Pode-se verificar a mudança dos padrões de vida sociais, que também foram citados pelos participantes dos grupos. A maioria relatava ser uma pessoa sedentária e que não gostava de fazer dieta alimentar saudável, não conseguindo restringir o consumo de alguns alimentos. Dessa forma as pessoas deste grupo necessitam ser sensibilizadas, sobretudo pela equipe de saúde da família, a adotar práticas de vida saudáveis. Além disso, a diabetes confere uma representação negativa à maioria das pessoas que sofrem que a doença, sendo necessários acompanhamentos específicos para o seu tratamento.

Este estudo teve relevância epidemiológica dando contribuições para a promoção em saúde, isto é, orientando as estratégias de gestão e de educação em saúde, a partir das informações coletadas e apresentadas neste trabalho. Portanto os serviços de saúde devem trabalhar de forma mais efetiva com a abordagem da temática sobre o uso das plantas medicinais, visto que é algo presente na cultura popular desde os tempos remotos, merecendo ser valorizado. Desse modo, pode-se sugerir que sejam realizadas capacitações com os profissionais de saúde do município sobre o assunto, os incentivando e sensibilizado para se tornarem multiplicadores do conhecimento sobre plantas medicinais. Outras possibilidades seriam a criação de grupos de Educação Permanente, cursos de aperfeiçoamento e até parcerias com a secretaria de saúde ou mesmo com as graduações em saúde e ciências biológicas da região. Além disso, outra sugestão é o desenvolvimento de cartilhas educativas sobre o uso adequado das plantas medicinais para serem distribuídas para os usuários do serviço de saúde.

5.3 Limites e possibilidade deste estudo

Embora a pesquisa tenha atingido seus objetivos, houve alguns fatores desafiadores ao longo do processo de desenvolvimento deste trabalho. Pode ser citada a questão de espaço físico e a disponibilidade da unidade de saúde. O município apresenta um

elevado número de cursos de graduação em saúde, o espaço e a agenda das unidades de saúde são disputados e divididos entre os profissionais de saúde, acadêmicos e demais atividades.

Em relação ao tempo dos grupos focais foi utilizado o tempo mínimo visto que os mesmos já haviam participado do grupo de Hiperdia. Em Montes Claros os grupos realizados por diversas finalidades geralmente não há muita adesão, várias pessoas são convidados, mas poucas comparecem. Em certos casos alguns usuários comparecem por obrigação para conseguir receita e certos benefícios que a ESF oferece para atraí-los e atingir suas metas.

Foram realizados apenas quatro grupos, pois os objetivos e informações necessárias sobre a pesquisa foram alcançados com a aplicação desses grupos. Além disso, os profissionais de saúde do local que emprestam a sala perdem sua produção de consultas quando cedem alguma sala. O município de Montes Claros possui metas de atendimentos específicos para cada profissional de saúde. Deste modo deve-se contar com a colaboração e interesse de todos para que ninguém saia prejudicado.

Vale lembrar que é um desafio a tarefa do mediador na condução dos debates fazendo com que todos participem sem deixar ninguém desconfortável durante a discussão. Assim foi uma tarefa difícil estimular e incentivar os participantes a falarem, são personalidades diferentes, pois alguns não gostavam de falar muito, eram mais objetivos, outros já tomavam a frente nos debates.

Foi pensada também a possibilidade de desenvolvimento de uma cartilha sobre as plantas utilizadas na região, apresentando as plantas do cerrado. Contudo em função do tempo não foi possível a criação desse material, mas futuramente este estudo poderá contribuir com informações para nortear essa confecção. A discussão sobre esse estudo também poderá ser trabalhada mais a frente dando continuidade a essa pesquisa e seus desdobramentos.

REFERÊNCIAS:

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
- ALMASSY JUNIOR, A. A. **Análise das características etnobotânicas e etnofarmacológicas de plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas, Ouro Preto/MG.** 2004. 147p. Tese (doutorado) apresentada ao programa de pós-graduação em Fitotecnia, da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2004.
- ALMEIDA, N. F. L. *et al.* Levantamento etnobotânico de plantas medicinais na cidade de Viçosa -MG. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 90, p. 316 -320, 2009.
- ALMEIDA, M. G. A captura do Cerrado e a precarização de territórios: um olhar sobre sujeitos excluídos. In: ALMEIDA, M. G. **Tantos Cerrados: múltiplas abordagens sobre a biogeodiversidade e singularidade cultural.** Goiânia: Editora Vieira, 2005. 115-128 p.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, 2010. 62–69 p.
- AUGUSTO, L. G. S. *et al.* Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, p.87-94, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000200003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 de abril de 2018.
- BARBOSA-FILHO, J. M. *et al.* Plants and their active constituents from South, Central, and North America with hypoglycemic activity. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa , v. 15, n. 4, p. 392-413, 2005 .
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições, 70, 2016.
- BARSAGLINI, R. A. **Representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011. 208 p.

BASTOS, R. A. A.; LOPES, A. M. C. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, p.21- 28, 2010.

BATTISTI, C. *et al.* Plantas medicinais utilizadas no município de Palmeira das Missões, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p.338-348 , 2013.

BAVA, M. C. G. G. C. *et al.* Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p.51651-1659, 2017.

BEZERRA, A.M.E. *et al.* Germinação de sementes e desenvolvimento de plântulas de moringa (*Moringa oleifera* Lam.) em função do peso da semente e do tipo de substrato. **Revista da Associação Brasileira de Horticultura**, v. 22, p. 295-299, 2004.

BORGES, K.B.; BAUTISTA, H.B.; GUILERA, S. Diabetes -utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.5, n.2 ,p. 12-20, 2008.

BOULTON, A. J. M. *et al.* Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 31, p. 1679-1685, 2008.

BRAGA, A. MEDEIROS, T.P; ARAÚJO, B.V. Investigação da atividade antihiperlipemizante da farinha da casca de *Passiflora edulis* Sims, Passifloraceae, em ratos diabéticos induzidos por aloxano. **Rev. Bras. Farmacogn**, v. 20, n. 2, 2010.

BRASILEIRO, B. G. *et al.* Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no Programa de Saúde da Família, Governador Valadares, MG, Brasil. **Rev. BrasCienFarm**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 629-636 ,2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. lei federal 11.347, 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização da glicemia capilar aos portadores de Diabetes inscritos nos programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília: MS, 2012. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção de Administração e Finanças. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS.** 2009. 02 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira.** Brasília: Anvisa, 2011. 126 p.

CALIXTO, J. B. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phyto therapeutic agents). **Bras J Medical Biological Research.** p. 179-189, 2000.

CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.; PAIVA, M. B. P. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. **Rev. APS.** v.17, n 1, p. 13-23, 2014.

CONCEIÇÃO, A. C. *et al.* Plantas do cerrado: comercialização, uso e indicação terapêutica fornecida pelos raizeiros e vendedores, Teresina, Piauí G. M. **Scientia Plena**, v.7, n.12, 2011.

CÓRDOVA, K.V. *et al.* **Características físico-químicas da casca do maracujá amarelo (*Passiflora edulis flavicarpa* Degener) obtida por secagem.** Boletim do Centro de Pesquisa de Processamento de Alimentos, v.23, n.2, p. 221-30, 2005.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 175-185, 2016.

COSTA, M. F. L.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, 2013.

COUTINHO, D. F.; TRAVASSOS, L. M. A.; AMARAL, F. M. M. Estudo etnobotânico de plantas medicinais utilizadas em comunidades indígenas no estado do Maranhão/ Brasil. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.7-12, 2002.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Teoria das representações sociais. In: N. T. Alves *et al.* (Orgs.), **Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão**. João Pessoa, PB: Editora Universitária. p. 73- 114, 2013.

CUNHA, A. P.; SILVA, A. P.; ROQUE, O. R. **Plantas e produtos vegetais em fitoterapia**. 1.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003. 303p.

CHEVALLIER, A. **The Encyclopedia of Medicinal Plants**. London: Dorling Kindersley, 1996.

CHRISTOPHERSON, R. W. **Geossistemas: uma introdução à geografia física**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, p. 647-673, 2012.

DART, J.; GALLOIS, C.; YELLOWLEES, P. Community health information sources a survey in three disparate communities. **Aust Health Rev**, v.32, n.1, p. 186-96, 2008.

DEVIENNE, K. F.; RADDI, M. S. G.; POZETTI, G. L. Das plantas medicinais aos fitofármacos. **Rev. bras. plantas med**, Botucatu, v. 6, n. 3, p. 11-14, 2004.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, 2010.

DIAS, B. F. S. **Conservação da biodiversidade no cerrado: histórico dos impactos antrópicos no bioma cerrado**. Planaltina, DF: Embrapa Cerrados; Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológico, p. 303-333, 2008.

FEIJO, A.M. *et al* .Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença.**Rev. bras. plantas med**, Botucatu , v. 14, n. 1, p. 50-56, 2012.

FERRÃO, B. H. *et al*.Importância do conhecimento tradicional no uso de plantas medicinais em Buritis, MG, Brasil. **Ciência e Natura**, v. 36, p. 321-334, 2014.

FERRERES, F. *et al*. Bauhinia forficata Link authenticity using flavonoids profile: Relation with their biological properties. **Food Chemistry**. p. 894-904, 2012.

FERTONANI, H.P. *et al*. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1869-78, 2015.

FONTENELE, R. P. *et al*. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p.2385-2394, 2013.

GARCIA, M. M.; GUERRA, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência & Saúde, Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.221-233, 2017.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas/** Bernadete Angelina Gatti. Brasília: Liber livro editora,ISBN 85-98843-11-3, 2012. 80 p.

GIMENIS, J. M. **Avaliação da atividade antioxidante, fotoprotetora e antiglicante dos extratos das folhas e flores de Moringa oleifera**. 2015. 60 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2015.

GOLDMAN, M. Lévi-Strauss e os sentidos da História. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 42, n.1, p.223-238, 1999.

HUBBARD, G. P. *et al.* Ingestion of onion soup high in quercetin inhibits platelet aggregation and essential components of the collagen-stimulated platelet activation pathway in man: a pilot study. **British Journal of Nutrition**. p. 482-488, 2006.

KALLUF, L.J.H. **Fitoterapia funcional: dos princípios ativos à prescrição de fitoterápicos**. 1.ed. São Paulo: VP Editora, 2008. 304p.

KAMARAJ, S. *et al.* The effects of quercetin on antioxidant status and tumor markers in the lung and serum of mice treated with benzo(a)pyrene. **BiolPharm Bull**, v.30, n.12, p. 2268-2273, 2007.

KLINK, C. A.; MACHADO, R. B. A. A Conservação do cerrado brasileiro. **MEGADIVERSIDADE**, v.1, n. 1, p.147-153, 2005.

KRAHN, C.L. *et al.* Avaliação do efeito da casca desidratada do maracujá (*Passiflora edulis*) e seu extrato aquoso na redução da glicemia em ratos diabéticos induzidos por aloxano. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.89, p. 32-34, 2008.

LANNA, M. Sobre Marshall Sahlins e as "cosmologias do capitalismo". **Mana**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 117-131, 2001.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

LEITE, D.L.; SANTOS A.C.A.; BERTUSSI, R. Concentração do flavonóide quercetina em quatro genótipos de cebola. **Hortic Bras**, v. 26, n.2, p. 6661-6664, 2008.

LIMA, C. A. B. *et al.* O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, p.1-10, 2016.

LIMA, J. R. S. **Etnobotânica e etnoecologia do cerrado: um estudo no assentamento Santa Rita, Jataí (GO)**. 2013. 87 f. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Stricto Sensu Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí/CAJ-UFG, 2013.

LIMA, E.S. *et al.* Efeito hipoglicemiante da farinha do fruto de maracujá-do-mato (*Passiflora nítida* Kunth) em ratos normais e diabéticos. **Rev. bras. plantas med**, Botucatu, v.14, n.2, p.383-388 2012.

LIMA, C.B. *et al.* Uso de Plantas Medicinais pela População da Zona Urbana de Bandeirantes, PR. **Revista Brasileira de Biociências**, Porto Alegre, v. 5.n. 1, p.600-602, 2007.

LIMA, H. *et al.* Inhibition of cell-cycle progression in HeLa cells by HY52, a novel cyclin-dependent kinase inhibitor isolated from *Bauhinia forficata*. **Cancer Lett.** p. 89-97, 2006.

LINO, C.S. *et al.* Antidiabetic activity of *Bauhinia forficata* extracts in alloxan-diabetic rats. **Biol Pharm Bull**, v.27, n.1, p.125-27, 2004.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008. 544 p.

LORENSI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais do Brasil: Nativas e Exóticas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002. 512 p.

MACEDO, A.F.; OSHIWA, M; GUARIDO, C.F. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília-SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 28, n.1, p.123-128, 2007.

MARTINS, M. C. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva dos usuários diante da mudança do modelo assistencial. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p.1164-1174, 2016.

MARQUELLI, R. P. **O desenvolvimento sustentável da agricultura no cerrado brasileiro.** 2003. 54 f. Monografia (Especialização *latu-sensu* em Gestão Integrada da Agricultura Irrigada) - ISEA-FGV/ ECOBUSINESS SCHOOL, Brasília, 2003.

MARQUES, G. S. *et al.* Estado da arte de *Bauhinia forficata* Link (Fabaceae) como alternativa terapêutica para o tratamento do Diabetes mellitus. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.** v.34, n.3, p. 313-320, 2013.

MATSUCHITA, H. L. P.; MATSUCHITA, A. S. P. A Contextualização da Fitoterapia na Saúde Pública. **Uniciências**, v.19, n.1, p. 86-92, 2015.

MAZZANTI, C. M. *et al.* Efeito do extrato da casca de *Syzygium cumini* sobre a atividade da acetilcolinesterase em ratos normais e diabéticos. **Ciência Rural**, v.34, n.3, 2004.

MELO, J.A. **Valorização da flora do cerrado com importância medicinal.** 2011. 42 f. monografia (licenciatura em ciências biológicas) Universidade de Brasília, Luziânia, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MIGLIATO, K. F. *et al.* Ação farmacológica de *Syzygium cumini* (L.) Skeels. **Acta Farmacologia Bonaerense**, Buenos Aires, v. 25, p. 310-314, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 416 p.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20. n. 4, p.1419-1440 , 2010.

MORETTI, F.A.; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.58, n.6, p. 650-658, 2012.

NASCIMENTO, N. N. **Avaliação dos efeitos do extrato de Baccharis trimera (carqueja) sobre parâmetros metabólicos e de estresse oxidativo em modelo de diabetes melito tipo 1 induzido por aloxano em ratas.** 2013. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2013.

OMOTOSO, O. D. *et al.* Moringa Leaf Extract Ameliorates Cerebral Cortex Tissue Damage in STZ-Induced Diabetes Condition. **JAMPS**, v.5, n.3, p.1-7, 2016.

OLIVEIRA, C. B. *et al.* Phenolic Enriched Extract of Baccharis trimera Presents Anti-inflammatory and Antioxidant Activities. **Molecules**, p. 1113-1123, 2012.

OLIVEIRA, J. E. P. VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica. 2014. 382 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Definição, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e suas complicações. **Parte 1: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus.** Genebra: OMS, 1999.

PÁDUA, B. C. *et al.* Antioxidant properties of Baccharis trimera in then eutrophils of Fisher rats. *Journal of Ethnopharmacology*. p. 381-386, 2010.

PEPATO, M.T. *et al.* Evaluation of the spouted bed dried leaf extract of Bauhinia forficata for the treatment of experimental diabetes in rats. **Afr J Biotechnol**, v.9, n.42, p. 7165-7173, 2010.

PAGOTTO, T. C. S.; SOUZA, P. R. **Biodiversidade do complexo Aporé-Sucuriú : subsídios à conservação e ao manejo do cerrado: área prioritária 316-Jauru.** Campo Grande: UFMS, p. 18- 30, 2006.

PEREIRA, D. N. **A saúde da família: em Cuba e no Brasil.** Diogo Neves Pereira. 1º ed. Curitiba: Appris, 2016. 367 p.

PÉRES, D. S. *et al.* Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em Relação ao processo saúde doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p.389-395, 2008.

PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de Mata Atlântica-Itacaré, BA, Brasil. **Acta Bot Bras**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 751-762, 2006.

PIRES, I.F.B. *et al.* Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. plantas med**, Botucatu, v.16, n.2, p. 426-433, 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

PRINCE, P.S.M.; KAMALAKKANNAN, N.; MENON, V.P. Syzigium cumini seed extracts reduce tissue damage in diabetic rat brain. **Journal of Ethnopharmacology**, v.84, p.205-209.2003.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p. 1829-1844, 2017.

RIBEIRO, J.F. WALTER, B.M.T. **As principais fitofisionomias do bioma cerrado**. Planaltina: Embrapa, CPAC, v.1, p. 153-212, 2008.

ROSA, R.L.; BARCELOS, A.L.V.; BAMPI G. Investigação do uso de plantas medicinais no tratamento de indivíduos com diabetes melito na cidade de Herval D' Oeste-SC. **Rev. bras. plantas med**, Botucatu, v.14, n. 2, p. 306-310, 2012.

RONZANI, T. M.; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev. APS**, v.6, n.2, p. 99-107, 2003.

RUIZ, A. L. T. G. *et al.* Farmacologia e Toxicologia de *Peumus boldus* e *Baccharis genistelloides*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.2, p. 295-300, 2008.

SAHLINS, David Marshall. **Ilhas de História**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1990. 218 p.

SANO, E. E. *et al.* Mapeamento semidetalhado do uso da terra do Bioma Cerrado. **Pesq. agropec. bras**, Brasília, v.43, n.1,p. 153-156, 2008.

SANTOS, V.P; TRINDADE, L.M.P. A Enfermagem no uso das plantas medicinais e da fitoterapia com ênfase na saúde pública. **Revista Científica FacMais**, V. 8, n. 1, p. 16-34, 2017.

SANTOS, D. F. C.*et al.* Efeito de ações de educação alimentar e nutricional na promoção de melhores escolhas alimentares em indivíduos com diabetes tipo 2. In: Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde.p. 02, 2016.

SANTOS, D. B. P.; COSTA, N. R.; CASTRO, C.G. S. O. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SANTOS, M. A. *et al.* . Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3,p. 651-658, 2011.

SANTOS, M. M.; NUNES, M. G.; MARTINS,R.D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes,**Rev. bras. plantas med**, Botucatu, v.14, n.2, p. 327-334 , 2012.

SANTOS, E. V.; MARTINS, R. A.; FERREIRA, I.M. O processo de ocupação do bioma cerrado e a degradação do subsistema vereda no sudeste de Goiás. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA FÍSICA APLICADA, 13. Viçosa, MG, 2009. **Anais...**Viçosa, MG, Universidade Federal de Viçosa, 2009. 1-20 p.

SANTOS, H. B. *et al.* Avaliação do efeito hipoglicemiante de *Cissus sicyoides* em estudos clínicos fase II. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.1, p. 70-76, 2008.

SILVA, M. C. C. *et al.* Purification, primary structure and potential functions of a novel lectin from *Bauhinia forficata* seeds. **Process Biochem.** p. 1049-1059, 2012.

SILVA, J. P. A. *et al.* Plantas medicinais utilizadas por portadores de diabetes mellitus tipo 2 para provável controle glicêmico no município de Jequié-BA. **Rev.Saúde.Com**, v.4,n.1, p. 10-18, 2008.

SILVA, C. T. da. Sobre a interpretação antropológica: Sahlins, Obeyesekere e racionalidade havaiana. **Rev. Antropol**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 403-415, 2002.

SINGH, A.; ARMSTRONS, D. P. M.; LIPSKY, B. A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **JAMA.** v. 293, n. 2, p. 217-228,2005.

SCHMIDT, M. I. *et al.* **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco.** In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SOUZA, I. M. C. de.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 33,2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SOUZA, A.D.Z. *et al.* .O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política Nacional de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. **Rev. bras. plantas med**, Botucatu , v. 18, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722016000200480&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 1. edição. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STASI; L.C. D. **Plantas medicinais: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber.** São Paulo: Farmacognosia: da planta ao

medicamento. 2. ed. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da Universidade. UNESP, 2007. 136 p.

STASI, L.C.D.; LIMA, C.A.H. Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica, 2^a ed. São Paulo: Editora Unesp, 2002. 605p

TADERA, K. *et al.* Inhibition of α -Glucosidase and α -Amylase by Flavonoids. **J Nutr Sci Vitaminol.** v.52, n.2, p.149-153, 2006.

TERRA, L. **Geografia geral e geografia do Brasil: o espaço natural e socioeconômico:** volume único/ Lígia Terra, 1 ed. São Paulo: Moderna, 2005.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2018.

TORRES, C. C. de. **Análise linguística das plantas medicinais utilizadas na comunidade Kalunga Engenho II - município de Cavalcante - Goiás.** 2014. 54 f. Monografia (Licenciatura em Educação do Campo) - Universidade de Brasília, Planaltina-DF, 2014.

RODRIGUES, M.T. *et al.* Plants used as antidiabetics in popular medicine in Rio Grande do Sul, southern Brazil. **Journal of ethnopharmacology.** v.139, p. 155-163. 2012.

VARELA, D. S. S.; AZEVEDO, D. M. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n.2, p. 3588-3600, 2013.

VASCONCELOS, T. H. C. de. *et al.* . Estudo toxicológico pré-clínico agudo com o extrato hidroalcoólico das folhas de *Cissus sicyoides* L. (Vitaceae). **Rev. bras. farmacogn.** João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 583-591, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

VEIGA JUNIOR, V. F. da. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Rev. bras. farmacogn**, João Pessoa , v. 18, n. 2, p. 308-313, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2018.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas , v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 de jan 2018.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Oficina Sanitária Panamericana*, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1648-1662, 2015.

ZAPAROLLI, M.R. *et al* .Alimentos funcionais no manejo da diabetes mellitus. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 1,p. 12-17, 2013.

ZENI, A. L. B. *et al* .Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8,p. 2703-2712 , 2017.

APÊNDICE A - Roteiro da pesquisa nos grupos focais

Título da pesquisa: O uso de plantas medicinais por diabéticos acompanhados pela equipe de Estratégia Saúde da Família.

Instituição promotora: Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri.

QUESTÕES ORIENTADORAS PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

- 1- Você faz uso de plantas medicinais?
- 2- Como você prepara essa(s) planta(s)?
- 3- Como você identifica que uma planta é medicinal?
- 4- Como você conserva a(s) planta(s)?
- 5- Qual é a fonte que você utiliza para obter as plantas medicinais?
- 6- Quem lhe orientou sobre o uso das plantas medicinais?
- 7- Com qual frequência você usa a(s) planta(s)?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Título da pesquisa: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS ACOMPANHADOS POR EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MG

Patrocinador: Não se aplica

Coordenador: Franciele Fagundes Fonseca

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: O objetivo do estudo é compreender a utilização de plantas medicinais pelos diabéticos acompanhados por equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, MG.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Participarão deste estudo usuários do sistema público de saúde cadastrados e assistidos pela Estratégia Saúde da Família portadores de diabetes tipo 2. Os dados serão obtidos através da realização grupos focais na Unidade Básica de Saúde e posteriormente submetidos à análise. Este estudo será desenvolvido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

3-Justificativa: Investigar acerca desta temática poderá contribuir para a reflexão dos gestores e servidores em relação ao uso correto das plantas medicinais, divulgação dessas informações para os usuários, diminuição de gastos e melhorar o acesso da população ao tratamento.

4-Benefícios: Colaborar para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário na Atenção Básica.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a resolução 196 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a adiar ou suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Como forma de prevenir ou amenizar desconfortos e riscos será esclarecido o objetivo e o motivo da pesquisa, a justificativa da escolha dos participantes e a garantia de anonimidade e sigilo sobre os dados coletados.

6- Danos: Não é previsto nenhum dano físico ou moral ao participante

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e a identidade do participante será preservada

9-Compensação/indenização: Não é previsto nenhuma indenização ou compensações financeiras. A participação do participante é voluntária.

10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade de aceitar ou não à participação nessa pesquisa.

Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome do participante / Assinatura do participante

Data ___/___/___

Nome da testemunha / Assinatura da testemunha

Data ___/___/___

Nome do coordenador da pesquisa / Assinatura do coordenador da pesquisa

Data ___/___/___

APÊNDICE C-Termo de Consentimento da Instituição (TCI)**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Título da pesquisa: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR DIABÉTICOS ACOMPANHADOS POR EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MG

Instituição onde será realizada a pesquisa: Unidade Básica de Saúde de Montes Claros, MG.

Pesquisadora: Franciele Fagundes Fonseca

Atenção: Antes de aceitar participar dessa pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descrevem os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: O objetivo do estudo é compreender a utilização de plantas medicinais por diabéticos acompanhados por equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, MG.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Participarão deste estudo usuários do sistema público de saúde cadastrados e assistidos pelas Estratégias Saúde da Família portadores de diabetes tipo 2. Os dados serão obtidos através da realização grupos focais na Unidade Básica de Saúde e posteriormente submetidos à análise. Este estudo será desenvolvido de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

3-Justificativa: Investigar acerca desta temática poderá contribuir para a reflexão dos gestores e servidores em relação ao uso correto das plantas medicinais, divulgação dessas informações para os usuários, diminuição de gastos e melhorar o acesso da população ao tratamento.

4- Benefícios: Os resultados da pesquisa servirão para analisar e propor condições que favoreçam a melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário na Atenção Básica.

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a resolução 196 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a adiar ou suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Como forma de prevenir ou amenizar desconfortos e riscos será esclarecido o objetivo e o motivo da pesquisa, a justificativa da escolha dos participantes e a garantia de anonimidade e sigilo sobre os dados coletados.

6- Danos: Não é previsto nenhum dano físico ou moral ao participante.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações: Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e a identidade do participante será preservada.

9- Compensação/indenização: Não é previsto nenhuma indenização ou compensações financeiras. A participação do participante é voluntária.

10- Outras informações pertinentes: O participante terá total liberdade de aceitar ou não à participação na pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

___/___/___

Franciele Fagundes Fonseca
Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

___/___/___

ANEXO A- Termo de autorização da secretaria de Saúde de Montes Claros

Prefeitura de Montes Claros - MG
Secretaria Municipal de Saúde

Montes Claros, 14 de Março de 2017.

De: Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora da Atenção Primária Saúde

Para: Unidades de Saúde – Montes Claros

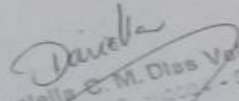
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos, através desta, autorizar a realização da pesquisa que tem como título " O uso de Plantas Medicinais por diabéticos acompanhados por equipe de Estratégia Saúde da Família do Município de Montes Claros-MG", nas Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros, pela equipe técnica da Instituição Franciele Fagundes Fonseca, Diogo Neves Pereira.

Esta autorização se restringe à coleta de dados que não sejam confidenciais e desde que os pesquisadores respeitem as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS nº 466/2012, e obedeçam as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

A coleta de dados deverá ser realizada somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Atenciosamente,


Daniella C. M. Dias Veloso
Coordenadora da Atenção Primária Saúde
Montes Claros

Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora da Atenção Primária Saúde
Montes Claros