

PRÁTICAS CASEIRAS NO CUIDADO À SAÚDE
TECNOLOGIA APROPRIADA

* SILVIA NÓBREGA
* NEIVA FRANCENELY

ReBEn/03

NÓBREGA, S. e FRANCENELY, N. – Práticas Caseiras no Cuidado à Saúde Tecnologia Apropriada
Rev. Bras. Enf.: RS, 35: 200-225, 1982.

RESUMO

O presente trabalho versa sobre plantas as quais popularmente se atribuem propriedades medicinais, mediante as práticas de cuidados caseiros à saúde. As informações contidas no trabalho, foram obtidas pelas autoras através de aplicação de questionários, a uma amostra de 60 mães da população rural de professoras e regentes de ensino do 1º Grau séries iniciais, da Secretaria de Educação do Município de Aquiraz - Ceará.

ABSTRACT

The present work is about plants which are popularly considered to have medicinal properties, the data presented in the paper were obtained by the authors through the application of questionnaires to a sample of 60 mothers within a population group of teachers and teachers-aids of rural primary school in the Brazilian municipality of Aquiraz in the northeastern state of Ceará.

I – INTRODUÇÃO

1.1. Revisão Bibliográfica

O planejamento da assistência a saúde nos países em desenvolvimento, tem conotações diferentes daqueles dos países desenvolvidos, por uma complexidade de fatos tais como: a acessibilidade aos diferentes níveis de assistência, a forma de distribuição e estrutura da população⁸. Conseqüentemente as respostas destes países aos diversos problemas de saúde são também diferentes. Tais respostas

* Enfermeiras de Saúde Pública.
Lotadas na Secretaria de Saúde do Estado do
Ceará/Divisão de Treinamento. Fortaleza -
Ceará

divergem significativamente se levarmos em conta também os valores sócio-culturais de cada povo e país.

Os principais problemas de saúde dos países em desenvolvimento, têm preocupado os governos e algumas organizações, vinculadas às Nações Unidas¹⁰. “Alcançar para todos os cidadãos do mundo um grau de saúde aceitável que lhes garanta uma vida social e economicamente produtiva, tem como lema, SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000”¹³.

Dados empíricos e pesquisas internacionais têm demonstrado que no Brasil a grande maioria das necessidades de saúde da nossa população, correspondem a problemas de natureza simples, requerendo para sua solução medidas de atendimento a nível de Atenção Primária¹¹.

Requer-se mais uma vez, que as mudanças e transformações necessárias ocorram, na tentativa de visualizar novas linhas de ação acerca dos problemas de saúde e a forma como solucioná-los¹³²². Assim é importante investigar novas estratégias de cobertura de saúde que não foram, ainda, suficientemente exploradas.

TECNOLOGIA APROPRIADA, inserida em Alma Ata (URSS) 1978, como recomendação proposta para se conseguir cobertura de saúde¹⁹, oferece um vasto campo de descoberta de modelos operacionais, no sistema de prestação de serviços, por meio da atenção primária.

A medicina tradicional tem sido discutida desde a III e IV Reunião dos Ministros de Saúde (1972 e 1977), como estratégia de cobertura as populações carentes, uma vez que ela emana do povo e é aceita por este^{20, 22}.

As tecnologias para os países em desenvolvimento deverão ser “tecnicamente adequadas, economicamente exequíveis e socialmente justas”.

Nesse sentido a OMS tem sugerido que os profissionais de saúde se empenhem na investigação e divulgação destes recursos, no sentido de torná-los livres de risco, para que a comunidade os utilize adequadamente quando se fizerem necessários^{20, 27}.

Esta estratégia de TECNOLOGIA APROPRIADA para cobertura de saúde, aliada aos benefícios que proporciona à comunidade, possibilita sua plena participação através da divulgação dos elementos de sua cultura, e conscientização da responsabilidade na manutenção da saúde individual e da própria comunidade.

MORENO¹⁵, enfatiza a importância da criação de novas tecnologias ou a retomada das tecnologias já existentes.

As práticas caseiras no cuidado à saúde, alternativa de TECNOLOGIA APROPRIADA, não significa que à comunidade será oferecida uma medicina de qualidade inferior^{20, 21}.

“A adoção de tecnologias mais simplificadas, de menor custo e adequada eficácia, não pode ser entendida como intenção de discriminar os pobres com uma assistência de “menor qualidade”. A simplificação de meios corresponde à simplicidade de problemas e não a simplicidade das pessoas”¹¹.

As famílias uma vez privadas dos serviços de saúde e pressionadas pelas necessidades de sobrevivência, buscam nas práticas caseiras a satisfação de suas necessidades mais imediatas^{12, 20, 27(*)}, uma vez que o conhecimento empírico da comunidade sobre estas práticas caseiras no cuidado à saúde está vivo e se tem manifestado através de gerações.

SINGER²⁵, refere-se à medicina popular como aquela não legitimada. Reconhece o seu valor, uma vez que grande parte da população brasileira ainda a ela recorre. E cogita da possibilidade de sua legitimação.

MAHLER¹², em 1978, descreveu uma experiência bastante satisfatória, utilizando a medicina tradicional “ênfoque caseiro”, no tratamento das diarreias e desidratação, com resultados bastante satisfatórios.

Na Guatemala, 1977, o Centro Mesoamericano de Estudos sobre TECNOLOGIA APROPRIADA (CEMAT) tem desenvolvido trabalho sistemático no sentido de catalogar fichas sobre plantas às quais, popularmente, se atribuem propriedades medicinais, a partir de uma revisão bibliográfica. As fichas objetivam aumentar e divulgar a medicina popular⁵.

No Ceará, trabalhos neste sentido estão sendo realizados: o Programa de Assistência Primária em Saúde (PAPS) tem utilizado as rezadeiras para o controle das gastroenterites e desidratação, asso-

* Informação pessoal colhida na amostra

ciando os cuidados orientados pelas mesmas a o hidratante, na tentativa de articular, desta forma, o sistema tradicional com o Institucional²³; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976 surge como nova filosofia de ação, com princípios e diretrizes fundamentados na medicina comunitária, utilizando a parteira treinada, no atendimento a gestante¹⁸; em Aratuba, a Arquidiocese vem desenvolvendo um trabalho comunitário, através de lideranças naturais que participam do planejamento comunitário em todas as suas etapas²⁹.

Se em 90% dos que demandam serviços de saúde, 2/3 podem ser atendidos sem a participação direta dos médicos, a tecnologia adaptada às necessidades locais é vital para a cobertura em saúde desta população¹¹. Para CARLYLE¹¹, o rompimento da tecnologia médica convencional, constitui a superação e a autonomia do DESAFIO TECNOLÓGICO.

A presença da comunidade no plano das pesquisas sobre TECNOLOGIAS APROPRIADAS garante a idoneidade dos estudos realizados por instituições docentes e de pesquisas, indústrias e organizações não governamentais de áreas afins^{03, 21}.

Levando em conta os pressupostos citados e o inter-relacionamento com as comunidades rurais, as autoras visualizaram a TECNOLOGIA APROPRIADA, emergindo da própria comunidade, através das práticas dos cuidados caseiros em resposta aos agravos à saúde – NASCE A PESQUISA.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Introduzir as práticas caseiras no cuidado a saúde, como uma alternativa de extensão de cobertura através de uma TECNOLOGIA APROPRIADA.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer os costumes populares no que se refere ao cuidado da saúde da criança de 0 a 5 anos de idade.
- Verificar se mães jovens abandonam os costumes tradicionais nos cuidados a criança de 0 a 5 anos de idade.
- Observar a interferência do grau de instrução no abandono das práticas caseiras.
- Verificar se as mães, de localidades diferentes de um mesmo município, possuem também práticas caseiras diferentes, no cuidado a saúde da criança de 0 a 5 anos de idade.
- Detectar se mães de zonas rurais, com acesso aos serviços de saúde, abandonam as práticas caseiras.

1.3. Definição de Termos

DISTRITO – Divisão de localidades geográficas para fins administrativos. A sede do distrito é considerada como Vila⁹.

ENFERMIDADE/SINTOMA – Menção de queixas percebidas pelas mães, referida como agravo a saúde.

HERANÇA CULTURAL – Informações recebidas dos pais, das gerações anteriores.

QUADRO NOSOLÓGICO – Relativo às características comuns de enfermidades/sintomas na faixa etária de 0 a 5 anos.

LOCALIDADES RURAIS – Povoados municipais.

MÃES JOVENS – Mães compreendidas na faixa etária de 15-35 anos¹⁷.

PRÁTICAS CASEIRAS – Todo cuidado prestado, utilizando recursos vegetais, sem orientação médica.

SERVIÇOS DE SAÚDE – Foram considerados os Postos de Saúde, Centro de Saúde, Farmácias e outras instituições sociais.

MICRORREGIÃO – áreas que agrupam, dentro de um mesmo Estado ou Território, municípios com características físicas, sociais e econômicas de certa homogeneidade⁹.

REGENTES DE CLASSE – Agente da comunidade rural de nível médio ou elementar treinado para ministrar aulas, sem possuir o grau de professor.

SISTEMA INSTITUCIONAL – Serviços de saúde, legitimado através de uma instituição.

SISTEMA TRADICIONAL – Todas as atividades de saúde relacionadas à comunidade.

SUBDISTRITO – Oficialmente não existe esta divisão. Pode ser considerado como uma área subdividida do distrito⁹.

TECNOLOGIA APROPRIADA – Métodos aptos para melhorar a saúde, cientificamente válidos, adaptados as necessidades locais e mantidos pela própria população de conformidade com o princípio de auto responsabilidade e a um custo aceitável para a comunidade e para a o país¹⁹.

1.4. Dados sobre o Município em Estudo – Aquiraz – Ceará

QUADRO I – DISTÂNCIA DAS LOCALIDADES DO MUNICÍPIO DE AQUIRAZ À CIDADE DE FORTALEZA

LOCALIDADES	DISTÂNCIA (Km) FORTALEZA
Aquiraz/sede	30
Eusébio	22
Jacáuina	48
Justiniano de Serpa	38

FONTE: Prefeitura Municipal de Aquiraz – Ceará.

QUADRO II – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE AQUIRAZ CEARÁ, 1980

LOCALIDADES	POPULAÇÃO/HAB.
Aquiraz	10.928
Eusébio	12.255
Jacáuina	11.892
Justiniano de Serpa	10.632
TOTAL	45.707

FONTE: IBGE. Aquiraz - CE. Censo, 1980.

QUADRO III – SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE AQUIRAZ – CEARÁ, SEGUNDO SUAS LOCALIDADES.

LOCALIDADES	SERVIÇOS DE SAÚDE (Nº)
Aquiraz/sede	08
Eusébio	03
Justiniano de Serpa	–
Jacáuina	04
TOTAL	15

FONTE: Prefeitura Municipal de Aquiraz - Ceará, 1980.

II – METODOLOGIA

O estudo em questão foi realizado no município de Aquiraz, com professores e regentes de classe de séries iniciais do 1º Grau da Secretaria de Educação Município (Fig. 1).

Do total de 209 professoras e regentes de classe, 92 são mães. Destas, foram selecionadas 60 para aplicação do questionário sobre práticas caseiras no cuidado à saúde da criança.

Na tentativa de se obterem resultados significativos, no que se refere às hipóteses, as autoras consideraram as seguintes características da clientela, como aspectos importantes para análise do referido estudo:

- dados de identificação: mães
faixa etária materna
procedência da mãe
- dados sócio-culturais: grau de instrução materna
herança cultural
manutenção nas práticas caseiras no cuidado à saúde.

O critério de seleção para a população amostral foi definido, considerando que nas pequenas comunidades, professoras e regentes de classe são elementos de divulgação e liderança.

No sentido de identificar o quadro nosológico de crianças de 0 a 5 anos de idade e, conseqüentemente, a prática dos cuidados caseiros em relação a estas enfermidades/sintomas, as autoras elaboraram um estudo exploratório com uma relação de 24 enfermidades/sintomas (Apêndice I), que segundo MORLEY¹⁶, ALCANTRA & MARCONDES¹, STANLEY²⁶, VERONESI²⁸, BRUYO⁴ e MATTOS¹⁴, são comuns nesta faixa de idade. Este estudo foi aplicado a 30 mães de zona rural e urbana, respectivamente em Postos e Centro de Saúde. A partir de então foi elaborado o questionário (Apêndice II) com o quadro nosológico obtido dos resultados do estudo exploratório diagnosticado pelas mães, segundo o maior número de citações das enfermidades/sintomas apresentados.

O questionário constituiu-se de 1 folha de identificação e 14 folhas para prática de cuidado /quadro nosológico, sendo que na décima quarta folha (por questionário), foi incluída a pergunta V, em relação a utilização dos mesmos recursos.

O item III deste questionário, servirá como subsídios para estudos, numa fase posterior.

A escolha do município de Aquiraz para a realização da pesquisa deveu-se ao fato de as autoras lá se encontrarem, em programa de extensão. As inter-relações com a comunidade provenientes das atividades de extensão, permitiram a observação das necessidades de saúde desta população e os meios utilizados por ela para resolvê-los.

O questionário foi aplicado por ocasião de um curso de Educação em Saúde, dirigido a professoras e regentes de classe da Secretaria de Educação do Município. Fez-se opção da aplicação na fase inicial do curso para evitar viés na pesquisa, que poderia ocorrer durante ou após o curso.

Na aplicação do questionário, a população amostral foi informada dos objetivos da pesquisa, da importância quanto à contribuição na veracidade dos conhecimentos e práticas de cada uma no que se refere aos cuidados caseiros dispensados à criança. Durante todo o processo de aplicação do questionário as autoras estiveram presentes.

Mães, com filhos maiores de 5 anos, responderam ao questionário tomando como base a memória no cuidado do filho mais novo.

Geograficamente a amostra se encontra bem distribuída, uma vez que se obtiveram representações correspondentes a 4 áreas rurais em que o município é dividido (Fig. 2).

Figura 1 – Localização geográfica do Município de Aquiraz no Estado do Ceará.

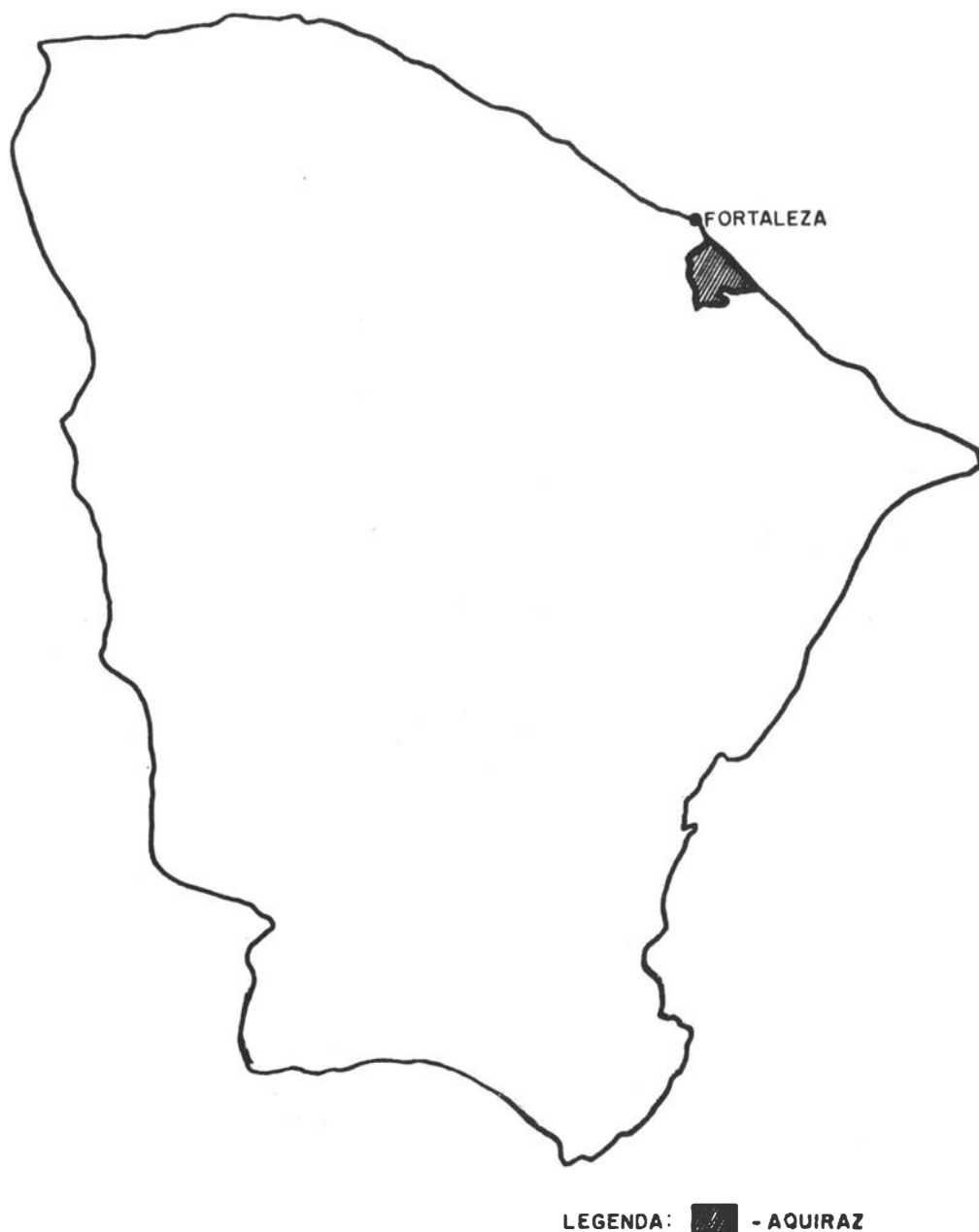


Figura 2 – Divisão dos Distritos e distribuição dos subdistritos, conforme procedência da amostra.
Aquiraz - Ceará, novembro, 1980.



III – RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os dados obtidos foram trabalhados de maneira a oferecer um quadro onde figuram os resultados mais relevantes para a pesquisa.

TABELA 1 – GRUPO DE MÃES NA FAIXA ETÁRIA DE 15 – 55 ANOS. AMOSTRA POPULACIONAL/APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO. AQUIRAZ - CEARÁ, NOVEMBRO, 1980.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	Nº DE MÃES	%
15 ————— 20	03	5
21 ————— 25	11	18,3
26 ————— 30	12	20,0
31 ————— 35	08	13,3
36 ————— 40	09	15,0
41 ————— 45	10	16,6
46 ————— 50	05	8,3
51 ————— 55	02	3,3
TOTAL	60	100,0

FONTE: Questionário aplicado pelas autoras.

Na apresentação inicial dos resultados têm-se a Fig. 3 e Tab. 1, representativas da faixa etária do grupo em estudo. Embora não tenha sido preocupação das autoras comprovar que a população amostral tem filhos no período fértil, na Fig. 3, verifica-se que em 34 mães (56,6%) da amostra tal fato ocorre. Considerando que a amostra representa o universo, é lícito prever-se uma tendência natural de ascensão no coeficiente de natalidade deste município. Conseqüentemente maior número de crianças para extensão de cobertura dos serviços de saúde.

TABELA 2 – GRAU DE INSTRUÇÃO DO GRUPO DE MÃES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA. AQUIRAZ - CEARÁ, Novembro, 1980.

GRAU DE INSTRUÇÃO	Nº	(%)
1º Grau completo	25	(41,66)
incompleto	28	(46,66)
2º Grau completo	05	(8,33)
incompleto	02	(3,33)
3º Grau completo	—	—
incompleto	—	—
TOTAL	60	(100,0)

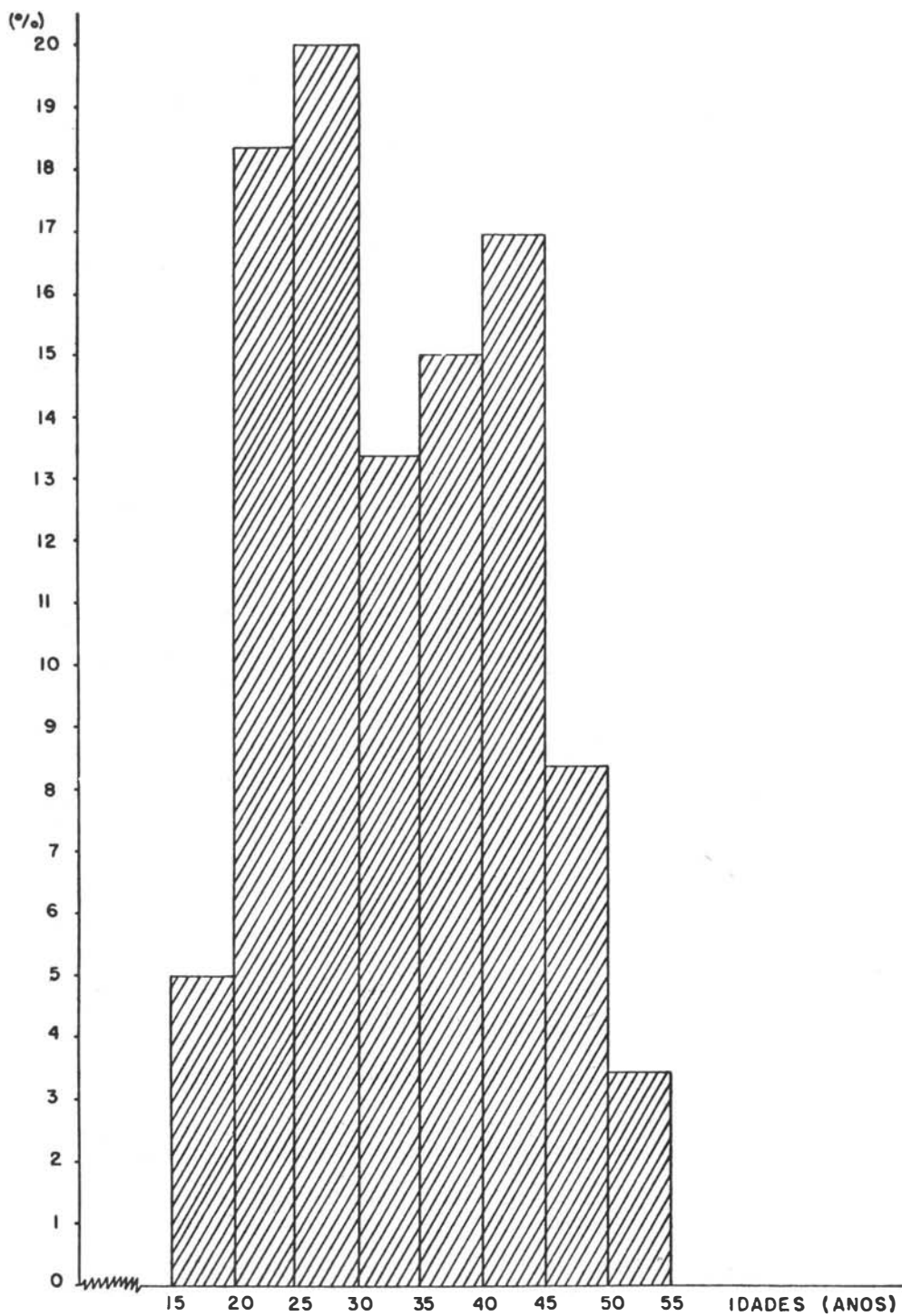
FONTE: Questionário aplicado pelas autoras.

Na Tab. 2 pode-se observar que o percentual mais alto da amostra (91,53%) compõe-se de regentes de classe.

Persiste a impossibilidade de comprovar ou negar a prática caseira no cuidado da saúde influenciada pelo grau de instrução, devido à insuficiência de dados significativos, e a homogeneidade da amostra.

No entanto, confrontando-se os resultados da Tab. 6 e Tab. 2, observa-se uma coerência entre o total de 195 receituários realizados (83,69%) e o contingente maior de 58 regentes de classe (91,53%).

Figura 3 – Percentual do grupo de mães segundo faixa etária de 15 – 55 anos.
Aquiraz – Ceará, novembro, 1980.



A Tab. 3 indica o modo como a população amostral se encontra distribuída no município de Aquiraz, segundo faixa etária e número de mães.

TABELA 3
 DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO DE MÃES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA/LOCALS
 DE PROGENDIA
 AQUIRAZ - CEARÁ, NOVEMBRO, 1980

FAIXA ETÁRIA	Nº DE MÃES	LOCALIZAÇÃO - DISTRITO / SUBDISTRITO																															
		JACARAÚNA					EUSEBIO					DISTRITO DE BEZA					SEDE																
		CANONIA	CARAÇÁ-ILÁ	COOPERADO DO M. DISTRITO	FACINDES	FERRERIA	PATAGAS	PAU	BITO	PAZERA	TRABUÇÓ	CAMARÁ	LAGOA DO MATO	LAGOA DA TELHA	MANCANGA DA BEZA	OLHO D'ÁGUA	BEZA	DURA	TAMATANI	TIPIUBI	VISTA MARIÁ	BOA VISTA	JOSE CA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA	POB. FERRIA		
11 -> 20	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
21 -> 25	11	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
26 -> 30	12	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 -> 35	09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41 -> 45	10	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46 -> 50	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51 -> 55	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	69	04	01	01	01	01	04	01	02	03	01	01	01	01	03	01	03	01	04	01	02	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	03

Fonte: Quantitativo aplicado pelas autoras.

Diante de tais resultados foi possível a obtenção de dados significativos de cada distrito (Jacaúna - Eusébio - Justiniano de Serpa - Sede) em relação à população amostral (Fig. 2).

No sentido de comprovar ou refutar a hipótese de que mães de áreas rurais diferentes, possuem também cuidados diferentes, as autoras selecionaram da Tab. 5, o agravo à saúde mais citado pela amostra, no caso diarreia.

Obteve-se, na Tab. 4, o cuidado dispensado pelas mães diante do sintoma citado

Tais resultados refutam a hipótese acima mencionada uma vez que pela Tab. 4, pode-se observar que há uma semelhança quanto à utilização de uma mesma planta em relação à prática caseira no cuidado com a diarreia, por mães de áreas diferentes.

Observa-se nos resultados contidos no Quadro IV a característica do quadro nosológico da criança residente no município de Aquiraz.

Esses resultados foram obtidos da população amostral através de citações por enfermidades/sintomas percebidos, a partir do quadro nosológico apresentado (Apêndice II).

Vale ressaltar, neste Quadro IV, que o número de Enfermidades/Sintomas citados corresponde ao número de vezes que foram percebidos pela amostra populacional. Das 60 mães, 49 (82%) mencionaram a Diarreia, 33 (55%) mencionaram a febre e 25 (42%) o vômito.

Os dados fornecidos na Tab. 5 referem-se ao número de vezes em que as plantas (às quais popularmente são atribuídas propriedades medicinais) foram utilizadas nas práticas no cuidado da saúde, segundo enfermidades/sintomas.

TABELA 4 – NÚMERO DE CITAÇÕES DE PLANTAS UTILIZADAS NAS PRÁTICAS CASEIRAS NO TRATAMENTO DA DIARRÉIA SEGUNDO PROCEDÊNCIA DA AMOSTRA - AQUIRAZ - CEARÁ, NOVEMBRO, 1980.

TABELA 4

PLANTAS/PRÁTICAS CASEIRAS NA DIARRÉIA	ALGODO- EIRO	AROEIRA	BANANEI- RA	CAPIM SANTO	CEBOLA BRANCA	CIDREI- RA	CIRIGÜ- ELEIRÄ	GOIABEL- RA	LARAN- JEIRA	MELAN- CIEIRA	PTIAN- GUEIRA		TOTAL
											Nº	Nº	
Jacuína	01	01	-	03	-	01	01	03	01	-	03	03	14
Eusébio	05	-	-	-	01	02	-	04	01	-	01	01	14
Justiniano de Serpa	-	-	-	-	-	-	-	02	01	01	01	01	05
Sede	-	-	02	-	-	-	02	07	01	01	01	01	14
TOTAL	06	01	02	03	01	03	03	16	04	02	06	06	47

FONTE: Questionário aplicado pelas autoras

QUADRO IV – NÚMERO DE VEZES QUE AS ENFERMIDADES/SINTOMAS COMUNS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS SÃO PERCEBIDAS PELA AMOSTRA POPULACIONAL – AQUIRAZ – CEARÁ, NOVEMBRO, 1980.

ENFERMIDADES/SINTOMAS	Nº DE VEZES	n = 60 MÃES (%)
Catarro no peito	21	35
Coqueluche	10	17
Diarréia	49	82
Dor d'olhos	09	15
Falta de ar	07	12
Febre	33	55
Garganta inflamada	19	32
Pancada	12	20
Piolho e/ ou caspa	11	18
Resfriado	22	37
Sarampo	16	27
Sapinho	09	15
Teçol	04	07
Vômitos	25	42

FONTE: Questionário aplicado pelas autoras.

TABELA 5 – ENFERMIDADE/SINTOMAS SEGUNDO PRÁTICAS CASEIRAS A PARTIR DE PLANTAS POPULARMENTE ATRIBUÍDA PROPRIEDADE MEDICINAL. AQUIRAZ - CEARÁ, NOVEMBRO, 1980.

PLANTAS UTILIZADAS PARA PRÁTICA DO CUIDADO CASEIRO	ENFERMIDADES/SINTOMAS															TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Aconito	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Açafrão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	12
Agrião	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Alfavaca	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Algodoeiro	-	-	-	06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06
Alho	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	02	-	-	-	-	04
Apolião	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Aroeira	-	-	-	01	-	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Ateira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Bananeira	-	-	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Batiputá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Beterraba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Canela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08	08
Capim Santo	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Carrapateira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01
Cebola Brava/Branca	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Cenoura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Cidreira	-	-	01	03	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	07
Cirugueleira	-	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Corama	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Colônia	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	02
Coqueiro	-	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05
Cravo	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Erva Doce	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-	-	01	04
Eucalipto	01	-	-	-	-	-	16	-	-	-	13	-	-	-	-	30
Fedegoso	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Gergilim	-	-	-	-	-	-	09	-	-	-	-	-	-	-	-	09
Goiabeira	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Gravioleira	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Hortelã	-	-	-	-	-	02	02	-	-	-	-	-	-	-	04	08
Ipecacuanha	07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	09
Jasmim	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01
Jatobá	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Jenipapeiro	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Juazeiro	-	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Laranjeira	01	-	-	03	-	-	02	-	-	-	04	-	-	-	04	14
Limoeiro	01	-	02	-	01	-	02	07	03	-	01	-	-	01	-	18
Malvarisco	10	-	02	-	-	01	-	01	-	-	02	-	-	-	-	16
Mamoeiro	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Mangerioba	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	02
Manipuçã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Mastruço	-	-	-	-	-	-	-	-	05	-	-	-	-	-	-	05
Melanciaira	-	-	-	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Milho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Pitangueira	-	-	-	07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	07
Puçazeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	-	-	05
Rosamélia	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Romã	-	-	-	-	-	-	-	07	-	-	-	-	-	-	-	07
Sabugueiro	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	04	-	-	-	05
Urucuzeiro	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
TOTAL	30	09	12	49	08	05	36	17	09	01	29	17	07	03	18	250

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. Catarro no peito | 9. Pancada |
| 2. Caspa | 10. Piolho |
| 3. Coqueluche | 11. Resfriado |
| 4. Diarréia | 12. Sarampo |
| 5. Dor d'olhos | 13. Sapinho |
| 6. Falta de ar | 14. Terço |
| 7. Febre | 15. Vômitos |
| 8. Garganta Inflamada | |

Isto nos faz presumir que há um conhecimento empírico, manifesto nas comunidades rurais em se tratando de prevenção e cura dos agravos à saúde que merecem ser explorados.

Na Tab. 6, percebe-se a sensibilidade das informações em termos de execução dos receituários fornecidos, pois do total de 233 (100%) foram executados 195 (83,59%) por diferentes mães de diversas faixas de idade.

Na Fig. 5 verifica-se que esta frequência de cuidados se eleva a partir de 21 anos, mantendo-se em 100% acima de 46 anos de idade, o que leva a suposição de que a partir de então estes cuidados permanecem como práticas caseiras na manutenção e recuperação da saúde.

É possível que tal fato ocorra em virtude de nesta faixa de idade as mães serem mais resistentes a mudanças, com crenças mais arraigadas ou devido à indisponibilidade e inacessibilidade de outros recursos (Fig. 4).

Na Fig. 5, observa-se uma diminuição das práticas caseiras aplicadas à saúde na faixa etária de 36 a 45 anos, em oposição a uma ascensão de outros processos de aprendizagem.

Diante deste fato, é lícito pensar que os processos de transmissão (herança cultural) de tais cuidados ocorrem concomitantemente.

O fato de que mães residam com parentes leva à possibilidade de tais cuidados serem executados pelos mesmos e apenas presenciados por elas. O mesmo poderá ocorrer em relação com o vizinho.

Na Tab. 7 se verifica que 56 mães (93,3%) da população em estudo mantêm as práticas caseiras no cuidado da saúde e somente 4 mães (6,7%) não as mantêm (Fig. 6 - 7). Desta percentagem apenas 2 mães (3,35%) já vivenciaram experiências quanto as práticas caseiras no cuidado a saúde (Fig. 7).

O não cumprimento do receituário de forma correta e a disponibilidade de outros recursos poderiam influenciar no abandono da prática caseira no cuidado à saúde.

De 56 mães (93,3%) da amostra populacional que mantêm as práticas caseiras no cuidado à saúde, 31 delas (55,35%) são mães jovens (Tab. 7, Fig. 3).

Pelos resultados da Tab. 7 e Fig. 3, a hipótese de que mães jovens abandonam as práticas caseiras no cuidado à saúde foi refutada nesta pesquisa.

Na Fig. 8, observa-se uma percentagem significativa acima de 80% em cada faixa etária.

Para as autoras indica a opção da população amostral no sentido de preservação dos seus costumes e a credibilidade quanto a eficácia da prática caseira com utilização de plantas (popularmente atribuídas propriedades medicinais).

Figura 4 – Distribuição dos Serviços de Saúde, no Município de Aquiraz - Ceará, nov., 1980.



TABELA 6 -- NÚMERO DE RECEITUÁRIOS APRESENTADOS POR HERANÇA CULTURAL NO GRUPO DE MÃES NA FAIXA ETÁRIA DE 15 À 55 ANOS. AQUIRAZ - CEARÁ, NOVENBRO, 1980.

HERANÇA CULTURAL	IDADES	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	TOTAL (%)
Já fiz	03	20	47	35	23	39	21	07	195	83,69
Ouvi falar	05	06	05	01	01	01	01	01	018	7,72
Vi alguém fazendo	—	06	08	02	02	04	04	04	020	8,58
TOTAL	08	32	60	35	26	44	21	07	233	100,00

FONTE: Questionário aplicado pelas autoras.

Figura 5 – Percentual de receituários por herança cultural, segundo grupo de mães na faixa etária de 15 – 55 anos. Aquiraz - Ceará. Novembro, 1980.

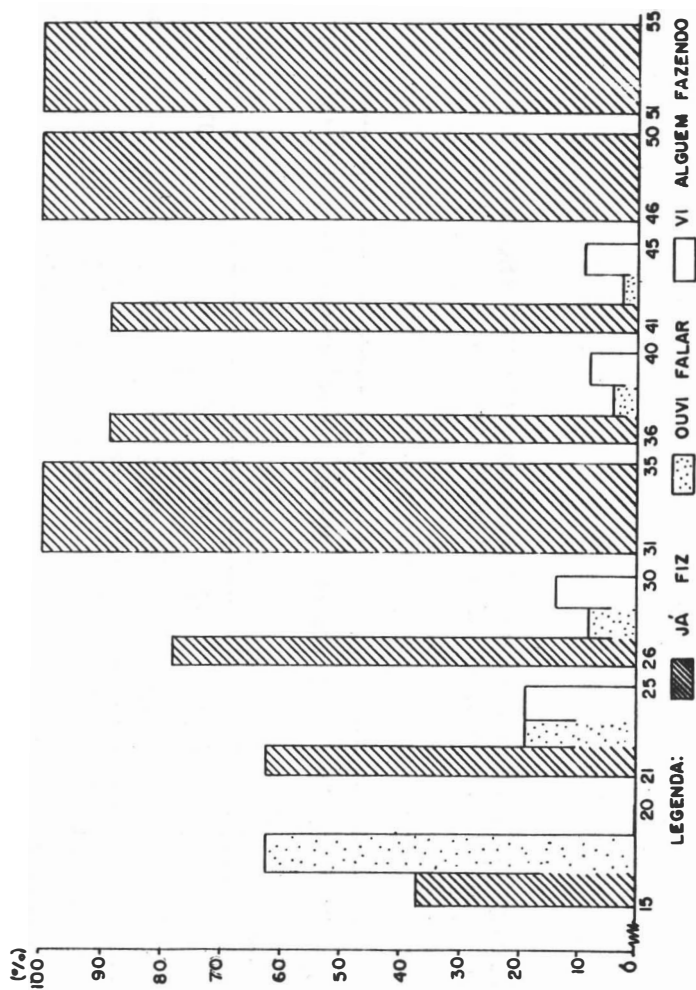


TABELA 7 – MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE COM OS MESMOS RECURSOS NO GRUPO DE MÃES ENTRE AS IDADES DE 15 – 55 ANOS . AQUIRAZ - CEARÁ, NOVENBRO, 1980.

MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE COM OS MESMOS RECURSOS	IDADES										TOTAL (%)
	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55			
Sim	03	09	12	07	08	10	05	02			56 93,3
Não	-	02	-	01	01	-	-	-			04 6,7
TOTAL	03	11	12	08	09	10	05	02			60 100,0

FONTE: Questionário aplicados pelas autoras.

Figura 6, 7 – Percentual da amostra populacional quanto às práticas caseiras no cuidado à saúde. Aquiraz - Ceará. Novembro, 1980.

Fig. 6

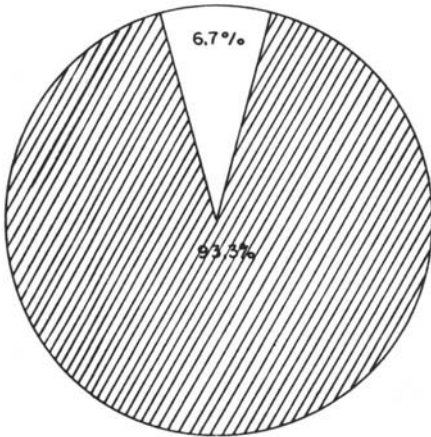
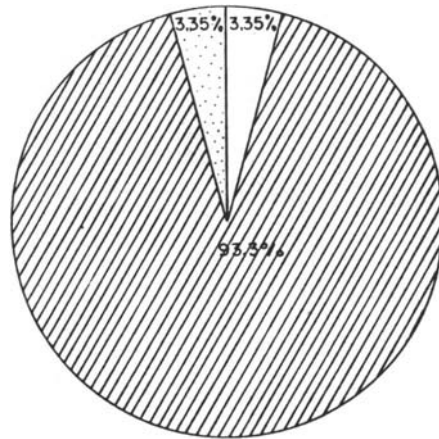


Fig. 7



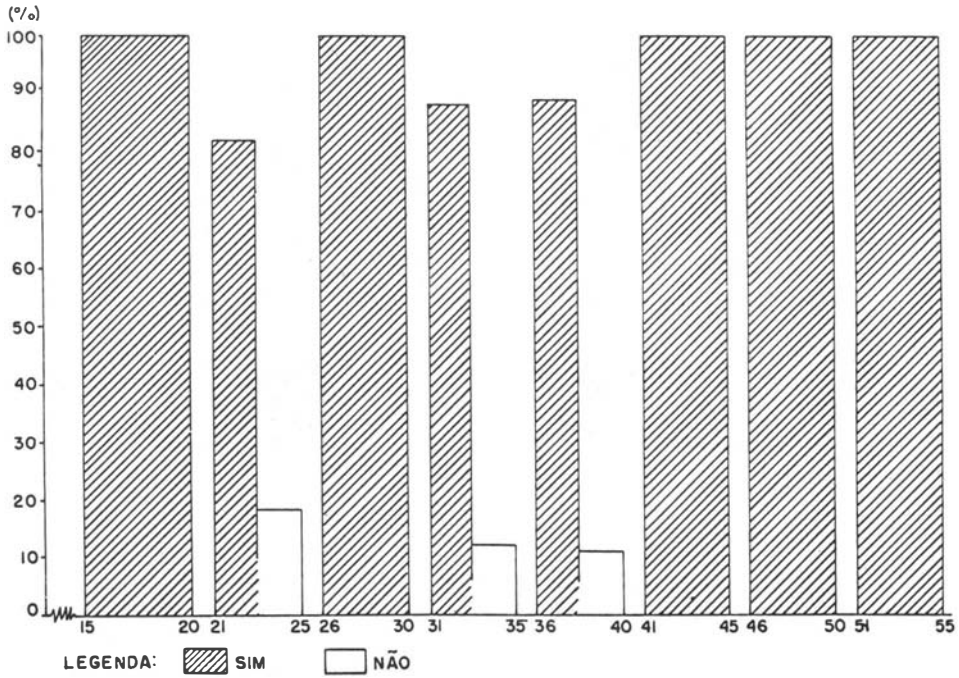
LEGENDA:

 MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS

 CUIDADOS EXECUTADOS E NÃO MANTIDOS

 NÃO MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS

Figura 8 – Percentual de manutenção nas práticas de cuidados caseiros em saúde, conforme faixa etária da população amostral. Áquiraz - Ceará. Novembro, 1980.



IV – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

De acordo com os dados obtidos, a partir de 60 professoras regentes de classe, mães, do município de Aquiraz, em novembro de 1980, sobre as práticas caseiras no cuidado à saúde por enfermidades/sintomas percebidos, conclui-se que:

- ocorre a centralização dos serviços de saúde na sede do município, conseqüentemente difícil acesso a estes serviços por parte da população de áreas mais distantes.

- difícil acesso aos serviços de saúde leva as práticas caseiras.

- as práticas caseiras (sistema tradicional) ficam distanciadas do saber científico (sistema institucional).

- os cuidados caseiros no município de Aquiraz com plantas, as quais popularmente são atribuídas propriedades medicinais, não diferem muito de uma localidade para outra.

- as enfermidades/sintomas percebidas pela amostra, principalmente as do aparelho respiratório e diarreia, conferem com o quadro nosológico comum de crianças menores de 5 anos.

- a planta mais utilizada para o catarro no peito foi o malvarisco.

- o malvarisco contém propriedade catarral⁶.

- a planta mais utilizada para febre e resfriado foi o eucalipto.

- para febre, a transpiração aumentada pela ação sudorífica do eucalipto⁶ proporciona o efeito desejado.

- para o tratamento da diarreia na amostra estudada, a goiabeira e o algodoeiro são as únicas plantas que realmente possuem esta propriedade terapêutica⁶.

- quase 100% da população amostral executa e mantém as práticas caseiras no cuidado à saúde.

- mães jovens, do município de Aquiraz, não abandonam as práticas caseiras no cuidado à saúde.

Considerando que as mães ainda utilizam as práticas caseiras no cuidado à saúde, sugere-se que:

- o saber científico se articule com os conhecimentos empíricos da comunidade quanto às práticas caseiras aplicadas à saúde.

- essas práticas, quando cientificamente comprovadas, sejam devolvidas à comunidade.

- a comunidade e o sistema institucional fomentem e divulguem a manutenção das práticas caseiras aplicadas à saúde.

- as práticas caseiras no cuidado à saúde, cientificamente comprovadas, sejam utilizadas concomitantemente com outras medidas de saneamento básico, imunização e educação em saúde.

- o profissional de enfermagem participe da coleta de informações, investigue, estude, divulgue e oriente a terapêutica comprovadamente eficaz.

- o profissional de enfermagem busque na pesquisa, uma estratégia que cada vez mais propicie uma melhor assistência de enfermagem à comunidade, livre de riscos.

Para as autoras, como alternativa de assistência de enfermagem à comunidade, tem-se nas práticas caseiras no cuidado à saúde cientificamente comprovadas, uma TECNOLOGIA APROPRIADA.

APÊNDICE I

ESTUDO EXPLORATÓRIO
IDENTIFICAÇÃO DO QUADRO NOSOLÓGICO DE CRIANÇAS
MENORES DE 5 ANOS

I – Mãe, quais das enfermidades/sintomas seu filho já teve até 5 anos de idade?

ASSINALE COM "X" A ENFERMIDADE/SINTOMA CORRESPONDENTE.

SARAMPO		DOR DE BARRIGA	
		RESFRIADO	
PIOLHO		CATARRO	
CASPA		VÔMITOS	
ASSADURA		BROTOELJA	
SAPINHO		INSÔNIA	
FERIDA COM PUS		PRISÃO DE VENTRE	
IMPIGEM		OUVIDO ESTOURADO	
DOR D'OLHOS		GARGANTA INFLAMADA	
		GALO NA TESTA (PANCADA)	
		ASMA (FALTA DE AR)	
FEBRE		INTOXICAÇÃO	

QUESTIONÁRIO
APÊNDICE II
PRÁTICAS CASEIRAS NO CUIDADO À SAÚDE

I – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

NOME _____ IDADE _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:

1º Grau Completo

1º Grau Incompleto

3º Grau Completo

2º Grau Completo

2º Grau Incompleto

3º Grau Incompleto

TOTAL DE FILHOS: _____

FILHOS MENORES DE 5 ANOS: _____

IDADE DO FILHO MENOR: _____

MUNICÍPIO: _____ DISTRITO: _____

II – GRUPO NOSOLÓGICO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Nº DE ORDEM	ESPECIFICAÇÃO	Nº DE ORDEM	ESPECIFICAÇÃO
01	SARAMPO	08	COQUELUCHE
02	RESFRIADO	09	CATARRO NO PEITO
03	DIARRÉIA	10	FEBRE
04	VÔMITOS	11	DOR D'OLHO
05	PIOLHO E/OU CASPA	12	GARGANTA INFLAMADA
06	FALTA DE AR	13	SAPINHO
07	TERÇOL	14	PANCADA

III – PRÁTICA DE CUIDADO/QUADRO NOSOLÓGICO

Nº DE ORDEM _____ ESPECIFICAÇÃO _____

NOME DA PLANTA _____

* PARTE DA PLANTA UTILIZADA:

RAIZ CAULE FOLHA FLOR FRUTO SEMENTE

* MODO DE PREPARAR _____

* COMO USAR

PARA BEBER
PARA CHEIRAR
PARA COMER
PARA COMPRESSA
PARA PASSAR

OUTROS/ESPECIFICAR _____

* QUANTO DÁ/ DURANTE QUANTO TEMPO: _____

IV – HERANÇA CULTURAL:

* ESTE CUIDADO “EU”:

JÁ FIZ

OUVI FALAR

JÁ VI ALGUÉM FAZENDO

V – HOJE A Sra. UTILIZARIA OS MESMOS RECURSOS?

SIM

NÃO

V – BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALCANTRA, Pedro de., & MARCONDES, Eduardo. *Pediatria Básica*. 4ª ed., São Paulo, SÁRVIER - MEC, 1974. p. 1.079, 1.114, 1.176.
02. ARAÚJO, Alceu Maynard. *Medicina Rústica*. 2ª ed. São Paulo, Nacional, 1977. p. 301.
03. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Diretrizes e Linhas de Ação*. D. F., 1980. p. 34 (mimeog.).
04. BRUYO, Silver Kempe. *Manual de Pediatria*. 10ª ed. Rio de Janeiro, KOOGAN, 1975. p. 255-276.
05. CENTRO MESOAMERICANO DE ESTUDIOS SOBRE TECNOLOGIA APROPRIADA (CEMAT). *Fichas Técnicas sobre Plantas Medicinales*. Guatemala. 3(1-10): p. 1-12, ene. 1979.
06. CUNHA, Neiva Francenely de., & NÓBREGA, Sílvia Maria Saboia. *Ervas – Uma terapêutica no Campo da Enfermagem*. (trabalho enviado para XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem - Manaus - Amazonas), 1981. p. 50 (mimeog.).
07. FORATTINI, Oswaldo P. *Epidemiologia Geral*. São Paulo, Blücher, EDUSP, 1976, p. 54.
08. GISH, Oscar. Tecnologia Apropriada para a Assistência à Saúde. *Coletânea CONTACT – Assistência à Saúde*. São Paulo, Paulinas, 1979. p. 33-41.
09. IBGE - Agência Pacajús. Escritório Censitário de Aquiraz - Ceará.
10. LAMY, Philippe. Investigación científica de las plantas medicinales con uso popular en México. In: CARLINI, E. A., & VALLE, J. R. V. *Simpósio de Plantas Medicinales do Brasil*. São Paulo, Helvética S.C. – Metodista, 1978. v. 32. p. 147-155.
11. MACEDO, Carlyle Guerra de. *Extensão das Ações de Saúde através de serviços básicos*. Conferência pronunciada na 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980.
12. MAHLER, Halfdan T. Derroçando el império médico. *Salud Panamericana*. 8(1): 10-5, 1978.
13. MAHLER, Halfdan T. *Discurso de Abertura da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1980.
14. MATOS, Gomes de. *Emergências em Pediatria*. 3ª ed. São Paulo, SÁRVIER, 1976. p. 202, 245, 249.

15. MORENO, Elsa M. *Assistência Primária de Saúde*. Discurso pronunciado no Seminário Sobre Atenção primária de Saúde. Fortaleza, 1980. p. 6 (mimeografado).
16. MORLEY, David. *Pediatria no Mundo em Desenvolvimento*. São Paulo, Paulinas, 1980. p. 134, 152, 160, 212.
17. MUSSEN, Paul Henry; CONGER, John Jeneway; KAGAN, Jerome. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. 4ª ed. São Paulo, HARBRA, 1977. p. 95.
18. NOVIS, Jorge Augusto. *Extensão das Ações de Saúde em Área Rural*. Conferência pronunciada na 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1980.
19. OMS/UNICEF. *Atenção Primária de Saúde. Informe de la Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Salud*. Alma - Ata/URSS, 1978. p. 68.
20. OMS. *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional* Ginebra, 1978. p. 7-30. (Série de Informes Técnicos).
21. OMS/Serviços Básicos de Saúde. 15 p. (mimeografado).
22. OPAS/OMS. *Extensão de cobertura dos serviços de saúde baseadas nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade*. IV Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas.
23. PAPS/Programa de Atenção Primária de Saúde. I e XIII Regiões Administrativas do Ceará. 73 p. (mimeografado).
24. ROBAYO, Jorge Castellanos. *Investigación en los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Ginebra, 89 (2): 95-103, ago., 1980.
25. SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth M. de *Prevenir e Curar*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. p. 9-10.
26. STANLEY, Ronald. I. *Sintomas Comuns em Pediatria*. São Paulo, SANTOS, 1981. p. 94-174.
27. VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos. *Utilização de Serviços de Saúde, Segundo Estratos Sociais; Estudos referentes a crianças num bairro de Fortaleza*. TESE. Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Saúde Comunitária U.F.BA., para obtenção do grau de Mestre. Salvador. Bahia, 1979. 52 p.
28. VERONESI, Ricardo. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 6ª ed., Rio de Janeiro, KOOGAN, 1976. p. 11, 45, 378.
29. UFC/MEAC. *Seminário sobre Atenção Primária de Saúde*. Fortaleza, ago., 1980.