



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE.**

**IDENTIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA
POPULAÇÃO USUÁRIA DO HOSPITAL DE MEDICINA
ALTERNATIVA DE GOIÂNIA: UMA QUESTÃO SOCIAL E/OU
CULTURAL?**

NILSON ELIAS DA SILVA

**GOIÂNIA
2009**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**IDENTIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA
POPULAÇÃO USUÁRIA DO HOSPITAL DE MEDICINA
ALTERNATIVA DE GOIÂNIA: UMA QUESTÃO SOCIAL E/OU
CULTURAL?**

NILSON ELIAS DA SILVA

Orientadora: Profa. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Co-orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**GOIÂNIA
2009**

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

À Profa. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer, que imbuída de boa vontade e exemplo de amor à pesquisa, se prontificou em me orientar durante estes dois anos, sempre com paciência nos momentos de minhas dificuldades. Por isso expresso minha gratidão pela gentileza, amizade e pelo conhecimento compartilhado.

À Profa. Dra. Eline Jonas, meu muito obrigado pela boa vontade e exemplo de profissionalismo, amizade, e conhecimento na Co-orientação, que foi de extrema importância para a materialização deste trabalho.

À Profa. Dra. Leonice M. F. Tresvenzol da UFG, meu muito obrigado por aceitar participar da minha banca de defesa.

Aos professores Dr. José Rodrigues do Carmo Filho e Dra. Maira Barberi pelas contribuições e sugestões durante a qualificação e defesa desta dissertação, respectivamente.

Aos funcionários do MCAS, especialmente, pela colaboração, nas pessoas do Luciano e do Carlos, sempre prontos em ajudar.

Ao Dr. Nestor Carvalho Furtado, Diretor Dr. do HMA, pela disponibilização das instalações para a realização da Pesquisa; aos funcionários Dirce, Ricardo, Margareth e outros pelo auxílio e gentileza e, por fim aos pacientes que disponibilizaram sua história ao longo destes anos de contato com esta instituição.

Por fim, aos professores e colegas de mestrado que estiveram participando na transposição desta etapa do conhecimento.

DEDICATÓRIA

Para minha família e em especial ao meu irmão Idail, que tanto contribuiu para formação dessa Pós-Graduação.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico e distribuição geográfica da população usuária do Hospital de Medicina Alternativa em Goiânia (HMA), e o uso espontâneo de plantas medicinais como fator cultural. A medicina convencional a cada dia que passa vem se tornando de difícil acesso para grande parcela das pessoas, que procuram por unidades de atendimento de saúde pública. O trabalho consistiu em uma pesquisa transversal quanti-qualitativa, por meio de aplicação de formulário e entrevistas por saturação de informações. Os dados da pesquisa quantitativa foram levantados por meio de uma amostra aleatória proporcional da população usuária do HMA de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos, constituída por 302 pacientes. Foi aplicado a esta amostra, durante quatro semanas consecutivas, no período matutino e vespertino de novembro a dezembro de 2008, um formulário com questões abertas e fechadas relacionadas ao nível de instrução, tipos de plantas utilizadas, modo de preparo e razão pela qual recorreram ao tratamento. A aplicação dos formulários foi precedida de uma pesquisa piloto junto a 13 pacientes, e as entrevistas foram orientadas por questões semi-estruturadas junto aos pacientes selecionados intencionalmente e identificados no momento da aplicação dos formulários. As fitas gravadas foram transcritas e serão guardadas sob sigilo institucional por um período de cinco (5) anos, e em seguida serão destruídas. Para a realização desse estudo, além da aplicação dos formulários, a entrevista recorreu-se a arquivos, registros feitos pela própria população local, além de uma literatura especializada sobre o tema abordado. Concluiu-se que dos 302 participantes, 79,8% eram do sexo feminino, 73,6% tinham entre 30 e 59 anos, 58,2% eram casados, 22,8% do lar, 40% possuem 1º grau e 40,7% o Ensino Médio. 38,4% possuem renda individual de 2 a 3 salários mínimos, e 45,7% com renda familiar de 2 a 3 salários. 39% residem em Aparecida de Goiânia e 22,8% são do lar, 37,7% vão ao HMA a menos de um ano. 17,2% foram ao HMA por indicação/recomendação de amigos; 73,8% aprenderam a usar plantas com a família; 91,1% tiveram cura com plantas; 69,5% obtiveram as plantas em fundo de quintal, 31,4% conheceram o tratamento alternativo através de vizinhos; 76,5% usam plantas por ser natural; 57,9% afirmaram conhecer as propriedades das plantas. 75,1% disseram que o tratamento é mais eficaz. Conclui-se que a busca por tratamentos alternativos e o uso espontâneo por plantas medicinais ocorreu inicialmente pelo conhecimento que os indivíduos já possuem de plantas medicinais que já incorporaram de valores culturais, e que ocorre nas populações que tem dificuldades de acesso aos serviços médicos convencionais, em geral de bairros com reduzido poder aquisitivo.

Palavras-chave: Plantas medicinais, práticas terapêuticas não-convencionais, saúde, hospital de medicina alternativa, práticas integrativas e complementares.

ABSTRACT

This study aimed to identify the socioeconomic characteristics and geographical distribution of the population using the Hospital of Alternative Medicine in Goiania (HMA), and the spontaneous use of medicinal plants as a cultural factor. Conventional medicine, every day that passes is becoming difficult to access for a large portion of people who seek care units of public health. The work consisted of a cross-sectional study quantitative and qualitative, through the application form and interviews by saturation of information. The quantitative survey data were collected by means of a proportional random sample of the user population of the HMA of both sexes aged over 18 years, consisting of 302 patients. Was applied to this sample for four consecutive weeks in the morning and afternoon from November to December 2008, a form with open and closed questions related to education level, type of plant used, method of preparation and why it appealed to treatment. The application forms were preceded by a pilot study with 13 patients, and interviews were guided by semi-structured questions with the patients intentionally selected and identified at the time of application forms. The tapes were transcribed and stored in secret institution for a period of five (5) years, and then be destroyed. To perform this study and in the application forms, the interview turned to files, records made by local people themselves, and a literature on the subject addressed. It was concluded that the 302 participants, 79.8% were female, 73.6% were between 30 and 59 years, 58.2% were married, 22.8% of the home, 40% have 1 degree and 40, 7% high school. 38.4% have an individual from 2 to 3 minimum wages, and 45.7% with a familiar 2 to 3 salaries. 39% live in Aparecida de Goiania and 22.8% are from home, 37.7% go to the HMA is less than a year. 17.2% were indicated by the HMA / recommendation of friends, 73.8% learned to use plants with the family, 91.1% had healing with plants, 69.5% were plants in the backyard, 31.4 % knew alternative treatment through neighbors, 76.5% use is natural, plants, 57.9% claimed to know the properties of plants. 75.1% said that treatment is more effective. We conclude that the search for alternative treatments and the spontaneous use of medicinal plants occurred through the knowledge that individuals already possess medicinal plants that have incorporated cultural values, and that occurs in people who have difficult access to conventional medical services in general neighborhoods with low purchasing power.

Keywords: Medicinal plants, practice non-conventional therapies, health, hospital, alternative medicine, complementary and integrative practices.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. Histórico da Utilização das Plantas Medicinais	12
2.2. O Desenvolvimento da Fitoterapia	21
2.3. As Plantas Medicinais na Saúde Pública	24
2.4. Relevância Sócio-Econômica das Plantas Medicinais	28
2.5. Histórico do Hospital de Medicina Alternativa em Goiás	30
3. OBJETIVOS	36
3.1. Objetivo Geral	36
3.2. Objetivos Específicos	36
4. CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....	37
4.1. Protocolo Geral	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1. Conhecimento dos pacientes sobre as plantas medicinais	58
5.2. Grau de satisfação dos pacientes com a terapêutica.....	63
6. CONCLUSÃO.....	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	91
ANEXOS	97

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Perfil sócio-demográfico dos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa de novembro a dezembro de 2008.....	42
TABELA 2. (Anexo) Distribuição dos pacientes por bairro onde residem.....	101
TABELA 3. Número de pessoas que vivem nas residências dos pacientes pesquisados no HMA.	54
TABELA 4. Tempo de utilização do HMA pelos pacientes.	55
TABELA 5. Profissões dos pacientes pesquisados que procuraram pelo HMA. ..	55
TABELA 6. Motivo pelos quais os pacientes pesquisados procuraram o Hospital de Medicina Alternativa para realização de tratamento.....	56
TABELA 7. (Anexo) Relação de plantas medicinais mais conhecidas e/ou utilizadas pelos pacientes pesquisados no Hospital de Medicina Alternativa.	105
TABELA 8. Modo de preparo das plantas medicinais (Fitofármacos) realizado pelos pacientes pesquisados do Hospital de Medicina Alternativa.	60
TABELA 9. Formas de uso das plantas medicinais realizado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.	62
TABELA 10. Como ou com quem aprendeu a usar plantas medicinais.	63
TABELA 11. Resultado do tratamento feito com plantas pelos pacientes no Hospital de Medicina Alternativa.	66

TABELA 12. Procedência das plantas utilizadas pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.	67
TABELA 13. Meio a partir do qual os pacientes ficaram conhecendo o tratamento alternativo com planta segundo a moradia da região metropolitana de Goiânia. ..	68
TABELA 14. Motivo do uso de plantas medicinais realizado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.	70
TABELA 15. Conhecimento das propriedades medicinais das plantas que usa ou usou relatado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.	71
TABELA 16. Fatores que mais influenciaram no uso de plantas medicinais relatado pelos pacientes atendidos no Hospital de Medicina Alternativa.	73
TABELA 17. Principais patologias e comparação de preços entre os medicamentos industrializados e possíveis plantas medicinais opcionais para fabricação de fitoterápicos com custo benefício de aproximadamente 62%	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Regiões do município de Goiânia e localização do Hospital de Medicina Alternativa.	37
FIGURA 2. Anexo. Municípios da região metropolitana de Goiânia e localização do Hospital de Medicina Alternativa.	38
FIGURA 3. Mapa com representação do grau de instrução dos pacientes por região do município de Goiânia.....	48
FIGURA 4. Mapa com representação do grau de instrução dos pacientes por municípios da região metropolitana de Goiânia.	49
FIGURA 5. Renda familiar dos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa segundo região de moradia no município de Goiânia.	51
FIGURA 6. Renda familiar dos pacientes segundo municípios da região metropolitana de Goiânia.	52
FIGURA 7. (Anexo) Meio a partir do qual os pacientes adquiriram o conhecimento com plantas medicinais segundo municípios da região metropolitana de Goiânia.....	69
FIGURA 8. Mapa de tendência de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa que se trata por fitoterapia devido à precariedade da saúde pública.	75
FIGURA 9. Mapa de tendência de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa com renda familiar até um salário mínimo.....	76
FIGURA 10. Mapa de tendência de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa com primeiro grau escolar.....	77

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o interesse pelo uso das plantas medicinais e por práticas consideradas alternativas vem se intensificando, momento em que as pessoas estão em busca de maior qualidade de vida e um estado de bem-estar. Neste contexto, a utilização de plantas medicinais tem apresentado aspectos vantajosos em comparação a muitos medicamentos convencionais, pois estes atuam sobre um princípio ativo concentrado (sua ação no organismo pode ocorrer efeitos colaterais, sendo grave ou não, o que depende da substância ativa e da sensibilidade do organismo), enquanto a planta medicinal tem efeito a partir da ação de várias substâncias químicas em concentrações consideradas baixas, o que se pode ser denominado de Fitocomplexo. Assim a probabilidade de apresentarem feitos colaterais graves são poucas. Isto não significa que as plantas possam ser utilizadas indiscriminadamente (Castro, 2004). O preço é outro aspecto vantajoso, sendo que o aumento pelo consumo das plantas medicinais é motivado pelo elevado custo dos medicamentos industrializados (Amaral *et al.*, 2002).

Este estudo está voltado para a investigação do uso de plantas medicinais como prática terapêutica em Goiânia, considerando o fato de que a utilização dessas plantas há muito tempo faz parte da vida cotidiana, e mesmo da cultura da população. A investigação foi realizada no Hospital de Medicina Alternativa (HMA), referência nesse tipo de tratamento no Estado de Goiás.

Assim, o presente trabalho buscou identificar o perfil socioeconômico da população usuária do HMA da Secretaria Estadual de Saúde, sua distribuição geográfica, os fatores que levam à procura do HMA e a relação destes pacientes

com a utilização espontânea das plantas medicinais. Espera-se que este projeto traga subsídios para o desenvolvimento de novos programas na área da saúde empregando práticas alternativas e complementares. Para isso, foram desenvolvidos tópicos referentes ao histórico da utilização das plantas medicinais, o desenvolvimento da fitoterapia, o uso de terapias integrativas e complementares na Saúde Pública, o grau de satisfação dos pacientes do HMA com esses tratamentos, bem como o nível socioeconômico e o uso espontâneo das plantas medicinais como fator cultural.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Histórico da Utilização das Plantas Medicinais

A utilização de plantas medicinais provavelmente é tão antiga como o aparecimento da civilização humana, que procurava no reino vegetal alimentos, abrigos e meios para o alívio de suas dores e cura para seus males. Planta medicinal é um vegetal que possui em um ou vários de seus órgãos substâncias que podem ser consideradas terapêuticas ou substâncias empregadas no tratamento de enfermidades (Oliveira & Akisue, 2000).

De acordo com Carvalho (2004), o uso da flora no tratamento de diversas enfermidades é conhecido desde a mais remota antiguidade. Desde o início da história humana, à medida que o saber popular emerge no tempo, a utilização de plantas, como forma de cura ou na prevenção de doenças, despertou o interesse dos homens. Vestígios geológicos revelam que a utilização de plantas como forma de tratamento pelo homem aconteceu há mais de 5.000 anos. O uso de plantas pelo homem pré-histórico, para fins curativos, teve início a partir da observação do comportamento dos animais silvestres que eram dotados de grande capacidade de distinguir as plantas comestíveis das tóxicas (Alves & Silva, 2003).

Segundo Chatonet (1983), no antigo Egito, na Assíria e em todo o Oriente, os estudiosos da época, reunindo os conhecimentos que detinham, indicaram numerosas plantas medicinais e a sua utilização para fins terapêuticos.

No Egito foi constatado, mediante estudo de antigos papiros que, a partir de 2.000 a.C., grande número de médicos utilizava as plantas como remédio e consideravam a doença como resultante de causas naturais e não como

conseqüência dos poderes de espíritos (Tomazzoni *et al.*, 2006). Mas, o primeiro médico egípcio a usar plantas para tratar doenças foi Imhotep (2.980 – 2.900 a.C.). Entre os documentos mais antigos sobre o uso das plantas destaca-se os papiros de Ebers, com relatos de tipo de plantas e suas aplicações, datado de 1.550 a.C. e que se encontram em exposição no Museu de Leipzig na Alemanha. Consta nos papiros de Ebers, uma coleção de 800 fórmulas e indicações de 700 drogas entre elas a papoula, o ginseng, a romã, a mandrágora, a mirra, o aipo, o coentro e o azeite usados em tratamentos de doenças como afecções oculares, ginecológicas e dermatológicas (Alzugaray & Alzugaray, 1983; Carvalho, 2004).

Do Oriente, a China é o país com maior história e tradição no uso de plantas medicinais. Quando o Imperador Shen Nultg morreu, em 2.698 a.C., cerca de 100 espécies de plantas eram utilizadas. No seu “Cânone das ervas” havia o relato de 252 plantas, sendo que muitas delas ainda são usadas até hoje. Outro estudioso das plantas e de seu poder curativo foi Li Shizhen, que no ano de 1.578 finalizou seu “Compêndio de Matéria Médica”, no qual constavam 1.800 substâncias medicinais e 11.000 formulações (Scholl *et al.*, 2006).

Ainda na antiguidade, os gregos e, posteriormente, os romanos desenvolveram práticas médicas mais modernas de manuseio e uso das plantas. No século XVIII, na Europa Ocidental, os monges elaboraram uma lista das plantas medicinais, para o próprio uso. A partir desses estudos, foram criados jardins botânicos nos quais eram cultivadas plantas medicinais, o que favoreceu os estudos taxonômicos. No século seguinte, os progressos da química possibilitaram a extração dos princípios ativos de várias plantas (Chatonet, 1983).

Na América Latina, as populações andinas usam há milênios, plantas medicinais em doenças psicossomáticas. No Sul do Equador, devido à proximidade com o Norte peruano, o conhecimento tradicional de plantas regionais favoreceu o desenvolvimento de uma medicina popular que ainda continua sendo uma prática importante. Vale ressaltar o uso de alucinógenos, como o cacto de São Pedro (*Echinopsis pachanoi*), que ainda hoje é utilizado com fins terapêuticos nos Andes. Nessa região, curandeiros e parteiras utilizam essa prática, sendo o conhecimento acerca das plantas medicinais transmitido oralmente (Bussmann & Sharon, 2006).

Também no México o uso de plantas medicinais é uma herança deixada pelos antigos nativos. Pesquisas realizadas no Parque Nacional Monterrey, localizado em Nuevo León, relatam que das 146 espécies catalogadas 98 são utilizadas como medicinais, sendo o conhecimento e o cultivo dessas plantas dominado predominantemente por mulheres. Essas plantas são empregadas, na forma de chá (infusão), no tratamento de cólicas, diabetes, problemas de estômago e dores de cabeça. Os usuários confiam na eficácia e poder curativo das plantas, embora utilizem eventualmente analgésicos (Estrada *et al.*, 2007).

No Brasil, antes da colonização, o uso de plantas medicinais já era praticado entre os índios. Quando os europeus chegaram ao país, diversas espécies de plantas eram utilizadas pelos pajés com fins curativos, sendo esse conhecimento transmitido de gerações em gerações. Às formas de manipulação das plantas medicinais feitas pelos índios foram associados os métodos mais modernos trazidos pelos colonizadores. Outra contribuição importante foi a dos escravos africanos, que trouxeram de sua terra diversos tipos de plantas, muitas

delas usadas em rituais religiosos. Surgiu, assim a tradição no uso de plantas medicinais no Brasil (Lorenzi & Matos, 2002).

A utilização de plantas medicinais no Brasil tem origem na cultura de diversos grupos indígenas que habitavam o país. Dentre elas, a ipecacunha (*Cephaelis ipecacunha* – Brot. A. Rich.), o jaborandi (*Pilocarpus* spp.), o guaraná (*Paullinia cupana* H.B.K.), a taiuiá (*Cayaponia* spp.), a erva de bugre (*Casearia sivestris* Swartz.). Outras foram trazidas pelos europeus como a camomila (*Matricaria chamomilla* L.), a melissa (*Melissa officinalis* L.), a malva (*Malva sylvestris* L.), o funcho (*Foeniculum vulgare* Mill.); outras, pelos africanos como a erva-guiné (*Petiveria alliacea* L.), e o melão-de-são-caetano (*Momordica charantia* L.) (Simões *et al.*, 1989).

O conhecimento tradicional indígena na utilização de plantas medicinais é de inestimável valor para a humanidade. Como exemplo, tem-se a ipecacunha com propriedade emética tradicional, a casca da quina usada como antifebril e antimalárico, o curare usado como anestésico, a cocaína como entorpecente e outras drogas alucinógenas. E, ultimamente, uma das substâncias mais usadas e investigadas devido seu alto teor adoçante (300 vezes mais doce que a sacarose), a *Stevia rebaudiana* é oriunda da tradição guarani, onde é conhecida como Caá-Jheè (Filho, 1978).

A partir de 1988 sob o decreto nº. 96.607 de 30 de agosto a Farmacopéia Brasileira inaugura um novo período, contemplando o avanço e a complexidade dos fármacos com novas monografias e métodos de análises. As farmacopéias constituem códigos farmacêuticos oficiais, contendo dados para identificação, padrões para controle de qualidade e métodos de análise de fármacos (Farmacopéia Brasileira, 1988). A Farmacopéia é de uso obrigatório para os que

fabricam, manipulam, comercializam e controlam produtos farmacêuticos. Esse documento estabelece os requisitos mínimos para a fabricação e o controle da qualidade de insumos e especialidades farmacêuticas utilizados no país.

A medicina portuguesa trazida para o Brasil veio com os conhecimentos, gregos e romanos. No século XVI em Portugal, a quantidade de médicos era pequena e, além disso, seus estudos eram fiscalizados pela Igreja que temia serem ateus. A permissão desses médicos e dos medicamentos era restrita a minoria das pessoas, com isso grande parte da população procurava as plantas medicinais nos quintais ou nas matas, assim foram sendo repassadas de geração para geração. Da medicina portuguesa surgiram algumas práticas realizadas pelos curandeiros, africanos e indígenas. Uma dessas práticas ainda realizada é a dos curandeiros e seus rituais que é mais acessível aos pobres (Ribeiro, 1999).

Lorenzi & Matos (2002) comentam sobre as primeiras publicações de plantas medicinais no Brasil. Frei Velloso (José Mariano da Conceição Velloso), autor da “Flora Fluminensis”, é considerado um dos primeiros a citar informações sobre as plantas medicinais brasileiras. A seguir aparecem as informações de Francisco Cysneiros Freire Allemão (1797-1874), que foi naturalista do Museu Nacional do Rio de Janeiro. O trabalho mais completo sobre botânica, publicado em 1843, foi o “Systema Material Medicae Vegetabilis Brasiliensis” de Karl Friederich Philipp Von Martius (1794-1868), que foi também editor da “Flora Brasiliensis”. Entretanto, essa foi considerada a primeira publicação sobre este assunto no Brasil. Martius ainda relata que “As plantas brasileiras não curam apenas, mas fazem milagres” (Klein, 1981).

No Brasil, até a metade do séc. XX, as plantas eram utilizadas na cura de inúmeras doenças. Com o advento da industrialização, da urbanização e avanço

da tecnologia voltada à elaboração de fármacos sintéticos, a utilização desses medicamentos aumentou muito principalmente na população de maior poder aquisitivo, diminuindo a utilização de plantas medicinais (Tomazzoni *et al.*, 2006).

O interesse pelas plantas medicinais no Brasil se intensificou na década de 1980, onde a alta dos custos dos medicamentos fez com que uma parcela da população voltasse a usar plantas medicinais no sentido de minorar seus problemas de saúde. Assim, o comércio de plantas medicinais tornou-se um suporte para muitas famílias pobres multiplicando-se tanto nas pequenas quanto nas grandes cidades (Brandão, 1994).

Di Stasi (1996) relata a importância das pesquisas com plantas medicinais na procura por novos medicamentos, e destaca que a busca de informações deve ser realizada nos grupos étnicos mais isolados das regiões rurais e indígenas.

O Brasil possui uma das maiores diversidades biológicas e sua flora possui aproximadamente 50 a 56 mil espécies de plantas superiores descritas. O bioma cerrado ocupa aproximadamente 22% do território brasileiro que se estende por vários outros estados, mas a maior diversidade biológica está na floresta amazônica (Pires, 1999). Hoje o cerrado sofre com a devastação em decorrência das carvoarias, desmatamento, a monocultura de soja e isso provoca também reflexos na flora, com muitos animais perdendo o seu *habitat*, ou seja, o seu espaço de sobrevivência (Ortencio, 2006).

O potencial medicinal do cerrado goiano é conhecido historicamente por populações indígenas, como também pela sociedade sertaneja, os quais têm seus conhecimentos passados de geração para geração. Assim a medicina do sertão é formada pela cultura indígena, pelos colonizadores portugueses e pelos escravos africanos (Ribeiro, 1999).

Estudos mostram, entre as plantas medicinais mais comuns do cerrado, a buchinha (*Luffa operculata* Cogn.) com ação antiinflamatória e abortiva, o jaborandi do cerrado (*Pilocarpus trachylophus*), a arnica (*Lychnophora ericoides* Mart.) como anestésica, o barbatimão (*Stryphnodendron adstringens* Mart.), com atividade cicatrizante, a mama cadela (*Brosimum gaudichaudii* Trécul.) utilizada no tratamento do vitiligo, o ipê roxo (*Tabebuia avellaedae* Lor.) com atividade antitumoral, a pata de vaca (*Bauhinia* sp.) é hipoglicemiante, o sene (*Cassia angustifolia* Vahl.) como laxante, o assa-peixe (*Vernonia ferruginea* Less.), o chapéu de couro (*Echinodorus* sp.) com indicações para tratamento do reumatismo, afecções cutâneas, doenças renais, das vias urinárias e problemas hepáticos (Teski & Trentini, 2001; Morais, 2005). No entanto, estas plantas ainda precisam de mais estudos farmacológicos e toxicológicos para maior segurança dos usuários.

O cerrado é considerado um dos ecossistemas com a maior diversidade bioquímica, pois pode fornecer substâncias químicas como esteróides e terpenóides, de grande emprego na indústria farmacêutica, por apresentar semelhança ao colesterol, hormônios sexuais (progesterona e testosterona) e também a cortisona (Tech, 1995).

As populações sertanejas sempre valorizaram seus conhecimentos sobre os recursos medicinais, especialmente devido aos resultados não satisfatórios (efeitos colaterais, falsificações e poluição ambiental) dos medicamentos das indústrias farmacêuticas e ao preço mais acessível para a população de baixo poder aquisitivo para conseguir seus medicamentos. Assim, empresas farmacêuticas se interessam em se apropriar do saber indígena quanto do conhecimento sertanejo sobre as plantas medicinais, visto que a tradição na

medicina popular em fazer as “garrafadas” contendo várias ervas ainda é praticada. (Ribeiro, 1999).

A medicina popular ou caseira se diferencia da medicina convencional por esta ser originária da observação e das experiências. Possuem características de uma cultura milenar, que herdou esses conhecimentos e costumes das primeiras sociedades humanas. A linguagem destas populações que vivem mais distantes das cidades, dos recursos, é diferenciada, mas esse conhecimento deve ser valorizado e, no entanto, pode contribuir na medicina científica. Entre eles ainda são encontrados o rezador, o benzedor, o médico espiritual, o pai-de-santo, o curador ou o curandeiro. São pessoas leigas que transmitem oralmente, de geração a geração, as formas curativas de seus antepassados, como forma de sobrevivência humana (Vieira, 1985). Além disso, a medicina popular é uma prática de cura, que aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas e, também, é uma forma de resistência política e cultural (Oliveira, 1985).

Em Goiás, aspectos culturais decorrentes de uma economia predominantemente agro-pastoril e a diversidade medicinal da região do cerrado, contribuíram para a utilização de plantas medicinais pela população.

No Estado de Goiás encontram-se diversas espécies de plantas medicinais, sendo algumas delas bastante utilizadas como é o caso do fruto da cagaita empregado como laxante, se consumido depois de fermentado ao calor do sol; as folhas do caju, que possuem efeito antidiarréico; o vinho extraído do tronco do jatobá ou sua resina servem como antibronquítico; o pó do fruto da lombeira usado no controle do diabetes; o chá ou a pomada da mama cadela, usada contra o vitiligo (despigmentação da pele); e a polpa do pequi e a pimenta-de-macaco, utilizada na prisão de ventre e cólica renal (Almeida, 1998).

No município de Hidrolândia/GO, plantas são utilizadas na tecelagem artesanal e preparação de remédios caseiros, como: as favas de sucupira usadas na medicina caseira para problemas de garganta, estômago, coluna e reumatismo; a sangra-d água é utilizada para pressão baixa (hipotensão) e soluço; o açafraão é utilizado contra gripe e dor de garganta, o anil como antiabortivo; os frutos do urucum na forma de chás são usados para combater gripes, resfriados, bronquite, asma e também como expectorante; o mentrasto em forma de chá de folhas é usado para cólica menstrual e intestinal em crianças; a goiabeira é usada na diarreia; a aroeira é usada como remédio caseiro para *desanda* (diarreia); do jatobá se usa o emplasto da resina moída para consolidar ossos fraturados (Garcia, 1983).

Pequenos agricultores da zona rural goiana cultivam algumas espécies para uso medicinal e espécies frutíferas usadas na alimentação e para o pequeno comércio, visando complementar a renda familiar. É desse modo que nas cidades do interior a figura do “raizeiro” se tornou bastante comum e muito procurado pela população, principalmente a de baixa renda, em busca de plantas e raízes medicinais que sirvam de remédio (Ifas, 2001). Em Goiânia, além do “raizeiro”, que geralmente vende remédios já preparados à base de plantas – as conhecidas “garrafadas”-, destaca-se a existência de bancas que comercializam plantas e ervas medicinais e até remédios já preparados em feiras livres, mercados municipais, praças e avenidas (Tresvenzol *et al.*, 1997 *apud* Moraes *et. al.*, 2005).

Segundo Brandão (1994), no comércio das cidades interioranas de Minas Gerais, muitas plantas medicinais para o mesmo problema de saúde, são vendidas em um mesmo amarrado. Nesse comércio as plantas são vendidas, pelos nomes populares, desconhecendo-se sua identificação botânica. Muitas

vezes o vendedor é apenas um receptor e/ou intermediário, sendo o material coletado por trabalhadores rurais ou extrativistas.

Estudos constataram que na cidade de Goiânia, algumas plantas medicinais comercializadas não estão descritas na literatura, portanto estas plantas não apresentam estudos farmacológicos e toxicológicos, sendo consumidas pela população baseada apenas no conhecimento popular (Moraes *et al.*, 2005). O comércio informal de plantas medicinais na capital goiana e cidades próximas mostra a importância dos raizeiros para a população, principalmente a de baixo poder aquisitivo. Entretanto nos últimos anos algumas pessoas procuram essa atividade em função da falta de emprego, possuindo pouca ou nenhuma experiência formal com plantas medicinais (Tresvenzol *et al.*, 2006).

2.2. O Desenvolvimento da Fitoterapia

Conforme descreve Oliveira e Akissue (2000), o termo fitoterapia é formado por dois radicais gregos: phyton, que significa planta, e therapia, que significa tratamento, assim fitoterapia é o método de tratamento de enfermidades que emprega vegetais frescos drogas vegetais ou extratos vegetais preparados com essas matérias-primas.

No Brasil como no mundo, a fitoterapia foi uma peça de grande importância terapêutica até meados do século XIX. A partir daí foi perdendo espaço para os fármacos obtidos por síntese com ação farmacológica mais específica. Assim, as plantas medicinais passaram a ser empregadas no Brasil como terapia alternativa, a exemplo do que acontece em outros países em desenvolvimento, onde aproximadamente 70 a 80% da população não tem acesso à assistência

médica-farmacêutica, (Sarti & Carvalho, 2004).

Atualmente, o tema relacionado às plantas medicinais tem sido de interesse multidisciplinar, estudado em várias áreas acadêmicas como a Botânica, a Farmacologia, a Agronomia, a Ecologia, a Química e outras.

Na década de 1970, a fitomedicina adquiriu relevância na América Latina. A partir daquele momento configurou-se a chamada era pós-industrial, na qual surgem diversos movimentos em defesa da ecologia, da biodiversidade, da preservação dos recursos naturais e aproveitamento racional das plantas medicinais para promover a saúde dos homens, em oposição ao modernismo dos produtos químicos. Assim, ocorreu um revivamento e revalorização do conhecimento etnocultural de cada região, buscando resgatar o uso de plantas medicinais como alternativa de tratamento de diversas doenças, buscando-se minimizar a dependência da farmacologia moderna (Alonso, 1998).

Embora nas últimas décadas esse tipo de tratamento vem sendo cada vez mais procurado por pessoas de nível sócio-econômico privilegiado, são as populações pobres que mais recorrem às ervas medicinais para o cuidado com a saúde, atraídas por seu baixo custo. Essa é uma realidade constatada também em outros países em desenvolvimento (Ribeiro, 1999).

Outros fatores importantes relativos à fitoterapia foram: o aumento das informações dos constituintes ativos e farmacologia dos fármacos vegetais e grande número de ensaios clínicos sobre medicamentos à base de plantas; o surgimento de novas formas farmacêuticas e outros tipos de administração de medicamento à base de plantas; o desenvolvimento de métodos analíticos que asseguram melhor controle de qualidade, tanto da matéria-prima como dos próprios medicamentos; o aumento da à automedicação, beneficiando os

produtos fitoterápicos, por serem em geral menos tóxicos e menos agressivos na administração; a elaboração de medicamentos fitoterápicos com qualidade, eficácia e segurança por laboratórios; a existência de legislação adequada, respaldando os medicamentos fitoterápicos na maioria dos países desenvolvidos (Cunha *et al.*, 2003).

Em vista dos benefícios que as plantas medicinais apresentam, existe uma crença de que os remédios delas derivados não possuem substâncias tóxicas ou não fazem mal, o que não é verdade. Existe a probabilidade de que substâncias químicas, metabólitos secundários, provavelmente produzidos pela planta para proteção contra vírus, bactérias, fungos e animais predadores possam ser tóxicos para o homem. Essas substâncias podem provocar carcinogênese, toxicidade hepática, neurológica e renal, pois muitas ainda não foram objeto de investigação científica (Landman, 1989; Fonseca & Pereira (2004). Desse modo, o uso popular de plantas medicinais requer maiores cuidados.

Estudos alertam para a existência de plantas medicinais com constituintes químicos de alta toxicidade, como é o caso de alguns alcalóides (curarina, estricnina, morfina) e outras substâncias que em doses elevadas podem ser letais. Em vista desses riscos, farmacêuticos, médicos e outros profissionais da saúde precisam ter conhecimento da qualidade, segurança e eficácia dos princípios ativos das plantas utilizadas, tanto para orientar os pacientes acerca do uso correto dos remédios fitoterápicos como para uma prescrição adequada dos mesmos (Cunha *et al.*, 2003).

De acordo com Lorenzi & Matos (2002), plantas medicinais contendo substâncias tóxicas são utilizadas popularmente, sendo que algumas dessas substâncias têm efeito acumulativo e são desaconselhadas para uso interno. Os

alcalóides pirrolizidínicos são considerados cancerígenos e hepatóxicos, o que pode causar cirrose. Como exemplo, o confrei (*Symphytum officinale*) quando usados por tempo prolongado. Apesar dos aspectos toxicológicos não se pode deixar de reconhecer seu valor curativo, pois o confrei usado externamente em contusões e ferimentos tem ação cicatrizante e pode auxiliar no tratamento do reumatismo. Outro exemplo é o fedegoso (*Heliotropium indicum* L.), mas que em doses adequadas tem ação antipirética e antiinflamatória.

2.3. As Plantas Medicinais na Saúde Pública

Desde 1976, a Organização Mundial da Saúde - OMS vem incentivando a utilização de terapias “alternativas”, também denominadas populares ou “tradicionais”, no tratamento de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Na Conferência de Alma Ata realizada na ex União Soviética, em 1978, foi recomendada formalmente que esses países procurassem aplicar dentro de suas políticas os conhecimentos da medicina tradicional. Essa recomendação teve a finalidade de proporcionar outras formas terapêuticas nos serviços de saúde, para minimizar a crise da medicina moderna (Queiroz, 2003).

Na mesma Conferência, a OMS declarou que a medicina tecnológica era incapaz de resolver os problemas de saúde que, na época, atingiam dois terços da humanidade e reivindicou dos governos de todos os países em desenvolvimento a melhoria da ação médica voltada às populações carentes, inclusive com utilização de recursos da medicina tradicional de cada país e uso de remédios naturais. Essas recomendações foram feitas sob o tema: “Saúde para todos no ano 2000” (Luz, 2003).

Segundo estudo realizado, grande parte da população idosa é usuária do

serviço de saúde, tanto público como privado. Nos países desenvolvidos o uso do serviço de saúde pelos idosos, ou seja, com idade maior ou igual a 65 anos é três ou quatro vezes maior em relação aos países em desenvolvimento. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, relativos ao final da década de 1990, aproximadamente 50% dos idosos no Brasil possuem renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo (IBGE, 1998), e o gasto médio mensal com medicamentos comprometia cerca de um quarto da renda da metade da população idosa brasileira. Visto que essa realidade não mudou muito nos últimos anos é a necessidade de políticas públicas para melhorar o acesso da população idosa aos serviços de saúde e aos medicamentos (Lima-Costa *et al.*, 2003).

Sistemas de saúde baseados em alta tecnologia hospitalar se tornaram excessivamente caros e ineficientes, principalmente para um país em desenvolvimento como o Brasil. Essa situação confunde-se com a crise administrativa e a crise da medicina, motivando a procura por práticas alternativas (Queiroz, 2003).

Outro aspecto que tem comprometido a qualidade do atendimento na saúde pública é a relação médico/paciente, geralmente fria e distante, o que na medicina convencional isto já é percebido. Esse fato pode comprometer o tratamento do paciente, pois uma vez que não há empatia entre médico/paciente, o paciente passa a não confiar no tratamento. Assim, a busca da confiança mútua é um dos elementos importantes para a cura, e reflete a ética na prática médica (Luz, 2003).

Todos esses aspectos precisam ser relevados nas políticas públicas voltadas para a saúde. De acordo com Lefevre & Lefevre (2004), as políticas

públicas saudáveis foram discutidas na Conferência Internacional em Promoção da Saúde realizada em Ottawa – Canadá, em 1986. A partir de então foram sugeridas políticas públicas destinadas ao sistema de saúde que atraíssem a confiança da população, de modo a oferecer-lhe melhores condições assistenciais. A saúde passou a ser declarado um direito do homem, condição fundamental para uma vida saudável, devendo ser assegurada como elemento de justiça social.

A formulação de políticas públicas saudáveis requer que diversos setores do governo considerem a saúde como uma questão social essencial. Assim, essas políticas, além de atribuírem um novo conceito à saúde, necessitam que o Estado se comprometa de forma mais efetiva com a questão saúde-doença e bem estar humano (Lefevre & Lefevre, 2004).

No âmbito das políticas públicas atuais, a utilização de plantas medicinais tem dado sua contribuição nos programas de saúde primária como alternativa terapêutica, cuja relevância está relacionada à sua eficácia, baixo custo e fácil acesso da população. Esse programa tem mostrado resultados positivos no atendimento às populações com carência na assistência médico-farmacêutica nas áreas mais pobres da Região Nordeste, na cidade de São Paulo e em cidades do Centro-Oeste. Entre os resultados esperados, além de melhoras no estado geral da saúde de centenas de pessoas, está a redução do número de óbitos (Matos, 1994).

Castro & Malo (2006), ressaltam que entre 1960 e 2000, nasceram no Brasil 107 milhões de pessoas, destas 55,3% habitavam em zonas rurais em 1960, já no ano 2000, devido ao êxodo rural, esta quantidade caiu para 18,7%. Assim, o sistema de saúde pública precisa se adequar à nova realidade, e para

isso é preciso que haja mais investimentos e seriedade nas políticas públicas. Uma proposta é inserir de forma mais efetiva as práticas fitoterápicas e uso de plantas medicinais nos postos de saúde, como foi proposto pelo Governo Federal, para minimizar os sofrimentos da população que recorre ao sistema público de saúde.

De acordo com Barata (1997), a população da zona rural brasileira assim como os indígenas são grandes conhecedores das plantas medicinais e utilizam dezenas de plantas como remédio para tratar seus problemas de saúde. Com isso, a medicina alternativa teve importância para resgatar esse conhecimento, e não passou muito tempo para que a demanda por fitoterápicos demonstrasse uma força que atraiu a atenção dos grandes laboratórios farmacêuticos. O mercado desses produtos tem mostrado um crescimento significativo, bem acima de mercado de produtos farmacêuticos convencionais.

O mercado de plantas medicinais, como esclarece a Organização Mundial da Saúde (OMS/2000), é de meio trilhão de dólares no mundo, e chega a movimentar no Brasil aproximadamente US\$ 260 milhões anuais. Afirma o relatório do IBAMA, que em 1998 chegaram a ser exportadas 2.842 toneladas de plantas medicinais, destas 1.531 toneladas foram para os Estados Unidos e 1.466 toneladas para a Alemanha. No Brasil, os maiores exportadores são: Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso. Isso tem significado riscos para a flora e algumas plantas medicinais estão ameaçadas de extinção, como: gravatá, bromélia, pau-rosa, marmelinho, mama-cadela, inharé, pequi, ipecacunha (ipeca), pau-óleo (óleo de copaíba), faveiro, favela, cumarú (emburana), catuaba, jatobá, carobinha, canela preta, canela de sassafrás, imbuia, jaborandi, barbatimão, barbatimão verdadeiro, mogno, ipê-roxo (pau-

dàrco-roxo), ipê-amarelo, ipê tabaco e ipê-preto (UFV, 2004).

Considera-se que a maioria dos fitoterápicos fabricados no Brasil são produzidos e baseados apenas em informações populares, sendo poucos com comprovação farmacológica, clínica ou pré-clínica, o que leva a baixa competitividade desses produtos no país e internacionalmente (Cancelieri, 2003).

2.4. Relevância Sócio-Econômica das Plantas Medicinais

Como a grande maioria da população brasileira já está vivendo nas cidades, de pequeno, médio e grande porte, devido ao êxodo rural, milhares de pessoas convivem com os transtornos do trânsito, a poluição, a violência, a insegurança, a falta de saneamento básico e moradias adequadas, entre outros problemas, com reflexos negativos para a saúde. Diversas doenças decorrem dessas condições adversas como alergias, hepatite, diarreias etc. Embora na área de saúde os avanços sejam constantes, com a descoberta de novos medicamentos, formas de tratamento, ampliação das campanhas de vacinação, o custo da manutenção da saúde ainda é muito elevado para milhares de pessoas, além disso, os avanços não têm sido eficientes e/ou suficientes (Castro & Malo, 2006).

No Brasil, reconhecendo a relevância dos medicamentos fitoterápicos como fonte de inovação em saúde, como estratégia para ampliar as opções terapêuticas ofertadas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e como estratégia visando à melhora da atenção à saúde da população e a inclusão social, implantou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, instituída por meio da Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006. Essa política propõe a inclusão no sistema público de saúde de

práticas integrativas e complementares como a fitoterapia, homeopatia e acupuntura.

No âmbito da PNPIC, com a finalidade de estabelecer as diretrizes para a atuação do governo na área de planta medicinal e fitoterápico, elaborou-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que se configura como parte fundamental das Políticas de Saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social. O objetivo dessa Política é: “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2006).

Tendo em vista o crescente contingente de pessoas que utilizam remédios fitoterápicos, estabeleceram-se para as indústrias produtoras desses medicamentos, novos critérios para seu funcionamento, sendo o regulamento para o registro dos mesmos, regido pela Resolução RDC nº. 48, de 16 de março de 2004. As novas exigências desse instrumento legal são:

– A garantia de qualidade dos medicamentos fitoterápicos fabricados visa garantir ao consumidor da mesma quantidade da substância ativa, a padronização do controle de qualidade da matéria-prima dos próprios medicamentos.

– A comprovação da eficácia e segurança dos medicamentos fitoterápicos, para o qual as empresas terão três caminhos: a apresentação de um levantamento bibliográfico demonstrando eficácia e segurança de um produto, cujo uso seja comprovado por um período igual ou superior a 20 anos; a realização de testes clínicos em laboratórios e em seres humanos, a exemplo do

que acontece com produtos inovadores à base de substâncias sintéticas; a obtenção de uma determinada quantidade de pontos contados, a partir da apresentação de estudos publicados, de acordo com o estabelecido pela “lista de Referências Bibliográficas para avaliação de Segurança e Eficácia de Fitoterápicos”, publicada na Resolução nº. 88, de 20 de janeiro de 2004. Pode-se ainda optar pela “Lista de Produtos de Registro Simplificado” (Resolução RE nº. 89, de 20 de janeiro de 2004), para os que se dispensa a comprovação de eficácia e segurança (Revista Pharma Brasileira, 2004).

2.5. Histórico do Hospital de Medicina Alternativa em Goiás

O Hospital de Medicina Alternativa, unidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), foi criado para funcionar com práticas integrativas e complementares e também como um centro de pesquisa com práticas não convencionais ou alternativas (Boletim do HMA).

Cabe destacar que a concepção teórica dessas terapias caracteriza-se por uma abordagem do doente e não da doença, podendo-se dizer que elas se colocam, em contraposição à terapêutica alopática, cuja prioridade é a classificação patológica das doenças. Se por este motivo elas têm sido apontadas tradicionalmente como alternativas, hoje em dia, cada vez mais assumem o papel como terapêuticas complementares à alopatia (HMA).

A medicina Ayurvédica (indiana) é uma prática muito antiga e enfoca os conhecimentos ligados aos aspectos religiosos, psicológicos, antropológicos e médicos. Essa prática médica trabalha a prevenção de doenças graves bem antes que elas se manifestem e se tornem difíceis de serem curadas. E ainda, oferece soluções práticas para os problemas de saúde, sendo buscada por todas

as classes sociais (Barbosa, 1990). Assim a medicina Ayurvédica, em sua abordagem holística busca o equilíbrio humano, tratando o paciente como um todo.

A Ayurvédica considera as doenças como um desequilíbrio próprio do ser humano, com característica sócio-mental e hereditária. A recuperação ocorre com a própria reação do organismo por meio de dietas equilibradas, meditação, exercícios e com uso de plantas medicinais. Entretanto, a fitoterapia é empregada de forma mais acessível no sentido financeiro em relação à alopatia e tem uma ação menos agressiva (Barbosa, 1990).

O Estado de Goiás foi um dos primeiros estados a trabalhar com essas práticas na rede pública de saúde. O Hospital de Medicina Alternativa surgiu em agosto de 1986, através de um convênio entre a Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), hoje já extinta, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o Instituto Brasileiro Ciência e Tecnologia Maharishi (IBCTM). Neste período foi realizado em Goiânia o I Curso de Fitoterapia Ayurvédica, inédito no Brasil, formando médicos e farmacêuticos. Nos cursos posteriores outros profissionais foram treinados incluindo agrônomos, biólogos, nutricionistas e enfermeiros. Os médicos indianos capacitaram 170 profissionais da saúde.

Após a assinatura do referido decreto nº. 2.617/1986 que regulamentou a fitoterapia Ayurvédica em Goiás, surgiu à unidade de tratamento fitoterápico. A executora do programa foi a Secretaria de Saúde, por meio da OSEGO e Indústria Química do Estado de Goiás S/A (IQUEGO) e com apoio dos Ministérios da Previdência Social, Agricultura e Saúde, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural – EMATER/GO e Secretarias Estaduais da Agricultura e da

Educação.

Em fevereiro de 1987, no Centro Social Urbano do Jardim América, foi implantado o serviço de atendimento ambulatorial com um pequeno laboratório farmacêutico, ambos funcionando como estágio prático para médicos e farmacêuticos.

Em abril de 1988, o ambulatório de medicina Ayurvédica (como era denominado) escalou um importante degrau no organograma da extinta Osego, ao ser promovido a hospital especializado, uma unidade da SES-GO, sob a designação de Hospital de Terapia Ayurvédica. Sua localização física passou a ser em uma pequena ala do Hospital JK, que estava em processo de desativação, localizado na BR-153, Bairro Santo Antônio, onde funciona sua sede atual. Depois de algumas mudanças de nomes, passou a chamar-se Hospital de Medicina Alternativa, em agosto de 1988.

As matérias primas utilizadas na preparação dos medicamentos são na sua maioria cultivadas e manipuladas na Unidade do HMA, o que reduz os gastos do paciente e custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Além dessas plantas medicinais utilizadas no HMA, aproximadamente 80% delas são cultivadas no horto medicinal do próprio hospital e 20% são obtidas no comércio. Segundo informações do Instituto de Formação e Assessoria Sindical Rural (IFAS), é um projeto que atua no incentivo ao cultivo de plantas medicinais na região do Cerrado em Goiás, na busca da sustentabilidade humana e ambiental para pequenos agricultores que cultivam plantas medicinais as quais são vendidas para o HMA, o que constitui para esses trabalhadores uma fonte de renda. Na década de 1980, o crédito rural financiava 18 bilhões de dólares/ano aos pequenos agricultores, para o cultivo de plantas medicinais. Esse financiamento

sofreu redução significativa, passando para cerca de 8 bilhões de reais no início dessa década. Desse modo, o Programa de Apoio à Agricultura Familiar (PRONAF), deixou de contribuir com os pequenos agricultores e o hospital. Isso reflete a falta de empenho do governo, tanto em relação à melhoria das condições de vida desses trabalhadores como em relação à própria saúde da população (IFAS, 2001).

O HMA tem sido referência nesse tipo de tratamento atraindo pessoas de Goiânia, cidades do interior e de outros estados. O hospital atende somente pacientes no setor ambulatorial (SES-GO, 2007).

Estudo realizado quanto ao grau de satisfação entre os usuários do HMA, relatou que 95,6% aprovaram o atendimento no hospital (Ulhôa, 2008). Outra característica do hospital é o atendimento mais humanizado, onde o paciente é visto de forma holística, assim faz com que o profissional mantêm uma relação mais próxima, o que favorece o tratamento do paciente.

Para iniciar o tratamento as pessoas devem agendar no SUS, ou ir até a unidade e tentar encaixe quando houver desistência de um paciente. O HMA está vinculado à Secretaria Estadual de Saúde - SES, atendendo pacientes pelo SUS, que conta com mais de 160 funcionários, entre os quais estão médicos homeopatas, fitoterapeutas e acupunturistas (em 2006, eram 165 funcionários, sendo 16 médicos homeopatas e fitoterapeutas).

Segundo dados obtidos do HMA, em 2006 foram realizados 19.584 atendimentos, sendo 7.586 pacientes tratados com fitoterapia, 9.885 com homeopatia e 1.239 com acupuntura. Em 2007 foram realizados 19.358 atendimentos, sendo 7.191 pacientes tratados com fitoterapia, 10.109 com homeopatia, e 2.058 com acupuntura. E em 2008 foram 15.158 atendimentos,

sendo 4.741 com fitoterapia, 8.150 com homeopatia e 2.472 com acupuntura.

O Hospital de Medicina Alternativa conta hoje com atividades de educação em saúde através de uma equipe de profissionais de diversas áreas. O atendimento abrange as seguintes especialidades: Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Quiropraxia, Farmácia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Biologia e Agronomia. Os medicamentos prescritos são manipulados por farmacêuticos do próprio HMA e entregues aos pacientes gratuitamente.

A manipulação dos fitoterápicos se encontra suspensa para uma adequação do laboratório de fitoterapia conforme as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e para isso aguarda os repasses do Governo Estadual. A farmácia fitoterápica está interdita desde 08/06/2006. Com a interdição da farmácia fitoterápica, muitos pacientes ficam sem receber os medicamentos, o que dificulta o tratamento dos pacientes de baixo poder aquisitivo. Assim os medicamentos fitoterápicos são manipulados em outras farmácias. Porém os medicamentos homeopáticos continuam sendo manipulados no HMA.

A realização deste trabalho deve-se à carência de estudos sobre a população que recorre ao tratamento com terapias integrativas e complementares. Assim, a pesquisa “Identificação e distribuição geográfica da população usuária do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia: uma questão social e/ou cultural?” permitirá aprofundar o conhecimento sobre essa população, suas características sócio-econômicas, o motivo que a levou a buscar essas práticas bem como o conhecimento que possui sobre plantas medicinais, além de fornecer conhecimento para subsidiar Políticas Públicas de Saúde.

A saúde pública em Goiânia, como em todo o país, vem passando por fortes transtornos em decorrência da falta de profissionais (acredita-se que seja pelos baixos salários), medicamentos, equipamentos e materiais hospitalares. Os CAIS por estarem sobrecarregados e enfrentarem a burocracia a burocracia e falta de estrutura, às vezes não conseguem atender a demanda crescente e, as perspectivas de melhora são poucas. Devido à crescente demanda da população por serviços de saúde, tem aumentado em Goiânia o número de clínicas que oferecem tratamentos não-convencionais, assim como o número de farmácias que vendem medicamentos e “produtos naturais” e estabelecimentos informais onde são encontradas plantas medicinais.

A falta de medicamentos no sistema público de saúde tem constituído num sério problema enfrentado pela população, especialmente quando se trata de medicamentos essenciais para a manutenção da saúde e mesmo da vida dos pacientes. Em outubro de 2007, o jornal *O Popular* notificou a falta de 57 tipos de medicamentos no CAIS Juarez Barbosa, considerado referência na distribuição dos medicamentos mantidos pelo Serviço Único de Saúde – SUS. De acordo com informações no parecer emitido pela Câmara Municipal de Goiânia, o problema não atinge apenas os medicamentos de alto custo, mas também básicos (Drummond, 18/10/2007). Essa realidade gera descontentamentos na população que, em muitos casos, recorre ao tratamento com terapias integrativas e complementares.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar o perfil da população usuária do Hospital de Medicina Alternativa (HMA) da Secretaria Estadual de Saúde e a sua relação com as plantas medicinais.

3.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil sócio-econômico da população usuária do HMA;
2. Identificar a região de moradia da população usuária do HMA;
3. Identificar os fatores que levam o paciente a procurar o HMA para a realização do tratamento;
4. Identificar se os pacientes possuem tradição na utilização de plantas medicinais.

4. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Esse estudo é de caráter quanti-qualitativo, foi desenvolvido na HMA, e a pesquisa de campo foi realizada no período de novembro a dezembro de 2008, quando ocorreram os primeiros contatos com a Direção do Hospital de Medicina Alternativa (HMA), na pessoa do Dr. Nestor Carvalho Furtado e, após a análise do projeto deu seu consentimento e apoio à pesquisa. O estudo foi realizado com pacientes do HMA, órgão da Secretaria Estadual de Saúde (SUS), localizado à BR 153 km 08, no Bairro Santo Antônio, Goiânia-GO.

A figura 1 representa o mapa das Regiões do Município de Goiânia e a localização do HMA:

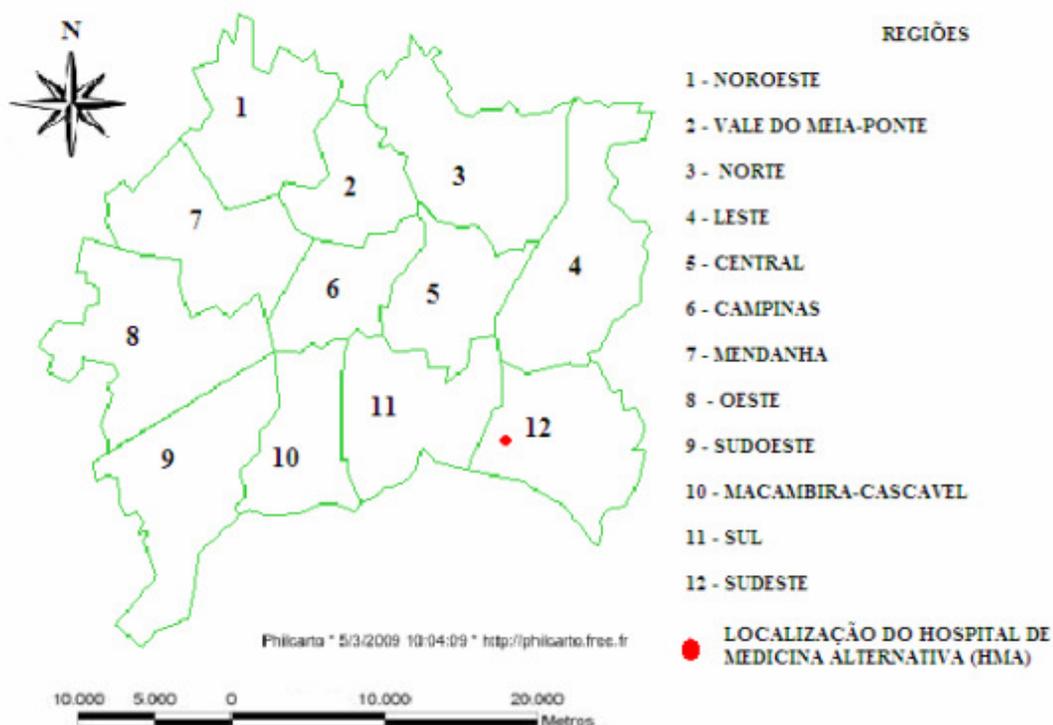


Figura 1. Regiões do município de Goiânia e localização do Hospital de Medicina Alternativa (HMA).

A Figura 2 representa o mapa dos Municípios da região metropolitana de Goiânia e localização do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia:



Figura 2. Municípios da região metropolitana de Goiânia e localização do Hospital de Medicina Alternativa (HMA).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás e aprovado (Anexos A e B). Todos os participantes da pesquisa receberam as informações e esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, sua metodologia e a garantia de confidencialidade, e os que estavam de acordo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B).

Trata-se de uma pesquisa transversal quanti-qualitativa, realizado junto a uma amostra aleatória proporcional da população com idade superior a 18 (dezoito) anos, que se encontrava em tratamento no HMA. O grupo de estudo foi composto por 302 pacientes que se consultaram nas seguintes especialidades

médicas: Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura, Quiropraxia, além de outras especialidades como: Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fonoaudiologia, Enfermagem e Fisioterapia.

Godoy (1995) afirma que, a pesquisa quantitativa procura seguir com rigor um plano previamente estabelecido baseado em variáveis que são objeto de definição operacional, enquanto a pesquisa qualitativa costuma focalizar no seu desenvolvimento. Porém não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumentos estatísticos para análise dos dados.

O estudo foi realizado em três etapas. A primeira etapa da pesquisa consistiu na coleta de dados no mapa de produção/estatística do HMA, como quantidade de pacientes consultados mensalmente, referente ao período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008, com a finalidade de identificar o número de pessoas que demandam o tratamento no HMA.

Na segunda etapa foi aplicado, à população de estudo, um formulário com questões abertas e fechadas nos meses de novembro e dezembro de 2008, com as variáveis relacionadas ao nível de instrução, idade, profissão, renda familiar, local de moradia (bairro) e a razão pela qual recorreram ao tratamento no HMA (Apêndice C), tipos e conhecimento sobre plantas utilizadas, modo de preparo das plantas medicinais. Os formulários foram testados e validados a partir da pesquisa piloto, junto a 13 pacientes e a seguir aplicados pelo pesquisador com duração média de 20 minutos cada, durante quatro semanas consecutivas. Os pacientes responderam as questões do formulário na sala de espera e corredores do HMA, no período matutino e vespertino.

Na terceira etapa foram realizadas entrevistas por saturação de informações. A seleção dos 9 entrevistados foi intencional, a medida que eles

respondiam os formulários e apresentavam indícios de ampliar as informações. O pesquisador realizou as entrevistas orientadas por um roteiro pré-definido (Apêndice D). Estas entrevistas foram gravadas em fitas cassete, transcritas de forma fiel (como foi falada pelo paciente) e, as informações organizadas e codificadas a partir de variáveis identificadas. Realizou-se, posteriormente, a leitura reflexiva dos discursos dos entrevistados considerando as variáveis previamente definidas/identificadas para o presente trabalho possibilitando identificar elementos importantes da história e condição atual de cada paciente do HMA.

A princípio foram realizadas 9 entrevistas. Esse número poderia ser modificado caso não atendessem ao princípio de saturação de informações, que sugere continuação do processo de entrevistas ou questionamentos até que as informações começassem a se repetir continuamente como se estivessem saturadas as respostas possíveis (Quivy & Campenhoudt, 1992; Haguette, 1987). Esse número não necessitou ser modificado por ter havido a devida saturação de informações resultantes das entrevistas.

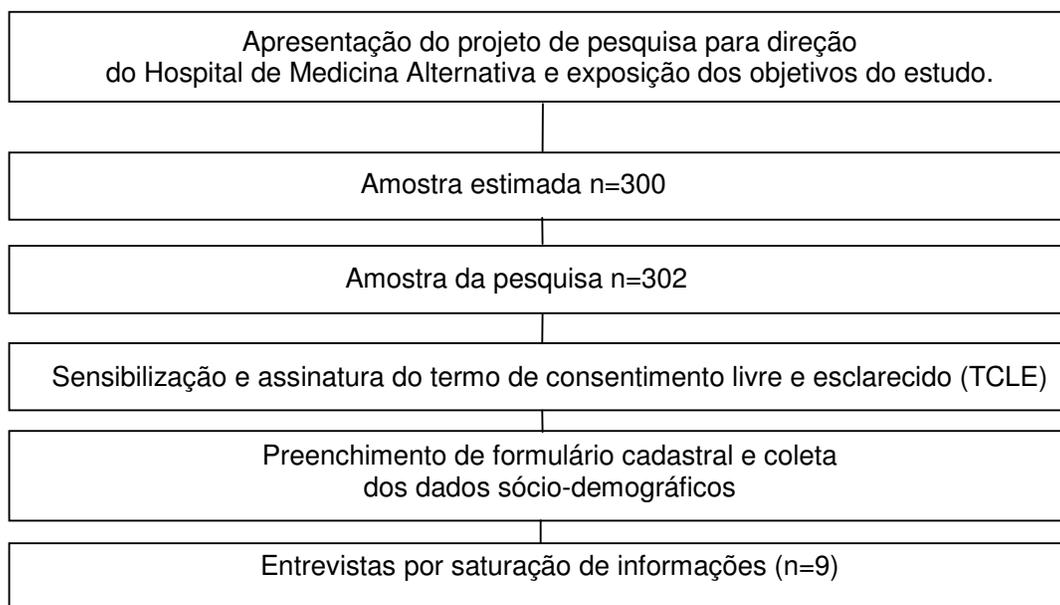
Os entrevistados foram identificados por meio de código com as letras iniciais de seus nomes, indicadas quando forem citados seus discursos. As fitas cassete serão guardadas sob sigilo institucional por um período de cinco (5) anos, e em seguida destruídas. Das entrevistas, cinco foram gravadas em residências e quatro no HMA.

Conforme afirma Camargo (1984), o uso dos relatos de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”, constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si. Os dados quantitativos, gerados a partir dos formulários respondidos, foram correlacionados

com as informações da pesquisa qualitativa, baseada nos relatos de vida, e constituíram elementos indispensáveis para uma abordagem bem ampla, reforçando a concepção de que a questão da saúde é também uma questão social.

Os dados coletados a partir dos formulários foram tabulados por meio dos programas Excel e Word e, posteriormente, cruzados com as informações obtidas nas entrevistas e demonstrados em tabelas, mapas e ilustrados com o discurso dos pacientes. Os dados e informações obtidos constam no capítulo referente aos resultados e discussão.

4.1. Protocolo Geral



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados e informações obtidas neste estudo através do preenchimento dos formulários os resultados foram organizados em tabelas. Durante a análise das entrevistas transcritas, alguns aspectos da fala dos pacientes entrevistados foram evidenciados e relevantes como: o uso das plantas medicinais, o tratamento no HMA e motivo da procura pela prática terapêutica não-convencional.

Os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos utilizados foram discutidos e relacionados com a literatura consultada.

O número total de pessoas pesquisadas foram 302 e, dentre elas, a grande maioria era constituída de pessoas do sexo feminino (79,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa de novembro a dezembro de 2008.

Variáveis	Ocorrência	Frequência %
Sexo		
Feminino	241	79,8
Masculino	61	20
Idade (anos)		
18-29	31	10,3
30-39	59	19,6
40-49	72	23,9
50-59	91	30,1
60-69	34	11,2
70-79	14	4,6
Acima de 80	01	0,3
Cor / raça		
Branca	283	60,6
Negra	03	1,0
Parda	108	35,8
Outra (morena)	08	2,6

Continua...

Tabela 1. Continuação

Estado civil		
Casado (a)	176	58,2
Solteiro (a)	68	22,5
Separado (a)	33	11,0
Viúvo (a)	24	8,0
Amasiada	01	0,3
Escolaridade		
Não alfabetizado (a)	03	1,0
1º grau	121	40,0
2º grau	123	40,7
Ensino superior	55	18
Residência		
Própria	235	77,8
Alugada	44	14,6
Cedida	23	7,6
Renda individual (salários mínimos)		
Até1	69	22,9
De 2 a 3	116	38,4
De 4 a 5	46	15,2
De 6 a 7	14	4,6
Acima 7	15	5,0
Não respondeu	42	13,9
Renda familiar (salários mínimos)		
Até 1	58	19,2
De 2 a 3	138	45,7
De 4 a 5	51	16,8
De 6 a 7	22	7,3
Acima de 8	27	9,0
Não respondeu	06	2,0
Total	302	100

Straus (2005) esclarece que sistemas médicos alternativos têm como função prevenir e tratar o paciente. Os maiores consumidores da medicina alternativa são mulheres e aqueles que nasceram após a segunda guerra mundial. Segundo fontes de informações confiáveis para o profissional e paciente, a procura por essa forma de tratamento está aumentando. Informações de banco de dados como o *pubmed* da National Library of Medicine, expõe cerca de 250.000 artigos relacionados à medicina alternativa.

Dias (1999) relacionou as diferenciações do conhecimento e uso entre os sexos, com as atividades diárias desempenhadas pelos moradores, pois, em suas pesquisas, na maioria das famílias entrevistadas, a mulher era a responsável pelo cultivo e preparo das plantas medicinais, assim como na alimentação e cuidados com as crianças e pessoas quando doentes.

Segundo Silva (2003) estudo realizado com a utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família, no município de Maracanaú, Ceará, observou-se 85,4% da população pesquisada eram do sexo feminino. Outras pesquisas relatam que esses dados são esperados, o que provavelmente está relacionado às concepções sociais e culturais, onde o homem possui menos tempo e dedicação aos cuidados de sua saúde, enquanto que as mulheres são consideradas mais frágeis e com maior predisposição a doenças (Campelo, 2001; Canesqui, 1992 apud Silva, 2003).

Cesarin *et al.* (2005) cita o envolvimento da mulher no processo de cura e que ao mesmo tempo é usuária de práticas populares, dentre a família ela é a divulgadora das práticas alternativas em saúde, além de possuir experiências na utilização. Assim, as mulheres procuram mais assistência médica em qualquer tipo de terapia em relação aos homens.

A faixa etária dos usuários predominou entre 30 e 59 anos (73,6%). Yen *et al.* (2007), relata em seu estudo que o número de pessoas que utilizam plantas medicinais na faixa etária entre 50 a 75 anos corresponde a 95%, e os pesquisados se dizem ter maior conhecimento sobre as mesmas, o que pode justificar a preferência por essa prática terapêutica. Amorim (1999) apud Silva (2003) cita que nas crescentes faixas etárias acima de 40 anos, as pessoas dificilmente deixam os costumes ou crenças que receberam de seus familiares e

de suas gerações.

Assim, a razão da procura crescente pelas práticas terapêuticas integrativas com aumento da faixa etária se deve à maior susceptibilidade aos problemas de saúde das pessoas em decorrência da idade, em especial as doenças crônicas o que as leva à procura por tratamento com essas práticas integrativas. Além disso, a utilização de plantas medicinais faz parte da herança cultural da população o que a torna uma prática aceita por pacientes nessa faixa etária.

Em relação à cor da pele, verificou-se que 60,6% (Tabela 1) dos pacientes de cor branca foram à maioria em relação aos demais grupos, visto ser maior o contingente de pessoas brancas.

Entre as pessoas pesquisadas, 58,2% são casadas (tabela 1). Acredita-se que uma das razões que explica esse número é a preferência pelas práticas alternativas com forma de cuidar da saúde da família sem comprometer, ao mesmo tempo, o orçamento familiar.

Com relação ao nível de instrução dos pacientes entrevistados, 40% possuem o 1º grau e 40,7% o 2º grau (Tabela 1). O nível de escolaridade da população pesquisada no HMA é considerado baixo. Estudos com plantas medicinais em Porangatu-GO, mostram que o grau de escolaridade dos informantes está relacionado com o nível sócio-econômico e faixa etária, embora o uso seja feito por pessoas de diferentes graus de escolaridade (Tridente, 2002).

Grande parte das pessoas que utilizam do sistema público de saúde é de baixo nível de instrução, mas há usuários com curso superior, o que demonstra o interesse pelas práticas consideradas mais “naturais” (Silva, 2003). Os pacientes com curso superior que procuram o HMA geralmente possuem as maiores rendas

dentre os pacientes pesquisados. Assim, a opção dessas pessoas pelo HMA significa aumento do interesse por práticas terapêuticas não convencionais.

Do total da população pesquisada, 22,9% têm renda individual de até 1 salário mínimo e 38,4% ganham de 2 a 3 salários mínimos. A renda familiar para 45,6% da população de estudo foi de 2 a 3 salários mínimos, enquanto 19,2% ganham até 1 salário mínimo (Tabela 1).

A renda individual das pessoas que procuram por atendimento no HMA é considerada baixa, pois, o maior número desses pacientes ganha de dois a três salários. Porém não só as pessoas de baixo poder aquisitivo procuram por práticas integrativas complementares para realizar seus tratamentos, visto que entre os entrevistados, 5% declararam renda individual superior a 7 salários mínimos. Em relação à renda familiar, 9,0% declararam que esta é superior a 8 salários mínimos.

Estudo realizado por Rizzo *et al.* (1990) relata que o uso de plantas medicinais é feito independentemente das condições socioeconômicas, pois, mais de 80% da população fazia uso de plantas como medicamentos. No entanto, acredita-se que a questão econômica talvez não seja a razão suficiente para o desaparecimento da procura por essa prática integrativa.

Os pacientes que procuram o HMA são de todas as classes sociais. Mas dados revelam que vem aumentando a quantidade de pessoas de médio poder aquisitivo nos centros de atendimento de saúde, como é o caso do HMA, sendo que estes pacientes recorriam aos consultórios particulares. Segundo Campello (2001) as pessoas estão tendo mais dificuldade para pagar as consultas particulares devido aos altos custos, as quais vêm sentindo os reflexos socioeconômicos. No entanto o nível de instrução está vinculado ao poder

aquisitivo dos pacientes pesquisados.

As práticas alternativas como as plantas medicinais, fitoterápicos, homeopatia e acupuntura, estão sendo utilizadas por todas as camadas sociais e não apenas nas áreas rurais, mas também nas regiões urbanas, além de serem de fácil acesso e ainda de baixo custo.

Dentre os pacientes pesquisados, o maior número reside em Goiânia e Região Metropolitana (59%). Aparecida de Goiânia apresenta o maior índice de pacientes (39%). Supõe-se que estes pacientes procuram pelo hospital devido ele estar localizado num setor próximo ao município. Os que residem em outras cidades do Estado de Goiás correspondem a 1,2% e 0,6% moram em outros estados (Pará e Rio Grande do Sul). Acredita-se que o motivo do deslocamento desses pacientes que residem distantes do hospital seja pelo resultado, eficácia e satisfação com o tratamento realizado. O descontentamento em outras unidades de saúde pública ou falta de alternativas terapêuticas nestas regiões pode ser uma motivação para que as pessoas procurem o HMA (Tabela 2 em Anexo).

Distribuindo-se a população entrevistada por regiões do município de Goiânia, constatou-se, em relação ao nível de instrução, o seguinte: a região Sul apresentou o maior número de pacientes com 1º grau (41%), seguido do 2º grau (34%) e do ensino superior (25%). Na região Leste os pacientes com 1º grau corresponderam a 36%, com 2º grau a 52% e com ensino superior a 12%. Na região Central, o número de pessoas com 1º grau foi 31%, enquanto o 2º grau correspondeu a 22% e o ensino superior a 47%. Na região Norte 47% dos pacientes cursaram até o 1º grau, 48% até o 2º grau e 5% o ensino superior. Na região Macambira-Cascavel, o índice de paciente com o 1º grau foi de 30%, com

o 2º grau foi de 27% e com o ensino superior foi de 43%. E na região Sudeste identificou-se 1% dos pacientes com o 1º grau e 99% com o 2º grau (figura 3).

O nível de instrução dos pacientes entrevistados das regiões de Goiânia é considerado baixo, sobressaindo 1º e o 2º graus. As exceções são as regiões Central e Macambira-Cascavel, onde o número de entrevistados com ensino superior foi maior. Segundo Costa & Fachinni (1997) apud Silva (2003), os maiores usuários do sistema público de saúde são pessoas de nível de instrução baixo, especialmente com 1º e 2º graus.

Embora a população com ensino superior também utilize práticas alternativas, e provavelmente são os que possuem planos de saúde, estes se encontram em menor número. Os dados sobre o nível de instrução dos pacientes que utilizam o HMA podem ser observados na figura 3.

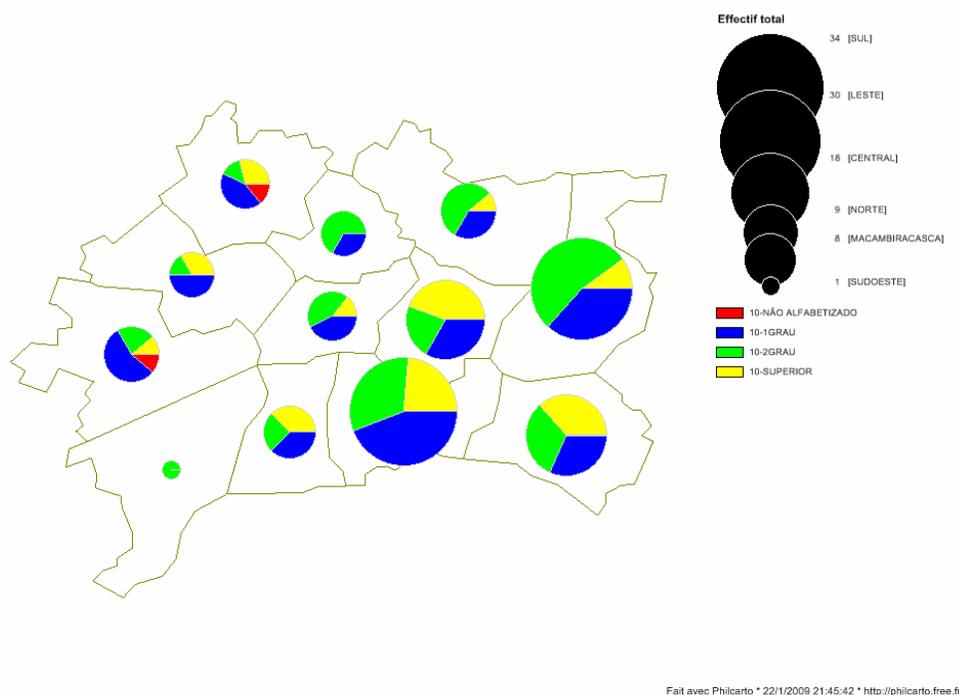
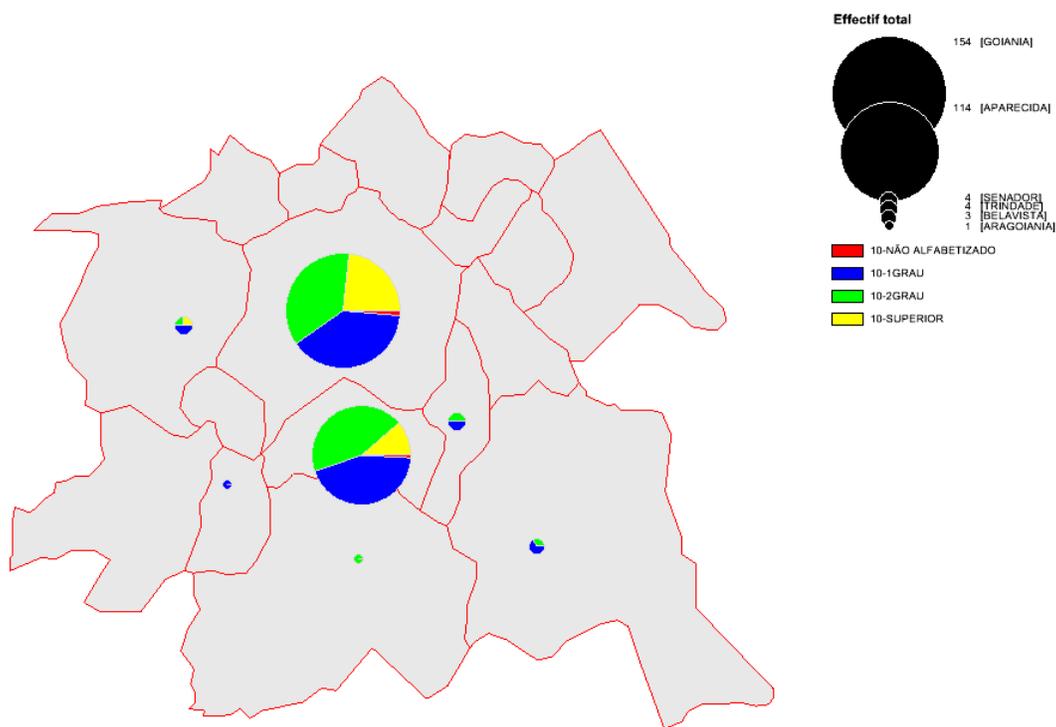


Figura 3. Mapa com representação do grau de instrução dos pacientes por região do município de Goiânia.

A Figura 4 mostra o grau de instrução dos pacientes por Municípios da Região Metropolitana de Goiânia. A maioria das pessoas pesquisadas possui baixo nível de instrução nos municípios. Em Goiânia os não-alfabetizados representaram 3%; o primeiro grau, 39%; o ensino médio, 34% e o nível superior, 24%. Aparecida de Goiânia possui 2% de não alfabetizados, 44% com primeiro grau, 43% com segundo grau e o ensino superior com 11%. Em Senador Canedo, 50% dos pacientes entrevistados possuem o primeiro grau e 50% o segundo grau. Em Trindade, 50% cursaram o primeiro grau, 25% possuem o segundo grau e 25% com o ensino superior. Os pacientes que residem no município de Bela Vista, 65% possuem o primeiro grau, e 35% cursaram o segundo grau. Em Aragoiânia, 100% dos pacientes possuem o primeiro grau.



Fait avec Philcarto * 22/1/2009 23:04:26 * <http://philcarto.free.fr>

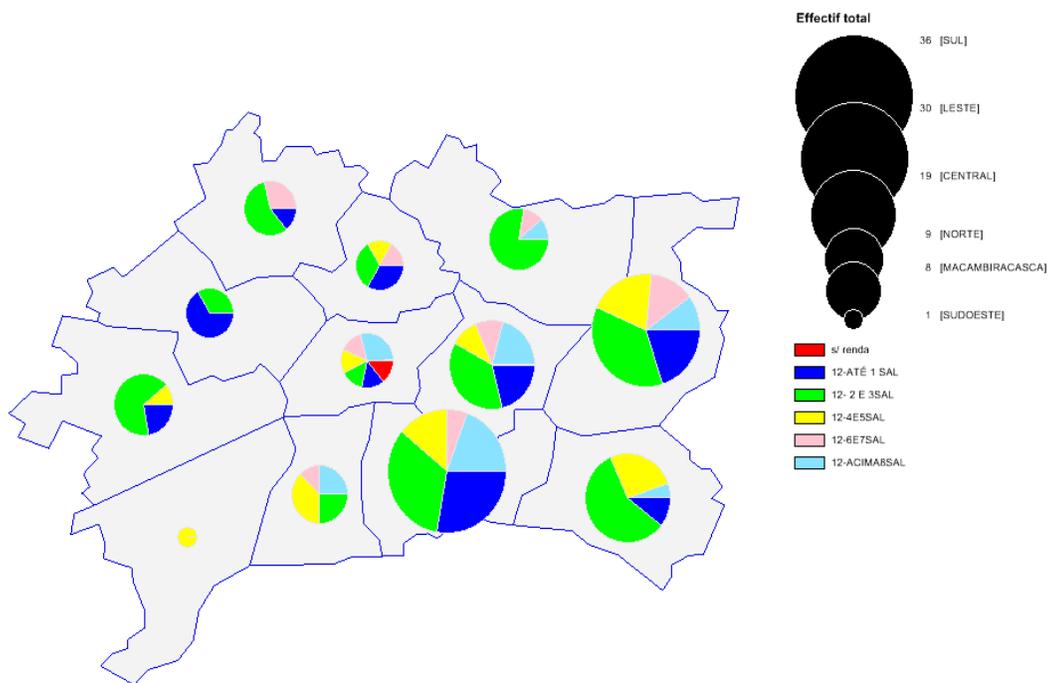
Figura 4. Mapa com representação do grau de instrução dos pacientes por Municípios da Região Metropolitana de Goiânia.

Como se pode observar, o grau de instrução dos pacientes é considerado pouco elevado nos municípios da região metropolitana de Goiânia, principalmente em Goiânia e Aparecida, onde constatou-se o maior número de pessoas com primeiro e segundo graus. Uma grande parte das pessoas que utilizam do sistema público de saúde é a população de menor nível de instrução (Costa e Fachinni, 1997 apud Silva 2003). Porém essa justificativa provavelmente seja devido aos pacientes serem de baixa renda, aos elevados custos dos medicamentos alopáticos ou às informações obtidas a respeito do grau de satisfação que as pessoas vêm obtendo no tratamento do hospital. Por outro lado, as pessoas de curso superior estão procurando mais pela prática terapêutica do HMA, revelando maior aceitabilidade e confiabilidade nas práticas alternativas.

Supõe-se que a razão das pessoas saírem de bairros distantes e municípios da Região Metropolitana de Goiânia em busca de tratamento no HMA, que as terapias oferecidas no hospital são satisfatórias, assim como os resultados no tratamento. Entrevistas e relatos de alguns pacientes, uma das razões é o tratamento humano é o diferencial em relação aos outros centros de atendimento público (CAIS).

A Figura 5 apresenta a renda familiar dos pacientes segundo a região de moradia no Município de Goiânia. Na região Sul, 27% dos pacientes recebem até um salário mínimo, 37% ganham de 2 a 3 salários, 13% de 4 a 5 salários, 6% de 6 a 7 salários e 17% acima de 8 salários mínimos. Na região Leste, 22% recebem até um salário mínimo, 41% ganham de 2 a 3 salários, 17% ganham de 4 a 5 salários, 11% têm renda de 6 a 7 salários e 19% com renda acima de 8 salários. Na região Central, 23% ganham até um salário, 36% de dois a três salários, 10%

de 4 a 5 salários, 10% de 6 a 7 salários e 21% ganham acima de oito salários mínimos. Entre os entrevistados que habitam na região Norte, 76% ganham de 2 a 3 salários, 12% possuem renda de 6 a 7 salários e 12% com renda acima de oito salários. Na região Macambira Cascavel, 25% ganham de dois a três salários, 32% têm renda de 4 a 5 salários, 8% apresentaram renda de 6 a 7 salários e 25% possuem renda de acima de 8 salários. E na região Sudoeste, 99% ganham acima de 8 salários. Na capital o número de pacientes de baixa renda que procuram o HMA não é diferente em relação às outras regiões, embora o hospital também seja procurado por pessoas de maior poder aquisitivo.

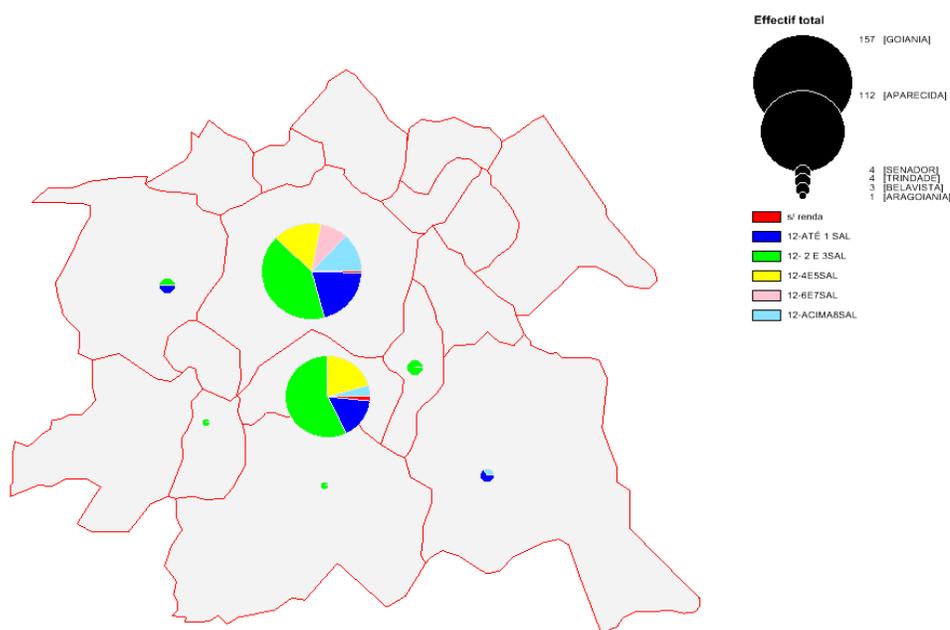


Fait avec Phlcarto * 22/1/2009 22:05:15 * <http://phlcarto.free.fr>

Figura 5. Renda familiar dos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa segundo região de moradia no município de Goiânia.

A renda familiar dos pacientes, segundo a região de moradia nos municípios de Goiânia, é considerada baixa, mesmo na região Central onde vivem pessoas com melhor nível de renda. Supõe-se que esses participantes de menor renda procuram por práticas não convencionais por se constituírem numa boa alternativa de tratamento, pelo elevado custo dos medicamentos alopáticos ou por ser uma questão cultural.

A Figura 6 mostra a renda familiar nos municípios da região metropolitana de Goiânia.



Fait avec Philcarto * 22/1/2009 23:21:35 * <http://philcarto.free.fr>

Figura 6. Renda familiar dos pacientes segundo municípios da região metropolitana de Goiânia.

Em Aparecida de Goiânia, 2% dos pacientes se declararam sem renda, 21% declararam renda de até 1 salário mínimo, 54% entre 2 a 3 salários mínimos,

20% com 4 a 5 salários e apenas 3% com renda acima de 8 salários mínimos. Observa-se que não há nenhum paciente com 6 a 7 salários. Em Goiânia, 1% disse não ter renda, 22% afirmaram ganhar até um salário mínimo, 45% entre 2 a 3 salários, 14% com 4 a 5 salários, 7% declararam renda de 6 a 7 salários e 11% acima de 8 salários mínimos. Em Senador Canedo, 99% dos pacientes disseram ganhar de 2 a 3 salários e 1% acima de 8 salários. Em Trindade, 50% dos pacientes residentes disseram ganhar até 1 salário e 50% de 2 a 3 salários. Em Bela Vista, destacam-se 63% dos pacientes entrevistados com renda de até 1 salário e 37% com renda acima de 8 salários. Em Aragoiânia, os pacientes entrevistados residentes na cidade disseram ganhar entre 2 e 3 salários (100%).

Assim, a renda familiar dos pacientes, segundo os municípios da Região Metropolitana de Goiânia, foi predominante na faixa de um a três salários, que é considerada baixa. Provavelmente em razão disso, a maioria da população depende do sistema público de saúde, bem como utilizam o HMA devido tanto à tradição no uso práticas alternativas como ao acesso mais fácil.

Em relação ao número de pessoas por residência, 28,1% disseram ter três pessoas morando em casa, 23,8% relataram quatro pessoas, 22,5% duas pessoas e 11,2% com cinco pessoas (Tabela 3). As residências com três a cinco pessoas é uma justificativa para a busca de tratamento no HMA devido aos altos custos dos serviços hospitalares e medicamentos convencionais, fatores que podem pesar no orçamento familiar.

Tabela 3. Número de pessoas que vivem nas residências dos pacientes pesquisados no HMA.

Nº. de pessoas em casa	Ocorrência	Freqüências %
Uma	21	6,9
Duas	68	22,5
Três	85	28,1
Quatro	72	23,8
Cinco	34	11,2
Seis	15	5,0
Sete	04	1,3
Oito	03	1,0
Total	302	100

Os pacientes que procuram o HMA a menos de 1 ano correspondem a 37,7%; de 1 a 2 anos, 32,4% e de 3 a 4 anos, 11,9% como ilustra a tabela 4.

Com relação ao tempo de freqüência dos pesquisados no HMA, a maioria trata a menos de um ano (37,7%) e 32,4% freqüentam de um a dois anos. Nestes dados estão incluídos consultas e retornos relatados pelos participantes.

Segundo Ulhôa (2008) os pacientes que procuraram o HMA mais de sete vezes são os que fazem tratamento com acupuntura que realizam sessões com maior freqüência, sendo de uma, duas ou até três vezes/semana. Já nas outras especialidades como na fitoterapia e na homeopatia os retornos ocorrem de seis em seis meses, dessa forma o médico consegue acompanhar melhor o quadro de melhora ou não do paciente.

A permanência desses pacientes no HMA por tanto tempo, demonstra uma elevada aceitação e satisfação no tratamento que obtêm.

Tabela 4. Tempo de utilização do HMA pelos pacientes.

Tempo de utilização do HMA	Ocorrência	Frequências %
Até 1 ano	114	37,7
1- 2 anos	98	32,4
3 -4 anos	36	11,9
5 -6 anos	17	5,6
7- 8 anos	08	2,6
9 -10 anos	13	4,3
12 -16 anos	11	3,6
20 -25 anos	05	1,7
Total	302	100

Os pacientes exercem diversas profissões, com destaque para as do lar com 22,8%, como ilustra a tabela 5.

Pesquisa realizada na tentativa de se conhecer a forma pelo qual a fitoterapia e a homeopatia são utilizadas como práticas médicas pela comunidade mostram que a ocupação de maior frequência foi à ligada ao lar com 45,5% (Romanhol *et al.*,1985). Conforme relatam os dados, as pessoas estão acreditando na prática terapêutica não convencional e assim grande parcela dos que tratam no HMA exercem as mais diversas profissões como também a maioria é de baixa renda.

Tabela 5. Profissões dos pacientes pesquisados que procuraram pelo HMA.

Profissão	Ocorrência	Frequências %
Do Lar	69	22,8
Costureira	20	6,6
Funcinário Público	18	6,0
Aposentado	18	6,0
Professor (a)	14	4,6
Vendedora	13	4,3
Aux. Serv. Gerais	09	3,0
Autônomo	08	2,6
Comerciante	08	2,6
Estilista	02	0,7
Aux. Contábil	02	0,7
Pedagoga	02	0,7
Auxiliar Administrativo (a)	05	1,6
Téc. Enfermagem	06	2,0

Continua...

Tabela 5. Continuação.

Militar	06	2,0
Estudante	05	1,6
Motorista	04	1,3
Téc. Segurança	02	0,7
Artesã	02	0,7
Recepcionista	02	0,7
Pedreiro	05	1,6
Mecânico	02	0,7
Lavrador	03	1,0
Rep. Comercial	02	0,7
Guarda Municipal	02	0,7
Merendeira	04	1,3
Caixa	02	0,7
Técnico (a) de Informática	02	0,7
Enfermeira	02	0,7
Outros*	36	11,9
Total	302	100

Outros*: Profissões dos pacientes do HMA com 1 morador por Bairro, Cidade ou Estado: Fotógrafo, Ag. Educativo, Faturista, Call Center, Contabilista, Borracheiro, Engenheiro, Empresário, Missionária, Feirante, Bióloga, Salgadeira, Culinarista, Biomédica, Esteticista, Aux. Dentista, Gerente, Consult. de Vendas, Supervisora, Caseiro, Advogado, Massagista, Aux. Escolar, Babá, Agente de Saúde, Assessora Parlamentar, Mestre de Obras, Orientadora de Tráfego, Porteiro, Assistente Social, Coordenadora, Moto boy, Decoradora, Encarregada, Agente de Crédito, Jardineiro, Doméstica, Diarista, Vigilante, Manicure, Cabeleireiro e Cozinheira.

Quando questionados sobre as razões que os levaram a procurar o HMA, 17,2% responderam ter recebido alguma indicação ou recomendação de amigos, 15,2% disseram que o hospital oferece um tratamento eficaz e, para 29,5%, por ser que o tratamento natural (Tabela 6).

Tabela 6. Motivo pelo quais os pacientes pesquisados procuraram o Hospital de Medicina Alternativa para realização de tratamento.

Variáveis	Ocorrência	Frequências %
Tratamento mais eficaz	46	15,2
Tratamento Natural	92	29,5
Tratamento alternativo/diferenciado	08	2,6
Tratamento preventivo	03	1,0
Tratar alergia/rinite/sinusite	10	3,3
Tratar depressão	04	1,3
Tratamento hipertensão	03	1,0
Tratamento da coluna	05	1,7
Tratamento dor de cabeça/enxaqueca	05	1,7
Tratamento artrite e artrose	04	1,3
Tratamento enfisema pulmonar	02	0,5
Tratamento outras doenças	19	6,3

Continua...

Tabela 6. Continuação.

Indicação/recomendação de amigos	52	17,2
Indicação de outro médico	02	0,5
Alergia a remédios alopáticos	03	1,0
Melhor tratamento	07	2,3
Menos efeitos colaterais dos remédios	11	3,6
Hospital é referência	04	1,3
Tratar Fibromialgia (dores musculares)	02	0,5
Alopáticos são prejudiciais	05	1,7
Não resolveu (tratamento de outro hosp.)	15	5,0
Total	302	100

*Cada paciente pode ter dito mais de um sintoma, porém as ocorrências ficaram acima de 302.

**Bronquite e pneumonia; osteoporose e malária; LER (Lesão por Esforço Repetitivo); colesterol e diabetes; eczema; bronquite; tratamento psiquiátrico; labirintite e infecção; osteoporose e bico de papagaio; gastrite e dor nas pernas; reumatismo; menopausa e diabetes; problema respiratório e bronquite; gastrite; herpes e reposição hormonal; perda de peso e dor nas pernas; tratamento dos nervos; cisto (quisto) no útero e vitiligo.

Ulhôa (2008) relata que 98,5% dos pacientes entrevistados no HMA indicariam o tratamento que fazem no hospital à outra pessoa e 0,7% não indicariam. Isso mostra o grau de satisfação dos pacientes em relação ao tratamento nessa unidade de saúde.

Esses dados mostram que a busca por práticas alternativas está relacionada à satisfação encontrada por outras pessoas que indicaram o tratamento no HMA e por outros para quem os medicamentos alopáticos eram prejudiciais e às vezes não resolviam o problema de saúde tratado.

Segundo três entrevistados, o motivo que os levou a procurar o HMA foi:

“Eu acho que esse hospital é um recurso muito bom, eu não tenho nada a reclamá não, eu só tenho a elogiá, porque é uma forma da gente tratá muitas coisa de forma natural né!” (W.F.L.).

“Olha, na minha opinião é o seguinte, que nesses outros hospitais os remédios é químico, faz bem pra uma coisa e faz mal pra outra. E nesse aqui os remédios não tem contra-indicações, esse aqui não faz mal pra nada... é só de planta e pronto”(S.P.R.).

“Eu tenho mais fé nos remédios da Medicina Alternativa, por que esse outro remédio, ele tem muita droga, muito conservante. E... eu já fui nem sei em quantos médicos aqui em Goiânia e trouxe sacoladas de pomadinha. Eu joguei fora essa pomadinha que passa nos pés sabe! E lá eu tô me dano bem sabe, e lá meus pés tá bem cicatrizado” (T.M.O.G.).

5.1. Conhecimento dos pacientes sobre as plantas medicinais

O nível de conhecimento dos pacientes do HMA sobre as plantas medicinais pode ser percebido nos comentários que fizeram sobre as plantas medicinais: “é natural, não tem química”, “se bem não fizer, mal não faz”, “tudo sem efeito colateral, “não tem contra-indicação”, “é bom porque posso tomar quantas vezes eu quiser”. Essas opiniões foram dadas por entrevistados que acreditam serem as plantas medicinais destituídas de qualquer efeito secundário, tóxico, colateral, contra-indicações, reações adversas. Ressalta-se que nem todos os pacientes atendidos no HMA estão recebendo tratamento com plantas medicinais. Esses dados revelam o desconhecimento da população em relação às práticas integrativas e complementares e a relação cultural com a utilização de plantas medicinais (Landman, 1989 & Moll, 2000).

Uma grande quantidade de plantas medicinais foi mencionada, sendo algumas delas conhecidas e/ou utilizadas popularmente como tratamento pelos participantes, por conhecerem suas propriedades medicinais (57,9%). A população estudada que faz automedicação com plantas medicinais se sentem tão segura do conhecimento que chega a prescrever para quem tem interesse ou para aqueles que precisam. Esses pacientes utilizam as plantas medicinais

obtidas em outros lugares, mas também procuram o HMA para saberem se estão utilizando as plantas de forma correta.

A ausência da atenção médica, os custos elevados dos medicamentos e os efeitos colaterais das drogas químicas, motivam pessoas a utilizarem plantas medicinais (González, 2006). Quanto à justificativa, dizem que o tratamento é mais natural, mais fácil, com melhor resultado, menor custo e sem efeito colateral. As relações de plantas utilizadas pelos pacientes são as mais diversas bem como as suas indicações. Das plantas relatadas como sendo efetivamente utilizadas pelos participantes algumas foram citadas mais de uma vez (Tabela 7 em Anexo).

Em relação às plantas medicinais mais conhecidas e/ou utilizadas pelos pacientes do HMA (sem receita médica) nos problemas de saúde, destacam-se o boldo (Chile/brasileiro) com 12,2%, a erva cidreira (*Lipia Alba* Mill.) ou capim cidreira (*Cymbopogon citratus* Stapf.) 25,7% e o hortelã (16,6%). Esses dados se justificam, pois são plantas muito difundidas e de fácil obtenção. Outras dezenas de plantas são utilizadas pelos sujeitos dessa pesquisa na cura de seus males como mostrado na Tabela 7.

O nome popular de uma planta nem sempre é uma fonte segura para a identificação das mesmas, pois seu nome varia de acordo com a região e isso pode levar ao risco de se utilizar uma planta como sendo outra. Por exemplo, a Erva de santa maria é conhecida no nordeste do Brasil por Mastruz. Além disso, plantas diferentes podem receber o mesmo nome, o que pode causar confusões, por exemplo, a Espinheira Santa também é conhecida como Cancerosa e é uma planta com baixa toxicidade, entretanto existe outra planta conhecida também como Cancerosa ou Leiterinha que é tóxica e seu látex pode causar queimaduras quando em contato com a pele. As plantas também podem ser conhecidas pelo

nome científico, neste caso cada planta tem um só nome científico, que é escrito em latim (Guimarães & Bieski, 2006).

Vale ressaltar que o uso contínuo de plantas medicinais requer cuidados. Existem plantas medicinais com princípios ativos tóxicos e algumas são consumidas pelos entrevistados, como mostra na Tabela 7. Por exemplo, o confrei ou consólida (*Symphytum officinale* L.), em uso interno produz irritação gástrica e seus alcalóides (sinfitina e equimidina) possuem ações carcinogênicas hepáticas (Matos, 1994). O confrei consta na lista de plantas de uso proibido na Espanha devido à sua toxicidade (Espanha, 2004). No Brasil aparece na lista de plantas medicinais da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) somente para uso tópico (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b).

A canela de sassafrás ou sassafrás (*Ocotea pretiosa* Mez.) em uso interno pode causar problemas hepáticos (Simões *et al.*, 1989) e a arnica pode causar irritação na pele, no trato gastrointestinal, aumento da atividade cardíaca (taquicardia) e depressão (Santos *et al.*, 1988). A erva de santa maria ou mastruço (*Chenopodium ambrosioides* L.), e a cavalinha (*Equisetum spp*) podem afetar o sistema nervoso central (Simões *et al.*, 1989).

Tabela 8. Modo de preparo das plantas medicinais (Fitofármacos) realizado espontaneamente pelos pacientes pesquisados do Hospital de Medicina Alternativa.

Modo de preparo	Ocorrência	Freqüências %
Chá: Infusão *	133	44,0
Chá: Decocção**	115	38,1
Tintura	38	12,6
Xarope	05	1,7
Extrato	05	1,7
Não respondeu	04	1,3
Infusão e decocção	01	0,3
Cataplasma (pasta)	01	0,3
Total	302	100

*Água fervente sobre a planta; ** Ferver a planta.

Em relação ao modo de preparo das plantas medicinais feitas pelos pacientes predominou a forma de chá (82,1%), sendo 44% como infusão e 38,1% na forma de decocção. Além dessas, outras formas de preparo são utilizadas como ilustra a tabela 8. O chá é a forma mais utilizada na preparação de plantas medicinais tendo como a mais apreciada pela população (Simões *et al.*, 1989). O uso de chás é um hábito antigo e o modo mais indicado para o preparo de produtos da flora medicinal. Segundo estudo, as formas de uso mais freqüentes são a decocção (31%) e a infusão (23%) (González, 2006).

A infusão é um dos principais modos de preparo das plantas medicinais, conhecido também por chá, deixando-se a planta fresca ou seca em contato com água quente por uns 10 minutos. Geralmente se usa flores e folhas, pois elas "soltam" mais facilmente os princípios ativos na água quente e plantas aromáticas (que tem um odor forte e geralmente agradável). Temperatura elevada e exposição por tempo prolongado podem alterar os princípios ativos ou fazer com que eles se evaporem (Bieski & De La Cruz, 2005). Segundo Alonso (2001), o chá por infusão é indicado quando usa-se partes das plantas ricas em componentes voláteis, aromas delicados e princípios ativos que se degradam pela ação da água e do calor prolongado. Dessa forma, a planta não deve ser fervida junto com a água. E por decocção, que é indicada quando utiliza-se partes mais duras de plantas, mais lenhosas como sementes, raízes e casca, que são resistentes à ação da água quente e para ervas não aromáticas, que têm princípios ativos estáveis com o calor.

As plantas são predominantemente usadas espontaneamente na forma de chá (81,1%), conforme pode ser observado na Tabela 9. Assim, o uso de remédios caseiros vem persistindo ao longo dos séculos, consumidos como chás,

xaropes e emplastos, apesar do advento dos grandes laboratórios (Pivato *et al.*, 2006).

Tabela 9. Formas de uso das plantas medicinais realizado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.

Formas de uso	Ocorrência	Freqüências %
Chá	245	81,1
Tintura	38	12,6
Xarope	05	1,7
Extrato	04	1,3
Não responderam	04	1,3
Manipulados	01	0,3
Chá/óleo	01	0,3
Banho	01	0,3
Pó	01	0,3
Cápsula	01	0,3
Chá/xarope	01	0,3
Total	302	100

Os pacientes relataram que aprenderam a usar plantas medicinais com a família (73,8%) (Tabela 10).

A transmissão dos conhecimentos sobre as plantas medicinais pode ser vertical, ou seja, passados de gerações mais velhas para as mais jovens, o que ocorre no meio rural e nas cidades através do contato das crianças e jovens com os pais, avós, parentes e vizinhos. Já a transmissão horizontal é aquela que ocorre por meio de pessoas ligadas à família com amigos e vizinhos no mesmo bairro ou na mesma cidade. A relação familiar colabora na troca de conhecimentos via oral (Di stasi, 1996).

Estudo acerca da utilização de plantas medicinais relata que os medicamentos de uso popular são utilizados em crianças, especialmente na faixa etária de 0 a 2 anos (31%). E ainda, 98% dessas famílias conhecem e utilizam remédios caseiros (Silva, 1997). Assim os dados justificam que o aprendizado no

uso de plantas medicinais ocorre através da família, conhecimento o conhecimento é tradicional.

“... eu tenho muita fé com ervas... meus vizinho ta direto aqui batendo no portão, tocano a campainha pedindo coisas pra fazer chá, ervas né! Eu tenho muita coisa, eu vim da roça, lá na roça a gente se cortá um dedo, já punha era sal na hora pra num infecciona”(T.M.O.G).

Tabela 10. Como ou com quem aprendeu a usar plantas medicinais.

Variáveis	Ocorrência	Frequências %
Família	223	73,8
Amigos	21	7,0
Vizinhos	12	4,0
Livros	04	1,3
Não respondeu	04	1,3
Outros*	31	10,2
Total	302	100

Outros*: Família/médicos, televisão, raizeiro e pessoas mais velhas

5.2. Grau de satisfação dos pacientes com a terapêutica

Segundo as informações obtidas dos pacientes em relação à satisfação do tratamento e a opção da escolha pelo HMA, alguns tiveram indicação de vizinhos que já haviam realizado tratamento na unidade (31,4%), familiares (73,8%). Outras razões mencionadas foram o tratamento natural (76,5%), a maior eficácia (75,1%), indicação e recomendação de amigos (17,2%).

Como foi citado pelos pacientes, a atenção dos médicos nos momentos da consulta foi satisfatória e o tempo de demora de uma consulta é em média de 20 minutos. Conforme Ulhôa (2008), 87,5% dos pacientes do HMA disseram que a consulta durou entre 11 a 45 minutos e 27,2% consideraram o tratamento médico bom. Porém, o importante não é o tempo gasto em uma consulta, mas sim a

atenção e a dedicação do médico com o paciente, ou seja, um atendimento diferenciado com o paciente.

A atenção do médico com o paciente está relacionada com o grau de informações dadas pelos pacientes, em relação às suas angústias, aflições, sensibilidades, e não só na gentileza do médico. É interessante que o médico deixe o paciente falar sobre si e de seus problemas (Campello, 2001). Um dos nove pacientes do HMA relata o grau de satisfação do atendimento médico:

“...a médica os médico muito educado principalmente, eu peguei uma médica que foi Deus que, pois ela no meu caminho. Doutora Cleonice é ótima, ótima! É só só rino prá gente, ela é sorridente, amiga. Só de entrá na sala do médico ele tá sorrino pra você, você sara um poco num sara? Por que você tá tão atribulado cá quela doença meu irmão, morreno de medo de não sará, aí vem o médico e te levanta o astral!” (A.A.T).

No atendimento dos CAIS, ao contrário, as consultas são rápidas e o médico pergunta somente qual é o problema privando o paciente diálogo, do relato de suas aflições, ficando geralmente, sem um perfeito diagnóstico.

Insatisfação e descontentamento citado por paciente no hospital de queimadura em Goiânia ilustra essa realidade:

“Não consegui nada, nada! Aí, ainda tem uma coisa que eu vou-te falá, eles te trata com casca e tudo! No hospital de queimadura, o médico chegou a exaltá comigo, falô que eu tinha que ir pô psicólogo! ...ele não quiria que eu chorasse!” (A.T.T)

Dentre outros dados de confiança dos pacientes em relação ao tratamento no HMA, é que nenhum dos participantes deu qualquer resposta negativa a respeito da unidade de tratamento, pelo contrário só elogiaram.

Ulhôa (2008) relatou que nenhum paciente atendido no HMA se sentiu pior ou não confiou no tratamento recebido, relatando que os medicamentos prescritos eram eficazes, não apresentando nenhuma ou com poucas reações adversas. E ainda, 96,3% dos pacientes disseram que o tratamento era considerado bom, enquanto 98,5% dos pacientes, disseram que indicariam o HMA à outra pessoa para tratamento.

O relato de uma paciente demonstra o grau de satisfação no tratamento feito no HMA:

“...eu na minha opinião aqui é um hospital muito ótimo, as pessoas daqui são muito boa, eu me sinto em casa aqui. Os médicos são bons, as atendedoras são boas, o chefe do hospital (e) são pessoas maravilhosas prá mim, eu aqui eu mi sinto em casa. Ah! eu tô vendo muitas, muitas vitórias, por que tá só com quatro méis que ela (filha que está tratando) passa aqui de dois em dois méis, então várias manchas dela já sumiu, ela tem vitiligo (vitiligo), várias manchas já sumiu”.(J.G.A).

Os relatos dos entrevistados destacaram resultados do tratamento feito com plantas medicinais, uma vez que 91,1% foram curados e 5,3% disseram ter melhorado (Tabela 11). Estudo realizado com plantas medicinais revela o alto índice de satisfação com tratamento, sendo que 84% das mães se mostraram satisfeitas com os resultados da utilização das plantas em seus filhos. O mesmo estudo ressalta, ainda, que se obtém eficácia das plantas medicinais quando

utilizadas de maneira correta (Silva & Alves, 2003). Assim os dados reforçam a confiança e a eficácia das plantas medicinais como prática terapêutica alternativa.

Tabela 11. Resultado do tratamento feito com plantas medicinais pelos pacientes no Hospital de Medicina Alternativa.

Variáveis	Ocorrência	Freqüências %
Cura	275	91,1
Melhorou	16	5,3
Não	08	2,6
Não respondeu	03	1,0
Total	302	100

Quanto à forma de aquisição das plantas medicinais, utilizadas de forma espontânea pelos pacientes, a maioria dos entrevistados disse ter adquirido no fundo de quintal onde são cultivadas (69,5%), conforme pode ser observado na Tabela 12. De acordo com relato de Morita *et al.* (1986), o meio mais comum (70,3%) de obtenção de plantas medicinais utilizadas pela população é o cultivo nos próprios quintais. Em Goiânia, a cerca de duas décadas atrás, 71,4% da população que utilizava plantas medicinais, cultivava as espécies em jardineiras, vasos e latas em apartamentos, jardins e quintais (Rizzo *et al.*,1990). Assim, os dados fornecidos pelos pacientes confirmam o uso de plantas medicinais como uma prática cultural e, também, como meio de economizar com medicamentos.

Pesquisa desenvolvida por Araújo *et al.* (2009) revela que grande maioria dos raizeiros de Macio-Alagoas, complementam suas rendas com a venda de plantas medicinais, o que chega a ultrapassar um salário mínimo. O conhecimento dos raizeiros se dá por meio de tradição (transmitidas de pais para filhos) sem nenhum conhecimento toxicológico e identificação botânica. O nível de instrução dos raizeiros é baixo, com o número de analfabetos correspondem a

28,26%. Em consequência da falta de conhecimento, as plantas são coletadas e processadas inadequadamente, da pré à pós colheita. A embalagem e a manipulação são geralmente incorretas, propiciando a proliferação de fungos e bactérias.

Tabela 12. Procedência das plantas utilizadas pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.

Onde adquiriu as plantas	Ocorrência	Frequências %
Fundo de Quintal	210	69,5
HMA	39	12,9
Mercado	28	9,3
Campo	13	4,3
Raizeiro	05	1,7
Outro local*	04	1,3
Nunca usou plantas	02	0,7
Não respondeu	01	0,3
Total	302	100

*: Amazonas, fazenda, amigos e chácara.

As formas como os pacientes adquiriram o conhecimento das plantas medicinais foram as mais diversas, sendo que as informações de vizinhos representaram 31,4%, os livros 19,2%, a família 24,9%, entre outras como mostra Tabela 13.

Grande quantidade de pessoas que procuram pelo hospital o faz devido indicação de família ou pessoas próximas como amigos e vizinhos, os quais mostram o grau de satisfação com o tratamento recebido, bem como o conhecimento de práticas integrativas. Essa procura por alternativas terapêuticas sinaliza a insatisfação das pessoas com os tratamentos convencionais.

A insatisfação como o tratamento em outros postos de atendimento público é evidenciada na fala de um paciente do HMA:

“Eu tratava da minha filha lá no C.A.I.S. (no) Setor Garavelo, aí a médica dela não me dava esperança, ela passava o medicamento, ali (e) a única coisa que ela falava pra mim era assim, que ela tinha uma manicuri que tinha vitiligo e ela não ligava por que ela tinha vitiligo.” (J.G. A).

Tabela 13. Meio a partir do qual os pacientes ficaram conhecendo o tratamento alternativo com plantas segundo a moradia na Região Metropolitana de Goiânia.

Variáveis	Ocorrência	Frequências %
Família	75	24,9
Vizinhos	95	31,4
Livros	58	19,2
Médicos do HMA	31	10,3
Televisão	14	4,6
Internet	09	3,0
Revistas	05	1,6
Rádio	03	1,0
Amigos	02	0,7
Raizeiro	02	0,7
Outros*	08	2,6
Total	302	100

Outros*: Nunca usou plantas, palestras, índios, enfermeira, não responderam, igreja, nutricionista, com os mais velhos.

Obs.: Um paciente citou mais de uma forma de conhecimento sobre o HMA, por isso a somatória ficou acima de 302.

As formas como os pacientes adquiriram o conhecimento sobre plantas medicinais, segundo municípios da Região Metropolitana de Goiânia constam na figura 7. Em Goiânia, 24% dos pesquisados tiveram acesso a esse conhecimento através da família, 2% através de amigos, 12% por meio de televisão e internet, 23% através de livros e revistas, 26% por meio de vizinhos e 13% através do HMA. Em Aparecida de Goiânia 29% adquiriram o conhecimento por meio de familiares, 12% por televisão e internet, 17% por livros e revistas, 28% através de vizinhos e 17% no próprio HMA. No Município de Senador Canedo, 25% dos entrevistados disseram que obtiveram o conhecimento através da família, 25%

em livros e revistas e 50% por meio de vizinhos. Em Trindade, 25% obtiveram o conhecimento através da família, 50% por meio de vizinhos e 25% no próprio HMA. No Município de Bela Vista, 29% ficaram conhecendo pelos livros e revistas, e 71% através de outras informações no HMA. Enquanto que em Aragoiânia, 99% obtiveram conhecimento através de livros e revistas e 1% pelo HMA.

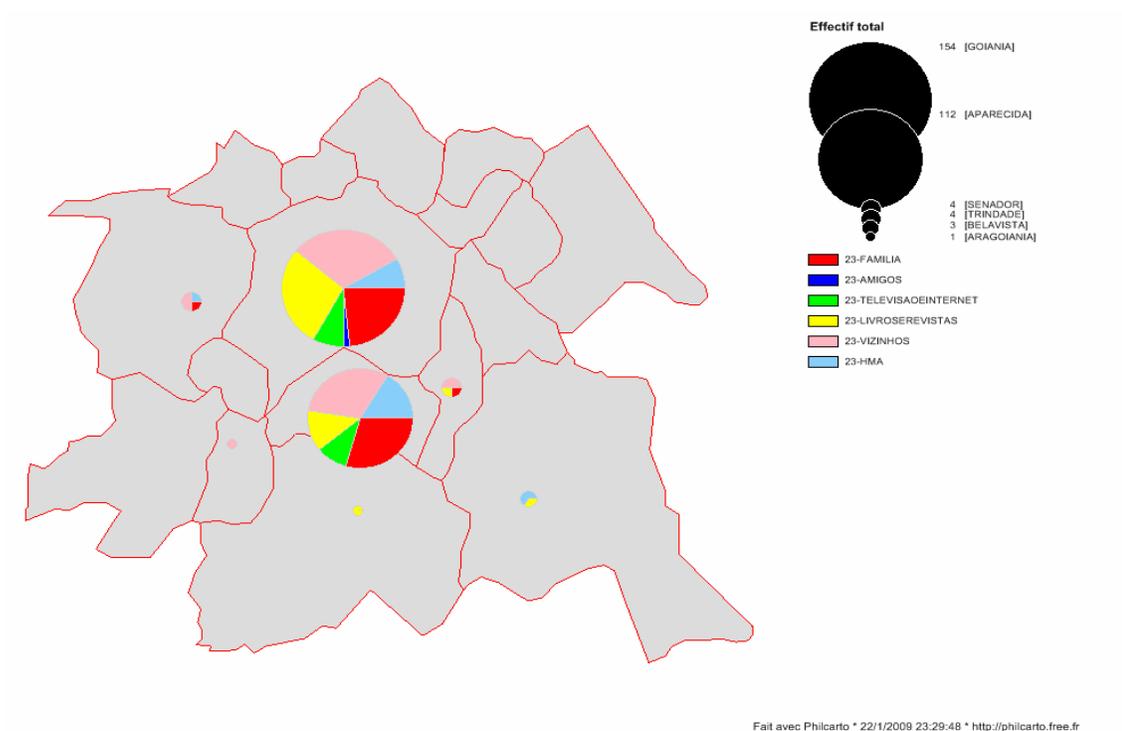


Figura 7. Meio a partir do qual os pacientes adquiriram o conhecimento com plantas medicinais segundo municípios da região metropolitana de Goiânia.

Os resultados possibilitaram verificar que em todos os municípios da região Metropolitana de Goiânia, a maioria dos pacientes adquiriu o conhecimento

sobre utilização de plantas medicinais através de informações obtidas com as famílias e vizinhos (Figura 7).

A motivação para o uso de plantas medicinais segundo a maioria dos entrevistados (76,5%) foi o de ser natural e 6,6% por ser mais eficaz (Tabela 14). Assim, justifica-se que os índices de contentamento obtidos pelos usuários de plantas medicinais mostraram-se satisfeitos com tratamento, o que ressalta a eficácia quando essa prática é realizada.

Tabela 14. Motivo do uso de plantas medicinais realizado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.

Variáveis	Ocorrência	Freqüências %
Natural	231	76,5
Mais eficaz	20	6,6
Menos tóxica	09	3,0
Menor custo	06	2,0
Não faz mal ao organismo	05	1,7
Resultado confiável	03	1,0
Menos efeitos colaterais	03	1,0
Não respondeu	03	1,0
Tratar doenças*	07	2,3
Não tem contra-indicações	02	0,6
Tradição	03	1,0
Maior benefício	02	0,6
Outros**	08	2,6
Total	302	100

* Hipertensão, enfisema pulmonar, circulação, gastrite, diabetes, vitiligo, enxaqueca.

** Trata mais rápido, nunca usou plantas, porque cura, agride menos o corpo, tratamento preventivo, único recurso, não se deu bem com alopatia, recurso imediato.

Assim, pode-se afirmar que o uso de plantas medicinais persiste porque esse recurso terapêutico atende às necessidades da população, pois, em caso contrário, ele provavelmente já teria sido abandonado ou trocado por outra forma de tratamento efetiva (Oliveira, 1985).

A justificativa para o uso das plantas como formas mais eficazes de tratamento e com menos efeitos colaterais, além de trabalhar com a prevenção,

conseqüentemente leva à diminuição do número de internações. Os dados evidenciam que parte da população recorre às ervas curativas, assim o usuário se sente mais seguro no tratamento (Tabela 14).

Em relação ao conhecimento das propriedades medicinais das plantas relatado pelos usuários do HMA, obteve-se a seguinte informação: 57,9% afirmaram conhecer as propriedades medicinais das plantas que usam ou que usaram, e 25,2% disseram conhecer um pouco (Tabela 15). Esse dado mostra que as plantas medicinais já estão incorporadas culturalmente na vida das pessoas. Entretanto o uso de plantas com fins terapêuticos, e sem orientação apropriada, é motivo de preocupação, devido à existência de espécies tóxicas e/ou com restrições ao uso. Assim, esse conhecimento das propriedades medicinais das plantas citado pelos usuários é empírico, visto que não é repassado pelo HMA.

Tabela 15. Conhecimento das propriedades medicinais das plantas que usa ou usou relatado pelos pacientes do Hospital de Medicina Alternativa.

Variáveis	Ocorrência	Freqüências %
Sim	175	57,9
Não	51	16,9
Um pouco	76	25,2
Total	302	100

Alguns participantes da pesquisa disseram que outros pacientes deixaram o tratamento do HMA porque os medicamentos fitoterápicos não estão mais disponíveis na farmácia do hospital e precisam ser comprados em outras farmácias, ou seja, por questão financeira. Esse fato fica evidente na fala de um entrevistado:

“... são (remédios) mais natural, e não é tão caro. Eu tô com a receita pá comprá, que ela passou é trinta e cinco reais e (é o máximo) sessenta reais, só até aí que eu já paguei. Ih! Como eu gostaria (de ganha os fitoterápicos novamente)! É por que aí ficaria mais melhó prá nois né, mais barato! Mesmo se eles cobrasse uma taxa assim (mais acessível), por que eles num ganha lá! Por que parece que antigamente, esses remédios parece que era doado né! Esses remedinho que eles dão (dava) lá pra gente, que eles dava lá aquele pozim (remédio fitoterápico em pó), era, e até incruzive, eles pidia os vidro pá levá, pá gente num era? Pedia os vidro pá levá, pá pudê arrumá mais. Depois, as coisa foram ficano difícil né!”. (A. A. T.).

Os pacientes, por sua vez têm grande confiança no tratamento do HMA, como se constata na fala deste entrevistado:

“Eu soube através da amiga minha que esse hospital alternativo é ótimo aí eu vim tentar o encaixe e no mesmo dia eu vim e consegui”. Eu abandonei o tratamento no outro hospital e vim por conta própria... eu vim e deu certo. É lógico que esse hospital dá mais resultado!...” (J.G.A.).

Os fatores que mais influenciaram na procura pelo tratamento do HMA relatados pelos pacientes, foram: 75,1% por ser mais eficaz, 14,6% devido à precariedade saúde pública e 10,3% por ser de baixo custo (Tabela 16).

A maioria dos pacientes do HMA é de classe baixa seguida da classe média. Percebe-se que pacientes dos ambulatórios públicos e particulares têm recorrido ao HMA. Campello (2001) coloca o fato de que muitos pacientes vêm encontrando dificuldades para pagar suas consultas e planos, cada vez mais onerosos.

Tabela 16. Fatores que mais influenciaram no atendimento médico tradicional relatado pelos pacientes atendidos no Hospital de Medicina Alternativa.

Variáveis	Ocorrência	Frequências %
Baixo custo	31	10,3
Por ser mais eficaz	227	75,1
Precariedade da Saúde Pública	44	14,6
Total	302	100

Para ter uma idéia dos benefícios econômicos da oferta de fitoterápicos na rede pública de saúde, analisou-se os preços de medicamentos sintéticos industrializados da rede básica de saúde e possíveis substituições por medicamentos fitoterápicos, dados apresentados por Leão (2005) apud Bieski (2005), como ilustra a tabela (17). Observou-se uma economia significativa com a implantação do programa com produção própria de medicamentos fitoterápicos.

Tabela17. Principais patologias e comparação de preços entre os medicamentos industrializados e possíveis plantas medicinais opcionais para fabricação de fitoterápicos com custo benefício de aproximadamente 62%.

Doença	Medicamentos/ alopáticos	Custo no com. (R\$)	FITOT. preço (R\$)	Planta
Hipertensão leve a moderada	Captopril 25mg c/20cpr.	10,00	0,98	Colônia (pacova), Alho, Alecrim, maracujá.
Queimaduras	Óleo de girassol (Dersani) 30 ml.	38,00	1,50	Babosa, camomila.
Anti-microbiano	Amoxicilina 500mg c/20cpr.	17,08	0,99	Terramicina, Alecrim.
Antiinflamatório	Diclofenaco de Sódio 50 mg c/20cpr.	7,40	0,98	Mentrasito, algodão do campo.
Infecções parasitárias (vermes)	Albendazol 200mg c/4cpr.	5,04	0,98	Erva de Santa Maria, Hortelã- rasteira, Erva- de-bicho.
Estômago	Hidróxido de Al, e Mg,	6,3	0,76	Camomila, Boldo-comum,

Continua...

Tabela 17. Continuação.

	metilcelulose.			Erva-doce.
Cálculo renal e rins	Clor. Fenazopiridina.	9,55	0,98	Quebra pedra
Broncodilatador	Iodeto de Potássio 100 ml.	8,12	1,20	Eucalipto, guaco e espinho de carneiro.
Anestésico e anti- séptico	Cânfora, mentol, salic. Metila, alecrim (Gelol) 30gr.	8,28	0,92	Arnica de jardim, anador e alecrim.
Colerético	Boldo e alcachofra (Figatil) 100 ml.	8,89	0,98	Boldo nacional
Calmante	Bromaxepam 6 mg c/20cpr.	17,96	1,22	Erva cidreira, capim- cidreira, maracujá

Fonte: Leão, M.G. 2005.

A Figura 8 mostra um mapa de tendência de pacientes do HMA que tratam com fitoterapia (prática integrativa e complementar) devido à precariedade da saúde pública. Observou-se que a localização desses pacientes está mais concentrada na região Sul seguida da região Leste, ambas mais próximas do HMA. Assim, a razão da escolha por essa prática terapêutica provavelmente seja tanto o nível de eficácia a como desilusão com os atendimentos públicos de saúde. Entende-se, a partir desses dados que o atendimento e a procura poderiam ser maiores se a farmácia fitoterápica do HMA não estivesse fechada.

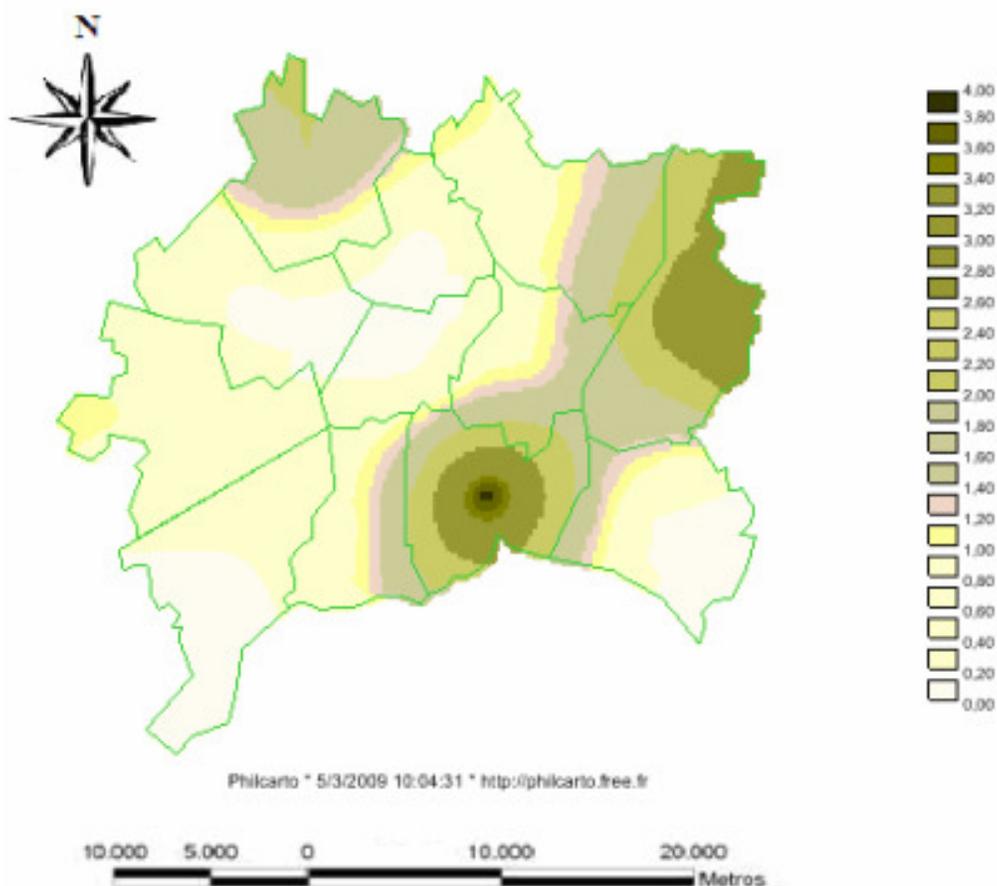


Figura 8. Mapa de tendência de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa que se trata com fitoterapia devido à precariedade da saúde pública.

Outra tendência relativa aos pacientes do HMA com renda familiar de até um salário mínimo (Figura 9).

Como se pode observar, a região Sul mostra a maior quantidade de pacientes com renda familiar de até um salário, seguida da região Leste. Os dados reforçam que esses pacientes são de baixa renda. Supõe-se que os pacientes estão procurando pelo hospital para minimizar seus gastos e também pela procura de tratamento alternativo. Embora na área de saúde os avanços sejam constantes com a descoberta de novos medicamentos, formas de tratamento, ampliação das campanhas de vacinação, o custo de manutenção da

saúde ainda é muito elevado para milhares de pessoas, além disso, os avanços não têm sido eficientes e/ou suficientes. (Castro & Malo, 2006). Um número significativo de pessoas continua excluído da saúde de qualidade.

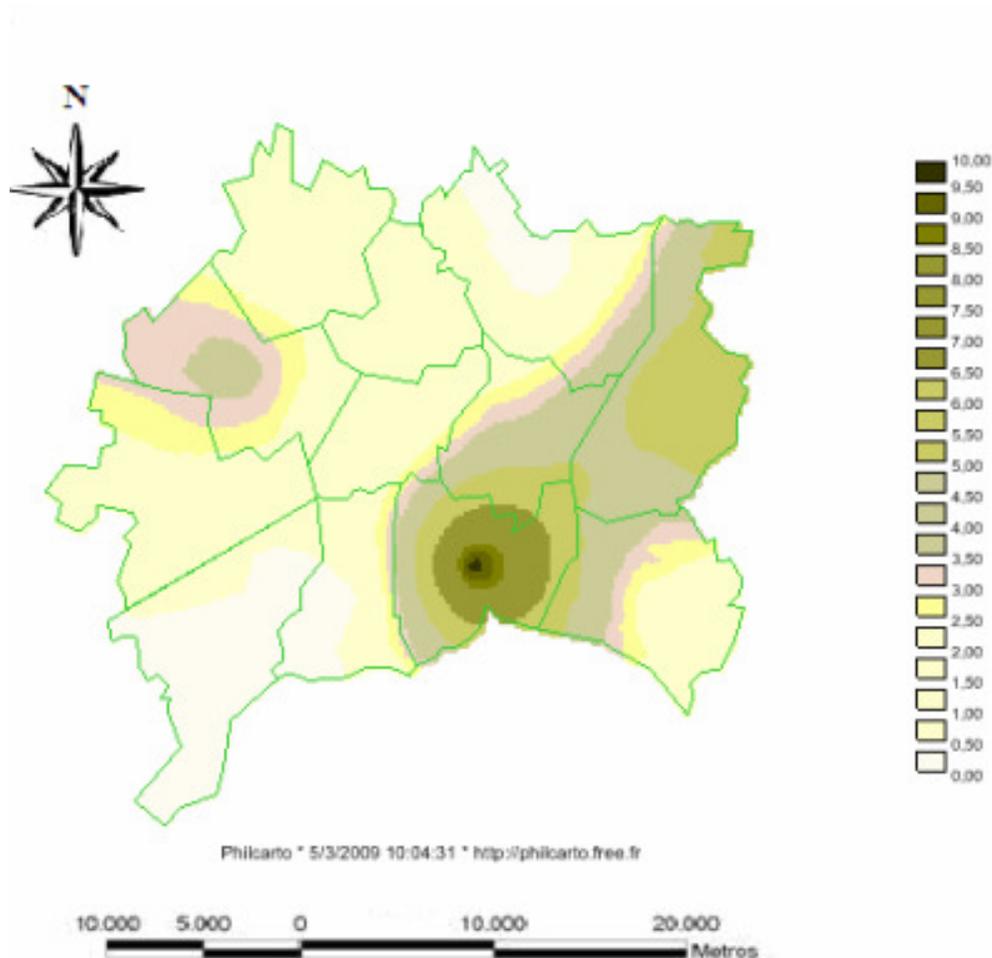


Figura 9. Mapa de tendências de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa com renda familiar até um salário mínimo.

O Mapa mostra as tendências de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa com primeiro grau escolar (Figura 10). Das pessoas pesquisadas, a maioria está concentrada na região Sul, seguido da região Leste de Goiânia. A maior parte dos usuários do sistema público de saúde está concentrada na

população com menor nível de escolaridade (Costa & Fachinni 1997 apud Silva 2003).

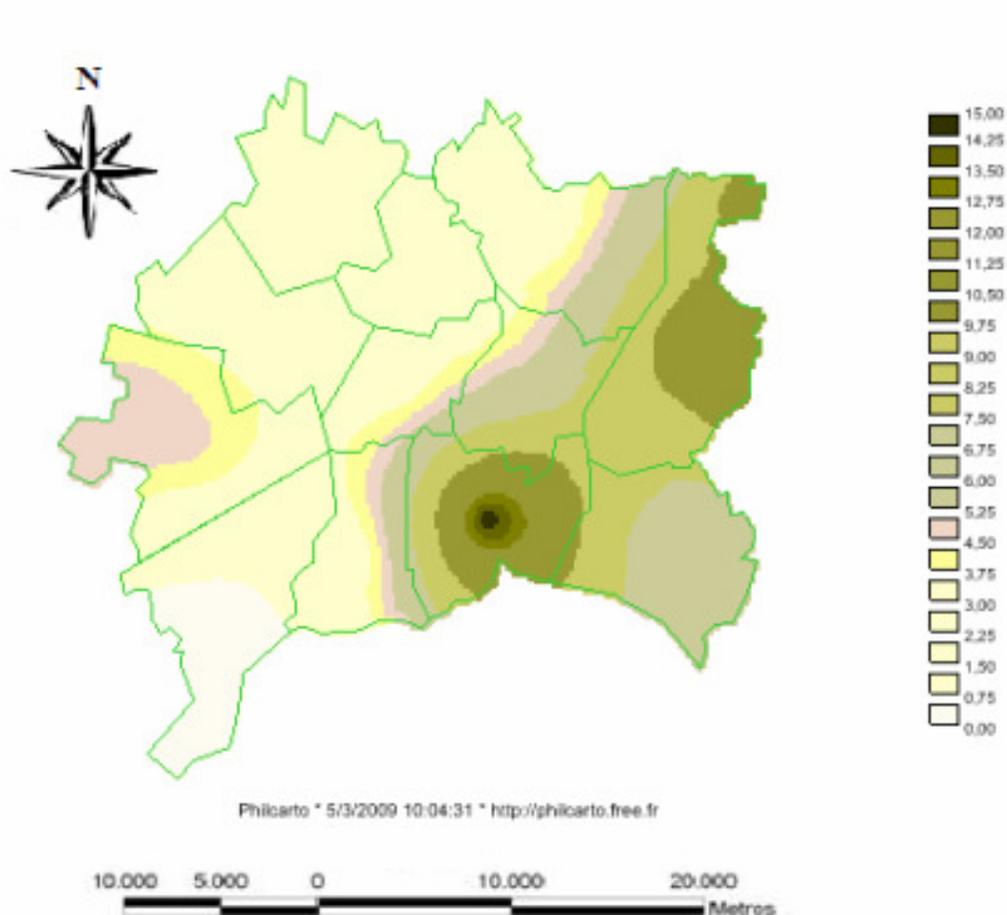


Figura 10. Mapa de tendências de pacientes do Hospital de Medicina Alternativa com primeiro grau escolar.

A justificativa para esse fato, é que mesmo essas pessoas sendo de baixa escolaridade elas estão procurando por essa alternativa de tratamento ou sendo indicados pela boa satisfação encontrada por familiares e ou amigos que fazem ou fizeram tratamento no HMA. Ressalta-se que a falta de escolas, a ausência de incentivos para continuar os estudos e a necessidade de trabalhar para contribuir

para melhoria da renda familiar, estão entre os principais fatores do baixo nível escolar.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou que o uso informal de plantas medicinais pela população goiana pesquisada é uma questão cultural e social, e que esse conhecimento foi adquirido ao longo de gerações. Entre os pacientes atendidos no HMA predominam os de baixa renda e baixa escolaridade, embora a procura por esta prática integrativa seja feita por todas as classes sociais e por pessoas de elevado nível de instrução.

A maioria dos usuários que busca tratamento no HMA chegou ao hospital devido à indicação de família, amigos e de pessoas que tratam nessa unidade de saúde e tiveram melhoras significativas no tratamento. Os níveis de satisfação relatados pelos pacientes mostraram que são favoráveis às práticas terapêuticas por serem praticamente isentas de efeitos colaterais, pela eficácia e pelo atendimento ser mais humano em relação aos outros hospitais públicos. O HMA é procurado por pessoas de toda a Região Metropolitana Goiânia. Entretanto mesmo sendo o primeiro e único hospital do país que faz tratamento integrativo e complementar baseado na medicina indiana (ayurvédica), a procura por essa unidade de saúde ainda é pequena. A procura provavelmente seria maior se houvesse alguma forma de divulgação do trabalho realizado pelo hospital.

O elevado custo dos medicamentos não-convencionais, a crise da saúde pública, o tratamento mais natural e a eficácia das terapias alternativas, foram os aspectos mais citados pelos pacientes que influenciaram na decisão pelo tratamento no HMA. Embora a herança cultural a respeito de plantas medicinais também tenha contribuído na adesão ao tratamento. Assim, instituições de pesquisa podem contribuir para a disseminação dessas informações

desenvolvendo de forma prática e acessível os resultados obtidos em estudos complementares nessa área.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. P., Proença, C. E. B., Sano, S. M. & Ribeiro, J. F. (1998). Cerrado: Espécies vegetais úteis. Planaltina: Embrapa. 464 p.
- Alonso, J.R. (1998). Tratado de Fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas. Isis Ediciones srl. Buenos Aires, Argentina. 1039 p.
- Alonso, A. M. (2001). Plantas medicinais para uso caseiro: produção vegetal. Apostila de Plantas Medicinais. UNESP-Jaboticabal: 50p.
- Alves, A. R. & Silva, M. J. O. (2003). O uso da Fitoterapia no Cuidado de Crianças com até cinco anos em Área Central e Periférica da Cidade de São Paulo. In: *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 37(4): 85-91.
- Amaral, F. M. M., Ribeiro, M. N. S. & Coutinho, D. F. (2002). Comercialização de plantas medicinais para uso medicinal em mercados de São Luís, Maranhão, *Infarma*, 14(7/8): 69-73.
- Araújo, A.C., Silva, J.P, Cunha, J.L.X. L & Araújo, J.L.O. (2009). Caracterização sócio-econômico-cultural de raizeiros e procedimentos pós-colheita de plantas medicinais comercializadas em Maceió, AL. *Rev. Bras. Pl. Med. Botucatu*, 11(1): 2009.
- Alzugaray, D. & Alzugaray, C. (1983). Flora Brasileira: a primeira enciclopédia de plantas do Brasil. *Enciclopédia das Plantas que curam*. Editora Três. São Paulo. p. 9.
- Barata, L. E. S. (1997). Fitomedicamentos no Brasil: um diagnóstico. Campinas: Convênio Unicamp/ Instituto de Química/Academia Brasileira de Ciências. Relatório final de pesquisa.

- Barbosa, M. A. (1990). *A fitoterapia como prática de saúde – o caso do hospital de terapia Ayurvédica de Goiânia*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem Anna Néry, Universidade Federal do Rio Janeiro.
- Bieski, I. G. C. & De La Cruz, M. (2005). Quintais Medicinais mais Saúde menos Hospitais. Governo do Estado de Mato Grosso, Cuiabá. 80 p.
- Brandão, M. (1994). Plantas Portadoras de Substâncias Medicamentosas de Uso Popular, Ocorrentes no Domínio da Caatinga, em Minas Gerais. *Informe Agropecuário*. Belo Horizonte, 17(181): 47- 52.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006 a). *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*, Brasília. 60 p.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006 b). *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Planas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília. 146 p.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004 a). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.48, de 16 de Março.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004 b). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RE n.89, de 16 de Março.
- Bussmann, R.W & Sharon. D. (2006). Traditional medicinal plant use in Loja province, Southern Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2 (44): 9.
- Camargo, A. (1984). Os usos da história oral e da história de Vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*. 27(1): 5-28.
- Camargo, M.T. L. A. (1985). *Medicina Popular*. Artmed, São Paulo. 40 p.

- Campello, M.F. (2001). *Relação médico-paciente na homeopatia: Convergência de Representações e Prática*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Cancelieri, N. M. (2003). Plantas medicinais: uma abordagem interdisciplinar. *UNESC em Revista*. 14: 181-196.
- Carvalho, J. C. T. (2004). *Fitoterápicos antiinflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas*. Tecmed, Ribeirão Preto-SP, 480 p.
- Castro, D. M. (2004). Homeopatia, plantas medicinais e ambientes. *Ação Ambiental*. Viçosa. UFV, ano 7(28): 9-13.
- Castro, A. & Malo, M. (2006). SUS: Resignificando a promoção da saúde. In: Akerman, M.; Duhi. & Bogus, C.M. (Org.). *A questão urbana e a saúde: Impactos e respostas necessárias*. Hucitec, São Paulo. 119-132. 222 p.
- Chatonet, J. (1983). *As plantas medicinais: preparo e utilização*. Trad. Nelly Soares Hungria. Martins Fontes, São Paulo. 175 p.
- Cunha, A. P.; Silva, A. P. & Roque, O. R. (2003). *Plantas e produtos vegetais em fitoterapia*. Fundação Calouste Gulbenkiah, Lisboa. 701 p.
- Drummond, P. (2007). Saúde: a falta de remédios em debate. *O Popular*, 18 de outubro. p. 2.
- Di Stasi, L.C. *et al.* (1996). *Plantas medicinais: Arte e ciências. Um Guia de estudo interdisciplinar*. Editora UNESP. São Paulo. 230 p.
- Dias, M. C. (1999). *Plantas medicinais utilizadas no distrito de Juquiratiba – Município de Conhas, SP*. Dissertação Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

- Espanha, Ministério de Sanidad y Consumo. (2004) Orden SCO/190/2004 de 28 de enero.
- Eldin, S. & Dunford, A. (2001). Fitoterapia na atenção primária à saúde. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. Manole, São Paulo. 163 p.
- Farmacopéia Brasileira (1988). Atheneu, São Paulo. p. 1213.
- Filho, J. P. B. V. (1978). Medicina Indígena e Medicina Científica. In: Revista de Antropologia. Departamento de Ciências Sociais (Área de Antropologia), Universidade de São Paulo. v. 21.171-173.
- Fonseca, C. A & Pereira, D.G. (2004). Aplicação da genética toxicológica em plantas com atividade medicinal. *Infarma*. 16 (8): 49-52.
- Garcia, M. M. (1983). Matérias-primas comuns na tecelagem artesanal e na medicina caseira em Goiás. In: Revista do Instituto de Ciências Humanas e Letras (ICHL). Goiânia, GO. 3(1): 13-42.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. 35 (2): 12-26.
- Goiás, Secretaria da Saúde do Estado de Goiás (2008). *Hospital de Medicina Alternativa comemora 20 anos de atividades*. Acesso em 21/02/2008. Disponível em <http://www.hma.goias.gov.br>
- González, J.Y. (2006). Uso tradicional de plantas medicinales em la Vereda San Isidro, Municipio de San José de Pare Boyacá: um estudio preliminar usando tecnicas quantitativas. *Acta biol.Colomb*. 11(2): 1-10.
- Gomes, D. L. S., Romanholi, L. M & Souza, M. T. G. (1985). A fitotrapia e a homeopatia como práticas médicas alternativas. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 38 (3): 329-348.

- Guimarães, A. M. S. & Bieski, I. G. C. (2006). Apostila do 2º Curso de Plantas Medicinais: *Formação de Multiplicadores*. Cuiabá, MT. 60p.
- Haguette, M. T. F. (1987). Metodologias Qualitativas na Sociologia. Vozes Petrópolis, Rio de Janeiro. 224 p.
- Hendler, S. S. (1997). *A enciclopédia de vitaminas e minerais*. Tradução de Outras Palavras Consultoria Lingüística. ISBN: 85-7001-912-2. Campus, Rio de Janeiro. 576 p.
- Ifas (2001). Projeto: Incentivo ao Cultivo de Plantas Medicinais na Região do Cerrado em Goiás. pp. 1-4. Acesso em 12/04/2008. Disponível em <http://www.ifas.org.br/html/atuacao/projetos/incentivo.htm>.
- Laboratórios Klein (1981). Manual - Guia de Medicina Vegetal. Klein. Rio Grande do Sul. 66p.
- Landmann, J. (1989). As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência? Guanabara, Rio de Janeiro. 185p.
- Lefevre, F. & Lefevre, A. M. C. (2004). Promoção de Saúde: a negação da negação. Vieira & Lent, Rio de Janeiro. 166 p.
- Lima-Costa, M.F.; Barreto, S. M & Giatti, L. (2003). Condições da saúde, capacidade funcional, usam de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cadernos de Saúde Pública. 19 (3): 735-743.
- Lorenzi, H. & Matos, F. J. A. (2002). *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. Instituto Plantarum, Nova Odessa - São Paulo. 512 p.

- Luz, M.T. (2003). Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. Hucitec, São Paulo. 174 p.
- Matos, F.J. A (1994). Farmácias vivas: Sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. EUFC, Fortaleza. 180 p.
- Morais, I. C.; Silva, L. D. G.; Ferreira, H. D; Paula, J. R. & Tresvenzol, L. M. F. (2005). Levantamento sobre plantas medicinais comercializadas em Goiânia: abordagem popular (raizeiros) e abordagem científica (levantamento bibliográfico). *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2 (1): 13-16.
- Navarro Moll, M, C. (2000). Uso racional de las plantas medicinales. *Pharmaceutical Care Espana*. v.2: 9-19.
- Newall, C. A.; Anderson, I. A & Phillipson, J. D. (2002). Plantas medicinais: guia para profissional de saúde. Premier, São Paulo. 308 p.
- Oliveira, E.R. de. (1985). O que é medicina popular. Brasiliense, São Paulo. 91 p.
- Oliveira, F. & Akisue, G. (2000). *Fundamentos de farmacobotânica*. Atheneu, São Paulo. 178 p.
- Ortencio, B. (2006). Plantas medicinais do cerrado. In: Guimarães, *et al.* *Natureza viva cerrado: caracterização e conservação*. p.199-211. UCG, Goiânia, GO. 211 p.
- Produção de Fitoterápicos é Padronizada. (2004). Revista Pharma Brasileira. Brasília-DF: Conselho Federal de Farmácia, fev./mar/ abr.p.23.

- Pires, M. O. (1999). Cerrado: sociedade e biodiversidade. In: Ioris, E. (Coord.) Plantas medicinais do cerrado: perspectivas comunitárias para a saúde, o meio ambiente e o desenvolvimento sustentável. Mineiros, GO: Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior-Projeto Centro Comunitário de plantas Medicinais.
- Queiroz, M. A. (2003). Saúde e doença: um enfoque antropológico. EDUSC, São Paulo. 230 p.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Gradiva, Lisboa, Portugal. 284 p.
- Rizzo, J.A. Monteiro, M.S.R. & Bitencourt, C. (1990). Utilização de plantas medicinais em Goiânia. In: Congresso Nacional de Botânica, 36. Curitiba. Anais... Brasília: IBAMA. v. 2: 671-714.
- Rizzo, J.A., Campos, I.F.P., Jaime, M.C. & Morgado, W.F. (1999). Utilização de plantas medicinais nas cidades de Goiás e Pirenópolis, Estado de Goiás. UNESP. São Paulo. 20 (2): 431- 447.
- Ribeiro, R.F. (1999). A medicina no sertão: uma “garrafada” de ervas e tradições. In: Ioris, E. (Coord.). Plantas medicinais do Cerrado: Perspectivas comunitárias para a saúde, o meio ambiente e o meio sustentável, Mineiros-GO: Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior. p.175-203. 271p.
- Romanholi, L. M.; Gomes, D. I. S. & Souza. M.T.G. (1985). A fitoterapia e a homeopatia como práticas médicas alternativas. Revista Brasileira de Enfermagem. 38 (3/4): 329- 348.
- Santos, C. A. M., Torres, K. R. & Leonart, R. (1990). Plantas Medicinais (herbarium, flora et scientia). 2 ed. Ícone, São Paulo. 160 p.

- Sarti, S. J & Carvalho, J.C.T. (2004). Fitorerapia e Fitoterápicos. In: Carvalho, José Carlos. T. (Org). *Fitoterápicos antiinflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas*. (pp.13-38). Tecmed, São Paulo. 480 p.
- Scholl *et al.* (2006). Um resumo sobre a História das ervas, os conhecimentos sobre ervas que atravessaram o mundo há vários anos atrás até os dias de hoje. In: Boletim Botânico, plantando saúde. p.119. Unipinhal, São Paulo. 142p.
- Schulz, V.; Hansel. & Tyler, V. E. (2002). *Fitoterapia Racional: Um guia de fitoterapia para as ciências da saúde*. 4 ed. Manole, São Paulo. 386 p.
- SES-GO. (2007). Hospital de Medicina Alternativa. Acesso em 13/03/2008. Disponível em <http://www.saude.go.gov.br>
- Silva, M. I. G.(2003). *Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família, no município de Maracanaú, CE*. Dissertação de mestrado em Ciências Farmacêuticas, Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Silva, M. J. P. & Alves, A. R. (2003). O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central é periférica da cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 37(4): 85-91.
- Silva, N. E. (1997). *O desenvolvimento da fitoterapia na escola: uma proposta de trabalho com alunos da 5ª série*. Monografia não publicada. Faculdade de Educação “São Luis”. São Paulo. 63 p.
- Sixel, P. J & Pecinalli, N. R. (2005). Características Farmacológicas gerais das plantas medicinais. *Infarma*, 16 (12/14): 74-77.

- Silva, M, C. & Carvalho, J.C.T. (2004). Plantas medicinais. In: Carvalho, José Carlos T. (Org). Fitoterápicos antiinflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas. (pp. 39-41). Tecmed. São Paulo. 480 p.
- Souza, C.D. & Felfili, J.M. (2006). Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil. 20 (1): 135.
- Souza, C. D. & Felfili, J. M. (2006). Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil. In: *Acta Botanica Brasileira*. 20 (1): 135-142.
- Straus, S. E. (2005). Medicina Complementar e Alternativa. In: Goldman, L. & Ausiello, D. (Editores). Tratado de Medicina Interna. (Trad. Ana Kemper *et al.*) Elsevier. Rio de Janeiro. pp. 195-200. 2 v.
- Teske, M. & Trentini, A. M. M. (2001). *Herbarium compêndio de fitoterapia*. 4. ed. Herbarium Lab. Bot. Ltda., Curitiba. 317 p.
- Teich, D. H. (1999). Estudo revela ecossistemas ricos em plantas medicinais. O jornal *O Globo*, 12 de fevereiro. In: Ioris, E. (Coord.). Plantas medicinais do Cerrado: Perspectivas comunitárias para a saúde, o meio ambiente e o meio sustentável. Workshop Plantas Medicinais do Cerrado. Anais... Mineiros, GO: Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior. p.175. 271p.
- Tomazzoni, M. I.; Negrelle, R. R. B & Centa, M. L. (2006). Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. In: *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 15 (1): 115-21.
- Tresvenzol, L. M.; Paula, J. R.; Ricardo, A. F.; Ferreira, H. D. & Zatta, D. T. (2006). Estudo sobre o comércio informal de plantas medicinais em Goiânia e cidades vizinhas. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 3 (1): 23-28.

- Tridente, R. D. (2002). *O uso de plantas medicinais na cidade de Porangatu, GO*. Dissertação de mestrado em Biologia, Universidade Federal de Goiás.
- Ulhôa, J. M. (2008). *Avaliação do nível de satisfação dos usuários de práticas não-convencionais atendidos no hospital de medicina alternativa*. Monografia não publicada. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 64 p.
- Universidade Federal de Viçosa, (2004). *Ação ambiental - plantas medicinais: cultivo orgânico, preservação ambiental e saúde*. In: Rodrigues-das-Dôres, R.G. Plantas medicinais brasileiras ameaçadas de extinção. UFV, Viçosa. Ano VII, n.28, maio/junho. 17-19.
- Vieira, M. N. (1985). *Medicina caseira Paraense (Estudo Etnolinguístico)*. Universidade Federal do Pará. Participante do PIDL. Belém-PA. 80 p.
- Waldesch, F.G & Königswinter, B. S. (2003). *Herbal Medicinal Products: Scientific and Regulatory Basis for Development, Quality Assurance and Marketing Authorization*. Medpharm Scientific Publishers Stuttgart. Boca Raton, USA. 177p.
- Yen, C., Scott, L., Cabral, I., Cantú, C., Villarreal. J.A., & Estrada, E. (2007). *Ethnobotany in the Cumbres de Monterrey National Park, Nuevo León, México*. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. 3 (8):1-8.

APÊNDICES

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Confidencialidade**, o Sr. (a) terá a garantia que guardaremos segredo das informações a seu respeito; e também poderá deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem nenhum problema. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida o Sr. (a) pode procurar a Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone 3946-1071

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Identificação e Distribuição Geográfica da População que Utiliza Plantas Medicinais como Prática Terapêutica em Goiânia: Uma Questão Social e/ou Cultural?

Pesquisador responsável: Nilson Elias da Silva

Telefone para contato: (062) 9215-1094 ou recado (062) 3256-1531.

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer. Telefone para contato (0xx62) 9979-5886.

O objetivo deste trabalho é conhecer a população usuária da fitoterapia no Hospital de Medicina Alternativa da Secretaria Estadual de Saúde e a sua relação com a escolha da prática terapêutica por plantas medicinais. Fica claro que o Sr.(a) não terá nenhum prejuízo em participar da pesquisa e sua participação contribuirá para a compreensão do motivo que o levou a ser usuário de plantas medicinais. A sua participação será a de responder o formulário e futuramente, se for da sua vontade, poderá ser agendada uma entrevista. Os dados dos formulários serão utilizados apenas com a finalidade de pesquisa e será mantido o sigilo sobre a pessoa.

Em relação aos **riscos e benefícios**, o único desconforto será de responder o questionário. A metodologia usada não oferece nenhum risco ao participante desta pesquisa. A sua participação é fundamental para que possamos conhecer os motivos que o (a) levaram a utilizar plantas medicinais, o seu conhecimento sobre as plantas como tratamento e o seu preparo. Será beneficiado à medida que haja maior conhecimento sobre as plantas medicinais em prol da saúde e, conseqüentemente na sua qualidade de vida. Entretanto em qualquer momento poderá retirar o seu nome sem prejuízo a sua pessoa. Os resultados dessa pesquisa fornecerão subsídios para que possamos produzir cartilhas de interesse para a população.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: _____

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Identificação e distribuição geográfica da população que utiliza plantas medicinais como prática terapêutica em Goiânia: uma questão social e/ou cultural**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Nilson Elias da Silva, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE II

FICHA DE CADÁSTRO / FORMULÁRIO USUÁRIO DE PLANTAS MEDICINAIS Nº. _____.

1) Nome do entrevistado: _____

2) Idade: _____ 3) Profissão: _____ 4) Sexo: () M () F

5) Cor/raça: () Branca () Negra () Parda () Outra _____

4) Endereço: _____

5) Residência: () Própria () alugada () cedida

6) Naturalidade: () Goiânia () rural () urbana () Outro local: _____

7) Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () amasiado(a) () separado(a) () viúvo(a)

8) Nível de escolaridade: () Não alfabetizado () 1º Grau () 2º Grau
() Ensino Superior

9) Renda individual: _____

10) Renda Familiar:

- () Até 1 salário mínimo
- () de 2 a 3 salários mínimos
- () de 4 a 5 salários mínimos
- () de 6 a 7 salários mínimos
- () acima de 8 salários mínimos

11) Quantas pessoas vivem em sua casa? _____

12) Já procurou o Hospital de Medicina Alternativa alguma vez? Sim () Não ()

Quantas vezes? _____

Por quê? _____

13) Você já usou plantas medicinais para combater problemas de saúde?

() Sim () Não Por quê? _____

14) Se sim, qual(s) planta(s) utilizou e para qual (is) problema (s) de saúde?

Planta: _____ Problema: _____

Planta: _____ Problema: _____

Planta: _____ Problema: _____

15) Qual o modo de preparo das plantas (Fitofármacos)?

- () Infusão-água fervente sobre a planta
- () Decocto-ferver a planta com água quente
- () Xarope () Tintura () Extrato

16) Quais as formas de uso das plantas?

- Banho Compressa(pano quente umedecido) Cataplasma(pasta)
 Ungüento(pomada) Chá Tintura Pó
 Xarope Inalação Óleo Infusão
 Cápsula Garrafada (põe no vinho) Extrato Gargarejo
 Abafador

Qual outro modo? _____

17) Como ou com quem você aprendeu a usar plantas medicinais?

18) Qual prática terapêutica utiliza normalmente?

- Apenas plantas medicinais
 Apenas medicamento homeopático
 Mistura de dois tratamentos

19) Quando utilizou plantas como tratamento, obteve resultados positivos?

- Curou Não Melhorou

20) Onde você adquiriu as plantas que utiliza?

- Fundo de quintal Mercado Feira livre Raizeiro Farmácia HMA
 Campo

Outro local _____

21) Qual o meio de comunicação utilizado para o conhecimento das plantas medicinais?

- Vizinhos televisão rádio Livros Revistas jornais
 Outros. Quais? _____

22) Qual o motivo de usar plantas medicinais?

23) Você tem conhecimento das propriedades medicinais das plantas que usa ou usou?

- Sim Não Um pouco

24) Quais fatores que mais influenciaram no uso de plantas medicinais?

- baixo custo por ser mais eficaz precariedade da Saúde Pública

ENTREVISTADOR (A): _____

DATA: _____

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADAS

1. Nome do paciente e idade?
2. Como o Sr. (a) ficou sabendo do Hospital de Medicina Alternativa? Porque veio?
3. Se já fez tratamento aqui no Hospital, como foi o resultado?
4. Utiliza hoje plantas medicinais para o tratamento de alguma doença?
 - Por quê?
 - Quais plantas?
 - Como são preparadas?
 - Com que finalidade?
 - Como usa o remédio?
5. Quais plantas medicinais que conhece, e para que servem e quais já utilizaram.
6. Você planta algum tipo de erva medicinal em sua casa?
7. Como foi informado sobre os remédios de plantas medicinais.
8. Com que frequência você toma os remédios de plantas?
9. Como você compara o tratamento com plantas medicinais com os remédios
 - Alopáticos?

ENTREVISTADOR (A): _____

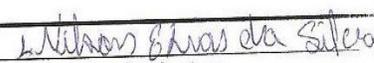
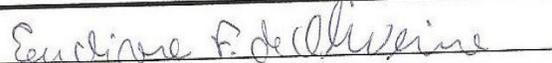
DATA: _____

ANEXOS

ANEXO I



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0104.0.168.000-08	
Projeto de Pesquisa Identificação e Distribuição Geográfica da População que Utiliza Plantas Medicinais como Prática Terapêutica em Goiânia: Uma Questão Social e/ou Cultural?			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Novos Procedimentos		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 27762297120	Pesquisador Responsável NILSON ELIAS DA SILVA	 Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 12/09/2008	Recebimento:  Assinatura		

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

ANEXO II

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA/UCG

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

1 IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Título do Projeto: Identificação e Distribuição Geográfica da População que Utiliza Plantas Medicinais como Prática Terapêutica em Goiânia: Uma Questão Social e/ou Cultural?
- 1.2 CAAE: 0104.0.168.000-08
- 1.3 Instituição aonde será realizado: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás/Hospital de Medicina Alternativa
- 1.4 Data de apresentação ao CEP: 01 de outubro de 2008.

2 OBJETIVOS

- Atendido.

3 SUMÁRIO DO PROJETO

- 3.1 Descrição e caracterização da amostra: atendida.
- 3.2 Critérios de inclusão e exclusão: atendidos.
- 3.3 Adequação da metodologia: atendida
- 3.4 Adequação das condições: nada a observar.

4 COMENTÁRIOS DO RELATOR FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES EM PARTICULAR SOBRE:

- 4.1 Estrutura do protocolo: atendida.
- 4.2 Análise de riscos e benefícios: atendida
- 4.3 Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: atendida.
- 4.4 Forma de obtenção do Termo de Consentimento: atendida
- 4.5 Privacidade e confidencialidade: atendida.

5 PARECER DO CEP:

De acordo com a Resolução CNS 196/96 o projeto encontra-se APROVADO.

Goiânia, 01 de outubro de 2008,


Prof. Dr. Jose Rodrigues do Carmo Filho
Coordenador do CEP-SGC/UCG

ANEXO III

FICHA PARA CONSULTA NO HMA

HOSPITAL DE MEDICINA ALTERNATIVA

NOME: _____

MÉDICO: _____

REGISTRO: _____ FITO.() HOMEOP.()

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

ENTREGA: ____/____/____ ÀS: ____:____ h.

Div. Gráfica do SUS-GO

FICHA PARA RETORNO DE CONSULTA

HOSPITAL DE MEDICINA ALTERNATIVA

R E T O R N O

MÉDICO: _____

DIA: ____/____/____ ÀS: ____:____

DIA DA SEMANA: _____ REG.: _____

PACIENTE: _____

Div. Gráfica do SUS-GO

ANEXO IV

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por bairro onde reside.

Endereço	Ocorrência	Frequência (%)
Ap. de Goiânia-GO.	118	39
Água Branca	01	0,3
St. Pedro Ludovico	09	3,0
Aruanã II	01	0,3
Jd. Califórnia	01	0,3
Vale dos Sonhos	01	0,3
Jd. Mirabel	01	0,3
Pq. Amazônia	06	2,0
Norte Ferroviário	01	0,3
Jd. Mariliza	06	2,0
Vila Concórdia	01	0,3
Jd. Bela Vista	05	1,6
Jd. Vitória	01	0,3
St. Santa Helena	01	0,3
St. Cândido de Moraes	02	0,7
Chácara São Domingos	01	0,3
St. Novo Mundo	07	2,3
Jd. América	06	2,0
St. Solar Bouganville	01	0,3
St. Sul	01	0,3
St. Central	04	1,3
Urias Magalhães	01	0,3
Bairro Flamboyant	01	0,3
Recanto do Bosque	01	0,3
Vila Mutirão	02	0,7
Santo Antônio	01	0,3
Novo Planalto	01	0,3
Village Atalaia	01	0,3
Conj.Fabiana	01	0,3
Pq. Amendoeira	01	0,3
St. Bueno	03	1,0
Conjunto Aruanã I	01	0,3
Jd. da Luz	01	0,3
St. Santo Antônio	01	0,3
Continua...		

Tabela 2. Continuação

Jd. São Leopoldo	01	0,3
Res. Santa Luzia	01	0,3
Res. Triunfo	01	0,3
Bairro Feliz	01	0,3
Bairro Goiás	01	0,3
St. Universitário	03	1,0
Vila Viana	01	0,3
Senador Canedo	01	0,3
Vila Bethel	01	0,3
Bairro Anhanguera	01	0,3
Parque real	01	0,3
Jd.Maria Celeste	01	0,3
St. Santos Dumont	02	0,7
Pq. Flamboyant	02	0,7
St. Sudoeste	03	1,0
St. Castelo Branco	01	0,3
St. Santo Hilário	01	0,3
Jd. Brasil	01	0,3
Residencional Olinda	01	0,3
Conj. Vera Cruz	02	0,7
Vila Redenção	01	0,3
Bairro Maracanã – Anápolis	01	0,3
Jd. Califórnia	01	0,3
St. Criméia Oeste	01	0,3
Pq. Acalanto	01	0,3
St. Bueno	01	0,3
St. Alto da Glória	01	0,3
Jd. Brasil	01	0,3
Vila São João	01	0,3
St. Santa Helena	01	0,3
Jd. Guanabara	02	0,7
St. Negrão de Lima	01	0,3
St. Goiânia Viva	01	0,3
St. Norte Ferroviário	01	0,3
St. Coimbra	01	0,3
Pq. Santa Cruz	01	0,3
Conj. Caiçara	02	0,7
Jd. Monte Cristo	01	0,3
Continua...		

Tabela 2. Continuação

Trindade – GO.	05	1,6
Pirenópolis – GO.	01	0,3
Jd. Genoveva	01	0,3
St. Vila Luci	01	0,3
St. Prive Atlântico	02	0,7
St. Vila Moraes	02	0,7
St. Santa Luzia	01	0,3
St. Santa Tereza	01	0,3
Bairro Ipiranga	01	0,3
Jd. Goiás	01	0,3
Vila Redenção	01	0,3
Rio Formoso	01	0,3
Bairro Hilário	03	1,0
St. Aeroporto	02	0,7
Vila Concórdia	01	0,3
Vila Pedroso	01	0,3
Jd. da Luz	01	0,3
Res. Itapuã	01	0,3
Jd. Planalto	01	0,3
St. Santa Rita	01	0,3
Jd. Europa	01	0,3
Jd. Vitória	01	0,3
Chácara do Governador	01	0,3
Bairro São Francisco	01	0,3
St. Progresso	03	1,0
St. Dos Funcionários	01	0,3
St. Fim Social	01	0,3
St. Vila Nova	02	0,7
Pq. Trindade	01	0,3
Conj. Riviera	01	0,3
Res. Serra Azul	01	0,3
St. Panorama Parque	01	0,3
Jd. Caravelas	01	0,3
Pq. Industrial	01	0,3
Recanto das Minas Gerais	01	0,3
Asa Branca	01	0,3
Inhumas – GO.	01	0,3
Nazário - GO.	01	0,3
Continua...		

Tabela 2. Continuação

Jaraguá – GO.	01	0,3
Anápolis – GO.	01	0,3
Jataí – GO.	01	0,3
Xinguara – PA.	01	0,3
Porto Alegre- RS.	01	0,3
Total	302	100

ANEXO IV

Tabela 7. Relação de plantas medicinais mais conhecidas e/ou utilizadas pelos pacientes pesquisados no Hospital de Medicina Alternativa.

Plantas Mediciniais (Nomes populares)	Problemas de Saúde	Ocorrência	freqüências %
Alfavaca	Tosse, gripe	22	7,3
Alho	Pressão	02	0,5
Alcachofra	Calmante	01	0,3
Açafrão	Calmante, Colesterol, Inf. Garganta	07	2,0
Angico	Bronquite	01	0,3
Assa-peixe branco	Pneumonia, Bronquite, Gripe	03	1,0
Algodãozinho	Cicatrizante	01	0,3
Agrião	Asma	01	0,3
Arnica	Contusão, Feridas	06	2,0
Alho/cebola/limão	Colesterol	01	0,3
Arnica silvestre	Infecção, Pressão Arterial	01	0,3
Alecrim	Calmante, Dores, Gripe, Coração e Problemas de pele, Gás intestinal e antiinflamatório.	18	7,3
Amora (folha)	Reposição Hormonal e Hipertensão	14	4,0
Amora (folha)	Pressão Alta	01	0,3
Algodão (folha)	Infecção e Antiinflamatório	15	5,0
Abacate (folha)	Reumatismo	01	0,3
Abacate (folha)	Infecção de Urina	01	0,3
Assa-peixe	Cicatrizante e Enfisema pulmonar	02	0,6
Andiroba (óleo)	Dores Musculares	01	0,3
Amaruleite	Gastrite	01	0,3
Artemísia	Cólica	01	0,3
Arruda	Inflamação	01	0,3
Alfazema	Ansiolítico (tranqüilizante)	01	0,3
Barbatimão	Blenorragia e feridas	02	0,6
Babosa	Cólica renal, Cicatrizante, Gastrite, Queimadura, Fortalecer cabelo e Verme.	17	5,5
Bálsamo	Dor de ouvido, Estômago e Coluna.	04	1,2
Boldo (chile/brasileiro)	Estômago, Indigestão e Fígado	37	12,2
Batatinha	Gastrite	01	0,3
Barú (Casca)	Artrose e Osteoporose	02	0,6
Cana-de-macado (brejo)	Cálculos renais e Dor nas juntas	03	0,8
Camomila	Calmante e Insônia	22	7,3

Continua...

Tabela 7. Continuação

Carqueja	Digestivo, Asma e Colesterol Fígado, Enxaqueca e Ácido úrico.	11	3,5
Capim cidreira	Gripe, Alergia e Enxaqueca	04	1,2
Canola	Intestino	01	0,3
Cana (folha)	Pressa Alta	01	0,3
Couve	Gastrite	01	0,3
Confrei	Cicatrizante, Infecção Garganta, Diurético, Infecção ginecológica e Artrite Reumatóide, Estimula Prod. Glób. Vermelhos.	10	3,2
Cáscara sagrada	Intestino Preso	01	0,3
Cabo verde	Estômago	01	0,3
Calêndula	Câncer em Geral	01	0,3
Castanha da Índia	Intestino Preso/Varizes	02	0,6
Chá verde	Emagrecer, Diurético e Estômago.	04	1,2
Coentro	Infecção Urinária	01	0,3
Copaíba (óleo)	Antiinflamatório	02	0,5
Carobinha	Reumatismo	01	0,3
Cavalinha	Cistite	01	0,3
Capim gordura	Reumatismo	01	0,3
Canela	Energizante e Insônia	06	2,0
Cabelo de milho	Rins	01	0,3
Chapéu-de-couro	Rins	01	0,3
Douradinha	Infecção Urinária	02	0,5
Espinheira santa	Dor de Cabeça e Gastrite	04	1,2
Erva St ^a Maria (mastruço)	Cicatrizante, verminose, Antibiótico e depurativo.	15	5,0
Eucalipto	Gripe	02	0,5
Espinho de agulha	Artrose	01	0,3
Esporão de galo	Dor nos Pés	02	0,5
Erva doce	Calmente, Insônia, Estômago e Gases.	15	5,0
Erva e capim cidreira	Calmente, Insônia/Digestão/ Dor de Cabeça e Pressão alta	78	25,7
Erva de São João (mentrasto)	Anti-Depressivo	01	0,3
Erva de bicho	Hemorroidas	01	0,3
Folha Santa	Infecção	03	1,0
Funcho	Circulação	01	0,3
Folha da Fortuna	Estômago	01	0,3
Fedegoso	Bronquite	01	0,3
Favacão	Gripe	02	0,5
Funcho	Calmente	01	0,3
Graviola (folha)	Prevenção do Câncer e Próstata	2,0	0,6

Continua...

Tabela 7. Continuação

Guatambu	Diabetes e estômago.	02	0,6
Gengibre	Garganta e Gripe.	06	2,0
Guaco	Gripe e Bronquite.	06	2,
Ginkgo-biloba	Circulação e Labirintite	01	0,3
Goiaba (olho)	Dor de Barriga	01	0,3
Guiné	Ansiedade	01	0,3
Gervão	Gripe/Antiinflamatório	02	0,5
Hibisco	Hemorragia e Alergia	02	0,5
Hortelã	Estômago/digestão, Verme, Antiinflamatório, Resfriado/Gripe, Colesterol, Gases, Diurético, Calmante, Circulação e Intestino.	52	16,6
Hortelã folha grossa	Tosse	02	0,5
Insulina	Diabetes	02	0,5
Jamelão	Diabetes	01	0,3
Jatobá (resina)	Osteoporose	02	0,5
Jurubeba	Úlcera Duodenal	01	0,3
Losna	Estômago, Fígado, rins e náusea.	03	0,9
Linhaça	Colesterol	01	0,3
Lima de bico	Sinusite	02	0,5
Laranjeira do campo	Gripe	02	0,5
Limão	Digestivo	01	0,3
Marcelinha	Diarréia	01	0,3
Milhomens	Infecção	01	0,3
Mama-cadela	Pele	01	0,3
Mandioca (folha)	Anemia	01	0,3
Mastruço	Gastrite	01	0,3
Macela	Digestão	01	0,3
Mamona	Intestino	01	0,3
Maracujá	Calmante	01	0,3
Mulungu	Antidepressivo	01	0,3
Malva	Calmante	01	0,3
Mentrasto	Vermífugo	02	0,5
Manacá	Coluna/Reumatismo	03	1,0
Mama-cadela	Vitiligo	01	0,3
Noz-moscada	Estômago e Disritmia	01	0,3
Panacéia (bolsa de pastor)	Diurético	01	0,3
Pé-de-galinha	Pneumonia	01	0,3
Pata-de-vaca	Osteoporose, Malária e dor.	06	1,9
Pacová	Reumatismo	02	0,5
Pau-ferro	Bronquite	01	0,3
Pau-doce	Anemia profunda, Leucemia e Fibromialgia.	02	0,6

Continua...

Tabela 7. Continuação.

Poejo	Gripe, calmante	05	1,5
Quebra-pedra (erva-pombinha)	Cálculos Renais	12	3,8
Romã	Cistite e Diverticulite.		
Rúcula	Garganta e Gastrite	04	1,2
Sete Dor	Reposição Hormonal	01	0,3
	Dor de cabeça, Infecção	05	1,6
	Dor de Estômago.		
Sucupira (semente)	Infecção de Garganta	02	0,5
Sabugueiro	Gripe	04	1,2
Santa bárbara	Picada de Insetos	01	0,3
Sene	Intestino Preso	03	1,0
Salsa	Colesterol	01	0,3
Semente de Laranja	Diabetes	01	0,3
Sambaíba	Queimação de Estômago	01	0,3
Sálvia	Estômago	02	0,5
Sofre-do-Rim-Quem-Quer	Cálculos Renais	02	0,5
Tanchagem	Antiinflamatório, Garganta,	15	5,0
	Rins, Dor abdominal, Diarréia,		
	Estômago, Infecção		
Unha de gato	Reumatismo/Artrite	02	0,5
Umbaúba (folha)	Cistite	01	0,3
Valeriana	Insônia	03	1,0

Obs: Um paciente pode ter escolhido mais de uma planta, por tanto a somatória ficou acima de 302.