

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**VINÍCIUS TEJADA NUNES**

**CHÁS USADOS COM FINS TERAPÊUTICOS**

um estudo com idosos

**Porto Alegre**

**2004**

**BIBLIOTECA**  
Esp. de Enfoque de UFRGS

UFRGS Esp. de Enfoque de UFRGS Biblioteca
11/11/2004
11/11/2004
11/11/2004

VINÍCIUS TEJADA NUNES

**CHÁS USADOS COM FINS TERAPÊUTICOS**

um estudo com idosos

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Disciplina ENF 99003 - Estágio  
Curricular, para obtenção do título de  
enfermeiro

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Vera Portella  
*E-mail: vportella@hcpa.ufrgs.br*

**Porto Alegre**

**2004**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4 DEFINIÇÃO DE TERMO	32
5 MÉTODOS E TÉCNICAS	33
5.1 Característica do estudo	33
5.2 Campo do estudo	33
5.3 População	34
5.4 Amostra	34
5.5 Coleta de dados	35
5.6 Tratamento dos dados	35
5.7 Análise dos dados	36
5.8 Questões éticas	36
6 RESULTADOS	37
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
8 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	58
APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista	59

## I INTRODUÇÃO

O uso de chás pelo povo como recurso de prevenção e tratamento de doenças faz parte da cultura, como resultado das experiências de gerações passadas que foram transmitidas por meio de aprendizagem pelo conhecimento empírico. O resultado das virtudes curativas dos vegetais remonta a épocas antigas, quando o homem primitivo escolhia nos prados e selvas, guiado pelo instinto ou sugestão, a erva para acalmar a dor e curar o próprio mal; portanto, o homem vem testando e escolhendo as melhores plantas medicinais para curar doenças há muitos anos. Erva ou planta medicinal são representantes do reino vegetal que tem aplicação consagrada pelo uso médico ou pelo povo (GONSALVES *et al.*, 1989).

O uso dessas plantas medicinais vem aumentando muito entre a população, e este uso não se restringe às zonas rurais ou regiões desprovidas de assistência médica e farmacêutica. Tudo indica que elas são utilizadas no meio urbano como forma alternativa ou complementar aos medicamentos alopáticos. Também é importante ressaltar que o alto custo desses medicamentos industrializados dificulta a aquisição dos mesmos pela população, que busca nas ervas medicinais uma alternativa mais acessível para sua indisposição orgânica (SIMÕES *et al.*, 1995).

O comércio intenso em locais públicos como supermercados e farmácias e a venda destes produtos por parte de ambulantes mostram o crescimento do uso das ervas. É freqüente vermos a mídia alertando a população através de propagandas de produtos industrializados a partir do princípio ativo dessas ervas, mostrando possíveis benefícios que elas podem trazer à nossa saúde.

Dados referentes ao aumento na procura destes produtos naturais são trazidos por Fetrow e Avila (2000), os quais revelam que 80% população mundial utiliza ervas para fins

medicinais. Estudos de Cecin<sup>1</sup> (1980 *apud* Simões *et al.*, 1995) e Corrêa<sup>2</sup> (1982 *apud* Simões *et al.*, 1995) mostram um alto índice de utilização de plantas medicinais em Porto Alegre, entre 64% e 88% em bairros de classe média e vila popular, constituindo-se em 35% dos medicamentos encontrados nas residências.

A utilização de plantas medicinais no Brasil tem origem nos diversos grupos indígenas que habitavam o país. Alguns exemplos são a ipecacuanha, o jaborandi, o guaraná e a erva-de-bugre. O conhecimento das propriedades medicinais é uma das maiores riquezas da cultura indígena, uma sabedoria que passa de geração em geração. Vivendo em permanente contato com a natureza, os índios e outros povos da floresta habituaram-se a estabelecer relações de semelhança entre as características de certas substâncias naturais e seu próprio corpo e, devido ao profundo conhecimento que possui da flora medicinal, dela retiram os mais variados remédios que empregam de diferentes formas. Além da assimilação dos conhecimentos indígenas, as contribuições trazidas pelos escravos e imigrantes europeus, respectivamente através do uso da erva-guiné e camomila, representam papel importante para o surgimento de uma medicina popular rica e original, na qual a utilização de plantas medicinais ocupa lugar de destaque, o que se comprova com a realização de estudos recentes mais aprofundados sobre as plantas medicinais, envolvendo variadas áreas da ciência, como por exemplo, a Botânica, a Química e a Farmacologia, que abrangem conhecimentos indispensáveis para a utilização segura destes recursos naturais (SIMÕES *et al.*, 1995; SOSSAE, 2004).

Frente ao contexto apresentado sobre o amplo uso de plantas medicinais, minhas vivências desde a infância com meus avós, que utilizavam as ervas para vários fins medicinais e o fato de ter atendido pacientes, em específico idosos, a nível ambulatorial que freqüentemente utilizavam ervas para tratamento de vários sintomas comecei a fazer alguns

<sup>1</sup> CECIN, S. L. *et alii*. *Arq. Med. Prev.* (Porto Alegre), 1: 69-72, 1980.

<sup>2</sup> CORRÊA, C. H. M. *et alii*. *Arq. Med. Prev.* (Porto Alegre), 4: 13-7, 1982.

questionamentos em relação ao tema, tais como: Qual a utilização terapêutica de cada planta? Existe alguma regulamentação para sua utilização? A utilização de plantas medicinais pode causar alguma interação com medicamentos? Quais as ervas mais utilizadas pelos idosos e com que finalidade? Será que realmente são eficazes? Que cuidados devemos ter com o preparo, uso e conservação destas ervas medicinais? Quais aspectos legais devem ser levados em conta para utilização de plantas medicinais? Neste contexto decidi fazer um estudo sobre: as ervas mais utilizadas pelos idosos, finalidade terapêutica e manejo das mesmas por este grupo etário.

Espera-se que os resultados deste trabalho sirvam de subsídio para profissionais e acadêmicos da área da saúde no cuidado aos pacientes idosos e possam orientar novos estudos sobre a temática.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Desde os primórdios tempos que se tem registros, os animais usam instintivamente determinadas plantas como alimento, cura ou mesmo para estimular o vômito e eliminação de substâncias nocivas (RODRIGUES, 2004).

De acordo com Simões *et al.* (1995), o homem primitivo também experimentava as plantas do seu ambiente, selecionando algumas para sua alimentação, rejeitando outras por serem prejudiciais ou tóxicas e transmitia a experiência acumulada a seus descendentes. Da mesma maneira, deve ter experimentado os vegetais para aliviar seus males ou mesmo seu tédio. Este método de tentativa e erro na aquisição de conhecimento não deve ser desprezado; basta lembrar que assim surgiram descobertas fundamentais para a sobrevivência do homem, como o cultivo do trigo, milho e arroz, entre outras.

Os mesmos autores trazem que a utilização das plantas medicinais é o resultado do acúmulo secular de conhecimentos empíricos sobre a ação dos vegetais por diversos grupos étnicos. Observações realizadas até agora permitem supor que todas as formações culturais fazem uso das plantas como recurso medicinal.

Na China um dos mais antigos documentos que se conhece sobre a utilização das plantas com fins medicinais remonta a 500 a.C. e foi composto um pouco depois da era de Confúcio. Contudo, o uso medicinal de plantas era uma prática bem estabelecida muito antes da criação destes textos, pois a fitoterapia chinesa ocupa lugar importante na Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC, 2004).

Simões *et al.* (1995) afirmam que o homem conforme descobria as plantas e delas fazia uso nominava-as, utilizando-se de palavras que as representassem. Desta maneira, na linguagem corrente, foram surgindo mais e mais nomes para as plantas. A estes nomes, ditos

populares pela origem, foram acrescentados outros nomes, principalmente durante os períodos das grandes viagens dos descobridores dos continentes e dos colonizadores, os quais propiciaram uma mistura de conhecimentos entre povos e raças distintas.

Muitas espécies de plantas, principalmente as de distribuição mais ampla, têm vários nomes populares, os quais são oriundos de culturas diferentes, como por exemplo, a guaçatunga que é conhecida na região centro-norte do país, enquanto que aqui no sul é denominada de erva-de-bugre ou chá-de-bugre. Estes fatos levam freqüentemente a confusões em seu uso, que podem ser mais ou menos sérias, dependendo da toxicidade da planta usada. O que se condena são os “modismos”, onde plantas desconhecidas da cultura da região são anunciadas como milagrosas, e muitos passam a consumi-las sem sequer procurar saber se são tóxicas ou não. Sabe-se da importância do emprego de plantas na medicina popular, porém não se pode dispensar orientação de profissional capacitado e responsável. Diante disso, aconselha-se a não usar plantas medicinais quando não se tiver certeza da identificação, do uso, dos efeitos, da dosagem, etc. (LOPES, 1997).

Segundo Wächter (2000), além do conhecimento da planta, é importante a escolha da parte desta que vai ser utilizada pois, dependendo da planta, pode-se usar folhas, sementes, raízes, frutos e até as cascas. Lopes (1997), alerta que quando as plantas forem adquiridas de vendedores ambulantes ou feiras livres, os cuidados devem ser redobrados, visto que estas pessoas podem ter dúvida acerca da coleta e em que ambiente a planta foi seca e armazenada, bem como os efeitos tóxicos que tal planta poderá apresentar. Simões *et al.* (1995), ainda afirmam que ao se adquirir plantas medicinais é importante que se verifique o seu estado de conservação e que se habitue a fazer a aquisição de fornecedores confiáveis.

As plantas medicinais que dispomos, tem três origens principais: cultivadas em casa, nativas da região ou compradas de terceiros. Quando há condições, o melhor é cultivar-se em casa as espécies mais usadas (LOPES, 1997).



Para Corrêa Júnior *et al.* (1994) existem cuidados que devem ser tomados durante e após a colheita das plantas medicinais, que visam preservar a integridade das partes colhidas e garantir a qualidade do produto a ser utilizado.

Para Simões *et al.* (2003), a utilização de ferramentas apropriadas para a coleta é uma maneira de se evitar danos às plantas. Também é importante estar atento com relação a este período de colheita, pois geralmente as espécies apresentam épocas específicas em que contêm maior quantidade de princípio ativo no seu tecido, podendo esta variação ocorrer tanto no período de um dia como em épocas do ano. Corrêa Júnior *et al.* (1994) trazem que o teor de princípios ativos numa determinada planta depende de vários fatores, como por exemplo, a temperatura, a luminosidade, a precipitação e a qualidade do solo, que são importantes no desenvolvimento destas, devido sua influência sobre as reações bioquímicas que nelas ocorrem. As plantas possuem ações terapêuticas devido às substâncias conhecidas por princípios ativos. Para Alice *et al.* (1995, p. 194) “princípio ativo é uma substância com ação farmacológica, qualquer que seja sua origem”.

Já para Di Stasi (1996), a expressão princípio ativo caracteriza-se como substância química obtida de produtos de origem natural e que possui uma ou mais atividades biológicas no organismo.

Os princípios ativos são oriundos do metabolismo secundário dos vegetais. Esses constituintes químicos encontrados no reino vegetal, são sintetizados e degradados por inúmeras reações anabólicas e catabólicas, que compõem o metabolismo das plantas. As plantas possuem dois tipos de metabolismo: um metabolismo primário, que sintetiza compostos essenciais para a sobrevivência das espécies vegetais, tais como: açúcares, aminoácidos, ácidos graxos, nucleotídeos e seus polímeros derivados e um metabolismo secundário, que aparentam não ter grande utilidade na sobrevivência das espécies, mas verifica-se que os princípios ativos, na maioria das vezes, são oriundos desse metabolismo

sendo provenientes da rota metabólica do ácido chiquímico, de aminoácidos ou do acetato.

Segundo Di Stasi (1996) e Simões *et al.* (2003), os princípios ativos mais importantes são:

- a) flavonóides estão presentes com abundância entre os metabólitos secundários dos vegetais. Estas substâncias apresentam compostos importantes e diversificados que são amplamente distribuídos no reino vegetal, fato a partir do qual infere-se que os humanos tenham uma ingestão diária de muitas gramas de flavonóides, porque são encontrados com frequência nas frutas, em muitas espécies vegetais, no vinho, em cereais e ocasionalmente em corantes alimentares;
- b) taninos são substâncias que tem a propriedade de precipitar proteínas, formando um complexo de taninos e proteínas como base para as suas atividades farmacológicas. Ajudam no processo de cura de feridas, queimaduras e inflamações através da formação de uma camada protetora (complexo tanino-proteína) sobre a pele ou mucosa danificada, ocorrendo abaixo desta o processo natural de cura e também agem como hemostático;
- c) quinonas atuam em processos bioquímicos de transferência de elétrons, mas a atividade laxante é responsável pela larga utilização desses princípios ativos. Outros efeitos apresentados são atividades antibacterianas, antifúngicas, antitumorais e contra *Leishmania*;
- d) cumarinas são amplamente distribuídas nos vegetais, mas também podem ser encontradas em fungos e bactérias. Na área de medicamentos destacam-se as ações anticoagulantes do dicumarol, primeiro fármaco com essa ação por via oral e que constitui o modelo de desenvolvimento de fármacos importantes, como a varfarina;
- e) lignanas possuem importantes ações farmacológicas, como: anticonvulsivante, depressora do SNC, antibacteriana, antitrombótico, antifúngica, antiviral, anti-hepatotóxica e anti-séptico urinário;

- f) compostos fenólicos têm atividade antioxidante, antibacteriana e antiviral. Desse princípio ativo originou-se a guaifenesina, um dos fármacos de maior utilização como expectorante atualmente. As folhas de alcachofra são popularmente usadas como colerética e hipocolesterolêmica. Podem ser utilizados como analgésico tópico no tratamento de neuralgia pós-herpética, sendo considerado um tratamento alternativo seguro e também para o alívio temporário de dores associadas com artrite reumática e osteoartrite;
- g) polissacarídeos são compostos que têm como representantes principais as gomas, mucilagens e pectinas. Apresentam diversas ações, entre elas: atividade antitumoral, antiinflamatória, anticoagulante, antiviral, hipoglicêmica e hipocolesterolêmica;
- h) saponinas são princípios ativos que têm a propriedade de reduzir a tensão superficial da água e possuem ações detergente e emulsificante. Também possuem ação molusquicida, anti-helmíntica, hipocolesterolêmica e antiinflamatória. Com relação ao emprego farmacêutico, as saponinas são componentes importantes para a ação de muitas drogas vegetais, destacando-se as tradicionalmente utilizadas como expectorantes e diuréticas;
- i) alguns princípios ativos presentes na natureza são caracterizados pela sua alta especificidade e poderosa ação que exercem no músculo cardíaco, por isso são denominados de glicosídeos cardioativos ou cardíacos, mais conhecidos como digitálicos. Com relação ao emprego terapêutico, os glicosídeos cardioativos são recomendados para o tratamento de várias cardiopatias - como por exemplo insuficiência cardíaca congestiva (ICC), geralmente em associação a diuréticos. O uso de digitálicos exige muitos cuidados e atenção pelo fato de apresentarem casos de intoxicações e reações adversas decorrentes do seu uso;
- j) compostos com enxofre se caracterizam por conter este elemento na sua molécula. Possuem ação anti-séptica e estimulante estomacal. Quando aplicados localmente na pele produzem vasodilatação. As plantas que pertencem a este grupo de compostos químicos,

como o alho e a mostarda, têm uso como condimento ou alimento. Apresentam atividade antimicrobiana, anti-hipertensiva, proteção contra doenças degenerativas, antitrombótico e fortalece o sistema imunológico;

- k) metilxantinas são constituintes químicos importantes de várias bebidas alimentícias ou estimulantes, como café, chá-da-índia, guaraná, cola e chocolate, consumidos em todo o mundo, sejam em preparações caseiras ou produtos industrializados, com importância econômica e cultural. As mais abundantes são a cafeína, a teofilina e a teobromina, que apresentam atividade cardiotônica, antiespasmódica, diurética e lipolítica, e
- l) óleos voláteis são misturas complexas de substâncias voláteis, geralmente odoríferas e líquidas. Também podem ser chamadas de óleos essenciais ou essências. Características importantes desse grupo são o aroma agradável e intenso da maioria dos óleos voláteis, sabor geralmente ácido e picante e serem incolores ou ligeiramente amarelados quando extraídos recentemente. Algumas propriedades farmacológicas que lhes atribuem são: carminativa, antiespasmódica, digestiva, secretolítica, cardiovascular, antiinflamatória e anti-séptica.

Alice *et al.* (1995) e Simões *et al.* (1995; 2003) exemplificam algumas plantas utilizadas na medicina popular, suas indicações e princípios ativos principais:

A erva-cidreira (*Aloysia triphylla* (L'Herit) Britt.) é usada popularmente como digestiva, antiespasmódica, carminativa, eupéptica e calmante. Na literatura foram encontradas as seguintes atividades: antiespasmódica, digestiva, carminativa, calmante, sedativa, anticatarral e expectorante. Em uso externo é referido o uso anti-hemorroidal. A erva-cidreira possui diversos óleos essenciais que lhe garante as ações terapêuticas citadas anteriormente.

O boldo, espécie que foi recentemente introduzida no Estado com este nome, vem sendo utilizada para as mesmas indicações do boldo verdadeiro, pertencente à família

*Monimiaceae* e denominado *Peumus boldus* Mol., com atividades colerética e colagoga cientificamente comprovadas. O boldo verdadeiro é originário do Chile e regiões vizinhas, não é cultivado no estado e é somente encontrado no comércio; em seu lugar a população está utilizando o “falso boldo”, *Coleus barbatus* (Andr.) Benth., da família Labiatae, popularmente usado para problemas hepáticos e intestinais, mas estas atividades biológicas não foram comprovadas cientificamente, nada tendo em comum com as ações terapêuticas para o boldo chileno (boldo verdadeiro).

A camomila (*Matricaria chamomilla* L.), também chamada de maçanilha, é usada popularmente em distúrbios gastrintestinais, principalmente em cólicas e processos inflamatórios e como sedativo, internamente. Externamente em inflamações na pele ou mucosas e dores reumáticas. Pelo fato das inflorescências de camomila conterem óleos essenciais, flavonóides e cumarinas, a esta planta é atribuída ações antiinflamatória, antiespasmódica, antisséptica e sedativa, esta última ação devido ao fato do óleo essencial ser depressor do sistema nervoso central.

A marcela (*Achyrocline satureioides* (Lem.) DC.), é usada popularmente como digestiva, antiespasmódica, carminativa, colagoga, eupéptica, antiinflamatória, emenagogo e para diminuir a taxa de colesterol. Dos extratos das flores desta planta extrai-se flavonóides e óleos essenciais, com atividades antibacterianas, antiespasmódicas, antiinflamatórias, analgésicas, sedativas, estimulante sobre as secreções do aparelho digestivo e carminativa.

A carqueja (*Baccharis trimera* (Less.) A. P. de Candolle) é usada popularmente como estomáquica, anti-reumática, anti-helmíntica, em problemas de fígado, em casos de gastroenterite, anorexia, gripe e resfriado. Pelo fato de conter óleos essenciais, flavonóides e lactonas diterpênicas, a carqueja apresenta ação contra distúrbios digestivos e hepáticos, ação antiinflamatória e anti-helmíntica (contra cercárias causadoras da esquistossomose).

O chá-da-índia (*Camellia sinensis* (L.) Kuntze) é originário da Ásia continental e da

Indonésia e cultivado na Índia, China, Sri Lanka, Japão, Quênia e Indonésia. As folhas e botões terminais são utilizados *in natura*, aromatizados com menta ou frutas ou sob forma de produtos solúveis, como chá alimentício ou estimulante. A droga também vem sendo introduzida no mercado farmacêutico como auxiliar em regimes dietéticos, pela sua ação lipolítica e diurética e, externamente como antipruriginoso e emoliente em afecções dermatológicas. O chá “verde” é obtido por estabilização e o chá “preto” (mais aromático) é obtido após fermentação e secagem. Outras propriedades farmacológicas adicionais têm sido experimentalmente atribuídas ao chá-da-índia, como: angioprotetora, antioxidante, antimutagênica, antitumoral e inibidora da absorção intestinal de colesterol exógeno.

O capim-cidrô (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf) tem diversos usos populares, como por exemplo, calmante, analgésico (em dores de estômago, abdominais e de cabeça), anti-febril, anti-reumático, carminativo, antitussígeno, diaforético, emenagogo e em distúrbios digestivos. As folhas de capim-cidrô possuem óleos essenciais, saponina e alcalóide, com comprovada ação antibacteriana, antiespasmódica e fungicida. Atividades analgésica, antipirética, antioxidante e depressora do sistema nervoso central já foram também relatadas. Por outro lado, chás de capim-cidrô (infusos e decocções) foram estudados quanto às suas propriedades calmantes, no Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais, apoiados pela Central de Medicamentos (CEME), Ministério da Previdência e Assistência Social, não comprovando a atividade sedativa.

As folhas da alcachofra (*Cynara scolymus*) caracterizam-se pela sua composição em ácidos fenólicos, aos quais são atribuídas ações colerética e hipocolesterolêmica. Apesar de vários estudos terem sido realizados, os resultados são controversos, sendo necessários estudos adicionais para estabelecer o benefício da alcachofra como um redutor de lipídeos e colesterol e como hepatoestimulante e hepatoprotetor.

Wächter (2000, pg. 29) traz um comentário em seu estudo sobre a planta insulina:

a planta insulina, ou melhor, a que os usuários chamam de insulina pelo seu efeito hipoglicemiante, foi identificada como *Wedelia paludosa* DC. Pertence à família COMPOSITAE, contudo, a literatura refere esta planta com o nome comum de mal-me-quer, vendélia e picão-de-praia, sem mencionar o nome insulina. Já insulina aparece referida por Wiest (1995, pg. 22) porém sem a descrição da planta. Fica aqui uma sugestão para futuras pesquisas.

Quanto a coleta das ervas Corrêa Júnior *et al.* (1994) lembram que o conhecimento do momento correto de coletar o material desejado leva à obtenção de produtos de melhor qualidade. Geralmente isso ocorre em função do estágio em que se encontra a planta, como na plena floração ou no período que antecede a floração (quadro 1).

Parte utilizada	Quando colher
Folhas e planta inteira	Pré-floração
Flores	Bem abertas
Frutos	Bem maduros
Sementes	Bem desenvolvidas
Cascas e raízes	Outono e início de inverno

Quadro 1 - Partes das plantas utilizadas e épocas de colheita.

Fonte: Simões *et al.*, 2003, pg. 61.

Ainda para os autores a coleta de plantas medicinais deve ser feita com tempo seco e após a seca do orvalho. Também não se recomenda a colheita logo após um período de chuvas prolongado, pois o teor de princípios ativos pode diminuir em função do aumento da quantidade de umidade da planta, que além de dificultar a secagem possibilita o aparecimento de fungos.

Gonsalves *et al.* (1989), Simões *et al.* (1995), Lopes (1997) e Sossae (2004) ressaltam que a coleta de ervas medicinais ainda exige outros cuidados:

- quando utilizar de plantas nativas, é preciso que sejam tomadas algumas precauções para que as coletas não destruam a flora da região e ao mesmo tempo as preparações feitas tenham boa qualidade;

- nunca coletar à beira de estradas, pois os gases emitidos pelos veículos contêm substâncias tóxicas que podem se depositar sobre a vegetação;
- não coletar plantas que crescem à beira de arroios, lagos ou rios cuja a água encontra-se poluída por produtos químicos e nem perto de lavouras onde são usados agrotóxicos;
- não misturar vários tipos de plantas, para não perder a essência das mesmas;
- o material colhido deve ser rapidamente levado ao local de secagem para impedir reações que destruam o princípio ativo das plantas;
- não coletar todas as plantas, deixando-se algumas e permitindo que elas cresçam e se multipliquem e,
- não retirar todas as folhas de um ramo, para que a planta continue a crescer. Ao coletar raízes escolher as superiores ou as que estão mais perto da superfície do solo, nunca cortando a raiz principal, pois as plantas necessitam das raízes para extrair os alimentos da terra.

Um dos maiores objetivos de esclarecer a forma correta de coletar as plantas é para evitar a exploração predatória, colocando-as em risco de extinção, como é o exemplo da cancorosa-de-três-pontas e do ipê roxo. Outras espécies que estão sendo exploradas intensamente, sem preocupação com o cultivo, correm sérios riscos de extinção, como ocorre com a marcela, devido ao folclore existente de colhê-la na Páscoa e com o taiuiá, do qual é colhida a parte subterrânea, matando a planta. Este extrativismo predatório parece ter outras conseqüências, como o encarecimento exacerbado de produtos até recentemente de uso predominantemente popular e a sua utilização como proposta capaz de resolver a dependência do país no âmbito dos medicamentos (GONSALVES *et al.*, 1989 SIMÕES *et al.*, 1995).

Após a obtenção das plantas medicinais, o material pode seguir um dos três caminhos: uso direto do material fresco, extração de substâncias ativas ou aromáticas ou secagem do



mesmo. O último destino é o que requer mais atenção, para preservar os materiais, possibilitando uso a qualquer tempo dentro dos prazos normais de conservação (SOSSAE, 2004). Para Corrêa Júnior *et al.* (1994) a secagem das plantas tem a finalidade de reduzir a ação das enzimas pela desidratação, permitindo a conservação das plantas por mais tempo. Segundo Gonsalves *et al.* (1989), com a secagem procura-se conservar a cor, o aroma, o gosto, a textura e outras peculiaridades da planta, mas isto só é possível se os cuidados forem apropriados a cada vegetal.

Por isto, segundo Gonsalves *et al.* (1989), Simões *et al.* (1995), Lopes (1997) e Sossae (2004), antes de submeter as plantas à secagem ou depois dela realizada, deve-se adotar alguns procedimentos para se obter um produto de boa qualidade, independente do método de preparo das ervas:

- as plantas colhidas inteiras devem ter cada parte (folhas, flores, sementes, frutos e raízes) secas em separado e conservados em recipientes individuais;
- a planta seca deve ser conservada em vidros escuros ou opacos ao abrigo da poeira, umidade e luz. Se necessário, pode-se quebrar o material com a mão. É importante que os recipientes destinados a armazenar plantas secas tenham etiquetas fixas contendo o nome do vegetal e a data da coleta, como também estar atento quanto à renovação anual, porque a concentração dos constituintes químicos se altera com o tempo. Plantas armazenadas por longos períodos perdem seus efeitos terapêuticos e,
- deve-se separar as plantas de espécie diferentes.

Gonsalves *et al.* (1989) denominam chá toda preparação que usa água com calor. Os chás podem ser preparados por infusão e decocção ou cozimento, dependendo da parte da planta que será usada. Segundo Simões *et al.* (1995), esta forma de utilização de plantas medicinais é a mais apreciada pela população. Os chás, além de seu valor terapêutico específico fornecem água ao organismo, hidratando suas células, facilitando a eliminação de

substâncias tóxicas, favorecendo o controle da temperatura corporal e auxiliando na digestão dos alimentos.

A infusão é usada, geralmente, para preparar a chá de partes mais delicadas da planta, como folhas, flores e broto. Consiste em colocar água fervente sobre a planta triturada em recipiente de vidro ou porcelana, tampar e manter em repouso para retirar a essência e os princípios ativos da planta (Lopes, 1997). Para Gonsalves *et al.* (1989), Simões *et al.* (1995) Lopes (1997) e Sossae (2004) o tempo de permanência da planta em infusão varia de cinco a vinte minutos. Depois coa-se retirando as folhas, pois se elas permanecerem com o chá os princípios ativos retornarão à mesma (SANGUINETTI, 1989).

O chá deve ficar em recipiente bem fechado, guardado na geladeira e não deve ser usado no dia seguinte (CORRÊA JÚNIOR *et al.*, 1994). Os chás usados para o tratamento de resfriados, gripe e bronquite devem ser tomados ainda quentes e podem ser adoçados. Os indicados para males do aparelho digestivo, indigestão, mal estar do estômago, diarreia, entre outros, devem ser tomados frios ou gelados. Franco (1997) recomenda não pôr açúcar, mas concorda em adoçar com um pouco de mel. Por fim, Bontempo (1994) é taxativo ao alertar não adoçar os remédios vegetais pois para ele qualquer adoçante, em especial o açúcar branco, interfere negativamente na ação medicinal da planta e os chás; portanto, devem ser tomados sem nenhum tipo de adoçante.

Outra forma de preparar o chá é por decoção. É usada para partes mais duras da planta, como raízes e cascas. Trata-se de um método mais enérgico de extração de princípios ativos do que a infusão e consiste em manter a parte da erva em contato com o líquido extrator em ebulição durante cinco a vinte minutos. Após, deixar esfriar e coar o produto. Neste preparo usa-se recipiente de vidro ou esmaltado ou então ainda, panela de barro. O decocto, além de usado internamente, pode ser usado externamente, dependendo da planta que será preparada. A decoção, assim como a infusão, também é preparada para uso imediato e

não deve ser usada no dia seguinte (GONSALVES *et al.*, 1989; CORRÊA JÚNIOR *et al.*, 1994).

Sossae (2004) recomenda que a dosagem de chá para adultos seja de uma xícara de chá 3 a 4 vezes ao dia e alerta que a dosagem dos remédios caseiros feitos com plantas medicinais varia de acordo com a idade, o peso e o mais importante, o tipo de metabolismo de cada indivíduo, assim como o horário em que devem ser tomados para a obtenção dos efeitos desejados. Assim, tem-se como indicações: preparados depurativos, diuréticos e vermífugos toma-se ao desjejum; as preparações anti-reumáticas, hepatoprotetoras, neurotônicas e antitérmicas toma-se duas horas antes ou depois das principais refeições; as preparações tônicas e antiácidas meia hora antes das refeições principais; os preparados digestivos e contra gases depois das refeições e, os preparados laxativos à noite, antes de deitar.

O mesmo autor traz que o uso contínuo de uma mesma planta deve ser evitado. Recomenda-se períodos de uso máximo entre 21 e 30 dias, intercalando períodos de descanso entre 4 a 7 dias, permitindo que o princípio ativo do vegetal possa atuar com toda eficácia ao evitar intoxicação e tolerância ao mesmo.

Lopes (1997) aconselha não misturar espécies diferentes de plantas medicinais no preparo dos remédios. Isto só é possível quando as plantas são compatíveis, isto é: tem composição semelhante; não produzem substâncias tóxicas e não tenham seus efeitos anulados quando utilizadas concomitantemente, pelo contrário, tenham aumentada sua ação medicinal. Pelo fato de ser difícil conhecer esses efeitos tóxicos, sugere-se que não sejam feitas misturas de plantas.

Uma observação mais aprofundada mostra que atualmente no Brasil a medicina popular ou alternativa é manifestada pela adesão às várias práticas de cura, baseadas nos mais diversos princípios, como por exemplo a acupuntura, o Do-in, a utilização de plantas

medicinais e ainda algumas de origem religiosa como os “passes” e as “cirurgias pelo astral” entre muitas outras (WÄCHTER, 2000).

Camargo (1997) diz que estes fatos culturais são bastante ligados ao uso destes recursos naturais, pois do ponto de vista religioso, estão nas religiões de origem e influência africana, como candomblé e umbanda a maior incidência quanto ao uso de plantas, tanto nas cerimônias religiosas como nos rituais de cura. Com a chegada ao Brasil dos primeiros africanos de origem banto, ou seja, oriundos de regiões localizadas abaixo do Equador, começaram os contatos destes com os indígenas, que foram passando seus conhecimentos sobre as plantas nativas e os papéis que as mesmas desempenhavam em seus rituais religiosos e de cura. A partir daí, os negros passaram a usá-las, também, em suas reuniões religiosas. É tal a importância cultural dessas plantas nesses sistemas de crenças, que sem elas, certamente tais religiões não existiriam. Esta autora também afirma que pode-se considerar que as plantas empregadas na medicina popular e nessas crenças afro-brasileiras desempenham duplo papel: o sacral e o terapêutico. O papel sacral, também de cunho social, tem muito a ver com a medicina popular presa a um universo sacralizado e controlador das forças sobrenaturais, desempenhando, de alguma forma, um papel de responsabilidade relativo, tanto no aparecimento como na cura de doenças, tal como foi transmitido por nossos antepassados lusitanos. Nesse sentido, destaca-se, também, o valor simbólico atribuído às plantas no universo mágico-religioso, além dos sistemas de crença de origem e influência africana apontadas antes. Já o papel terapêutico deve-se aos princípios ativos medicamentosos presentes nas plantas, cujas atividades biológicas condizem com os usos terapêuticos.

O uso de plantas no combate às doenças e no restabelecimento da saúde constitui portanto, prática comum nos cultos afro-brasileiros, revelando acentuado hábito cultural, com grande rede de influência social. Quase todas as plantas usadas nos rituais religiosos e de cura são as mesmas conhecidas da medicina popular ou tradicional de todas as camadas sociais,

pois, de certa forma, fazem parte da formação cultural do brasileiro, transmitida pelos antepassados e hoje permanecem na memória daqueles que, em sua medicina caseira, as utilizam. Nesses rituais as plantas desempenham papéis específicos dentro dos mesmos, visto que tais papéis sugerem estar estreitamente relacionados com os princípios ativos presentes nas plantas, os quais são responsáveis pelas atividades biológicas desencadeadas após serem consumidas (CAMARGO, 1997).

Para Marodin e Baptista (2001), a utilização de plantas para o tratamento da saúde tem seu registro em diferentes épocas, e permanece até os dias de hoje fazendo parte da cultura de diferentes comunidades populacionais. No Brasil, considerando a ampla diversidade de espécies vegetais, bem como a riqueza etno-cultural, as plantas medicinais ocupam posição de destaque em relação à importância do uso popular medicinal. E de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a fitoterapia é uma importante alternativa para o tratamento de doenças em muitos países em desenvolvimento como o Brasil, em relação à atenção aos cuidados primários com a saúde (OMS, UICN e WWF, 1993). Garlet e Irgant (2001) também comungam desta idéia ao incentivarem a realização de estudos etnobotânicos, que possibilitarão o resgate e a preservação desses conhecimentos e costumes populares nas comunidades envolvidas com os mesmos, proporcionando um atendimento de saúde mais adequado à realidade das pessoas.

O uso de ervas medicinais é bastante difundido na cultura indígena, e na maior parte dessas sociedades a transmissão desses elementos culturais é feita oralmente pelos idosos, que desempenham essa função fundamental para a sobrevivência da cultura destes povos. A figura do idoso é bastante valorizada, pois ele torna-se um arquivo vivo e seus saberes tradicionais englobam vários aspectos e entre eles a cura através do conhecimento de remédios feitos com plantas (PASCHOAL, 2004).

Não é só na cultura indígena que os idosos são responsáveis pela transmissão cultural do uso das ervas, na nossa sociedade eles também fazem parte de um segmento da população com expressiva adesão aos chás. Possuem, com frequência, grande conhecimento empírico das plantas medicinais porque seus antepassados como pais, tias, avós e bisavós acreditavam que estas plantas tinham poder de cura e este saber lhes foi passado. Além disso, estes antepassados provavelmente não tinham fácil acesso aos medicamentos alopáticos. Hoje, embora existam remédios alopáticos que se apresentam como solução para tudo, a dificuldade de obtê-los e a forte carga cultural a favor das plantas medicinais faz com que os chás constituam opções dos idosos na busca de uma terapia alternativa (WÄCHTER, 2000).

O acesso à

[...] saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

Para isso a população dispõe do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é o resultado de uma proposta de sistema público de Saúde defendida pela sociedade brasileira e incorporada à Constituição Federal de 1988. Através de seus fundamentos a saúde está assegurada como um direito do cidadão e um dever do Estado, independentemente de contribuição para a Previdência Social, de condição social, do sexo, da idade, da renda, do local de moradia, de religião, etc. (PORTO ALEGRE, 1996, p.7)

Essa política de saúde favorece a terapia alopática em detrimento das outras como método de obtenção de cura. Apesar do SUS prever que todos os brasileiros tenham acesso a consultas com diferentes profissionais da área da saúde, a hospitais e a medicamentos gratuitos, há a proliferação dessas práticas alternativas, em especial, a utilização de plantas medicinais. A crise econômica, a decepção com os resultados obtidos com a medicina convencional (efeitos indesejáveis e impossibilidade de cura, por exemplo), o alto custo dos medicamentos industrializados e a dificuldade real e encontrada na prática para obter acesso à

assistência pelo SUS, também contribuem para a proliferação dos adeptos à fitoterapia, principalmente à utilização dos chás (RATES, 2001).

Dentro da população, um dos segmentos mais afetados pela atual política econômica é o dos idosos, pois a grande maioria deles como aposentados ou pensionistas tem uma receita muito baixa, transformando-se em potenciais usuários das plantas medicinais. Além disso, são detentores do saber dos benefícios e do manejo empírico destas ervas e este tem sido transmitido de geração para geração.

Com o passar dos anos, esta crença dos mais antigos foi substituída pela fé nos remédios alopáticos, revestidos da promessa de tratamento rápido e eficaz. Para Ruescas (1998), alopatia é o método de tratamento no qual se emprega medicamentos industrializados que produzem, no indivíduo são, sintomas diferentes daqueles que apresenta o enfermo quando tratado pelo mesmo sistema. O forte apelo da cura total fez surgir a fidelidade ao medicamento sintético apesar dos efeitos colaterais e do alto custo. Mas nos dias atuais, na busca de uma solução mais barata, de fácil obtenção, sem os efeitos colaterais embutidos nas drogas alopáticas e com alta resolutividade, os idosos reencontram as plantas medicinais. É importante a lembrança de que a organização do serviço de saúde é mais um empecilho para que o idoso tenha acesso adequado à saúde, porque

A rápida transformação tecnológica e industrial muito influenciou a população idosa [...] É ainda mais difícil para uma pessoa idosa compreender algo sobre as mudanças e avanços da Medicina, pois é difícil contar com um Médico para examiná-la em casa ou recebê-la no consultório. O labirinto de um grande hospital ou, mesmo, de um consultório é muitas vezes um empecilho para uma pessoa idosa. Ela prefere permanecer em sua casa, doente [...] a enfrentar a complexidade do trânsito ou a burocracia sistemática [...] de saúde [...] (Rossman e Burnside<sup>3</sup> 1975 *apud* Burnside, 1979, p.5)

<sup>3</sup> ROSSMAN, I.; BURNSIDE, I. M. Health care services for the elderly in the United States, in. J. C. Brocklehurst (ed.), *The Development of Geriatric Services*, Medical and Technical Publishing Company, Ltd., Oxford, Lancaster, England, 1975.

O aumento da expectativa de vida – 68,5 anos no Brasil segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (2004) – dentro deste contexto de acesso à saúde também deve ser levado em conta, pois os usuários mais idosos têm mais dificuldade.

Para Burnside (1979) e Papaléo Netto (1996) o idoso é um portador em potencial de doenças crônicas e na prática o processo de envelhecimento tem responsabilidade para o agravamento do quadro das mesmas. Este processo de envelhecer é natural em termos biológicos, mas ao mesmo tempo é muito difícil de se delimitar, pois ocorre de forma individual. No entanto, existem alguns parâmetros que se repetem na maioria das pessoas e podem ser levados em conta, como por exemplo: diminuição da sensibilidade dos órgãos dos sentidos, alterações no sistema digestivo (perda e desgaste de dentes, diminuição da produção de saliva, diminuição do trânsito gastrointestinal), diminuição da função renal e da capacidade respiratória, alterações no sistema músculo-esquelético (diminuição da força muscular e do conteúdo mineral – sobretudo nas mulheres – e perda de massa muscular) e mudanças no sistema cardiovascular, principalmente (ocorrer a diminuição da força de contração do miocárdio, endurecimento das artérias e formação de aterosclerose é muito comum). A alteração biológica principal no processo de envelhecimento é a modificação do sistema cardiovascular e esta faz com que o idoso tenha dificuldades no seu dia a dia, como por exemplo redução da capacidade para o exercício, aumento do tempo de recuperação do estresse físico e emocional, variações de pressão frente a alterações posturais, sem falar da hipertensão, cuja taxa tende a ser elevada nos idosos em virtude do próprio processo de arteriosclerose e de modificações da resistência periférica. Também os problemas musculoesqueléticos causam dificuldades diárias para os idosos, sendo também considerados responsáveis em grande parte pela mudança no estilo de vida.

Em estudo feito pelo Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997, p. 55) foi demonstrado que as doenças que mais afetam os idosos são os problemas crônicos e



no quadro 2 pode-se constatar as doenças ou sintomas que mais acometem os idosos segundo a percepção dos mesmos. O mesmo estudo também demonstrou que as mulheres alcançam idades mais avançadas do que os homens.

<b>Doença</b>	<b>%</b>	<b>Frequência</b>
Pressão Alta	86,27	6.747
Coluna	83,40	6.523
Reumatismo	80,14	6.268
Bronquite	57,36	4.486
Coração	54,25	4.243
Gastrite	35,50	2.776
Infecção Urinária	33,40	2.612
Osteoporose	26,91	2.105
Diabete	21,11	1.651

Quadro 2 - Distribuição dos idosos pesquisados segundo a sua percepção de doenças - 1997.

Fonte: Rio Grande do Sul, Conselho Estadual do Idoso (1997, p. 55). O número absoluto de pessoas pesquisadas foi de 7.821.

Para Fuchs e Wannmacher (1998), as mulheres idosas, cuja maioria está no climatério, possuem grande chance de terem problemas osteomusculares pelas alterações fisiológicas decorrentes da produção diminuída de hormônio. Já as doenças cardiovasculares, acometem mais os homens, sendo o sexo fator de risco para esta moléstia. O diabetes, por sua vez, atinge tanto homens quanto mulheres na mesma proporção, porque é a idade avançada que contribui para o desenvolvimento da mesma.

Estas doenças crônicas fazem com que o idoso busque nos chás uma alternativa para seus distúrbios orgânicos, e eles podem fazer uso de algumas ervas para alcançar este objetivo, como por exemplo: jurubeba, erva-de-bugre e chapéu-de-couro para hipertensão, mamica-de-cadela para reumatismo, pata de vaca e jambolão para diabetes e alfavaca-brava para gota (GUARIN NETO, 1996; AGRA, 1996).

Para Papaléo Netto (1996) essas alterações que existem no idoso decorrentes do processo de envelhecimento diferencia-se muito do adulto mais jovem, pois o surgimento das limitações funcionais aumentam os sintomas de desvalia, conduzindo a um quadro de depressão senil. Conviver com estas alterações fisiológicas mais a doença crônica agravam a depressão. Uma pessoa deprimida por estes fatores em associação com dificuldades de ordem econômica é muitas vezes impelida a deixar de se tratar adequadamente, transformando uma doença crônica, como o *Diabetes mellitus* por exemplo, uma patologia deletéria, causando perda visual, necrose de extremidades, insuficiência renal entre outras.

Paralelamente à decadência física, a pessoa enfrenta uma aposentadoria que está longe de ser a ideal, uma vez que a renda diminui e, em consequência, o estilo de vida tem que mudar. A sociedade tende a associar aposentadoria com incapacidade de trabalho e afasta do velho a possibilidade de produzir. Por outro lado, algumas famílias “superprotegem” seu idoso, negando-lhe a oportunidade de se sentir útil.

O idoso também pode enfrentar problemas de solidão, porque já não tem os companheiros de trabalho, os filhos, muitas vezes, não estão mais tão próximos e quanto ao cônjuge, este pode ter falecido, estar muito doente, ter se ausentado do lar ou nunca ter existido.

Estes fatos levam o indivíduo a se defrontar com a idéia de terminalidade e com as dúvidas quanto à existência ou não de vida após a morte. Certamente ele já experimentou o vazio deixado pela perda de entes queridos (WÄCHTER, 2000).

Neste contexto aparece um indivíduo que está somando perdas. E muitas vezes é um idoso depressivo e doente à procura de uma solução, uma fuga ou um motivo para viver. Assim sendo, ele também procura “forças” para viver na religião, seja participando de alguns ritos ou seja se apegando a qualquer alternativa que surge e que para ele sirva como solução.

A depressão, assim como o estresse, o processo de envelhecimento e suas conseqüentes alterações corporais, a dificuldade do acesso a serviços de saúde e o sentimento de finitude da vida podem agravar os danos de uma doença crônica já instalada. Dessa forma, o idoso procura opções para minimizar esta situação e encontra conforto na religião e nas “soluções dos antigos” como chás e simpatias que os familiares lhe ensinaram durante a vida, e ambas as opções tem uma associação muito grande com a utilização da plantas medicinais. Se acredita que ao buscar estas opções, o idoso procura restabelecer seu elo com o seu passado e, talvez, também resgatar seu elo com a vida.

A enfermagem, por sua vez, não pode ficar à margem desse contexto sócio-econômico e cultural no qual se encontram principalmente os idosos e os usuários do sistema de saúde atual. Chama a atenção o fato de que dentre as práticas alternativas uma das mais difundidas é a utilização de plantas medicinais, que paradoxalmente, é pouco conhecida entre a maioria dos enfermeiros, que muitas vezes até contra-indicam o uso (CAMARGO, 1997; COELHO, 1999).

Embora exista uma crença popular de que os chás são verdadeiras panacéias, não se pode esquecer alguns fatos importantes: deve-se conhecer bem as plantas das quais se faz chá, pois pelo mesmo método que se retira os princípios ativos das plantas pode-se extrair substâncias tóxicas que levem à morte; não usar chá com medicamentos alopáticos, pelo risco de sinergismo de efeitos que pode resultar em desequilíbrio que coloca em risco a vida do indivíduo; a mistura indiscriminada de chás pode antagonizar os efeitos dos mesmos e nunca se esquecer que chás são remédios, portanto não deve ser ingerido como se fosse água ou substituindo-a, precisa-se seguir a dosagem para determinada planta (PETROVICK, 1992; LOPES, 1997; RATES, 2001).

É importante o papel da enfermagem com a tríade indivíduo-saúde-cultura. Leininger, teórica de enfermagem da década de 50 e 60, construiu seu estudo sobre a premissa de que as

peças de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde, e baseado nisto, o atendimento de enfermagem deve desenvolver-se dentro do contexto cultural no qual o indivíduo está inserido (GEORGE *et al.*, 2000).

A autora coloca ainda que os clientes ao receberem atendimento de enfermagem o qual não respeite os princípios culturais, as crenças e os valores dos pacientes, estes demonstrarão sinais de estresse, não comprometimento, conflitos culturais e/ou preocupações éticas ou morais, gerando a insatisfação de ambos (cuidador e cliente).

Portanto, esta teoria leva em conta que o cuidado cultural tem uma significação cada vez maior dentro de uma sociedade que está se tornando cada vez mais consciente da diversidade cultural dentro de suas fronteiras. Mesmo que essa teoria não proporcione instruções específicas para o atendimento de enfermagem, ela fornece diretrizes para a coleta de conhecimentos e subsídios na tomada de decisões sobre o cuidado necessário e mais benéfico para o cliente, buscando levar um atendimento de enfermagem melhor adaptado à cultura do indivíduo, diminuindo assim o estresse, a barreira cultural e o conflito potencial entre o paciente e o cuidador.

Outra grande importância desse estudo de Leininger é a identificação do principal déficit do atendimento de enfermagem e fornecimento de um mapa para começar sanar as falhas criadas por ele, buscando o real cuidado humanizado que tanto é preconizado nos dias de hoje, independente da cultura na qual está inserido o indivíduo, independente da medicina alternativa que ele acredita e utiliza no seu auto-cuidado (GEORGE *et al.*, 2000).

Estudos de Silva e Benko (1998) evidenciam que os idosos utilizam as plantas medicinais devido ao alto custo da assistência médica privada, dos medicamentos e a precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos em geral. É importante lembrar

que as terapias alternativas também possibilitam aos idosos terem participação ativa no processo de auto-cuidado de suas doenças, transmitindo a idéia de responsabilidade individual e autonomia, o que geralmente não acontece na medicina científica.

Nogueira (1984) demonstra em seu estudo uma relação bastante interessante entre os idosos e plantas medicinais: o conhecimento sobre o uso de plantas é influenciado pela idade e escolaridade (as pessoas mais velhas e com menos escolaridade geralmente sabem mais sobre plantas) e o seu uso é influenciado também pela idade, sexo e procedência (as idosas e moradoras de determinada região, por conhecerem melhor as plantas, usam-nas mais). A população idosa, então, recorre à medicina tradicional que é mais econômica e acessível, pois seus recursos se localizam no próprio bairro. Outro motivo que sustenta o fato dos idosos usarem plantas medicinais é que seus agentes disseminadores são, na maior parte, desta faixa etária e talvez tenham mais condições de entender este tipo de terapia alternativa.

A enfermagem tem uma relação dentro deste contexto por vários motivos. Devido a natureza do seu trabalho, em contato direto com a população, quer em hospitais ou centros de saúde, ele confere oportunidade de esclarecer à mesma sobre essas práticas benéficas à saúde. Em um país como o Brasil, onde a propaganda e a venda de remédios se faz sem muito controle por parte das autoridades sanitárias, e onde os veículos de comunicação estão, todos os dias, a divulgar métodos de prevenção e cura de doenças, muitas vezes prejudiciais, esse papel é muito importante, e esta ação de educar está inserida dentro das práticas de enfermagem (NOGUEIRA, 1983).

Para esta mesma autora, ao se iniciar um trabalho de educação em saúde por parte da enfermagem junto à população sobre as terapêuticas alternativas que são utilizadas, os profissionais desta área estarão se aproximando mais da mesma e lhe prestando um cuidado mais congruente a sua cultura, crenças e costumes.

Fortalecendo essa compreensão, o Conselho Federal de Enfermagem, no Parecer CTA nº 004/95 sobre Atividades em Terapias Alternativas pelos profissionais de Enfermagem, reconhece que:

- a profissão de Enfermagem fundamenta-se na visão integral do ser humano, apesar de sua prática estar direcionada para o modelo biomédico;
- muitos profissionais de enfermagem vêm demonstrando interesse em aprofundar seus conhecimentos no que diz respeito à mudança de paradigma que melhor se adequa a esta visão de totalidade do ser humano;
- há profissionais de enfermagem utilizando as práticas naturais no cuidado à clientela e no ensino da profissão;
- estudos acerca das práticas culturais utilizadas pela Enfermagem comprovam o interesse dos profissionais dessa área em abordar estas práticas e,
- vários aspectos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem justificam a prática das Terapias Naturais de saúde por profissionais dessa área, desde que possuam a comprovação de formação básica em tais terapias, proporcionando o desempenho seguro para si e para o cliente.

Segundo a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro (Conselho Regional de Enfermagem - COREn/RS, 1986), o Decreto Regulamentador do Exercício Profissional (COREn/RS, 1986) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEn nº 167/93), legislação que atualmente rege esta profissão, não existe nenhum empecilho para que este profissional oriente o uso dos chás, porém os cursos de enfermagem conhecidos não contêm no currículo disciplinas sobre o assunto.

Além do Parecer Normativo anteriormente citado e da Legislação atual, a Resolução COFEn - 197, de 19/03/1997, "Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem". Determina, para esta

titulação, que o profissional tenha concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar o manejo e os chás utilizados pelos idosos com fins terapêuticos.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar os chás utilizados pelos idosos para tratamento de saúde.
- b) Identificar a forma utilizada, o preparo e a conservação dos chás.



#### 4 DEFINIÇÃO DE TERMO

Ação terapêutica é a busca de tratamentos capazes de propiciar cura ou, pelo menos, alívio de sofrimento, visando restaurar as funções fisiológicas de órgãos e tecidos (FUCHS e WANMMACHER, 1998). Muitas vezes observa-se que os chás são opções terapêuticas alternativas para tratar males ou indisposições.

## **5 MÉTODOS E TÉCNICAS**

### **5.1 Característica do estudo**

O estudo se caracteriza como exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões do fenômeno estudado, da maneira como ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

### **5.2 Campo do estudo**

Um centro de saúde que pertence à prefeitura municipal de Porto Alegre. Este serviço oferece a seus usuários várias especialidades médicas, como por exemplo: homeopatia, acupuntura, cardiologia, pediatria, clínica geral, neurologia e psiquiatria, além de atendimento psicológico e odontológico. O local abrange 140.000 pessoas dos bairros ao redor do local, atendendo todas as faixas etárias, mas a grande maioria dos usuários deste centro de saúde são os adultos, com frequência mensal por causa do retorno às consultas médicas. A demanda de pacientes se dá na maior parte por demanda espontânea dos usuários e a equipe de saúde é formada por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos, psicólogos e assistente social.

### 5.3 População

Idosos que freqüentam o “grupo de convivências” do campo de estudo. Existem atualmente 100 idosos inscritos neste grupo do centro de saúde. O grupo de convivências de idosos proporciona a troca de experiências entre os membros, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, buscando auto-cuidado e maior independência do idoso. A demanda de indivíduos com mais de 60 anos deste centro de saúde perfaz um total de 36% da população cadastrada.

### 5.4 Amostra

A amostra foi do tipo intencional. Fizeram parte do estudo idosos que participaram do grupo de convivências do centro de saúde. O tamanho da amostra compreendeu a demanda espontânea de idosos no grupo durante o período de coleta de dados, que foi entre 18/5 a 28/5/2004.

Critérios de inclusão dos sujeitos na amostra:

- que os indivíduos fossem cadastrados no centro de saúde;
- que tivesse 60 anos ou mais;
- que aceitassem participar do estudo;
- que tivessem condições de manter um diálogo, isto é, que possuíssem capacidade de entendimento e verbalização.

Foram critérios de exclusão os indivíduos:

- que não aceitassem ou não mostrassem interesse pela pesquisa;
- sem condições de responder, isto é, sem capacidade de entendimento e verbalização.

### **5.5 Coleta de dados**

O presente estudo se utilizou para coletar os dados do instrumento de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Os dados foram coletados no período de 18/05 a 28/05/04. Foram registrado no instrumento dados de identificação como sexo e idade, identificação dos chás usados com fins terapêuticos e questões sobre manejo dos chás.

### **5.6 Tratamento dos dados**

Foi utilizada a estatística descritiva na qual os dados foram agrupados e organizados em tabelas de frequência para posterior análise.

## 5.7 Análise dos dados

Os dados agrupados em tabelas de frequência foram comparados com a bibliografia consultada para analisar como os idosos da amostra usam e manejam com as ervas.

## 5.8 Questões éticas

Os sujeitos da amostra foram orientados sobre:

- objetivo e justificativa do estudo;
- a manutenção do anonimato, o caráter confidencial das informações e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento sem que isso trouxesse prejuízo no seu cuidado e tratamento;
- os dados serem utilizados somente para este estudo e os instrumentos para coleta de dados ficarem guardados sob responsabilidade do pesquisador por 5 anos seguindo legislação do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2002), e
- solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A), conforme Goldim (1997), em duas vias, das quais uma ficou de posse do sujeito do estudo e outra, do pesquisador.

A coleta de dados somente teve início após aprovação favorável do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

## 6 RESULTADOS

O presente estudo englobou a população dos clientes idosos que compareceram ao Centro de Saúde Modelo no período de 18 a 28 de maio de 2004.

Tabela 1: Relação entre o sexo e a idade dos sujeitos da amostra

Idade (anos)	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino		F	%
	F	%	F	%		
60  — 65	01	2,22	06	13,33	07	15,55
65  — 70	03	6,67	08	17,78	11	24,45
70  — 75	02	4,44	06	13,33	08	17,78
75  — 80	05	11,12	11	24,44	16	35,56
80  — 85	01	2,22	02	4,44	03	6,66
TOTAL	12	26,68	33	73,32	45	100

Fonte: Dados do estudo

A amostra foi constituída de 45 indivíduos por demanda espontânea sendo composta de 33 (73,32 %) pessoas do sexo feminino e 12 (26,68 %) do sexo masculino. A idade entre 75 e 80 anos foi a que apresentou maior número de sujeitos, 16 (35,56 %), sendo seguida da idade entre 65 e 70 anos com 11 (24,45 %) representantes.

Tabela 2: Relação da faixa etária dos sujeitos e a utilização de chá

Idade (anos)	Utilização de chá								Subtotal				TOTAL	
	Util.				Não util.				Útil.		Não util.			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		F	%	F	%		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
60  — 65	01	2,22	05	11,11	0	0	01	2,22	06	13,33	01	02,22	07	15,55
65  — 70	01	2,22	08	17,77	02	4,44	0	0	09	20,00	02	04,44	11	24,44
70  — 75	01	2,22	04	08,88	01	2,22	02	4,44	05	11,11	03	06,67	08	17,78
75  — 80	03	6,66	10	22,22	02	4,44	01	2,22	13	28,90	03	06,67	16	35,57
80  — 85	0	0	02	04,44	01	2,22	0	0	02	4,44	01	02,22	03	6,66
TOTAL	06	13,33	29	64,44	06	13,33	04	8,90	35	77,78	10	22,22	45	100

Fonte: Dados do estudo

Chama atenção que 35 (77,78%) do total da amostra usam chá. Destes, 13 (28,90 %) estão na faixa etária entre 75 e 80 anos.

Entre os sujeitos da amostra que utilizam chá, 29 (64,44%) são do sexo feminino, já do sexo masculino 6 sujeitos da amostra (13,33%) fazem uso deste recurso.

Tabela 3: Relação entre o sexo e as doenças dos sujeitos da amostra

Doenças	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	F	%	F	%	F	%
Cardiovascular	10	71,42	20	37,04	30	44,12
Osteomuscular	0	0	20	37,04	20	29,42
Distúrbio endócrino	02	14,29	07	12,96	09	13,23
Outras	02	14,29	07	12,96	09	13,23

Fonte: Dados do estudo

Cada respondente pode optar por mais de uma doença ou sintomatologia, razão pela qual o somatório das frequências ultrapassa o total da amostra (45).

As doenças cardiovasculares foram as que obtiveram maior frequência, 30 (44,12%)

entre os sujeitos estudados, ficando as osteomusculares em segundo lugar com frequência de 20 (29,42%). As outras patologias ou sintomas (09) que ocorreram foram glaucoma, rinite, enxaqueca, hepatite C e dislipidemia.

As doenças cardiovasculares são proporcionalmente mais frequentes entre os homens, 10 (71,42%), enquanto que as osteomusculares não ocorreram entre eles.

Tabela 4: Relação do motivo do uso de chá e a idade dos sujeitos da amostra

Idade (anos)	Porque utiliza o chá										TOTAL	
	Fácil de conseguir		Não faz mal		Ajuda no Tratamento		Hábito Cultural		É mais barato			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60  — 65	0	0	01	2,86	02	5,71	02	5,71	01	2,86	06	17,14
65  — 70	0	0	01	2,86	04	11,43	01	2,86	03	8,57	09	25,71
70  — 75	0	0	0	0	03	8,57	02	5,71	0	0	05	14,30
75  — 80	02	5,71	01	2,86	05	14,29	05	14,29	0	0	13	37,14
80  — 85	0	0	0	0	02	5,71	0	0	0	0	02	5,71
TOTAL	02	5,71	03	8,58	16	45,71	10	28,57	04	11,43	35	100

Fonte: Dados do estudo

Observa-se que 16 (45,71%) dos indivíduos entrevistados utilizam chá com finalidade terapêutica porque este ajuda no tratamento, seguido de 10 (28,57%) que referiram utilizar chá em virtude do hábito cultural.

Entre os indivíduos entrevistados que usam chá, 13 (37,14%) possuem entre 70 e 75 anos.



Tabela 5: Relação do não uso de chá e a idade dos sujeitos da amostra

Idade (anos)	Porque não utiliza o chá								TOTAL	
	Não gosta ou não tem hábito		Não sabe se funciona como tratamento		Acha que pode fazer mal se tomar junto com medicamento		Toma somente por prazer (sem fim terapêutico)			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60  — 65	0	0	01	10	0	0	0	0	01	10
65  — 70	0	0	02	20	0	0	0	0	02	20
70  — 75	01	10	0	0	01	10	01	10	03	30
75  — 80	0	0	0	0	0	0	03	30	03	30
80  — 85	01	10	0	0	0	0	0	0	01	10
TOTAL	02	20	03	30	01	10	04	40	10	100

Fonte: Dados do estudo

O número de indivíduos da amostra que utilizam chá por prazer, ou seja, sem finalidade terapêutica foi de 4 (40%), seguido de 3 (30%) que não utilizam este recurso por não saberem se funciona como tratamento.

Tabela 6: Relação da forma da planta utilizada e a idade dos sujeitos da amostra

Idade (anos)	Forma da planta utilizada						TOTAL	
	Natural		Seca		Sachê			
	F	%	F	%	F	%	F	%
60  — 65	02	5,71	03	8,57	01	2,86	06	17,15
65  — 70	03	8,57	03	8,57	03	8,57	09	25,71
70  — 75	02	5,71	03	8,57	01	2,86	06	17,14
75  — 80	05	14,29	05	14,29	02	5,71	12	34,29
80  — 85	02	5,71	0	0	0	0	02	5,71
TOTAL	14	40	14	40	07	20	35	100

Fonte: Dados do estudo

A forma da planta mais utilizada pelos indivíduos é a natural e a seca, com frequência

de 14 (40%) cada uma destas opções O sachê foi a segunda opção mais utilizada da planta, com frequência de 7 (20%).

Tabela 7: Relação do que é feito com a erva e como o chá é conservado pelos sujeitos da amostra que utilizam chá

Como Conserva o chá	O que faz com a erva				TOTAL	
	Retira da água antes de esfriar		Deixa na água			
	F	%	F	%	F	%
Não sobra porque faz a dose que necessita	16	45,71	01	2,86	17	48,57
Garrafa térmica por 24 hs	0	0	01	2,86	01	2,86
Garrafa térmica por mais de 24 hs	0	0	0	0	0	0
Geladeira por 24 hs	03	8,57	01	2,86	04	11,43
Geladeira por mais de 24 hs	04	11,43	03	8,57	07	20,00
Temperatura ambiente por 24 hs	02	5,71	02	5,71	04	11,42
Temperatura ambiente por mais de 24 hs	01	2,86	01	2,86	02	5,72
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>74,28</b>	<b>09</b>	<b>25,72</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

Com relação a conservação do chá, a frequência dos indivíduos do estudo que fazem a dose que necessitam, é de 17 (48,57%). Em seguida encontra-se a conservação na geladeira por mais de 24 hs, com frequência 7 (20%). No que diz respeito ao que é feito com a erva, 26 ( 74,28%) dos indivíduos entrevistados retiram a erva da água antes desta esfriar.

Tabela 8: Relação dos chás mais utilizados e a finalidade de uso dos mesmos

Chás Utilizados	Finalidade																TOTAL	
	Diges-Tão		Cal-mante		Hipo-tensor		Anal-Gésico		Hipogli-cemiente		Hipoco-lestero-lêmico		Diuré-tico		Outras			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Marcela	12	11,11	0	0	02	1,85	4	3,70	0	0	1	0,92	0	0	2	1,85	21	19,44
Alcachofra	03	2,78	0	0	0	0	0	0	1	0,92	4	3,70	1	0,92	0	0	09	8,34
Erva-cidreira	0	0	06	5,56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,92	07	6,48
Chuchu	0	0	0	0	05	4,63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05	4,63
Camomila	0	0	05	4,63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05	4,63
Carqueja	03	2,78	0	0	0	0	0	0	1	0,92	0	0	0	0	1	0,92	05	4,63
Capim-cidrô	0	0	02	1,85	0	0	1	0,92	0	0	0	0	0	0	0	0	03	2,78
Jambolão	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,85	0	0	0	0	1	0,92	03	2,78
Boldo	05	4,63	0	0	01	0,92	1	0,92	0	0	0	0	0	0	1	0,92	08	7,40
Chá preto	03	2,78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	03	2,78
Outros	10	9,26	02	1,65	02	1,85	0	0	4	3,70	2	1,85	4	3,70	15	13,89	39	36,11
TOTAL	36	33,34	15	13,90	10	9,26	6	5,55	8	7,40	7	6,48	5	4,63	21	19,44	108	100

Fonte: Dados do estudo

Observa-se que o chá de marcela é o mais utilizado pelos indivíduos da amostra, com frequência de 21 (19,44%), seguido de alcachofra, com frequência de 09 (8,34%) e erva-cidreira, 07 (6,48%). Outras finalidades para as quais os entrevistados mencionaram que usam chás são infecção, hepatite C, circulação e gripe.

Tabela 9: Chás mais utilizadas para digestão segundo os sujeitos da amostra

Chás	Frequência	%
Marcela	12	33,33
Alcachofra	03	8,33
Chá preto	03	8,33
Carqueja	03	8,33
Erva-doce	01	2,78
Boldo	05	13,88
Endro	01	2,78
Cáscara sagrada	01	2,78
Sálvia	01	2,78
Tansagem	01	2,78
Jurubeba	01	2,78
Sene	01	2,78
Baldama	01	2,78
Funcho	01	2,78
Pariparoba	01	2,78
TOTAL	36	100

Fonte: Dados de estudo

Como pode ser observado na tabela, o chá de marcela é o mais utilizado para digestão pelos sujeitos da amostra, com frequência de 12 (33,33%), seguido do chá de boldo com frequência 05 (13,88%) e do chá de carqueja, alcachofra e chá preto, cada um representando 03 opções dos indivíduos entrevistados (8,33%).

Tabela 10: Chás mais utilizados como calmante segundo os sujeitos da amostra

Chás	Frequência	%
Laranjeira	01	6,67
Erva-cidreira	06	40
Camomila	05	33,33
Capim cidró	02	13,33
Hortelã	01	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

Observa-se que o chá de erva-cidreira é o chá mais utilizado como calmante pelos sujeitos da amostra, com frequência de 06 (40%), seguido do chá de camomila, com frequência de 05 (33,33%) e do capim-cidró, 02 (13,33%).

Tabela 11: Quantidade de chá ingerida e faixa etária dos sujeitos da amostra

Idade (anos)	Quantidade de chá ingerida										TOTAL	
	1 xícara		2 xícaras		3 xícaras		4 xícaras		5 xícaras ou mais			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60  — 65	02	5,71	0	0	02	5,71	0	0	02	5,71	06	17,14
65  — 70	02	5,71	03	8,57	01	2,86	01	2,86	02	5,71	09	25,72
70  — 75	01	2,86	03	8,57	0	0	0	0	01	2,86	05	14,29
75  — 80	03	8,57	03	8,57	0	0	04	11,43	03	8,57	13	37,14
80  — 85	0	0	0	0	02	5,71	0	0	0	0	02	5,71
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>22,85</b>	<b>09</b>	<b>25,72</b>	<b>05</b>	<b>14,29</b>	<b>05</b>	<b>14,29</b>	<b>08</b>	<b>22,85</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

Nota-se que 2 xícaras é a quantidade de chá que apresentou maior frequência entre os sujeitos da amostra, 09 (25,72%), seguida das opções 1 xícara e 5 xícaras ou mais, cada uma com frequência de 08 respostas (22,85%). A maior faixa etária se situou entre 75 e 80 anos,

com frequência de 13 (37,14%), seguido da idade entre 35 e 70 anos, 09 (25,72%).

Tabela 12: Relação do uso terapêutico do chá preconizado pelo herbário

Chás Utilizados	Indicação															
	Diges- Tão		Cal- mante		Hipo- tensor		Anal- gésico		Hipogli- cemiante		Hipoco- lestero- lêmico		Diuré- tico		TOTAL	
	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E
Marcela	12	-	0	0	02	0	04	-	0	0	-	01	-	-	18	01
Alcachofra	-	03	0	0	0	0	0	0	-	01	-	04	-	01	0	09
Erva-cidreira	0	0	06	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	06	0
Chuchu	0	0	0	0	05	-	0	0	0	0	0	0	0	0	05	0
Camomila	0	0	05	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	05	0
Carqueja	03	-	0	0	0	0	0	0	-	01	0	0	0	0	03	01
Capim- cidró	0	0	02	-	0	0	01	-	0	0	0	0	0	0	03	0
Jambolão	0	0	0	0	0	0	0	0	02	-	0	0	0	0	02	0
Boldo	-	05	0	0	-	01	-	01	0	0	0	0	0	0	0	07
Chá preto	03	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	03	0
TOTAL	18	08	13	0	07	01	05	01	02	01	0	05	0	01	45	18

Legenda: C – certo; E – errado.

Fonte: Dados do estudo

Das 63 indicações principais do uso de chá, 45 são preconizadas como corretas segundo o herbário. A marcela teve 19 indicações de uso, e 18 delas foram corretas. Todas as indicações com relação à erva-cidreira, ao chuchu, à camomila, ao capim-cidrô e ao jambolão foram corretas. A alcachofra teve todas suas indicações equivocadas, o mesmo acontecendo com o boldo.

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tabela 1 evidencia que ocorreram mais sujeitos do sexo feminino, 33 (73,32%) do que do sexo masculino, 12 (26,68%). Segundo o Conselho Estadual do Idoso (Rio Grande do Sul, 1997) os dados encontrados estão dentro do esperado, pois se sabe que, em média, as mulheres alcançam idades mais avançadas do que os homens. Como a coleta de dados foi realizada ao longo dos dias acredita-se que o resultado seja próximo da realidade. Não se pode afirmar, mas parece que as mulheres procuram mais os recursos para cuidar da sua saúde do que os homens e portanto essa temática deverá estudada posteriormente com maior profundidade. Ocorreu maior frequência entre indivíduos com idade de 75 a 80 anos, com 16 sujeitos, seguido da faixa etária entre 65 e 70 anos, com 11 sujeitos. Percebe-se que a maior frequência de indivíduos idosos que procuraram o posto eram com idade superior a 70 anos, isto é, acima do limite da expectativa de vida no Brasil – que segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (2004) é de 68,5 anos – mas ainda em plenas condições de virem ao centro de saúde.

Na tabela 2 observa-se que 35 dos indivíduos do total da amostra (45) utilizam chá com alguma finalidade terapêutica, destes, 29 (64,44%) são do sexo feminino e 6 (13,33%) do sexo masculino. Quanto ao não uso de chá, verifica-se que os homens são proporcionalmente menos adeptos ao uso de chá do que as mulheres, perfazendo um total de 6 (60%) contra 4 (40%) dos indivíduos que não usam chá. Em virtude da amostra possuir um maior número de mulheres do que homens o gênero não foi levado em conta nesta análise, mas Nogueira (1984) demonstrou em seu estudo que o uso de plantas medicinais é influenciado pela idade e sexo, fator que poderia explicar os dados obtidos nesta amostragem.

Dentro de cada faixa etária dos indivíduos entrevistados mais da metade deles de cada uma utilizam chás. Parece que os indivíduos da amostra foram influenciados pelo sexo, mas tratando-se da idade, na qual as faixas etárias concentraram entre 65 a 70 e 75 a 80 anos, não houve uma uniformidade na utilização.

Com relação às doenças, as cardiovasculares foram as que apareceram em maior número, seguido dos distúrbios osteomusculares. Chamou a atenção o fato dos homens serem tão acometidos de problemas cardiovasculares (71,42%) e não terem nenhuma queixa do sistema osteomuscular, enquanto que as mulheres apresentaram um equilíbrio entre essas duas doenças, 20 citações de cada uma delas (37,04%). Estes dados ocorridos no estudo são os mesmos apregoados pelo Conselho Estadual do Idoso (Rio Grande do Sul, 1997) e por Papaléo Netto (1996) no que tange às doenças de maior relevância encontradas no idoso.

Considerando que a maioria das mulheres idosas encontra-se no climatério, os problemas osteomusculares são muito importantes. A menopausa, principal característica deste período, é definida por Fuchs e Wannmacher (1998) como a cessação de sangramento menstrual cíclico e algumas mudanças fisiológicas podem surgir com a chegada da mesma, como a diminuição da densidade óssea (osteoporose), predispondo as mulheres às fraturas ósseas e outras alterações corporais, que podem ser compensadas com o tratamento de reposição hormonal (TRH), no qual os hormônios estrogênio e progesterona são exogenamente oferecidos ao organismo, compensando, de certa forma, o déficit destes hormônios que antes eram sintetizados e oferecidos ao corpo de forma endógena.

Já as doenças cardiovasculares, para os mesmo autores citados anteriormente, acometem mais os homens, sendo o sexo do indivíduo fator de risco para o desenvolvimento desta classe de doenças. Além disso, o elevado número de morbidade entre os homens está associado ao stress, hábito de fumar, dislipidemia, idade e história familiar.



Entre os problemas cardíacos que mais apareceram, foi a hipertensão o mais citado, 10 (33,33%) de 30 casos, sendo o chá de chuchu, uma erva diurética com efeitos hipotensores o mais citado entre as ervas com este efeito. Preocupa as pessoas conhecerem somente o efeito hipotensor do chuchu, mas não saberem que o mesmo se dá pela ação diurética da planta. A marcela também foi citada e até pode ser hipotensora devido ao seu efeito calmante, mas o boldo não apresenta efeitos hipotensores segundo o herbário.

Já dentre os distúrbios endócrinos, a maior frequência foi de diabéticos, com 8 (11,76%). Proporcionalmente na amostra não houve diferença com relação ao sexo, mas a idade avançada contribuiu para um aumento do número de casos desta doença que atinge 7,6% dos adultos de várias capitais brasileiras (Fuchs e Wanmmacher, 1998). O chá de jambolão foi citado como hipoglicemiante se verifica que há este efeito pelo fato desta planta ser diurética, mas a carqueja e a alcachofra não auxiliam no tratamento desta doença. Também foi citada a planta insulina, mas no estudo de Wächter (2000) comprovou-se que não existe esta espécie no Rio Grande do Sul. Isto reforça os riscos do uso de plantas sem conhecimento específico das ervas.

Na tabela 4 observou-se que dentre os indivíduos que utilizam chá com finalidade terapêutica, 45,71% fazem uso porque eles acreditam que o chá ajuda no tratamento, seguido de 28,57% que referiram utilizar o chá em virtude do hábito cultural. Esta crença forte no uso de chá por parte dos usuários chamou a atenção, pois verifica-se que para muitas indisposições quase sempre há uma indicação de determinado chá para tratá-las ou amenizá-las aprendido com algum familiar. A escolha dos chás como terapia tem um significado cultural conforme afirmam Simões *et al.* (1995, pg. 9): “a utilização de plantas medicinais é uma prática generalizada da medicina popular. É o resultado do acúmulo secular do conhecimento empírico sobre a ação dos vegetais por diversos grupos étnicos”. Existem estreitas vivências entre o uso de chás o pesquisador e este também enquadra-se dentro deste

aspecto sócio-cultural, pelo fato de também sofrer influência dos familiares apoiando o uso desta terapia.

Mesmo aqueles indivíduos da amostra que referiram não usar de chá como terapia para alguma indisposição utilizam o chá somente por prazer, 04, sem nenhuma finalidade terapêutica. Esta situação demonstra algo muito peculiar quando se fala de chás: o uso do mesmo sem o conhecimento das especificidades da planta utilizada. Dos 10 indivíduos que não usam chá apenas 03 referiram que não são adeptos a esta terapia por desconhecerem chás que funcionem para alguma moléstia. Pode acontecer – e acredita-se que seja comum – pessoas utilizarem chás para tratamento de saúde sem saber se realmente funcionam, repetindo o mesmo método de tentativa e erro que o homem primitivo utilizou há muitos anos atrás e, segundo Coelho (1999), isto pode ser explicado devido à formação alopática e não naturalista dos profissionais da área da saúde, que ignoram o fato de alguns indivíduos terem fortemente arraigado dentro de sua cultura a utilização de chás.

O fato de dois sujeitos da amostra alegarem que utilizam o chá porque é mais fácil de conseguir pode abrir precedentes que se pense que é mais fácil de conseguir do que o medicamento, e questiona-se o fato dos indivíduos utilizarem as ervas sem se preocuparem se as mesmas podem prejudicar seus usuários. Provavelmente devido a estas questões é que surgem situações como na pesquisa realizada, na qual um entrevistado disse não possuir qualquer doença, mas utilizava chá de jambolão para prevenir o diabetes. O chá de jambolão auxilia no controle da glicemia por ser diurético e ajudar o organismo a eliminar glicose, mas nada foi encontrado na literatura sobre o efeito preventivo contra o diabetes. Vê-se, portanto, que este hábito de utilizar as ervas é tão forte que faz com que os indivíduos o façam indiscriminadamente.

Contrariando as informações de Simões *et al.* (1995) e o que se pensava no início da pesquisa, o baixo custo não foi um argumento forte para a utilização de chás.

O total de entrevistados da amostra somou 45 pessoas. Destas, 35 usam o chá e 10 não. Dentre os que não usam, 03 não o fazem porque desconhecem os efeitos das plantas, e isto parece ser mais seguro do que 03 dos 35 indivíduos usuários justificarem o uso por não fazer mal algum. Isto acontece porque no dia-a-dia se fala pouco dos efeitos adversos ou colaterais dessas drogas, mas existe um certo risco ao qual se está submetido quando se utiliza este recurso natural.

A tabela 6 mostra a distribuição da forma da planta mais utilizada, e observa-se que 80% dos indivíduos utilizam-na natural ou seca. Esses dados reforçam que a utilização do chá é uma prática conservadora na qual as facilidades do sachê não superou o uso *in natura* ou seca. Por outro lado, aumentam as possibilidades de usar plantas inadequadas em virtude do conhecimento popular ser falho, pois a indicação “boca-a-boca” de uma planta alimenta essa cadeia. Ao utilizar de chá, é importante o indivíduo saber sobre a planta com a qual irá preparar o chá, e quando se trata da procedência das mesmas, Lopes (1997) diz que quando há condições o melhor é cultivar-se em casa as espécies mais usadas, visto que as ervas, quando compradas de terceiros podem apresentar problemas de identificação e dificilmente os vendedores sabem como foi feita a coleta e em que ambiente a planta foi seca e armazenada. Ao utilizar plantas secas, é imprescindível observar o estado de conservação das mesmas – para não se expor a riscos inerentes a sua inadequada utilização – e à quantidade para preparar os remédios – sempre que for usada a planta seca, deve-se diminuir um terço do que seria usado da planta fresca, pois o processo de secagem reduz a quantidade de água da planta e concentra os princípios ativos. Esta também é uma questão que deverá ser estudada com maior profundidade.

No preparo do chá, 26 (74,28%) dos indivíduos da amostra disseram que retiram e erva da água antes desta esfriar. Para Sanguinetti (1989), depois de pronto o chá, coa-se o mesmo retirando as folhas, pois se elas permanecerem com o chá os princípios ativos

retornarão à mesma. Observando-se algumas caixas de chás, notou-se que não há indicação que o chá, depois de preparado, deve ser guardado na geladeira por menos de 24 horas e usado sem prejuízo à saúde. As orientações encontradas apenas abordam o preparo dos chás, e não levam em conta a conservação do mesmo depois de pronto. Este estudo ainda revelou que 19 (60 %) dos indivíduos ou fazem a dose de chá que necessitam (não precisando guardar o restante) ou conservam na geladeira por 24 horas; os outros 16 (40%) conservam chá de maneira errada. Se a situação fosse analisada com mais rigor, 19 (60%) dos indivíduos da amostra estariam conservando o chá de forma correta.

O chá mais utilizado pelos indivíduos da amostra foi a marcela, 21 vezes (19,44%), seguido da alcachofra, 09 (8,34%), boldo, 08 (7,40%), erva-cidreira, 07 (6,48%), camomila, 05 (4,63%), carqueja, 05 (4,63%) e chuchu, 05 (4,63%). Os sintomas mais tratados com chás foram: indigestão, 36 opções (33,34%), nervosismo e insônia, 15 (13,90%), pressão alta, 10 (9,26%), hiperglicemia, 08 (7,40%) e colesterol elevado, 07 (6,48%).

O chá de marcela (tabela 12) foi citado como o mais utilizado para indigestão e há evidência científica que ele realmente ajuda neste sintoma, devido aos óleos voláteis que são encontrados em suas estruturas. Esse mesmo princípio ativo também é responsável pela ação analgésica e hipotensora da marcela. Os flavonóides, outro princípio ativo encontrado na marcela tem ação antiinflamatória, justificando o uso em gripes e resfriados. Já o efeito hipocolesterolêmico desta planta no foi encontrado no herbário. Apesar de natural, a infusão da marcela pode ter efeitos adversos em decorrência do seu uso, como a sonolência, que pode ser confundida com seu efeito calmante; em virtude dos óleos voláteis serem depressores do sistema nervoso central.

No caso da erva-cidreira, outra planta bastante utilizada no Rio Grande do Sul, o uso terapêutico foi mais atribuído ao efeito calmante e a literatura também demonstra essa indicação como correta.

Já a alcachofra, o segundo chá mais utilizado pelos indivíduos da amostra, para digestão, hiperglicemia, diurético e hipercolesterolemia tem todos esses efeitos questionados pelo herbário e esta planta necessita de estudos mais aprofundados sobre suas indicações terapêuticas.

Chamou atenção o fato do chá da berinjela, de reconhecida ação contra o colesterol elevado não ser citado nenhuma vez na pesquisa realizada, o mesmo acontecendo com a arnica e cânfora, utilizadas de forma errada internamente contra distúrbios osteomusculares, sendo que o correto é tópico.

É de pensar se realmente o uso dos chás não deveria ser melhor orientado pelos usuários, pois existem algumas situações muito controversas: considerando que os velhos tem a hidratação das mucosas diminuída, o uso do chá “preto”, que resseca a boca seria válido? Acredita-se que não. E o fato dos chás de marcela e boldo, bastante usados para distúrbios digestivos levarem a anemia por inibirem a produção da série vermelha do sangue, é de conhecimento de seus usuários? Provavelmente muitas outras reações podem ser decorrentes de plantas, por isso é importante haverem estudos mais categóricos sobre as mesmas.

A quantidade de chá ingerida foi bastante aquém da dose preconizada por Lopes (1997) e Sossae (2004), que é de uma xícara de chá 3 a 4 vezes ao dia, pois apenas 10 indivíduos usuários de chás referiram ingerir a quantidade terapeuticamente correta; 17 indivíduos utilizam hipodose (1 a 2 xícaras) e 08 hiperdose (5 xícaras ou mais), totalizando 25 indivíduos que utilizam doses erradas de chás. Não existe uma faixa etária dos indivíduos que tomam chá de maneira certa, todos igualmente tomam de forma equivocada.

Em resumo, 04 dos 10 que não usam chá de fato utilizam este recurso sem fim terapêutico, o que poderia ser acrescido junto daqueles que usam porque não faz mal, o que corresponde a 07 indivíduos da amostra utilizando chá sem conhecer os efeitos das ervas. De fato mesmo, 02 pessoas de 45 são os que realmente não usam chá, porque não gostam.

## 8 CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo concluiu-se que:

- os chás mais utilizados com finalidade terapêutica são a marcela com frequência de 21 (19,44%), alcachofra com frequência de 09 (8,34%) e boldo com frequência de 08 (7,40%);
- das 63 citações dos chás temos 45 com uso correto e 18 fazem uso errado;
- com relação ao destino da erva após o preparo, 21 (60%) dos indivíduos que utilizam chá o conservam da maneira correta;
- dos 35 idosos que usam chá 28 (80%) o usam sob a forma natural ou seca e apenas 07 (20%) usam sob a forma de sachê;
- apenas 10 (28,58%) usam chá na dose correta, de 03 a 04 xícaras por dia e
- as finalidades mais usadas dos chás são para digestão, com frequência de 36 indivíduos e como calmante, com frequência de 15 indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AGRA, M. de F. **Plantas da medicina popular dos Cariris Velhos, Paraíba, Brasil**. João Pessoa: Editora União, 1996.

ALICE, C. A. et al. **Plantas Medicinais de uso popular: atlas farmacognóstico**. Canoas: ULBRA, 1995.

BONTEMPO, M. **Medicina Natural**. São Paulo: Nova Cultural, 1994.

BRASIL. **Constituição Federal**. República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal/Centro gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BURNSIDE, I. M. **Enfermagem e os idosos**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

CAMARGO, M. T. L. de A. As plantas na medicina popular e nos rituais afro-brasileiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE RELATOS DE PESQUISA EM FOLCLORE, 2., 1997, Campinas. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.aguaforte/herbarium/plantas.html>. Acesso em: 14 mar. 2004.

COELHO, A. Plantas Medicinais: a natureza que cura. **Boletim Informativo do Conselho Federal de Biologia**. Brasília, v. 11, pg. 5, jan./fev., 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação**. Porto Alegre: COREn/RS, 1988, p. 15-19: lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação**. Porto Alegre: COREn/RS, 1998, p. 23-28: decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação**. Porto Alegre: COREn/RS, 1988, p. 31-43: resolução COFEn nº160/93.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer Normativo do COFEn nº 004/95. Dispõe sobre as atividades em Terapia Alternativa. **Bol. Inf. COREn**, v. 18, n.4, p. 8, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEn 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Documentos básicos de enfermagem**. São Paulo, 1997, p. 197.

CORRÊA JÚNIOR, C. et al. **Cultivo de Plantas Medicinais Condimentares e Aromáticas**. 2. ed. Jaboticabal: FUNEP, 1994.

DI STASI, L. C. **Plantas Medicinais: arte e ciência: um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

ESMTC. Fitoterapia. **ESMTC**, Mar. 2004 Disponível em: <<http://www.esmtc.pt.fitoterapia/index.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2004

FETROW, C. M.; AVILA, J. R. **Manual da Medicina Alternativa para o Profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FRANCO, I. J. **Ervas e Plantas: a medicina dos simples**. Erechim: Litoprint, 1997.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RIO GRANDE DO SUL. Expectativa de Vida. **FEE**, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo>. Acessado em 15 jun. 2004.

GARLET, T. M.; IRGANT, B. E. Plantas Medicinais utilizadas na medicina popular por mulheres trabalhadoras rurais de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Botucatu, v. 4, n.1, p. 9-18, out. 2001.

GEORGE, J. *et al.* **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GONSALVES, P. E. et al. **Medicinas alternativas: os tratamentos não convencionais**. São Paulo: IBRASA, 1989.



GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GUARIN NETO, G. **Plantas medicinais do Estado do Mato Grosso**. Brasília: Abeas, 1996.

LOPES, A. M. V. **Plantas usadas na medicina popular do Rio Grande do Sul**. Santa Maria: UFSM, 1997.

MARODIN, S. M.; BAPTISTA, L. R. de M. Ouso de plantas com fins medicinais no município de Dom Pedro de Alcântara, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Botucatu, v. 4, n.1, p. 57-68, out. 2001.

NOGUEIRA, J. M. de C. Recursos Naturais nas Práticas Caseiras de Cuidados à Saúde - utilização pela enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-186, ago. 1984

NOGUEIRA, J. M. de C. Terapêuticas alternativas em enfermagem. Por que não? **Enfoque**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 30-35, ago. 1983.

OMS. UICN. WWF. **Diretrizes sobre conservação de plantas medicinais**. Londres: Media Natura, 1993. 58 p.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PASCHOAL, G. Anciãos transmitem cultura indígena. **Com Ciência**, mar. 2004. Seção de Reportagens. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env06.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2004.

PETROVICK, P. R. Perigo das plantas como medicamentos. In: **Experiência: jornal laboratório da FAMECOS/PUC**. Porto Alegre, nov. 1992. p. 11. retr.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Guia do SUS em Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS, 1996.

RATES, S. M. K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de Farmacognosia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. São Paulo, v. 11, n.2, p. 57-69, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa**. Porto Alegre: CEI, 1997.

RODRIGUES, C. Fitoterapia. **Holos Virtual**, mar. 2004. Disponível em <<http://www.holos.com.br/artigos/fitoterapia00html>> Acesso em: 14 mar. 2004.

RUESCAS, J. **Grande Compêndio de Enfermagem Sivadi**. São Paulo: Sivadi Editorial, 1998.

SANGUINETTI, E. E. **Plantas que curam**. Porto Alegre: Rigel, 1989.

SILVA, M. J. P.; BENKO, M. A. o uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 51, n. 3, p. 457-468, jul./set., 1998.

SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: 4. ed. Ed. da Universidade/UFRGS, 1995.

SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 5. ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS; Florianópolis: Ed. da UFSC, 2003.

SOSSAE, F. C. Plantas Medicinais. **Universidade de São Paulo**, São Paulo, mar. 2004. Disponível em: <<http://educar.sc.usp.br/biologia/prociencias/medicinais.html>>. Acesso em: 11 mar. 2004.

WÄCHTER, M. I. F. **Chás utilizados como terapia para o *Diabetes mellitus*: um estudo com idosos**. Porto Alegre: UFRGS, Monografia de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem 2000.

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

## ESCOLA DE ENFERMAGEM

O estudo "Chás usados com fins terapêuticos: um estudo com idosos" tem como objetivo geral identificar os chás utilizados por pessoas da Terceira Idade com fins terapêuticos e o seu manejo, tendo como sujeitos os indivíduos com 60 anos ou mais que participam do grupo de convivência de um centro de saúde de Porto Alegre.

O autor, Vinícius Tejada Nunes, é acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a orientação é de responsabilidade da professora Vera Portella.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e da forma de colaboração nesta pesquisa. Fui informado(a):

1. Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca de assuntos relacionados com a pesquisa.

2. Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo no meu cuidado e tratamento.

3. Da segurança que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

4. Os dados serão utilizados somente para este estudo e os instrumentos para coleta de dados serão guardados sob a responsabilidade do pesquisador, por um prazo de 5 anos seguindo legislação do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos.

5. Telefones para contato: Vinícius (pesquisador): 8112-5773 e Vera Portella (orientadora): 3316-8336.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Vera Portella (orientadora e pesquisadora responsável)

\_\_\_\_\_  
Vinícius Tejada Nunes

## APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROJETO

Chás usados com fins terapêuticos

um estudo com idosos

Solicito sua colaboração para coleta de dados no estudo sobre chás mais usados pelos com fins terapêuticos e seu manejo, conforme consta no Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Faço a pergunta, o(a) Sr.(Sra.) responde e eu anoto no instrumento.

### 1. Identificação:

1.1 Idade: ( ) anos

1.2 Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

1.3 Tem alguma doença crônica? ( ) não ( ) sim, qual?

( ) doenças cardiovasculares

( ) distúrbios endócrinos

( ) câncer

( ) doenças pulmonares

( ) doenças osteo-musculares

( ) outras: .....

### 2. Uso de chás:

2.1 Faz uso de chá para alguma doença e/ou indisposição (sintoma)?

( ) **sim**, porque optou em usar o chá? ( ) **não**, por que não usa:

( ) porque é mais barato

( ) porque não gosta ou não tem hábito

( ) porque é fácil de conseguir

( ) não sabe se funciona como tratamento

( ) porque não faz mal

( ) acredita que pode fazer mal se tomar junto

( ) outro:.....

com medicação

( ) toma somente por prazer em (sem fins terapêuticos)

( ) outro:.....

## 2.2 Qual(is) planta(s) utiliza para qual(is) finalidade(s) e como prepara?

Planta	Finalidade	Infusão	Decocção
Jambolão		( )	( )
Carambola		( )	( )
Pata-de-vaca		( )	( )
Quebra-pedra		( )	( )
Carqueja		( )	( )
Jurubeba		( )	( )
Eucalipto		( )	( )
Erva pombinha		( )	( )
Boldo		( )	( )
Pariparoba		( )	( )
Marcela		( )	( )
Erva-doce		( )	( )
Erva-cidreira		( )	( )
Capim cidró		( )	( )
Outra(s):		( )	( )
		( )	( )
		( )	( )
		( )	( )
		( )	( )

## 3. Manejo de chás:

## 3.1 Qual forma que mais utilizada a(s) planta(s)?

- ( ) sachê  
 ( ) seca  
 ( ) natural

## 3.2 O que faz com a erva que prepara o chá?

- ( ) deixa na água  
 ( ) retira da água antes de esfriar

## 3.3 Quanto ingere de chá por dia?

- 1 xícara       3 xícaras       5 xícaras ou mais  
 2 xícaras       4 xícaras       .....

## 3.4 Como conserva o chá pronto?

- em temperatura ambiente e usa até terminar:  sim     não  
 na geladeira e usa até terminar:  sim     não  
 garrafa térmica, e usa até terminar:  sim     não  
 não conserva o chá mais que um dia  
 não sobra porque faz a dose que necessita