

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Ângela Roberta Alves Lima

Pelotas, 2012

ÂNGELA ROBERTA ALVES LIMA

**AGRICULTORAS NO CUIDADO DA FAMÍLIA COM USO DAS PLANTAS
MEDICINAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências do Conhecimento. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde).

Orientadora: Profª Drª Rita Maria Heck

Coorientadora: Drª Rosa Lia Barbieri

Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L732a Lima, Ângela Roberta Alves
Agricultoras no cuidado da família com uso de plantas medicinais /
Ângela Roberta Alves Lima; orientadora Rita Maria Heck; co-
orientadora Rosa Lia Barbieri. -Pelotas, 2012.
115 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

1. Enfermagem rural. 2. Cuidado familiar. 3. Plantas medicinais.
4. Saúde da família. 5. Cultura. I. Heck, Rita Maria, orient. II. Barbieri,
Rosa Lia, co-orient. III. Título.

CDD: 610.73

Folha de Aprovação

Autor: Ângela Roberta Alves Lima

Título: Agricultoras no cuidado da família com uso de plantas medicinais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde

Aprovado em: 26/10/2012

Banca examinadora

Dra. Rita Maria Heck (presidente)
Universidade federal de Pelotas

Dra. Adriana Dora da Fonseca
(Titular)
Universidade Federal de Rio Grande

Dra. Luciane Prado Kantorski
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Eda Schwartz
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Maria de Lurdes Budó
(Suplente)
Universidade Federal de Santa Maria

Dra. Crislaine Lima
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

A realização desta pesquisa contou com varias colaborações, portanto agradeço a todos que apoiaram e tornaram este projeto realidade.

Ao Oséias, meu esposo, pelo apoio, incentivo e amor dedicado, compartilhando as dificuldades e alegrias desse percurso.

Ao Pedro, meu filho, por estar sempre presente dedicando seu amor e compreensão, por ter assumido a responsabilidade de cuidar-se para que a mãe realizasse seus os objetivos.

Aos meus pais, Orval e Jacira (in memorian), pelo amor e apoio durante minha vida.

Aos meus sogros, pelo incentivo e carinho dedicado, em especial a Olei que muitas vezes assumiu as funções de cuidado do Pedro para que eu pudesse me dedicar a construção desse projeto.

A orientadora Rita Maria Heck pelo constante estímulo, orientação, apoio, ensinamentos e amizade.

A co-orientadora Rosa Líia Barbieri, pelo incentivo, ensinamento e carinho.

Ao meu irmão e minha cunhada, que apesar da distância me acompanharam nesta trajetória.

As informantes da pesquisa, as quais me receberam de maneira acolhedora em seu grupo de trabalho e contribuíram expressivamente para a construção deste trabalho.

As colegas de mestrado Márcia, Silvana, Giane e Andréia que sempre me cuidaram e se fizeram presente em toda essa caminhada compartilhando momentos de alegria, ansiedade e dificuldade.

As doutorandas Teila e Caroline pelo apoio, orientação e amizade.

Aos bolsistas do Projeto Plantas Bioativas, pelo apoio no decorrer da pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa, pelo apoio, incentivo e carinho dedicado.

A Embrapa Clima Temperado pela estrutura e apoio disponibilizados.

Aos professores e colegas de pós-graduação pela dedicação e companheirismo e por compartilhar seus conhecimentos.

Resumo

ALVES-LIMA, Ângela Roberta. **Agricultora no cuidado da família com uso das plantas medicinais.** 2012. 114f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As agricultoras, geralmente, possuem conhecimentos sobre as plantas medicinais e sobre as patologias mais recorrentes em sua região, e os utilizam no cuidado dentro da estrutura familiar e na comunidade. Esta pesquisa objetivou investigar o contexto vivido pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar com o uso de plantas medicinais. A metodologia consiste de um estudo qualitativo, descritivo exploratório, realizado com um grupo de agricultoras, com um total de 15 informantes, residentes no interior do município de Pelotas. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2011 e de março a julho de 2012. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, o grupo focal e as entrevistas individuais. Os dados foram analisados e agrupados em três temáticas: o levantamento etnobotânico das plantas medicinais usadas nos preparados caseiros; a contextualização das agricultoras; e as ações de cuidado com uso de plantas medicinais. Foram citadas 80 plantas medicinais, oito elixires, dois xaropes e seis pomadas. As plantas medicinais são vistas como um recurso de domínio feminino, que estão presentes no ambiente diante de situações de menor ou maior gravidade. Elas são consideradas como o melhor recurso de saúde, pois possuem menos efeitos colaterais e menor custo. Evidenciou-se que as plantas medicinais e os preparados com base nas mesmas possuem um papel importante no cuidado das famílias rurais e podem contribuir positivamente para o restabelecimento e ou prevenção de diversos problemas, agindo, na maioria das vezes, como uma forma complementar a alopatia. No que tange a enfermagem, é importante reconhecer que as ações de cuidado realizadas pelas agricultoras em seu núcleo familiar com base no uso de plantas medicinais costumam ser eficazes e permitem que suas famílias tenham melhores condições de saúde.

Palavras-chave: Cultura. Saúde da família. Cuidado familiar. Plantas medicinais.

Abstract

ALVES-LIMA, Ângela Roberta. **Farm woman in family care with use of medicinal plants**, 2012. 114 f. Dissertação. (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Farm women usually have knowledge on medicinal plants and most recurrent pathologies in their region and use it in care within the family structure and the community. This research aimed to investigate the context faced by farm women in relation to family care with the use of medicinal plants. Methodology consists of an exploratory, descriptive and qualitative study, conducted with a group of farm women, with a total of fifteen informants, residents in the rural area of Pelotas. Data collection occurred from August to October, 2011 and from March to July, 2012. Participant observation, focus groups and individual interviews were used as instruments of data collection. Data were analyzed and grouped into three themes: the ethnobotanical survey of medicinal plants used in homemade preparations. the contextualization of farm women; and care actions with use of medicinal plants. Eighty medicinal plants, eight elixirs, two syrups and six creams were mentioned. Medicinal plants are seen as a resource for female domain that are present in the environment in face of situations of greater or lesser severity. They are considered as the best health resource because they have fewer side effects and lower cost. It was observed that medicinal plants and preparations based in them have an important role in rural families care and can positively contribute to the restoration and/or prevention of various problems acting mostly as a complementary form to allopathy. In respect to nursing, it is important to recognize that care actions performed by farm women in their household based on the use of medicinal plants tend to be effective and allow their families have better health conditions.

Keywords: Culture. Health family. Family care. Medicinal plants.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Oficina do <i>Maischnaps</i> ou Chá de Maio.....	81
-------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	44
Tabela 2 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.	45
Tabela 3 – Ações de cuidado realizadas pela mulher e pelo homem citadas pelo grupo Esperança: Saúde alternativa do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.	77
Tabela 4 – Formas de uso das plantas medicinais no cuidado e na prevenção citadas pelo grupo Esperança: Saúde alternativa do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.....	80
Tabela 5 - Plantas medicinais citadas pelo grupo Esperança: Saúde Alternativa, do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.	82
Tabela 6 - Elixires preparados pelo grupo Esperança: Saúde Alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	110
Tabela 7 - Xaropes preparados pelo grupo Esperança: saúde alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	111
Tabela 8 - Pomadas preparadas pelo grupo Esperança: saúde alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agentes Comunitários de Saúde – ACS
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Conferência Nacional de Saúde – CNS
Conselho Federal de Enfermagem – COFEN
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ
Estratégia Saúde da Família – ESF
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
Organização Mundial de Saúde – OMS
Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC
Programa Saúde da Família – PFSF
Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS – RENISUS
Sistema Único de Saúde – SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Unidade Básica de Saúde – UBS
Unidade de Saúde da Família – USF
World Health Organization – WHO
Instituto brasileiro do meio ambiente e dos recursos naturais renováveis– EMBRAPA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA

Sumário

1 Introdução	11
1.1 Justificativa.....	15
1.2 Questão Norteadora.....	17
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo geral	18
1.3.2 Objetivos específicos.....	18
1.4 Pressupostos.....	18
2 Revisão bibliográfica	20
2.1 Cuidado.....	20
2.2 Gênero, agricultora, e as práticas de saúde com plantas medicinais.....	23
2.3 O papel da agricultora no cuidado da família	27
2.4 O diálogo da Enfermagem com grupos comunitários rurais.....	30
3 Referencial teórico	33
3.1 Compreendendo o papel cultural da mulher.....	33
4 Metodologia	38
4.1 Caracterização do estudo.....	38
4.2 Território do estudo	39
4.3 Sujeitos do estudo.....	40
4.4 Critérios de seleção dos sujeitos.....	41
4.5 Princípios éticos	41
4.6 Procedimento de coleta de dados	42
4.7 Análise dos dados	42
4.8 Divulgação dos resultados	42
5 Cronograma	44
6 Recursos do projeto	45
6.1 Recursos humanos.....	45
6.2 Recursos materiais e plano de despesas.....	45
Referências	47
Apêndice	55

Anexo	63
7 Relatório do trabalho de campo.....	65
8 Artigo I - Ações de cuidado familiar com uso de plantas medicinais desenvolvidas por agricultoras do sul do Rio Grande do Sul	89
9 Artigo II - Alternativas para a saúde: fitoterápicos populares produzidos por um grupo agricultoras no Sul do Brasil	104

1 Introdução

A sociedade humana acumula um acervo de informações sobre o ambiente que a cerca, o qual lhe possibilita interagir com o meio e prover suas necessidades. Neste contexto, inscreve-se o conhecimento relativo aos recursos naturais, com o qual as sociedades estão em contato (AMOROSO, 1996). Inicia-se, assim, a constituição de um conhecimento adquirido através dessa interação.

Na idade antiga, esse conhecimento compunha a base do sistema de saúde ocidental, o qual apoiava-se no holismo e nas práticas em saúde que procuravam atuar no organismo como um todo integrado ao universo (macrocosmo) e não apenas na eliminação dos sintomas da doença, manifestados localmente (FARIAS et al., 2004). Somente na Idade Média, a saúde passa a ser considerada como um fenômeno individual restrito ao corpo dos indivíduos sem relação com o ambiente (LAPLANTINE, 1996).

No século XVII, com o advento da revolução científica, o modelo de saúde passou a orientar-se pelo modelo cartesiano mecanicista, o qual buscou utilizar somente o conhecimento objetivo, racional e quantitativo, utilizando como concepção de saúde a ausência de doenças. Nessa perspectiva, instalou-se o modelo biomédico, sobrepondo e marginalizando as outras formas de cuidar, que passam a ser consideradas “charlatanismo” e “perigosas à saúde”, devido a sua condição acientífica, não sendo passível de crédito (CAPRA, 1988).

Segundo Gutierrez e Minayo (2010), no final do século XIX e início do século XX, no ocidente, ocorreu a consolidação do positivismo, levando à ruptura do conhecimento metafísico. A área da saúde foi absorvida pelo saber médico, sob a égide do pensamento científico dominante o qual reduziu a concepção de saúde à mera “ausência de doença” e os cuidados a “ações e procedimentos técnicos” realizados somente por profissionais de saúde e descolados do cotidiano da

população. Esse movimento impulsionou à marginalização do saber popular e das terapêuticas anteriormente empregadas na saúde humana, por não ter uma base científica reconhecida (ALVIM et al., 2006). Além disso, contribuiu para o esvaziamento das funções familiares, com transferência de suas atribuições para outras instituições sociais.

No Brasil, segundo Singer (1988), a institucionalização e a introdução de recursos tecnológicos no cuidado ocorreram mais tardiamente, na década de 70. No entanto, essas tecnologias não foram disponibilizadas de forma igualitária a toda população brasileira, contribuindo para que o saber popular permanecesse vivo até os dias atuais, principalmente nas comunidades tradicionais como indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e agricultores familiares (DI STASI, 2007), as quais permanecem utilizando os recursos do ambiente no cuidado familiar.

Porém, as transformações da revolução verde que ocorreu a partir da década de 60, trouxeram novas técnicas de plantio baseadas na tríade insumos, sementes e mecanização, contribuindo para o controle e a modificação dos processos biológicos na agricultura, levando à superação da variabilidade agroecológica local. Esse movimento teve uma correspondência na saúde com a valorização da indústria farmacêutica e da importação de medicamentos, equipamentos e tecnologias de tratamento dos agravos à saúde humana (CAPORAL; COSTABEBER, 2004).

Essas transformações contribuíram para a valorização dos produtos e dos conhecimentos internacionais, advindos principalmente do primeiro mundo e da produção extensiva, menosprezando a biodiversidade vegetal e o conhecimento associado de cuidado à saúde (CAPORAL; COSTABEBER, 2004; HECK, 2012).

Contudo, nas comunidades que vivem da agricultura familiar, muitas famílias permanecem utilizando-se de técnicas de plantio e cuidado tradicionais. Essas famílias são responsáveis pela transmissão desses conhecimentos, guarda das sementes e cultivo das espécies vegetais, muitas trazidas por seus ancestrais durante processos migratórios. Dentre essas espécies encontram-se plantas medicinais, hortaliças, cereais e frutas, muitas usadas no preparo de chás, pomadas e xaropes para os mais distintos males do corpo e da alma (KARAM, 2004; CEOLIN, 2009; LOPES, 2010). Esse fato as tornam uma frente de resistência às mudanças impostas pelos novos modelos de cuidar da agricultura e da saúde.

O uso de plantas medicinais no cuidado foi um dos primeiros recursos terapêuticos utilizados pelas antigas civilizações (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006) e sua aplicação está ligada a um conjunto de crenças e valores, construídos desde esse período, que lhes permitem formar um rol de conhecimentos que possibilita cuidar em situações da saúde ou doença. Esse conhecimento não foi apenas herdado, mas também ampliado e diversificado através da relação interpessoal (ALVIM et al., 2006), apoiando-se no cuidado cultural realizado, principalmente, pela mulher.

Por questões de gênero, a mulher tornou-se responsável pelo cuidado familiar, porque é esperado que ela desempenhe o papel de cuidadora familiar em episódios de adoecimento dos diferentes núcleos de gerações e da prole. Essas experiências lhe permitem efetuar diversas atividades relativas ao cuidado familiar, ao preparo da alimentação e à limpeza do ambiente (FERNANDES; BOEHS, 2010; GOMIDE, 2009).

Com a consolidação do modelo metafísico, esses conhecimentos e práticas tradicionais, com o uso de plantas medicinais, foram marginalizados e taxados de “crendice” e “charlatanismo”, por não terem comprovação científica (ALVIM; CABRAL, 2001). No entanto, mesmo com toda a repressão e marginalização do conhecimento de cura através das plantas medicinais, essa forma de cuidar atravessou os séculos, sendo repassada de geração a geração.

Nesse contexto, cuidar não se limita a ações realizadas com o objetivo de restabelecer a saúde, mas sim como um ato de desvelo e preocupação para com o outro, o qual não está ligado a um conceito restrito à existência de uma necessidade percebida, podendo ser realizado com intuito de antecipar as necessidades de promoção à saúde e alcançar uma melhor qualidade de vida (WALDOW, 2008). Cuidar ultrapassa ações técnicas, implica em compartilhar projetos de vida, processo legitimado através de uma preocupação pelo outro, cuja definição mais antiga expressa o sentido de amizade, devoção, preocupação e, também, inquietude para com o outro. É um modo de ser no qual a pessoa deixa de preocupar-se somente consigo mesma e centra-se no outro (BOFF, 1999). Portanto, carrega consigo elementos de contradição e conflitos que mobilizam tensões presentes em qualquer relação de cuidado (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Segundo Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), cuidar é um fenômeno que ocorre naturalmente, não sendo um ato exclusivo dos bancos universitários. Iniciou

no âmbito familiar e pode ser transformado em saber científico quando organizado de forma ordenada. O exercício dessa atividade gira em torno de dois elementos-chaves, a saúde e a vulnerabilidade individual e familiar, requerendo solidariedade e ética de todos os membros do grupo familiar, embora a sociedade espere que esse papel seja desenvolvido pela mulher.

No entanto, essa prática, segundo Gutierrez e Minayo (2010) e Karsch (2003), não tem sido contemplada na maioria dos estudos, os quais se desenvolvem sem questionar e discutir as implicações dessa relação e a apresentam como uma atividade natural/inerente da mulher. Essa mulher-cuidadora tem sido apresentada de forma acrítica e com pouca visibilidade social. Acredita-se que essa forma de cuidado necessita ser conhecida e refletida na busca de alocar o seu lugar no sistema de saúde familiar e social.

A valorização do trabalho desenvolvido pela mulher passa por uma reflexão sobre a estrutura social e econômica atual, as quais encontram-se pautadas na produção de objetos que possam ser comercializados, ou seja, bens de consumo. Nessa perspectiva, Nicholson (2000) destaca que, na medida em que a sociedade ocidental capitalista organiza a produção e distribuição de alimentos e objetos com vistas ao lucro, essas atividades assumem um valor e um significado econômico de destaque, relegando a um segundo plano as atividades vinculadas à produção de bens que não possam ou não se destinam à venda, como os produzidos no espaço doméstico para o sustento e manutenção da família.

Essa valorização deve ocorrer de uma forma que as atividades desenvolvidas pelas mulheres sejam percebidas, reconhecidas como um trabalho necessário à família e à sociedade, pois demanda tempo, preparo, organização e energia que poderá sobrecarregar essa mulher. Além dessas contribuições, destaca-se a invisibilidade do trabalho desenvolvido pela mulher no espaço doméstico, o qual, no imaginário coletivo, apresenta-se como inerente ao seu papel social, não lhe causando danos ou sobrecarga.

Para aproximar-se dessas reflexões e contribuições, o presente trabalho buscou apoiar-se na antropologia social interpretativa, a qual compreende a cultura com o uma construção social dinâmica, que seus indivíduos edificam cotidianamente, as quais lhe possibilitam dar significado a suas ações e concepções expressas de forma simbólica (GEERTZ, 2008), com o intuito de compreender o contexto vivido pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar

Estudos que abordam questões culturais na saúde e doença têm importante contribuição para a enfermagem (BOEHS et al., 2007) ao apontar alternativas de assistência coerentes com a vida das pessoas. Por meio de um enfoque cultural do cuidado, busca-se conhecer como este se processa junto às famílias, numa tentativa de aproximação entre a prática profissional e a vivenciada pelas pessoas no seu dia a dia (BUDÓ; SAUPE 1996).

Este estudo pretende contribuir para expressar, no nível da consciência coletiva da mulher e da sociedade, a valorização da mulher enquanto trabalhadora que desenvolve atividades múltiplas, tanto ligadas ao trabalho rural, quanto às atividades cotidianas de cuidado familiar, inclusive durante o processo saúde-doença.

1.1 Justificativa

Os estudos que abordam a mulher enquanto cuidadora familiar, em sua maioria, não advêm da enfermagem, e buscam conhecer o papel da mulher cuidadora de doenças crônicas, sob o prisma biomédico, não remetendo ao cotidiano familiar no qual a saúde e a doença alteram-se em uma relação dialética (LEITE; VASCONCELOS, 2006; SERAPIONI, 2005; GARCIA-CALVENTE, 2004), sem se deter ao ambiente e às práticas de saúde populares em que essas mulheres estão inseridas.

Os estudos realizados por pesquisadoras do grupo de pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade em 2009 (CEOLIN, 2009; VANINI, 2009), 2010 (BORGES, 2010; LOPES, 2010) e 2011 (LIMA, et al.) abordando a temática de cuidado familiar com uso de plantas medicinais, identificaram a mulher como a principal cuidadora e detentora desse conhecimento, ficando sob sua responsabilidade a continuidade dessa prática. Esta procura seguir algumas recomendações importantes como: evitar o uso de plantas desconhecidas; nunca aumentar a dose de uma receita, nem usar internamente plantas recomendadas para uso externo; e usar somente plantas saudáveis, a fim de evitar problemas de saúde.

Costa (2008) também aponta que as famílias que vivem da agricultura familiar costumam combinar em seu cotidiano o uso dos recursos naturais e do conhecimento tradicional, com o propósito de atender as necessidades da família, e a mulher tem como obrigação o cuidado com a casa, a seleção e preparo da

alimentação e a manutenção da higiene dos utensílios, do ambiente, o cuidado da prole e dos enfermos.

Segundo Di Stasi (2007), os habitantes da zona rural adequaram seu viver aos diferentes biomas brasileiros, o que lhes permitiu desenvolver um rol de conhecimentos que permite usar os recursos da natureza de uma forma mais sustentável, criando uma integração entre o ser humano e o ambiente. Embora esse modo de cuidar, segundo Budó e Saupe (2005), não evidencie uma diferença aparente do desenvolvido nas regiões urbanas, em sua essência apresenta especificidades culturais expressas em suas ações de cuidado que precisam ser consideradas em todos os grupos sociais. Essas ações denotam um padrão de significados e conhecimentos construídos diacronicamente, que compõem sua forma de cuidado em saúde. Por compreender-se que não existe somente uma única forma de cuidar, faz-se necessário buscar alternativas de cuidados que permitam aproximar o cuidado profissional do popular, de forma que ambos possam ser reconhecidos como recursos de saúde.

A realização deste trabalho, procura conhecer as ações desenvolvidas pela mulher agricultora no cuidado familiar com uso de plantas medicinais, no contexto da agricultura familiar no sul do Rio Grande do Sul, justifica-se no próprio conceito de Enfermagem. Segundo Pires (2009), a Enfermagem se constitui em uma disciplina do âmbito da ciência que tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que contribuam para preservação da vida em sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano.

Estudos que abordem a temática das plantas medicinais são importantes para integrar o conhecimento utilizado pelo sistema de saúde oficial ao popular. As terapias complementares têm muito a oferecer e podem contribuir com as ciências da saúde, além de possibilitar uma prática assistencial que proporcione ao indivíduo autonomia em relação ao cuidado em saúde (REZENDE; COCO, 2002).

A crescente preocupação com a preservação da biodiversidade, o uso sustentável dos recursos naturais e a possibilidade de ter outra forma de cuidado que busca a atenção integral do indivíduo tem contribuído para o aumento do interesse da população brasileira em utilizar-se das plantas medicinais no cuidado à saúde.

No Brasil, desde a década de 80, tem-se buscado incluir no sistema de saúde outras formas de cuidado. Porém, esse processo muitas vezes tem esbarrado na falta de estudos que comprovem sua eficácia. No entanto, há um crescente interesse por estudos sobre as práticas complementares, em especial o uso de plantas medicinais. Esses estudos, embora escassos, têm possibilitado diversos avanços. Como exemplo, pode-se citar a Portaria 2982/2009 do Ministério da Saúde que apresenta oito fitoterápicos passíveis de distribuição gratuita nos serviços de saúde do SUS: espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*), indicada para dispepsias, coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera duodenal; guaco (*Mikania laevigata*) como expectorante e broncodilatador; alcachofra (*Cynara scolymus*) com ação colagoga e colerética; aroeira (*Schinus terebenthifolius*) como produto ginecológico antiinfecioso tópico simples; cáscara sagrada (*Rhamnus purshiana*) para constipação intestinal; garra do diabo (*Harpagophytum procumbens*) com ação antiinflamatória em dores lombares e osteoartrites; isoflavona de soja (*Glycine Max*) para o alívio dos sintomas do climatério; e unha de gato (*Uncaria tomentosa*) como imunoestimulante e antiinflamatório nos casos de artrite reumatóide e osteoartrite (BRASIL, 2009).

O objetivo dessa medida é garantir o acesso dos usuários de saúde às práticas de saúde complementares de forma segura, através do uso racional e sustentável das plantas medicinais e fitoterápicos. Contudo, faz-se necessária a realização de estudos que busquem não apenas isolar substâncias e identificar seu princípio ativo, mas também, que propiciem a possibilidade da realização de um cuidado no qual os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais possam ser contemplados.

1.2 Questão Norteadora

Como são desenvolvidas pelas agricultoras as práticas de cuidado com uso de plantas medicinais no cuidado familiar?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar com uso de plantas medicinais.

1.3.2 Objetivos específicos

Descrever o contexto vivido pela agricultora em relação ao processo de cuidado familiar;

Resgatar, junto às mulheres, a construção de valores e significados relacionados ao cuidado familiar com uso das plantas medicinais.

1.4 Pressupostos

O conhecimento sobre a utilização de plantas medicinais no cuidado familiar foi construído através de gerações e encontra-se em constante transformação. As mulheres procuram ampliar seus conhecimentos por meio de troca de experiências e da participação em eventos que falem sobre plantas medicinais e cuidado familiar. Todo o conhecimento adquirido é passado oralmente a qualquer pessoa da família ou comunidade que esteja interessada no cuidado.

As agricultoras apresentam um perfil que difere das demais no que se refere aos conceitos e à etiologia do processo saúde-doença e ambiente, expressos de forma simbólica nas suas atividades diárias, na sua forma de cuidar e de transmitir esse conhecimento. Por isso, o uso de plantas medicinais não é realizado somente na presença da doença, mas também como método de prevenção e promoção da saúde, agindo como um componente que possibilita a busca do equilíbrio necessário à vida.

Na maioria das vezes, a mulher torna-se responsável pelo cuidado familiar com uso de plantas medicinais devido aos atos atribuídos ao gênero feminino, que impulsionam seu papel de cuidadora familiar em episódios de adoecimento dos diferentes núcleos de gerações, e à experiência da maternidade. No desenvolvimento dessas ações, a mulher, agrega outros papéis sociais, como

cuidadora, conselheira, benzedeira, mãe, avó, dona de casa, agricultura, produtora de bens e serviços, os quais carregam consigo diversas implicações e exigem estratégias de organização para o seu desempenho, muitas vezes sobrecarregando a mulher e sua família.

A mulher é a principal responsável pela disseminação do conhecimento e das espécies de plantas medicinais, que são usadas no preparo de chás, pomadas e xaropes para os mais distintos males. Esses produtos servem para a realização do cuidado de seus familiares e vizinhos próximos, pois as mulheres cultivam o hábito de partilhar não somente o conhecimento, mas os recursos, que passam a estar à disposição de toda a comunidade.

Essas mulheres realizam o cuidado com uso de plantas medicinais como, também, desenvolvem ações que propiciam o uso sustentável dos recursos naturais, buscam utilizar práticas de manejo que causem menores danos às pessoas e ao ambiente, e reconhecem a importância de repassar esses conhecimentos para as gerações futuras.

A agricultora desenvolve práticas de cuidado com uso de plantas medicinais com base no conhecimento adquirido através de gerações que compõe um rol de crenças, valores e símbolos culturalmente definidos e com base nas suas alto avaliações realizadas cotidianamente.

2 Revisão bibliográfica

Com o intuito de fundamentar o presente estudo, são apresentados os seguintes temas: cuidado; gênero, agricultora e as práticas de saúde com plantas medicinais; o papel da mulher no cuidado familiar; o diálogo da Enfermagem com grupos comunitários rurais. As estratégias de busca utilizadas para realizar a revisão de literatura ocorreram através de consulta em bases de dados eletrônicas e de leitura de dissertações e teses, nacionais e internacionais, referentes às temáticas deste trabalho.

2.1 Cuidado

O cuidado é um fenômeno ontológico do ser humano, é o que o torna humano (HEIDEGGER, 2006), pois dentre todas as espécies que vivem no planeta, os seres humanos são os animais que nascem de forma mais inacabada, necessitam submeter-se à obrigação de aprender a andar, a falar, a vestir-se, a alimentar-se, a usar instrumentos e a cuidar-se (CESTARI, 2003).

O termo cuidado provém do latim “cogitatu, pensado, imaginado, meditado” (AURÉLIO, 2010), e tem sido estudado e definido por diversos autores, podendo ser descrito como uma atitude para consigo mesmo, com outro ou com o ambiente.

Heidegger (2006) o define como um fenômeno antológico-existencial básico do ser humano, que advém de uma atitude de pré-ocupação, desvelo, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Segundo a definição desse autor, é um ser-aí-com-outro, que possibilita que ambos os seres transformem-se em decorrência desse encontro, tornando-se um vir-a-ser.

O cuidado tem como característica básica a possibilidade de antecipar-se, de projetar-se a uma necessidade de um ser querido. Destaca-se por não

apresentar uma primazia da ação prática sobre a teórica, pois ambos possuem igual caráter de cuidado. E, devido a sua condição ontológica, precede a ciência e a inclusão de qualquer aspecto referente a essa (HEIDEGGER, 2006).

Para Waldow (2008, 2008), cuidar é um compromisso, uma ação moral de ajudar o outro ser a crescer, provendo sua integridade e unidade, mantendo sua dignidade, sua singularidade. Essa ação tem sempre uma conotação de prover, favorecer o bem estar próprio ou do outro.

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude que carrega consigo muitos atos e refere-se à intimidade, à reciprocidade, à compreensão do ritmo do outro, a afinar-se e ocupar-se com ele. Esses atributos são necessários à sobrevivência de tudo que existe e vive em nosso planeta: uma planta, um animal, uma criança, um idoso e o planeta Terra. Portanto, o cuidado pode assumir a forma material, pessoal, social, ecológica e espiritual (BOFF, 1999).

Para Boff (1999), cuidar envolve todo o ato necessário à vida. Como exemplo, o autor destaca que quando se diz: “nós cuidamos de nossa casa”, subentendem-se múltiplos atos, como: preocupar-se com as pessoas que nela habitam, garantindo-lhes provisão e interessando-se com o seu bem estar; preparar a casa para que seja um lugar de benquerença deixando saudades quando se parte e despertando alegria quando se retorna; zelar pelas relações de amizade com vizinhos e de calor com os hóspedes; e ocupar-se com o estado físico da casa, do pátio e de todos os animais e plantas que povoam esse espaço.

Cuidar também tem sido descrito como um processo de vinculação, um movimento de compartilhar, dar suporte, proteção e sustentação, no qual o cuidador demonstra preocupação e compreensão da situação do outro, oferecendo-lhe um ambiente adequado as suas necessidades, permitindo a vivência de experiências de mutualidade e de interação com o outro, ou seja, um ambiente propício ao crescimento e autonomia (MELLO; LIMA, 2010).

Watson (2007) define que cuidado é mais do que uma conduta ou a realização de tarefas, envolve um movimento de olhar além do corpo físico, adentrando a dimensão existencial da vida e da morte, o qual permite cuidar também da alma. Nessa perspectiva, cuidar engloba um conjunto de valores universais que incluem empatia, bondade, preocupação e amor por si e pelos outros. Esses valores advém das experiências intra-familiares e são reforçadas por crenças, cultura e arte.

No Brasil, desde o início da década de 80, tem se discutido sobre o termo cuidado integral à saúde, o qual é entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações que buscam ampliar as percepções das necessidades dos grupos. Permite, também, interrogar-se sobre as melhores formas de atender tais necessidades, as quais não se restringem a sanar suas enfermidades físicas, mas contemplam todas as necessidades humanas, como o lazer, o afeto, a alimentação, a proteção e a educação (SANTANA et al., 2010; MATTOS, 2001).

A sobrevivência humana depende diretamente do cuidado. Por isso, todos os seres humanos possuem esse potencial: são capazes de cuidar e necessitam ser cuidados. No entanto, as atividades humanas têm alterado a forma com que o ser humano se relaciona com o planeta e os demais seres. Observa-se a redução da biodiversidade, o surgimento de novas patologias e o reaparecimento de algumas que já se julgavam erradicadas, embora venha se observando uma redução na mortalidade e um aumento da expectativa de vida.

Ao lado desse aumento da expectativa de vida observa-se a simplificação do trabalho e a mudança no foco central da vida humana que tem sido direcionado à realização pessoal. Para tanto, faz-se necessário manter-se jovem e saudável por mais tempo possível. Essas mudanças demandam novas necessidades impulsionando o desenvolvimento de habilidades físicas, biológicas, psíquicas e sociais, que permitam adaptação ao meio e às circunstâncias impostas pelo novo modelo. Com isso, também tem mudado as necessidades de cuidado, que agora se apresentam mais exigentes e sofisticadas (WALDOW, 2008; BOFF, 1999). Esse panorama torna mais difícil as famílias e grupos sociais que vivem em comunidades mais afastadas dos centros urbanos a proverem os recursos de cuidado necessários aos seus membros. Este fato, leva à busca de recursos alternativos de cuidado.

Dentre essas formas de cuidar, destaca-se o cuidado com uso de plantas medicinais, o qual é desenvolvido pelo ser humano desde os primórdios, cujo paradigma predominante afasta-se do *logos* do paradigma positivista, que rege a prática de saúde ocidental. Estas práticas estão fortemente ligadas à cultura local e caracterizam-se como sistemas de cura que integram o ser humano e a natureza, e a natureza e a cultura, com o objetivo de garantir um cuidado à comunidade e ao ambiente (LUZ, 2005). Condição que tem sido esquecida em detrimento do biologicismo do modelo de saúde oficial.

Essa forma de cuidar é vista por autores como Capra (1988), Boff (1999) e Luz (2005) como uma alternativa para a mudança na forma em que o sistema oficial de saúde cuida dos indivíduos, por que permite ver o ser humano não como um objeto, mas sim como o objetivo central do cuidado. Nesse processo, o ser cuidado sente satisfação em seu processo de restabelecimento da saúde ou prevenção de agravos, pois as ações a ele dispensadas englobam relações socialmente complexas, nas quais os elementos simbólicos e subjetivos são contemplados.

Nessa perspectiva de cuidado, o mesmo assume característica estética, expressa na cultura e na história de um grupo social ou família, podendo ser observado em suas práticas de cura, devoção e crenças, que se encontram em constantes transformações.

2.2 Gênero, agricultora, e as práticas de saúde com plantas medicinais

Por gênero entende-se o conjunto de relações dinâmicas, variáveis e transformadoras do campo social, o qual é intimamente influenciado por modalidades raciais, étnicas, sexuais, regionais e de classe que definem o que é ser homem ou mulher em um dado espaço e tempo (COSTA, 2002). Essa concepção passou a ser discutida na década de 60, impulsionada pelo movimento feminista. O movimento buscava abordar a amplitude dos papéis sexuais e do simbolismo sexual nas várias sociedades e épocas, e compreender o seu sentido e função na manutenção da ordem social (SCOTT, 1990).

Miriam Grossi (1998) define gênero como uma categoria que permite refletir e dar sentido às relações sociais entre homens e mulheres. Essas são historicamente construídas e expressas nos valores, nas práticas e nos discursos sociais sobre a diferença sexual.

Os estudos de gênero são relativamente recentes e os primeiros trabalhos apresentavam a integridade social, psíquica e emocional da mulher sob um paradigma etnocêntrico, invisível, singular, que apresenta um sujeito subordinado e representado (SUÁREZ,1994). Esses estudos só passaram a tomar outra forma a partir dos movimentos feministas da década de 1960, período em que surgem os primeiros estudos que buscam abordar a mulher de uma forma mais abrangente (WHITAKER, 1988).

Anterior à década de 60 destacam-se os trabalhos de Mead (2009) e Bateson, mas foi Mead quem vislumbrou que não apenas os povos primitivos, mas também seus concidadãos norte-americanos marcavam fortemente a diferença entre homem e mulher, e levavam a masculinidade e a feminilidade para muito além de sua aparência biológica (SUÁREZ, 1994). Essa nova forma de entender a origem das diferenças entre sexos permitiu postular que as características tidas como femininas ou masculinas são passíveis de mudanças.

A tomada de consciência desse fato alavancou uma série de transformações quanto ao tratamento e ao papel desempenhado pela mulher na sociedade. Nas décadas seguintes, a ciência, apoiada nesse paradigma, desenvolveu uma série de estudos que possibilitaram conhecer melhor como os mecanismos sociais e culturais contribuem para a determinação das diferenças entre sexos. Esses estudos não só cooperaram para que a sociedade tomasse conhecimento da posição de opressão e desvalorização imposta à mulher, como também à criança, ao idoso, aos pobres e a determinadas etnias.

No entanto, a partir de 2005 observa-se um declínio importante dos estudos que contemplem a relação da mulher na sociedade, principalmente aqueles referentes ao meio rural, como destaca Fernandes e Boehs (2010). Esse dado também pode ser constatado pelos poucos estudos publicados acerca do tema durante os anos de 2005 a 2011.

Esse fenômeno pode levar a encobrir as relações de poder e desigualdade ainda existentes em nossa sociedade e ao redor do mundo. Segundo Scott (1990), os papéis culturalmente definidos de homem e mulher apoiam-se em valores múltiplos, contrastantes e dinâmicos, encontram-se em constantes transformações e diferenciam-se de uma sociedade para outra e nela mesma ao longo do tempo. Portanto, necessitam, também, de uma permanente investigação para que possamos compreendê-los nos diferentes momentos e sociedades. Para tanto, faz-se necessário investigar os termos *mulher* e *homem* como categorias vazias sem significado definido, mesmo quando parecem consolidadas, pois carregam consigo definições alternativas negadas ou reprimidas.

O papel preponderante da mulher na sociedade ocidental urbana sempre esteve ligado ao trabalho doméstico e à função de adjutora, ficando a cargo dela a organização os objetos e materiais necessários para a manutenção da família (FRASER, 1987).

A mulher, segundo Noronha (1986), tem seu trabalho produtivo visto como a extensão do doméstico, já que esses espaços não se distinguem por serem realizados junto à unidade familiar. Esse modelo permite que a mulher desempenhe dois papéis distintos, histórica e culturalmente definidos, na esfera produtiva (na qual é dominada) ou na domiciliar (na qual domina). Este fato permite que a mulher esteja envolvida diretamente nas ações de sobrevivência familiar, pois esta situação lhe possibilita tornar-se uma matriz cultural do grupo familiar, devido a sua maior sensibilidade às mudanças e ao fato de estar concomitantemente no espaço domiciliar e de produção.

Segundo Maia (2004), nas comunidades rurais o processo de trabalho encontra-se culturalmente construído de forma dicotomizada, com esfera de domínio masculino ou feminino. O trabalho da agricultora, ainda hoje, é visto como uma atividade auxiliar pois atua cuidando da casa e produzindo produtos cujo valor não é comercial. Embora, na prática, as mulheres estejam presentes nos espaços rurais de produção e doméstico, essa inclusão não conseguiu romper com a estrutura de poder predominante na família rural (FIUZA; PINTO; GALINARI, 2009).

Na sociedade capitalista ocidental as atividades desenvolvidas no espaço doméstico, no cuidado da prole e dos doentes, tornaram-se atividades secundárias por serem classificadas como “naturais” e pertencentes à reprodução simbólica, existindo somente para que a sociedade possa cumprir com êxito as funções de reprodução e educação da prole (NICHOLSON, 2000; FRASER, 1987).

Segundo Fraser (1987), a caracterização da família como domínio da produção simbólica, destinada à reprodução familiar contribui para que o mesmo seja considerado de menor valor quando comparado à produção material. Toda atividade que envolve a produção de bens e serviços que impulsionam a economia capitalista, tende a ter um maior destaque na sociedade ocidental. Este fato contribuiu para que o trabalho não remunerado, realizado na esfera doméstica, não seja considerado como trabalho, tornando o fazer da mulher invisível. Embora a agricultora desempenhe um papel importante para a sobrevivência da família e esteja engajada diretamente nas atividades de produção, o seu trabalho é visto como ajuda e as atividades desenvolvidas no espaço do lar não são consideradas trabalho, semelhante ao que ocorre no espaço urbano.

No entanto, as mulheres, possivelmente devido a suas habilidades comunicativas, culturalmente desenvolveram redes de contato e de apoio mútuo, o

que lhes possibilitou cuidar com mais eficiência, e as tornou cuidadoras por excelência, sendo apontadas, tanto no contexto sociocultural como por elas mesmas, como responsáveis pelo cuidado familiar. Esse cuidado tornou-se uma realidade que não deve ser mistificada, como o ambiente do acolhimento paradisíaco e livre de conflitos, poderes e possibilidades, mas sim deve ser considerado a partir do conceito de cultura, classe, redes e gênero, os quais contribuem para configurar o espaço social dos cuidados familiares (GUTIERREZ, MINAYO, 2010).

A mulher no desempenho de suas atividades de cuidadora familiar utiliza-se de vários recursos e práticas de cura. Dentre essas destaca-se a utilização das plantas medicinais que são toda espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (BRASIL, 2009).

No Brasil, essa prática remete-se a população indígena, a qual utilizava amplamente esses recursos e detinha esse saber antes mesmo da chegada dos europeus. Posteriormente, foram acrescentados os saberes pertencentes aos europeus e africanos que aqui chegaram (REZENDE; COCO, 2002). Esses povos tinham os recursos naturais como a única alternativa de cura, fato que contribuiu para o crescimento e disseminação desse saber.

Segundo Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006), a prática de utilização das plantas medicinais representam uma parte importante da cultura de uma comunidade ou família que vem sendo utilizada e difundida ao longo de várias gerações. Esses saberes são transmitidos de forma oral, no âmbito domiciliar (CEOLIN, 2009), oportunizando à mulher a apropriação desse saber por estar mais presente nesse espaço.

Outro fator que contribuiu para que a mulher torne-se responsável pelo cuidado familiar com uso de plantas deve-se à construção social acerca dos atributos femininos que lhe determinam o desempenho do cuidado familiar. Essas atividades são desenvolvidas em episódios de adoecimento dos diferentes núcleos de gerações e durante o período da maternidade (FERNANDES; BOEHS, 2010; GOMIDE, 1999).

A utilização das plantas medicinais, segundo Farias et al. (2004), sempre esteve articulada à cultura e a um sistema de saúde que concebia os problemas de saúde como um conjunto de fatores fortemente influenciados pelo contexto sócio-ambiental, não restringindo-se à ausência de doenças.

Deste modo, faz-se necessário compreender o contexto vivido pelas mulheres no que se refere ao cuidado familiar e às relações de gênero que envolvem esses conhecimentos, visto que as mulheres são as principais detentoras e disseminadoras destes saberes.

2.3 O papel da agricultora no cuidado da família

Segundo Ortner (1979), “mulher” é uma categoria histórica e heterogeneamente construída dentro de uma ampla gama de práticas e discursos. Esse conceito corrobora com Simone de Beauvoir ao dizer que: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1967).

A mulher, provavelmente, por ter a condição biológica de procriar vivencia períodos em que seu papel social é visto como de menos importância do que o masculino. Atribuía-se a ela qualidades que remetem à figura angelical, passiva, afetuosa, que executa suas ações cotidianas de forma conformada, no espaço da vida privada, enquanto que o papel do homem se dá na vida pública (DAMATTA, 1997).

De acordo com Fonseca (2004), o espaço doméstico pertence à vida privada, sendo entendido como um lugar de calma, tranquilidade e aconchego, no qual cada pessoa - homem ou mulher - é único, insubstituível. Este ambiente “é o lar, a moradia, o lugar da família e da segurança”, onde ocorre a manutenção da mesma, a reprodução dos valores morais tradicionais e a criação da prole, considerando-se tudo o que ocorre nesse espaço de domínio íntimo. Portanto, não é visto como trabalho. A mulher por realizar suas atividades na unidade familiar considerada espaço domiciliar também se enquadra nesse contexto. No entanto, dela espera-se ainda o desempenho de ações que exigem força e determinação.

Segundo a mesma autora, a vida pública ocorre no espaço da rua, que representa o lugar de movimento, agitação, competitividade, luta, mas também um espaço de prazer, anonimato e insegurança, o qual está destinado ao homem. Porém, à mulher está reservado o espaço da casa, um local privilegiado, seguro, calmo, destinado ao repouso e à recuperação daqueles que precisam de maior atenção e zelo, onde se desenvolvem as práticas de cuidado (DAMATTA, 1997).

A mulher, de acordo com Valenciano e Thomaz (2002), destaca-se ao lado dos homens, muito embora a cultura e os preceitos que rondam a organização

familiar tenham-na apenas por "a dona de casa, a senhora do lar, a mãe, a esposa". Essas mulheres emergem como objeto central desta pesquisa. Desenvolvem inúmeras funções dentro da organização do trabalho que englobam o cuidado da casa, da roça, dos animais de pequeno porte e das plantas medicinais, além das atividades desenvolvidas ao lado de seu cônjuge e filhos (as).

A agricultura familiar se caracteriza pela gestão da unidade produtiva e dos investimentos nela realizados; por ser realizada por indivíduos que mantêm entre si laços de sangue ou de casamento; pelo fato de a maior parte do trabalho ser igualmente desenvolvida pelos membros da família; e pela propriedade dos meios de produção pertencer à família, local onde se realiza a transmissão de conhecimentos e da unidade produtiva (INCRA/FAO, 2000).

A agricultura familiar é uma forma social de produção, cuja base é a família. Essa família desenvolve suas atividades em uma unidade produtiva de até 100 hectares e encontra-se integrada ao mercado, tendo acesso a inovações tecnológicas e às políticas públicas (MELO, 2002). O processo de trabalho se organiza com base nas relações de parentesco. É coordenado por um representante do sexo masculino, o qual é o detentor do saber agrícola. Esse saber é transmitido cotidianamente aos demais membros da família, através da inserção dos (as) filhos (as) nestas atividades, os (as) quais no futuro irão assumir definitivamente a propriedade, mantendo a reprodução desse saber (COSTA, 2008).

A família, segundo Elsen (2004), constitui um sistema de saúde que contém um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças de seus membros. Esse sistema visa o pleno desenvolvimento das potencialidades de cada um dos membros e do grupo, e é construído pela família em sua trajetória, sendo transformado segundo as vivências e interpretações de seus membros.

A família rural, que vive da agricultura familiar com base ecológica, valoriza práticas saudáveis, como o consumo de alimentos sem agrotóxicos, o uso das plantas medicinais com o objetivo de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, visando a uma melhor qualidade de vida, evitando o uso de medicamentos alopáticos (CEOLIN, et al., 2011).

Dentro dessas famílias, a mulher, por ser a receptora dos conhecimentos tradicionais repassados entre as gerações, domina o repertório das queixas e da cura, manipulando e preservando as plantas medicinais para a produção de chás,

pomadas e xaropes para os mais distintos males, incluindo os desconfortos do corpo e da alma, tornando-se assim uma referência no cuidado familiar e da comunidade (KARAM, 2004).

A maioria dos estudos aponta a mulher como a figura que na história e na cultura, no Brasil e no mundo, tem incorporado funções de cuidar. No entanto, o pressuposto do cuidado feminino é tomado como um dado sem preocupação, sem questionamentos e sem discussão das implicações dessa relação.

Nesse sentido, Karam (2004) destaca a importância de conhecer mais detalhadamente o que representa essa atuação das mulheres na sociabilidade, revalorizando seu papel na esfera do mundo privado, como um exercício de articulação e de participação fundamental para a própria manutenção da família rural.

Diante desse panorama faz-se necessário compreender a mulher como produtora de inúmeras possibilidades de cuidado, dentre essas o uso das plantas medicinais. Isso se deve ao fato de ela possuir uma “consciência de cuidado”, a qual, segundo Waldow (2008), é uma condição que lhe permite identificar a realidade de cuidar de forma crítica e sensível, diferente da do homem.

Freire (2008), ressalta que o cuidado à saúde através das plantas medicinais esteve ligado historicamente ao gênero, já que ao longo da história as mulheres foram ignoradas ou perseguidas por seus conhecimentos e práticas com plantas medicinais.

Na zona rural as práticas tradicionais de cuidado compreendem uma alternativa sustentável, propiciando a criação de modelos de desenvolvimento que envolve a participação da população e visa atender suas necessidades. Essas ações destacam-se por aproximar-se das concepções de Mauss, que trata da expressão obrigatória de sentimento e pauta-se em três pressupostos: dar, receber e retribuir, que contribuem para a prática da solidariedade, das trocas de saberes e recursos, fatores importantes ao desenvolvimento de uma cultura de cuidado (LOPES, 2010).

As mulheres, segundo Freire (2008), Maia (2004), Fraser (1987) e Capra (1988), quando desenvolvem o cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais, agregam mais “funções” sociais que os homens, assumindo outras atribuições não somente ligadas às ações de cuidado, mas à religiosidade, ao aconselhamento e ao cuidado dos recursos naturais. O adoecimento, dentro da estrutura familiar,

repercute não apenas na vida cotidiana do indivíduo, como o da família, levando à (re)negociação de alguns papéis dentro do núcleo familiar (FERNANDES; BOEHS, 2010). Diante dessa situação, a mulher pode assumir também a responsabilidade de todas as atividades ligadas ao sistema de produção, as quais normalmente são desempenhadas pelo homem.

Essas mulheres muitas vezes realizam as atividades laborais no seu domicílio em horários alternativos, durante o turno da noite ou de manhã bem cedo, ou buscam tecer relações que permitam instituir parcerias com demais membros da família ou vizinhos, para poderem participar das atividades reverentes às funções de cuidado (THUM; CEOLIN; BORGES, 2011).

2.4 O diálogo da Enfermagem com grupos comunitários rurais

O trabalho com grupos comunitários permite ao profissional de saúde uma aproximação com o sistema cultural, viabilizando a troca de experiências e de conhecimentos de forma dialógica. Esse modelo de trabalho possibilita o desenvolvimento de ações e práticas que possibilitam romper com o modelo tradicional autoritário e normalizador vigente no sistema de saúde. Por tudo isso, os grupos tornam-se um espaço potencialmente privilegiado para o empoderamento individual e coletivo (SILVA et al., 2006), influenciando na forma de ser e viver da comunidade permanentemente (LUGO-MORIN, 2009). No entanto, faz-se necessário que o profissional de saúde esteja sensível às necessidades do outro e seja capaz de redirecionar suas ações e práticas quando essas entram em conflito com o sistema cultural do grupo.

Segundo Winter e Lee (2010), as comunidades rurais diferem das urbanas desde a sua definição de saúde, a qual está vinculada com a capacidade de desenvolver suas atividades produtivas cotidianamente. Há dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pois seu local de residência é distante dos centros urbanos, muitas vezes apresentando vias de acesso não pavimentadas ou em péssimas condições de mobilidade. Esses fatores contribuem para que essa população busque autonomia no cuidado tomando decisões acerca do mesmo com base na sua auto-avaliação da gravidade do caso.

Essas diferenças contribuem para que as comunidades rurais utilizem recursos de saúde não apenas no sistema de cuidado profissional, mas também

associem práticas advindas do saber popular como o uso de remédios e preparados caseiros com plantas medicinais. Esse fato torna suas práticas de saúde profícuas à pesquisa científica.

De acordo com Kleinmam (1978, 1980), o sistema de saúde é composto por três subsistemas: o profissional, o popular e o familiar. O profissional é aquele realizado dentro da esfera legalmente reconhecida e organizada de cura, na qual os profissionais de saúde desenvolvem suas atividades, sendo o modelo biomédico o maior representante desse sistema. O popular, refere-se aos especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que utilizam recursos como as plantas medicinais, tratamentos manipulativos, exercícios especiais, o xamanismo e os rituais de cura. O familiar, é constituído pelos familiares, amigos e vizinhos, sendo utilizado o saber tradicional, o do senso comum, o suporte emocional e as práticas religiosas. Embora estes setores tenham relação uns com os outros, eles guardam suas próprias especificidades com relação às crenças, papéis, expectativas, avaliações e concepções.

Esses fatores fazem com que as comunidades rurais necessitem de uma assistência à saúde que apresente uma abordagem diferente da urbana, exigindo do enfermeiro outra forma de cuidar, que se aproxime da prática holística e do respeito às diferenças culturais de cada família. Destaca-se que para cuidar de comunidades rurais faz-se necessário conhecer, além do território e dos recursos da comunidade, as particularidades culturais de cada família (THUM; CEOLIN; BORGES, 2011).

Dentre as possibilidades de atuação do enfermeiro em comunidades rurais, destaca-se o trabalho com grupos comunitários. Contudo, a literatura demonstra que os estudos nessa temática são escassos.

Os grupos comunitários rurais constituem espaços profícuos ao enfrentamento da exclusão social. Esse é um problema presente no meio rural devido ao cenário atual de grandes transformações no campo tecnológico, econômico, social e cultural em decorrência do fenômeno da globalização (ZILLMER et al., 2009). Essas transformações vêm ocorrendo em todas as regiões, mas no meio rural seu impacto é mais significativo devido a não uniformização do acesso aos recursos, à distância dos grandes centros e à evasão dos membros mais jovens da família. A exclusão reflete-se não somente ao acesso a bens de consumo e tecnológicos, mas também no processo de cuidado familiar.

Segundo Zillmer et al. (2009), para cuidar de famílias rurais é importante que o enfermeiro reconheça que a cultura, a religião, as etnias e os hábitos de saúde diferem em cada família. Esse conjunto de valores é dinâmico e encontra-se permanentemente em construção, tornando importante conhecer a identidade da família, sua perspectiva de espaço, tempo, relações de gênero e poder.

3 Referencial teórico

3.1 Compreendendo o papel cultural da mulher

Para compreender o contexto vivido pelas mulheres, no que se refere ao cuidado familiar e ao uso das plantas medicinais, é preciso discutir sobre gênero, cultura e cuidado cultural. O referencial teórico que será utilizado para essa discussão fundamenta-se na Antropologia Interpretativa, na busca de uma aproximação entre os conceitos de gênero, de Margaret Mead (2009), de cultura, de Clifford Geertz (2008), e de cuidado cultural, de Leininger (2002).

Clifford Geertz, antropólogo e filósofo americano, graduou-se em filosofia e inglês no Antioch College, em 1950. Obteve seu PhD em Antropologia em 1956 na Universidade de Harvard, foi professor emérito da Universidade de Princeton em Nova Jérsei, e atuou no Institute for Advanced Study de Princeton, destacando-se pela análise da prática simbólica. Publicou cerca de vinte obras, decorrentes de suas extensas pesquisas de campo, dentre estas destacam-se os estudos realizados na Indonésia e em Marrocos.

Seus trabalhos buscam compreender a cultura a partir da leitura que os indivíduos fazem de sua própria cultura. A partir desses estudos, ocorre a formação da escola de Antropologia Interpretativa, a qual desenvolveu um método de análise interpretativa ou hermenêutica de compreensão da cultura com a perspectiva de que esta é construída pelos grupos sociais ao interagirem (LOPES, 2010).

Ceolin (2009) destaca que, para Geertz, cada pessoa de um grupo social verá diferentes tonalidades e diferentes formas de um mesmo fenômeno, tornando-o uma experiência única e não replicável. Isso torna o estudo interpretativo da cultura um esforço elaborado para aceitar a diversidade das várias maneiras que as

peças possuem de construir suas vidas no processo de vivê-las, buscando identificar como as pessoas vivem e se definem nas sociedades.

Portanto, a realização de um estudo interpretativo pressupõe compreender a cultura de um povo, apresentar seus valores, significados e símbolos, expondo sua normalidade, sem, no entanto, reduzir sua particularidade e diversidade (GEERTZ, 2008).

Cultura, para Geertz (2008), é definida como uma rede de significados, valores e símbolos compartilhados por um determinado grupo, não podendo ser atribuído a ela os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos. Cultura é um contexto, algo dentro do qual os indivíduos podem ser descritos de forma inteligível.

Para Mead (2009), cultura é uma trama que cada povo constrói para si. Durante essa elaboração, alguns povos utilizam matérias que diferem quanto a sua constituição e apresentação. Como exemplo, a autora refere-se à importância dada em cada grupo de determinadas características e valores, como medo, mansidão e força. Essa trama de cultura permite aos seres humanos diferenciar-se dos demais animais e humanos, tomando para si uma forma individualizada, com um nome, uma posição e uma crença.

Margaret Mead graduou-se no Barbard College em 1923, fez doutorado na Universidade de Columbia em 1929. Destacou-se pelos estudos realizados em Samoa e Papua Nova Guiné. Suas discussões acadêmicas sobre as temáticas que abordam a sexualidade, a construção de papéis feminino e masculino, e a construção social de gênero. Em seus estudos, Mead evidenciou a diferença entre homem e mulher, as relações que se estabelecem com base nessa construção e apresentou a masculinidade e a feminilidade para muito além de sua aparência biológica (SUÁREZ, 1994).

Segundo Mead (2009), os traços de personalidade (gostos, vestimentas, habilidades manuais e disposição para acalantar criança) e atitudes temperamentais (cólera, raiva, agressividade) que, tradicionalmente, a sociedade reputa ao sexo feminino ou masculino, não podem ser considerados como comportamentos ligados ao sexo, visto que esses são encontrados em outras sociedades e até mesmo na mesma sociedade, em diferentes épocas, atribuídos a um ou outro sexo. Por tanto, são culturalmente construídos.

Segundo a autora, o que explica essa diferença é o impacto que a cultura tem sobre a criança em crescimento, a qual recebe desde o nascimento¹ atributos e características que são esperados para cada sexo dentro do contexto social em que esse indivíduo se inserirá.

Na busca por compreender esse acontecimento, Mead (2009) conclui que a natureza humana é quase incrivelmente maleável, respondendo acurada e diferentemente às condições culturais contrastantes, podendo tomar diferentes formas, conforme as condições culturais impostas. As diferenças entre indivíduos de uma mesma cultura ou não, podem ser atribuídas às alterações de condicionamento impostas durante a infância. Dentre essas, encontram-se as de personalidades entre os sexos. Essas diferenças culturais corroboram com a ideia de Geertz (2008) de que o ser humano nasce munido de capacidade biológica que lhe permite viver mil vidas, mas acaba vivendo uma só.

De acordo com Mead (2009), as diferenças que cada sociedade padroniza como femininas ou masculinas são criações culturais, para as quais cada geração é treinada desde a infância a conformar-se e assumi-la como suas e inatas. Visto que essas habilidades são concebidas como inatas pela sociedade, acredita-se que a mulher tenha um desejo e uma maior habilidade e aptidão em cuidar de crianças e de enfermos, devido à condição que é imposta pela maternidade. Enquanto que o homem, por não estar tão próximo desse processo e, por desempenhar historicamente atividades que necessitam de arrojo, bravura, força física e iniciativa, atribui-se que o mesmo não desenvolveu ou encontrando-se desprovido desses aparatos que permitem exercer eficazmente certas ações.

No entanto, Mead (2009) afirma que a cultura é capaz de moldar cada recém-nascido à imagem cultural, através da seleção de comportamentos desejáveis ou da combinação de tipos congruentes de temperamentos, compondo um fio de tessitura social tão consolidado que se torna imperceptível na observação cotidiana. Esse exercício de construção da tessitura social é realizado através de brincadeiras, da arte, da filosofia e das estruturas de organização política, religiosa e familiar. Por isso, tornam-se, muitas vezes, um momento invisível, por vez tomando um aspecto natural e até biológico.

¹ Fatos que nos dias atuais ocorre desde antes do nascimento devido à evolução tecnológica na área de exame diagnóstico.

Segundo a autora, dentro da estrutura social homogênea, tanto o homem como a mulher podem alcançar a dimensão humana plena se cumprirem com êxito todos os requisitos esperados de um homem ou mulher. Esse processo lhes tornam inadaptados a determinadas atividades dentro do sistema social, ao mesmo tempo em que lhes dá uma maior habilidade para outras. Dentro dessas atividades destacam-se, como mais adaptadas ao papel da mulher em nossa sociedade, as habilidades de cuidado do lar, da prole, dos doentes, e a execução de atividades que exigem delicadeza e precisão. Por outro lado, as atividades que requerem arrojo, bravura, iniciativa, como a política, a administração de pessoal e de empresas, são vistas como mais adaptadas ao perfil masculino.

No entanto, alguns poucos não aceitam facilmente os costumes e as regras impostas e tidas como normais ao seu gênero e passam a desenvolver ações e temperamentos não condizentes com sua condição. Essas pessoas recebem o carimbo de “desajustados” ou inadaptados. Embora essas variações estejam presentes em ambos os sexos de igual forma, quando elas se apresentam no sexo feminino causam maior espanto, gerando medidas de supressão das estruturas reguladoras (família, igreja, estado), as quais buscam restabelecer a ordem imediatamente (MEAD, 2009). Essas estruturas não só direcionam a forma que os indivíduos vivem, relacionam-se, mas também se cuidam. Nessa perspectiva, faz-se necessário aproximar-se de alguns pressupostos e conceitos presentes na obra de Leininger que contribuíram na compreensão do cuidado desenvolvido pelas mulheres agricultoras.

Madeleine Leininger, desde a década de 1950, tem se dedicado ao estudo do cuidado cultural. Seus estudos antropológicos foram os primeiros a serem realizados pela enfermagem. Ao longo dos anos, a autora desenvolveu o método de etnoenfermgem, o qual possui caráter etnográfico que vem ocupando um espaço importante na enfermagem contemporânea, por permitir compreender as crenças e os valores presentes no cuidado (LEININGER, 2002).

Para Leininger (2002), cultura são os valores, crenças, normas e práticas de vida, apreendidas, compartilhadas e transmitidas por um grupo específico que direcionam o pensamento, as decisões e as ações em formas padronizadas. E saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que permite ao indivíduo ou comunidade realizar suas atividades diárias culturalmente estabelecidas.

Cuidado, segundo a autora, é um ato direcionado à realização de ações que atendam determinadas necessidades dos indivíduos. Essas ações se diferem em cada grupo social, embora possa apresentar alguns elementos comuns.

Para Leininger (2002), cuidado cultural é aquele em que ações são realizadas com base nos valores culturais, crenças e modos de vida de indivíduos ou grupos. Ele possibilita a aproximação entre os sistemas de saúde profissional e familiar, tornando-se um importante aliado à mudança do paradigma biomédico, ao resgate dos valores voltados ao bem estar, ao cuidado dissociado da cura, à preservação do equilíbrio vital e não somente atrelado à doença e às anormalidades.

O cuidado cultural, devido a sua visão holística, também possibilita o desenvolvimento de ações voltadas às reais necessidades das famílias, tendo em vista as suas possibilidades, crenças e valores, contribuindo para a melhor adesão ao tratamento e a sua participação ativa em todo o processo de cuidado. Para que isso ocorra requer uma conversão, mudança de rumo, com vista a uma nova forma de comportamento relacional entre cuidador e ser cuidado (MONTEIRO et al., 2005)

A enfermagem por ser uma prática social que possui como essência o cuidado do indivíduo, da família ou de grupo, torna-se um campo profícuo ao desenvolvimento de cuidado cultural. A Teoria Transcultural preconiza o respeito pela cultura, pela linguagem, pelas relações humanas, pelas necessidades e pelas realidades vividas pelos usuários (FONSECA, 2004). Pelo fato de a teoria preconizar esses princípios torna-se um importante instrumento de trabalho que propicia a atuação juntamente com grupos que desenvolvem o cuidado familiar com base nos saberes populares.

Por isso, compreender as ações desenvolvidas pela mulher em relação ao cuidado familiar e ao uso das plantas medicinais, é um desafio para o profissional de saúde que deseja olhar a perspectiva da integralidade no cuidado familiar, pois sua imbricada dinâmica de poder e de múltiplas posições de sujeitos dificultam a visualização de forma clara dos conflitos e das discontinuidades inerentes a essas ações.

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Plantas bioativas² de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do Rio Grande do Sul”, realizado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com a parceria da Embrapa Clima Temperado. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pelotas, Of. 072/2007 (Anexo 1).

Pretende-se dar seguimento ao estudo de Ceolin (2009) intitulado “Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região Sul do Rio Grande do Sul”, o qual teve por objetivo investigar como ocorre a transmissão do conhecimento relacionado às plantas medicinais entre as gerações familiares no contexto de agricultores ecológicos da Região Sul do Rio Grande do Sul.

Partindo do pressuposto de que pesquisar é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota (MINAYO, 2008), será realizado esse estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com o objetivo de compreender o contexto vivido pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar.

Segundo Minayo (2008a), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trata com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, relações, produtos das

² Plantas bioativas são aquelas capazes de sintetizar compostos ou substâncias que interferem ou alteram o funcionamento orgânico de pessoas, animais ou outros vegetais. Podem ser enquadradas como bioativas, as chamadas plantas medicinais, aromáticas e condimentares, bem como as plantas tóxicas e aquelas utilizadas para a formulação de insumos para a agricultura de base ecológica e para a indústria (SCHIEDECK, 2006).

interpretações que os indivíduos fazem a respeito de seu universo, o qual corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas e suas ações. Esse tipo de método permite revelar processos sociais implícitos nas relações dos diferentes grupos, contribuindo na construção de novas formas de aproximação e compreensão do processo em estudo.

A pesquisa exploratória permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma dada realidade. Para isso, faz-se necessária a revisão de literatura, a aproximação dos sujeitos e a observação participante, bem como o uso de instrumentos que permitam colocá-lo em contato com os resultados desejados. Isso deve ser elaborado com severidade característica de um trabalho científico.

Os estudos descritivos têm como foco conhecer a comunidade, seus traços característicos, as pessoas, seus problemas, seus valores, os papéis exercidos dentro do grupo social e da família, entre outros dados. Exige do pesquisador uma descrição exata dos fenômenos e dados encontrados (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 Território do estudo

O estudo será realizado no município de Pelotas/RS, no distrito de Rincão da Cruz, com um grupo de mulheres. O município de Pelotas situa-se no Bioma Pampa, o qual abrange uma área de 176.496 km² e representa cerca de 2% da vegetação brasileira, apresenta clima temperado e grandes planícies (HEIDEN; IGANCI, 2009). Segundo o Ibama (2010), esse bioma possui uma rica biodiversidade, apresenta mais de 3.000 espécies de plantas vasculares, e cerca de 385 espécies de aves e 90 espécies de mamíferos, entre outros grupos.

Segundo dados do Banco de dados da zona Sul (2011), o município de Pelotas, no ano de 2009, tinha uma população de 347.216 hab. Destes, 165.107 eram homens e 182.109 mulheres, sendo que 13.433 moravam na zona rural. O município apresenta sua economia baseada no setor primário, sendo o maior produtor de tomate e de laranja da região. Além disso, mantém as tradicionais culturas do pêssego e do arroz que alavancam um importante segmento industrial no município (COREDE-SUL, 2010).

O distrito de Rincão da Cruz localiza-se na região colonial do município de Pelotas, sendo um dos lugares mais representativos do assentamento de imigrantes italianos da região Sul do Rio Grande do Sul. As transformações econômico-produtivas impostas pela economia global nas últimas décadas do século XX, associadas às características da localidade de possuir pequenas propriedades rurais auto-suficientes, em contraponto ao latifúndio pecuário da região, impulsionaram seus habitantes a buscarem outras formas de renda (turismo rural, venda de produtos agroecológicos e artesanatos) para a manutenção das famílias no campo (PAINS, 2009).

De acordo com Pains (2009), após essas mudanças, a localidade passou a ampliar os mecanismos de valorização do patrimônio cultural e de seus bens. Esses fatos contribuíram para que nesse local se formasse um conjunto de bens materiais e imateriais próprios que denotam a identidade cultural da região, os quais podem ser considerados patrimônio cultural.

O distrito do Rincão da Cruz, segundo Pains (2008), possui uma paisagem social e historicamente produzida, marcada por intervenções culturais, a qual se pode verificar, ainda nos dias atuais, na vida cotidiana das famílias através da arquitetura, das técnicas, dos costumes, das crenças e do saber fazer do meio rural. Esse legado foi construído através das gerações, resiste à transformação do tempo e merece ser transmitido às gerações futuras.

O grupo de agricultoras do Rincão da Cruz iniciou sua organização em 1988, posteriormente à atividade de capacitação que abordava o cuidado com plantas medicinais, desenvolvido por religiosas da igreja católica de Pelotas. Após essa capacitação, as mulheres deram continuidade aos encontros, os quais eram realizados inicialmente nas suas residências e, mais tarde, passaram a ocorrer no salão da igreja católica local, sede atual do grupo (THUM; CEOLIN; BORGES, 2011).

4.3 Sujeitos do estudo

Participarão desse estudo 15 mulheres que integram o grupo “Esperança: saúde alternativa”, com idades entre 20 e 77 anos.

4.4 Critérios de seleção dos sujeitos

Os sujeitos foram escolhidos respeitando os seguintes critérios: aceitar participar do estudo e autorizar a divulgação dos dados; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; ter capacidade de comunicar-se oralmente em língua portuguesa; anuir com a gravação dos dados coletados; ser agricultora e residir na área rural; participar do grupo comunitário abordado; ter idade superior a 18 anos.

4.5 Princípios éticos

Os princípios éticos para a realização desta pesquisa serão mantidos baseados nos preceitos da Resolução nº 196/96³ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e, também, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁴ de 2001, Resolução 240/00, Capítulo IV, Artigos 35, 36 e 37 e Capítulo V, artigos 53 e 54.

Assegurar-se-á, aos sujeitos do estudo, o conhecimento da proposta da pesquisa e de seus objetivos, a explicação sobre o anonimato das informações dadas por elas, bem como o direito à desistência durante o processo de investigação, e a acessibilidade aos resultados da pesquisa, através do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

³ Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, as quatro referências básicas da bioética, autonomia e não da maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

⁴ Capítulo IV (Dos Deveres) Artigo35: “Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de Ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar”. Artigo 36: “Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa humana”. Artigo 37: “Ser honesto no relatório do resultado da pesquisa”. Capítulo V (Das proibições) Artigo 53: “ Realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino, que o direito inalienável do ser humano seja desrespeitado ou acarrete perigo de vida ou dano a sua saúde”. Artigo54: “Publicar trabalho com elementos que identifiquem o cliente sem sua autorização”.

4.6 Procedimento de coleta de dados

Este estudo partiu das informações das redes de transmissão de conhecimentos sobre plantas medicinais dos sujeitos que participaram da pesquisa de Ceolin (2009), do grupo de pesquisa “Saúde Rural e Sustentabilidade”, do qual a autora deste projeto faz parte.

4.7 Análise dos dados

A análise de dados será embasada na análise de conteúdo, método que pode ser aplicado tanto em pesquisa qualitativa como em quantitativa. Segundo Triviños (2008), esse método nasceu com a hermenêutica, no século XVII, e consolidou-se na década de 20, através de estudos que se utilizam de variáveis complexas da vida social, das relações de produção e das classes sociais. De acordo com Minayo (2008), essa técnica conduz, mediante a inferência dos dados, a uma interpretação mais profunda que visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação.

A análise de conteúdo desenvolveu-se em três etapas, denominadas por Triviños (2008) como pré-análise, exploração do resultado, interferência, e interpretação dos resultados. A pré-análise é o momento em que se realiza a leitura flutuante dos documentos, a formulação da hipótese e a preparação do material para a análise. Na etapa da descrição analítica, os documentos que constituem o *corpus* são submetidos a um estudo aprofundado, orientado pela hipótese e pelo referencial teórico. Essa fase tem por objetivo alcançar o núcleo de compreensão dos dados. Na interpretação referencial, o analista, apoiado nos dados obtidos, propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico, com base na reflexão, na intuição e no embasamento dos materiais empíricos, estabelecendo relações com os processos sociais e culturais.

4.8 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPel, em forma de artigos científicos apresentados em eventos científicos e na comunidade de Rincão da Cruz de forma

oral no grupo pesquisado. Durante o procedimento de coleta de dados, disponibilizar-se-á ao grupo os folders: “Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores ecológicos da região Sul do Rio Grande do Sul” e “Plantas medicinais indicadas pela ANVISA”, realizados pelo Grupo de Pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade da Faculdade de Enfermagem da UFPel.

5 Cronograma

Na tab. 1 se pretende descrever o planejamento das ações durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Tabela 1 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Atividades	2011		2012	
	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema	X	X		
Elaboração do projeto	X	X		
Revisão de literatura	X	X	X	X
Qualificação do projeto			X	
Coleta de dados			X	
Análise dos dados			X	X
Apresentação da dissertação/artigo				X

6 Recursos do projeto

6.1 Recursos humanos

Pesquisador

Professor de português, tradutor de inglês e espanhol

Entrevistador

Bolsistas do grupo de pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade

6.2 Recursos materiais e plano de despesas

Tabela 2 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.

Material	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
Lápis	3	1,00	3,00
Caneta	5	1,50	7,50
Borracha	2	0,90	1,80
Apontador	1	1,50	1,50
Prancheta	1	3,00	3,00
Computador	1	1.200,00	1.200,00
Papel ofício	1000	13,90	27,80
Grampeador	1	9,90	9,90
Impressão	500	0,10	50,00
Cartucho p/ Impressora (*)	10	25,00	250,00
Revisão de português	2	250,00	500,00
Encadernação	20	40,00	800,00
Capa Brochura	5	7,00	35,00
Xerox	100	0,10	10,00
Gravador digital(*)	01	149,00	149,00
Despesas com deslocamento	20	50,00	1.000,00
Revisão do resumo em Espanhol	02	40,00	80,00

Material	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)
Revisão do resumo em Inglês	02	40,00	80,00
Total de despesas			4.208,50

(*) Custeado parcialmente pela CAPES e o restante pela autora

Referências

- ALVIM, A. T. A.; FERREIRA, M. A.; CABRAL, I. E.; FILHO, A. J. A. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Latino-am Enfermagem**, v.14, n.3, p. 316-323, maio-jun. 2006.
- ALVIM, N. T. A.; CABRAL, I. E. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.5, n.2, p. 201-210, ago. 2001.
- AMOROSO, M. C. M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi LC. **Plantas medicinais: arte e ciência**. São Paulo: Editora UNESP, 1996. p.46-68
- AURÉLIO, B. H. F. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo:Editoria Positivo; 2010. 2.272 p.
- BANCO DE DADOS DA ZONA SUL. **Banco de dados**. Disponível em: <<http://www.bancodedadoszonasul.com.br/content/>> Acesso em 21 set. 2011, 26h.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. São Paulo: Europeia; 2ªed. 1967. 499p.
- BENHABIB, S.; CORNELL, D. Além da política de gênero. In: **Feminismo como crítica da modernidade**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1987. p. 27-23p.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitari Enferm.**, v.13, n.1,p.118-123, jan-mar. 2008.
- BOEF, W. S.; THIJSSSEN, M. H. **Ferramenta participativa no trabalho com cultivos, variedades e sementes**. Florianópolis: Darwin, 2007. 87p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 196 p.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNEY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & contexto enferm**, v. 16, n.2, p. 307-31. 2007.

BORGES, Analise Meritiz. **Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiros**: contribuições à enfermagem. 2010, 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

BRASIL. **Portaria nº 2982**, de 26 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/>>. Acesso em: 27 mar. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Notificação de drogas vegetais. **Resolução – RDC Nº 10**, de 09 de março de 2010. Brasília: ANVISA, 09 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>> Acesso em 09 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 sobre**: pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n.2, p.177-185, Abr-Jun;. 2005.

CAPORAL, F. R.; COSTABEBER, J. A. **Agroecologia e extensão rural: contribuições para formação do desenvolvimento rural sustentável**. Brasília: MDA/SAF/DATER-IICA, 2004. 299p.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1988. 430p.

CEOLIN, Teila. **Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica do sul do Brasil**. 2009, 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; PILLON, C. N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Rev Esc Enferm USP**, v 45, n.1, p. 47-54. 2011.

CESTARI, M. E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 24, n. 1, p. 34-42. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO SUL/COREDE-SUL. **Plano estratégico de desenvolvimento da região sul do RS**. Pelotas, 2010.

COSTA, C. L. O sujeito no feminismo: revisitando os debates. **Cadernos Pagu**, n.19. Campinas, 2002.

COSTA, M. R. C. **Agricultura familiar e sucessão hereditária**. Pelotas: Delfos, 2008. 88p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>> Acesso em: 13 jun 2009.

DALL'AGNOL, C. M. ; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 151p. Dicionário. **Oxford Escolar**: para estudantes brasileiros de inglês: português/inglês, inglês/português. New York: Oxford University Press, 2007. 768p.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais**: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007. 133p.

ELSEN, I. **Cuidado familiar**: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2004. 19-28p.

FARIAS, P. G; AYRES, A. ALVIM, N. A. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 2, p. 287-294. 2004.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, v. 15, n.1,p. 33-39, Jan-Mar. 2010.

FIUZA, A. L. C.; PINTO, N. M. A.; GALINARI, T.N.; BARROS, V. A. M. Difusão de tecnologia e sexismo nas Ciências Agrárias. **Cienc. Rural**, v.39, n.9, p. 2614-262. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782009005000224>> Acesso em 15 nov. 2009.

FONSECA, Adriana Dora. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens**: bases para o cuidado de enfermagem. 2005, 287f. Tese (doutorado em enfermagem)- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

FRASER, N. **Que é crítico na teoria crítica? O argumento de Habermas e o Gênero**. In: Feminismo como crítica da modernidade. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1987. 38-65p.

FREIRE, P. Gênero e saberes da Amazônia: reflexões sobre saúde e conhecimentos tradicionais; **Fazendo Gênero**, v. 8, p. 2-10. 2008.

GROSSI, M. P. Identidade de gênero e sexualidade. **Antropologia em primeira mão**, v. 1, n. 26, p. 29-46. 1998.

HECK, Rita Maria (org). Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul –RELATÓRIO – Universidade Federal de Pelotas, 2012. 222p.

HEIDEGER, M. **Ser e tempo**. Parte I e II. 3ªed. Petrópolis:Vozes. 2008.

SOUZA, G. C; RODRIGUES, P. F; NODA, H. Participação da mulher na sustentabilidade da agricultura familiar na localidade de Jandira, Iranduba, Amazonas. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Sistema de Produção, 2007, Fortaleza/Ceará. **VII Congresso da Sociedade Brasileira de Sistema de Produção**. Agricultura Familiar, Políticas Públicas e Inclusão Social. 2007.

GARCIA-CALVENTE, M. M; MATEO-RODRÍGUEZ, I; EGUIGUREM, A. P. El sistema informal de cuidados el clave de desigualdad. **Gac. Sanit**, v.18, n. 1, p. 132-139. 2004.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. 1.ed. 13 reimp. Rio de Janeiro: LTC. 2008.

GOMIDE, P. I. C. A influência da profissão no estilo parental materno recebido pelos filhos. **Estudos de psicologia**. v. 26, n.1, p. 25-34, jan-mar. 2009.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p. 1497-1508. 2010.

HEIDEN, G.; IGANCI, J. R. V. Sobre a paisagem e a flora. In. STUMPF, E. R. T.; BARBIERI, R. L; HEIDEN, G. **Cores e formas no Bioma Pampa**: plantas ornamentais nativas. Pelotas:Embrapa Clima Temperado, 2009. p. 276.

INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. **Ambientes naturais**. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/ecossistemas/campos_sulinos.htmhttp://ambientes.ambientebrasil.com.br/natural/biomas/campos_do_sul.html>acesso em 18 mar. 2010.

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/FAO. **Novo retrato da agricultura familiar**: O Brasil redescoberto. Brasília, 2000. 74 p.

KARAM, K. F. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. **Estudos feministas**, v. 12, n.1, p. 303-320, jan-abr. 2004.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 861-866. 2003.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med**., v.12, n.2B, p. 85-95. 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980. p.427.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. 9ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense. 1996. 208p.

LEININGER, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v.13, n.3,p. 189-192, Jul. 2002.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York, NY: National League for Nursing Press. 1991.

_____. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 1, n. 2.p. 40-51. 1990.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre cultura, doença e tratamento no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinho**, v. 13, n.1, p. 113-128. 2006.

LIMA, Â. R. A.; VASCONCELOS, M. K. P.; BARBIERI, R. L.; HECK, R. M. Plantas medicinais utilizadas pelos octogenários e nonagenários de uma vila periférica de Rio Grande/RS, Brasil. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 5, p. 1319-1326. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1640>> Acesso em: 09 set. 2011.

LOPES, Caroline Vasconcelos. **Informantes Folk em plantas medicinais no sul do Brasil**: contribuições para enfermagem. 2010, 110p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

LUGO-MORIN, D. R. Análisis de redes socialis en el mundo rural: guía inicial. **Revistas de estudos socialis**, v. 38, p. 129-142. 2009.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinais alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 145-176. 2005.

MAIA, C. Trabalho, família e gênero: estratégias de reprodução social camponesa no Médio Jequitinhonha. **Mulher e trabalho**, v.4, p. 89-103. 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A, Org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/Abrasco; 2001.p.39-64.

MEAD, Margarete. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 2009. 4ªed. 316p.

- MEDEIROS, L. C. M.; CABRAL, I. E. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Rev. latino-am.enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 18-26, jan. 2001.
- MELO, D. F.; LIMA, R. A. G. O cuidado de enfermagem e a bordagem Winnicottiana. **Texto contexto enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 563-569, Jul-Set. 2010.
- MELO, Ligia Albuquerque. Injustiças de gênero: o trabalho da mulher na agricultura familiar. In. **XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 2002, Ouro Preto.
- MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108p.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; ROLIM, K. M. C; MACHADO, M. F. A. S.; MOREIRA, R. V. O. A visão ecológica: uma teia na enfermagem. **Rev Bras. Enferm**, v.58, n. 3, p.341-n. 344, maio-jun. 2005.
- MURARO, R. M. **A mulher no terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997. 5ª ed. 205p.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, v. 11, n.2. Florianópolis. 2000.
- NORONHA, O. M. **De camponesa a madame**. São Paulo: Loyola, 1986. 232p.
- ORTNER, S. Está a mulher para o homem como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M.; LOUIS L. **A Mulher, a Cultura e a Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979. p. 95-120.
- PAINS, Marcelo. **Turismo, patrimônio cultural e desenvolvimento local – O distrito de Rincão da Cruz no município de Pelotas/RS**. 2009. 193p. Dissertação (Mestrado em Geografia, Análise Ambiental e Dinâmica Territorial) – Instituto de Geociências de Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- _____. A paisagem colonial como objeto do turismo: o caso das colônias de imigrantes italianos em Pelotas/RS In: 1º Simpósio de Pós-Graduação em Geografia do Estado de São Paulo – SIMPGEO-SP e VIII Seminário de Pós- Graduação em Geografia da Unesp, Rio Claro, 2008.
- PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil. **Acta bot. Bras**, v.20, n.4, p. 751-762. 2006.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras Enferm**, Brasília , v. 62, n.5, p 739-44. 2009.
- RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M. da; SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez, 2008.

REZENDE, H.A; COCCO, M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Esc EnfermUSP**, v. 36, n.3, p. 282-288. 2002.

SANTANA, F. R.; NAKATANA, A. Y. K.; FREITAS, R. A. M. M.; SOUZA, A. C. S.; BACHION, M. M. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, nº. 1, 1653-1664. 2010.

SANTOS, L. C. A vez da mulher camponesa: movimento social, identidade e saúde no Maranhão. **Rev. Bras. de Est. de Pop**, v. 20, n.10, p. 47-62, jan- jun. 2003.
SCHIEDECK, G. Plantas bioativas. **Jornal da Ciência**, nº. 3000. Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detail.jsp?id=36931>> Acesso em: 11 jan. 2011.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.16, n.2, p. 5-22. 1990.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais . **Cienc. Sau. de Colet.**, v. 10, p. 243-253, 2005. Disponível em <[http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&epid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&epid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 26 jul. 2011.

SILVA, C. C; EGRY, E. Y. Constituição de competência para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Esc. Enferm. USP**, v. 37, n2, p. 11-16. 2006.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde**. 3ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1988. 145 p.

SUÁREZ, M. Enfoques Feministas e Antropologia. In: **I Encontro Nacional Enfoques Feministas e as Tradições Disciplinares na Ciência e na Academia**. Niteroi, 1994.

THUM, Moara. **Saberes relacionados ao autocuidado em saúde entre mulheres da área rural do município de Pelotas**. 2010, 52f. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

THUM, M.; CEOLIN, T.; BORGES, A. Perception of the health–illness process of women living in rural area. **Journal of Nursing UFPE [JNUOL]**, v. 5, n. 3, p.734-40. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1640>> Acesso em: 08 dez. 2011.

THUM, M.; CEOLIN, T.; BORGES, A. Saberes relacionado ao cuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 32, n. 3, p. 576-582, 2011.

TOMAZZONI, M. I; NEGRELLE, R. R.B; CENTA, M. Z. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Rev. Texto e Contexto**, v. 15, n.1, p. 115-121. 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.

VALENCIANO, R. C.; THOMAZ, A. J. O papel da mulher pela luta pela terra: uma questão de gênero e/ou classe. **Revista Elet. Geo. Cien. Soci**, v. 6, n. 119, p. 26-44, 2002.

VANINI, Mariza. **Uso de plantas medicinais em um território quilombola do Município de Mostardas – Rio Grande do Sul**. 2009, 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

WALDOW, Vera Regina. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008. 92p.

_____. Atualização do Cuidar. **Aquichan**, v. 8, n. 1, p.85-96, 2008.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto contexto**, v.16, n.1, pp. 129-135. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>> Acesso em 16 set. 2011

WHITAKER, D. **Mulher e homem: o mito da desigualdade**. 7ªed. São Paulo: Moderna, 1998. 96p.

WINTER, C. A.; LEE, H. J. (Eds). **Rural nursing: conceptions, theory and practice**. 3ª Ed. New York: Spring, 2010. 273p.

ZILLMER, J. G. V; SCHAWARTZ, E.; CEOLIN, T.; HECK, R. M. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Rev Enferm UFPE**, v.3, n.3, p.319-324. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1640>> Acesso em: 09 set. 2011.

Apêndice

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Plantas Bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região Sul do RS

Subprojeto: agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora.: Dr^a Rita M. Heck/E-mail: feopos@ufpel.tche.br/Fone: (53)3321-2740

Co-orientadora: Prof^a Dra Rosa Lia Barbieri, e-mail: lia.barbieri@gmail.com

Mestranda: Ângela Roberta Alves Lima/ E-mail: oseiaseangela@hotmail.com / fone: (53) 32015899

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo compreender o contexto vivido pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar.

e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente a pesquisa;
- do uso do gravador durante as entrevistas
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.
- do compromisso de acesso as informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa sobre as plantas medicinais de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região sul do RS, respondendo a: entrevista, que consiste de perguntas a respeito das plantas utilizadas, indicações. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(s) participante(s) da pesquisa: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Roteiro da entrevista individual**

Subprojeto: agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora: Dr^a Rita Maria Heck

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rosa Lia Barbieri

Mestranda: Ângela Roberta Alves Lima

Entrevista

Entrevistador(a):

Data da entrevista:

I. IDENTIFICAÇÃO

1- Localidade (cidade- colônia ou bairro) _____

2- Nome pelo qual é conhecido na comunidade _____

3- Idade _____

4- Escolaridade (até que série estudou) _____

5- Descendência _____

6- Religião _____

7- Endereço _____

8- Contato _____

9- Há quanto tempo reside neste local? _____

10- Quais são as principais atividades realizadas na propriedade? _____

11- Há quanto tempo participa do grupo? _____

12- Quais as atividades desenvolvida no grupo? _____

APÊNDICE C- ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Subprojeto: agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora: Dr^a Rita Maria Heck

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rosa Lia Barbieri

Quantos mulheres participaram

Horário de início e fim:

Organização do grupo (rotina).

Quais os assuntos são tratados.

Tempo dedicado à discussão sobre plantas medicinais e cuidado de saúde.

Rotina diária da mulher na família e comunidade.

Pessoas que participam do grupo (quem são, características, contribuições para o grupo)

As pessoas que mais se destacam e por que (características do cuidado da mulher, realizado através das plantas medicinais).

APÊNDICE D – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Subprojeto: Agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Pesquisadora Coordenadora e orientadora: Dr^a Rita Maria Heck

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rosa Lia Barbieri

Mestranda: Ângela Roberta Alves Lima

Data

Hora:

Local: Comunidade Nossa Senhora de Lourdes, no Rincão da cruz, Pelotas RS.

Participantes: Enfermeiras, Ângela Lima (mestranda), Rita Heck(orientadora), Ana Carolina (observadora responsável pela gravação de áudio e vídeo)

OBJETIVO DO ENCONTRO:

Realizar coleta de dados.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Recepção dos participantes;
- Dinâmica de Integração: os pesquisadores realizarão a apresentação formal e explicarão os objetivos do projeto.
- Apresentação da temática forma de trabalho em grupo, nesse momento será proposto a atividade de dramatização. Nessa atividade será escolhido aleatoriamente 3 participantes do grupo para apresentarem ao grupo uma pequena encenação de como ocorre em casa o cuidado de um filho melhor de 5 anos, sendo que uma pessoa representará mulher, uma o marido e uma a criança.
- Após iniciará a discussão sobre a apresentação, buscando saber se o que foi apresentado faz parte do cotidiano das demais mulheres, como ocorre em sua casa, quais as atividades desenvolvidas no cuidado com uso de plantas

medicinais em suas casas, quais as atividades realizadas pela mulher e pelo homem e demais membros da casa. Como corre a interface entre plantas medicinais e cuidado familiar;

- Encerramento – para o encerramento será realizado juntamente com as mulheres o levantamento e anotação dos principais pontos, os quais serão anotados em papel pardo para posterior análise.

(Essa atividade será filmada e terá seu áudio gravado separadamente)

APÊNDICE E – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Subprojeto: Agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais

Data

Hora:

Local: Comunidade Nossa Senhora de Lourdes, no Rincão da cruz, Pelotas RS.

Participantes: Enfermeiras, Ângela Lima (mestranda), Rita Heck(orientadora), Ana Carolina (observadora responsável pela gravação de áudio e vídeo)

OBJETIVO DO ENCONTRO:

Realizar coleta de dados.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Recepção dos participantes;
- Iniciaremos as atividades retomando os dados levantados na reunião anterior lendo anotação dos principais pontos;

- Após perguntaremos se alguém gostaria de falar mais alguma coisa sobre as ações de cuidado realizadas por homem e mulher e validaremos os dados da reunião anterior, logo a seguir perguntamos como as plantas medicinais entram nesse cuidado, com objetivo de responder as seguintes questões :
 - Identificar a interface entre plantas medicinais e cuidado familiar;
 - Resgatar como estão sendo construídos os valores e significados relacionados ao cuidado familiar com uso das plantas medicinais;

- Encerramento – para o encerramento será realizado juntamente com as mulheres o levantamento e anotação dos principais pontos, os quais serão anotados em papel pardo para posterior análise.

(Essa atividade será filmada e terá seu áudio gravado separadamente)

Anexo

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 072/07

Pelotas, 16 de julho de 2007.

Ilma.Sra.
Prof^ª. Dr^ª. Rita Maria Heck

Projeto: **“Plantas Bioativas de Uso Humano por Famílias de Agricultores de Base Ecológica na Região Sul do RS”**.

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-la que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, em reunião de 13 de julho de 2007, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Prof^ª. Maria Elizabeth de O. Urtiaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



7 Relatório do trabalho de campo

O presente relatório foi elaborado como parte da dissertação do Mestrado em Enfermagem desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PPGEN-UFPel), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), visando descrever as atividades desenvolvidas durante o processo de coleta de dados. O projeto de pesquisa foi aprovado no exame de qualificação no dia 06 de março de 2012, e se constitui como um subprojeto do projeto “Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul”.

A coleta de dados foi realizada no interior do município de Pelotas, no distrito de Rincão da Cruz. O deslocamento até a local deste estudo foi realizado com o veículo da própria pesquisadora. Para o auxílio no registro fotográfico, áudio e visual, contou-se com o auxílio de bolsistas do projeto “Plantas bioativas”.

O distrito de Rincão da Cruz localiza-se na região colonial do município de Pelotas, possui aproximadamente 2000 habitantes, tendo a unidade de Estratégia de Saúde da Família do Grupelli como referência na atenção básica. Os agricultores familiares somam 90% da população, são de descendência italiana, alemã, pomerana e portuguesa.

As famílias vivem em pequenas propriedades, em casas de alvenaria, localizadas nas áreas mais elevadas, com uma área de terra na frente da casa com flores e plantas ornamentais. Desenvolvem a agricultura familiar, sendo que o plantio predominante é o do pêssego. A produção é vendida no atacado ou entregue à Cooperativa de Agricultores Familiares do Sul - CAF Sul, que desde 2010 tem se dedicado à produção de doces de pêssego e de abóbora.

A distância percorrida do município de Pelotas até a Igreja Nossa Senhora de Lourdes é de 65 Km, e 30 km destes não tem pavimentação. A estrada é de

“chão batido”, ou seja, sem asfalto, sinalização ou localização de ruas. A paisagem é de formação serrana e não de planície, e o caminho por estrada de chão é longo e de difícil acesso, com muitos buracos. Com isso, o tempo total do percurso é de uma (01) hora, devido às péssimas condições da estrada.

O primeiro encontro com o grupo de agricultoras ocorreu em 22 de agosto de 2011, no salão paroquial da Igreja Nossa Senhora de Lourdes, no distrito de Rincão da Cruz, e o último, no dia 18 de julho de 2012. Participaram da coleta de dados 15 mulheres.

Nesse período, realizaram-se sete (07) encontros programados no local, três (03) destes ocorreram pela manhã e pela tarde. Os demais foram realizados no turno da tarde. Durante esses encontros que iniciaram com as observações participantes, ocorreu uma oficina com a produção do *Maischnaps* ou Chá de Maio e outra com a identificação taxonômica das plantas usadas nos elixires, pomadas e xaropes preparados pelo grupo. Além desses dois encontros previamente agendados, realizaram-se duas dinâmicas de grupos focais. A partir desse momento, explicou-se ao grupo a necessidade de se interromper a participação da pesquisadora nas reuniões para estruturação e escrita do material, mantendo-se o vínculo e comprometimento de devolução dos dados em outubro ou novembro de 2012.

Na primeira aproximação do trabalho de campo, realizou-se o diálogo com a coordenadora do grupo. Esse contato se deu na feira ecológica de Pelotas, em julho de 2011. Após este encontro, realizou-se a primeira visita ao grupo, em agosto de 2011, onde apresentou-se o objetivo do projeto e a forma como ocorreria a coleta de dados. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi assinado pelas participantes no segundo encontro.

Dos sete encontros, que tiveram uma duração média de duas horas, três deles destinaram-se às observações participantes. Nesses três encontros, a pesquisadora participou de todas as atividades realizadas pelo grupo. Após a reunião, todas as informações foram imediatamente transcritas. Nesse momento, também se realizou a abordagem individual das informantes com o objetivo de colher informações, como idade, escolaridade, local, tempo de residência na localidade, tempo de participação no grupo e atividades desenvolvidas.

Duas visitas destinaram-se à realização do grupo focal. Cada encontro foi discutido com antecedência e sistematizado da seguinte forma: primeiro

esclareceram-se os objetivos do encontro e, segundo, como ocorreria a coleta de dados. Logo após iniciou-se as atividades. Os encontros para a identificação botânica e para a realização do *Maischnaps* ou Chá de Maio também foram previamente agendados, e as informantes esclarecidas sobre as atividades. Todas estas atividades foram realizadas no distrito de Rincão da Cruz.

O local em que o grupo denominado Esperança: saúde alternativa realiza seus encontros está localizado ao lado da Igreja Nossa Senhora de Lourdes e da escola Municipal de ensino fundamental. Próximo ao local há uma parada de embarque e desembarque de ônibus do trajeto Pelotas-Canguçu e vice versa. Esse local é um ponto de referência da comunidade.

Participaram desse estudo 15 mulheres que integram o grupo “Esperança: saúde alternativa”, com idades entre 20 e 77 anos, sendo a média de idade de 57 anos. Dentre esse grupo de mulheres, há três gerações de uma família e duas gerações de duas famílias.

Com relação à descendência das informantes, cinco são de origem brasileira, quatro são de origem italiana e alemã e duas têm origem brasileira e alemã. As demais entrevistadas possuem, cada uma delas, origem: italiana e brasileira (01); italiana, pomerana e alemã (01); pomerana (01); sendo que esta se declara Evangélica protestante e as demais são católicas praticantes. Apenas uma participante é de origem na miscigenação de etnias italiana, alemã, brasileira e portuguesa.

Em relação à participação no grupo, três (03) mulheres fazem parte dele há 22 anos, quatro (04) há 14 anos e outras quatro (04) há 10 anos, três (03) mulheres há 5 anos e uma há 04 anos, sendo a média de participação no grupo de 13 anos. Dentre as mulheres, doze (12) têm ensino fundamental incompleto, duas (02) ensino fundamental completo e uma (01) possui segundo grau completo.

As integrantes do grupo residem no interior de Pelotas, nas localidades de Rincão da Cruz, Colônia Cristal, Colônia São Manoel, Colônia Municipal, e a maior distância percorrida é de aproximadamente 18 Km. As mulheres deslocam-se até o local através de transporte coletivo, de veículos próprios, de carona ou a pé. Algumas dirigem seus próprios veículos e outras necessitam que um integrante da família as leve ao local. As mulheres que vão a pé andam uns 3 Km até chegar à reunião.

O salão paroquial, onde são realizados os encontros do grupo, é relativamente grande, feito de alvenaria com telhas de amianto. Possui janelas basculantes ao redor, tem uma copa e um banheiro na parte dos fundos. Quando se entra no salão pela porta da frente, à esquerda havia uma mesa comprida onde eram realizadas as reuniões. Do lado direito, há uma escada que leva à parte superior.

Subindo as escadas, chegamos a um corredor que tem ao lado direito uma construção de várias (cinco ou seis) churrasqueiras, uma ao lado da outra sem espaço entre elas, as quais são usadas em dias de festa, e do lado esquerdo deste corredor tem um balcão com pia. Quando termina este corredor, há uma área de luz sem telhado, e do lado esquerdo desta área fica uma porta que leva a uma pequena peça de alvenaria onde fica um fogão para o preparo de alimentos e produtos medicinais. Nesse local também fica a despensa dos materiais do grupo.

Esse local é organizado pelas mulheres para as reuniões do grupo. Em cada dia de encontro, duas ou três integrantes chegam mais cedo para limpar o local, arrumar as mesas e os banheiros para que o grupo possa se reunir. Em todos os encontros que ocorrem no turno da tarde, as mulheres levam de casa já preparado um prato de doce ou salgado, que será servido juntamente com o chá que é preparado no local, durante a reunião. Quando as reuniões são realizadas nos turnos da manhã e à tarde, um grupo três ou quatro mulheres ficavam responsáveis por preparar o almoço para o grupo, que é realizado na cozinha do salão. Em todas as reuniões, o grupo realiza orações de agradecimento no início das atividades ou no término.

O salão paroquial é usado esporadicamente pela escola, localizada ao lado, quando a mesma está realizando atividades de reforço escolar ou reforma. Os motoristas dos ônibus escolares também utilizam a cozinha do salão para realizarem suas refeições.

O grupo *Esperança: saúde alternativa*, iniciou suas atividades na década de oitenta, quando a coordenadora do grupo e outra participante começaram a participar do movimento de mulheres trabalhadoras rurais e passaram a integrar os eventos efetuados por essa organização. Depois, houve um período de tempo em que o grupo permaneceu sem se reunir. No entanto, a coordenadora continuou participando dos movimentos sociais da região de Pelotas. Em 1998, o grupo voltou a realizar reuniões periódicas. Esse reinício foi marcado por uma capacitação

realizada por uma informante *Folk*⁵ da região, o qual participou do estudo de Lopes (2010).

Logo em seguida, o grupo se organizou e realizou um projeto, para as Caritas⁶. Nesse momento, o grupo recebeu ajuda externa de um padre que era irmão de uma das participantes. Quando o grupo recebeu a aprovação do projeto, realizou a compra de produtos para a produção dos fitoterápicos, como fogão, panelas e demais utensílios domésticos. As mulheres realizaram, fora da localidade e também na localidade, diversas capacitações para a realização do cuidado com plantas medicinais, reaproveitamento de alimentos e artesanato. Atualmente, participam desse grupo em torno de quinze mulheres, as quais se dedicam a elaboração de artesanato, de produtos de limpeza e de fitoterápicos.

O primeiro encontro foi agendado previamente com a coordenadora do grupo na feira ecológica. No domingo, antes da atividade, realizou-se um contato telefônico com a coordenadora para confirmar a atividade e conferir o itinerário. Saiu-se, no dia 21 de agosto, de Pelotas às 12:50h, seguindo a estrada em direção à Canguçu. Após a rótula do Morro Redondo andou-se, aproximadamente, 3 km antes de realizar a conversão à direita na estrada de acesso à Colônia Maciel, na qual percorreu-se 18 km até a comunidade Nossa Senhora de Lourdes, no Rincão da Cruz, às 14h.

Ao chegar, as entrevistadoras foram recebidas pela coordenadora do grupo e por algumas integrantes que aguardavam na porta. Elas comunicaram que havia apenas sete integrantes do grupo, pois cinco senhoras que pertenciam à mesma família foram comunicadas, minutos antes de começar o encontro, que sua irmã, que residia em outra localidade, havia falecido inesperadamente. Mesmo com o ocorrido, as senhoras estavam dispostas a realizar a reunião e muito contentes com a nossa presença.

No início da reunião, cada integrante se apresentou e falou de sua participação no grupo. As pesquisadoras também se apresentaram e falaram um pouco sobre as atividades do grupo de pesquisa e do objetivo do projeto.

⁵ *Folk* é uma pessoa da comunidade especialista em práticas de cura não reconhecidas legalmente, que utilizam recursos como o uso de plantas medicinais, tratamentos manipulativos, exercícios especiais. Estes especialistas são legitimados pela sociedade e estão fortemente ligados ao sistema de cuidado familiar (Kleinman, 2006).

⁶ Departamento da igreja católica criado em 1951, com o objetivo de financiar projetos que visem diminuir as desigualdades sociais e econômicas na América Latina e Caribe.

Dentre as mulheres que estavam presentes no primeiro encontro, duas participam do grupo desde sua fundação, duas iniciaram há um ano, e as demais integraram o grupo ao longo dos anos. Todas possuem filhos, e uma é viúva e mora com a filha e o genro.

Logo após da apresentação inicial, as mulheres começaram descrever seu cotidiano: o trabalho realizado no cuidado da casa, dos animais de pequeno porte, da horta, da roça; e o preparo da alimentação e demais necessidades da família. Além de relatarem sobre a dificuldade de acesso aos recursos, como transporte, telefones, luz e água, comentaram, também, sobre a possibilidade de cobrança de taxas do uso da água na propriedade e sobre suas ansiedades em relação à manutenção da família.

A descrição de suas atividades cotidianas sempre foram colocadas em comparação ao trabalho do homem. As mulheres reconhecem que o homem não sabe ou não se dá de conta do que há para fazer em casa, detendo o conhecimento apenas do trabalho da roça.

As integrantes colocaram que para poderem participar do grupo precisam deixar várias coisas organizadas, como as refeições da família. Foi observado e salientado por elas que as divisões de tarefas domiciliares dependiam muito da faixa etária do casal e que as mulheres mais jovens conseguem de forma mais discreta dividir tarefas com seus maridos. Evidenciaram que ainda existiam diferenças entre a divisão de trabalho entre homem e mulher na zona rural. Segundo elas, na zona urbana as mulheres conseguem dividir mais os afazeres domésticos com os cônjuges. Mesmo diante desse fato, elas reafirmam que preferiam morar na zona rural por acreditarem que, mesmo tendo mais trabalho, possuem maior qualidade de vida por poderem produzir seus alimentos sem agrotóxicos, morar e trabalhar em um ambiente que possui ar puro e água de boa qualidade.

Durante essa conversa, cada mulher falou um pouco de sua experiência sobre o algo a mais que faziam, como a preparação de remédio com as plantas medicinais, artesanatos, participação no grupo, na cooperativa que esta sendo organizada na comunidade.

As mulheres também relataram uma visita que fizeram a uma cidade no litoral do Rio Grande do Sul para troca de conhecimentos com uma informante *Folk* daquela localidade. Também falaram sobre a capacitação de plantas medicinais

realizada por outra *Folk* do município de Pelotas (LOPES, 2010), que ocorreu quando o grupo voltou a se reunir em 1992.

Observou-se que as mulheres encontraram-se bastante interessadas pelas atividades do grupo de pesquisa e apreciaram a proposta de falar sobre o papel da mulher rural no cuidado à família, com o uso de plantas medicinais. Ficou-se com a impressão de que esta pesquisa era um anseio do grupo, pois há o interesse de que seja mostrado o seu trabalho, que atualmente parece ficar muito invisível, sendo percebido como não trabalho.

As mulheres em suas falas demonstram ter uma satisfação muito grande em realizar seu trabalho, tanto no âmbito doméstico como no rural. A participação no grupo e no envolvimento das atividades de cuidado com as plantas medicinais e o artesanato complementam essas atividades, contribuindo para que essas mulheres tornem-se mais fortes e saudáveis mentalmente e espiritualmente.

Essas mulheres parecem ter se tornado cuidadoras não apenas de sua família, mas também da comunidade, pois relatam que as outras famílias vizinhas costumam procurá-las para conseguir xaropes, pomadas e informações sobre o cuidado à saúde.

O grupo também se preocupa com a conservação das plantas, inclusive estão buscando mudas de angico para distribuição entre os participantes e demais membros da comunidade, para conservar a diversidade das plantas, que, segundo relatos, está diminuindo a cada ano.

A reunião durou cerca de uma hora e meia. Não foi possível identificar as pessoas que possuem um maior conhecimento sobre plantas medicinais, pois todas falaram de suas experiências e pareciam participar de todas as atividades do grupo igualmente. Foi relatado que o grupo possui em torno de dezoito participantes. Portanto, nessa reunião estava presente menos da metade do grupo. A próxima reunião ficou agendada para dia 26 de setembro de 2011.

Após a reunião, foi realizado uma chá de marmelo, na qual cada mulher levou um prato de salgadinho ou doce, para partilhar no lanche. O chá era na verdade um banquete, com vários salgados e doces preparados por cada uma delas de forma caseira. Foi servido um chá quente feito na hora em um grande panelão, para esquentar uma tarde fria de inverno.

Esse chá foi preparado no final de todos seus encontros. Pode-se perceber que não era apenas o chá que era caloroso, mas que este grupo mantinha este

momento para se aproximar e acolher umas as outras, como uma ocasião de troca de experiência de trabalho e também de estreitamento de laços afetivos.

O segundo encontro ocorreu no dia 26 de setembro de 2011. A pesquisadora deslocou-se sozinha até o local do encontro. A saída de Pelotas ocorreu às 12h e 30 min, após o abastecimento do carro no Posto São José, localizado na Rua Teles. Durante o trajeto, na estrada de chão, devido aos desvios que tinham na estrada para a construção de três pontes, a pesquisadora se perdeu e teve um pneu do carro furado. Devido a esses incidentes, a mesma chegou atrasada na reunião. Por isso, as atividades do grupo já haviam iniciado. Estavam presentes onze mulheres, sentadas em círculo, e quatro crianças menores de sete anos brincando próximo à roda. Dentre as mulheres, havia uma adolescente de dezoito anos.

Devido à dificuldade de chegar ao local, pois a estrada não possui sinalização e está apresentando vários desvios, durante a confraternização conversando com as informantes percebeu-se que ficaria mais fácil se a pesquisadora levasse a coordenadora em casa, e retornasse à Pelotas por outro trajeto, aumentando o percurso em 10 Km. E assim foi realizado em todos os encontros seguintes, sempre se passava antes na Colônia Cristal para buscar a coordenadora do grupo.

Nesse dia, o grupo não preparou o xarope e a pomada que tinha sido combinado na reunião anterior, porque, ao realizarem a organização do material, perceberam que não necessitavam de tais produtos, pois o inverno havia passado e a procura pelo xarope reduziria bastante. Quanto à pomada, uma das integrantes do grupo tinha um bom estoque em sua casa, pois ia levar para vender em uma feira e não pode ir.

Uma das atividades da tarde ocorreu em torno da discussão sobre o folder das 20 plantas medicinais, realizado pelo grupo de pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade. As informantes apontaram dentre estas plantas, quais cultivavam ou conheciam. O que chamou muito a atenção de todas foram as indicações medicinais da ANVISA e a identificação taxonômicas das plantas. Todo o grupo ficou muito interessado no assunto, principalmente após uma das integrantes ter observado que uma planta que no folder é nomeada de sálvia não é a mesma que o grupo conhece.

Observou-se que as mulheres possuem um grande conhecimento sobre as plantas medicinais, buscam conhecer mais, preocupam-se com a utilização correta das mesmas e com a manutenção das espécies vegetais. Nessa oportunidade, foi entregue o termo de consentimento livre esclarecido e todas as participantes assinaram-no.

Por volta das 15h e 30min, chegaram três participantes do grupo que estavam em uma reunião da cooperativa local. Estas pessoas relataram ao grupo a importância da cooperativa e como está o trabalho.

Em seguida, a coordenadora pediu para que cada mulher falasse um pouco de sua experiência no grupo e da contribuição destes encontros para suas vidas, e mostrasse seu trabalho. Nesse momento, passamos para uma área do salão onde estavam postas duas mesas contendo diversos produtos, como compotas, xaropes, elixires, pomadas, artesanato em toalhas e em porongo, crochês e almofadas realizadas pelo grupo.

Pelos relatos observa-se que a participação no grupo contribui para que a troca de saberes sobre o cuidado, o cultivo e a realização de produtos artesanais, além de fortalecer o vínculo entre as famílias, contribui para a economia familiar, estimulando o cooperativismo e a propagação de ações da economia sustentável no meio rural. Esse espaço não contribui apenas com as famílias que estão ali participando diretamente, mas com a comunidade da região, visto que essas ações acabam sendo estendidas a todos os moradores locais, a partir da venda dos produtos nos eventos festivos da comunidade e da troca de saberes. Constatou-se também que essas mulheres tornaram-se referência de cuidado local, sendo procuradas sempre que a comunidade necessita de informação sobre plantas medicinais.

O terceiro encontro ocorreu em março de 2012, pois desde outubro o grupo não se reunia. Todo o ano o grupo passa um tempo sem se reunir devido ao aumento do trabalho no período da colheita do pêssego. Este trabalho tem se intensificado, principalmente para as famílias que participam da cooperativa, pois, além da produção e da colheita do fruto, desde 2010 essas famílias têm industrializado a produção e vendido via cooperativa para o Programa Fome Zero e para a merenda escolar.

Quando a pesquisadora e a coordenadora do grupo chegaram ao local, encontraram presente treze mulheres sentadas ao redor de uma mesa grande,

tomando chimarrão. Elas pareciam bastante ansiosas pela chegada da coordenadora e ficaram muito contentes ao vê-la e a receberam calorosamente. A coordenadora iniciou a reunião solicitando que uma das integrantes realizasse a leitura de alguns versículos da Bíblia. Essa reunião foi realizada com o objetivo de apresentação da prestação de contas e de organização do cronograma de atividades para o ano de 2012.

No primeiro momento, foi apresentada a prestação de contas das atividades lucrativas do grupo (bingo e venda de artesanato⁷) e da venda de produtos medicinais e de limpeza nas festas das comunidades católicas locais e da região. De outubro de 2011 até março de 2012, o grupo realizou uma pequena reforma em sua sala. Comprou um armário para guardar os produtos medicinais elaborados, colocou prateleiras e uma cortina escura na despensa, para diminuir a luminosidade no local, com o intuito de que esse fique mais adequado para o armazenamento dos produtos.

Durante o período em que o grupo não esteve realizando reuniões periódicas, algumas integrantes (15) participaram de uma excursão⁸ para a praia de São Lourenço, na Laguna dos Patos, em fevereiro. Outras quatro mulheres participaram, em 04 de março, de festa na comunidade Cristal, onde reside a coordenadora do grupo. Nessa oportunidade, também se comercializou os produtos medicinais que são produzidos.

Logo após a prestação de contas, duas mulheres que participaram da reunião ocorrida na colônia Maciel, com a Embrapa, no mês de fevereiro, falaram sobre a apresentação de um destilador de plantas medicinais. Comentaram sobre a importância do grupo adquirir esse produto, citando os locais que o disponibilizam para a venda, sem apresentar seu valor. Também propuseram a realização de uma visita à Embrapa, que disponibilizará o ônibus para o passeio, para conhecer o destilador e o local. Todas as participantes gostaram da proposta e algumas sugeriram que a visita deveria ocorrer dentro do mês corrente, pois a partir de abril as famílias iniciam o preparo da terra para o plantio.

⁷ O dinheiro oriundo do artesanato pertence a quem o produziu e o restante fica com o grupo. Esse valor é revertido em melhorias no local de encontro do grupo e em atividades de lazer.

⁸ Nessas atividades o transporte e alimentação foi custeado com recursos do grupo.

Uma participante relatou que o grupo da colônia Maciel já havia comprado o destilador em Porto Alegre, sendo que esse é portátil, facilitando o trabalho e o rodízio do mesmo entre as integrantes do grupo. A Coordenadora do grupo Esperança relatou que ela tem um destilador e usa no grupo que realiza em sua comunidade. O dela foi adquirido de uma empresa da Serra Gaúcha, é portátil também, mas não é fácil de levar a todos os locais. Ela acredita que o modelo apresentado nessa reunião é o que o grupo precisa, pois as mulheres do Rincão moram longe uma das outras e tem dificuldade de se reunirem com frequência. O destilador é um anseio antigo do grupo, pois o mesmo, segundo o grupo, é muito usado pela informante *Folk* de Pelotas, que realizou a capacitação com elas em 1992, e foi recomendado por ela a aquisição desse produto.

A seguir algumas participantes começaram a falar da importância de adquirir esse produto e a dizer que estavam se sentindo realizadas devido ao grupo ter conseguido organizar melhor a sua sala. Fizeram um breve resgate da história do grupo e comentaram como o trabalho tem evoluído nos últimos anos.

Logo após, o grupo passou a fazer a programação para o ano de 2012 e algumas mulheres sugeriram que o grupo fosse a uma pizzaria em Pelotas. Uma participante não gostou da sugestão e disse que não podem se dedicar apenas a passear, porque o dinheiro tem que ser investido nas plantas, nas atividades do grupo e no Bingo que irão realizar no primeiro sábado de setembro. Dentre as atividades listadas para o ano de 2012, destacam-se a realização do Bingo no primeiro sábado de setembro; a produção de almofadas, de toalhas de crochê; os trabalhos com porongo; o curso de culinária; e o trabalho com plantas.

A coordenadora também deu a oportunidade para que fossem apresentadas as atividades referentes à coleta de dados do projeto de dissertação. Nesse momento, foi proposto que o grupo realizasse dois encontros com o objetivo de coletar dados da pesquisa por intermédio do grupo focal, mas o grupo não aceitou, pois é muito difícil as mulheres saírem de casa duas vezes no mês. Então, uma praticante propôs ao grupo passar o dia reunido, assim, pela manhã, realizaram-se as atividades de interesse do grupo e à tarde a coleta de dados. Todo o grupo aceitou a proposta e ficou marcado para o dia 16 de abril, às 9h o início da atividade.

A seguir o grupo passou para o lanche, e realizou uma oração especial por alguns membros da comunidade que estão enfermos e por membros da família da coordenadora. O grupo parecia muito comovido com a situação dessas duas

famílias. Uma delas tem uma moça de 22 anos com câncer terminal de colo uterino e a outra tem dois familiares com câncer, também em fase terminal. O grupo disse várias vezes que não há nada a fazer a não ser rezar, porque Deus dará força às famílias e aos enfermos.

Observou-se que essas pessoas não estão sendo cuidadas em seus domicílios, devido à dificuldade de transporte. Além disso, há dificuldade de acesso aos recursos de saúde necessários ao tratamento. Todos os enfermos encontram-se em casas de familiares ou hospitalizados na zona urbana do município.

Logo a seguir, todas as integrantes foram ver o trabalho realizado na sala do grupo e ficaram muito satisfeitas com o resultado. Muitas relatavam que essa conquista era muito importante para o grupo se motivar e valorizar o seu trabalho. No entanto, observou-se que algumas participantes fazem uma crítica ao trabalho desenvolvido pelo grupo, por perceberem que o mesmo tem perdido interesse pelas plantas medicinais, voltando-se mais ao artesanato e a culinária. A principal preocupação é a dificuldade que o grupo tem enfrentado de manter a diversidade de plantas medicinais. Este fato depende muito de cada mulher, pois fica a cargo de cada integrante manter em suas propriedades uma horta de plantas medicinais, cultivada de forma orgânica e longe dos animais de pequeno porte.

O quarto encontro ocorreu no dia 16 de abril. Nessa data, foram realizadas duas atividades, uma no turno da manhã, e outra no turno da tarde. Esse encontro contou com a participação de integrantes do projeto Bioativas. Ao chegar ao salão, às 9h e 10 min, algumas mulheres já encontravam-se reunidas. Observou-se que realizavam a limpeza do local e preparavam os utensílios e ingredientes do cardápio do almoço comunitário para todos os participantes da atividade.

Durante o turno da manhã um grupo realizou o preparo de amaciantes e desinfetantes, enquanto que outro grupo participou de uma roda de conversa sobre as necessidades de saúde da população rural de Pelotas. Ao total participaram das atividades do turno de manhã dez mulheres.

Nesse encontro, comunicou-se às mulheres que o grupo de pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade tem oferecido curso de capacitação sobre plantas medicinais para os profissionais de saúde e pretende realizar um encontro com informantes *Folk* da região, no ano de 2012.

Na conversa do turno da manhã, o grupo contou como iniciaram as atividades, a sua importância e a contribuição dele em suas vidas. Durante essa

atividade, observou-se que o grupo tem uma trajetória de luta pelos direitos de aposentadoria da mulher rural e pelos direito à saúde, sendo que este é o ponto mais crítico na conjuntura atual no SUS.

Também observou-se que o grupo não auxilia apenas no cuidado e na produção de bens de troca, fortalece os vínculos, contribui na manutenção da cultura local e das famílias na zona rural, o que o torna um espaço de cidadania.

Próximo às 13h, chegaram as participantes que não puderam estar presentes na atividade da manhã. A atividade do grupo focal foi sistematizada da seguinte forma: inicialmente três participantes do grupo dramatizaram como ocorre o cuidado de uma criança de 5 anos, no domicílio da família rural, sendo que uma participante representou o pai, outra a mãe, e a última, a criança.

Durante o início da atividade, as três apresentaram oralmente o cuidado da família, sem realizar a dramatização, talvez porque não tenham entendido a proposta ou por vergonha, pois a atividade foi gravada. Durante os relatos, percebe-se que as mulheres foram ficando mais desinibidas e até o fechamento já estavam bastante à vontade. Observou-se que as mulheres traziam relatos de suas atividades, apresentavam suas ações de cuidado em contraponto às ações desenvolvidas pelos homens. No final do grupo, foi anotado em papel à metro as principais ações de cuidado da mulher e do homem. As ações de cuidado da mulher citadas abrangem diagnósticos, levantar os problemas, avaliação, preparar um chá, dar segurança, estar presente, dar limites, carinho, proteção. As ações do homem foram: prover os recursos necessários, dar apoio, prover o transporte, comprar ou providenciar a medicação (Tab. 3).

Tabela 3 – Ações de cuidado realizadas pela mulher e pelo homem citadas pelo grupo Esperança: Saúde alternativa do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.

Ações de cuidado da mulher	Ações de cuidado do homem
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar chá; • Levar para o médico; • É o centro das atenções, tudo passa por ela; • Realizar comida; • Encontrar as coisas em casa; • Acalmar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Perguntar sobre a condição da criança; • Prover os recursos necessários para chegar ao atendimento;

Ações de cuidado da mulher	Ações de cuidado do homem
<ul style="list-style-type: none"> • Dar carinho = remédio; • Conduzir o filho; • Dar exemplo; • Por limites; • Estar presente; • Dar segurança; • Reconhece as necessidades por estar mais presente; • Reconhece que o filho não está bem até no falar, nos gestos; • Cuida no preparo da alimentação, para não repetir a comida, comer verduras e legumes; • Decide qual ação fará, quem e quando irá ao médico; • Produz os detergentes, alvejantes, amaciantes e desinfetantes que serão usados no domicílio; • Cuida da economia doméstica e preparam roupas e utensílios que serão usados pela família, como lençóis, toalhas de mesa e banho; • Propicia a economia sustentável das famílias com o preparo de produtos como doces, pães, bolachas, queijos, requeijão; • Realiza ações de prevenção utilizando chás e preparados com plantas para prevenir doenças; • Realiza vigilância a saúde cuidando da alimentação e da manutenção de hábitos saudáveis da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pagar os remédios quando a mulher não tem dinheiro (na verdade o dinheiro é dos dois, a mulher trabalha parelho com o homem); • Ajudar a administrar a casa – tudo; • Dirigir Carro e moto; • As ações são realizadas em acordo, menos as relacionadas à cozinha.

Percebe-se que as opiniões não são unânimes. Algumas mulheres consideram que o homem auxilia em todo o cuidado, que ambos compartilham dos conhecimentos necessários para realizá-lo e realizam em forma de cooperação. Enquanto outras relatam que o homem só realiza o que a mulher determinar, que fica a cargo dela as decisões. O marido auxilia, mas não tem o poder da determinação. Inclusive algumas relataram que nunca ficaram doentes, por isso não

sabem como seria o cuidado quando estivesse incapacitada e sem ter uma filha para ajudar.

Antes do segundo grupo focal, que ocorreu em 21 de maio, todo o material do primeiro encontro foi transcrito e lido. Com base nos dados coletados, sistematizou-se o segundo grupo focal que teve como objetivo central identificar a interface entre plantas medicinais e cuidado familiar, e resgatar como estão sendo construídos os valores e significados relacionados ao cuidado familiar com uso das plantas medicinais.

Logo após a recepção das participantes, iniciaram-se as atividades retomando os dados levantados na reunião anterior, a partir da leitura das anotações dos principais pontos levantados em conjunto com o grupo. Perguntou-se ao grupo se alguém gostaria de algo mais sobre as ações de cuidado realizadas. Como todos concordaram, realizou-se a validação os dados da reunião anterior. Em seguida, perguntou-se como as plantas medicinais entram nesse cuidado, com o intuito de responder os objetivos desse grupo focal. No encerramento, realizou-se, juntamente com as mulheres, o levantamento e a anotação dos principais pontos, os quais foram anotados em papel pardo para posterior análise (Tab. 4).

Durante o segundo grupo focal, observou-se que as mulheres refletiram sobre suas ações de cuidado. Também se identificou que, embora no primeiro encontro não tenham relatado diretamente as ações de cuidado com o uso de plantas medicinais, essa prática encontra-se inserida no seu cotidiano de tal forma que as ações passam despercebidas. No entanto, quando perguntou-se especificamente sobre o uso das plantas, demonstraram possuir um saber amplo e utilizar diversos fitoterápicos preparados artesanalmente em seu domicílio e no grupo. Esses produtos são indicados para diversas patologias, sendo usado como o primeiro recurso terapêutico, inclusive em casos de acidentes e urgências.

A partir dos relatos, ficou evidente que esse grupo utiliza-se das plantas medicinais no cuidado juntamente com a medicação alopática, e confere a esta um valor maior ou igual à medicação industrializada. Várias informantes explicitaram que acreditam que as plantas medicinais são menos agressivas ao organismo humano, causando menos efeitos colaterais. Nesse encontro, também se observou que o grupo compreende que o cuidado em saúde se aprende no cotidiano, no convívio entre as diferentes gerações familiares. Esse fato lhes gera preocupação,

pois observam que os jovens não tem mais interesse pelas atividades cotidianas da família e pela sua continuidade.

Esse fato pode ser atribuído ao deslumbre dos jovens com a possibilidade de morar nos grandes centros urbanos. Atualmente o contato com esses centros inicia-se ainda na infância, pois muitos jovens, têm que se deslocarem até a cidade para estudarem, devido as atuais políticas publicas de educação que optam por transportá-los até uma zona urbana ao invés de implantar os recursos na zona rural.

Tabela 4 – Formas de uso das plantas medicinais no cuidado e na prevenção citadas pelo grupo Esperança: Saúde alternativa do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.

Forma de uso das plantas medicinais no cuidado	Forma de uso das plantas medicinais na Prevenção
<ul style="list-style-type: none"> • Chá; • Elixir; • Xarope e pomada; • Afumantação⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chimarrão; • Maishinapes ou chá de maio; • Sal temperado, para reduzir a quantidade de sal; • Tintura de própolis.

No dia 21 de maio, realizaram-se duas atividades, o grupo focal e a realização do *Maischnaps* ou Chá de Maio, ambas haviam sido combinadas anteriormente em grupo. O *Maischnaps* ou Chá de Maio, segundo as informantes, deve ser preparado no mês de maio, sendo colocada uma folha de cada espécie de planta medicinal diferente a cada dia em um litro de água ardente. Como o grupo só se reúne uma vez ao mês, fez o chá todo de uma vez. Segundo a coordenadora do grupo, o chá preparado nesse encontro é melhor porque recebe a energia de cada mulher ali presente. A bebida deve ser preparada com trinta e uma plantas e não pode mais ser acrescido nenhum ingrediente por um período de um mês. O mesmo serve para o tratamento de diversos males, podendo ser usado diariamente uma colher de sopa ou como bebida alcoólica.

Segundo o grupo, esse chá é preparado no mês de maio devido às suas origens. Maio é um mês abençoado, por ser o mês das mães e de Nossa Senhora. E, por tanto, muito ligado à mulher, pois Maria também era mulher, sendo assim, ela ajuda cada uma a cuidar de seus filhos, dando-lhes os remédios corretos para isso.

⁹ Afumantação: é o ato de aquecer o corpo ou parte dele com vapores ou preparado contendo de álcool e plantas medicinais.

Para a realização dessa atividade, cada mulher trouxe algumas plantas, e as colocaram em uma mesa e agrupadas por espécies, pois muitas participantes traziam plantas repetidas. Ao todo, as mulheres reuniram 60 plantas medicinais diferentes (Fig.1). Durante toda a atividade, as participantes perguntaram umas para as outras ou para a coordenadora do grupo qual a indicação das plantas que elas não conheciam. Cada integrante escolheu para si trinta e uma plantas que foram colocadas em uma garrafa com água ardente. Essa mistura deverá ficar descansando por um mês. Depois as plantas serão retiradas e a bebida pode ser consumida como remédio ou como substitutivo de outra bebida alcoólica. Esse preparado é dado inclusive às crianças, mas em dose menor, normalmente usam uma colher de chá.

Após essa atividade as mulheres realizaram uma rifa que sorteou um produto preparado por uma participante. Essa renda serviu para custear as despesas de deslocamento da coordenadora do grupo. Para finalizar, realizou-se o tradicional chá de confraternização e o agendamento da próxima reunião.



Figura 1 - Oficina do Maischnaps ou Chá de Maio.

A oficina para a identificação taxonômica das plantas ocorreu em 18 de junho, no turno da manhã. Compareceram a atividade dez mulheres. A atividade foi sistematizada da seguinte forma: após a transcrição dos depoimentos colhidos durante as observações participantes e dos grupos focais, foram listados os produtos medicinais que o grupo preparava e os nomes populares das plantas utilizadas. Com base nos nomes populares citados, realizou-se uma busca de imagens de plantas identificadas taxonomicamente nos bancos de dados gerados por Ceolin (2009), Borges (2010) e Lopes (2010). Estas autoras realizaram estudos etnobotânicos na região de abrangência do projeto Bioativas. As imagens

resgatadas foram apresentadas para as agricultoras para que as mesmas confirmassem ou não a identidade das espécies utilizadas.

O último encontro ocorreu no dia 18 de julho, à tarde com objetivo organizar o bingo que o grupo ira realizar no primeiro sábado de setembro. Nesse encontro, realizou-se uma observação participante, contando com a participação de treze mulheres.

Observou-se que o grupo tem bastante experiência em organizar esse tipo de evento, está bem sistematizado, conhece bem a sua comunidade e sabe exatamente o que cada participante deve realizar para que o evento ocorra. A maior motivação do grupo não está nas atividades de lazer que irá realizar com a renda desse evento, mas no próprio evento e na possibilidade de mostrar a toda comunidade que o grupo continua forte, unido e produzindo diversos produtos que vão desde produtos de limpeza até artesanatos, fitoterápicos e produtos usados na alimentação.

O grupo Esperança: Saúde Alternativa, durante as atividades desenvolvidas, citou oitenta plantas medicinais, as quais são utilizadas no preparo de chás, elixires, xaropes, pomadas, infusões e travesseiros aromáticos. Essas plantas aparecem no Tab. 5, juntamente com sua indicação e sua parte utilizada.

Questionou-se o grupo sobre as ações de cuidado da mulher e do homem e sobre o uso das plantas medicinais no cuidado. Essas plantas estão descritas no Tab. 3 e 5, e os fitoterápicos preparados pelo grupo compõem o segundo artigo desta dissertação.

Tabela 5 - Plantas medicinais citadas pelo grupo Esperança: Saúde Alternativa, do distrito de Rincão da Cruz, Pelotas, RS, Brasil, 2012.

Nome popular	Parte utilizada	Indicação
Abacate	Folha	Usado em outros elixires
Açoita-cavalo	Folha	Compõe o elixir da mulher, da menopausa e digestivo
Adália	Folha, flor e raíz	Picada de insetos
Agoniada	Folha	Compõe os elixires da mulher e da menopausa
Alcachofra	Folha	Problemas digestivos, colesterol e compõe o elixir figatil
Alcina	Folha	Reposição hormonal, menopausa
Alecrim	Folhas	Fortificante cerebral, para circulação e problemas de circulação nas pernas e compõe o elixir de figatil e digestivo

Nome popular	Parte utilizada	Indicação
Ameixa do Japão	Folha	Para circulação e coração
Amora de ramos	Folha	Para problemas intestinais, prisão de ventre e calores
Angico	Folha e casca	Para gripe, tosse e infecção na garganta. Usado no xarope e no elixir digestivo
Anis		Calmente e cólica de bebê
Anis estrelado		Calmente
Araçá	Folha	Diarreia
Arnica	Folha e talos	Para contusões e dores em geral, e usado no preparo da pomada de arnica
Avenca	Folha	Usado no xarope de ervas
Balsamo	Folha	Usados no preparo da pomada milagrosa
Balsamo alemão	Folha	Usado no preparo da pomada milagrosa
Bananinha do mato	Fruto	S/I
Batata yacon	Fruto	Prevenção de diabetes
Benção de deus	Folha	Anemia e Problemas digestivos
Bergamota	Folha	Usado no xarope de ervas
Boldo	Folha	Cólica menstrual e compõe o elixir de figátil
Boldo-da-folha-miúda	Folha	Compõe o elixir de figátil
Calêndula	Flor	Alergia, e usado no preparo da pomada para alergia e no elixir da menopausa
Cambará,	Folha	Usado no xarope de ervas
Camomila	Folha	Cólica de bebês
Cancorosa	Folha	S/I
Canela	Folha e casca	Para náuseas, cólicas (casca) e a canela alimenta os bebês
Canfôra	Folha	Dor muscular e compõe a pomada calminex
Capim cidrão	Folha	Calmente e para doença dos nervos, também toma no chimarrão
Caranjiru	Folha	S/I
Carobinha		É a chave do elixir da mulher e elixir da menopausa
Carqueja	Folha	Para problemas digestivos e para eliminar gases
Cassáu	Folha	Compõe os elixires dos nervos e o digestivo
Cerejeira	Casca	Diabetes
Chuchu	Folha	Hipertensão
Cipó mil homens	Cipó	É bom para mil e uma coisa, é bom para os nervos, é bom para estômago.

Nome popular	Parte utilizada	Indicação
Cipó são João	Flor	Usado no preparo da pomada psiorise
Cipreste	Folha	Para circulação
Confrei	Folha	Curar feridas, lavar feridas e dor de garganta e usado no preparo da pomada milagrosa
Erva de bugre	Folha	S/I
Erva de são João	Folha	Antidepressivo e doença dos nervos.
Erva santa	Folha	Estomago – gastrite
Erva santa folha miúda	Folha	S/I
Espinheira-santa	Folha	Compõe o elixir da gripe
Eucalipto	Folha	Compõe os elixir da gripe e xarope da gripe
Eucalipto limão	Folha	Compõe o elixir da gripe, bom para gripe e colesterol
Fedegoso	Folha	Antimicótico usado para prepara o creme vaginal
Fel-da-terra	Folha	Compõe o elixir da gripe
Figueira	Folha	Usado no xarope de Angico
Funcho	Folha	Menstruação em excesso
Gervão	Folha	Compõe o elixir figatil
Goiaba	Brotos	Para diarreia
Guaco	Folha	Usado no xarope de ervas
Hortelã	Folha	Chá refrescante
Insulina	Folha	Diabetes
Ipê-roxo	Folha	Compõe o elixir da mulher
Jurubeba	Folha	Problemas digestivos e compõe os elixires de figatil e dos nervos
Laranja	Folha, fruto e casca	Labirintite, circulação do cérebro, para gripe e se faz um excelente elixir para frieira e usado no xarope de ervas
Limão	Folha, fruto e Suco	Gastrite e usado no xarope de ervas
Losna	Folha	Problemas digestivos, colesterol e compõe o elixir de figatil
Macaé	Folha	Compõe o elixir da gripe
Macieira	Folha	S/I
Malva cheirosa	Folha	Usa para fazer o travesseiro
Malva	Folha	Problemas de garganta, problemas bucais e compõe o elixir da bexiga e xarope de ervas.
Manjeriçã	Folha	S/I
Manjerona	Folha	Cefaleia e usado no xarope de ervas
Maracujá	Folha e frutos	Compõe os elixires das dores e dos nervos

Nome popular	Parte utilizada	Indicação
Melhoral	Folha e flor	Febre e dor de cabeça
Melissa	Flor	Insônia, nervosismo e é relaxante
Mil em ramos	Folha e flor	Para hemorragias, infecção urinária e compõe os elixires das dores
Mulungu	Casca	Compõe os elixires das dores e dos nervos
Murta	Folhas e galhos	Para regular a pressão
Ninho de moles	Casca	Dores reumáticas e para artrose
Nogueira	Folha	Limpar o sangue
Nozes pecan	Fruto e Casca	S/I
Palminha	Folha	Problemas digestivos, porém é forte, não dá para tomar de estômago vazio
Pariparoba	Folha	Usado na linha dos elixires para problemas digestivos. E é uma planta abortiva, por isso tem que ter cuidado
Pata-de-vaca	Folha	Compõe o elixir da bexiga
Pêssego	Folha	S/I
Pitanga	Folha	Bom para dor e febre e para outros elixires
Poejo	Folha	Usado no xarope de ervas
Quebra-pedra	Folha	Problemas renais, problemas de vesícula e pedras nos rins, e compõe o elixir da bexiga
Quina	Raiz	Febre e diarreia, e compõe os elixires das dores
Romã	Casca	Diarreia
Sabugueiro	Folha	Compõe o elixir da gripe e a pomada milagrosa
Salsa parrilha	Folha	Limpar o sangue
Salvia	Folha	Calores
Tansagem	Folha e sementes	Infecção, e compõe os elixires da bexiga, da gripe, da mulher e digestivo e o xarope de ervas
Tarumã		Compõe o elixir da menopausa
Tuia		S/I
Verdadeira cancorosa	Folha	S/I
Violeta	Flor	Problemas de garganta

As mulheres citaram também: o própolis, uma mistura complexa, formada por material resinoso e balsâmico, produzida pelas abelhas nos ramos, flores, pólen, brotos e exsudatos das árvores, utilizada no preparo de pomadas, elixires e xaropes (PEREIRA; SEIXAS; NETO, 2002); o Breu, um produto que elas compram em uma ferragem local o qual não pode ser identificado durante a coleta de dados; a vaselina líquida, derivada da parafina, utilizada como lubrificante e hidratante; a cera de

abelha que é um- produto fisiológico derivado da transformação do mel em gordura (MAGALHÃES, 2001); o mel derivado do néctar, processado por enzimas digestivas das abelhas operárias, contendo proteínas, diversos sais minerais e vitaminas essenciais à saúde. Além do alto valor energético, o mel possui conhecidas propriedades medicinais, sendo um alimento reconhecido por sua ação antibactericida, utilizado pelo homem desde os primórdios (BATISTA, 2004).

A análise de conteúdo desenvolveu-se em três etapas, denominadas por Triviños (2008) como pré-análise, exploração do resultado, interferência, e interpretação dos resultados. A pré-análise é o momento em que se realiza a leitura flutuante dos documentos, a formulação da hipótese e a preparação do material para a análise. Na etapa da descrição analítica, os documentos que constituem o *corpus* são submetidos a um estudo aprofundado, orientado pela hipótese e pelo referencial teórico. Essa fase tem por objetivo alcançar o núcleo de compreensão dos dados. Na interpretação referencial, o analista, apoiado nos dados obtidos, propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico, com base na reflexão, na intuição e no embasamento dos materiais empíricos, estabelecendo relações com os processos sociais e culturais.

A partir da análise, pode-se observar que as mulheres realizam diversas ações, como o cuidado da casa, a participação na produção agrícola, na criação de animais e na produção de artesanatos, e o cuidado familiar.

A mulher é a principal cuidadora familiar, ficando a cargo dela, na maioria das vezes, o diagnóstico dos problemas, a determinação do tratamento que será realizado em casa, e da gravidade da situação, determinando quando devem buscar outros recursos.

O homem normalmente pergunta à mulher quais as ações que serão realizadas, coloca-se a disposição para providenciar todos os recursos necessários ao cuidado, procura não se afastar muito da casa para que, caso a família tenha que buscar recursos, ele possa providenciar o transporte até a unidade de saúde.

As mulheres tem consciência de que tudo o que é produzido na agricultura familiar tem a sua participação, sendo assim, os recursos financeiros podem ser administrado pelo homem, mas esses são fruto do trabalho de ambos, sendo, portanto, dos dois.

Como medida de devolução das informações coletadas para o grupo, organizou-se um banner contendo os elixires, xaropes e pomadas, com indicação e

nome científico de cada planta utilizada, para que o grupo possa expor no bingo de setembro de 2012 e nas atividades em que for participar. Também confeccionaram-se etiquetas para os produtos medicinais, com as quais o grupo rotulará seus produtos, com indicação, plantas utilizadas e data de fabricação. Cada participante recebeu um folder com as vinte plantas mais citadas por agricultores ecológicos da região Sul do Rio Grande do Sul, e o de Plantas Medicinais indicadas pela ANVISA, material produzido pelo projeto Bioativas.

Referências

BATISTA, C. **A natureza é o meio. Almanaque rural de apicultura.** São Paulo: Escala, 2004. p 64-65.

LOPES, C. V. **Informantes Folk em plantas medicinais no sul do Brasil:** contribuições para enfermagem. 2010, 110p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

MAGALHÃES, E. O. – Apicultura para Iniciantes, Bahia – 2001. 50 p.
PEREIRA, A. S.; SEIXAS, F. R. M. S. NETO, F. R. A. Própolis: 100 anos de pesquisa e suas perspectivas futuras. **Rev. Quim. Nova.** v. 25, n. 2, p. 321-326. 2002.

KLEINMAN, A. EISENBERG, L. Culture, illness, and care: clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. **Journal of lifelong.** V. IV, n. 1, p. 140-149. 2006.

**8 Artigo I - Ações de cuidado familiar com uso de plantas medicinais
desenvolvidas por agricultoras do sul do Rio Grande do Sul**

**AÇÕES DE CUIDADO FAMILIAR COM USO DE PLANTAS MEDICINAIS
DESENVOLVIDAS POR AGRICULTORAS DO SUL DO RIO GRANDE DO SUL¹**

**FAMILY CARE ACTIONS WITH USE OF MEDICINAL PLANTS PERFORMED BY
FARM WOMEN IN SOUTH OF RIO GRANDE DO SUL**

**ACCIONES DEL CUIDADO FAMILIAR CON EL USO DE PLANTAS
MEDICINALES DESARROLLADAS POR MUJERES AGRICULTORAS DEL SUR
DE RIO GRANDE DO SUL**

Ângela Roberta Alves Lima²; Rita Maria Heck³; Rosa Lía Barbieri⁴

¹Artigo extraído da dissertação - Agricultoras no cuidado da família com uso das plantas medicinais, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), 2012.

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira assistencial da prefeitura municipal de Pelotas-RS- Brasil. Endereço: Rua Andrade Neves, 276, Centro – Rio Grande- RS, CEP: 96200-140. Telefone: (53) 3201-58099. E-mail: angelarobertalima@hotmail.com

³Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente associada da Faculdade de Enfermagem UFPel.

⁴Bióloga. Doutora em Genética e Biologia Molecular. Pesquisadora da Embrapa Clima Temperado.

RESUMO: Este trabalho teve como objetivo descrever as ações de cuidados familiar com uso de plantas medicinais realizadas por agricultoras do sul do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo um grupo de quinze agricultoras do Distrito de Rincão da Cruz, interior de Pelotas-RS. A coleta de dados ocorreu em 2011 e 2012. Realizaram-se observações participantes, grupo focal e entrevistas individuais que resultaram em dois núcleos temáticos. O referencial teórico embasou-se em Geertz e Leininger. A análise de conteúdo desenvolve-se em três etapas: pré-análise, exploração do resultado e interferência, e interpretação dos resultados. Constatou-se que as mulheres possuem conhecimentos sobre as plantas medicinais e sobre as enfermidades mais recorrentes na região. Esses conhecimentos são utilizados no cuidado dentro da estrutura familiar e na comunidade. Essas mulheres são reconhecidas pelos moradores da região como um recurso de saúde em caso de doença.

Descritores: Enfermagem em saúde comunitária; Plantas medicinais; População rural.

ABSTRACT: This study aimed to describe family care actions with medicinal plants performed by farm women in south of Rio Grande do Sul. It is a qualitative research involving a group of fifteen farm women from Rincão da Cruz District, in rural area of Pelotas-RS. Data collection occurred in 2011 and 2012. Participant observations, focus groups and individual interviews were conducted which resulted in two thematic areas. The theoretical reference was based in Geertz and Leininger. The contents analysis was developed in three stages: pre-analysis, exploration of results and interference, and interpretation of results. It was found that women have knowledge on medicinal plants and most recurrent diseases in the region. That knowledge is used in care within the family structure and in the community. These women are recognized by residents of the region as a health resource in disease situation.

Descriptors: Community Health Nursing. Plants, Medicinal. Rural Population.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo describir las acciones del cuidado familiar con el uso de plantas medicinales por mujeres agricultoras del sur de Rio Grande do Sul. Se trata de una pesquisa cualitativa, envolviendo un grupo de quince mujeres agricultoras del Distrito de Rincão da Cruz, de la area rural de Pelotas-RS. La recolección de datos ocurrió en 2011 y 2012. Fueron realizados observación participante, grupo focal y entrevistas individuales que resultaron en dos núcleos temáticos. El referencial teórico se embasó en Geertz y Leininger. El análisis de contenido se desarrolló en tres etapas: pre-análisis, explotación de los

resultados y interferencia , y la interpretación de los resultados. Se constató que las mujeres tienen conocimiento acerca de las plantas medicinales y de las enfermedades más recurrentes en la región. Estos conocimientos son utilizados en el cuidado dentro de la estructura familiar y en la comunidad. Estas mujeres son reconocidas por los residentes de la región como una fuente de salud en caso de enfermedad.

Descriptor: Enfermería en Salud Comunitaria. Plantas Medicinales. Población Rural.

INTRODUÇÃO

Os estudos brasileiros na temática de cuidado familiar no cotidiano rural são escassos. Esses, em sua maioria, não buscam conhecer as ações de cuidado com uso de outras práticas que não estejam ligadas ao modelo biomédico, nem contemplam a perspectiva ecológica e cultural, as quais possibilitariam uma compreensão acerca da realidade do cuidado das famílias rurais.¹⁻³

Destaca-se, também, o fato dos estudos empíricos sobre a temática apresentarem o papel da mulher cuidadora de doenças crônicas, sob o prisma do modelo biomédico, não remetendo ao cotidiano familiar no qual a saúde e a doença alteram-se em uma relação dialética,⁴⁻⁶ além de não se deterem a compreender o ambiente e as práticas de saúde culturalmente estabelecidas e desenvolvidas pelas mulheres.

Na família, a mulher é a receptora dos conhecimentos tradicionais repassado entre as gerações, domina o repertório das queixas e as práticas de cura, manipulando e preservando as plantas medicinais para a produção de chás, pomadas e xaropes para os mais distintos males, incluindo os desconfortos do corpo e da alma, tornando-se assim uma referência no cuidado familiar e da comunidade.⁷

O meio rural, em sua maioria, tem sido excluído do atual cenário das grandes transformações no campo tecnológico, econômico, social e cultural decorrente do fenômeno da globalização vivenciado pela sociedade brasileira nas últimas décadas.³ Como essas transformações não atingiram todos os espaços, pode-se observar a coexistência de dois modelos de produção, na zona rural do Brasil, tradicional e o moderno ou tecnológico.⁸ Esta exclusão reflete-se não somente no acesso a bens de consumo e tecnológicos, mas também no processo de cuidado familiar. No entanto, essa condição de exclusão permite que esse espaço produza saberes e práticas próprias de cuidado.

A autonomia das comunidades rurais se intensifica a medida que se encontram isoladas dos centros mais urbanizados e passam a compartilhar uma realidade intersubjetiva.⁹

Tudo isto favorece o fortalecimento dos vínculos locais, contribuindo para que busquem resolver à maioria seus problemas junto à comunidade.

Entende-se que, uma aproximação das ações de cuidado tradicionais, como o uso de plantas medicinais, exige olhar a família como uma unidade complexa de cuidado, a qual necessita ser compreendida no contexto social, histórico e cultural que lhe dá significado e delimita suas ações. Objetivando essa aproximação, este estudo apóia-se nos fundamentos da antropologia interpretativa de Geertz¹⁰ e do cuidado cultural de Leininger¹¹. Definido como um ato direcionado à realização de ações que atendem as necessidades individuais ou coletivas, estes conceitos contribuem na compreensão da complexidade do objeto. Procurou-se, também, integrar a perspectiva de gênero na discussão, como uma categoria historicamente construída e expressa nos valores, nas práticas e nos discursos permitem refletir e dar sentido às relações sociais.¹²

Essa aproximação possibilitará que profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, compreenda melhor a realidade das famílias rurais que, atualmente, em nosso país, não dispõem de uma assistência à saúde desenvolvida com base em suas necessidades e que contemple suas especificidades.

O tema se justifica devido aos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade, nos anos de 2009 a 2011,¹³⁻¹⁵ com a temática de cuidado familiar com uso de plantas medicinais. Esses estudos identificaram a mulher como a principal cuidadora e detentora desse conhecimento.

Diante disso, este artigo tem como objetivo descrever as ações de cuidados realizados pelas agricultoras no que se refere ao cuidado familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, vinculado ao projeto “Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul”, realizado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com a parceria da Embrapa Clima Temperado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pelotas, sob o número 072/2007.

Este estudo partiu das informações das redes de transmissão de conhecimentos sobre plantas medicinais dos sujeitos que participaram da pesquisa de Ceolin¹³. O estudo foi realizado no distrito de Rincão da Cruz, em Pelotas/RS, com um grupo de 15 agricultoras, que

residem no interior de Pelotas, nas localidades de Rincão da Cruz, Colônia Cristal, Colônia São Manoel, Colônia Municipal.

O grupo de mulheres agricultoras Esperança: saúde alternativa iniciou suas atividades no final da década de 80, com o apoio da igreja católica local e de algumas participantes do Movimento das Mulheres Camponesas, com o objetivo de capacitar as agricultoras no cuidado com plantas medicinais. Após essa capacitação, as mulheres deram continuidade aos encontros, os quais inicialmente eram realizados nas suas residências e mais tarde passaram a ocorrer no salão da igreja católica local, sede atual do grupo.

O distrito do Rincão da Cruz possui uma paisagem social e historicamente produzida, marcada por intervenções culturais que podem ser verificadas ainda nos dias atuais na vida cotidiana das famílias, através da arquitetura, das técnicas, dos costumes, das crenças e do saber fazer do meio rural. Esse legado foi construído através das gerações, tem resistido às transformações do tempo e merece ser transmitido às gerações futuras.¹⁶

A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2011 e de março a junho de 2012. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação participante, o grupo focal e as entrevistas individuais. Todas as atividades ocorreram no distrito. Realizaram-se três observações participantes de aproximada 120 minutos e dois grupos focais, que contaram com a presença média de treze informantes e a duração de 90 minutos. As entrevistas individuais abordaram informações como: idade, escolaridade, tempo que reside na localidade, atividades desenvolvidas no grupo e tempo de participação nestas atividades. Para analisar os dados utilizou-se a análise de conteúdo que foi desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do resultado e interferência, e interpretação dos resultados.¹⁷ As informantes foram identificadas pela letra M de mulher, as iniciais do primeiro nome e a idade. As falas foram identificadas com a data da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação e contextualização do grupo Esperança: saúde alternativa

O grupo Esperança: saúde alternativa iniciou suas atividades na década de 80, quando algumas mulheres da comunidade ingressaram no movimento de mulheres trabalhadoras rurais e passaram a participar dos eventos efetuados por essa organização. Em 1988, o grupo participou de um curso sobre uso de plantas medicinais no cuidado à saúde realizado por uma informante *Folk* da região.¹⁴ Desde então as mulheres realizaram diversas capacitações que contribuíram para a realização do cuidado com plantas medicinais, reaproveitamento e preparo de alimentos e artesanato. Atualmente, participam desse grupo

quinze mulheres, que se dedicam a realização de artesanato, à produção de produtos de limpeza e ao preparo de produtos medicinais.

As informantes desenvolvem a agricultura familiar, sendo a cultura do pêssego a mais prevalente. Dentre elas apenas a família da coordenadora do grupo participa da feira ecológica em Pelotas. As demais famílias produzem para seu próprio sustento e para venda no atacado ou na cooperativa local (CAF-Sul). Estas informantes desenvolvem um cuidado familiar com o uso de plantas medicinais, sendo este o primeiro recurso em saúde que essas famílias recorrem.

Das quinze mulheres entrevistadas, a mais nova tem 20 anos e a mais idosa 77, sendo a média de idade de 57 anos, sendo que oito têm mais de 60 anos. Este dado está em consonância com várias pesquisas referindo-se às mulheres mais idosas e moradora da zona rural como aquelas que detêm mais conhecimentos sobre o cuidado com plantas medicinais.^{9,14,18}

Dentre esse grupo de mulheres, há três gerações de uma família e duas gerações de outras duas famílias. Este dado corrobora com outros estudos que revelam que os conhecimentos sobre cuidados de saúde são construídos através da socialização iniciada no ambiente familiar.^{13,18} Esse fato contribui para que a mulher se torne perita no cuidado familiar e o utilize para si e para os demais membros de sua família sempre que necessário.¹⁸

Com relação à descendência, cinco informantes são de origem brasileira. Quatro são de origem italiana e alemã, duas têm origem brasileira e alemã. As demais entrevistadas possuem cada uma delas, origem italiana e brasileira (01), italiana, pomerana e alemã (1), pomerana (1). Apenas uma participante é fruto da miscigenação das etnias italiana, alemã, brasileira e portuguesa. Quanto à religião, apenas a mulher descendente de pomeranos se declara evangélica protestante, as demais são católicas praticantes.

Em relação à participação no grupo, três mulheres fazem parte do mesmo há 22 anos, quatro há 14 anos, outras quatro há 10 anos, três há cinco anos e outra há quatro anos. Com isso, a média de tempo de participação no grupo é de 13 anos. Destas mulheres, doze possuem ensino fundamental incompleto, duas ensino fundamental completo e uma possui ensino médio completo.

O distrito de Rincão da Cruz, localiza-se na região colonial do município de Pelotas, sendo um dos lugares mais representativos do assentamento de imigrantes italianos da região Sul do Rio Grande do Sul.

As transformações econômico-produtivas impostas pela economia global nas últimas décadas do século XX, associadas às características da localidade de possuir pequenas

propriedades rurais auto-suficientes, em contraponto ao latifúndio pecuário da região, impulsionaram seus habitantes a buscar outras formas de renda (turismo rural, venda de produtos agroecológicos e artesanatos) para a manutenção das famílias no campo.¹⁹

Após essas mudanças, a localidade passou a ampliar os mecanismos de valorização do patrimônio cultural e de seus bens. Esses fatos contribuíram para que nesse local se formasse um conjunto de bens materiais e imateriais próprios que denotam a identidade cultural da região, os quais podem ser considerados patrimônio cultural.¹⁹

Observa-se que o início do grupo coincide com a valorização das práticas populares na década de 80 e no início da década de 90, promovidos por iniciativas de Organizações Não Governamentais (ONGs), com o apoio das Igrejas Católica e Luterana. Este fato evidencia a influência dessas religiões na disseminação destes conhecimentos populares, como já constatado em outro estudo.¹²

Reconhecer a existência de outros recursos de saúde na comunidade, além do oferecido pelo modelo oficial de saúde, é extremamente importante aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, para que possam ampliar seus conhecimentos e desenvolver ações de cuidado que atendam as reais necessidades das comunidades.

Ações de cuidado realizadas pelas agricultoras

Na compreensão das informantes, a saúde direciona o viver cotidiano, sendo que uma boa parte de seu tempo é dedicado a realização de ações voltadas a prevenção e ao cuidado. Estas ações são construídas no cotidiano da família. Visando atender essas demandas, elas buscam articular estas ações, selecionar cultivar e organizar as plantas para usar posteriormente, preparar os produtos medicinais, prevendo antes as necessidades da família, guardando plantas medicinais para o inverno. Isto se justifica a partir do que disse uma das informantes:

Eu estou colhendo muitas plantas que a gente sabe que agora no inverno caem as folhas, já colhi e já sequei. E agora guardo para usar. Têm vários chás que eu seco para ter na época de inverno (MO57 - 21/05).

Esse cuidado envolve não somente a família mas também outras pessoas da comunidade, ou seja, abrange vários círculos de pessoas. O grupo possui uma rede em que cada família realiza trocas de saberes de plantas e produtos medicinais entre si. Cada mulher ou grupo familiar prepara produtos medicinais a partir das plantas que mais conhece ou produz. Quando alguém da comunidade necessita, essa pessoa procura a família e recebe a planta medicinal ou produto medicinal que precisa.

É assim, se eu não tenho em casa, vou buscar lá no outro, pois, às vezes, o outro tem e fica tudo bem (MO57 - 21/05).

Com isso, as famílias não precisam se preocupar em possuir todas as plantas, pois poderá recorrer a uma família vizinha quando necessário.

A partir dos dados coletados, pode-se afirmar que a mulher é responsável pela produção, seleção e preparação dos alimentos que são consumidos pela família. Dentre os cuidados relativos à produção, destaca-se a redução do uso de agrotóxicos e de hormônios. Visando alcançar esse objetivo, as famílias procuram produzir seus próprios alimentos, e criar os animais que serão abatidos, para a produção de carne e embutidos que a família consumirá. Os legumes e hortaliças são produzidos de forma orgânica, em local separado da lavoura destinada à venda. O mesmo ocorre com as plantas medicinais, como afirmado nas falas a seguir:

A gente cria os bichos com o que a gente come, planta, planta milho e dá para as galinhas, para os porcos. Vem tudo de casa. Não tomam remédio, não tomam nada [referindo ao agrotóxico](MM60 - 21/05).

O bom da horta é se não colocar coisa que faz mal [agrotóxico] (MD29 – 26/09).

Nós podemos conservar a nossa horta sem o agrotóxico. Tem que cuidar também, por que não adianta a gente pegar o agrotóxico e fazer um chá (MRR 26/09).

Estes dados corroboram com estudos que destacam que no Brasil tem surgido outro estilo de vida rural, o qual não se constitui um projeto do estado ou de políticas governamentais, mas um projeto advindo do cotidiano dos agricultores, que buscam consumir e produzir alimentos que causem menos danos à saúde.⁸

Nesse novo modelo de produção, a mulher tem sido identificada como a principal responsável pela introdução e manutenção desses em suas famílias, pois a mesma busca manter um espaço próximo a sua casa para a produção dos alimentos orgânicos que serão consumidos pela família.^{7,20}

As plantas medicinais também são usadas na alimentação, com o objetivo de prevenir problemas de saúde e diminuir a necessidade de uso de medicação. As mulheres utilizam esse conhecimento para promover à saúde dentro do espaço familiar. Como são responsáveis pela seleção e preparo dos alimentos consumidos, introduzem, na dieta, plantas medicinais, verduras e frutas que reconhecem como benéficas à saúde. Como exemplo, temos a fala de duas informantes:

A alcina faz reposição de hormônio. E é uma praga que dá na horta. A verduega e a benção de Deus tem muito ferro e podem ser usadas como salada (MR63 – 26/09).

O organismo até se acostuma (com o consumo de legumes e verduras), e diminui a metade do remédio (MO – 26/09).

As mulheres reconhecem que o cuidado com a alimentação é importante para a prevenção de diversas doenças crônicas degenerativas, como diabetes e hipertensão. Sendo assim, o grupo procura oferecer à família uma dieta diversificada que contempla frutas, verduras, legumes, preparadas com redução da quantidade de açúcares e sódio. Destaca-se, também, o reconhecimento de que o uso de agrotóxicos e hormônios utilizados na produção de animais é prejudicial à saúde. Essas ações também são vistas como uma forma de economia doméstica, pois é produzida com menor custo e ajuda na prevenção da doença reduzindo os gastos com medicação.

Cuidar a gordura e o sal eu acho que isso é muito importante, quanto menos dar para eles melhor, quanto menos açúcar. Pelo menos assim eu sempre tenho cuidado para não ficar doente (MD29 - 16/04).

Como se pode observar na fala acima, as participantes do grupo possuem conhecimentos sobre as doenças que advém do sistema oficial de saúde, os quais provavelmente foram adquiridos com experiências de cuidado de si mesmo ou de outros integrantes da família. Esses conhecimentos são associados ao cuidado com o uso de plantas. Essa associação aproxima o cuidado com o uso de plantas ao cuidado alopático, o qual é denominado cuidado cultural segundo Leininger¹¹, por aproximar os sistemas de saúde profissional e familiar. Fato que se pode constatar na fala abaixo.

Lá em casa também eles já vão para a Malva, tomam de 6 em 6 horas, e se tem alguma dor de garganta já cura. Mas se é muito adiantada pode não adiantar (MSL - 21/05).

A mulher detém um rol de conhecimentos que se refletem na forma de cuidado familiar, construídos através da socialização, estando em constante renegociação. Esse conjunto de saberes e práticas são formados a partir da união dos saberes do modelo oficial de saúde e da medicina tradicional. Cada um desses sistemas oferece diferentes recursos terapêuticos, como medicação alopática, plantas medicinais e práticas da medicina tradicional.⁹

As agricultoras, embora preparem fitoterápicos associando várias plantas, demonstram uma preocupação em não utilizar plantas tóxicas em seu preparo. Isso se dá em decorrência da experiência de uso e das trocas de saberes advindos das gerações anteriores e das interações realizadas no convívio social atual, como se observa na fala a seguir.

Não, no xarope a gente não usa plantas tóxicas, mas as aromáticas usa todas, e o mel a gente coloca depois do chá pronto (MR63 - 21/05).

Esse conhecimento popular sobreviveu devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e financeira, que favorecesse a obtenção de outros recursos que possibilitassem o cuidado das famílias, como se verifica nos relatos a seguir:

A medicina [das plantas] só sobreviveu porque não havia muitos recursos, tinha-se que usar as plantas era a única saída (MR63 – 26/09).

Antigamente não existia farmácia. Nossos antepassados quando chegaram da Itália, foram para mata, né. E viviam da natureza de Deus (MOP – 26/09).

Atualmente muitas pessoas têm procurado o uso de plantas medicinais no cuidado usando como uma forma complementar ao tratamento proposto pela biomedicina. Esses grupos realizam troca de saberes entre si, disseminando o conhecimento sobre plantas medicinais. Esse fato também é possível verificar no grupo estudado, como se pode observar no relato a seguir:

Devido ao trabalho e as trocas de conhecimentos dos grupos que trabalham com plantas, uma coisa que ocorreu e está dando muito certo é o uso da Erva de São João, um laboratório até já está estudando e pensando em produzir um remédio com base nessa erva (MMR63 – 26/09).

Dentre as razões apontadas para a crescente utilização de terapias complementares, em especial o uso de plantas medicinais no tratamento de saúde, destacam-se: o sentimento de que a medicina convencional não está sendo eficaz para a sua condição de saúde; a consciência ecológica que eclodiu após os anos 90, contribuindo para que as pessoas busquem outras formas de cuidado que causem menor impacto no ambiente; e a necessidade, que os usuários têm, de desempenhar um papel mais ativo no seu processo saúde-doença.^{21,22}

O grupo pesquisado utiliza junto ao cuidado as plantas medicinais e a medicação alopática. Com essa união, procura resolver seus problemas de saúde e de seus familiares de forma a não precisar recorrer à unidade de saúde. Esse fato corrobora com outros estudos,^{23,24} que destacam autonomia no cuidado dos moradores de zona rural que recorrem ao serviço de saúde quando seus recursos não puderem resolver o problema, tornando suas demandas mais urgentes, pois o serviço de saúde não é o primeiro recurso procurado.

As plantas medicinais, além de constituírem-se no primeiro recurso procurado, como relatado na fala a seguir, também são consideradas tão ou mais eficientes que a medicação alopática, sendo também utilizadas com o intuito de reduzir o uso da medicação industrializada.

As plantas são melhores que a medicação de farmácia para nós (MC64 -16/04).

Talvez essa forma de cuidado se explique porque esse grupo procura agir nos processos patológicos quando se instalam, tomando medidas que busquem reestabelecer o equilíbrio orgânico, não permitindo que os processos se agravem ou tornem-se crônicos.

Os dados revelaram, como se verifica no relato a seguir, que essas mulheres realizam diversas atividades dentro e fora do lar, como o cuidado do lar, de animais de pequeno porte, da horta, da educação dos filhos, do trabalho na lavoura, e das atividades relativas à prevenção de doenças e ao cuidado quando alguém da família ou vizinhança necessita.

A vida das mulheres da roça é agitada, tensa. E por trás disso, as mulheres fazem um monte de coisas minuciosas, dentro de casa que não aparece. É cuidar da casa, dos filhos, da horta, dos bichos, porque se tem variedade de bichos na colônia, dar atenção para o marido, fazer a comida (MR63 – 26/09).

Observa-se nesse grupo, que as ações de cuidado realizada são voltadas as possibilidades, crenças e valores, o que contribui para a melhor adesão ao tratamento e participação ativa em todo o processo de cuidado. Para isso, as mulheres buscam apoio uma nas outras através da participação de grupos comunitários. Esses grupos são espaços profícuos à troca de experiência e ao aprendizado mútuo e para o desenvolvimento do cuidado cultural.

Esse dado está em consonância com a literatura que destaca a mulher como a precursora dentro da unidade familiar, assumindo para si um desafio de implementar algo novo, ao mesmo tempo em que desafia a produção convencional, introduz saberes adquiridos com outras gerações, e interage com outros grupos.^{4,7} No entanto, essas ações são consideradas invisíveis, e esta condição é percebida por elas mesmas, como se pode verificar no depoimento abaixo:

O trabalho da mulher não aparece muito, o do homem aparece, qualquer tipo de trabalho que ele for fazer aparece. Já o das mulheres, não aparece. E as mulheres agora estão lá ralando no pêssego (MR63 – 26/09).

Esse fato ocorre porque o trabalho da mulher, quando realizado fora do ambiente doméstico, é considerado como ajuda e como complemento às atividades do meio rural.²⁵ Talvez isto ocorra, pois as atividades que geram maior renda ainda hoje são pagas e declaradas no nome do homem, como por exemplo as notas oriundas da venda de leite das cooperativas locais. Destaca-se, também, que as atividades realizadas no lar pela mulher, não são consideradas trabalho, mas sim obrigação e/ou demonstração de afeto e cuidado com a família, algo inerente a sua condição de gênero.^{26,27}

Os dados evidenciaram que essa condição é reforçada pela própria mulher, já que ela assume para si, pois se considera como responsável pelo cuidado da família, estando mais

preparada para isso. Esta condição é considerada inerente ao sexo e enviada por Deus, e não como algo culturalmente estabelecido, como pode-se constatar na fala abaixo:

Eu acho que é uma coisa já enviada por Deus porque a gente é mulher, gerou esses filhos, tem tanto amor por eles, cuida deles, quer sempre o melhor para eles, como a gente sabe que o chá e essas coisas mais são boas, em primeiro lugar a gente vai procurar essas coisas (MM60 - 16/04).

Considera-se que o grupo torna-se um espaço importante não apenas de troca de saberes e de manutenção da cultura local, mas porque permite que as mulheres rompam com esse ciclo de dominação e invisibilidade do trabalho da mulher rural. Isso se dá a partir da interpelação entre gerações e das discussões realizadas no interior do grupo, as quais permitem uma reflexão sobre as práticas da mulher rural.

Esse fato contribui para que a mulher consiga visualizar suas ações e possa agir de forma a não reproduzir esse ciclo na criação de seus filhos. Isso leva a uma mudança a longo prazo, que refletirá lentamente na família, mas que poderão trazer resultados concretos. Além disso, essas atividades favorecem a comunidade local na visualização do trabalho da mulher e creditam a esse um maior valor por passar a reconhecê-lo como mais um recurso de saúde da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento das ações de cuidado realizadas pelas agricultoras permitiu conhecer seus hábitos culturais acerca do cuidado, que têm como primeiro recurso o uso de plantas medicinais ou preparados com base nas mesmas.

As plantas medicinais são vistas como um recurso diante de situações de menor ou maior gravidade, de domínio feminino que está presente no ambiente não só por representar menor custo, mas também porque são creditados como o melhor recurso de saúde, causando menos efeitos colaterais.

No contexto estudado, observou-se que as mulheres possuem conhecimentos sobre as plantas medicinais e sobre as enfermidades mais recorrentes na região, utilizando-os no cuidado dentro da estrutura familiar e na comunidade. Por isso, são reconhecidas como um recurso de saúde pelos moradores da região, os quais buscam seu auxílio em caso de doença.

As agricultoras selecionam, cultivam e organizam as plantas, preparam para o armazenamento e uso durante os períodos em que as plantas medicinais não são encontradas na natureza. Possuem um sistema de trocas que permitem que as famílias tenham acesso a plantas medicinais que necessitam.

Os resultados desse estudo trazem a contribuição de apresentar elementos que possam ser discutidos na perspectiva de cuidado familiar e de valorização do saber popular, o qual poderá compor as ferramentas de atuação dos profissionais de saúde que atuam no modelo biomédico.

No que tange a enfermagem, é importante reconhecer que as ações de cuidado realizadas no núcleo familiar com base no uso de plantas medicinais são eficazes, e permitem que essas famílias tenham melhores condições de saúde. Esse entendimento é imprescindível à realização de uma assistência culturalmente congruente e que possibilite ampliar as práticas de cuidado em saúde. Essa construção deve ser realizada em conjunto com os sujeitos para que possa incluir suas interpretações e significados em relação a essa prática de cuidado com o uso de plantas medicinais.

Este estudo evidenciou o cuidado na perspectiva da mulher, sendo assim faz-se necessário conhecer as ações de cuidado que a família aponta como sendo realizada pela mulher para que se possa compreender o todo dessas ações. No entanto, essa investigação não ocorreu nessa pesquisa, mas mereceria outros estudos que busquem ampliar esse conhecimento.

REFERÊNCIAS

- 1 Fernandes GCM, Boehs AE. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. *Cogitare Enferm.* 2010 Jan-Mar; 15 (1): 33-9.
- 2 Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais na prática do cotidiano popular. *Esc Anna Nery.* 2011 jan-mar; 15(1):132-9.
- 3 Zillmer JGV, Schawartz E, Ceolin T, Heck RM. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev Enferm UFPE [online].* 2009 [acesso em: 09 Set. 2011]; 3(3):319-324. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1640>
- 4 Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre cultura, doença e tratamento no cotidiano familiar. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.* 2006; 13(1):113-128.
- 5 Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Cienc. Sau. de Colet. [Periódico na Internet]* 2005 [acesso em 2011, 26 de jul.] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&epid=S1413-81232005000500025&Ing=en&nrm=iso.
- 6 Garcia-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguigurem AP. El sistema informal de cuidados el clave de desigualdad. *Gac. Sanit.* 2004; 18(1):132-9.

- 7 Karam KF. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. *Estudos feministas*. 2004 jan-abr; 12(1): 303-20.
- 8 Brandenburg A. Do rural tradicional ao rural sócio ambiental. *Rev. Ambiente & Sociedade*. 2010; XIII (2):417-28.
- 9 Tezoquipa IH, Monreal LA, Santiago RV. El cuidado a la salud em el ámbito doméstico:interacción social y vida cotidiana. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35 (5): 443-50.
- 10 Geertz C. A interpretação das culturas. 1.ed. 13 reimp. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
- 11 Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002 Jul; 13(3):189-92.
- 12 Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*.1990; 16 (2):5-22.
- 13 Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):47-54.
- 14 Lopes CV. Informantes Folk em plantas medicinais no sul do Brasil: contribuições para enfermagem [Dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. Programa de pós-graduação em enfermagem; 2010.
- 15 Lima ÂRA, Vasconcelos AKP, Barbieri RL. Plantas medicinais utilizadas pelos octogenários e nonagenários de uma vila periférica de Rio Grande/RS, Brasil.. *Revista de enfermagem UFPE* [online]. 2011[acesso em: 09 Set 2011]; 5:1319-26. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1640>.
- 16 Pains M. A paisagem colonial como objeto do turismo: o caso das colônias de imigrantes italianos em Pelotas/RS In: 1º Simpósio de Pós-Graduação em Geografia do Estado de São Paulo – SIMPGEO-SP e VIII Seminário de Pós- Graduação em Geografia da Unesp. 2008 nov 17-19, Rio Claro, Brasil. Rio Claro (SP): Seminário e Simpósio de Pós- Graduação em Geografia; 2008.
- 17 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.
- 18 Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones praticas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):185-2007.
- 19 Pains M. Turismo, patrimônio cultural e desenvolvimento local – O distrito de Rincão da Cruz no município de Pelotas/RS [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Geografia, Análise Ambiental e Dinâmica Territorial; 2009.

- 20 Freire P. Gênero e saberes da Amazônia: reflexões sobre saúde e conhecimentos tradicionais; Rev. Fazendo Gênero. 2008, 8:2-10.
- 21 Viveiros AAS, Goulart PF, Alvim NAT. A influência dos meios sociocultural e científico no uso de plantas medicinais por estudantes universitários da área da saúde. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2004 abr; 8(1):62-70.
- 22 Arnold E, et al. Intervenciones herbarias para el asma crónica en adultos y niños. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus [online]. 2008[acesso em 12 Set 2011]; 4. Disponível em: <http://update-software.com>.
- 23 Winter CA, Lee HJ. (Eds). Rural nursing: conceptions, theory and practice. New York: Spring, 2010. 273p.
- 24 Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun; 14(2):177-85.
- 25 Fiuza ALC, Pinto NMA, Galinari TN, Barros VAM. Difusão de tecnologia e sexismo nas Ciências Agrárias. Cienc. Rural [online]. 2009[acesso em 10 Set 2011]; 39(9):2614-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782009005000224>
- 26 Ortner SB. Está a mulher para o homem como a natureza para a cultura? In: Rosaldo M, Louis L. A Mulher, a Cultura e a Sociedade; Paz e Terra, 1979. 95-120.
- 27 Noronha OM. De camponesa a madame. São Paulo: Loyola; 1986.

9 Artigo II - Alternativas para a saúde: fitoterápicos populares produzidos por um grupo agricultoras no Sul do Brasil

Alternativas para a saúde: fitoterápicos populares produzidos por um grupo de agricultoras no sul do Brasil

Alternatives for health: popular phytotherapics produced by a farm women group in south of Brasil

Alternativas para la salud: fitoterápicos populares producidos por un grupo de mujeres agricultoras en el sur de Brasil

Ângela Roberta Alves Lima¹; Rita Maria Heck²; Rosa Lía Barbieri³

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Pelotas (RS), Brasil. Endereço: Rua Andrade Neves, 276, Centro - Rio Grande- RS, CEP: 96200-140. Telefone: (53) 3201-58099
E-mail: angelarobertalima@hotmail.com E-mail:

angelarobertalima@hotmail.com. ²Enfermeira. Doutora em enfermagem pela UFSC. Docente associada da Faculdade de Enfermagem UFPel. Pelotas (RS), Brasil ³Bióloga. Doutora em Genética e Biologia Molecular. Pesquisadora da Embrapa Clima Temperado. Pelotas (RS), Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado <<Agricultora no cuidado da família com uso das plantas medicinais>>, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas (RS), Brasil. 2012.

RESUMO

Objetivo: este artigo tem por objetivo apresentar os fitoterápicos agricultoras do sul do Rio Grande do Sul, utilizados no cuidado à saúde preparados por um grupo de forma complementar à medicação alopática. **Método:** tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada no ano de 2012, utilizando os métodos da observação participante, do grupo focal e de entrevistas individuais para a coleta de dados. **Resultados:** o estudo revelou que as plantas medicinais e os fitoterápicos populares possuem um papel importante no cuidado das famílias rurais e podem contribuir positivamente para o restabelecimento e/ou prevenção de diversos problemas, agindo, na maioria das vezes, como uma forma complementar a alopatia. **Descritores:** enfermagem em saúde comunitária, plantas medicinais, população rural.

ABSTRACT

Objective: the objective of this article is to present phytotherapics produced by farm women of south of Rio Grande do Sul, used in health care and prepared by a group as a complementary form to allopathic medicine. **Method:** it was a qualitative, exploratory and descriptive research performed in 2012, using the methods of participant observation, focus groups and individual interviews for data collection. **Results:** the study found that medicinal plants and popular

phytotherapics have an important role in care of rural families and can positively contribute to the restoration and/or prevention of various problems acting mostly as a complementary form to allopathy. **Descriptors:** community health nursing, plants, medicinal, rural population.

RESUMEN

Objetivo: este artículo tiene por objetivo presentar los fitoterápicos producidos por mujeres agricultoras del sur de Rio Grande do Sul, utilizados en el cuidado de la salud, preparados por un grupo de forma complementaria a la medicación alopática. **Método:** se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada en el año 2012, utilizando los métodos de la observación participante, el grupo focal y las entrevistas individuales para la recolección de los datos. **Resultados:** el estudio reveló que las plantas medicinales y los fitoterápicos populares tienen un papel importante en el cuidado de las familias rurales y pueden contribuir positivamente a la restauración y / o prevención de diversos problemas, actuando, la mayoría de las veces, como una forma complementaria a la alopata. **Descriptores:** enfermería en salud comunitaria, plantas medicinales, población rural.

Introdução

O uso de plantas medicinais no cuidado foi um dos primeiros recursos terapêuticos utilizados pelas antigas civilizações.¹ Sua aplicação está ligada a um conjunto de crenças e de valores, construídos desde esse período, que permitem a formação de um rol de conhecimentos que possibilita cuidar em situações de saúde ou doença.² Esses conhecimentos foram herdados, ampliados e diversificados por

meio da relação interpessoal, apoiando-se no cuidado cultural realizado principalmente pela mulher.³

A mulher, por questões de gênero, tornou-se responsável pelo cuidado familiar, e dela se espera que desempenhe o papel de cuidadora familiar em episódios de adoecimento dos diferentes núcleos de gerações e da prole. Essas experiências permitem-na efetuar diversas atividades relativas ao cuidado, como preparo da alimentação, xaropes, infusões, emplastos, pomadas; limpeza do ambiente; e determinados procedimentos básicos, como banho, cuidado do coto umbilical e curativos.⁴⁻⁶ Devido a suas habilidades comunicativas, as mulheres culturalmente desenvolveram redes de contato e de apoio mútuo, o que lhes possibilita cuidar com mais eficiência, tornando-as cuidadoras por excelência. Por essa razão, as mulheres são apontadas, tanto no contexto sociocultural como por elas mesmas, como responsáveis pelo cuidado familiar.⁷

Dentre essas redes, destaca-se o movimento de agricultoras, que no Brasil, desde a década de 80, tem surgido como um espaço que permite a aproximação dessas mulheres, a busca por seus direitos e a constituição de uma forma de resistência cultural, na qual os conhecimentos são repassados através das gerações e os vínculos são fortalecidos. Entre as atividades realizadas por esses grupos destaca-se o uso de plantas medicinais no cuidado familiar.⁸

As famílias rurais, após se estabelecerem em determinado ambiente, desenvolvem capacidades que lhes permitem viver em um determinado habitat. Essas capacidades se articulam entre sociabilidade, lazer e atendimentos de necessidades vitais, as quais se alteram em diferentes momentos de uso e coabitação com o meio. Ao buscarem melhores condições de sobrevivência, desenvolvem ações coletivas, como a formação de comunidades religiosas, de

grupos de mulheres e de mães, as quais propiciam a criação de laços de pertencimento a uma comunidade e aproxima as relações de cooperação entre as vizinhanças. Esse modelo permite desenvolver uma relativa autonomia, a qual se reforça com o distanciamento dos grandes centros urbanos.⁹

Essa autonomia se reflete no cuidado e nas decisões acerca do mesmo, as quais ocorrem com base na sua auto-avaliação da gravidade.¹⁰ Outra ação destacada é o preparo produtos medicinais caseiros, a partir de plantas medicinais para o tratamento dos mais distintos males do corpo e da alma.^{6,11,12}

Considera-se que um dos grandes desafios da enfermagem é aliar suas práticas com a das famílias cuidadas e, assim, oferecer-lhes alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades.¹³ Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo apresentar os fitoterápicos preparados no domicílio e no grupo por agricultoras do sul do Rio Grande do Sul, utilizados no cuidado à saúde de forma complementar a medicação alopática.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, vinculada ao projeto “Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul”, realizado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com a parceria da Embrapa Clima Temperado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pelotas, sob o número 072/2007.

O estudo foi realizado no distrito de Rincão da Cruz, em Pelotas/RS, com um grupo de agricultoras, que está localizado na região colonial do município, sendo um dos lugares mais representativos do assentamento de imigrantes italianos da

região Sul do Rio Grande do Sul. A localidade destaca-se por possuir pequenas propriedades rurais, que desenvolvem a agricultura familiar, e por localizar-se há 60 km da sede do município.¹⁴

O grupo de mulheres agricultoras Esperança: saúde alternativa, iniciou suas atividades no final da década de 80, com o apoio da igreja católica local e de algumas participantes do Movimento das Mulheres Camponesas, com o objetivo de capacitar as agricultoras no cuidado com plantas medicinais. Após essa capacitação, as mulheres deram continuidade aos encontros, os quais inicialmente eram realizados nas suas residências e mais tarde passaram a ocorrer no salão da igreja católica local, sede atual do grupo.¹⁵ Atualmente, fazem parte desse grupo quinze mulheres com idades entre 20 e 77 anos.

A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2011 e de março a junho de 2012. Utilizou-se, como método de coleta, a observação participante, o grupo focal e as entrevistas individuais. Todos os dados foram transcritos e organizados por núcleos temáticos. Posteriormente, fez-se uma releitura das transcrições e das anotações, das observações do contexto, a fim de destacar as ideias-chave discutidas como subtemas.¹⁶ Usou-se o suporte teórico em todos os passos para a compreensão, a interpretação e a crítica na construção do trabalho.

O levantamento das plantas medicinais utilizadas no preparo dos elixires, xaropes e pomadas, realizou-se durante uma oficina com o grupo de agricultoras. Após a transcrição dos depoimentos colhidos durante as observações participantes e os grupos focais, listaram-se os produtos medicinais que o grupo preparava e os nomes populares das plantas utilizadas. Com base nos nomes populares citados, fez-se uma busca de imagens de plantas identificadas taxonomicamente nos bancos de dados gerados por Ceolin¹¹, Borges¹⁷ e Lopes¹². Estas autoras realizaram estudos

etnobotânicos na região de abrangência do projeto Bioativas. Apresentou-se às agricultoras, em uma reunião posterior, as imagens resgatadas para que as mesmas confirmassem ou não a identidade das espécies utilizadas.

Analisaram-se as plantas medicinais a partir da resolução (RDC) nº 10 de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.¹⁸ Discutiu-se as não contempladas neste documento a partir de uma extensa revisão de literatura realizada por Lorenzi e Matos¹⁹ e de publicações científicas atuais.

Resultados

O grupo de agricultoras Esperança: Saúde Alternativa desenvolve diversas ações de cuidado, dentre essas se destaca o preparo de oito elixires, dois xaropes e seis pomadas, a partir de 45 plantas medicinais, e de mel, própolis, cera de abelha, breu e vaselina. O grupo realiza a produção desses preparados com o objetivo de dispor dos princípios ativos das plantas em qualquer época do ano, de forma acessível, visto que as plantas medicinais possuem um crescimento sazonal.

Esses dados estão descritos nas Tabelas 6, 7 e 8, os quais expõem, respectivamente, os elixires, os xaropes e as pomadas, apresentando suas composições, indicações e modos de usos.

Tabela 6 - Elixires preparados pelo grupo Esperança: Saúde Alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Elixir	Composição	Indicação	Modo de uso
Elixir da bexiga	Tinturas de malva (<i>Malva silvestris</i>), pata-de-vaca (<i>Bauhinia</i> sp), quebra-pedra (<i>Phyllanthus</i> sp.) e tansagem ou transagem (<i>Plantago</i> sp.).	Cistite (inflamação da bexiga), ardência ou dor ao urinar, urina muito frequente e pouca.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir da gripe	Tinturas de alho (<i>Allium sativum</i>), eucalipto (<i>Eucalyptus</i> sp.), fel-da-terra	Gripe, sinusite, bronquite e asma.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as

	(<i>Lepidium bonariensis</i>), macaé (<i>Leonurus ribiricus</i>), própolis, sabugueiro (<i>Sambucus australis</i>) e tansagem ou transagem (<i>Plantago</i> sp.).		refeições.
Elixir da menopausa	Tinturas de açoita-cavalo (<i>Luehea divaricata</i>), agoniada (<i>Plumeria lanciofoliata</i>), caroba (<i>Jacaranda puperula</i>), calêndula (<i>Calendula officinalis</i>) e tarumã (s.i)*.	Sintomas e mal estar ligados à menopausa, calorão, nervosismo.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir da mulher	Tinturas de açoita-cavalo (<i>Luehea divaricata</i>), agoniada (<i>Plumeria lanciofoliata</i>), caroba (<i>Jacaranda puperula</i>), espinheira-santa (<i>Maytenus ilicifolia</i>), ipê-roxo (<i>Tabebuia</i> sp.) e tansagem ou transagem (<i>Plantago</i> sp.).	Problemas de ovário, útero, menstruações desregulares, corrimentos.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir das dores	Tinturas de erva-silvana, maracujá (<i>Passiflora</i> sp), mil em-rama (<i>Achillea millefolium</i>), casca de mulungu (<i>Erythrina speciosa</i>) e quina (<i>Discaria</i> sp.).	Para dores em geral.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir de figatil	Tinturas de alcachofra (<i>Cynara scolymus</i>), boldo (<i>Plectranthus</i> sp.) ou boldo-da-folha-miúda (<i>Plectranthus</i> sp.), gervão (<i>Stachytarpheta cayennensis</i>), jurubeba (<i>Solanum</i> sp.) e losna (<i>Artemisia absinthium</i>).	Problemas digestivos, gases, indigestão e cólicas menstruais.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir dos nervos	Tinturas de cassáu (s.i), jurubeba (<i>Solanum</i> sp.), maracujá (<i>Passiflora</i> sp.) e mulungu (<i>Erythrina speciosa</i>).	Nervosismo, angústia, insônia.	20 gotas, 3 vezes ao dia, após as refeições.
Elixir Digestivo	Tintura de açoita-cavalo (<i>Luehea divaricata</i>), alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i>), angico (<i>Anadenanthera colubrina</i>), cassáu (s.i)* e tansagem ou transagem (<i>Plantago</i> sp.).	Problemas estomacais; gastrite; azia; úlcera. Fortificante do sangue e estimulador do apetite.	20 gotas, 3 vezes ao dia, antes as refeições.

* (s.i) - Sem identificação botânica.

Tabela 7- Xaropes preparados pelo grupo Esperança: saúde alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

XAROPE	Composição	Indicação	Modo de uso
Xarope de Angico	Folha e casca angico (<i>Anadenanthera colubrina</i>) e folha de figueira (s.i)*.	Possui ação antibiótica, podendo ser usado para todo tipo de tosse, infecção de garganta e problemas pulmonares.	3 vezes ao dia: 1 colher de sopa para adulto. E 1 colher de chá ou de sobremesa para criança, dependendo da idade.

Xarope de Ervas	Folha de cambará (s.i)*, avenca (s.i)*, eucalipto (<i>Eucalyptus</i> sp.), poejo (s.i)*, guaco (<i>Mikania laevigata</i>), malva (<i>Malva sylvestris</i>); tansagem ou transagem (<i>Plantago</i> sp.), bergamota (<i>Citrus</i> sp.), manjerona (s.i), limão (<i>Citrus</i> sp.), laranja (<i>Citrus</i> sp.) e mel.	Possui ação expectorante, podendo ser usado em quadros de gripe, resfriado e tosse.	3 vezes ao dia: 1 colher de sopa para adulto e 1 colher de chá para criança.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

* (s.i) - Sem identificação botânica.

Tabela 8 - Pomadas preparadas pelo grupo Esperança: saúde alternativa de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Pomada	Composição	INDICAÇÃO	Modo de uso
Pomada de Própolis	Vaselina líquida, óleo de germen de trigo e tintura de própolis.	Espinhas; manchas na pele e pele sofridas pelo sol.	Massagear o local 3 vezes ao dia. Se for o rosto, usar à noite.
Pomada Milagrosa	Vaselina, breu, cera de abelha, folhas de bálsamo alemão (<i>Cotyledon</i> sp.), confrei (<i>Symphytum officinale</i>), e sabugueiro (<i>Sambucus australis</i>).	Feridas em geral; câncer de pele; frieiras e rachaduras.	Massagear o local 3 vezes ao dia
Pomada Calminex	Vaselina líquida, cera de abelha, cânfora (<i>Artemisia camphorata</i>) em pó e tintura de própolis.	Dores musculares, contusões, torções e massagens relaxantes.	Massagear o local 3 vezes ao dia e/ou de acordo com a dor.
Pomada de Arnica	Vaselina líquida, cera de abelha e tintura de arnica (<i>Solidago</i> sp.).	Batidas; contusões, dores musculares.	Massagear o local 3 vezes ao dia
Pomada para Alergia	Vaselina líquida, cera de abelha e flor de calêndula (<i>Calendula officinalis</i>).	Todo e qualquer tipo de alergia.	Massagear o local 3 vezes ao dia
Pomada Psiorise	Vaselina líquida, cera de abelha e tintura da flor do cipó são joão (<i>Pyrostegia venusta</i>).	Eczema; erisipela e outros problemas semelhantes.	Massagear o local 3 vezes ao dia.

Discussão

Os dados evidenciaram que essa população possui um acervo de conhecimento acumulado da interação do ser humano com a natureza, estabelecida no Brasil desde antes de sua colonização. Este saber advém de uma coleção de fatos e se estabelece como um sistema de conceitos, crenças e percepções sobre o mundo ao seu redor. Isso inclui a maneira como estas pessoas observam e mensuram tudo o que as rodeia, como resolvem seus problemas e

validam novas informações.²⁰ Esse conhecimento constitui uma importante ferramenta de cuidado à saúde e de uso sustentável dos recursos naturais existentes na região.

Dentre os 16 fitoterápicos citados apresentados nos Tabelas 1, 2 e 3, constatou-se que somente o xarope de Angico e as Pomadas de Arnica, Calminex e Psiorise não possuem nenhuma planta medicinal contemplada na resolução (RDC) nº 10 de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).¹⁸ A Pomada de Própolis não utiliza planta medicinal no seu preparo, mas o própolis e o óleo de gérmen de trigo.

O Própolis é um a mistura complexa, formada por material resinoso e balsâmico, coletado pelas abelhas nos ramos, flores, pólen, brotos, e exsudatos das árvores.²¹ E o gérmen de trigo é um produto muito usado na alimentação.

Das quarenta e cinco plantas citadas, oito não foram identificadas botanicamente (avenca, cambará, cassáu, erva silvana, figueira, poejo, manjerona e tarumã). Dezesete são apresentadas na RDC 10 (alcachofra (*Cynara scolymus*), alecrim (*Rosmarinus officinalis*), alho (*Allium sativum*), boldo (*Plectranthus* sp.) boldo-da-folha-miúda (*Plectranthus* sp), calêndula (*Calendula officinalis*), espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), eucalipto (*Eucalyptus* sp.), guaco (*Mikania laevigata*), jurubeba (*Solanum* sp.), malva (*Malva silvestris*), maracujá (*Passiflora* sp.), mil em-rama (*Achillea millefolim*), mulungu (*Erythrina speciosa*) quebra-pedra (*Phyllanthus* sp.); sabugueiro (*Sambucus australis*), tansagem ou transagem (*Plantago* sp.)).¹⁸

Os elixires são preparados de plantas medicinais com bases alcoólicas, usualmente indicados para ingestão por via oral, uso interno. Geralmente, utiliza-se álcool de cereais.

O elixir da bexiga é composto por quatro plantas medicinais. Destas, três estão contempladas na RDC 10.¹⁸ Dentre as indicações referidas, destaca-se o quebra-pedra (*Phyllanthus* sp.), que possui ação comprovada no tratamento de litíase renal, corroborando com a indicação do fitoterápico nos casos de ardência ou dor ao urinar, de urina muito frequente e de pouca quantidade. Estes sinais podem indicar cálculo renal.

A malva (*Malva silvestris*) e a tansagem (*Plantago* sp.) são indicadas para afecção respiratória e inflamação da boca e da faringe, sendo que a malva tem seu uso restrito à via tópica.

O elixir da bexiga, por possuir a planta medicinal pata-de-vaca (*Bauhinia* sp.) que tem ação comprovada como hipoglicemiante,¹⁹ pode agir reduzindo os sintomas do diabetes mellitus. Esse fato torna o uso desse elixir preocupante, pois as agricultoras indicam o preparado de plantas medicinais com base nos sintomas, sendo que uma das indicações desse fitoterápico é a polaciúria, também presente nos casos de cistite e hiperglicemia. O problema é que esse fitoterápico pode estar sendo indicado em caso de hiperglicemia, mascarando um sintoma do diabetes Mellitus, doença que atinge 30% da população adulta brasileira.²²

O Elixir da Gripe é composto por própolis e mais seis plantas medicinais. Destaca-se a indicação da RDC 10¹⁸ do alho (*Allium sativum*) e do sabugueiro (*Sambucus australis*) nos casos de gripe e de resfriado, corroborando com a indicação popular do mesmo. Em contra ponto, observa-se que a malva (*Malva silvestris*) e o eucalipto (*Eucalyptus* sp.) não possuem indicação de uso por via oral e, sim, tópica e inalatório respectivamente.

O Elixir da Menopausa é indicado para os sintomas de mal estar ligados à menopausa, como o calorão e o nervosismo. É composto por cinco plantas

medicinais, sendo que somente a calêndula (*Calendula officinalis*) está na RDC 10 é indicada para uso tópico.¹⁸

Para problemas de ovário, útero, menstruações desregulares, corrimentos, é indicado o Elixir da Mulher, que possui em sua composição seis plantas medicinais. Estão na RDC 10 a espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), indicada para dispepsia e funciona como anti-inflamatório no esteroide, e a tansagem ou transagem (*Plantago sp*) indicada para uso tópico.¹⁸

No Elixir das Dores observa-se que, das cinco plantas utilizadas, três estão na RDC 10, sendo que o maracujá (*Passiflora sp.*) e a casca de mulungu (*Erythrina speciosa*) são indicados como calmantes suaves para casos de ansiedades e insônia, e o mil em-ramas (*Achillea millefolim*) pode ser usado para dispepsia, febre, inflamação e cólicas, podendo atuar nas dores abdominais e no desconforto gástricos.¹⁸ Devido às ações comprovadas das plantas usadas nesse elixir, constata-se que ele tem ação calmante e pode contribuir nos distúrbios gástricos, corroborando com a indicação popular do mesmo.

Na composição do Elixir de Figatil, são utilizadas três plantas medicinais (alcachofra (*Cynara scolymus*), boldo (*Plectranthus sp*) e jurubeba (*Salanum sp.*)) que possuem sua ação comprovada para problemas gástricos segundo indicação da RDC 10.¹⁸ Também utilizam-se duas plantas: a losna (*Artemisia absinthium*), internacionalmente usada para tratar problemas no fígado, vesícula biliar e perda de apetite; e o gervão (*Stachytarpheta cayennensis*), que tem uma longa história de uso como anti-helmíntico.¹⁹ Diante dos dados, pode-se afirmar que o elixir possui princípios ativos que agem nos problemas digestivos.

Para a realização do Elixir dos Nervos, as mulheres utilizam-se de quatro plantas medicinais. Dentre estas, a cassáú não pode ser identificada botanicamente

no momento da coleta de dados, e as demais estão contempladas na RDC 10 a jurubeba (*Solanum sp*) é indicada para dispepsia, e o maracujá (*Passiflora sp.*) e o mulungu (*Erythrina speciosa*) como calmante e para insônia.¹⁸ Esses dados permitem afirmar que o elixir realmente tem ação calmante, podendo ser usado nos casos de ansiedade, angústia e insônia, confirmando as informações dadas pelo grupo.

O Elixir Digestivo tem em sua composição cinco plantas medicinais, sendo que o alecrim (*Rosmarinus officinalis*) possui princípios ativos que agem na dispepsia e a tansagem ou transagem (*Plantago sp.*) é indicada como uso tópico, na RDC 10.¹⁸ O açoita-cavalo (*Luehea divaricata*) possui ação comprovada como antitumoral, podendo ser usado, inclusive, no desenvolvimento de fármacos com esse fim.²³ Por tanto, pode-se afirmar que esse elixir possui ação comprovado no sistema gástrico.

O xarope é um preparado que contém plantas medicinais, água, açúcar ou mel utilizado para problemas de garganta, tosse e gripe, usualmente indicados para ingestão por via oral. Já o Xarope de Angico, utiliza em sua formação a planta *Anadenanthera colubrina*, popularmente conhecida como angico. A sua casca é usada em diversas regiões do Brasil contra tosse, bronquite e coqueluche, e a resina, na fabricação de gomas-de-mascar indicadas para o tratamento respiratório.¹⁹

No Xarope de Ervas, utilizam-se dez plantas medicinais e mel que é uma substância derivada do néctar das plantas processado pelas enzimas digestivas das abelhas operárias, contendo água, glicose, frutose, sacarose, sais minerais e vitaminas essenciais à saúde. Além do alto valor energético, possui conhecidas

propriedades medicinais, sendo um alimento de reconhecida ação antibactericida utilizado pelo homem desde os primórdios.²⁴

Dentre as plantas utilizadas, segundo, a RDC 10, o eucalipto (*Eucalyptus* sp.) é indicado para inalação, a malva (*Malva silvestris*) em uso tópico, a tansagem (*Plantago* sp.) para afecção respiratória e inflamação da boca e faringe, e o guaco (*Mikania laevigata*) para gripes, resfriados, bronquites alérgicas e infecciosas como expectorante.¹⁸ Portanto, o xarope é composto por plantas medicinais que possuem ação importante nos sintomas de gripe, resfriado, e na expectoração, como apontado pelo grupo. No entanto, também se utiliza na sua composição duas plantas acima citadas, as quais sua indicação por via oral não foi comprovada cientificamente, sendo apenas recomendada a utilização por via inalatória e tópica.

A pomada é um composto gorduroso preparado com base em vaselina líquida, que possui em sua composição plantas medicinais, aromáticas e outras substâncias, usualmente indicados o uso externo, por via tópica. A pomada de própolis não utiliza plantas medicinais em sua composição, portanto não foi analisada.

Na composição da pomada milagrosa, observou-se a utilização de três componentes além das plantas medicinais, sendo que um desses, o breu, esse produto as informantes adquirem em uma ferragem local, não tendo sido identificado a sua composição e indicação de uso, pois as informantes não os possuíam no período da coleta de dados e não sabiam a composição do mesmo. No mercado existem três substâncias denominadas breu, sendo que uma usada para fins estéticos e as outras duas como lubrificantes de ferramentas, inclusive um dos produtos possui em sua composição um derivado de petróleo, produto tóxico aos

humanos nas vias orais, inalatórias e tópico. Portanto, esse produto merece atenção. Esse dado evidencia uma fragilidade na produção dos fitoterápicos, pois assim como o grupo não conhece a composição do breu e existem dois outros produtos diferentes com o mesmo nome, sendo assim podem utilizar-se de um produto tóxico por não o reconhecê-lo.

A Pomada Calminex é produzida com base na planta medicinal cânfora (*Artemisia camphorata*). É comum o uso desta planta na agricultura para o controle de pragas. Na literatura científica, não há registros de que a mesma tenha ação em humanos, mas ela é amplamente utilizada em diversas regiões do país,¹⁹ sendo validada pelo saber popular, embora não haja estudos científicos que comprovem a sua ação.

Na Pomada de Arnica, a planta medicinal arnica (*Solidago* sp.) é usada preferencialmente por via tópica, no tratamento de traumatismo e contusões, podendo ser aplicada diretamente sobre a área afetada.¹⁹ Portanto, sua indicação está de acordo com a literatura científica. Sendo assim, conclui-se que a pomada de arnica pode ser usada para os fins indicados pelo grupo.

Já a Pomada para Alergia em sua composição contém vaselina líquida, que é amplamente utilizada como hidratante de pele, cera de abelha e calêndula (*Calendula officinalis*) indicadas na RDC 10, de uso tópico em inflamações, lesões, contusões e queimaduras.¹⁸ Devido a sua composição, o preparado medicinal possui ação local para diversos tipos de inflação de pele e contribui no processo de cicatrização, estando de acordo com algumas das indicações populares referidas. No entanto, não há indícios científicos de sua ação no câncer de pele.

A Pomada psoríase possui em sua composição uma única planta medicinal, a flor do cipó são João (*Pyrostegia venusta*), utilizada na região do Mato Grosso por

via oral para insônia, não tendo sido encontrada outra indicação do uso em humanos nos registros científicos atuais.²⁵

De todos os dezesseis fitoterápicos citados, em nove deles constatou-se uma aproximação entre a literatura científica e o uso popular, validando a utilização dos mesmos. No entanto, também cabe ressaltar as orientações e os esclarecimentos quanto aos componentes dos preparados medicinais produzidos pelo grupo. Dentre esses, destacam-se o elixir da bexiga, da gripe e o xarope de ervas por possuírem em sua composição as plantas medicinais (eucalipto (*Eucalyptus* sp) e malva (*Malva sylvestris*)) que não possuem indicação de uso por via oral. E a pomada milagrosa, embora possua indicação tópica, tem em sua composição o breu, uma substância não identificada que pode ter em sua composição derivados de petróleo, substância tóxica aos seres humanos.

O uso das plantas medicinais no cuidado diminui o uso indiscriminado de antibióticoterapia, o qual atualmente é um problema de saúde pública, como se pode constatar na fala de uma das informantes.

Eu tenho as crianças ainda, a mais nova vive com dor de garganta. Ou tu vai tá toda hora levando no postinho para tomar antibiótico ou [...] eu já entro com malva, violeta. Porque o antibiótico também não é bom. (MN51 - 21/05)

No entanto, é necessário orientar sobre a importância de consumir somente os preparados produzidos com plantas medicinais em que sua ação tenha sido comprovada ou que seja popular e sabidamente utilizada, não representando riscos conhecidos à saúde. Em se tratando de compostos, é muito importante estar atendo à interação entre as plantas e aos demais componentes que possam ter sido associados na elaboração do mesmo, como o álcool, própolis, mel, cera de abelha,

vaselina e breu, pois alguns desses têm seu uso oral e até mesmo tópico contraindicado.

Considerações finais

Reconhecer que as ações de cuidado realizadas no núcleo familiar com base no uso de plantas medicinais são eficazes, permite que essas famílias tenham melhores condições de saúde. Esse entendimento é imprescindível à realização de uma assistência de enfermagem culturalmente congruente e que possibilite ampliar as práticas de cuidado em saúde.

No entanto, não se pode ignorar que muitas dessas práticas podem causar danos à saúde devido à falsa ideia de que preparados produzidos com base em plantas medicinais possuem poucos ou nenhum efeito adverso, ou que as plantas não são compostas por componentes químicos. Sendo assim, torna-se importante que os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, aproximem-se desse conhecimento e complementem com pesquisas científicas, melhorando e valorizando a orientação à população sobre o uso das plantas medicinais.

Observando os devidos cuidados, evidencia-se que as plantas medicinais e os fitoterápicos populares possuem um papel importante no cuidado das famílias rurais e podem contribuir positivamente para o restabelecimento e/ou prevenção de diversos problemas, agindo, na maioria das vezes, como uma forma complementar a alopátia.

No que tange a enfermagem, é importante reconhecer que as ações de cuidado realizadas no núcleo familiar com base no uso de plantas medicinais são eficazes, e permitem que essas famílias tenham melhores condições de saúde. Esse entendimento é imprescindível à realização de uma assistência culturalmente

congruente e que possibilite ampliar as práticas de cuidado em saúde que considere outras formas de cuidado além das praticas pelo modelo oficial de saúde.

Referências

- 1 Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa MZ. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. Texto e Contexto [internet]. 2006 [citado em 20 Set 2011]; 15(1):115-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a14v15n1.pdf>
- 2 Alvim ATA, Ferreira MA, CABRAL IE. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Latino-am Enfermagem. 2006 maio-jun; 14(3): 316-23.
- 3 Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. Journal of Transcultural Nursing. 2002 Jul; 13 (3):189-92.
- 4 Fernandes GCM, Boehs AE. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. Cogitare Enferm. 2010 Jan-Mar; 15 (1): 33-9.
- 5 Gomide PIC. A influência da profissão no estilo parental materno recebido pelos filhos. Estudos de psicologia. 2009 jan-mar; 26(1): 25-34.
- 6 Karam KF. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. Estudos feministas. 2004 jan-abr; 12(1): 303-20.
- 7 Gutierrez DMD, Minayo CS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciência e Saúde Coletiva.2010; 15: 1497-1508.
- 8 Conte II (Org.). Gênero, sexualidade e direitos das mulheres. Chapecó: Marka, 2008. 32p.

- 9 Brandenburg A. Do rural tradicional ao rural sócio ambiental. Rev. Ambiente & Sociedade. 2010; XIII (2):417-428
- 10 Winter CA, Lee HJ. (Eds). Rural nursing: conceptions, theory and practice. New York: Spring, 2010. 273p.
- 11 Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1): 47-54.
- 12 Lopes CV. Informantes Folk em plantas medicinais no sul do Brasil: contribuições para enfermagem. 2010, 110p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.
- 13 Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun; 14(2):177-85.
- 14 Pains M. Turismo, patrimônio cultural e desenvolvimento local - O distrito de Rincão da Cruz no município de Pelotas/RS. 2009. 193p. Dissertação[Mestrado em Geografia, Análise Ambiental e Dinâmica Territorial] - Programa da Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências de Campinas,SP. Campinas.
- 15 Thum M, Ceolin T, Borges AM. Saberes relacionado ao cuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. Ver. Gaúcha de Enferm. 2011;32(3):576-582.
- 16 Triviños A NS. Introdução à pesquisa em ciências sociais - A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.
- 17 Borge AM. Plantas medicinais no cuidado em saúde de moradores da Ilha dos Marinheiro: contribuições à enfermagem. 2010, 110p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

18 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Notificação de drogas vegetais. Resolução - RDC Nº 10 de 09 de março de 2010. Brasília: ANVISA, 09 de março de 2010. [acesso em 2010 Set 09]. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>>.

19 Lorenzi H, Matos FJA. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas. São Paulo: Nova Odessa, 2010. 511p.

20 Guedes-Bruni RR, Sobrinho FAP, Chirsto AG, Solórzano A. Mateiros, matas e reservas: saber local e conservação. In: Peixoto ALP, Silva IM. Saberes e usos de plantas: legados de atividades humanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2011. 228p.

21 Pereira AS, Seixas FRMS, Neto FRA. Própolis: 100 anos de pesquisa e suas perspectivas futuras. Rev. Quim. Nova. 2002; 25(2):321-26.

22 Brasil. Vigitel. Ministério da Saúde [on line]. acessado em 13 de agosto de 2012. http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Mai/09/Vigitel_2011_diabetes_final.pdf

23 Frescura VD, Laughinghouse HD, Tedesco S. Antiproliferative effect of the tree and medicinal species *Luehea divaricata* on the *Allium Cepa* cell cycle. Rev. International journal of Cytology. 2012; 65(1): 27-33.

24 Batista C. A natureza é o meio. Almanaque rural de apicultura. São Paulo: Escala, 2004. p 64-5.

25 Nunes GP, Silva MF, Resende UM, Siqueira JM. Plantas medicinais comercializadas por raizeiros no centro de Campo Grande. Rev. Brasileira de Farmacognosia. 2013(2):83-92.