

ALEXANDRE AMÉRICO ALMASSY JÚNIOR

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS ETNOBOTÂNICAS E
ETNOFARMACOLÓGICAS DE PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE
DE LAVRAS NOVAS, OURO PRETO - MG**

Tese apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Fitotecnia, para obtenção do
título de *Doctor Scientiae*.

**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2004**

ALEXANDRE AMÉRICO ALMASSY JÚNIOR

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS ETNOBOTÂNICAS E
ETNOFARMACOLÓGICAS DE PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE
DE LAVRAS NOVAS, OURO PRETO - MG**

Tese apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Fitotecnia, para obtenção do
título de *Doctor Scientiae*.

Aprovada: 29 de outubro de 2004.

Prof.^a Sheila Maria Doula
(Conselheira)

Prof.^a France Maria Gontijo Coelho

Prof.^a Maria Izabel Vieira Botelho

Prof.^a Elita Scio Fontes

Prof. Vicente Wagner Dias Casali
(Orientador)

A todos que amam as plantas medicinais e as consideram como dádivas divinas oferecidas pela Natureza na missão de harmonizar e guiar o ser humano no caminho do resgate de sua verdadeira essência.

A todas as comunidades tradicionais que buscam na natureza seu sustento e sua saúde.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Viçosa (UFV) e ao Departamento de Fitotecnia, pela oportunidade de aprofundar minha formação acadêmica.

Ao professor Vicente Wagner Dias Casali pela compreensão, apoio, amizade e respeito. Pelas reflexões e ensinamentos de valor muito maior que o meramente acadêmico. Pelo exemplo de educador, mestre e amigo que espero seguir em minha carreira de professor. Por acreditar, apoiar e incentivar meu crescimento profissional.

Aos professores Sheila Maria Doula e Tocio Sedyama, participantes do comitê de pesquisa, pela ajuda, pelo apoio e pelos incentivos ao longo de todo este trabalho.

À banca examinadora pelas valiosas contribuições ao enriquecimento desta pesquisa.

À minha amada esposa Rosana, por acreditar em mim, pela dedicação incansável daqueles que vivenciam o verdadeiro amor, pelo carinho, afeto e apoio constante, em toda nossa jornada juntos.

À minha família, em especial minha mãe Ivete, ao meu padrasto Newton, meus irmãos Madilad e Newton e meu sobrinho Fellipe, por, mesmo distantes, terem sempre me apoiado na realização deste trabalho e pela vibração em cada etapa vencida em minha vida.

À minha família bahiana pela acolhida carinhosa em seu seio.

Ao Grupo Entre Folhas compreendido não como simples instituição e sim como entidade a irradiar luz, saúde e amor ao seu redor, pela oportunidade

inestimável de crescimento profissional, pelos laços de amizade que eternamente buscarei preservar, pelo carinho e apoio constantes.

Às minhas queridas amigas da “Equipe Folhas de Chá”, Rê, Cintiazinha e Fran, pela oportunidade impar de vivenciar momentos maravilhosos compartilhando com o público nosso amor incondicional as plantas medicinais, pela concretização de um sonho de realização profissional.

Aos amigos Zenilda, José Maria, Marta, Jesa, Itaciara, Júlio, Sr. Vicente, Zé Geraldo e todos os demais integrantes do Grupo Entre Folhas que sempre torceram pelo êxito deste trabalho, incentivando e dando o suporte necessário nos momentos em que tudo parecia complicado.

A todos os companheiros da ACEAK, especialmente as amigas Rosário e Amélia pela confiança, carinho e suporte emocional durante toda minha caminhada em Viçosa.

Aos amigos Adriano, Verônica, Cassiano e Sabrina pela amizade verdadeira sem a qual qualquer trabalho se torna muito difícil.

À Irmandade Nossa Senhora dos Prazeres e a ONG Grupo Ecológico Lavras Viva pelo interesse na pesquisa e pela autorização a realização da mesma.

Aos informantes da pesquisa pela atenção, cordialidade e preciosas informações.

À Vera Lúcia Ribeiro e Stélio José Paula da Mota pela acolhida durante a pesquisa de campo, pelo auxílio na formulação do contrato e principalmente pela amizade e companheirismo inestimáveis.

À Cláudia Vanucci, Carlos Conzi e Agnaldo da Cruz por todo apoio na realização da etapa de campo da pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Fitotecnia, pela amizade e atenção, em especial à Mara.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudos.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, na realização desta pesquisa.

BIOGRAFIA

ALEXANDRE AMÉRICO ALMASSY JÚNIOR nasceu em Belém, Estado do Pará, em 23 de novembro de 1973.

Em 1992, ingressou no curso de Agronomia da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Durante todo período de sua graduação buscou formação bastante eclética, tendo realizado estágios em instituições de diversas áreas, trabalhando com assistência técnica a produtores rurais, diagnósticos participativos e desenvolvimento de comunidades até formar-se em dezembro de 1997.

Em 1994 ingressou como voluntário na Organização Não-Governamental Grupo Entre Folhas - Plantas Medicinais tornando-se presidente da mesma nas gestões de 2000 a 2004.

Em 1998 iniciou o Curso de Mestrado em Extensão Rural na UFV, onde teve a oportunidade de aprofundar sua formação em ciências sociais aplicadas à agricultura e desenvolver pesquisa na linha da sociologia da saúde, enfocando a fitoterapia nos âmbitos governamental e não-governamental.

Em 2000 iniciou o Curso de Doutorado em Fitotecnia, também pela UFV, submetendo-se a defesa de tese em outubro de 2004.

Atualmente é professor da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

CONTEÚDO

LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE TRABALHO	6
2.1. Objetivos gerais	6
2.2. Objetivos específicos	6
2.3. Hipóteses de trabalho	7
III. REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1. Etnobotânica e etnofarmacologia	8
3.2. Plantas medicinais no contexto da saúde e doença	13
3.3. Ecoturismo e seus impactos	22
IV. MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1. Delimitação da unidade de análise	27
4.2. Pesquisa de campo	30
4.3. Histórico da comunidade de Lavras Novas	36
4.4. Identificação das espécies	40
4.5. Sistematização e análise dos dados	40
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1. Caracterização sócio-econômica dos informantes	42

5.2. As mulheres lenheiras de Lavras Novas e suas histórias de vida	46
5.3. O processo da doença e da saúde na concepção dos informantes	49
5.3.1. As concepções acerca da doença	50
5.3.2. As concepções acerca da saúde	52
5.3.3. Os problemas de saúde mais comuns em Lavras Novas	53
5.4. Benzeduras: a cura por meio da fé	55
5.5. A associação entre o sagrado e o uso de plantas medicinais	63
5.6. Características etnobotânicas e etnofarmacológicas de plantas medicinais em Lavras Novas	64
5.6.1. Origem do conhecimento	64
5.6.2. Levantamento etnobotânico	65
5.6.2.1. Identificação das espécies	65
5.6.2.2. Classificação das espécies quanto ao ambiente de ocorrência e hábito de crescimento	66
5.6.2.3. Cultivo, colheita e coleta das espécie medicinais	69
5.6.3. Levantamento etnofarmacológico	71
5.6.3.1. Primeira estratégia de tratamento	71
5.6.3.2. Potencial terapêutico das plantas medicinais na visão dos informantes	73
5.6.3.3. Forma de preparo, administração e restrições de uso das plantas medicinais	74
5.6.3.4. A classificação das plantas em “quentes” e “frias”	77
5.6.3.5. Importância relativa das espécies	79
VI. ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE DE LAVRAS NOVAS NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS.....	95
6.1. O turismo em Lavras Novas na visão dos informantes	95
6.2. A perda da transmissão oral do conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais	99
6.3. Modernidade e origem das doenças	102
6.4. Uso atual de plantas medicinais em Lavras Novas	104
6.4.1. Análise das informações etnobotânicas e etnofarmacológicas	104
6.4.2. O turista e as plantas medicinais	110
VII. RESUMO E CONCLUSÕES	113
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES	125
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B	127

LISTA DE QUADROS

	Página
1 Características dos moradores de Lavras Novas, MG, informantes da pesquisa	45
2 Freqüência de citação das afecções de saúde comumente tratadas com plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas	55
3 Principais formas de preparo das plantas medicinais empregadas em Lavras Novas	75
4 Espécies medicinais com restrições de uso de acordo com informantes da pesquisa. Lavras Novas, Ouro Preto, MG	77
5 Espécies de uso medicinal na comunidade de Lavras Novas (Ouro Preto – MG), nome popular, nome científico, família botânica, indicações terapêuticas, órgão utilizado, forma de preparo, forma de administração, hábito de crescimento, ambiente de ocorrência, época de colheita e IR (importância relativa)	81
6 Lista de espécies medicinais identificadas no levantamento etnobotânico realizado por STEHMANN & BRANDÃO (1995). Número e porcentagem de unidades familiares de informantes que ainda cultivam ou coletam tais espécies atualmente	107

LISTA DE FIGURAS

	Página
1 Localização geográfica de Lavras Novas no município de Ouro Preto, MG, Brasil	28
2 Vista parcial da Rua Principal Nossa Senhora dos Prazeres em Lavras Novas em dia de nevoeiro comum no inverno. Agosto de 2003	29
3 Vista da Igreja de Nossa Senhora dos Prazeres, Lavras Novas, em dia de nevoeiro. Agosto de 2003	29
4 Pesquisa de campo: entrevista semi-estruturada junto aos informantes. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003	33
5 Pesquisa de campo: reunião geral com os informantes. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003	34
6 Pesquisa de campo: visita à “mata” junto às informantes, visando a coleta de amostras de plantas medicinais. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003	35
7 Vistas dos quintais de duas informantes da Pesquisa. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003	39
8 Mulheres Lenheiras de Lavras Novas (acima). Estoque de lenha no quintal de informante da pesquisa (abaixo). Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003	49
9 Porcentagem aproximada de espécies de uso medicinal em Lavras Novas de acordo com as respectivas famílias botânicas	66
10 Informante da pesquisa apresenta área do quintal destinada ao cultivo das “folhas de chá”. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003	67
11 Porcentagem aproximada de plantas medicinais citadas pelo informantes da pesquisa de acordo com seus ambientes de ocorrência	68
12 Informante da pesquisa cultivando plantas medicinais em seu quintal. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003	69

13	Freqüência de uso dos órgãos vegetais no preparo de remédios caseiros na comunidade de Lavras Novas	76
14	Placas indicativas da localização das pousadas existentes em Lavras Novas. Muitas dessas pousadas empregam moradores da comunidade. Lavras Novas, Ouro Preto. Maio de 2004	97
15	Contraste entre o estilo arquitetônico das pousadas (à esquerda) e de casa típica dos moradores de Lavras Novas. Lavras Novas, Ouro Preto. Maio de 2004	98
16	Informante da pesquisa com seu neto, durante a entrevista, manifestando sua preocupação com a continuidade da transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais às novas gerações. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003	101

RESUMO

ALMASSY JÚNIOR, Alexandre Américo, D.S., Universidade Federal de Viçosa, outubro de 2004. **Análise das Características Etnobotânicas e Etnofarmacológicas de Plantas Medicinais na Comunidade de Lavras Novas, Ouro Preto - MG.** Orientador: Vicente Wagner Dias Casali. Conselheiros: Sheila Maria Doula e Tocio Sedyama.

As pesquisas etnobotânicas e etnofarmacológicas são hoje importantes ferramentas de registro e documentação dos usos empíricos de plantas medicinais em comunidades tradicionais, gerando conhecimento útil ao desenvolvimento de novos medicamentos, à conservação da biodiversidade e a valorização do saber e da cultura local. Entretanto, em trabalhos recentes, pesquisadores tem concluído que fatores de transformações sociais e econômicas podem influenciar as características do conhecimento tradicional e sua forma de transmissão dentro da comunidade, influenciando nos resultados obtidos por levantamentos etnocientíficos. O objetivo deste trabalho foi analisar as características etnobotânicas e etnofarmacológicas da comunidade de Lavras Novas (Ouro Preto – MG), que tem sido submetida a intensas transformações econômico-sociais durante a última década em decorrência da crescente atividade turística. As metodologias empregadas foram observação participante e entrevistas semi-estruturadas realizadas com 22 informantes-chave. Foi verificado que para os nativos da comunidade existe associação entre o sagrado e uso de plantas medicinais, sendo que é comum a interpretação de que a ação terapêutica destas é potencializada pela prática das orações. Em 10 anos, houve queda no uso de plantas medicinais cultivadas e aumento no uso de espécies espontâneas coletadas. Cerca de

73% dos informantes afirmaram encontrar dificuldades de repassar o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais aos membros mais jovens da comunidade, o que tem levado a perda do hábito de cultivo dessas espécies e conseqüente desaparecimento de algumas delas na localidade. Conclui-se que o turismo exerce, nessa comunidade, impactos sociais, econômicos e culturais, porém não é possível valorar que esta influência seja completamente negativa, em relação ao tradicional uso de plantas medicinais, já que é comum o fato de turistas adotarem o recurso terapêutico dos remédios tradicionais, elaborados pelos moradores, em caso de necessidade. O impacto negativo do turismo em relação à utilização das plantas diz respeito à dificuldade de transmissão do conhecimento tradicional entre as gerações, já que os jovens do local, estão valorizando menos os elementos tradicionais da cultura lavranovense e mais os exemplos dos turistas. Além disso ocorre a perda do tradicional hábito do cultivo de plantas medicinais inclusive pela redução de área disponível nos quintais dos moradores, transformados em quartos ou casas de aluguel. Conclui-se também que as informações etnobotânicas e etnofarmacológicas, quando obtidas em determinados intervalos de tempo, podem ser indicadoras do grau de manutenção ou degradação do conhecimento tradicional de comunidades rurais.

ABSTRACT

ALMASSY JÚNIOR, Alexandre Américo, D.S., Universidade Federal de Viçosa, october of 2004. **Analysis of the Etnobotay and Etnopharmacology Characteristics of Medicinal Plants in the Community of Lavras Novas, Ouro Preto - MG.** Adviser: Vicente Wagner Dias Casali. Committee members: Sheila Maria Doula and Tocio Sedyama.

The etnobotay and etnopharmacology researches are today important registration and documentation tools of the empiric uses of medicinal plants in traditional communities, generating useful knowledge to the development of new medicines, to the conservation of the biodiversity and to the valorization of the knowledge and of the local culture. However, in recent works, researchers have been concluding that factors of social and economical transformations can influence the characteristics of the traditional knowledge and its transmission form, inside the community, what ends by influencing the results obtained by etnoscience works. The objective of this work was to analyze the etnobotay and etnopharmacology characteristics in the community of Lavras Novas (Ouro Preto – MG, Brazil), that has been submitted to intense economical and social transformations during the last decade due the growing tourist activity. The employed methodologies were participant observation and semi-structured interviews accomplished with 22 informers-key. It was verified that for the community's natives there are association among the sacred and the use of medicinal plants, and it is common the interpretation that the therapeutic action of these plants are intensified with the practice of the prayers. In 10 years, there was a fall in the use of cultivated medicinal plants and a increase in the use of collected spontaneous species. About 73% of the informers affirmed that have

difficulties in transmit the traditional knowledge of medicinal plants to the community's youths members, what has been generating the loss of cultivation's habit of those species and consequent disappearance of some of them. It was ended that the tourism causes, in that community, social, economical and cultural impacts, however it is not possible to value that this influence is completely negative, in relation to the traditional use of medicinal plants, since it is common that tourists adopt the therapeutic resource of the traditional medicines, elaborated by the residents, in case of need. The negative impact of the tourism in relation to the use of the plants concerns the difficulty of transmission of the traditional knowledge among the generations, since the youths are valuing less, the traditional elements of their culture and more the tourists' examples. Besides it, happens the loss of the traditional habit of the cultivation of medicinal plants, what includes the reduction of available area in the residents' back yards transformed at rooms or rented houses. It is also ended that etnobotay and etnopharmacology informations, when obtained in certain time's intervals, can be indicative of the maintenance or degradation degree of the rural's communities traditional knowledge.

I INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define plantas medicinais como espécies vegetais que possuem em um de seus órgãos, ou em toda a planta, substâncias que se administradas ao ser humano ou a animais, por qualquer via e sob qualquer forma, exercem algum tipo de ação farmacológica.

Segundo PITMAN (1996), as origens da fitoterapia, ou seja, do uso de plantas medicinais, datam dos primórdios da vida humana, já que os seres humanos sempre usaram plantas, tanto na alimentação quanto com fins medicinais. LAPLANTINE & RABEYRON (1989), complementam que o uso de plantas medicinais sempre fez parte da terapêutica popular em todas as sociedades humanas.

De forma geral, nos países ocidentais, durante a segunda metade do século XX, o uso de plantas medicinais constituiu-se como forma de tratamento paralelo ao modelo convencional de saúde comumente vigente. Com lógica de sistematização própria, tal tratamento inseriu-se no âmbito das chamadas “medicinas paralelas” que englobavam, (e em muito casos até hoje englobam), diversas práticas terapêuticas tradicionais, fundamentadas em conhecimentos e habilidades que normalmente são transmitidos essencialmente de forma oral e gestual pelas famílias de praticantes, sucedendo-se em cada geração (LAPLANTINE & RABEYRON, 1989), e que tem como suporte essencial apenas a memória.

No Brasil, o uso de plantas com fins terapêuticos é anterior ao início da colonização, pois era prática cultural intrínseca a todos os grupamentos indígenas. De acordo com RIBEIRO (1997), toda a medicina do Brasil colonial formava um conjunto de conhecimentos, hábitos e práticas nascidos a partir do convívio assíduo de três culturas: a dos indígenas, a dos portugueses e a dos africanos. Essa autora afirma que havia muita dificuldade de intercâmbio de medicamentos entre a metrópole e a colônia, e isso estimulou os colonizadores a aprenderem com os índios e, posteriormente, com os escravos, a conhecer os recursos terapêuticos da flora brasileira.

Com o uso de medicamentos de síntese química durante o último século, o emprego de plantas medicinais foi marginalizado dos sistemas oficiais de cura no Brasil, mas a tradição permaneceu viva em diversas camadas da população. Nas últimas décadas, entretanto, esse quadro mostra sinais de mudança não só no país, mas também no cenário mundial, pois desde os anos 70 a OMS está incentivando os países com condições de saúde precárias a implantarem programas com baixo custo, porém eficazes, conhecidos e tradicionalmente aceitáveis pela população. O uso de plantas medicinais faz parte desses programas (CARRICONDE, 1997).

Neste sentido, o interesse do Estado Brasileiro no desenvolvimento de programas governamentais de atendimento com a fitoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, vem aumentando durante as últimas décadas. Desde 1988, diversos documentos foram elaborados com ênfase à introdução de plantas medicinais e da fitoterapia nos sistemas de saúde pública no Brasil. Dentre tais documentos destaca-se o Relatório da 10^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília-DF em 1996 cujo item n. 286.12 propõe a incorporação no SUS, em todo o país, das práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia. Atualmente, o Ministério da Saúde elabora projeto de implantação de programas pilotos com o atendimento de fitoterapia no SUS (RODRIGUES, 2004).

A incorporação da fitoterapia no atendimento público de saúde deverá pressionar o mercado brasileiro de plantas medicinais e estimular o desenvolvimento de pesquisas nesta área. O Brasil, com a expressiva diversidade genética vegetal de cerca de 55.000 espécies catalogadas (SANDES & DI BLASI, 2000) e com tradição no uso de plantas medicinais

(CALIXTO, 1997), pode ampliar o conhecimento científico do potencial medicinal de plantas que até hoje não foram estudadas, espécies nativas em sua grande maioria. Na base destas pesquisas encontram-se as investigações etnobotânica e etnofarmacológica. Segundo CABALLERO (1987) estas investigações se caracterizam pelo resgate e registro do conhecimento tradicional e das informações sobre os usos empíricos das plantas.

BROWN JR. (1988) afirma que as fontes do estudo etnobotânico se encontram nas sociedades indígenas ou nas comunidades tradicionais pois os índios percebem diferenças indistinguíveis pelos botânicos quanto ao uso das plantas, em função de idades ou estados reprodutivos, ou em função de solos e ambientes. De acordo com DIEGUES (1994) o que caracteriza comunidades tradicionais são: a) dependência da natureza, dos ciclos naturais e dos recursos renováveis a partir do qual se constrói o modo de vida; b) conhecimento aprofundado da natureza e de seus ciclos que se reflete na elaboração de estratégias de uso e manejo dos recursos naturais, sendo o conhecimento transferido de geração a geração via oral; c) importância das atividades de subsistência; d) importância dada à unidade familiar, doméstica ou comunal e às relações de parentesco ou compadrio no exercício das atividades econômicas, sociais e culturais e e) auto-identificação ou identificação pelos outros, de se pertencer à cultura que se distingue das outras, a qual adquire importância como fundamento de identidade.

MOTA (1997) concordando com BROWN JR. (1988) complementa que também a população rural detém grande conhecimento sobre as plantas medicinais, pois a prática popular advém da experiência no campo durante o decorrer do tempo.

Entretanto, o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais no meio rural brasileiro pode estar ameaçado. Neste trabalho, compreende-se conhecimento tradicional como sendo o saber gerado por seres humanos que se caracteriza pela falta de intenção de ser adequado a normas de sistematização. A autocorreção deste tipo de saber se daria pela experiência diária e difusa. Assim, nesta forma de conhecimento não há montagem de artifícios usados no mundo científico como o 'experimento', onde se constrói um ambiente propício ao controle dos fenômenos ou das variáveis em estudo. A empiria mais apropriada do conhecimento tradicional, ou popular ou

cotidiano, faz-se por meio de 'experiências' caracteristicamente controladas sem elementos artificiais, o que as distingue dos 'experimentos', sempre submetidos a condições de controle artificial (RODRIGUES & COELHO, 2002).

AMOROZO (1996) argumenta que na medida em que as comunidades tradicionais vão se tornando cada vez mais expostas ao modelo de sociedade urbana e capitalista, vários fatores podem interferir na desestruturação da rede de transmissão do conhecimento tradicional. Um deles, segundo a autora, seria justamente a mudança de valor atribuído a este saber, que não mais asseguraria sua sobrevivência e reprodução dentro da comunidade. Em face a novos problemas e novos desafios poderiam surgir no seio das sociedades tradicionais componentes de incerteza quanto à eficácia dos velhos modos de agir. A autora complementa que ao assimilar a ideologia da sociedade urbana e capitalista, os jovens das comunidades rurais podem perceber o saber tradicional como sendo inferior, se comparado às novas informações recebidas pelos meios de comunicação ou por fatores externos à comunidade.

Um desses fatores externos vem ganhando relevância nas últimas décadas: o turismo. A partir da década de 80 o turismo rural e o ecoturismo têm crescido no país como forma alternativa de turismo, onde os elementos natural e cultural tornam-se o foco principal de atenção e atração dos viajantes. Este tipo de turismo realizado em comunidades rurais representa hoje 5 a 8% da atividade turística geral e tem apresentado crescimento anual de cerca de 20% contra 7,5% do turismo convencional. Apenas na última década, este segmento expandiu suas atividades em 57% (SANTOS, 2000).

De acordo com LINDBERG & HAWKINS (1995), infelizmente essa tendência não tem sido acompanhada pelo planejamento e administração adequados dos locais visitados, principalmente em áreas ecológica e culturalmente frágeis, uma vez que o turismo tem sido potencial causador de inúmeros danos, seja a ecossistemas diversos, a sítios arqueológicos singulares ou aos costumes e à cultura das populações locais.

No Estado de Minas Gerais, localidades como São Tomé das Letras, Serra do Cipó e Lavras Novas comprovam que a prática do turismo rural e ecoturismo sem critérios pode trazer sérios danos ao meio ambiente. No caso específico de Lavras Novas, sub-distrito do município de Ouro Preto, GOMES (2003) pesquisou a problemática ambiental relacionada à atividade turística e

concluiu que tem ocorrido sérios impactos ambientais decorrentes do não planejamento da mesma como: contaminação dos recursos hídricos pelo esgotamento sanitário, erosão em trilhas pelo trânsito de motocicletas e acúmulo de lixo em pontos turísticos.

II OBJETIVOS E HIPÓTESES DE TRABALHO

2.1) Objetivos Gerais

Analisar características etnobotânicas e etnofarmacológicas da comunidade rural de Lavras Novas que tem sido submetida a intensas transformações econômico-sociais durante a última década em decorrência da crescente atividade turística.

Verificar se estas transformações afetaram o uso de plantas medicinais nesta comunidade.

2.2) Objetivos Específicos

- ❖ Descrever as características sócio-culturais do uso atual de plantas medicinais na comunidade selecionada;
- ❖ Levantar junto aos informantes da comunidade selecionada as espécies medicinais mais utilizadas, sua forma de obtenção, suas principais finalidades terapêuticas e formas de preparo e administração,
- ❖ Identificar taxonomicamente as espécies e caracterizá-las ecologicamente quanto ao ambiente de ocorrência;

2. 3) Hipóteses de Trabalho

- ❖ A atividade turística durante os últimos dez anos na comunidade de Lavras Novas, sub-distrito de Ouro Preto (MG), está influenciando negativamente o uso tradicional de plantas medicinais.
- ❖ Informações etnobotânicas e etnofarmacológicas, quando obtidas em determinados intervalos de tempo, podem ser indicadoras do grau de manutenção ou degradação do conhecimento tradicional de comunidades rurais.

III REVISÃO DE LITERATURA

3.1) Etnobotânica e Etnofarmacologia

De acordo com THOMAS (1988), até o final do século XVII, na Europa, a motivação inicial para o desenvolvimento de estudos de botânica estava intimamente relacionada à utilidade dos vegetais aos seres humanos, essencialmente na área médica, mas também na culinária e na manufatura. Segundo este autor, era convicção geral entre os estudiosos da época que cada parte do mundo das plantas tinha sido projetada para servir a um propósito humano.

(...) “o principal estímulo para os estudos botânicos era medicinal. Não por acaso, praticamente todos os primeiros botânicos foram médicos ou boticários, preocupados com os usos e "virtudes" das plantas. (...) A utilidade prática do mundo das plantas forneceu por muito tempo aos botânicos o seu princípio organizador mais importante.” (THOMAS, 1988).

No século XVIII, um destes médicos e botânicos, reconhecido até hoje por seu grande legado ao desenvolvimento da ciência, deu origem à história da etnobotânica: Carl Linneus (PRANCE, 1991). Registrando em seus diários de viagem dados culturais dos locais que visitava e o modo que os povos faziam uso das plantas, Linneus foi o precursor das investigações etnográficas relacionadas ao reino vegetal.

Este tipo de investigação não ficou reduzida ao continente Europeu. No Brasil do século XVI, jesuítas se encarregaram de catalogar, experimentar e empregar largamente plantas medicinais brasileiras (QUEIROZ, 1984). Já no século seguinte, os holandeses, Guilherme Piso e Georg Marggraf, coletaram e registraram usos conhecidos de plantas pelos nativos do nordeste e, no século XIX, os alemães J. B. Von Spix e Carl F. P Von Martius fizeram notas do uso de plantas pelos indígenas (ALBUQUERQUE, 2002).

Várias são as conceituações dadas à investigação etnobotânica ao longo do tempo. Originalmente foi definida por Hasshberger, em 1985, como estudo dos vegetais utilizados por povos aborígenes, recebendo, portanto, a conotação de ciência botânica pertencente a determinado grupamento étnico (AMOROZO, 1996). O próprio prefixo *etno* denotaria a qualidade humana relacionada à botânica (HURREL, 1987).

XOLOCOTZI (1982) definiu a etnobotânica como o campo científico que estuda as inter-relações que se estabelecem entre o ser humano e as plantas ao longo do tempo e em diferentes ambientes. FORD (1986), por sua vez, definiu-a como o estudo das inter-relações diretas entre homens e plantas.

Atualmente, a etnobotânica pode ser compreendida como o estudo do conhecimento e das conceituações desenvolvidas por qualquer sociedade a respeito do mundo vegetal e que engloba tanto a maneira como algum grupo social classifica as plantas, como os respectivos usos (AMOROZO, 1996). JORGE & MORAIS (2003) corroboram este conceito e complementam que, além de estudar as inter-relações entre o ser humano e as plantas, levando em conta fatores ambientais e culturais, a etnobotânica atualmente caracteriza-se pelo resgate dos conceitos locais que são desenvolvidos com relação às plantas e ao uso que se faz delas.

A etnobotânica também é caracterizada pelo caráter multi e interdisciplinar e pela busca, junto a comunidades tradicionais, da compreensão das relações do ser humano com o ambiente, bem como o resgate das estratégias de manejo utilizadas por esses povos, na exploração dos recursos naturais vegetais que tem garantido sua sobrevivência.

Além disso, nos últimos anos, os estudos etnobotânicos têm auxiliado na conservação e no uso sustentável da biodiversidade (COSTAGUTA & ITTEN, 1998). Trabalhos etnobotânicos realizados em vários países já levaram ao

desenvolvimento de programas de conservação de espécies com valor medicinal. No México, MARTINEZ (1997) relata que a exploração comercial de raízes e cascas de espécies medicinais, coletadas de forma extrativista, tem levado à diminuição da ocorrência natural destas plantas. Segundo este autor, em virtude do aumento da demanda nacional e internacional pela matéria prima medicinal, e o crescente desemprego no país, nos últimos 15 anos, tem ocorrido o aumento de coletores de plantas medicinais que, ao contrário dos coletores “antigos”, não respeitam práticas conservacionistas no momento da coleta, causando risco de sobrevivência às espécies.

MOTA (1997) complementa que os estudos de resgate do “saber popular”, principalmente quanto à utilização de plantas medicinais, podem originar a descoberta de elementos importantes, que muitas vezes são desconhecidos pela ciência e que podem levar ao desenvolvimento de novos medicamentos. De acordo com MIGUEL & MIGUEL (2000), as linhas de pesquisa de plantas medicinais atualmente seguidas por farmacologistas e químicos não ocorrem aleatoriamente. O trabalho é direcionado a partir da utilização popular das plantas dando origem a um ramo da etnobotânica conhecido como etnofarmacologia.

De acordo com ELIZABETSKY (1987), a etnofarmacologia é tipo de investigação que se baseia nas informações coletadas junto a determinado grupamento étnico onde os remédios elaborados tradicionalmente são considerados “artefatos humanos”, com forma de administração específica e ação terapêutica conhecida. A partir dessa concepção, as informações etnofarmacológicas são ponto de partida ao estudo das espécies com potencial farmacológico que podem dar origem a formulação de novos medicamentos.

HOLMSTEDT (1991) define a etnofarmacologia como exploração científica interdisciplinar dos agentes biologicamente ativos tradicionalmente utilizados ou observados pelo homem.

ALBUQUERQUE (2002) resume as propostas e implicações da etnobotânica e por conseqüência, da etnofarmacologia, na atualidade:

- ❖ possibilitar a descoberta de substância de origem vegetal com aplicações médicas e industriais, devido ao crescente interesse pelos compostos químicos naturais;

- ❖ acessar o conhecimento de novas aplicações a substâncias já identificadas;
- ❖ estudar das drogas vegetais e seu efeito no comportamento individual e coletivo dos usuários frente a determinados estímulos culturais ou ambientais;
- ❖ permitir o reconhecimento e a preservação de plantas potencialmente importantes em seus respectivos ecossistemas;
- ❖ documentar o conhecimento tradicional e os complexos sistemas de manejo e conservação dos recursos naturais dos povos tradicionais,
- ❖ servir de base de informações que oriente a elaboração de programas de desenvolvimento e preservação dos recursos naturais dos ecossistemas tropicais.

É relacionado aos dois últimos tópicos apontados por ALBUQUERQUE (2002) que centra o enfoque de muitas pesquisas na área de plantas medicinais no Brasil da atualidade. Como afirmam MARTINEZ & POCHETTINO (1992), a pesquisa etnobotânica, como forma de resgate cultural, registra e documenta o conhecimento tradicional e a informação sobre os usos empíricos das plantas, os quais, segundo estes autores, estão em franco processo de desaparecimento. ANDRADE & CASALI (2002) corroboram esta afirmativa e complementam que tal conhecimento deve ser resgatado junto à população rural do Brasil que, devido à miscigenação dos saberes indígena, europeu e africano, aliada a anos de experimentação empírica, torna esta população detentora de grandes conhecimentos sobre as plantas medicinais.

Todavia, Pedersen, 1988 citado por DE LA CRUZ MOTA (1997), explica que em muitas comunidades rurais, as práticas terapêuticas tradicionais vêm sendo suprimidas em detrimento do aumento de consumo de medicamentos farmacêuticos convencionais. Uma das razões apontadas pelo autor que explicaria este fato seria a descrença dos jovens destas comunidades em relação às práticas terapêuticas tradicionais, o que leva ao rompimento do elo da transmissão oral dos conhecimentos da forma como ocorria naturalmente, ou seja por meio do:

(...) “contato intenso e prolongado dos membros mais velhos com os mais novos. Isto acontece normalmente em sociedades rurais ou indígenas, nas quais o aprendizado é feito pela socialização no interior do próprio grupo doméstico e de parentesco, sem necessidade de instituições mediadoras: crianças e jovens acompanham seus parentes na execução de tarefas cotidianas em ambientes físicos diversificados (excursões de coleta, trabalhos na lavoura etc.), onde podem existir plantas com atividade terapêutica, observam os mais velhos ao cuidarem dos doentes etc. Não existe discriminação entre saber teórico e prático, sendo ambos adquiridos ao mesmo tempo, na medida em que as crianças participam das tarefas cotidianas e absorvem aos poucos explicações verbais e codificações (por exemplo, por meio de mitos e crenças) sobre elas, enquanto aprendem como fazê-las. Assim é transmitido transgeracionalmente o saber ordinário, normal, necessário àquele grupo social, para que se perpetue como tal.” (AMOROZO, 1996).

FACHINI (1993) argumenta que o descrédito dos jovens pela terapêutica tradicional, em algumas comunidades, se deve ao fato de este tipo de tratamento ser considerado arcaico, impreciso e ineficaz, se comparado ao tratamento da medicina convencional. Todavia tal generalização pode ser perigosa porque não é possível desconsiderar que cada grupamento social possui concepções próprias acerca da origem das doenças, do conceito de saúde e das formas de tratamento e de cura. Muitas destas concepções, por exemplo, relacionam os processos terapêuticos tradicionais a elementos como o sagrado e assim sendo, os fatores da vida social que se relacionam ao sagrado terão impacto direto sobre as práticas terapêuticas tradicionais e seu conseqüente repasse entre as gerações.

VANDEBROEK e colaboradores (2004), em pesquisa junto a raizeiros tradicionais dos Andes bolivianos e da Amazônia, concluíram que fatores sociais relacionados às práticas terapêuticas tradicionais desempenham importante papel na transmissão e conseqüente sobrevivência do conhecimento acerca das plantas medicinais.

ANDRADE & CASALI (2002) concluem que o resgate dos conhecimentos tradicionais junto à população pela pesquisa etnobotânica e etnofarmacológica tem merecido atenção especial nos últimos anos devido aos seguintes fatores: a aceleração no processo de aculturação e perda de valiosas informações populares, o desaparecimento de espécies ainda não estudadas,

a ampliação do mercado de plantas medicinais devido à preferência de muitos consumidores por produtos de origem natural, o difícil acesso da grande maioria da população brasileira ao medicamento convencional e à assistência médica, e o crescente interesse das indústrias na busca por novos fármacos.

3.2) Plantas Medicinais no Contexto da Saúde e Doença

Em nossa sociedade, pode se dizer que duas práticas terapêuticas se distinguem: a denominada medicina oficial ou convencional e a medicina popular. De acordo com TRENTINI (1997), a medicina oficial se caracteriza como prática médica de caráter formal gerada pela ciência dominante e hierarquicamente dirigida, coordenada e credenciada por médicos diplomados. Essa definição é corroborada por LAPLANTINE & RABEYRON (1989), que acrescentaram que esse tipo de medicina apresenta caráter reducionista, isto é, centra sua ação na destruição de sintomas por meio de um processo perfeitamente eficaz a muitas doenças que afetam o indivíduo. Segundo esses autores, a medicina oficial também se caracteriza pela descontextualização cultural da doença, ou seja, a emancipação do médico diplomado em relação ao contexto social do doente. Uma última característica que define a medicina oficial diz respeito aos medicamentos usados por esta e ao seu princípio de funcionamento.

Tanto na sociedade brasileira quanto na maioria dos países ocidentais, os medicamentos utilizados em larga escala e considerados oficiais são, na maioria, produtos farmo-químicos sintetizados em laboratório, também denominados de quimioterápicos. A forma de ação desses medicamentos se baseia no princípio da alopatia, que, de acordo com GONSALVES & LINHARES (1996), pode ser entendido como *contraria contrariis curantur*, ou seja, os contrários são curados pelos contrários, ou também como medicina dos “anti” (antiinflamatórios, antitérmicos, antiácidos etc).

Por sua vez, as práticas inseridas no que se pode chamar de medicina popular possuem caráter extremamente heterogêneo. Este tipo de medicina é exercido pelos mais diversos agentes não oficiais de saúde: curandeiros,

benzedoras, raizeiros, conhecedores de plantas e agentes das pastorais da saúde entre outros. Diversas características distinguem a medicina popular da oficial, tais como: a recusa, em geral, do uso de medicamentos quimioterápicos; a opção pelo modelo de saúde que ultrapasse o projeto estritamente preventivo ou curativo, ou seja, que promova o bem-estar físico e mental; a maior interação entre aquele que cura e aquele que é curado; e a concepção de tratamento que não se restrinja à visão reducionista do combate à doença, comum à medicina oficial (LAPLANTINE & RABEYRON, 1989).

Nas estratégias de busca pela saúde, comuns às comunidades tradicionais, como benzeduras, garrafadas e rituais de limpeza e purificação, também está inserida a preocupação com o sagrado. POSEY (1997) ressalta a relevância do sagrado nos sistemas de cura intrínsecos às sociedades tradicionais, quando conceitua a etnobiologia (e, por consequência, a etnobotânica e a etnofarmacologia, ramificações da primeira), como sendo o estudo do papel da natureza no sistema de crenças e de adaptação do homem a determinados ambientes.

JORGE & MORAIS (2003) complementam que os elementos da terapêutica popular, ligados à religiosidade, são importantes ao esclarecimento das concepções e práticas relativas à saúde e à doença de comunidades. Por isso, na etnobotânica de plantas medicinais é importante que esses aspectos sejam levados em consideração durante a elaboração do trabalho, porque eles fazem parte do objeto de estudo, eles são intrínsecos e inerentes a todo e qualquer sistema de cura. Todavia é importante ressaltar, primeiramente, que a religião será entendida neste trabalho conforme a definição clássica de WEBER (1993), ou seja, como justificativa da vida concreta dos indivíduos em cada sociedade. De acordo com este autor, a vida deve ser justificada porque existem males que afligem a condição humana, como as doenças que deverão ser explicadas por vários modelos teológicos que se prestarão a justificar a origem e as razões que levam às situações consideradas patológicas.

De acordo com BUCHILLET (1991), por incluírem o sagrado, as formas de medicina popular foram consideradas, por muito tempo, como objetos exóticos desprovidos de coerência e eficácia, característicos de sociedades e culturas atrasadas, sendo destinadas a desaparecer com a implementação e disseminação da medicina convencional. Atualmente, entretanto, numerosos

trabalhos abordam temas como as concepções tradicionais da saúde e da doença, representações do corpo e do indivíduo, categorias etiológicas das doenças, técnicas de diagnóstico e de cura, estratégias terapêuticas, entre outros, compreendendo e respeitando a lógica interna do sistema tradicional de cura dentro do contexto sócio-cultural onde ocorre.

Diversos pesquisadores abordam a relação entre o sagrado e as práticas terapêuticas populares, que muitas vezes incorporam o uso de plantas. LAPLANTINE & RABEYRON (1989) afirmam que as estratégias terapêuticas tradicionais, entre elas o uso de plantas medicinais, são fundamentadas em visão mágica ou mágico-religiosa. Esses autores classificam a magia como sendo a confiança em certa ordem da natureza e em certo número de processos capazes de agir sobre essa natureza, manipulando forças cujo conhecimento se obtém por iniciação. QUINTANA (1999) complementa que nas terapias populares os processos mágico-religiosos, tanto em seus procedimentos quanto na sua lógica interna e na sua fala, ocupam um lugar central. Nestas terapias, as plantas não seriam apenas seres do mundo vegetal, elas seriam também símbolos carregados de significados, que comportam poder simbólico, que é por sua vez, atribuído socialmente (BOURDIEU, 1989).

MONOD (1976) exemplifica que para os índios Piaroa, habitantes do extremo sul da Venezuela, plantas com efeitos alucinógenos têm poderes curativos e preventivos de doenças. Tais doenças sempre estariam ligadas a interferências do mundo sobrenatural. Este autor destaca que:

(...) “para os Piaroa, as enfermidades são causadas por espíritos maléficos que introduzem objetos estranhos dentro do corpo das pessoas. Para diagnosticar o mal e para localizar em que parte do corpo ele se situa, o xamã absorve uma mistura de dois alucinógenos que lhe dão o poder de extrair os objetos causadores da doença.” (MONOD, 1976).

O yopo é alucinógeno, derivado de plantas, que os índios Piaroa fazem uso. Este preparado de plantas permite aos homens o acesso aos poderes invisíveis de seu próprio mundo. Os índios supõem que as alucinações são o resultado de uma separação do corpo e do espírito, que voa ao país dos mortos, dentro das rochas. Ali, o espírito aprende as canções de seus antepassados falecidos. Quando os animais escutam tais canções mágicas,

“esquecem” de transmitir suas formas às pessoas que os comem¹. Deste modo, a vida pode perpetuar-se, evitando-se as doenças e conservando-se o conhecimento humano sobre a criação (MONOD, 1976).

FRIKEL (1976) constata que esta relação entre o uso de plantas e o sagrado também ocorre com os índios Kachyana, habitantes do extremo norte do Brasil. Segundo o autor, estes índios festejam o morí – a festa do rapé – com um fundo essencialmente religioso. Assim, como no caso dos índios venezuelanos, nesta festa ocorre o consumo de plantas alucinógenas com o objetivo de combater as doenças, priorizando a ação na causa dos males. Os índios acreditam que as causas e os causadores de doenças são as más influências irradiadas pelas forças de espíritos, especialmente dos espíritos de animais.

Não é apenas em sociedades indígenas que aspectos sagrados estão relacionados aos conceitos de saúde, doença e tratamento. ELIZABETSKY (1997) afirma que também a população cabocla, ao menos a da Amazônia, considera certas doenças como resultado de influências maléficas de forças sobrenaturais. Essa autora complementa que os remédios usados para a cura de tais males terão, necessariamente, como parte de sua ação terapêutica, uma grande dose de relativismo cultural.

QUEIROZ (1984) exemplifica que na visão dos caiçaras, habitantes de aldeias em Icapara (SP), os problemas de saúde podem ter duas causas distintas: o desequilíbrio do corpo com o meio exterior ou o desequilíbrio moral em relação ao meio social. Quando a doença é consequência da primeira causa, ou os caiçaras procuram tratá-la de acordo com as técnicas internas da aldeia, baseadas na teoria do “quente e frio”, ou recorrem aos especialistas externos detentores de tecnologia inacessível ao caiçara comum: os curandeiros locais ou médicos da cidade. Quando as doenças são consequência do desequilíbrio moral em relação ao meio social, como o mau-olhado, recorrem aos curandeiros espirituais da própria aldeia.

De acordo com LABURTHE-TOLRA & WARNIER (1999), a teoria do “quente e frio” baseia-se na compreensão de que a doença é a ruptura do equilíbrio com a natureza. Tal equilíbrio poderá ser restabelecido fazendo o

¹A ingestão da carne de animais é considerada pelos índios provável causa de doenças.

doente consumir alimentos, líquidos ou remédios de qualidade simbólica oposta à que o indis põe. BRANDÃO (1991) complementa, com base em pesquisa junto a lavradores do interior de Goiás, que o “quente” e o “frio” não estão relacionados a condições de temperatura dos preparados (remédios ou alimentos) e sim com a sua atuação no organismo humano. O autor explica que para estes pesquisados, substâncias quentes são ofensivas ao sistema digestório, especialmente ao fígado e ao estômago, enquanto que as substâncias frias estariam relacionadas ao sistema nervoso e circulatório pois seriam calmante e depurativas do sangue.

Segundo LAPLANTINE (1986) uma característica das terapias populares ligadas ao sagrado, é a proximidade física entre quem cura é quem é curado, aliada a um caráter abrangente da percepção da doença, ou seja, a totalização homem-natureza-cultura.

AMOROZO (1996) corrobora com esta idéia e complementa que em sociedades tradicionais os sintomas de doenças físicas são explicados de forma a não separar a natureza do sobrenatural, o mundo social do mundo natural, e o indivíduo de sua matriz social. Existe, portanto, a interdependência entre natureza, sobrenatural, sociedade e indivíduo. A doença é entendida não em um esquema biomecanicista e sim cósmico. Por isso, em sociedades tradicionais, as doenças podem ser reconhecidas em três níveis etiológicos nos quais ocorre o diagnóstico da afecção: o nível físico (ou "natural"), o nível sobrenatural e o nível social. Segundo a autora, o nível físico abrange doenças cuja origem deve ser procurada entre causas físicas ou fisiológicas; o nível sobrenatural é aquele no qual o estado mórbido é causado pela intervenção de uma entidade sobrenatural; e o nível social se caracteriza quando a causa é decorrente de relações sociais conflituosas, que culminam com a intervenção, acidental ou deliberada, de uma pessoa ou grupo, que vai provocar uma doença em outra pessoa ou em um grupo rival. Assim, o tratamento será realizado de acordo com o nível em que a doença se encaixa.

Sob este prisma, as doenças podem ser vistas como sendo curáveis só pelos médicos ou só por outros especialistas (benzedeira, pajé), ou ainda pode ocorrer o tratamento sincrético, no qual o doente aceita a explicação da medicina convencional e dos especialistas culturalmente mais próximos, seguindo as prescrições de ambos (AMOROZO, 1996).

LAPLANTINE (1986) construiu modelos etiológicos de interpretação das doenças que permitem a compreensão teórica das variantes que determinam as possíveis formas de representação das mesmas.

- a) **Modelo Ontológico e Modelo Relacional:** o primeiro caracteriza-se por ser de natureza física centrado freqüentemente na doença, que é isolável. É a idéia de que existe um “ser” da doença. A atenção é, portanto, dada aos sintomas corporais do doente. Já no segundo modelo, o normal e o patológico não são mais pensados em termos de ser (‘alguma coisa em algum lugar’), mas em termos de harmonia e desarmonia, de equilíbrio e desequilíbrio, e a doença não é considerada como entidade inimiga e estranha, mas como desarranjo, por excesso ou por falta.
- b) **Modelo Exógeno e Modelo Endógeno:** o primeiro comanda as representações que consideram ser a doença o resultado de uma intervenção exterior (infecção microbiana, vírus, espírito patogênico, modo de vida malsão e relações sociais). Por sua vez, no Modelo Endógeno, a doença é deslocada para o indivíduo e não mais considerada como entidade que lhe é estranha; ela parte do próprio interior do sujeito.
- c) **Modelo Aditivo e Modelo Subtrativo:** o primeiro encontra-se nas representações dominantes do cristianismo (a doença como consequência do pecado), ou ainda nas que interpretam a experiência patológica em termos de intrusão de objeto no corpo, de infecção microbiana, de possessão demoníaca ou da presença de “excesso de cultura no campo do indivíduo”. Já no Modelo Subtrativo, o doente sofre de alguma coisa a menos que escapou dele ou que lhe foi subtraída. A ação terapêutica consistirá então de reunir, ou restituir, o que foi subtraído.
- d) **Modelo Maléfico e Modelo Benéfico:** no modelo maléfico, a doença é compreendida como nociva, perniciosa e indesejável. Já no modelo benéfico, o sintoma não é considerado como aberração a ser contida, mas como mensagem a ser ouvida e desvendada na tentativa de restauração do equilíbrio perturbado.

A partir desses modelos traçados por LAPLANTINE (1986), pode-se perceber que as representações da doença não são segmentadas, ou seja, elas são formadas por uma combinação de valores pertencentes a diferentes modelos. Foster, citado por ELISABETSKY (1997) explica que, na maioria dos

sistemas terapêuticos tradicionais, o fato mais importante com respeito à doença não é o processo patológico subjacente, isto é, como se processa a enfermidade, e sim a sua causa (etiologia). Esta autora exemplifica que entre os índios Kayapó, as enfermidades relacionadas com os espíritos são consideradas as mais graves, as mais difíceis de tratar. O tratamento de tais doenças requer a ação de especialistas, os xamãs. Doenças naturais (classificadas pelos índios como sendo provenientes de condições naturais como frio, calor, vento, alimento etc.) podem ser tratadas por conhecedores de plantas medicinais, mas no caso de suas ações terapêuticas não surtirem efeito, assume-se que a doença é causada por espíritos e deve ser tratada pelo xamã.

LAPLANTINE (1986) propõe também modelos terapêuticos, ou seja, as formas elementares de cura que abrangeriam diferentes estratégias de tratamento possíveis de serem encontradas nas sociedades:

- a) Modelo Alopático e Modelo Homeopático:** o modelo alopático tem como princípio básico eliminar o sintoma pelo seu contrário. A doença é considerada um mal em si que depois de descoberta deve ser extraída, erradicada, expulsa, separada e exterminada. Já o modelo homeopático funciona através de princípios antagônicos aos da alopatia, ou seja, em utilizar o mal contra o mal, o mais contra o mais, o menos contra o menos.
- b) Modelo Subtrativo e Modelo Aditivo:** no modelo subtrativo tem-se por objetivo exteriorizar o mal-doença com medicamentos como diuréticos, sudoríficos, laxantes e vermífugos. Por sua vez, o modelo aditivo remete a uma imputação etiológica não por excesso mas por falta (déficit, enfraquecimento, perda ou o medo de perder alguma coisa) e a busca da saúde vai de par com a busca do sucesso, da fecundidade, da prosperidade e da felicidade.
- c) Modelo Adorcista e Modelo Exorcista:** no modelo adorcista, quem cura se torna o assistente ou iniciador do doente, isto é, ajuda o doente a compreender e a conviver com a doença. Já no modelo exorcista, quem cura é um combatente engajado em uma verdadeira guerra contra a doença, que ele procura extrair ou anular do corpo do doente.
- d) Modelo Sedativo e Modelo Excitativo:** no primeiro, as doenças que derivam de um excesso de processos fisiológicos que acabam por exaurir

literalmente a função, e até mesmo a totalidade do próprio indivíduo, são tratadas pelos terapeutas com métodos que visam reequilibrar o organismo não pelo estímulo, mas pela inibição. No segundo, o tratamento ministrado é decididamente tônico. Ele procura provocar um estímulo do organismo ou da personalidade.

LAPLANTINE (1986) afirma que normalmente é o diagnóstico que determina a natureza do tratamento, porém podem existir situações em que vários modos de respostas terapêuticas são possíveis a partir de uma única determinação etiológica.

Como afirma AMOROZO (1996), muitas peculiaridades do emprego de plantas medicinais em comunidades tradicionais não podem ser entendidas se não forem levados em consideração os fatores culturais envolvidos e o ambiente físico em que ocorrem. Quando os integrantes de uma comunidade compartilham certa visão de mundo, estabelece-se a coesão do grupo, fornecendo-lhes elementos e formas de explicar e dar significado à realidade.

Os mitos e rituais pertinentes a cada comunidade, como por exemplo, as benzeções, podem ajudar sobremaneira a compreensão da lógica do uso das plantas medicinais. De acordo com ELIADE (1998) aos integrantes de sociedades tradicionais, os mitos oferecem explicação do mundo e do seu próprio modo de existir no mundo. Ao rememorar os mitos e reatualizá-los, tais sociedades são capazes de repetir o que os “Deuses”, os heróis ou ancestrais fizeram no passado.

De acordo com LOYOLA (1984), a busca pela cura por intermédio de curandeiros, benzedores, mães-de-santo, rezadores e agentes religiosos (católicos, pastores protestantes e oficiantes de cultos espíritas, de umbanda ou candomblé) é prática comum entre famílias de baixa renda. Entretanto é importante ressaltar que não é somente a questão econômica que determina a busca por estes agentes de saúde. Muitas vezes, independentemente da renda de seus usuários, as práticas de saúde ligadas a fé ou as tradições, são procuradas justamente devido a força simbólica que carregam e não a limitações de ordem econômica. QUEIROZ (1991) complementa que no percurso da cura, o uso da medicina religiosa é freqüente e generalizado para certas doenças, principalmente quando ocorre insucesso por parte da medicina convencional.

Muitos dos agentes de cura religiosa fazem uso de plantas incorporadas ao tratamento. LAPLANTINE (1986) explica que os diferentes modos de utilização das plantas por estes agentes não estão somente relacionados às possíveis propriedades terapêuticas destas pois deve ser levada em conta a carga simbólica que elas representam para o tratamento.

ALMEIDA (2000) exemplifica que é comum o uso de plantas nos rituais das religiões de origem africana no Brasil, porém existem poucos trabalhos acerca do aspecto medicinal e mágico que as plantas assumem nestes rituais. Segundo a autora, tal fato deve-se à característica confidencial ou proibida que esta questão assume dentro das “comunidades-terreiro”. A arruda (*Ruta graveolens* L.) é por exemplo planta medicinal utilizada em vários rituais das religiões de origem africana e também em comunidades tradicionais (ALMEIDA, 2000). De acordo com esta autora, é comum o emprego de ramos desta planta entre os pretos-velhos, rezadores e benzedores durante suas rezas, ou em banhos recomendados para afastar “mau olhado”, “quebranto”, “olho gordo”, má sorte ou para trazer purificação e “limpeza” aos usuários. Os sacerdotes das religiões afro-brasileiras acreditam que a arruda tem duplo poder: retira negatividades das pessoas ou ambientes e atrai “bons fluidos”, sendo considerada portanto uma planta protetora (ALMEIDA, 2000).

QUEIROZ (1991) destaca outra característica da influência do sagrado na esfera da saúde familiar. Segundo este autor o uso da benzedura, por exemplo, é generalizado, principalmente às crianças. Entre adultos, ele é mais comum entre as mulheres, sendo que, entre os homens, ele se restringe a ocasiões especiais como, por exemplo, em casos de grande aflição não só por causa de doença, mas também por problemas conjugais, desemprego, desentendimento com filhos e outros parentes, bebidas e outros vícios.

Desta forma, na compreensão dos conceitos de saúde e de doença das comunidades tradicionais, é importante a exploração dos mitos e rituais. De acordo com POSEY (1997), estes elementos são tidos pelos etnobiólogos como codificações de conceitos-chave que transmitem conhecimento ecológico e princípios conservacionistas entre gerações, ou seja, são repositórios de conhecimento prático. Este autor exemplifica, com base em pesquisas realizadas junto a tribos indígenas da Amazônia, que as informações referentes aos complexos ecossistemas e ao modo como podem ser explorados

encontram-se direta ou indiretamente expressos nos mitos e rituais dos grupos indígenas da região. Com efeito, sua concepção do mundo influencia – e é influenciada em graus diversos – pela maneira como o ecossistema é percebido. O mito codifica as relações ecológicas entre o mundo natural e o humano.

“Um mito em cujo enredo compareçam elementos vegetais, animais e seres humanos pode constituir a chave para decodificar a percepção por uma determinada cultura de importantes inter-relações.” (POSEY, 1997).

ELISABETSKY (1997) afirma que índios e caboclos, com sua observação atenta e sistemática do meio ambiente, provêm informações que sugerem as influências ecológicas na produção e distribuição de princípios ativos nas plantas. A autora exemplifica que frases como “as folhas voltadas para o poente são as melhores” ou “prepara-se a bebida com as folhas coletadas antes do sol nascer” ou “só presta fazer chá quando a folha cai no chão” são comumente relatadas pelos nativos. Watson e colaboradores, citados por ELISABETSKY (1997) verificaram uma correlação perfeita entre o conteúdo químico e o uso de uma planta utilizada na confecção do pituri (preparado alucinógeno), a espécie *Duboisia hopwoodii*, o que explica a razão de os curandeiros viajarem até 700 km em busca de exemplares desta espécie que poderiam ser encontrados muito mais perto.

Schulte, citado por ELISABETSKY (1997), propõe que a ciência deve procurar entender como os índios diferenciam exemplares de plantas de uma mesma espécie em termos botânicos segundo sua ação farmacológica – isto é, segundo suas propriedades mais ou menos duradouras – visto que tais exemplares são selecionados de formas diferentes e para usos diferentes tais como caça, magia etc.

3.3) Ecoturismo e seus Impactos

De acordo com GOMES (2003), o desenvolvimento econômico, ao lado do crescente processo de urbanização ocorrido no Brasil, a partir da segunda metade do século passado, acarretou problemas como a ocupação de áreas inadequadas à urbanização, a poluição do solo, da água e do ar, a falta de

segurança e de outros recursos essenciais como saneamento básico, saúde pública e áreas de lazer que proporcionassem contato com a natureza. Isso, aliado a condicionantes de vida típicos da modernidade como produção e consumo exacerbados, intensa presença dos meios de comunicação em massa no cotidiano, necessidade constante de administrar o tempo causando estresse, tem gerado transtornos de ordem física e emocional em contingente cada vez maior de pessoas, que acabam por culminar na redução de sua qualidade de vida.

Este cenário estimulou que a parcela da população com maior poder aquisitivo procurasse novas formas de lazer, relaxamento e busca pelo contato com a natureza como parte de deliberada estratégia de afastamento temporário de tudo que se assimilasse às cidades e à modernidade. Assim, assiste-se, a partir da década de noventa, em nosso país, o crescimento de uma das categorias de turismo até então pouco explorada: o turismo rural e o ecoturismo.

GRAZIANO DA SILVA e colaboradores (1998) definem turismo rural como sendo atividades que se identificam com as especificidades da vida rural, ou seja, atividades que valorizam o ambiente rural, a economia e a cultura local. Já o ecoturismo pode ser definido como sendo as atividades realizadas em áreas naturais com o objetivo específico de estudar, admirar e desfrutar a flora e a fauna, assim como qualquer manifestação cultural que ocorra nestas áreas (CAMPANHOLA & GRAZIANO DA SILVA, 1999)². O INSTITUTO BRASILEIRO DO TURISMO – EMBRATUR (1994), por sua vez, define o termo ecoturismo como segmento da atividade turística que utiliza, de forma sustentável, o patrimônio natural e cultural. Incentiva a sua conservação e busca a formação da consciência ambientalista, por meio da interpretação ambiental, promovendo o bem-estar das populações envolvidas.

O que estimula o turista a buscar as localidades rurais atualmente são aspectos como a arquitetura típica, gastronomia característica, população nativa que conserve seus hábitos e costumes tradicionais e apreciável beleza natural (CAMPANHOLA & GRAZIANO DA SILVA, 1999).

²Neste trabalho, de forma geral, será adotado o termo ecoturismo em referência às atividades turísticas realizadas na comunidade estudada.

Este tipo de atividade é defendido por diversos autores que argumentam que tal turismo é importante indutor de desenvolvimento não-agrícola no meio rural, enfocando principalmente a criação de novos postos de trabalho nas localidades onde ocorre (GRAZIANO DA SILVA *et al.*, 1997). De acordo com LAGE & MILONE (2000) os empregos resultantes do desenvolvimento turístico se caracteriza em três vertentes: a) empregos diretamente relacionados com a direção e o funcionamento dos estabelecimentos turísticos; b) empregos resultantes do desenvolvimento da indústria turística, como transportes, agricultura, bancos, comércio etc e c) empregos indiretos criados pelo turismo, que surgem derivados do montante de recursos obtidos pelas atividades produtivas dos residentes locais.

Estes autores complementam que parte expressiva dos empregos diretos gerados pelo turismo normalmente exige mão-de-obra pouco qualificada, o que quase sempre representa baixa remuneração. Devido a este fato, muitas vezes costuma ser contratada a mão-de-obra jovem das localidades, o que os autores argumentam ser vantajoso porque reduz ou retarda a saída destes jovens rumo a maiores cidades.

Entretanto, de acordo com a EMBRATUR (1994), o ecoturismo no Brasil ainda é atividade desordenada e impulsionada quase que exclusivamente pela oportunidade mercadológica, deixando de gerar os benefícios sociais, econômicos e ambientais esperados e comprometendo o conceito e a imagem do produto ecoturístico brasileiro nos mercados interno e externo.

KRAHL (2000) complementa que Minas Gerais é um dos Estados brasileiros de maior potencial em termos de turismo ligado à natureza, visto que possui incontáveis atrativos naturais. SILVA (2002) argumenta que Minas conta hoje com o afluxo crescente de visitantes, o que traz sérias implicações ambientais, haja visto o caso do Parque Estadual do Ibitipoca, em Lima Duarte, que a poucos anos atrás teve que ser submetido à interdição de várias de suas áreas devido à coleta indiscriminada de plantas, erosão em trilhas, depredações e pichações ocasionadas pelo turismo de massa, disfarçado de ecoturismo.

O município de Ouro Preto, em Minas Gerais, situado em zona ecotonal, é rico em recursos naturais, oferecendo oportunidades ímpares à prática do turismo ligado à natureza. Dessa forma, o ecoturismo neste município tem sido

explorado mais intensamente nos últimos anos, porém também se caracteriza por ocorrer de forma desordenada, certamente devido à ausência de políticas públicas eficientes ao setor (GOMES, 2003).

Estudando o impacto do ecoturismo sobre o meio ambiente na localidade de Lavras Novas, GOMES (2003) concluiu que os principais problemas encontrados foram: descaracterização do conjunto edificado onde as novas construções direcionadas aos turistas, como as pousadas, não seguem o padrão arquitetônico das casas dos nativos da comunidade; poluição sonora, pelo afluxo de turistas e trânsito de veículos; contaminação dos recursos hídricos, pelo esgotamento sanitário; pisoteio e danos à vegetação, pela passagem de pedestres e veículos; erosão em trilhas, pelo trânsito excessivo de motocicletas; acampamentos em locais inadequados em termos de segurança; acúmulo de lixo nas trilhas; perturbação dos pedestres e riscos de acidentes pelo trânsito de motocicletas em alta velocidade.

Esta autora atribui a falta de planejamento da atividade ecoturística nesta comunidade como sendo a principal razão destes impactos ambientais. A solução de tais problemas requer esforços conjuntos por parte do Poder Público, da iniciativa privada, das instituições acadêmicas, das organizações não-governamentais locais e da comunidade de Lavras Novas, no sentido de buscar medidas efetivas e urgentes a esse respeito (GOMES, 2003).

A autora também investigou a hierarquização dos problemas ambientais identificados de acordo com os atores sociais inseridos no contexto da prática turística nesta localidade. De acordo com GOMES (2003), cada ator social tem sua visão própria relacionada aos impactos ambientais: os moradores são mais sensíveis aos problemas ambientais de seu cotidiano e que afetem diretamente a qualidade de vida da sua comunidade, como os transtornos relativos ao tráfego de veículos, som alto nos automóveis etc. Já os proprietários de estabelecimentos comerciais e hotéis ou pousadas valorizam mais os problemas que podem afetar seus investimentos, como o caso da contaminação dos cursos de água.

RUSCHMANN (2000) argumenta que visar o sucesso da atividade turística no meio rural significa buscar o seu desenvolvimento sustentável, ou seja, buscar a administração pública dos ambientes e dos recursos naturais

junto às comunidades, a fim de atender suas necessidades econômicas e sociais, preservando sua integridade cultural, ecológica e ambiental, de forma que estas características possam ser desfrutadas pelas gerações futuras. Esta autora complementa que a sustentabilidade da atividade turística depende de aspectos como a preservação do ambiente natural, da integração da cultura e dos espaços sociais da comunidade com o turismo, sem causar transformação nos hábitos característicos da região; na promoção e distribuição equitativa dos benefícios da atividade entre a comunidade e os visitantes, gerando aumento de nível de bem estar a ambas as partes e, acima de tudo, de turistas responsáveis, atentos às questões ambientais e culturais. Tais aspectos, enfim, devem ser respeitados objetivando proteger a originalidade da região.

IV MATERIAL É METODOS

4.1) Delimitação da Unidade de Análise:

O trabalho foi desenvolvido na comunidade Lavras Novas localizada no município de Ouro Preto, Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. Tal município situa-se na Serra do Espinhaço, porção centro-sul do Estado, a 98,10 km da capital Belo Horizonte. Sua localização central é definida pelas coordenadas geográficas 20° 23' 28" S e 43° 30' 20" W. O município tem 5% de topografia plana, 40% ondulada e 55% montanhosa. Insere-se no domínio do Quadrilátero Ferrífero possuindo praticamente todos os litotipos, porém com predomínio de solos do tipo litólico, ou seja, com horizonte orgânico pouco espesso. (SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE, 1996).

Lavras Novas é sub-distrito situado na porção sul (zona rural) de Ouro Preto (Figura 1). Localiza-se a 20 km do centro administrativo do município sob coordenadas geográficas 20° 28' 29" S e 46° 41' 39" W, abrangendo área de 45,5 km². Tem altitude máxima de 1.300 m na "Serra do Trovão" e mínima de 1.200 m na "Represa do Custódio" (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, 2002). O clima de Lavras Novas é classificado como Tropical de Altitude cuja temperatura máxima chega a 22,6° C e mínima a 13,1° C (Figuras 2 e 3). A precipitação média anual da localidade é de 2.018

mm, com concentração de chuvas nos meses de outubro a março (SEBRAE, 1996).

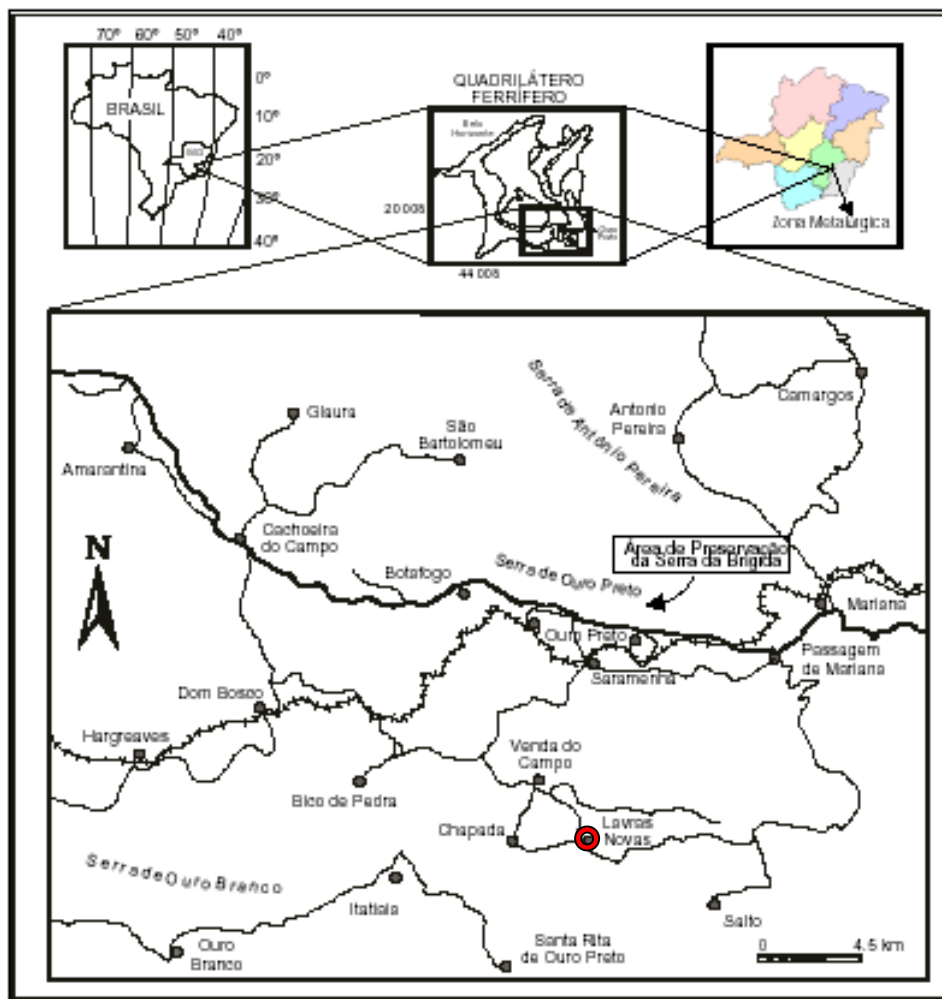


Figura 1 – Localização geográfica de Lavras Novas no município de Ouro Preto, MG, Brasil. Fonte: FONSECA *et al.* (2001) adaptado.

A cobertura vegetal predominante em Lavras Novas é do tipo herbáceo-arbustiva e insere-se na fisionomia de vegetação denominada “campo rupestre”. HARLEY (1995) define esta fisionomia como tipo de vegetação altamente especializada que ocorre no alto de montanhas das Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (Bahia) do Brasil, normalmente acima dos 1200 m de altitude e sobre solos muito rasos ou afloramentos rochosos. De forma geral, suas plantas possuem adaptações para sobreviver a variações extremas de temperatura e disponibilidade de água. Uma das famílias botânicas que predomina em campos rupestres é a Asteraceae.



Figura 2 – Vista parcial da Rua Principal Nossa Senhora dos Prazeres em Lavras Novas em dia de nevoeiro comum no inverno. Agosto de 2003.



Figura 3 – Vista da Igreja de Nossa Senhora dos Prazeres, Lavras Novas, em dia de nevoeiro. Agosto de 2003.

Lavras Novas foi selecionada por tratar-se de localidade que possui duas características essenciais à investigação: o tradicional hábito dos moradores de tratar seus problemas de saúde com plantas medicinais, confirmado pelos resultados do levantamento etnobotânico concluído em 1994 (STEHMANN & BRANDÃO, 1995) e por tratar-se de comunidade que foi

submetida a profundas mudanças econômicas e sociais na última década, em decorrência do desenvolvimento da atividade turística. Além disso, a escolha desta localidade baseou-se no fato de representantes desta comunidade manifestarem o interesse de participar da pesquisa por acreditarem que conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais estaria se perdendo com a dificuldade de repasse às gerações mais novas e com o falecimento dos idosos.

Visando avaliar as hipóteses da pesquisa foi realizado novo levantamento de informações etnobotânicas e etnofarmacológicas nesta localidade.

4.2) Pesquisa de Campo

O trabalho de campo foi realizado no período de agosto a novembro de 2003 e, em maio de 2004, retornou-se à comunidade visando a obtenção de dados complementares. A pesquisa foi realizada por meio de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A observação participante foi conduzida, conforme preconizada por ETKIN (1993), ou seja, pelo envolvimento do pesquisador nas atividades da comunidade com o objetivo de conhecer detalhes da vida diária. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas conforme proposto por PRETTY e colaboradores (1995), fazendo uso de guia de entrevista (vide Apêndice A) que continha apenas tópicos pré-definidos, permitindo que novas questões fossem originadas ao longo do diálogo e que os entrevistados manifestassem suas idéias espontaneamente.

O processo de delimitação da amostra de informantes e a formação da rede de campo foi realizado de acordo com SILVA (2000). Assim, após a familiarização do pesquisador com o grupo a ser estudado e vice-versa, e o desenvolvimento de relações de confiança entre estes, foi realizada a identificação dos informantes-chaves. Tal familiarização foi realizada por meio de visitas informais aos moradores da comunidade mais conhecidos por fazerem uso de plantas medicinais. As visitas iniciais foram acompanhadas de uma moradora de Lavras Novas pertencente à organização não-governamental

(ONG) “Lavras Viva”³ que era de seu conhecimento prévio. Desta forma, o pesquisador foi *apresentado* aos membros da comunidade, facilitando a criação da rede de confiança, essencial em trabalhos de observação participante.

Além dessas visitas, foi realizada em 13 de agosto de 2003, na Casa Paroquial da comunidade, a reunião geral de apresentação do projeto de pesquisa na qual também foi discutida a elaboração do “Contrato de Autorização” com o qual a comunidade, por meio de suas organizações representativas, em comum acordo com o pesquisador, autorizou a execução da pesquisa e estipulou condicionantes à realização da mesma de acordo com os seus interesses. Esta reunião contou com a presença de 33 moradores da comunidade. Posteriormente à reunião, o “CONTRATO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA E DIVULGAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO” foi elaborado, constituindo-se em documento firmado entre o pesquisador e as seguintes organizações representativas da comunidade: Irmandade Nossa Senhora dos Prazeres e a ONG “Grupo Ecológico Lavras Viva”. O modelo de tal documento encontra-se no Apêndice B.

Este contrato assegura o acesso da comunidade aos resultados da pesquisa e é fruto da preocupação, amplamente discutida nos últimos anos, das ciências que trabalham com conhecimento tradicional associado à biodiversidade, como a antropologia e a biologia. SANTILLI (2003) explica que no Brasil ainda é precário o sistema de proteção legal que eficazmente assegure os direitos de comunidades tradicionais – índios, seringueiros, ribeirinhos, agricultores e outros – que ao longo de várias gerações descobriram, selecionaram e manejaram espécies com propriedades farmacêuticas, alimentícias e agrícolas. Segundo esta autora, tal precariedade legal tem permitido diversas formas de espoliação e de apropriação indevida do saber como, por exemplo, o patenteamento nos Estados Unidos do “ayahuasca”, planta medicinal da Amazônia usada por comunidades indígenas e considerada pelas mesmas, de alto valor espiritual, ou a concessão de patente a dois professores da Universidade do Colorado (EUA) sobre a utilização da “quinua”, planta de alto valor nutritivo e de uso tradicional na

³ONG de caráter ambientalista, sem fins lucrativos, sediada em Lavras Novas e fundada em 2003.

alimentação de comunidades bolivianas e de outros países andinos. FIRESTONE (2003) complementa que a precariedade legal, em termos da proteção do conhecimento tradicional associado à biodiversidade, não é exclusividade brasileira. Devido a isto, tem sido crescente a ação de países, estados, instituições, empresas e comunidades, no mundo inteiro, no esforço de elaboração de políticas concretas, que respeitem o direito das comunidades tradicionais de controlar o acesso, e uso, de recursos genéticos dentro de seus territórios, bem como o conhecimento associado a tais recursos. Uma das medidas que mais amplamente tem sido adotada é a obtenção do “consentimento prévio informado” ou seja, a consulta às comunidades locais ou indígenas visando seu consentimento voluntário antes que pessoas, instituições ou empresas tenham acesso a conhecimentos tradicionais ou recursos genéticos dentro de seu território. Nesta consulta, as comunidades devem ser informadas dos riscos e benefícios do projeto. No caso específico desta pesquisa esta consulta foi realizada na citada reunião do dia 13 de agosto de 2003.

Nesta reunião geral também foi definida a rede de informantes. Foram considerados informantes-chave, as pessoas que pudessem fornecer dados mais relevantes aos objetivos propostos na investigação e que se propuseram a participar da pesquisa. Desta forma a rede de campo foi formada pelos membros da comunidade mais envolvidos e mais influentes, direta ou indiretamente, com o uso de plantas medicinais. Foram identificados 22 informantes-chave, sendo que durante a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas, foi comum a participação de familiares de alguns informantes, o que enriqueceu os depoimentos. Quando muito relevante, tais depoimentos também foram incluídos no texto etnográfico. As informações da observação participante foram registradas em diário de campo e as entrevistas foram gravadas em fita cassete mediante a autorização prévia do informante (Figura 4).

Como a maioria das informantes era senhoras, as primeiras entrevistas também contaram com a presença da moradora de Lavras Novas pertencente à ONG “Grupo Ecológico Lavras Viva” ou de uma jovem da comunidade, muito interessada na pesquisa, que participou da reunião geral. A presença de pessoas conhecidas, e do sexo feminino, permitiu que as senhoras se

sentissem mais à vontade ao abordar assuntos específicos do universo feminino, como menstruação e parto.

Foram realizadas durante o trabalho de campo duas reuniões gerais com os informantes (Figura 5). Tais reuniões tiveram o propósito de esclarecer dúvidas que o pesquisador teve durante as entrevistas, promover a integração do grupo de informantes por meio de dinâmicas recreativas, permitir a troca de experiências sobre plantas medicinais entre o pesquisador e os informantes.

Em uma dessas reuniões, o pesquisador indagou aos informantes sobre como eles gostariam se ser identificados no texto etnográfico de forma a preservar sua identidade pessoal. Por sugestão dos mesmos, todos os informantes escolheram o nome vulgar de uma planta medicinal e é desta forma que seus depoimentos estarão identificados. Também foram realizadas duas visitas à “mata” objetivando a coleta de plantas medicinais em seu ambiente natural.



Figura 4 – Pesquisa de campo: entrevista semi-estruturada junto aos informantes. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003.



Figura 5 – Pesquisa de campo: reunião geral com os informantes. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003.



Figura 6 – Pesquisa de campo: visita à “mata” junto às informantes, visando a coleta de amostras de plantas medicinais. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003.

4.3) Histórico da Comunidade de Lavras Novas

A origem do povoado de Lavras Novas data o século XVIII. Formada por população predominantemente negra, esta comunidade durante muitos anos foi considerada remanescente de antigo quilombo da época da escravidão no Brasil.

Entretanto, pesquisando documentos antigos de arquivos regionais, a historiadora Christina Tárzia comprovou que o povoado nunca fora realmente um quilombo. Segundo esta pesquisadora, o Arraial de Lavras Novas foi, desde os primórdios do século XVIII, região de mineração de ouro, atividade que continuou até o final do século XIX. Em alguns documentos consultados pela autora está registrada a existência de lavras de ouro até mesmo atrás da Capela Nossa Senhora dos Prazeres e no fundo dos quintais dos moradores. Os registros de demarcação e posse dessas áreas foram escritos no local, por escrivão e sob a supervisão do guarda-mor, ambos funcionários da Coroa. A historiadora explica que guardas-mores não demarcavam terrenos clandestinos ou de quilombos, a não ser que estes estivessem extintos e também não davam títulos de posse a quilombolas. Outro argumento que, segundo a autora prova que Lavras Novas nunca fora um quilombo, são os registros de vários capitães do mato⁴ e comboieiros⁵ como residentes no Arraial. De acordo com a historiadora, este tipo de profissional prendia ou vendia escravos e não residiriam naquele povoado, se lá fosse um quilombo (TÁRCIA, 2002).

O povoado foi, portanto, formado por mão-de-obra, parte livre e parte forra, onde se destaca o número de proprietários de terra e de lavras de ouro da raça negra. TÁRCIA (2003) explica que nem todos os africanos ou seus descendentes vieram trabalhar nas minas na condição de escravos e que a maioria dos escravos que se libertavam, logo adquiriam propriedade e mão-de-obra escrava.

No início do século XX, a comunidade de Lavras Novas caracterizava-se por viver relativamente isolada de Ouro Preto. Formada por cerca de 500

⁴Capitães do mato eram pessoas especializadas em rastrear e prender criminosos, com vasta experiência em captura de quilombolas e fugitivos de modo geral (TÁRCIA, 2002).

⁵Comboieiro era quem conduzia comboios, inclusive de escravos, para a revenda no interior do país (TÁRCIA, 2002).

habitantes, começou a organizar-se de forma bastante particular: na falta de autoridade instituída, a comunidade sempre tinha uma liderança natural, ou seja, alguém que se destacava por sua sabedoria e capacidade de conciliação de problemas. Normalmente estes líderes eram pessoas de maior faixa etária (GOMES, 2003). O depoimento da Sra. Funcho confirma este fato:

“Antigamente os velhos resolviam as coisas tudo aqui na comunidade. Não tinha polícia nada não. Se tinha alguém fazendo algazarra ou coisa errada, os velhos juntavam uns homens e com uns pedaço de pau ia lá e resolvia o problema. Os veios mesmo é que resolvia tudo. Aqui mudou demais!”

O atual Presidente da organização não-governamental Grupo Ecológico “Lavras Viva” relata a história da localidade a partir da década de 50 do último século:

“Há 50 anos atrás, o pessoal aqui vivia isoladamente e produzia tudo. Era uma comunidade auto-sustentável que as pessoas só precisavam comprar o sal. Aqui se plantava milho, tinha um moinho de água que eles faziam o fubá. Plantavam inhame, batata doce, mandioca... Arroz só se comia no natal. O básico era o milho, inhame, carne de porco ou de galinha ou de boi, que eles sempre criavam. Quando eles matavam um animal maior, como o porco ou o boi, eles distribuía a carne pra toda a vizinhança. Assim todo mundo comia... Nessa época o povo ganhava dinheiro com a extração de lenha, que eles tirava do mato aqui e vendiam em Ouro Preto pra poder comprar o sal e pano pra fazer roupa. Nessa época também algumas pessoas trabalhavam com o artesanato de balaies que eram vendidos em Ouro Preto. (...) As mulheres pegavam a taquara no mato e os homens produziam os balaies, as esteiras pra colocar no forro das casas. (...) Essa atividade continua até hoje só que com menos pessoas atuando. Um tempo depois veio a ALCAN⁶ e muita gente da comunidade foi trabalhar lá. Os homens principalmente. Aí os hábitos já foram mudando e as plantações e criações foram diminuindo. (...) Depois de algum tempo, acho que já na década de 70, a indústria foi se modernizando e colocou máquinas no lugar dos homens. Muita gente foi mandada embora porque só podia fazer o trabalho braçal, não tinha estudo né. (...) Sobrou mais o artesanato e a própria lenha pra sobreviver. Muitos também saiam da comunidade pra caçar emprego em Saramenha⁷ e Ouro Preto. As moças trabalhavam de doméstica e assim foi indo até os

⁶ALCAN Alumínio do Brasil Ltda. Fábrica localizada em Ouro Preto, foi a primeira indústria de alumínio no Brasil a ter o processo completo de produção do alumínio desde a extração da bauxita. Atualmente a Unidade de Ouro Preto engloba atividade como: mineração de bauxita, produção de aluminas especiais, produção de alumínio primário sob a forma de lingotes, tarugos e placas.

⁷Bairro de Ouro Preto localizado na entrada da estrada que dá acesso a Lavras Novas.

primeiros turistas chegarem. Aí já no final dos anos 80.” (Presidente da ONG “Lavras Viva”).

GOMES (2003) complementa que as mudanças em termos de infraestrutura no local começaram efetivamente por volta de 1970, quando foram introduzidas a luz elétrica e a televisão. Nesta época também o contato dos moradores com a cidade de Ouro Preto se intensificou.

Atualmente, de acordo com dados do IBGE (2000), a localidade de Lavras Novas possui população fixa de 771 habitantes, sendo 372 pessoas do sexo masculino e 399 do sexo feminino, com cerca de 75 domicílios de uso ocasional. A comunidade conta com um posto de saúde cujo médico a visita uma vez na semana, uma escola municipal e um posto policial.

A atividade turística em Lavras Novas foi intensificada a partir de 1995 com a instalação indiscriminada de bares e pousadas, projetando regionalmente o local, que passou a receber grande afluxo de turistas durante todo o ano, atraídos não só por suas belezas naturais, (Figura 7), mas também pela cultura de seus moradores (GOMES, 2003).

“Eles [os turistas] vinham das cidades, principalmente de Belo Horizonte atrás de sossego, de um lugar diferente, frio. No início nós nativos ficamos meio desconfiados, mas depois foi havendo um maior entrosamento assim com o turista. (...) Até hoje o pessoal mais velho tem mais dificuldade de entrar em contato com o povo de fora, o povo mais novo e que tem mais facilidade...

(...) Daí o povo aqui começou a mexer com o turismo. Primeiro dentro de suas próprias casas, depois construindo casinhas no quintal, no lugar das hortas. Até que num certo ponto eles se encantaram com o dinheiro e venderam um monte de terra pro pessoal de fora, a preço de banana. Terras grandes. (...)

Esse pessoal de fora dizia que queria as terras para construir casas pra eles, mas depois eles começaram a construir pousadas. Eles viram que aqui ia ser um ponto turístico forte. (...) Isso foi nos anos 90.” (Presidente da ONG “Lavras Viva”).

Atualmente, a localidade conta com a atividade turística como principal fonte de emprego e renda. GOMES (2003) relata que, a infra-estrutura relacionada ao turismo, conta com cerca de 20 hotéis/ pousadas (sem computar nesse total as casas e cômodos de temporada, bem como os quartos anexos aos domicílios, ou no interior destes, que são alugados pelos moradores da comunidade), 20 bares e restaurantes, lojas e pequenos estabelecimentos comerciais de artesanato. Além disso, existe um “site” na

Internet destinado à divulgação dos atrativos turísticos naturais e culturais do local.



Figura 7 – Vistas dos quintais de duas informantes da Pesquisa. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003.

Em relação às casas ou cômodos de aluguel que os moradores construíram visando receber os turistas e complementar suas rendas familiares, o Presidente da ONG “Lavras Viva” relata que atualmente:

(...) “o povo daqui começou a ficar pra trás porque não tem aquela força como o pessoal de fora, dono das pousadas e dos hotéis, que faz propaganda na Internet, na rádio, que consegue divulgar mais né. Hoje o pessoal da comunidade é contra esse povo de fora que veio explorar o lugar, só que eles não sabem como reverter essa situação.” (Presidente da ONG “Lavras Viva”).

O turista encontra em Lavras Novas os seguintes atrativos: população acolhedora, clima temperado a frio (de montanha), exuberante paisagem, cachoeiras e trilhas que favorecem a prática de caminhada, ciclismo, cavalgada, grutas e interessantes formações rochosas propícias à prática de esportes “radicais”.

4.4) Identificação das Espécies

A coleta das plantas medicinais (Figura 6) e o manuseio seguiram a metodologia proposta por MING (1996). Foram coletadas somente espécies citadas pelos informantes que não foram identificadas como de uso medicinal no trabalho de STEHMANN & BRANDÃO (1995). A identificação botânica das plantas foi realizada prioritariamente no herbário da Universidade Federal de Viçosa – UFV, onde foram depositadas, com o auxílio de profissionais da ONG “Grupo Entre Folhas – Plantas Medicinais”⁸ (Viçosa-MG).

4.5) Sistematização e Análise dos Dados

Foi realizada a transcrição dos conteúdos das gravações das entrevistas. A sistematização e análise das informações obtidas foram realizadas conforme preconizado por BARDIN (1988), ou seja, por meio da construção de categorias analíticas onde buscou-se agrupar as concepções

⁸Organização não-governamental, com sede em Viçosa-MG que desde 1992 desenvolve trabalhos comunitários com plantas medicinais na forma de cursos, oficinas e palestras. Seus membros voluntários são estudantes de graduação ou pós-graduação da Universidade Federal de Viçosa e pessoas da comunidade local.

de acordo com a frequência das idéias, porém não desconsiderando concepções que, apesar de pouco frequentes, apresentaram grande relevância às questões propostas na investigação.

De acordo com a metodologia proposta por AMOROZO & GELY (1988) foi calculado o índice de importância relativa (IR) das plantas medicinais utilizadas na comunidade, quanto ao número de informantes que as citaram e à concordância dos usos. Excluem-se deste cálculo somente as espécies que foram citadas por apenas um informante. O índice de importância relativa é obtido pelo cálculo da porcentagem de concordância quanto aos usos principais de cada espécie (CUP). Considerando-se que os usos principais correspondem às indicações mais citadas, calculou-se CUP da seguinte forma:

$$\text{CUP} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de informantes que citaram usos principais}}{\text{n}^\circ \text{ de informantes que citaram uso da espécie}} \times 100$$

Posteriormente o valor de CUP foi corrigido pelo fator de correção FC onde:

$$\text{FC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de informantes que citaram a espécie}}{\text{n}^\circ \text{ de informantes que citaram a espécie mais citada}}$$

A CUP corrigida é dada então pela fórmula $\text{CUP}_c = \text{CUP} \times \text{FC}$ que é correspondente a IR.

Realizou-se posteriormente a análise das informações etnobotânicas e etnofarmacológicas obtidas tanto no levantamento de 1994 (STEHMANN & BRANDÃO, 1995) quanto no realizado em 2003/2004.

V RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1) Caracterização sócio-econômica dos informantes

Por meio da metodologia empregada, foram identificados 22 informantes na comunidade de Lavras Novas que são considerados como pessoas referenciais na utilização de plantas medicinais. Deste total, 18 são mulheres (81%) e apenas quatro foram homens (19%).

A predominância de informantes do sexo feminino em trabalhos de etnobotânica e etnofarmacologia de plantas medicinais é comum. LOYOLA (1984), QUEIROZ (1991), KAINER & DURYEYEA (1992) entre outros, observaram que, dentro da família, as mulheres se responsabilizam mais pelas questões relacionadas à saúde que os homens.

“Na família, de um modo geral, a dona-de-casa é a personagem principal no trato de questões de saúde e doença. De um modo quase unânime, é ela quem avalia as condições de saúde, tanto própria como de seus filhos, e toma a decisão de procurar os agentes de cura considerados necessários para cada caso de doença. (...) Os nossos dados revelam também que a mulher percebe, muito mais do que o homem, sintomas de doenças, assim como procura mais intensamente por soluções dentro ou fora do âmbito da medicina oficial tanto para ela como para seus filhos.” (QUEIROZ, 1991).

Essa relação entre as mulheres e a medicina não é um fenômeno atual, ela deriva de razões históricas. Segundo HOLANDA (1994), no Brasil desde o

início da colonização, as mulheres, principalmente as mais velhas, tinham quase sempre a primeira e última palavra em medicina. É importante ressaltar que dentro dos grupos tradicionais, as atividades produtivas são divididas por sexo. Assim ao homem normalmente cabe a pesca e a produção agrícola. Já a mulher cabe a coleta de alimentos, a criação de pequenos animais e os cuidados com a horta. Na prática da coleta, especificamente, as mulheres desenvolveram habilidades práticas como o reconhecimento de plantas úteis, perigosas etc. No desenvolvimento desse conhecimento foram importantes os sentidos, principalmente a visão, o tato e o olfato. Como a atividade nas hortas inclui o cultivo de plantas medicinais, a medicina tradicional acabou tornando-se especialização feminina. Exemplos históricos reforçam a relação entre a figura feminina e a medicina: as sacerdotisas da antiguidade e as mulheres acusadas de feiticeiras na idade média, eram aquelas que preparavam poções com ervas e outros componentes naturais visando à saúde.

KAINER & DURYEY (1992) realizando pesquisa junto a comunidades indígenas e tradicionais, concluíram que a mulher detém mais conhecimento em relação às plantas medicinais que os homens. Em Lavras Novas esta característica é confirmada pelos depoimentos seguintes:

“Ah, meu filho! Eu não conheço folhas de chá preparada pelos homens não. Normal é as dona que prepara. Antigamente os homens ficava doente e a gente ia correndo para horta apanhar as folhas de chá para fazer. Só quando não tinha as donas, é que alguns preparavam.” (Sra. Milindro).

“Meu marido tem pressão alta e eu sempre faço o chá de malva-rosa. Eu mesmo faço, ele conhece as folhas de chá, mas é eu que faço. Toda vida é eu que faço, adoço com mel, ponho no litro e faço ele tomar. Aí ele toma.” (Sra. Funcho).

“Eu tenho nove filhos, nunca internei um filho, graças a Deus. Sempre tratei em casa com as folhas de chá. Sempre fiz xarope pra febre.” (Sra. Capeba).

Seis informantes se recusaram a revelar sua idade; na verdade, a pergunta direta “quantos anos a(o) senhora(or) tem?” não era bem recebida pelos informantes. Estrategicamente, passou-se a indagar a qual faixa de idade o informante pertencia e espontaneamente a maioria deles passou a revelar suas idades. Considerando os 16 informantes que revelaram a idade obteve-se

a média de 66 anos, sendo que a informante mais jovem tinha 55 anos e a mais velha 87.

MILLIKEN & BRUCE (1996), trabalhando com tribos indígenas, obtiveram resultado semelhante. Estes autores concluíram que o conhecimento tradicional das plantas medicinais é originalmente conservado e praticado largamente pelas mulheres mais velhas.

Em relação ao nível de instrução, 59% dos informantes era alfabetizada, mas não se buscou investigar o grau de escolaridade de cada um. Nitidamente esta questão causava certo constrangimento entre os informantes pois muitos dominavam superficialmente a leitura e a escrita. O depoimento da Sra. Malva-Rosa, baseado em sua própria história de vida, explica porque muitas das pessoas mais velhas de Lavras Novas não puderam estudar:

“Eu trabalhei muito na lavoura de eucalipto. Nós era tudo mocinha e saia daqui pra trabalhar na Santa Rita⁹. Nós saia quatro horas da manhã pra pegar o serviço lá às seis horas da manhã, nós ia andando e carregando a marmitta do lado. (...) O dinheiro que a gente ganhava na lavoura a gente trazia pra ajudar os pais porque tinha outros irmão ainda piquitito e nós tinha que trabalhar pra ajudar nossos pais. (...) Antigamente era tudo mais difícil, nem água tinha nas casa, nós carregava as lata de água da fonte na cabeça. A vida aqui era muito difícil.”

Somente três informantes não têm origem em Lavras Novas. O Sr. “Milione” mudou-se ainda adolescente com a família à comunidade. Já os senhores “Poejo” e “Confrei” mudaram-se a Lavras Novas após o casamento com moças nativas do local. Os demais informantes sempre viveram na comunidade.

Quanto ao estado civil, 15 dos informantes eram casados (68%), 6 eram viúvos (27%) e apenas uma era solteira (5%).

O Quadro 1 relaciona os pseudônimos escolhidos pelos informantes como forma de identificação, o sexo, a idade, o tempo de residência na comunidade e sua fonte de renda atual.

⁹Distrito de Ouro Preto (vide Figura 1, página 29).

QUADRO 1 – Características dos moradores de Lavras Novas, MG, informantes da pesquisa.

Pseudônimo	Sexo	Idade*	Fonte de Renda Atual	T. R. C. **
Algodão	F	n/i	Aposentada	Toda vida
Câmara	F	74	Do lar (marido é caseiro)	74
Canela	F	57	Pensionista	57
Caieba	F	62	Do lar (marido trabalha na construção civil)	62
Confrei	M	73	Lavrador	48
Enxota	F	n/i	Empregada doméstica	Toda vida
Erva-cidreira	F	87	Pensionista	87
Funcho	F	63	Aposentada, aluguel de casa aos turistas	63
Girassol	F	55	Artesã, aluguel de casa aos turistas	55
Hortelã	F	n/i	Empregada doméstica	Toda vida
Lavadeira	F	77	Aposentada	77
Losmão	F	68	Pensionista	68
Macela	F	62	Do lar (marido é aposentado)	62
Malva-rosa	F	62	Do lar (marido é aposentado)	62
Milindro	F	n/i	Pensionista	Toda vida
Milione	M	58	Construção civil, aluguel de cômodos aos turistas	44
Poejo	M	61	Funcionário Público	30
Pruma	F	n/i	Do lar (marido é aposentado)	Toda vida
Romã	M	n/i	Funcionário Público	Toda vida
Sálvia	F	71	Pensionista	71
Transagem	F	63	Do lar (marido é aposentado)	63
Violeta	F	65	Pensionista	65

Fonte: Dados da Pesquisa

*Em anos, n/i = não foi informada.

** Tempo de residência em Lavras novas.

Somente 18% dos informantes possuem como fonte de renda complementar, atividades relacionadas diretamente ao turismo (aluguel de cômodos ou casas); todavia, as atividades de construção civil como pedreiro, servente de pedreiro ou mestre de obra, caseiro e empregada doméstica muitas vezes são ocupações indiretamente relacionadas à atividade turística em Lavras Novas. A maioria dos informantes (aproximadamente 41%) recebe aposentadoria ou pensão do governo.

5.2) As mulheres lenheiras de Lavras Novas e suas histórias de vida

Como a maior parte dos informantes da pesquisa foi composta de senhoras, buscou-se resgatar elementos da história de vida de algumas delas.

Essas mulheres viveram sua juventude num Brasil ainda predominantemente agrário e tiveram que começar a trabalhar cedo a fim de ajudar os pais no sustento da família.

Um destes trabalhos foi realizado na Fazenda São José do Manso que hoje pertence à área do Parque Estadual do Itacolomi. Com cerca de 200 hectares, esta fazenda foi adquirida em 1932 pelo Sr. José de Salles Andrade, que iniciou o cultivo do chá preto (*Cammelia sinensis* (L.) Kuntze), da família Theaceae. Originária da China e cultivada em muitos países da Ásia e de outros continentes, em Ouro Preto, esta planta foi cultivada durante o século XX, especificamente entre as décadas de 1930 e 1950 (PORTAL OURO PRETO, 2004).

Após a abolição da escravatura em 1888, a produção do chá brasileiro decresceu, quase desaparecendo totalmente. Entretanto, com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, em 1914, o chá nacional, principalmente o de Minas Gerais, começou a ter relevância no mercado. O município de Ouro Preto preenche as necessidades técnicas ao desenvolvimento do chá, que melhor se adapta a altitudes aproximadas de 1.280m. A estação das chuvas no município também oferece condições propícias ao cultivo do chá. Assim o chá produzido em Ouro Preto passou a ser de excelente qualidade (PORTAL OURO PRETO, 2004).

A produção do *Chá Edelweiss* na Fazenda do Manso prosperou a partir do início da década de 30. Nesta fazenda havia em 1946, 1,8 milhões de pés de chá. Seu proprietário importou as sementes da Índia e o maquinário da Alemanha. Tal maquinário de beneficiamento do chá está até hoje no Parque do Itacolomi e constitui o Museu do Chá. A produção do *Chá Edelweiss* acabou no final da década de 50 devido à entrada do produto japonês no mercado nacional, com custo 50% menor que o do chá do Brasil (PORTAL OURO PRETO, 2004).

A Sra “Lavadeira” conta detalhes de seu trabalho na lavoura de chá da Fazenda do Manso:

“O trabalho na Fazenda do Manso era apanhar chá, plantar as mudinhas né. A gente capinava, chegava a terra junto das plantas, e também trabalhava na fábrica. Lá tinha uma mesa grande que a gente ficava catando aquelas folhas, só servia as folhas novinhas, que depois ia pra secar e torrar para fazer o chá. (...) Quando a gente colhia, vinha o encarregado que acompanhava pra conferir se o balaio estava cheio com as folhas novas, se não tivesse, ele jogava o balaio todo fora. Era trabalho jogado todo fora, dava dó. Eles só queriam as folhas miudinhas e novas, não gostavam de folhas velhas.

(...) Nos trabalhava a semana toda, às vezes até no domingo, nós ia a pé até lá. A gente saía daqui as cinco da manhã, mais o menos, e levava quatro horas de caminhada até chegar lá. E não pagavam bem nada, nós não tinha direito a nada. A gente ganhava por quilo de folha colhida, não dava nada. Um dia de serviço tinha moça que conseguia tirar 50 até 70 kg. Quem tirava menos tirava 30 kg, mas eles achava que era serviço mal feito. (...) A comida do almoço, nós tinha que levar de casa, eles não davam não, só tinha um lugar que a gente podia esquentar as marmitas. Eles só davam o chá preto com pão.

(...) Mas os pais da gente era muito pobre e a gente tinha que trabalhar só pra comer. Era muito difícil. A gente tinha que trabalhar no sol ou na chuva. Tanta mocinha ficava doente por causa da friagem, molhava a roupa, tomava chuva na cabeça, e não tinha sapato não, nós ia descalça mesmo. Nós ficava muito com a roupa toda molhada. Eu não sei como é que eu to viva até hoje. Mas aqui tem moça que hoje ta entrevada, eu tenho irmã que não tem nem uma perna, por causa da friagem que ela pegava quando trabalhava lá. Ficou entrevada numa cadeira de roda.”

A Sra. Violeta explicita que mesmo com todas as dificuldades de trabalho, e sofrendo até preconceito, as moças iam trabalhar satisfeitas na lavoura de chá:

“Na fazenda produzia o chá da índia. Eu panhava o chá, mas tinha dia que eles colocava na fábrica. Lá tinha um cheirinho bom demais. Lá fazia os pacotinhos do chá. A gente saia cedo, nem seis horas era, e ia a pé, todo o dia, tinha que sair cedo porque lá era bem longe. (...) Tinha encarregado que chegava lá na lavoura e chamava nós assim: o macacada vem cá pra vocês merendar, vem macacada feia. Era muito difícil, mas também era bom, nós ia cantando pra lavoura, cantava muito, bonito demais.”

Décadas mais tarde algumas senhoras de Lavras Novas passaram a trabalhar em lavouras de eucalipto da região:

“Eu trabalhei na lavoura de eucalipto por cinco anos. Era difícil. Nós levantava quatro horas da manhã, ia a pé pra pegar no serviço às sete

horas. Nós fazia sementeira e espalhava as muda. Tinha que fazer capina também.” (Sra. Capeba).

Mas não foi somente fora da comunidade que estas mulheres, detentoras do conhecimento sobre as plantas medicinais, que elas caracteristicamente chamam de folhas de chá, trabalhavam. Dentro de casa, o serviço familiar também era volumoso, incluindo a coleta de lenha e a busca de água nas fontes naturais (Figura 8):

“Hoje eu não busco mais lenha não, mas quando era jovem nos ia em grupo, um bando de moças, ou até sozinha, buscar lenha nas matas. Nos ia tudo cantando, era bom. Aí nos ia tirar lenha cada uma na sua roça, e vinha com os feixes na cabeça. (...) Se era pesado? Nós tava acostumada, nossas mãe e nossas avós já faziam isso. Nós usava a lenha para cozinhar e vendia o que sobrava para ter dinheiro pra comprar roupa e material de escola pros menino.” (Sra. Violeta).

“Hoje é muito pouco, mas eu ainda busco lenha. A gente sai cedinho, seis e pouca da manhã. A gente tem o lugar certo pra tirar, e não vai longe não porque a gente já tá de idade né. A gente corta e sempre deixa jeito da planta rebrotar. As vez nós faz duas viagens. Os homens é muito difícil de pegar lenha. (...) Hoje em dia é poucas donas que pega lenha, agora que tem emprego né. Muito pouca gente pega, só mais as mulheres mais velhas mesmo. (...) A lenha não é só pro fogão não, acaba que esquenta a casa também. Buscar lenha é bom para aliviar do serviço de casa, nós vai batendo papo, rindo, cantando. (...) Antigamente a gente também capinava os roçado, e as crianças ajudava também, depois elas ia estudar. Tinha que buscar a água nas bicas porque não tinha água em casa não. Quando chuvia nós botava os tambor de água pra encher e dava graças a Deus que não tinha que buscar água toda hora.” (Sra. Sálvia).

A filha desta senhora, com 29 anos de idade, participava da entrevista e após ouvir o depoimento da mãe comentou:

“Era uma luta! Eu sei que quando eu capinava dizia pra mim mesma que não ia ficar nessa vida não. Eu vou estudar porque não quero ficar nessa vida não.”



Gentilmente cedida por: Vera L. Ribeiro



Figura 8 – Mulheres Lenheiras de Lavras Novas (acima). Estoque de lenha no quintal de informante da pesquisa (abaixo). Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003.

5.3) O processo da doença e da saúde na concepção dos informantes

Enquanto 18 informantes (81%) conseguiram expressar sua interpretação acerca do que entendem como sendo doença e saúde, outros 4

entrevistados (19%) tiveram muita dificuldade de expressar em palavras suas definições próprias sobre estes temas, preferindo não manifestar suas opiniões.

5.3.1) As concepções acerca da doença

Pouco mais da metade dos entrevistados que responderam as questões relacionadas à interpretação da doença (10 informantes, 45% do total de informantes) afirmaram que ela significa impossibilidade de trabalhar, conforme pode ser constatado nos relatos a seguir:

“A doença é mandada por Deus e tira a disposição pra trabalhar, mas a gente tem que passar por ela.” (Sr. Poejo).

“Acho que a pessoa que tá doente não é feliz, não trabalha satisfeita. Trabalhar é saúde, porque a gente quando está doente, não tem coragem de nada, não é verdade?” (Sra. Lavadeira).

SANTOS (1992) estudando a comunidade de Airões na Zona da Mata de Minas Gerais, obteve resultados semelhantes e concluiu que a incapacidade física de trabalhar ou continuar desempenhando suas atividades cotidianas é a interpretação mais comum da doença entre trabalhadores. QUEIROZ (1991) complementa que outras pesquisas sobre este tema, desenvolvidas desde o final da década de 70, chegaram a resultados semelhantes. De acordo com este autor, as famílias de trabalhadores compreendiam que existe um membro realmente doente quando aquela pessoa manifestava algum grau significativo de incapacidade de executar as atividades sob sua responsabilidade. Já os problemas de indisposição ou mal-estar, considerados, em geral, como problemas menores que não chegam a impedir o indivíduo de seu desempenho normal não são considerados doenças.

Seis informantes (27% do total) definem a doença como sendo sinônimo de dor, de tristeza ou de contrariedades, que podem ser entendidas como as desavenças nas relações sociais do cotidiano. Assim quando a pessoa está contrariada com atitudes de outras pessoas ela está doente:

“Eu acho que doença é quando a gente está sentindo dor, não é não? Sem dor não tem doença, tem nada? Dá vontade de ir pra cama. Se a gente tá boa não dá vontade de ir pra cama, não é mesmo?” (Sra. Milindro).

“A pessoa com doença é uma pessoa muito triste, principalmente quando ela tá sentindo dor né. Agora uma pessoa com saúde, ela é alegre, não tem nada melhor que a saúde. Nesse mundo se você tem saúde cê tem tudo. É muito bom você sair por aí sem tá sentindo dor, você sai alegre, agora se você tá sentindo dor, você sai aborrecido com tudo, porque a dor é muito ruim, não é mesmo?” (Sra. Malva-rosa).

“Quando a pessoa tá com as feições satisfeitas, alegre ela tá boa, tá com saúde. Uma pessoa quando tá doente, tá triste.” (Sra. Camará).

“A doença é uma coisa que vem pra nós tudo né. Vem pra todo mundo. A doença é um sofrimento, porque você não tem lugar de ficar, conforme a dor te que dá a pessoa não tem lugar. No fim nosso, nós tem que ficar doente mesmo, não tem jeito. Você pode ter a maior saúde mas um dia a doença chega, às vezes tá lá por dentro, cê não sabe. (...) Mas a doença maior que tem é a contrariedade porque você não sabe que rumo vai tomar na vida. E nós tudo tem ela. Porque você tá ali, muito contrariado por dentro, e a pessoa que tá com você ali não sabe. É a coisa mais difícil.” (Sra. Girassol).

“A pessoa doente tá perdendo a fé. A gente não pode fazer nada, porque tudo que faz ela não gosta de tomar. (...) Por exemplo cê tá com uma ferida na perna, a gente pega as folhas de algodão, dá aquele banho, cê tem que tomar o chá. Agora cê tem que querer. Se não você não melhora de jeito nenhum, uai. A pior doença tá na cabeça das pessoas que fica contrariada e não procura se tratar, falta de fé. A gente quer te ajudar você não quer.” (Sra. Funcho).

Duas informantes (9% do total) interpretam a doença como consequência de maus hábitos realizados por cada indivíduo.

“Acho que a gente fica doente quando a gente toma atitudes que prejudica né, que nem quando a gente bebe. (...) Porque ninguém pode fazer nada pra colocar doença nos outros, mas cada um pode fazer muito mal pra sua própria saúde.” (Sra. Macela).

“A saúde nossa eu penso que depende de nós mesmos. Se eu não tô boa é porque fiz alguma coisa ruim com minhas mãos. Porque Deus não pos nós nesse mundo pra sofrer. Ele pos nós no mundo pra nós viver satisfeito. Agora nós é que pega o lado negativo porque se você usa uma coisa que faz mal pro cê, uai, cê tem que largar aquilo.” (Sra. Transagem).

É interessante notar que de acordo com os modelos etiológicos de interpretação da doença construídos por LAPLANTINE (1986), as opiniões dos informantes podem ser agrupadas em duas combinações. Na primeira, onde os informantes declaram que a doença significa indisposição ao trabalho, dores, tristeza ou contrariedades em relação a outras pessoas, percebe-se nitidamente o predomínio dos modelos ontológico, exógeno, aditivo e maléfico. Por outro lado os depoimentos das senhoras Macela e Transagem caracterizam a interpretação da doença dentro da combinação dos modelos relacional, endógeno, subtrativo e benéfico.

A combinação de estratégias de tratamento, de acordo com o referencial teórico proposto por LAPLANTINE (1986) que se adequariam a resolver os problemas da doença, como foi definida pela maioria dos entrevistados, seria composta pela combinação dos seguintes modelos: alopático, aditivo e subtrativo, exorcista e sedativo.

5.3.2) As concepções acerca da saúde

Os 10 informantes (45% do total) que manifestaram suas definições sobre a doença como impossibilidade ao trabalho concordaram que saúde significa exatamente o contrário:

“A gente tem saúde quando pode continuar trabalhando normalmente né. Tanto fora quanto dentro de casa.” (Sra. Hortelã).

“Saúde a gente tem quando pode fazer de tudo, quando tá com disposição. Isso é muito bom.” (Sra. Pruma).

Sete informantes (32% do total) definiram a saúde como sendo significado de alegria e felicidade:

“Ah a saúde é quando a gente está alegre e satisfeito, come bem, bebe bem, dorme, isso é uma beleza. Não precisa mais nada.” (Sra. Milindro).

“A pessoa com saúde é uma pessoa saudável, sempre alegre, não tem tristeza, quando você tá com algum problema cê fica triste, não fica alegre de jeito nenhum.” (Sra. Funcho).

Uma informante (4% do total) forneceu interessante interpretação sobre a saúde, mostrando que este conceito também pode ser reconstruído com o tempo:

“Saúde é a melhor coisa do mundo. Porque antigamente nós pensava assim: o que que vale a saúde se nós não tem o dinheiro. A gente era muito pobre, não tinha nada, a gente ficava com o pensamento assim: eles fala que o melhor do mundo é a saúde. Na minha idéia já vinha: pra que saúde? Se dá vontade de comer um doce, uma uva, cadê o dinheiro? Quer dizer, quem tinha saúde, tinha que ter dinheiro também, na minha cabeça tava assim. Mas hoje em dia eu penso que a pessoa tendo a saúde tem tudo, porque uma dor que dá em você cabou sua tarde, cabou até sua vida.” (Sra. Girassol).

5.3.3) Os problemas de saúde mais comuns em Lavras Novas

Questionados sobre os problemas de saúde que eram mais comuns e freqüentes em Lavras Novas, os informantes foram taxativos, em identificar seis problemas como recorrentes: pressão alta na opinião de 36% dos informantes, seguido de diabetes (18%), reumatismo (18%), gripes e resfriados (14%), indigestão e afecções do estômago (9%) e úlcera e gastrite (5%).

Os informantes que citaram a pressão alta como problema de saúde mais comum da comunidade não souberam justificar sua origem porém relataram as estratégias de tratamento que vão desde o uso de medicamentos convencionais a métodos naturais, conforme o depoimento da Sra. Malva-rosa:

“Aqui em Lavras Novas muita gente tem problema de pressão alta, é muita gente mesmo. Eu mesma tenho e quando eu sinto assim que meu corpo ta meio enjoado, que eu to ficando assim com dor no meu corpo, eu vou na horta, apanho fôia de chuchu, lavo bem lavadinha, coloco uma caneca de água e ponho numa vasilha de tampa e vou tomando aquela água de chuchu, pra ir controlando a pressão. É assim que eu faço. Eu tomo o remédio também, mas não deixo de tomar a fôia de chuchu”.

Possível explicação à predominância do problema da hipertensão em Lavras Novas pode ser devido à proximidade desta comunidade com a indústria de alumínio ALCAN. Estudo recente demonstrou que a exposição à

poluição do ar por longo período coloca o ser humano sob maior risco de morte por doença cardíaca do que por problemas respiratórios. De acordo com os pesquisadores, os mecanismos responsáveis pelas mortes por doença do coração, relacionadas à poluição do ar são: aumento das inflamações e das mudanças no sistema nervoso que afetam o ritmo cardíaco (PROGRAMA SAÚDE FÁCIL, 2004).

Os problemas de saúde diabetes e reumatismo são, de acordo com os informantes, mais comuns entre os membros da comunidade com idade mais avançada. LIMA-COSTA & GIATTI (2002), comparando as associações existentes entre situação sócio-econômica e saúde de idosos e adultos jovens no Brasil, concluíram que doenças como artrite, reumatismo, asma, bronquite e doenças renais crônicas são relatadas com frequência por idosos com menor renda domiciliar *per capita*. Já a hipertensão, doenças do coração e cirrose são relatadas com mais frequência pelos adultos jovens.

Entretanto, quando são analisadas às ações terapêuticas das plantas medicinais mais utilizadas na comunidade (cujas informações detalhadas encontram-se no Quadro 5, página 81), percebe-se que os problemas relativos ao sistema digestório passam a predominar e serem citados como mais recorrentes. O problema de indigestão, cujo tratamento é feito principalmente com plantas medicinais, foi o mais citado pelos informantes. As afecções do sistema respiratório como gripes e resfriados, também são comumente tratadas com plantas medicinais.

No Quadro 2 relaciona-se a frequência de citações das afecções (queixas de saúde) mais comuns na comunidade de Lavras Novas, que são tratadas com plantas medicinais, de acordo com os entrevistados.

A predominância de queixas de afecções nos sistemas digestório e respiratório também foi verificada por SILVA-ALMEIDA & AMOROZO (1998), HANAZAKI e colaboradores (1996), AMOROZO & GÉLY (1988) em estudos sobre a utilização de plantas medicinais realizados no Brasil. De acordo com BENNETT & PRANCE (2000) estes resultados também são comuns em outros países da América Latina.

QUADRO 02 – Frequência de citação das afecções de saúde comumente tratadas com plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas.

Afecções mais freqüentemente citadas (denominações populares)	Frequência* (%)	Afecções mais freqüentemente citadas (denominações populares)	Frequência* (%)
Má digestão	9,41	Dor de ouvido	2,35
Gripes, resfriados	8,24	Inflamações	2,35
Problema nervoso, nervosismo	7,06	Diarréia, dor de barriga	2,35
Catarro, peito cheio	5,88	Feridas e cortes	1,76
Dor nas juntas (reumatismo)	4,71	“Ressaca”	1,76
Problema no fígado	4,12	Caspa	1,18
Dor de cabeça	4,12	Dor no peito	1,18
Pressão alta	4,12	Hemorróidas	1,18
Cólica menstrual	3,53	Rouquidão	1,18
Febre	3,53	Colesterol	1,18
Sangue “sujo”	2,94	Diabetes	1,18
Problema de rim	2,94	Amarelão (icterícia)	1,18
Pedra na vesícula	2,94	Problema nas vistas	1,18
Garganta inflamada	2,94	Outras**	10,57
Vermes	2,94		

*Calculada com base no total de 170 citações de problemas de saúde.

**Afecções que foram citadas somente uma vez.

Grande parte das plantas medicinais utilizadas na América Latina, pertencem as famílias Lamiaceae e Asteraceae, que se caracterizam por possuírem elevado número de espécies ricas na categoria de princípios ativos chamada de “óleos essenciais” ou “óleos voláteis”. Tal categoria de princípios ativos é responsável por amplo espectro terapêutico, tanto no sistema digestório quanto respiratório, que incluem atividade antibacteriana e antifúngica, ação estimulante da liberação de secreções gástricas (conferindo sua propriedade digestiva), ação broncodilatadora entre outras (BRUNETON, 1999; SILVA & CASALI, 2000).

5.4) Benzeduras: a cura por meio da fé

As benzeduras caracterizam-se por ser uma das práticas mais difundidas de terapêutica religiosa existente no meio rural brasileiro. QUEIROZ (1991) explica que apesar do grande prestígio que a medicina convencional usufrui atualmente frente às camadas sociais trabalhadoras, ela não é

considerada plenamente adequada ao tratamento de certas disfunções como, por exemplo, certas doenças infantis, algumas doenças crônicas de difícil tratamento e as doenças ou mal-estar psiquiátrico em geral.

Em Lavras Novas, a responsabilidade das benzeduras está normalmente delegada às mulheres pois são constituídas por orações e rituais praticados com o objetivo explícito de tratamento e recomposição da saúde. Algumas das informantes da pesquisa são conhecidas benzedoras da comunidade:

“Os pessoal não sai daqui não, a fim de benzer. Se menino está assim desensarado, não tá querendo comer, ou tá chorando, eles vem aqui pra mim benzer, porque eu benzo. Mas só algumas benzeção, todas não gosto de usar não. (...) Às vezes eu sou uma boa benzedora, eu vou te benzer você com fé, e você já vai chegando aqui falando: ah, vai me benzer, não tô com fé não. Aquilo não vale de nada, não vale de nada, e eu perdi meu tempo com ocê. Mas é minha obrigação benzer ocê com fé. Agora se ocê não tá com fé nenhuma meu filho, não adianta nada. (...) Se a gente não tiver uma fé viva com Deus, eu vou falar com ôce, fica muito difícil. Se ôce tem fé viva com Deus, cé melhora.” (Sra. Girassol).

A prática da benzedura foi abordada com cautela pelos informantes porque, ao contrário do que ocorre em algumas regiões do país na atualidade, a atividade da benzedora em Lavras Novas foi desencorajada pela Igreja Católica e tem sido realizada com reservas. Algumas informantes citaram também que os membros da comunidade não valorizam esta terapêutica religiosa da mesma forma que no passado:

(...) “Qualquer uma benzeção eu benzo, mas às vezes eu saio daqui, largo minha obrigação, acho minha panela queimada pra benzer e não acontece nada. Então eu corto. Me perguntam: a senhora benze isso? Não. Sei benzer só mau-olhado. Porque cé vai fazendo, vai fazendo, chega um tempo que cé não agüenta, porque não tão dando valor. E eu tenho minha consciência limpa que não é pecado o que cé tá fazendo, porque cé tá ajudando as pessoas, elas não quer, cé não pode fazer nada.” (Sra. Girassol).

“Eu sabia as palavras, mas esqueci tudo. Os meninos crescem, a gente vai ficando velha, a memória não vai funcionando mais nada. E o padre também não tava gostando muito das benzeção nada.” (Sra. Violeta).

Por se tratar de comunidade predominantemente negra, seria normal imaginar que a prática da medicina religiosa em Lavras Novas estaria impregnada de elementos simbólicos comuns às religiões afro-brasileiras. Entretanto, verificou-se que a medicina religiosa praticada nesta comunidade é nítido produto do contexto histórico no qual a localidade se originou.

MONTERO (1985) explica que durante os três primeiros séculos da história brasileira, as práticas terapêuticas populares – síntese de elementos das culturas negra, indígena e da tradição cristã – eram exercidas de maneira amplamente hegemônica com relação à medicina de origem européia. Muitas vezes, garrafadas e benzeduras eram preferidas e gozavam de maior prestígio social do que as sangrias e ventosas aplicadas pelos barbeiros¹⁰ da época. Entretanto, os elementos da cultura negra tiveram pouca ou quase nula influência no meio rural. A autora explica que a estrutura escravagista da época teve ação profundamente desagregadora sobre a cultura negra pois, ao misturar em mesma propriedade, etnias africanas diferentes, tornava impossível a formação de “nações” organizadas, elemento fundamental à reorganização da cultura negra. Nas periferias das cidades, porém, documentos do século XVIII comprovam que negros livres conseguiram reorganizar algumas de suas seitas de origem africana em centros de resistência cultural ou confrarias.

O mesmo não aconteceu no caso das cidades que surgiram associadas à produção mineradora como Vila Rica, hoje Ouro Preto. MONTERO (1985) explica que, nessas cidades, as religiões africanas parecem não ter subsistido. Acredita-se que nesses ricos centros mineiros, o catolicismo popular tenha se imposto com sua força ao escravo, fornecendo-lhe estrutura religiosa relativamente firme e coerente. Além disso, a estrutura administrativa desses centros teria possibilitado rigorosa ação repressiva, muito mais eficaz do que nas cidades administrativas e portuárias, onde a atividade policial era pouco marcada. A autora complementa que nas zonas rurais, próximas a esses centros, onde predominava a criação e a pequena cultura de subsistência, a influência negra também não prevaleceu. Nessas zonas, o negro permaneceu

¹⁰De acordo com MONTERO (1985) barbeiros ou cirurgiões-barbeiros eram profissionais do Brasil colônia que, além de cortar cabelo e fazer barba, praticavam pequenas cirurgias devido a pouca existência de médicos naquele período.

disperso e isolado das fontes permanentes de renovação de sua cultura. Assim, na falta de outros laços de solidariedade, eles acabaram se integrando aos quadros do catolicismo popular, tornando-se freqüentemente curandeiros e rezadores. De acordo com MONTERO (1985) este catolicismo popular se caracterizava...

(...) “e caracteriza-se ainda hoje, por estar essencialmente ligado às necessidades práticas da vida sertaneja: servia na defesa contra os bandidos e contra o perigo das doenças. Ainda hoje recorre-se a São José para fazer chover, a São Benedito para curar mordida de cobra, a Santa Margarida para ser feliz no parto; temos ainda Santa Luzia para os olhos, São Brás para a garganta, São Lázaro para a lepra etc. A ausência de padres nessas regiões faz com que os leigos, premidos pela necessidade de criar seus próprios intermediários entre Deus e o mundo, passem a assumir pouco a pouco algumas das funções religiosas. Aqueles mais versados nas litânias e cânticos vão sendo assim chamados a "puxar a reza" em cerimônias, cortejos e vigílias fúnebres. Esses condutores de cerimônias, pela sua intimidade com as rezas e com o mundo do sagrado, freqüentemente se constituíram, a partir do século XVII, nos chamados "benzedores", procurados quando as colheitas vão mal e o rebanho adocece. Aos "benzedores" cabe também rezar sobre as partes do corpo doente, tentando libertá-lo pela oração de inúmeras moléstias.” (MONTERO, 1985).

De fato, a totalidade dos informantes da pesquisa alegou ser católico e o depoimento da Sra.Funcho ilustra a visão predominante em Lavras Novas sobre as religiões de origem africana:

“Veio pra cá uma mulher de Mariana dizendo que fazia feitiço pra atrasar a vida de quem tava no caminho dos outros. Aqui ninguém mexe com essas porcaria não, agora quando alguém chama ela vem. O povo chama porque é curioso, né. Cê sabe né? Até eu um dia, escondido queria ir lá ver como é que é que ela arruma, que mentirada é que ela prega. Porque aquilo é mentira, não existe feitiço não, existe o olho grande. Conforme a pessoa te olha, dá até bambeza no corpo, dá dor de cabeça, cê não continua fazendo o serviço e isso sim te atrasa a vida.”

Entretanto, alguns elementos isolados comuns a religiões africanas e extremamente disseminados no meio rural brasileiro, como o cultivo e uso da arruda e da guiné (*Petiveria alliacea* L.) objetivando a “proteção” das residências contra o “mal-olhado” também são comumente encontrados em Lavras Novas:

“A arruda é uma planta que serve pra benzer, pra dar banho. É bom para descarregar.” (Sra. Sálvia).

“A arruda elas usa pra benzer. Elas vai molhando os galhos num copo d’água e vai pingando na pessoa enquanto falam as palavras de Deus. Elas falam que a arruda serve é pra isso, pra benzer.” (Sra. Malva-rosa).

“Cê sabe que aqui no interior a gente sempre tem a arruda e a guiné plantada pra proteger do mau-olhado dos outros, ela protege mesmo.” (Sra. Enxota).

“Arruda benze o cobreiro. Sevem pra proteger a casa do mau-olhado.” (Sra. Capeba).

As benzedeadas tem orações relacionadas a grande número de doenças como quebranto, espinhela caída, mau-olhado etc. Alguns males como espinhela caída não cedem, segundo as crenças populares, sob o efeito de nenhum remédio (MONTERO, 1985). Também a neutralização do quebranto e do mau-olhado faz parte das habilidades profiláticas do benzedor. O quebranto é definido por esta autora como “força negativa transmitida pelo olhar invejoso que debilita a criança em plena robustez e faz definharem, misteriosamente, os animais de estimação”. Já o mau-olhado pode ser definido, como mal originado das relações que o indivíduo mantém com a sociedade onde, conscientemente ou não, algumas pessoas seriam capazes de provocar doenças por meio da emanção de força negativa pelo olhar ou pelo sentimento (NASCIMENTO, 1998). ÁVILA (2004) explica que a espinhela caída pode ser entendida como anormalidade na região da espinha dorsal que provoca dores fortes nos seus portadores. Por meio de procedimento ritualístico, a benzedeadora pode curar o mal: a pessoa com espinhela caída deve ficar com a face voltada ao poente e a benzedeadora fazendo cruces sobre o peito do doente, pronuncia a oração de cura.

Os rituais das benzedeadas têm características próprias. Indagados sobre a necessidade do uso de plantas medicinais durante tais rituais, as informantes explicaram que apesar de ser possível, não é obrigatório fazer uso de qualquer outro elemento além do terço. As plantas que podem ser usadas também não necessariamente devem ser medicinais, podem ser plantas das matas. O uso de plantas medicinais, todavia, é comum na complementação do tratamento,

ou seja, após a benzedura, muitas vezes é recomendado o chá de determinada planta como forma de garantir a eficácia das orações.

O ritual das benzeduras normalmente inclui a repetição das “palavras de Deus” por três vezes, sendo que em cada vez as palavras devem ser pronunciadas por uma benzedeira diferente, o que requer a necessidade de três benzedeiros na realização das orações. Quando são usadas plantas durante as rezas, após o uso, elas devem ser jogadas em água corrente. Acredita-se que as plantas absorvem o mal que estava na pessoa e este mal deve ser eliminado simbolicamente em água corrente. Alguns ramos de plantas são dispostos na forma de cruz durante o benzimento.

De acordo com as informantes, a benzedura não é exclusividade de pessoas escolhidas, porém, a transmissão das “palavras de Deus” ocorre normalmente de geração a geração dentro da família, cabendo as jovens aprender e repassar posteriormente o conhecimento as suas filhas. Todavia o desuso faz com que as “palavras de Deus” sejam esquecidas como pode-se verificar no depoimento da Sra. Violeta que afirmou: *“Eu sabia as palavras, mas esqueci tudo”*. Tal fato reflete a diminuição da prática da benzedura em Lavras Novas, devido não só a falta de apoio da Igreja Católica, mas ao desinteresse das jovens em perpetuar essa tradição.

Retrata-se, com os depoimentos a seguir, as características da prática das benzeduras como estratégias da terapêutica religiosa na comunidade de Lavras Novas:

Depoimentos da Sra. Funcho:

“O banho com as folhas de chá tira tristeza, aquela amolação. Às vezes você tá trabalhando e aquela pessoa tem ambição e inveja do cê, aí se toma um banho, e benze. Tem vez que gente diz que o encarregado parece que está gostando mais de fulano, aí fica aquela angústia, aquela amolação, aí nada dá certo, ela começa a brigar, então a benzeção ajuda muito. O banho com as folhas ajuda a limpar tudo, serve usar várias folhas...”

“Vamos dizer que um menino está aguado¹¹ aí se benze, fala três vezes: São Pedro, São Paulo, São João Batista leva aguamento de fulano por água abaixo. E o aguamento vai embora.”

¹¹Segundo os informantes o “aguamento” acontece principalmente com crianças que ficam sentidas ou contrariadas por não terem seus desejos satisfeitos.

“Uma vez trouxeram um menino aqui que tava soltando as peles num ferimento que não sarava... Aí eu peguei um galho de arruda, benzi ele e disse para mãe fazer uma simpatia: cê leva a roupa dele daqui, joga por água abaixo, não me olhe pra trás, não cumprimente ninguém, não converse nada com ninguém. Aí olha o menino aí, secou aquele ferimento que não sarava.”

“Pra tirar o mal do seu corpo você pode usar também o banho de guiné. Tem que usar três galhos de guiné. Mas tem que dizer as palavras também. Se for pra mau-olhado tem as palavras:

Se for na cabeça Divino Espírito Santo que tire,

Se for nos olhos Santa Luzia que tire,

Se for na boca São Bráz que tire,

Se for na barriga Santa Margarida que tire,

Se for nas pernas São Gonçalo que tire,

Se for nas costas Senhor dos Passos é que vai tirar,

Divino Espírito Santo tire o mal do corpo de fulano pra mim.

Fulano, se for ambição, se for inveja e tiver no seu corpo, se tiver em seu caminho o Divino Espírito Santo tirará. Com poder de Deus pai, Deus filho, Deus Espírito Santo e as três pessoas da Santíssima Trindade: Jesus, Maria e José.

Nessa benção pode usar a arruda e a guiné para a benção ficar mais forte. Cê benze com a planta e de noite toma banho com essas plantas. Joga tudo por água abaixo. Na hora do banho você fala três vezes: São Pedro, São Paulo, São João Batista, leve o mal do meu corpo por água abaixo.”

Depoimentos da Sra. Girassol:

“A gente pode usar as folhas pra ajudar na benção. Deus também curava com as folhas. Nosso Senhor curou um dos discípulos deles com o bálsamo miúdo.”

“Na hora de benzer não tem planta não, só o terço e as palavras de Deus. Agora quando acabou de benzer você pode usar que nem a arnica, quando o caso é destroncado, eu puxo¹². Quando está com uma dor nas costas, uma dor assim do lado, que pode ter saído alguma coisa do lugar, aí a gente puxa com arnica, a arnica é quente, se for isso melhora. Se não for, a gente manda ele ir pro médico, é assim que a gente faz. (...) Quando eles tem a arnica em casa eles toma, na cachaça na parte da manhã, só que eu não dou a ninguém para tomar não, só pra puxar, usar por fora, pra não dar problema pra mim, se não eles podem tomar e dizer que não se dei com aquela arnica e aí... Tem hora que você tá fazendo favor e fica difícil pro ce, bobo!”

¹²Segundo os informantes “puxar” seria a capacidade que o recurso terapêutico (oração, benzedura, plantas etc) tem de externar a doença fazendo com ela possa ser eliminada mais facilmente do organismo.

Depoimentos da Sra. Milindro:

“Minha mãe também benzia os meninos com quebradura, ela benzia e falava com nós assim, vocês saram. Ela usava três grelos de bálsamo branco, esquentava a água e dava aos meninos, para poder melhorar da quebradura.(...) Na benzeção a gente diz as palavras, aí Deus tá junto e ajuda a pessoa. Depois usa tomar as plantas se precisar. (...) A doença tem que ser puxada, a gente puxa bem puxadinho e Deus ajuda que a pessoa melhora.”

“Pra curar ferida benzer com as flor de chagas é muito bom.

*Chagas abertas,
Lábios feridos,
Sangue de Nosso Senhor Jesus Cristo,
Livra nós de todo perigo.
Depois reza a pessoa com a flor de chagas.”*

“Por exemplo menino tá com dor de barriga, aí eu pego e vou fazer o chá. Fiz o chá, benzi duas vez, se melhorou não queixou mais, o que que foi? Deus, ele ajuda que melhora. Ele é que põe a benção. Vem gente aqui e pede pra eu benzer, eu benzo, mas não sou eu quem benze não, quem benze é Deus, eu só falo as palavras. Deus ajuda, meu coração de Jesus! Tô benzendo? Não, quem ta benzendo é Deus.”

Outros Depoimentos:

“Pra benzer criança rendida tem que falar as palavras de Deus sobre a criança na lua minguante. Pra complementar a benzeção a gente pede para mãe preparar o chá de bálsamo-branco e dar pra criança beber.” (Sra. Capeba).

“Pra benzer às vezes a gente usa algumas folhas que são para fortalecer o benzimento. Pra benzer de cobreiro, por exemplo, a gente usa nove galhos, com água morna. A gente pega os galhos, coloca dentro da água e vai benzendo a pessoa, dizendo as palavras de Deus e molhando a pessoa com a água das folhas. Repete as palavras três vez e usa três galhos de cada vez. Depois a gente pega aquelas folhas e joga no fogo. Aí o cobreiro seca. Mas pra esse benzimento as folhas não são folhas de chá não, são folhas da mata. As palavras de Deus são:

*Pedro subiu o monte, primeiro que Jesus,
Perguntei Pedro: que cura cobreiro Senhor?
Pau aqui da ponta e ramo duro do monte.” (Sra. Enxota).*

“A espinhela caída a gente tem que benzer, tem as palavra certa. Aí depois que benze dizendo as palavras nós dá o chá pra pessoa beber, o levante é bom para isso.” (Sra. Lavadeira).

5.5) A associação entre o sagrado e o uso de plantas medicinais

As ervas medicinais, ou folhas de chá, como preferem chamar os informantes da comunidade de Lavras Novas, compreendem várias espécies de plantas ou partes de plantas como raízes, folhas, caules, sementes etc., que são amplamente consideradas, no meio rural brasileiro, como possuidoras de efeito terapêutico.

Como discutido anteriormente, o uso das plantas medicinais em comunidades tradicionais está inserido no contexto das manifestações culturais de cada grupamento social. Desta forma, tal uso costuma estar sempre associado a aspectos religiosos (LIMA 1996).

Em Lavras Novas, cerca de 80% dos informantes afirmaram que a eficácia terapêutica das plantas medicinais relaciona-se a fé, ou seja, a planta isoladamente teria pouca capacidade de tratar os sintomas das doenças necessitando ser “enriquecida” com o poder da oração:

“Antigamente todas as doenças tratava com folhas de chá, se não melhorava é que levava pro médico, né, mas era mais chá mesmo. Antigamente as plantas curavam, a gente fazia e melhorava bem. Hoje em dia eu acho que as pessoa tá com pouca fé, achando que não tá melhorando nada, aí não segue pra frente né. É hoje em dia o pessoal não tá com muita fé não. Hoje em dia já começa que tudo é médico, tudo tem que levar pra o médico. Antigamente a gente ganhava neném em casa, hoje em dia as dona não ganha neném em casa mais. Eu nunca fui em médico por causa de gravidez e graças a Deus tá tudo aí, nunca nasceu um menino deficiente, tudo nasceu aqui e nunca nasceu menino deficiente. Isso é falta de fé. No chá, Deus é que põe a benção, a fé está aí não tá? Quando a gente faz, a gente tem falar assim: O meu Deus põe a benção nesse chá, nesse chá que eu vou tomar. Isso faz que o efeito seja mais forte uai. (...) O meu filho você vai na horta apanhar umas folhas e pede a Deus e Nossa Senhora que, se eles ajudar, vai melhorar. Isso é a fé.” (Sra. Milindro).

“Deus pois tudo no mundo. O chá antigamente fazia efeito, curava, hoje em dia pouco vale, mas por que? Porque é preciso ter fé. Às vezes as pessoas tão perdendo a fé.” (Sra. Lavadeira).

Na hora que a gente vai tomar o chá a gente deve pedir a Deus que aquele chá vai nos sarar. A gente tem que pedir para Deus abençoar: Deus abençoa este chá pra curar minha garganta, pra tirar tudo que eu tô sentindo. Mas tem que pedir com fé. Depois a gente reza o Pai Nosso pra agradecer o chá que a gente tomou.” (Sra. Violeta).

“É o que manda é a fé né. Mas Deus é que sabe, se ele vê que a gente merece, o chá faz melhorar, agora se ele vê que a gente não merece, aí não adianta. Eu pra mim tudo é na mão de Deus.” (Sra. Sálvia).

“Quando a gente põe uma fôia de chá pra cozinhar a gente já pensa em Deus, porque a gente quer que a pessoa melhora. Todo chá que a gente faz rezando, ele ajuda mais a pessoa a melhorar, porque a palavra de Deus não faz mal pra ninguém. A gente pede a Deus que abençoa aquele chá pra pessoa tomar e melhorar. Mesmo que a pessoa não estiver pensando em Deus esse chá vai ajudar ela a melhorar. A gente pensa também em Nossa Senhora dos Prazeres na hora de fazer o chá.” (Sra. Malva-rosa).

“Sempre a gente tem que lembrar de Deus na frente de tudo, né. Às vezes o chá podia até não valer de nada, mas se a gente pensar em Deus ele vale. E ele fica o melhor remédio que tem, mas se a gente botar Deus na frente.” (Sra. Enxota).

A forte associação entre o sagrado e o potencial terapêutico das plantas medicinais não é particularidade de comunidades rurais. SCHARDONG & CERVI (2000) pesquisaram o uso de plantas medicinais na comunidade de São Benedito localizada em bairro periférico da capital Campo Grande – MS e verificaram que nesta comunidade, existem plantas cuja ação terapêutica é inteiramente mística.

5.6) Características Etnobotânicas e Etnofarmacológicas de Planta Mediciniais em Lavras Novas

5.6.1) Origem do conhecimento

Aproximadamente 68% dos informantes afirmaram que aprenderam a reconhecer e usar as plantas medicinais com suas mães. Os avós foram os provedores principais do conhecimento de 23% dos entrevistados.

“Minha mãe, uai, ensinou a gente. Ela aprendeu com minha avó. Uma passou para outra e assim vai né. Minha mãe fazia as folhas de chá pra nós, ela fazia e nós aprendia, nós acompanhava ela fazer. Eu era solteira, às vezes quando alguém adoecia a mamãe fazia e aí eu fui aprendendo.” (Sra. Milindro).

“Aprendi com minhas avós, com os antigos. Os antigos não tinha médico não, eles usavam só as folhas de chá, só tinha médico em Ouro Preto, e era difícil ir pra lá, não tinha estrada, nós ia a pé, era três horas a pé, se não tivesse o chá à pessoa ficava perdida, não tinha médico, não tinha nada não.” (Sra. Funcho).

Apenas dois informantes (aproximadamente 9% do total), afirmaram ter aprendido sobre o uso de plantas medicinais com seus pais. O fato interessante é que estes informantes são do sexo masculino, o que permite inferir que pode existir relação direta, de gênero, na transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas, onde as meninas aprendem mais com as mães e os meninos se espelham nos pais aprendendo com estes.

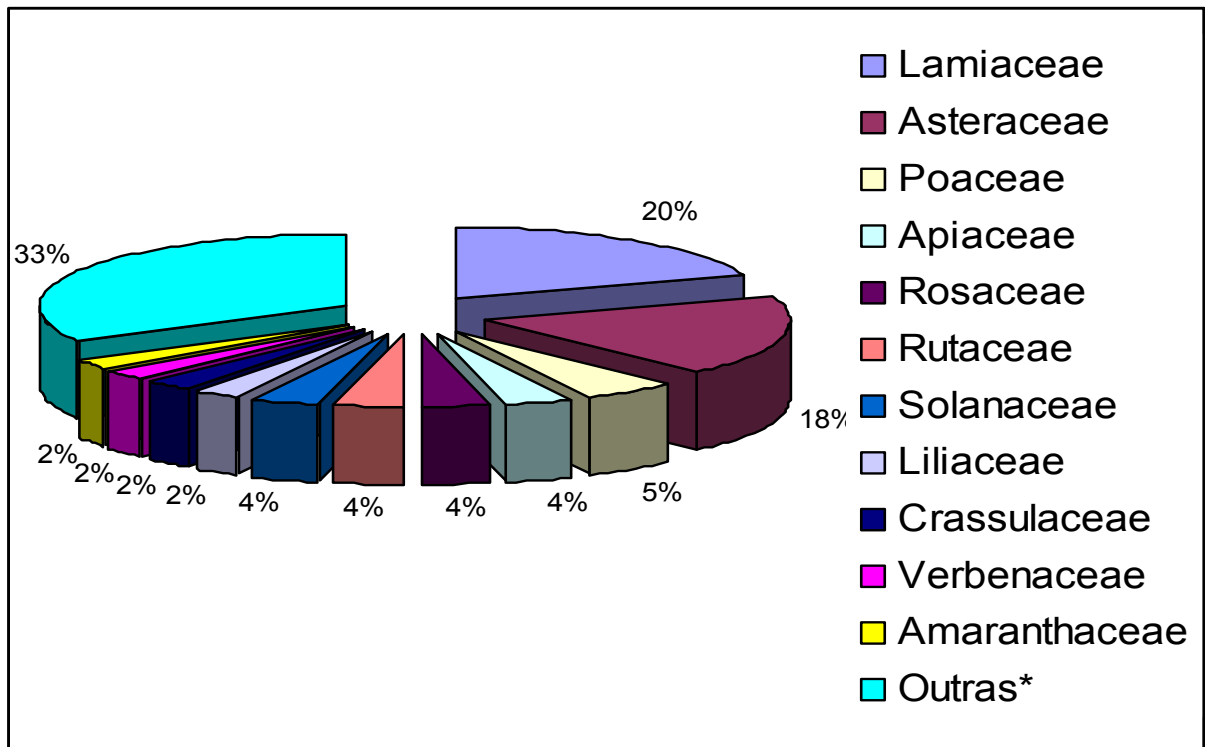
5.6.2) Levantamento Etnobotânico

5.6.2.1) Identificação das espécies

Foram identificadas 82 plantas como sendo de uso medicinal na comunidade de Lavras novas. Destas, 78 foram identificadas ao nível de espécie, três ao nível de gênero e uma ao nível de família. As espécies medicinais são pertencentes a 38 famílias botânicas sendo que a maioria faz parte das famílias Lamiaceae (19,51%) e Asteraceae (18,29%) (Figura 9).

A predominância de espécies medicinais pertencentes às famílias Asteraceae e Lamiaceae também foi obtida por DI STASI e colaboradores (2002) que estudaram as plantas medicinais popularmente usadas na mata atlântica. De acordo com estes autores, estas famílias incluem 22.750 e 6.700 espécies, respectivamente, nas quais grande número é cosmopolita e

conhecidas mundialmente como plantas medicinais. Parte das espécies dessas famílias já foram estudadas fitoquímica e farmacologicamente e tem amplo mercado como planta medicinal ou condimentar. Além disso, espécies como a goiaba (*Psidium guajava* Raddi) e a carqueja (*Baccharis trimera* (Less.) DC.) são plantas nativas da mata atlântica com ampla distribuição natural. A predominância dessas famílias em estudos sobre o uso de plantas medicinais em comunidades foi obtida também por SCHARDONG & CERVI (2000).



*Famílias com apenas uma espécie representante citada pelos informantes.

Figura 9 - Porcentagem aproximada de espécies de uso medicinal em Lavras Novas de acordo com as respectivas famílias botânicas.

5.6.2.2) Classificação das espécies quanto ao ambiente de ocorrência e hábito de crescimento

Quanto ao ambiente de ocorrência das espécies, 67% são cultivadas, normalmente nos quintais das próprias residências (Figura 10). As demais espécies são coletadas nos seguintes ambientes: pastagens, sub-bosque¹³,

¹³Neste trabalho defini-se sub-bosque como formação florestal, com árvores de baixa estatura (6 a 12 m de altura), que ocorre normalmente nas áreas de transição entre a floresta e as formações como o cerrado.

cerrado¹⁴, campo brejoso¹⁵ ou lavouras de médio porte (fora do âmbito dos quitais) onde tais plantas crescem como companheiras¹⁶. Na Figura 11, todas as espécies coletadas foram classificadas como plantas espontâneas. Subdividiu-se, de acordo com os ambientes descritos acima, a porcentagem de plantas citadas.



Figura 10 – Informante da pesquisa apresenta área do quintal destinada ao cultivo das “folhas de chá”. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003.

¹⁴De acordo com Oliveira-Filho & Fluminhan-Filho (1999) o cerrado é vegetação savânica lenhosa que ocorre em regiões com predomínio dos seguintes fatores ambientais: clima sazonal com estação seca bem definida, solos de baixa fertilidade, ácidos, profundos e bem drenados e susceptibilidade a incêndios.

¹⁵Região de vegetação predominantemente herbácea sujeita a alagamentos constantes.

¹⁶Entende-se por plantas companheiras aquelas que crescem espontaneamente em áreas cultivadas. Mesmo não sendo a cultura de interesse, se manejadas adequadamente, tais plantas podem favorecer o desenvolvimento da cultura principal.

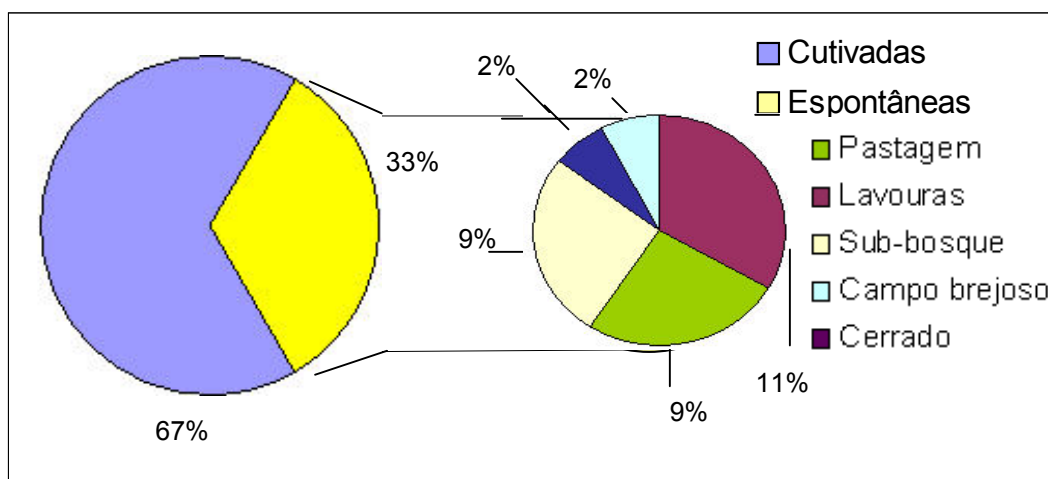


Figura 11 – Porcentagem aproximada de plantas medicinais citadas pelo informantes da pesquisa de acordo com seus ambientes de ocorrncia.

Apesar da classificao dos ambientes de ocorrncia das espcies espontneas ter sido sugerida pelo pesquisador, como forma de facilitar a sistematizao dos dados, todos os informantes concordaram que existem na regio de Lavras Novas estas categorias de vegetao. Assim no houve dificuldade de entendimento por parte dos informantes sobre os termos usados na classificao dos ambientes dos vegetais.

Comparando as informaes obtidas, com os ambientes de ocorrncia das plantas descritos nas obras de LORENZI & MATOS (2002), LORENZI (2000), MARTINS (1994) e CORREA JR. e colaboradores (1991), verifica-se que 84% das espcies so descritas pelos informantes de forma coerente com as definies encontradas na bibliografia, sob as condies brasileiras. Vale ressaltar ainda que em relao aos outros 16% das espcies no foi possvel esta comparao porque no foram encontradas na bibliografia consultada informaes sobre o ambiente natural das mesmas.

Quanto ao hbito de crescimento ocorreu o predomnio de espcies herbceas (68,29%) sendo 56,1% destas de hbito ereto e 12,19% de hbito rasteiro. As espcies arbustivas representam 18,29%, as arbreas 9,76% e as rasteiras apenas 3,66% do total.

5.6.2.3) *Cultivo, colheita e coleta das espécies medicinais*

Em relação à época de plantio, de forma geral, os informantes não souberam precisar a época do ano mais propícia ao cultivo de espécies medicinais. Tal dificuldade se explica pelo fato de a maioria das espécies poderem ser cultivadas na localidade durante todo o ano (Figura 12).

“Nós planta o ano todo, as vez a gente perde um pé, seca, essas coisas. Mas aí é só pegar uma muda com a comadre e tornar a plantar. Tem época certa não.” (Sra. Transagem).

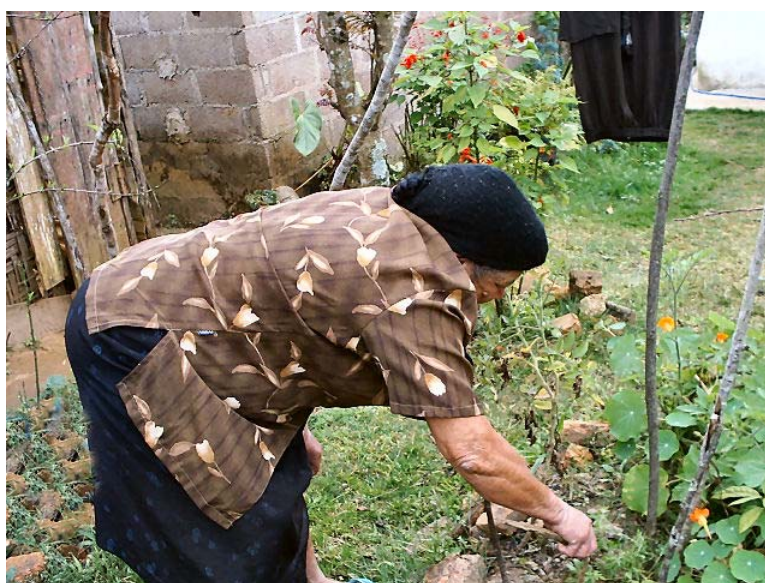


Figura 12 – Informante da pesquisa cultivando plantas medicinais em seu quintal. Lavras Novas, Ouro Preto. Setembro de 2003.

Já em relação à época de colheita das plantas medicinais, 80,48% das espécies podem, de acordo com os informantes, ser colhidas durante o ano todo, sem restrição. O restante pode ser colhido somente nos meses das “águas”, ou seja, da estação chuvosa (principalmente no período de novembro à março).

Buscou-se durante a observação participante e as entrevistas resgatar, com fins de registro, possíveis elementos do saber tradicional relativo às práticas de cultivo das plantas medicinais, como por exemplo, a melhor fase da lua. Porém, a maioria dos informantes relatou que este conhecimento se perdeu com os antigos membros da comunidade:

“Tem planta que tem a lua certa, mas eu não entendo. Eu sei que pra bronquite mesmo, as folhas tem que ser colhida na minguante, que aí mingua a bronquite. Tem remédio que sempre tem de colher na minguante pra doença minguar, mas isso aí vem de antigamente. (...) Até corda no mato para amarrar lenha, se a lua é fraca a corda arrebenta a toa. Agora eu não sei qual é a lua fraca não.” (Sra. Milindro).

“Os antigo falava que a melhor lua pra colher é a cheia, dizia que as folhas tavam mais saudável, mais forte. Porque a lua mexe com tudo. Mas pra plantar melhor é a lua nova. E não é só pras folhas de chá, é pra todos os plantio. Que nem o milho, se você plantar na lua cheia dá caruncho mas se plantar na nova não dá. Os antigos olhavam a lua, não tiravam um cipó do mato sem olhar a lua. Cê não pode plantar na lua fraca.” (Sr. Poejo).

“Não tem horário certo pra apanhar fôia não, qualquer hora é hora, depende da precisão. (...) Lua? É alguns antigos procurava plantar e colher em uma lua certa, agora eu não sei qual é não. Nós não aprendeu isso com eles não.” (Sra. Malva-rosa).

“Se a gente precisa das folhas a gente colhe a qualquer hora, precisou, vai lá e pega.” (Sra. Enxota).

“A hora que adoeceu eu vou lá na horta e panho as folhas. Pode ser até meia noite.” (Sra. Canela).

“Tudo quanto é planta a gente deve plantar na lua crescente ou cheia. Por exemplo se você planta batata na minguante costuma dar muito, mas tudo pequetinha. Quando planta na cheia ou na crescente dá menos quantidade, mas elas desenvolvem mais. A lua nova não serve pra plantar não. Ela é má porque é muito forte, mexe com tudo, as formigas ataca mais, as plantas perdem força. Não serve pra plantar não.” (Sr. Confrei).

Em estudo realizado junto a membros da ONG “Grupo Entre Folhas”, com sede em Viçosa, MG, que oferece serviços de terapias com plantas medicinais a população, ALMASSY JR (2000) observou que muitos usuários da ONG são provenientes da zona rural. Este autor questionou os responsáveis pela instituição sobre as razões que levariam este tipo de usuário, proveniente da zona rural, a demandar serviços de fitoterapia ou até mesmo adquirir plantas medicinais que poderiam ser cultivadas em sua próprias comunidades. De acordo com os responsáveis pela ONG, tal processo devia-se, entre outros fatores, a descontinuidade da transmissão do conhecimento sobre as plantas, ou seja, a “quebra” da corrente que fazia com que o saber popular fosse se

perpetuando geração após geração. Esta “quebra” não estaria relacionada somente ao reconhecimento da planta ou às informações sobre sua ação terapêutica, mas também sobre as características agronômicas como época de plantio, colheita, tratos culturais etc.

5.6.3) Levantamento Etnofarmacológico

5.6.3.1) Primeira estratégia de tratamento

A quase totalidade dos informantes (96%) afirmou que faz uso das plantas medicinais como primeira estratégia de tratamento quando alguém adoece na família. Somente uma informante (4%) foi enfática em dizer que procura o tratamento convencional porque, segundo ela, as plantas são “fracas”:

“A gente procura levar pro hospital ou pro médico né. Antigamente a gente usava o chá, mas agora vai no médico pra buscar o medicamento, porque o remédio que a gente compra é mais forte né. O chá é muito fraco.” (Sra. Macela).

SACRAMENTO (1997) atribui aos meios de comunicação e ao forte impacto das propagandas da indústria farmacêutica, o descrédito a que as plantas medicinais estão sendo submetidas em muitas comunidades rurais. Fato que explica, em parte, o depoimento da informante acima, que mesmo não fazendo mais uso das “folhas de chá” ainda é grande conhecedora de suas propriedades terapêuticas.

SACRAMENTO (1997) complementa ainda que, devido à influência dos meios de comunicação, o saber popular com relação às plantas medicinais vem, em muitos locais, sofrendo um processo de descaracterização nas últimas décadas. Essa autora explicou que, em várias regiões do país, a denominação tradicional dada às plantas, que era reflexo das vivências culturais intrínsecas ao ambiente ou à história dos indivíduos, tem sido substituída por nomes de medicamentos convencionais como “novalgina” ou “terramicina”. A autora denominou esse processo de “erosão cultural”,

alertando que, ao seu combate, são necessários cada vez mais trabalhos de resgate do conhecimento popular.

Representando o sistema convencional de saúde, existe em Lavras Novas um Posto de Saúde. Esta unidade, mantida pela Prefeitura de Ouro Preto, conta com uma enfermeira fixa e a visita semanal de um médico. Não existem farmácias ou drogarias em Lavras Novas; porém, a venda de medicamentos comuns como anti-gripais, anti-térmicos, analgésicos acontece nas mercearias do local. Alguns medicamentos também são distribuídos no Posto de Saúde, porém de forma irregular, segundo a maioria os informantes:

“(...) e hoje também o médico só vem uma vez na semana e o Posto de Saúde que tem aqui não tem remédio não. (...) É difícil, você vai no Posto e tira uma ficha, a ficha desce para Santa Rita e depois de um mês é que você marca o médico, é uma dificuldade. Quem pode paga médico particular porque como é que você vai esperar... Mas aí o preço desse médicos tá muito difícil, aqui tá muito difícil. Essa ficha leva um mês pra você marcar uma consulta, tá muito difícil. Graças a Deus que a gente tem o chá.” (Sra. Funcho).

A dificuldade de acesso ao tratamento convencional, traduzida na demora em conseguir agendar o atendimento e na pouca disponibilidade de medicamentos convencionais no posto de saúde, indica que este recurso terapêutico somente é buscado no caso da ineficácia do tratamento tradicional com as “folhas de chá”.

“Toda vez que alguém adoecer eu faço o chá. Se não sara é que a gente leva no médico, mas é difícil. Sempre sara mesmo e não precisa levar no médico não. O médico é só para aqueles problemas que a gente não sabe o que é mesmo. (...) Mas cê sabe que eles, às vezes, também não resolve não. Eu já fui a Belo Horizonte pra tirar chapa da cabeça, não deu nada, fiz exame de coração, não deu nada, não tenho pressão alta nem nada, e me disseram que o que eu tinha era preocupação e por isso tava tendo uns desmaios aí.” (Sra. Funcho).

Outra causa, reconhecida por alguns informantes da predominância de uso das plantas medicinais como primeira estratégia de tratamento de problemas de saúde foi o menor risco destas plantas causarem efeitos colaterais.

“Eu acho que se os remédios fossem feitos a base de plantas pro ser humano seria muito melhor. Por que antigamente as pessoas não pegava tanta química, onde às vezes uma coisa estraga a outra.” (Sr. Milioni).

ALMASSY JR (2000) concluiu em estudo sobre atendimento com a fitoterapia no Sistema Único de Saúde – SUS do programa municipal de João Monlevade, MG, que o menor risco do tratamento com plantas medicinais, causar efeitos colaterais tem estimulado a adoção deste tipo de recurso terapêutico em muitos municípios brasileiros. O Estado do Rio de Janeiro já possui inclusive legislação que normatiza a implantação de programas municipais com este objetivo.

QUEIROZ (1991) explica que o uso de plantas medicinais, inserido no âmbito da medicina popular, é estimulado toda vez que o acesso à medicina convencional se faz com muita dificuldade, ou seja, com filas de espera e burocracias. Além disso, a utilização das plantas medicinais muitas vezes é mais gratificante emocionalmente ao usuário do que o uso dos medicamentos convencionais, justamente porque permite que ele acione outros mecanismos envolvidos na cura, como por exemplo, a oração.

5.6.3.2) Potencial terapêutico das plantas medicinais na visão dos informantes

Questionados se acreditam que as plantas medicinais poderiam tratar qualquer tipo de doença, a maioria dos informantes afirmou que não (64%) porque existem doenças que estariam além das possibilidades terapêuticas dos vegetais, necessitando de intervenções cirúrgicas por exemplo:

“Porque as fôias de chá, eu vou te dizer uma coisa, a gente faz e dá conta de resolver pelo menos até chegar no médico, mas tem problema que elas não dá conta não. Problemas assim como derrame, todo mundo vai na horta buscar o losmão, e dá pra pessoa pra ela pelo menos chegar até o médico. É isso, tem doença que as fôias não resolvem não e a gente tem mesmo é que caçar o médico. Tem doença que tem que internar, até operar, às vez.” (Sra. Malva-rosa).

“Tem remédio que não dá certo nada. Mamãe uma vez tava tomando um remédio e em vez dela melhorar, ela tava ficando bobinhazinha. Aí

que que eu fiz? Escondi o remédio e não dei mais não, voltei com o chá de malva-rosa e ela melhorou. Mas eu sei que todas as doenças as folhas de chá não trata não.” (Sra. Hortelã).

Os entrevistados que acreditam que as plantas medicinais se prestam ao tratamento de todas as doenças justificam sua opinião afirmando que podem existir plantas com potencial terapêutico ainda não descoberto:

“Olha, pras doenças que eu já usei elas [as plantas medicinais] serviram sim, mas pra tratar tudo, eu não sei. Pode ser até que tenha folha pra tratar outras doenças, mas a gente não conhece né.” (Sra. Canela).

“Eu acho que a planta é especial, ela serve pra todas as doenças. Chá é melhor que o antibiótico. O chá é muito melhor porque é aquela raiz que traz o sais, os sais da terra, e que é muito melhor. Eu acho que as plantas servem pra todas as doenças, mas o problema é que a gente não conhece todas as plantas.” (Sra. Funcho).

5.6.3.3) Forma de preparo, administração e restrições de uso das plantas medicinais

As formas de preparo das plantas medicinais foram classificada em: infusão, decocção, maceração em água, maceração em álcool ou cachaça, xarope, sumo e suco. O chá é o processo de preparo da plantas medicinais predominante na comunidade, correspondendo a 88% das formas de preparo citadas em relação a todas as plantas. Dos dois processos de preparo de chá na presença de calor (decocção e infusão), a decocção é o mais empregado: 48% contra 23% da infusão. No caso do preparo sem presença de calor, a maceração em água é mais empregada (14%) que a maceração em álcool (3%). O Quadro 3 resume as características das principais formas de preparo dessas plantas medicinais citadas.

QUADRO 3 - Principais formas de preparo das plantas medicinais empregadas em Lavras Novas.

Forma de Preparo*	Características
Chá por decocção (chá cozido ou cozinhado)	Qualquer órgão do vegetal é decoccionado em água fervente por cerca de 15 minutos.
Chá por infusão (chá escaldado)	Qualquer órgão do vegetal é colocado em repouso na água previamente fervida cerca de 15 minutos.
Maceração em água (esfregação na água fria, deixar de molho na água fria)	Os órgãos do vegetal (folhas principalmente) são submetidos ao atrito com as mãos e depois imersos em água que é consumida após 30 minutos.
Maceração em álcool (deixar de molho no álcool ou na cachaça)	Os órgãos do vegetal (folhas principalmente) são imersos em água, álcool de cereais ou cachaça.
Suco	Preparado com a polpa de frutas.
Sumo	Os órgãos do vegetal são “socados” em recipiente visando à obtenção de seu extrato que é consumido <i>in natura</i> ou diluído em água.
Xarope	Prepara-se a decocção dos órgãos vegetais escolhidos (folhas principalmente) e adiciona-se açúcar até formar o melado na consistência de xarope. Outro procedimento é torrar as folhas na panela junto com o açúcar e posteriormente acrescentar água aos poucos até atingir a consistência desejada.

*Entre parênteses é indicado os nomes populares dos processos correspondentes.

Em relação ao órgão vegetal utilizado, verificou-se o predomínio absoluto da utilização das folhas, correspondendo a aproximadamente 79% dos órgãos vegetais citados aos preparados tradicionais (Figura 13). Verificou-se também que diferentes órgãos da mesma espécie podem ser preparados de formas distintas, tanto em relação à mesma afecção, como a afecções diferentes. Resultados semelhantes foram obtidos por AMOROZO (2002) junto a comunidades rurais no Estado do Mato Grosso.

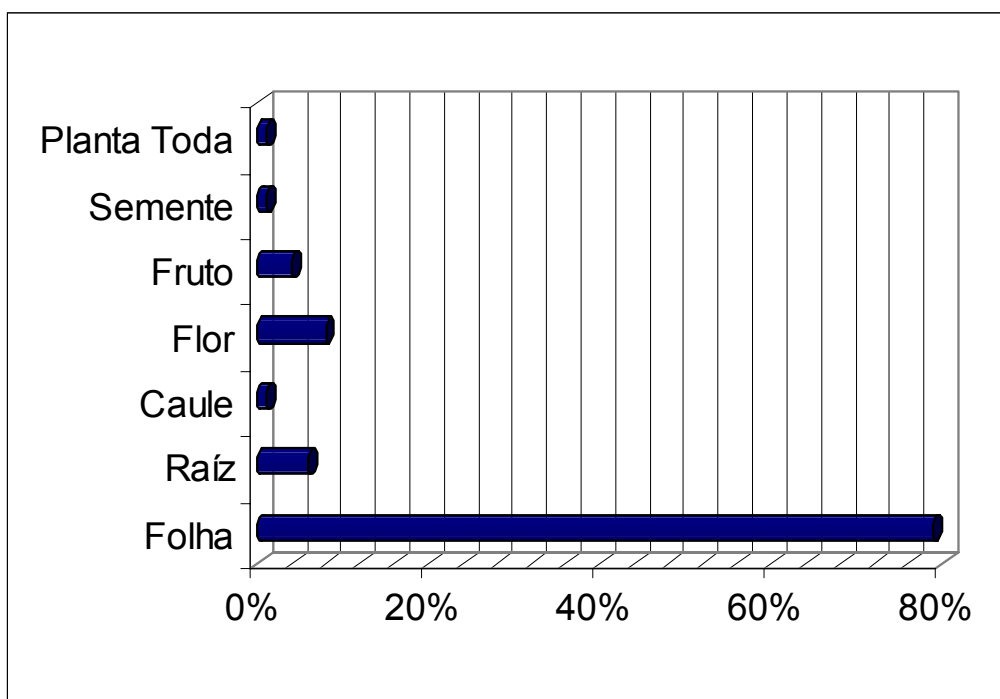


Figura 13 – Frequência de uso dos órgãos vegetais no preparo de remédios caseiros na comunidade de Lavras Novas.

Os informantes encontraram muita dificuldade em expressar com precisão a quantidade de folhas necessárias ao preparo do chá:

“A quantidade das plantas? A gente pega um punhado de folhas e coloca pra cozinhar, mas quando a gente vai fazer mais quantidade, que nem o litro, aí a gente pega três ramos de cada qualidade de folha e põe tudo na água limpa, deixa ferver um pouquinho e coloca no litro. Quando ficar frio a gente toma.” (Sra. Enxota).

“Pega um pouquinho de folha de cada qualidade e faz uma xícara. Pode tomar mais de uma xícara por dia.” (Sra. Hortelã).

“Ah! A gente usa três galinhos da planta pra cada xícara de chá.” (Sra. Canela).

“Quando eu fazia, eu sempre fazia, uma xícara de chá. A quantidade de planta é mais ou menos um punhado né”. (Sra. Macela).

“A gente usa um punhado de três ou quatro folhas de cada qualidade de planta pra cada xícara de chá.” (Sra. Capeba).

Em relação à forma de administração dos remédios caseiros, buscou-se classificar a frequência de consumo do preparado tradicional por dia. Ocorreu o predomínio do hábito de consumir o chá duas vezes ao dia (48% das citações).

Muitos preparados também são consumidos 3 vezes ao dia (34% das citações).

Foi relatado pelos informantes poucas restrições de uso em relação as plantas medicinais, conforme pode ser verificado no Quadro 4.

Quadro 4 – Espécies medicinais com restrições de uso de acordo com informantes da pesquisa. Lavras Novas, Ouro Preto, MG.

Nome popular / Nome Científico	Restrição de Uso
Aipo (<i>Apium graveolens</i> L.)	Somente pode ser usado por mulheres. Relacionado exclusivamente a problemas do sistema reprodutor feminino.
Alecrim do campo (<i>Baccharis dracunculifolia</i> DC.)	Somente pode ser usado externamente.
Arnica das pedras (<i>Lychnophora pinaster</i> Mart.)	Mulheres não devem fazer uso durante a gravidez.
Assa-peixe (<i>Vernonia polyanthes</i> Less.)	Consumo freqüente pode causar manchas nos pulmões.
Boldo peludo, bojo peludo (<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews)	Consumo freqüente pode causar males à visão.
Erva-cidreira de folha (<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br.)	Somente pode ser usada por mulheres. Relacionada a problemas do sistema reprodutor feminino.
Jurubeba (<i>Solanum diflorum</i> Vell.)	Deve ser consumida amarga pois se adoçada, perde suas propriedades terapêuticas.
Lavadeira (<i>Leonurus japonicus</i> Houtt.)	Deve ser preparada somente por maceração pois o calor degrada suas propriedades terapêuticas.

5.6.3.4) A classificação das plantas em “quentes” e “frias”

Foi comum durante o trabalho de campo os entrevistados usarem expressões do tipo:

“Chá quente é chá de gripe, tem que tomar quente, agora para dor de barriga, para intestino, é chá frio.” (Sra. Funcho).

“A malva-rosa nós acha que é fresca, porque a pessoa tá com a garganta doendo ferida, dá até febre, agora nós fazendo a malva-rosa, ela refresca. É por isso que nós acha que ela é fresca.” (Sra. Transagem).

“O chá de folhas quente esquenta o corpo e faz suar, a pessoa sente calor, mas não é por causa da água quente não. O chá pode estar até com temperatura fria mas mesmo assim provoca calor dentro da pessoa, ela sua.” (Sra. Milindro).

“As planta quente acontece que o calor delas puxa a friagem do corpo para fora. Chá de planta quente tem que tomar de dia e não deve tomar muito. Agora as plantas frias cê pode tomar a noite, é tranqüilizante, calmante. Pode tomar o dia inteiro, faz litro e vai tomando.” (Sra. Girassol).

“Tem gente que fala que o funcho é bom para dor de barriga, mas ela é quente, e dor de barriga tem ser trem [plantas] fresco.” (Sra.. Lavadeira).

Percebe-se, pelos depoimentos, que a lógica de classificação das plantas como sendo quentes ou frias está relacionada à ação terapêutica que podem manifestar no organismo. Assim as plantas quentes são usadas, por exemplo, no tratamento de resfriados, provavelmente de modo a proporcionar o re-equilíbrio do organismo. No caso de febres e inflamações as plantas frias seriam mais recomendadas porque aliviariam o “calor da doença”.

Esta classificação dos vegetais em quentes e frios não se relaciona somente às plantas medicinais. Também é comum, no meio rural, que alimentos sejam assim classificados onde seriam considerados “quentes” aqueles que fossem ofensivos ao sistema digestório (pudessem originar úlceras, por exemplo) e frios aqueles que fossem depurativos do sangue, como por exemplo, o inhame (BRANDÃO, 1981).

MONTERO (1985) explica que a base desse sistema classificatório provém da medicina hipocrática que se difundiu no interior do país a partir do final do século XVIII. Na medicina hipocrática a saúde é concebida como relação de equilíbrio entre quatro humores fundamentais: o sangue (quente e úmido), o catarro (frio e úmido), a bile negra (fria e seca) e a bile amarela (quente e seca). Cada órgão do corpo se define pela predominância de um desses humores, assim como as doenças que os afetam também. Desta forma, doenças nas vias respiratórias, por exemplo, são percebidas como frias porque vem de fora para dentro do corpo. Já doenças de pele são quentes porque se originam do “sangue sujo”, portanto de dentro para fora do corpo. Tanto os

alimentos quanto as plantas medicinais são empregados como forma de re-equilibrar os humores anulando seus efeitos de excesso ou falta.

5.6.3.5) Importância relativa das espécies

O índice de importância relativa (IR) foi calculado em relação a 59 espécies (72% do total de plantas medicinais identificadas) pois 23 espécies foram citadas somente por um informante. Tal índice foi obtido pelo cálculo da CUPc (porcentagem de concordância quanto aos usos principais corrigida). De acordo com AMOROZO & GELY (1988) os valores de IR encontram-se na faixa de 0 à 100. Os autores explicam que valores de IR entre 0 e 24 correspondem a espécies pouco utilizadas pela comunidade, entre 25 e 49, espécies de uso intermediário e entre 50 à 100, espécies muito utilizadas pela comunidade.

A maior parte das espécies (59%) citadas pelos informantes apresentou baixo IR, ou seja, são pouco utilizadas na comunidade. Na faixa intermediária pode-se verificar 27% das espécies e somente 14% encontram-se na faixa de IR das espécies muito utilizadas pela comunidade. Esse resultado é semelhante ao obtido por SCHARBONG & CERVI (2000) em sua pesquisa junto à comunidade São Benedito no MS e de KUBU (1997) junto à comunidade Coronel Bicaco, RS.

As oito espécies de maior uso na comunidade de acordo com o índice de importância relativa encontram-se listadas abaixo:

- 1) Macela, *Anthemis cotula*: IR = 94,12
- 2) Hortelã, *Mentha* sp.: IR= 76,00
- 3) Malva-rosa, *Pelargonium graveolens*: IR = 58,75
- 4) Losmão *Artemisia absinthium*: IR = 58,33
- 5) Funcho, *Foeniculum vulgare*: IR = 58,18
- 6) Transagem, *Plantago major*: IR = 52,36
- 7) Bálsamo, *Sedum dendroideum*: IR = 52.20
- 8) Alfavaca, *Ocimum selloi*: IR = 52,00

O QUADRO 5 resume as informações etnobotânicas e etnofarmacológicas das plantas medicinais da comunidade de Lavras Novas. É

importante ressaltar que na sistematização dos dados deste Quadro foram selecionadas as informações que eram comuns à maioria dos entrevistados.

QUADRO 5 - Espécies de uso medicinal na comunidade de Lavras Novas (Ouro Preto – MG), nome popular, nome científico, família botânica, indicações terapêuticas, órgão utilizado, forma de preparo, forma de administração, hábito de crescimento, ambiente de ocorrência, época de colheita e IR (importância relativa).

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
01. Abacate <i>Persea americana</i> Mill. LAURACEAE	Diurético, calmante	F	Decocção	3x ao dia	C	AB	TA	-
02. Agrião <i>Nasturtium officinale</i> R. Br. BRASSICACEAE	Gripe	F	Infusão ou Xarope	2x ao dia	C	HE	A	17,00
03. Aipo <i>Apium graveolens</i> L. APIACEAE	Cólicas menstruais, dores no corpo, auxiliar no parto	F	Decocção	2x ao dia	C	HE	TA	11,50
04. Alecrim do campo <i>Baccharis dracunculifolia</i> DC. ASTERACEAE	Caspa e piolho	F	Decocção (lavar a cabeça)	2x ao dia	EP	AT	TA	-
05. Alecrim miúdo <i>Rosmarinus officinalis</i> L. LAMIACEAE	Pressão alta Problemas cardíacos Dor de ouvido	F F F	Decocção Infusão Infusão	3x ao dia 2x ao dia 1x ao dia	C	HE	TA	34,80
06. Alevante, levante <i>Mentha viridis</i> (L.) L. LAMIACEAE	Gripe, digestiva, dores musculares	F	Infusão	2x ao dia	C	HE	A	29,37

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
07. Alfavaca <i>Ocimum selloi</i> Benth. LAMIACEAE	Gripe, expectorante Digestiva	F F	Decocção Infusão	2x ao dia 2x ao dia	C	HE	TA	52,00
08. Algodão <i>Gossypium hirsutum</i> L. MALVACEAE	Anti-inflamatório geral, depurativo do sangue, digestivo	F	Decocção	3x ao dia	C	HE	TA	46,40
09. Ameixa <i>Eriobotrya japonica</i> (Thunb.) Lindl. ROSACEAE	Cicatrizante	F	Infusão	3x ao dia	C	AB	TA	-
10. Amora <i>Rubus rosifolius</i> Sm. ROSACEAE	Inflamação na garganta, depurativo	F + FLO	Decocção	2x ao dia	ES	AT	TA	11,00
11. Arnica <i>Solidago chilensis</i> Meyen ASTERACEAE	Reumatismo e dores no corpo	F	Maceração em água	2 x ao dia	C	HE	TA	-
12. Arnica das pedras <i>Lychnophora pinaster</i> Mart. ASTERACEAE	Reumatismo	F	Maceração em álcool	2 x ao dia	EC	AT	TA	17,00

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
13. Arruda <i>Ruta graveolens</i> L. RUTACEAE	Inflamação nos olhos Cólica Menstrual	F F	Maceração em água Maceração em álcool	2 x ao dia 3 x ao dia	C	HE	TA	46,66
14. Artemijo <i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip. ASTERACEAE	Cólicas menstruais, dores musculares	F	Infusão	2 x ao dia	C	HE	A	5,50
15. Assa-peixe <i>Vernonia polyanthes</i> Less. ASTERACEAE	Gripe, expectorante, tosse	F	Decocção	3 x ao dia	EP	AT	TA	41,12
16. Babosa <i>Aloe arborescens</i> Mill. LILIACEAE	Queda de cabelo, caspa	F	Sumo (mucilagem)	2 ou 3x ao dia em uso tópico até melhorar	C	HE	TA	35,00
17. Bálsamo <i>Sedum dendroideum</i> Moc. & Sessé ex DC. CRASSULACEAE	Indigestão Cicatrizante Gastrite, úlcera	F F F	Cru, Suco Sumo Cru, Suco	2 x ao dia * 1 x ao dia	C	HE	TA	52,20
18. Bálsamo branco <i>Buddleja brasiliensis</i> Jacq. ex Spreng. LOGANIACEAE	Reumatismo, expectorante	F (gemas)	D	3 x ao dia	EP	HE	TA	17,50

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
19. Basilicão <i>Ocimum basilicum</i> L. LAMIACEAE	Gripe	F	Decocção	3 x ao dia	C	HE	TA	11,00
20. Boldo, bojo <i>Vernonia condosata</i> Baker ASTERACEAE	Indigestão, “ressaca alcoólica”, dor de cabeça, intoxicação no fígado	F	Maceração em água	3 x ao dia	C	AT	TA	35,00
21. Boldo peludo, bojo peludo <i>Plectranthus barbatus</i> Andrews LAMIACEAE	Indigestão, “ressaca alcoólica”, dor de cabeça, intoxicação no fígado	F	Maceração no álcool	3 x ao dia	C	HE	TA	47,00
22. Cabelo-de-milho <i>Zea mays</i> L. POACEAE	Diurético	FLO	Decocção	3 x ao dia	C	HE	A	-
23. Café <i>Coffea arabica</i> L. RUBIACEAE	Gripe	F	Decocção	2 x ao dia	C	HE	TA	-
24. Camará, cambará <i>Lantana câmara</i> L. VERBENACEAE	Gripe, expectorante	F+Flo	Decocção Xarope (Decocção + calda de açúcar)	2 x ao dia	ES	HE	TA	35,00

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
25. Capeba <i>Pothomorphe umbellata</i> (L.) Miq. PIPERACEAE	Reumatismo, dor de cabeça Dor muscular	F F	Mac. em água D + banho	3 x ao dia 2 ou 3x ao dia em uso tópico	C	AT	TA	47,00
26. Capim São José <i>Cymbopogon martinii</i> (Roxb.) J.F. Watson POACEAE	Reumatismo	F	Decocção (banho local)	1 x ao dia	EP	HE	TA	-
27. Carqueja <i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC. ASTERACEAE	Diabetes, afecções no fígado	F	Maceração em água	2 x ao dia	EP	HE	TA	17,00
28. Caruru <i>Amaranthus</i> sp. AMARANTHACEAE	Hemorróidas	F	Sumo	2 ou 3 x ao dia em uso tópico até melhorar	EA	HE	TA	-
29. Carrapichinho <i>Acanthospermum australe</i> (Loefl.) Kuntze ASTERACEAE	Anti-inflamatório geral, diurético	F + R	Decocção	3 x ao dia	EP	HE	TA	-
30. Cavalinha do brejo <i>Equisetum hyemale</i> L. EQUISETACEAE	Pedra na vesícula	R	Decocção	3 x ao dia	EB	HE	A	11,00

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
31. Chagas <i>Tropaeolum majus</i> L. TROPAEOLACEAE	Expectorante, depurativo do sangue, gripe	F + Flo	Infusão	2 x ao dia	C	HE	A	11,50
32. Chapéu-de-couro <i>Echinodorus macrophyllus</i> (Kunth) Micheli ALISMATACEAE	Diurético, pedra na vesícula, reumatismo, dores musculares	F+ R	Decocção	3 x ao dia	C	HE	TA	8,50
33. Chuchu <i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw. CURCUBITACEAE	Calmante, pressão alta	F	Decocção	3 x ao dia	C	TR	TA	17,00
34. Cipó-de-são-joão <i>Pyrostegia venusta</i> (Ker Gawl.) Miers BIGNONIACEAE	Vitiligo	F+FLO	Maceração em álcool por 9 dias em garrafa enterrada	20 gotas de manhã em jejum	EC	TR	S	5,50
35. Confrei <i>Symphytum officinale</i> L. BORAGINACEAE	Cicatrizante	F	Infusão	2 ou 3 x ao dia em uso tópico	C	HE	TA	-
36. Congonha Platina <i>Solanum swartzianum</i> Roem. & Schult. SOLANACEAE	Diabetes	F	Decocção	2 x ao dia	ES	AB	TA	-

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
37. Cordão-de-frade <i>Leonotis nepetifolia</i> (L.) R. Br. LAMIACEAE	Anti-inflamatório renal, dores musculares	F	Decocção	2 x ao dia	EA	HE	A	-
38. Cravo <i>Ocimum gratissimum</i> L. LAMIACEAE	Gripe Indigestão	F F	Decocção Decocção	3 x ao dia 3 x ao dia	C	HE	AT	28,88
39. Endro <i>Anethum graveolens</i> L. APIACEAE	Azia, má digestão Dor muscular	F F	Infusão (aquecidas)	2 x ao dia 2 ou 3 x ao dia em uso tópico	C	HE	TA	17,40
40. Enxota <i>Tanacetum vulgare</i> L. ASTERACEAE	Cólica menstrual	F	Decocção	2 x ao dia	C	HE	A	-
41. Erva-cidreira de capim <i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf POACEAE	Calmante Pressão alta	F F	Decocção Decocção	3 x ao dia 1 x ao dia	C	HE	TA	46,40
42. Erva-cidreira de folha <i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. VERBENACEAE	Inflamações no útero, cólicas menstruais, calmante, gripe	F	Decocção	2 x ao dia	C	AT	TA	17,40

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
43. Erva-cidreira miúda <i>Melissa officinalis</i> L. LAMIACEAE	Calmante, cólicas menstruais	F	Decocção	2 x ao dia	C	HE	A	11,50
44. Erva-de-bicho <i>Polygonum maculatum</i> Raf. POLYGONACEAE	Hemorróidas	F	Decocção (banho local)	2 ou 3 x ao dia em uso tópico até melhorar	EB	HE	A	-
45. Erva-de-santa-maria <i>Chenopodium ambrosioides</i> L. CHENOPODIACEAE	Vermes	F	Infusão	2 x ao dia	C	HE	A	35,00
46. Erva-terrestre <i>Glechoma hederacea</i> L. LAMIACEAE	Indigestão	F	Infusão	2 x ao dia	C	HR	AT	-
47. Folhas Roxas <i>Iresine herbstii</i> Hook. AMARANTHACEAE	Diarréia	F	Decocção	3 x ao dia	C	HE	TA	-
48. Folha Santa <i>Siparuna guianensis</i> Aubl. MONIMIACEAE	Tremedeira (espasmos musculares)	F (secas)	Decocção	1 x ao dia	ES	AB	TA	-

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
49. Funcho <i>Foeniculum vulgare</i> Mill. APIACEAE	Gripe, expectorante, calmante, cólica de bebê	F	Infusão	2 x ao dia	C	HE	TA	58,18
50. Gengibre <i>Zingiber officinale</i> Roscoe ZINGIBERACEAE	Inflamação na garganta	R	Decocção ou mascar <i>in natura</i>	3 x ao dia	C	HE	TA	11,00
51. Goiaba <i>Psidium guayava</i> Raddi MYRTACEAE	Diarréia, gengivites, icterícia	F + C (casca)	Decocção	2 x ao dia	C	AB	TA	5,50
52. Guiné <i>Petiveria alliacea</i> L. PHYTOLACCACEAE	Alivia cansaço do corpo (revitalizante) Elimina “mau-olhado”	F	Banho	1 x ao dia	C	AT	TA	11,00
53. Hortelã <i>Mentha</i> sp. LAMIACEAE	Vermes	F	Infusão	2 x ao dia	C	HR	TA	76,00
54. Jurubeba <i>Solanum diflorum</i> Vell. SOLANACEAE	Afecções do fígado	F + FRU	Decocção	3 x ao dia	EA	HE	TA	11,00

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C**= caule, **F**= folhas, **Flo**= flor, **Fru** = Fruto, **S**= sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
55. Lágrima-de-nossa-senhora <i>Coix lacryma-jobi</i> L. POACEAE	Calmante, dor muscular, diarréia, inflamação nos rins	F	Decocção	3 x ao dia	C	AT	TA	17,50
56. Laranjeira <i>Citrus sinensis</i> (L.) Osbeck RUTACEAE	Pressão alta, calmante	F	Maceração na água	2 x ao dia	C	AB	TA	23,00
57. Lavadeira <i>Leonurus japonicus</i> Houtt. LAMIACEAE	Indigestão, afecções do fígado, pressão alta	F	Maceração na água	3 x ao dia	EA	HE	A	46,21
58. Limão <i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f. RUTACEAE	Expectorante, calmante, diarréia	FRU	Suco	2 x ao dia	C	AB	TA	5,50
59. Losmão <i>Artemisia absinthium</i> L. ASTERACEAE	Indigestão, “ressaca alcoólica”, mal estar, derrame	F	Maceração na água	3 x ao dia	C	HE	TA	58,33
60. Macela <i>Anthemis cotula</i> L. ASTERACEAE	Indigestão, dor de cabeça, febre, gripe	F	Maceração na água	2 x ao dia	C	HE	TA	94,12

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C**= caule, **F**= folhas, **Flo**= flor, **Fru** = Fruto, **S**= sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU ¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO ²	HC ³	CO ⁴	IR ⁵
61. Macela amarela <i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC. ASTERACEAE	Dor de ouvido de crianças	FLO	Sumo	3 x ao dia	EP	HE	A	-
62. Macelinha, mil folhas <i>Achillea millefolium</i> L. ASTERACEAE	Indigestão	F	Maceração em água	2 x ao dia	C	HE	TA	-
63. Malva rosa <i>Pelargonium graveolens</i> L'Hér. GERANIACEAE	Pressão alta, calmante Abafamento (apnéia) Dor de garganta Dor muscular	F F F	Infusão Infusão Decocção	3 x ao dia 2 x ao dia 3 x ao dia	C	HE	TA	58,75
64. Manjerona <i>Origanum majorana</i> L. LAMIACEAE	Calmante, dor de cabeça, dor de ouvido	F (secas)	Decocção	3 x ao dia	C	HR	TA	11,33
65. Maracujá <i>Passiflora alata</i> Curtis PASSIFLORACEAE	Pressão alta, diurético, depurativo	F	Decocção	3 x ao dia	C	TR	A	5,50
66. Milindro <i>Asparagus officinalis</i> L. LILIACEAE	Calmante	F	Infusão	2 x ao dia	C	HE	A	29,00

¹ÓU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
67. Milioni branco <i>Aristolochia cymbifera</i> Mart. & Zucc. ARISTOLOCHIACEAE	Afecções do fígado	R (seca)	Decocção	2 x ao dia	ES	HR	A	-
68. Novalgina <i>Plectranthus neochilus</i> Schltr. LAMIACEAE	Dor de cabeça, indigestão	F	Maceração em água	2 x ao dia	EA	HE	TA	17,00
69. Panacéia <i>Solanum cernuum</i> Vell. SOLANACEAE	Inflamação nos olhos, Inflamação na próstata, Afecções dos rins	Flo+Fru F+Flo F (seca)	Sumo Decocção Infusão	Uso tópico 3 x ao dia 2 x ao dia	ES	AT	TA	23,33
70. Picão-preto <i>Bidens pilosa</i> L. ASTERACEAE	Anti-inflamatório geral Afecções dos rins Icterícia	R F+R F	Decocção Decocção Decocção	2 x ao dia 2 x ao dia 3 x ao dia	EA	HE	A	23,50
71. Poejo <i>Mentha pulegium</i> L. LAMIACEAE	Expectorante, Dor de ouvido	F F	Infusão aquecidas	3 x ao dia Uso tópico	C	HR	A	23,33
72. Porrete ASTERACEAE	Afecções do fígado, indigestão	F	Maceração em água	1 x ao dia	ES	HE	TA	17,25

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
73. Quebra-pedra <i>Phyllanthus tenellus</i> Roxb. EUPHORBIACEAE	Afecções renais	F	Infusão	2 x ao dia	EA	HE	TA	17,00
74. Romã <i>Punica granatum</i> L. PUNICACEAE	Inflamação na garganta	FRU (casca)	Decocção + gargarejo	2 x ao dia	C	AT	TA	-
75. Rosa branca <i>Rosa</i> sp. ROSACEAE	Inflamação na garganta, depurativo do sangue	FLO (pétalas secas)	Decocção + gargarejo ou X	2 x ao dia	C	HE	TA	5,50
76. Sabugueiro <i>Sambucus nigra</i> L. CAPRIFOLIACEAE	Sarampo	F (secas)	Decocção	2 x ao dia	C	AB	TA	17,00
77. Saião bravo <i>Bryophyllum pinnatum</i> (L. f.) Oken CRASSULACEAE	Dor de estômago, azia	F	Infusão	2 x ao dia	EA	HE	TA	11,00
78. Sálvia <i>Salvia officinalis</i> L. LAMIACEAE	Rouquidão	F	Maceração em água	1 x ao dia	C	HE	TA	11,00

¹OU: órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²AO: ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³HC: hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴CO: época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵IR: índice de importância relativa.

(continua)

QUADRO 5 – continuação

Nome Popular / Nome Científico Família Botânica	Indicações Terapêuticas	ÓU¹	Forma de Preparo	Forma de Administração	AO²	HC³	CO⁴	IR⁵
79. Sálvia-grande, sálvia-peluda <i>Stachys byzantina</i> C. Koch LAMIACEAE	Expectorante, gripes	F	Infusão	2 x ao dia	C	HE	TA	-
80. Transagem <i>Plantago major</i> L. PLANTAGINACEAE	Anti-inflamatório geral	PL	Decocção	3 x ao dia	EA	HR	TA	52,36
81. Urucum <i>Bixa orellana</i> L. BIXACEAE	Expectorante	S	Decocção	3 x ao dia	C	AT	TA	-
82. Violeta <i>Viola odorata</i> L. VIOLACEAE	Febre, gripe infantil, estimulante cardíaco	F+Flo	Infusão ou curdiá	2 x ao dia	C	HR	A	23,20

¹**OU:** órgão utilizado: **R** = raiz, **C** = caule, **F** = folhas, **Flo** = flor, **Fru** = Fruto, **S** = sementes, **PL** = planta toda.

²**AO:** ambiente de ocorrência: **C** = cultivada, **EA** = espontânea de áreas cultivadas, **EB** = espontânea de campo brejoso, **EC** = espontânea de cerrado, **EP** = espontânea de pastagem, **ES** = espontânea de sub-bosque.

³**HC:** hábito de crescimento: **AB** = arbóreo, **HE** = herbácea ereta, **HR** = herbácea rasteira; **AT** = arbustivo; **TR** = trepadeira.

⁴**CO:** época de colheita/ coleta: **A** = estação das águas, **S** = estação seca, **TA** = durante todo ano.

⁵**IR:** índice de importância relativa.

VI ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA COMUNIDADE DE LAVRAS NOVAS NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

Neste capítulo são analisadas as mudanças nas características do uso de plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas nos últimos dez anos. Tal análise foi embasada nas informações etnobotânicas e etnofarmacológicas obtidas no estudo de STEHMANN & BRANDÃO (1995) e nos resultados do levantamento atual. Ressalta-se os últimos dez anos, por ser este o período correspondente à intensificação da atividade turística na localidade.

Entretanto, antes de abordar as características etnobotânicas e etnofarmacológicas propriamente ditas, será relatada a opinião dos informantes sobre a atividade turística nesta comunidade atualmente.

6.1) O turismo em Lavras Novas na visão dos informantes

A maioria dos informantes relatou que a atividade turística em Lavras Novas possui tanto pontos positivos quanto negativos. Como pontos positivos, a unanimidade dos informantes citou que o turismo gerou empregos na localidade, aumentando a renda familiar.

“O turismo é muito bom. Quando veio os turista pra cá o trabalho melhorou, os homens não precisa mais sair pra caçar trabalho longe. As moças tá conseguindo trabalhar aqui também.” (Sra. Macela).

“Num certo ponto eu acho que foi bom né, porque aqui era muito parado e o turismo deu um certo movimento.” (Sra. Funcho).

“É bom porque gera emprego. Tem muito emprego para as pessoas. Pelo menos pra mim que era dona de casa, só ficava em casa, não tinha trabalho. Agora eu tenho trabalho, não ganho bem, mas já ajuda né.” (Sra. Enxota).

“Tem uma parte que a gente pensa que é bom né. Abriu restaurante, deu emprego para diversas pessoas. Isso foi muito bom bobo. Mas eu acho assim, onde tem coisa boa, tem coisa ruim também, mas o que mais melhorou foi o emprego porque aqui em Lavras Novas não tinha emprego assim não bobo, agora tá tendo. O povo tinha que sair pra emprego em Saramenha, Ouro Preto, né!” (Sra. Sálvia).

“Agora tem um ponto que o turismo aqui foi muito bom. Sabe por que? Porque teve um tempo que o emprego ficava muito longe e agora, depois que veio esse pessoal, que fez casa aqui, tão construindo mais, aí já dá emprego pra muita gente. Tem trabalho pra quem constrói casa, de caseiro, de empregada né. Já é um ajuda.” (Sra. Camará).

O conteúdo destas opiniões é semelhante aos resultados obtidos por GOMES (2003), que afirma que grande parte da população da comunidade encontra-se na “fase da euforia”, com relação aos recursos financeiros que advém direta ou indiretamente da atividade turística (Figura 14).

Entretanto, os informantes da pesquisa sobre as plantas medicinais, talvez por serem de faixa etária mais avançada, conseguiram listar diversos problemas da atividade turística, como a poluição ambiental:

“Aqui atrás [porção de mata próxima ao quintal da casa do informante] tinha uma bica de água, uma nascente, a gente usava até para lavar roupa, buscar água. Foram construindo aí em volta, tirando terra, aterrando outros lugares, agora não tem mas água não.” (Sr. Milioni).

“Toda vida nós apanhou água nas bicas, nunca foi preciso comprar água mineral nada, mas agora vai ser preciso, sabe por que? Porque eles [os turistas] tão jogando muita porcalhada na água. Antigamente a água era clarinha, agora é toda amarela, se você vai usar pra lavar a roupa tem que colocar um produto qualquer se não a roupa fica toda amarela. Você não pode deixar roupa branca de molho mais não. Fica tudo amarelo.” (Sra. Funcho).



Figura 14 – Placas indicativas da localização das pousadas existentes em Lavras Novas. Muitas dessas pousadas empregam moradores da comunidade. Lavras Novas, Ouro Preto. Maio de 2004.

Os problemas ambientais decorrentes da prática do turismo nesta comunidade foram identificados em detalhes por GOMES (2003). A autora ressalta que problemas como a descaracterização do conjunto arquitetônico (Figura 15) e a contaminação da água são pontos que incomodam os moradores de Lavras Novas.



Figura 15 – Contraste entre o estilo arquitetônico das pousadas (à esquerda) e de casa típica dos moradores de Lavras Novas. Lavras Novas, Ouro Preto. Maio de 2004.

Também relacionado ao meio ambiente foi abordado pelos informantes a diminuição dos quintais das casas dos moradores devido à construção de quartos ou pequenas casas de aluguel a turistas:

“Hoje em dia eles [moradores locais] estão vendendo até pedaço da horta para poder fazer casa. Eu acho isso um absurdo. Agora você vê, eu lá vou vender pedaço da minha horta pra ficar no meio de gente que eu não conheço?” (Sra. Camará).

“Hoje eles tão tirando as plantas da horta pra fazer casa tudo pra turista.” (Sr. Romã).

Todavia, o maior número de queixas relacionadas à atividade turística em Lavras Novas foi sobre a “má influência” que os turistas estariam exercendo junto aos jovens da comunidade.

“Num certo ponto o turismo foi muito ruim porque tem muito jovem aí seguindo o caminho dos que vem de fora. Vem muita gente boa, mas vem gente ruim também, que traz droga né. Traz o álcool né, tá destruindo os coitados. Às vezes meninas novas aí de 12 e 13 anos tá tudo assim né.” (Sra. Funcho).

“[O turismo] não é bom porque vem muita gente bagunceira, que mexe com maconha, e o pessoal daqui começa a mexer com isso também. Tem gente que caça confusão, briga, bebedeira, som alto. Às vezes tem uma pessoa, doente, de idade, a gente conversa com eles numa boa, e eles não tá nem aí, faz de conta que não ouviu. Acho que esse é o lado ruim.” (Sra. Enxota).

“Esse negócio de usar a maconha, já não é mais só os de fora não. Tem os daqui também. Isso no nosso tempo nós nem sabia o que era. Eu acho que muito moço daqui pega a má influência dos de fora. Eles querem ser turista também, querem fazer tudo igual aos de fora.” (Sra. Camará).

“A vida aqui melhorou muito nos últimos anos, mas o que piorou em relação ao tempo dos antigos é o modo dos jovens. Isso piorou porque não tem aquele respeito que a gente tinha com a mãe da gente. Não adianta a gente falar porque se falar eles chamam a gente de jeca. Eu acho que é porque o pessoal de fora trouxe outros pensamentos e influenciou os jovens.” (Sra. Capeba).

Este último depoimento pode explicar a origem de fato relacionado ao uso de plantas medicinais, verificado no decorrer de todo o trabalho de campo: a quebra dos laços de transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas como será discutido a seguir.

6.2) A perda da transmissão oral do conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais

De acordo com aproximadamente 73% dos entrevistados, existe muita dificuldade de transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas

medicinais entre as últimas gerações de moradores de Lavras Novas (Figura 16).

“Os filhos não preocupam com isso nada rapaz, hoje em dia ninguém tá preocupando com chá mais nada.” (Sra. Milindro).

“Às vezes a gente fala: ô gente, essa folha é boa, uma beleza pra pele, pra menino de verme. Mesmo que não mata, ajuda a por pra fora e menino já fica mais calmo. Cê vai ensinar isso pra uma mãe, elas diz: você tá boba! Isso não serve de nada não. Antigamente nós tomava o que? Chifre de boi queimado, na água, e ainda deixava aqueles trem assim pretinho calmar pra nós tomar e nós melhorava. Cê vai fazer isso hoje? De que jeito? (...) Aqui os velhos antigamente só usava chá. Médico era só o último recurso. Hoje em dia ninguém quer perder tempo de apanhar umas folhas e por pra cozinhar. (...) Me parece que eles [os jovens] tomou mais fé no remédio da farmácia. Cê vê que pra dor de ouvido, nós punha manjerona, nós punha um dente de alho dentro dos ouvido. Hoje em dia eles põe alho, de jeito nenhum, diz que alho vai ficar cheirando comida.” (Sra. Girassol).

“Meus filhos não usa as folhas de chá do jeito que a gente usa nada. Hoje em dia menino adoeceu eles ta caçando é médico.” (Sr. Poejo).

“Meus filhos não aprenderam a usar as folhas de chá nada. O pessoal mais novo, assim, não procura chá não. Eu acho que eles não tem muita fé em chá, eles crê mais nos remédios mesmo.” (Sra. Enxota).

“Os meninos não sabem nem o que é folhas de chá. Não sabem preparar nada não. Quem prepara sou eu. (...) Hoje pouca gente conhece as plantas que os mais velhos usavam. Plantas que nem minha mãe usava, ninguém conhece mais nada.” (Sr. Romã).

“Olha, eu vou falar pro cê a verdade! Quem tem suas mães assim da minha idade, elas mesmas fazem o chá para os filhos e pros netos. Mas são poucas as filhas que tão aprendendo. Acho que é porque eles diz que isso é coisa de gente velha, já ultrapassada.” (Sra. Pruma).

“Hoje em dia eu vou falar com você a verdade, até hoje quem faz chá pros meus neto sou eu. Hoje essas moças aí não faz chá não, só quer saber do remédio do médico. Aí elas vem aqui pedir pra eu fazer e eu faço.” (Sra. Camará).

“Poucas pessoa hoje aqui cuida disso. É mais nós velhos, as dona mais antiga que cuida, mas os mais novo não teve interesse de aprender não e nem de passar pra frente. Alguns fala pra gente que chá é coisa de gente velha, que aprender a fazer chá é aprender coisa antiga, que hoje em dia isso não usa mais não. (...) Eles [os jovens]

acha que o remédio comprado, às vezes até mais caro, tem mais valor que o nosso, que nós faz.” (Sra. Funcho).



Figura 16 – Informante da pesquisa com seu neto, durante a entrevista, manifestando sua preocupação com a continuidade da transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais às novas gerações. Lavras Novas, Ouro Preto. Outubro de 2003.

AMOROZO (1996) explica que um dos fatores que interferem na desestruturação da rede de transmissão do conhecimento tradicional, sobre as plantas medicinais, é que os membros mais jovens das comunidades comumente têm percebido o saber tradicional como sendo inferior perante o corpo de novas informações que se torna acessível a eles, através dos meios de comunicação ou de atores sociais, como no caso de Lavras Novas, os turistas. WAYLAND (2004) complementa que a imagem dos medicamentos convencionais, veiculadas nos meios de comunicação, é símbolo da modernidade, do capitalismo e da industrialização e contrasta com a imagem de recurso terapêutico antigo e ultrapassado do chá tradicional. Isto pode causar o fascínio dos jovens de comunidades rurais pelos medicamentos convencionais.

De acordo com GIDDENS (2002), tal desestruturação da rede de transmissão do conhecimento tradicional, é típica em nossa sociedade ocidental atualmente. Este autor explica que tem sido comum nas relações sociais da atualidade, o enfraquecimento dos laços de família ou de grupos. Se antes, os laços de parentesco formavam claramente as principais ancoragens externas da experiência de vida dos indivíduos, nas condições sociais modernas, grupos familiares sucessivos raramente continuam a viver sob as mesmas condições, tornando praticamente desconhecida a noção de ancestralidade e favorecendo o individualismo na trajetória humana.

6.3) Modernidade e origem das doenças

Ao serem questionados sobre as mudanças nas condições de vida nas últimas décadas, os informantes foram unânimes em afirmar que enquanto certos fatores relacionados à modernidade¹⁷ foram positivos, outros foram extremamente negativos:

“De uns vinte anos pra cá as coisas mudaram muito. Algumas coisas mudaram pra melhor. Antigamente, quando as dona tava pra ganhar neném ninguém corria com ela para o hospital, ficava aqui, às vezes sofrendo, às vez até morrendo mãe e filho. E agora não, graças a Nossa Senhora do Prazeres as donas vai pro hospital e ganha neném sem muito sacrifício.” (Sra. Macela).

“Tinha coisa que era mais difícil antigamente. A água tinha que pegar na bica, roupa tinha que lavar nas fontes, mas a alimentação era mais saudável”. (Sra. Capeba).

“Pra certas coisas a vida melhorou, mas pra outras coisas não melhorou nada. Hoje tudo depende do dinheiro, antigamente nós fazia muitas coisas sem o dinheiro. Nós plantava tudo. Agora tudo é dinheiro. Hoje as pessoas não usa mais plantar. Antes, às vezes, não tinha muito dinheiro, mas tinha o alimento. Hoje tudo é comprado,

¹⁷O conceito de modernidade foi construído junto aos informantes durante o trabalho de campo. Considera-se como modernidade todas as mudanças nas condições de vida que os informantes percebiam e que relatavam como sendo caracteristicamente distintas das condições de vida de seus pais. Exemplo: acesso a transporte coletivo, a luz elétrica, ao saneamento básico e a eletrodomésticos.

feira¹⁸ passa vendendo as coisas, antigamente não, nós ia pra horta, nós plantava a mandioca, a mandioca dava a farinha que nós fazia aqui. Nós fazia a brevidade. A pessoa não precisava de comprar um pó. Agora não, tudo acabou. Os veios vão morrendo e os novos não tão procurando isso mais não.” (Sra. Losmão).

“Hoje em dia todo mundo aqui tá caçando comprar os mantimento. Essa alimentação não é boa. Ela produz mais doença porque é muita coisa que eles coloca nas plantas pra elas nascer, crescer, essas coisas. As criações tem tudo remédio [agrotóxicos] também. Antigamente a gente não via esses problemas de pressão alta, diabetes, problema de coração. As pessoas eram mais saudável, o alimento era mais forte, as pessoas morriam mais velhas, agora elas tá morrendo tudo novo.” (Sra. Enxota).

Conforme os dois últimos depoimentos acima, entre os efeitos negativos da modernidade, e que se agravaram com o aumento da renda familiar, proveniente da atividade turística, a mudança na alimentação foi destacada por aproximadamente 64% dos informantes como principal origem dos problemas de saúde e de seu crescimento nas últimas décadas.

“Antigamente não tinha tanta doença assim não. Eu acho que as doenças aumentaram por causa dos mantimentos. Hoje eles engorda porco com injeção, choca galinha com luz. Os antigo não comia coisas assim não. Isso é bom pra saúde? Não é uai! Antigamente não se engordava porco com injeção não, era com lavagem, com coisa de casa mesmo, não tinha essas coisas assim não. Café, as coisas de horta, tudo tem veneno! Não tem mais comida saudável como tinha antigamente não meu filho. (...) antigamente as pessoas aqui de Lavras Novas plantava, nós tinha criação de porco, de galinha... Mas agora, todo mundo só tá interessado em dinheiro. Aí agora que tá ganhando passaram a comprar tudo, mas acaba que a gente gasta mais. Por que? Porque eles compra tudo cheio de veneno e fica doente, aí gasta todo o dinheiro que ganhou com remédio, com médico e vai por aí.” (Sra. Algodão).

“A horta vem aqui na rua todo fim de semana. Cê compra, quando leva alguns dias a abóbora já tá toda mofada. Isso tem vitamina de que? É tudo com remédio. Tomate, não tem vitamina de nada. Compra uma banana na horta pra você ver, e pega essa que amadurece aqui. A da horta é muito ruim. Tudo é cheio de remédio. Tem tanta doença hoje por que? Porque eles põem remédio, pra conservar tudo, as comidas não fazem mais bem não. (...) Hoje eles ficam com luxo, comprando frango de granja cheio de química. Isso não é bom. Eles acha bonito

¹⁸ Caminhões que comercializam hortaliças, frutas e produtos de granja semanalmente na comunidade. Os nativos também chamam de “horta”.

ficar fazendo feira, fazendo horta. A horta boa é a que a gente faz em casa, que não tem remédio.” (Sr. Romã).

“Tem muitas donas aqui em Lavras Novas que são nascidas e criadas aqui e hoje compra cebolinha de folha na feira, e precisava disso? Elas as vez deixa de comprar na mão da gente que planta, pra comprar na mão de gente de fora. Acho que elas pensa que tudo que vem de fora é mais bonito, mais gostoso. E se quer saber? Elas fica tudo doente, porque nós não planta com adubo [fertilizantes químicos], não planta com remédio e essas coisas que vem de fora tá tudo contaminado.” (Sra. Camará).

De acordo com GIDDENS (2002), a única maneira de evitar os males da modernidade, relacionada à mudança do padrão da alimentação, é realmente criar o hábito de cultivar tudo que será consumido pela família. Todavia, segundo os informantes tudo indica que a vocação agrária de Lavras Novas não será facilmente resgatada:

“Meus filhos não sabem plantar o feijão, o milho, a batata, não sabem separar as mudas. Eles não sabem e não querem saber. Eles fala que é feio trabalhar na terra.” (Sra. Capeba).

“Plantar? Ah! Isso aí pra eles [os jovens de Lavras Novas] tá fora de moda. É coisa de gente antiga. Área maior então, eles não querem nem saber.” (Sra. Enxota).

6.4) Uso atual de plantas medicinais em Lavras Novas

6.4.1) Análise das informações etnobotânicas e etnofarmacológicas

STEHMANN & BRANDÃO (1995) listaram 48 espécies como sendo de uso corrente pela comunidade. Tais espécies eram pertencentes a 24 famílias botânicas sendo 11 da família Lamiaceae, sete da Asteraceae, três da Apiaceae, três da Rosaceae e duas em cada uma das famílias Boraginaceae, Brassicaceae, Poaceae e Rutaceae. As demais 16 famílias foram representadas por somente uma espécie.

No levantamento atual foram identificadas 82 espécies medicinais (ressaltando que uma, só foi identificada ao nível de família), pertencentes a 38

famílias botânicas sendo que a maioria também fazia parte das famílias Lamiaceae e Asteraceae.

Considera-se a hipótese de que o aumento do número de espécies no levantamento atual esteja relacionado como a diminuição das áreas de cultivo próximas às residências dos moradores. Como a maioria das plantas medicinais são cultivadas nos quintais, a transformação destas áreas em quartos ou casas de aluguel, conforme descrito anteriormente, pode pressionar seus usuários a explorar plantas com ação terapêutica semelhante àquelas que eram cultivadas nas áreas mais afastadas das residências como pastagens, lavouras, sub-bosque, campos brejosos e cerrado.

Este argumento é reforçado se for comparado o ambiente de ocorrência das plantas no estudo de STEHMANN & BRANDÃO (1995) com o atual: há dez anos atrás 83,3% das plantas medicinais identificadas no levantamento eram cultivadas em áreas próximas às residências. Atualmente, apenas 67% das plantas medicinais são cultivadas. Por outro lado, enquanto em 1995, 16,7% das plantas não eram cultivadas sendo facilmente encontradas em seu ambiente natural, em 2004 este índice passa a ser de 33%.

Considerando a residência de cada informante como sendo uma unidade familiar, foi verificada a porcentagem de unidades familiares que ainda cultivam ou coletam as espécies medicinais identificadas no estudo de STEHMANN & BRANDÃO (1995) (QUADRO 6). Verificou-se que aproximadamente 38% das espécies identificadas há praticamente 10 anos, não são mais cultivadas ou coletadas em pelo menos 50% das unidades familiares dos informantes da pesquisa.

O total de sete espécies (14,6%) pertencentes ao levantamento de 1995 não foram citadas como de freqüente uso medicinal na atualidade: azedinha (*Oxalis* sp.), borragem (*Borago officinalis* L.), couve (*Brassica oleraceae* L.), maçã (*Pyrus malus* L.), pata-de-vaca (*Bauhinia* aff. *angulosa* Vog.), perpétua-roxa (*Malva sylvestris* L.) e salsa (*Petroselinum crispum* L.).

Entretanto, apesar de não terem sido citadas como de uso medicinal, a couve, a salsa e a maçã continuam sendo cultivadas e consumidas normalmente como alimento pela comunidade de acordo com os informantes. A Sra. Pruma fornece uma explicação a este fato. Esta informante argumenta que aprendeu com uma turista que como estas plantas são alimentos

consumidos cotidianamente, elas teriam menor potencial terapêutico que as plantas que são tipicamente medicinais, sendo por isso preteridas no preparo dos remédios caseiros.

Todavia, a azedinha, a borragem, a pata-de-vaca e a perpétua-roxa que eram encontradas com facilidade nas casas dos moradores há dez anos atrás, hoje estão desaparecidas. Além dessas espécies, outras plantas medicinais utilizadas pelo antigos não são mais encontradas com facilidade em Lavras Novas conforme atestam os depoimentos a seguir;

“Antigamente quando eu era pequena encontrava demais essa folha [perpétua-roxa] mas agora não acha mais não.” (Sra. Milindro).

“O chapéu-de-couro já teve muito mas agora não tem mais.” (Sr. Poejo).

“Aqui tinha muito aipo pra fazer quando você tá como dor de lado. Agora cê não acha mais ele aí. Outra que faz tempo que eu não vejo é a enxota, que antigamente as dona que iam ganhar menino juntavam com azeite e arruda pra fazer a puxação.” (Sr. Romã).

Os informantes justificam que o desaparecimento destas plantas está relacionado à perda do hábito de cultivo das “folhas de chá” que é reflexo direto da não perpetuação do conhecimento tradicional na comunidade.

“Antigamente, eu via muita canela-de-ema por aqui, eles chamam mais de gravatá, mas eu conheço mesmo como canela-de-ema. Antigamente, eles punham as cascas dela no álcool e depois molhava um pano com esse álcool e passava no lugar que a pessoa tava com dor. Agora acho que essa planta já até acabou. Cê não vê mais, parece que extinguiu. Se você for procurar só deve encontrar muito longe. Eles fazia muita fogueira com essa planta e ela foi acabando. Agora tá assim, o povo não tá sabendo mais observar o tempo da natureza não. Os antigos sabiam. Hoje eles acha que quanto mais fogueira melhor, e aí acabou a canela-de-ema.” (Sr. Confrei).

QUADRO 6 – Lista de espécies medicinais identificadas no levantamento etnobotânico realizado por STEHMANN & BRANDÃO (1995). Número e porcentagem de unidades familiares de informantes que ainda cultivam ou coletam tais espécies atualmente.

No.	NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	N.U.F.*	%
01	Abacateiro	<i>Persea americana</i> Mill.	17	77,27
02	Agrião	<i>Nasturtium officinale</i> R. Br.	13	59,09
03	Aipo	<i>Apium graveolens</i> L.	08	36,36
04	Alevante	<i>Mentha viridis</i> (L.) L.	16	72,72
05	Alfavaca	<i>Ocimum selloi</i> Benth.	21	95,45
06	Ameixa	<i>Eriobotrya japonica</i> Lindl.	17	77,27
07	Artemijo	<i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip.	07	31,81
08	Azedinha	<i>Oxalis</i> sp.	0	0
09	Bálsamo	<i>Sedum dendroideum</i> Moc. & Sessé ex DC.	15	68,18
10	Basilcão	<i>Ocimum basilicum</i> L.	08	36,36
11	Boldo	<i>Vernonia condosata</i> Baker	17	77,27
12	Borragem	<i>Borago officinalis</i> L.	0	0
13	Café	<i>Coffea arábica</i> L.	20	90,90
14	Capeba	<i>Pothomorphe umbellata</i> (L.) Miq.	18	81,81
15	Carqueja	<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	20	90,90
16	Carrapichinho	<i>Acanthospermum australe</i> (Loefl.) Kuntze	08	36,36
17	Chapéu-de-couro	<i>Echinodorus macrophyllus</i> (Kunth) Micheli	05	22,72
18	Confrei	<i>Symphytum officinale</i> L.	04	18,18
19	Couve	<i>Brassica oleraceae</i> L.	19	86,36
20	Cravo	<i>Ocimum gratissimum</i> L.	20	90,90
21	Erva-cidreira de capim	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	19	86,36
22	Erva-cidreira miúda	<i>Melissa officinalis</i> L.	05	22,72
23	Erva-terrestre	<i>Glechoma hederacea</i> L.	02	09,09
24	Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	20	90,90
25	Goiabeira	<i>Psidium guayava</i> Raddi	20	90,90
26	Hortelã-branco	<i>Mentha</i> sp.	21	95,45
27	Lágrima-de-nossa-senhora	<i>Coix lacryma-jobi</i> L.	17	77,27
28	Laranjeira	<i>Citrus sinensis</i> (L.) Osbeck	15	68,18
29	Lavadeira	<i>Leonurus japonicus</i> Houtt.	20	90,90
30	Limão	<i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f.	22	100
31	Losmão	<i>Artemisia absinthium</i> L.	19	86,36
32	Maçã	<i>Pyrus malus</i> L.	03	13,63
33	Macelinha	<i>Anthemis cotula</i> L.	21	95,45
34	Malva-rosa	<i>Pelargonium graveolens</i> L' Hér.	18	81,81
35	Manjerona	<i>Origanum majorana</i> L.	05	22,72
36	Maracujá de suco	<i>Passiflora alata</i> Curtis	12	54,54
37	Melindro	<i>Asparagus officinalis</i> L.	04	18,18
38	Panacéia	<i>Solanum cernuum</i> Vell.	15	68,18
39	Pata-de-vaca	<i>Bauhinia aff. angulosa</i> Vog.	0	0
40	Perpétua-roxa	<i>Malva sylvestris</i> L.	0	0
41	Picão	<i>Bidens pilosa</i> L.	21	95,45
42	Poejo	<i>Mentha pulegium</i> L.	16	72,72
43	Quebra-pedra	<i>Phyllanthus tenellus</i> Roxb.	20	90,90

*N.U.F.: Número de unidades familiares dos informantes que ainda cultivam ou coletam as espécies medicinais identificadas por STEHMANN & BRANDÃO (1995).

QUADRO 6 – (continuação)

No.	NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	N.U.F.*	%
44	Rosa-branca	<i>Rosa</i> sp.	05	22,72
45	Salsa	<i>Petroselinum crispum</i> (Mill.) A. W. Hill	19	86,36
46	Sálvia	<i>Salvia officinalis</i> L.	05	22,72
47	Tanchagem	<i>Plantago major</i> L.	20	90,90
48	Violeta	<i>Viola odorata</i> L.	07	31,81

*N.U.F.: Número de unidades familiares dos informantes que ainda cultivam ou coletam as espécies medicinais identificadas por STEHMANN & BRANDÃO (1995).

“O bálsamo, por exemplo, antigamente tinha muito, mas agora aqui em Lavras Novas tá ficando difícil encontrar, poucas casas é que tem ele. Acho que é porque as pessoas não plantam mais.” (Sra. Macela).

“O araticum antigamente nós panhava muito, deixava madurar, agora é tão difícil nós achar o pé de araticum. Quando nós era menino, nós comia muito, mas de uns tempo pra cá ninguém planta né, aí acaba mesmo. (...) Tá acontecendo de a gente perder muitas plantas que tinha antes, que os antigos sabia usar mas eles morreu e junto com eles foi a sabedoria.” (marido da Sra. Funcho, participando da entrevista).

“Tem folhas que nós não temos mais aqui não. Por exemplo, na casa da minha sogra ela plantava tudo quanto era folhas de chá, agora vai lá no quintal dela e você não acha mais nenhuma planta de chá. Por que? Porque ela morreu, ninguém cuidou e as plantas acabou. O pessoal novo não se incomoda mais com isso nada, tudo é médico.” (Sra. Enxota).

“As vez a pessoa cuida muito e depois que morre ninguém cuida e aí vai perdendo as plantas né. Hoje em dia as pessoas não estão mais plantando, elas tá tudo comprando as coisas na feira. Acho que não planta de preguiça.” (Sra. Malva-rosa).

“O meu filho caçula, quando era pequeno, ele pegou uma asma que ficava 24 horas assim fora de si, cansado. Então, uma comadre que já morreu, me ensinou a fazer o chá de borragem porque ele repetia gripe demais. Fui dando o chá de borragem pra ele. Ele cresceu, casou, já é pai e nunca mais me amolou, curou com a borragem, não ficou mais desensarado¹⁹. (...) Eu já procurei muito dessa planta aqui na rua e não sei onde é que tem. Ela sumiu, aqui na rua a gente não acha mais.” (Sra. Lavadeira).

¹⁹Termo comum entre os nativos mais idosos de Lavras Novas que significa “estar doente”.

Em relação às informações etnofarmacológicas, STEHMANN & BRANDÃO (1995) afirmam que muitas espécies medicinais eram preparadas de forma incorreta, como por exemplo empregando a decocção de plantas aromáticas. Este processo de elaboração do chá continua sendo o mais usado pela comunidade. Esclarece-se, entretanto, que o termo “incorreto”, citado pelos autores, justifica-se dentro da visão científica de preparo das plantas medicinais, onde busca-se aproveitar o maior rendimento de princípios ativos fazendo uso do processo mais adequado de extração. Todavia não se pode desconsiderar que existe lógica nos métodos de preparo tradicionais, mesmo que não sejam, cientificamente, os mais adequados. No caso específico da decocção de plantas aromáticas, realizada pela comunidade, a perda de princípios ativos por volatilização dos óleos essenciais é equilibrada com o aumento da quantidade de plantas usadas no processo. Como são usadas mais plantas, a quantidade de princípios ativos que são perdidos acaba, de forma geral, não comprometendo a ação terapêutica do chá. Por isso tal método de extração se perpetua ao longo dos anos. Existe o agravante, porém, de que acaba-se usando muito mais matéria-prima no processo do que se fosse empregada a infusão.

Foi relatado por alguns informantes que antigas formas de preparo das plantas medicinais estão em franco processo de desaparecimento, como o xarope caseiro, o “curdiá” e a “muqueca”:

“A gente punha as folhas pra cozinhar depois apertava e misturava com o açúcar pra fazer o xarope. Agora não usa fazer isso nada. Quando eu era assim mais nova, nós fazia, as nossas mães ensinava nós a fazer. (...) Eu não consegui ensinar pro meus filhos nada.” (Sra. Losmão).

“Quando os mais velhos preparavam o curdiá para os meninos pequenos eles juntavam muita qualidade de folhas e botava tudo pra cozinhar: grelo de chuchu, folha de laranja, hortelã branco e roxo, folha de batata doce. Tudo isso cê tinha que colocar. O pessoal mais velho como a minha mãe, sabia como fazer.” (Sr. Romã).

“No curdiá a gente juntava as folhas tudo e cozinava, como os antigos fazia, não tem problema não. A gente cozinha e vai tomando.” (Sra. Malva-rosa).

“Os antigos faziam muito curdiá, eles misturavam as folhas tudo pra gripe e deixavam cozinhando por muito tempo, uns quarenta minutos no mínimo.” (Sra. Enxota).

“Hoje quase ninguém tá fazendo o curdiá nada.” (Sr. Romã).

“Antigamente tinha uma coisa que deixava as folhas de chá mais forte. Eu nunca fiz não, mas eu já vi uma dona que mora aqui fazer. A menina dela tava desensarada e ela foi caçar umas folhas de chá pra fazer para essa menina. Ela procurou tudo que foi qualidade de folhas de chá. Ela trouxe e disse que era para preparar a muqueca. Ela procurou as folhas de chá e colocou na folha de bananeira, colocou depois tudo no fogão de lenha [no forno do fogão] e tapou, aí ficou sossegada. Quando ela foi pegar as folhas estavam tudo assim, sequinhas, aí ela disse que tava bom para fazer o chá. Ela pegou as folhas, esfregou na mão assim e fez farinha, fez o chá, pôs na vasilha, a menina tomou e melhorou. Agora ninguém tá fazendo isso mais.” (Sra. Milindro).

“Faz tempo que ninguém faz mais a muqueca não. Se cê perguntar aí pouca gente vai saber te explicar como é que prepara.” (Sra. Milindro).

Em relação às indicações terapêuticas não houveram mudanças expressivas de recomendações quando os resultados atuais, e de 10 anos atrás, são comparados.

Apesar dos resultados de índice de importância relativa (IR) serem semelhantes aos de outros trabalhos, acredita-se que o fato da maior parte das espécies (59%), citadas pelos informantes, ser pouco utilizada na comunidade também pode estar relacionada à dificuldade de perpetuação do conhecimento tradicional e do hábito de cultivo e uso das plantas medicinais entre as sucessivas gerações.

6.4.2) O turista e as plantas medicinais

De acordo com GOMES (2003), de forma geral, existem dois tipos de visitantes em Lavras Novas: o “turista de fim de semana” e o “turista viajante”. Esta autora explica que o “turista viajante” visita a localidade nos feriados prolongados. Este visitante normalmente é procedente de lugares distantes, inclusive de outros estados e permanece em Lavras Novas por mais de um dia. Caracteristicamente, este turista se interessa em conhecer os atrativos naturais

e culturais do local, além de interagir com a comunidade. Já o “turista de fim de semana” normalmente é proveniente de Ouro Preto ou da região, tende a permanecer no povoado por apenas um dia, é assíduo freqüentador dos bares da localidade e se interessa apenas pelas cachoeiras e outros recursos naturais, não interagindo com a comunidade. GOMES (2003) enfatiza que os maiores problemas entre os moradores de Lavras Novas e os visitantes são justamente em relação aos “turistas de fim de semana”. A autora argumenta que talvez tais visitantes não se sintam “turistas” porque já se encontram inseridos nos contextos da localidade que julgam conhecer bem. Muitos destes visitantes não respeitam os costumes locais e o meio ambiente, e agem como se fossem parte da comunidade, e por isso dotados de prerrogativas e liberdades que somente os autênticos lavranovenses possuem.

Tanto os “turistas viajantes” quanto os “de fim de semana” encontram nos membros idosos da comunidade a assistência a problemas de saúde que venham acontecer durante sua estadia em Lavras Novas. Alguns informantes da pesquisa relataram que é comum os turistas solicitarem auxílio em caso de mal estar ou doença, e que costumam ser prontamente atendidos pelos moradores locais.

“Já aconteceu de uma moça tá passando mal e pedir pra eu fazer o chá pra ela. Eu fiz e ela ficou muito agradecida.” (Sra. Enxota).

“Tem uns turista que quando não tá bem toma o chá, pedem pra gente preparar e tomam.” (Sra. Sálvia).

“É, tem muito que chega aqui passando mal. Eles chega e pergunta: ô dona Violeta, quem sabe a senhora não tem um chá pra me ajudar? Teve uma vez que veio uma moça que não podia nem conversar direito porque tava rouquinhazinha, muito gripada. Para essa rouquidão e pra gripe as folhas de chá vai ser bom pra ela. Aí eu fui no quintal, panhei as folhas e fiz um chazinho pra ela. Aí eu disse: você fica aí meia hora pra ver o resultado, não pode sair agora não, fica bem quietinha. Ai eu disse a ela que isso era resfriado por causa das bebidas geladas que ela tava tomando e tava fazendo muito frio. Depois ela melhorou e ficou me agradecendo, muito educadinha.” (Sra. Violeta).

“O chá mais comum que eles [os turistas] pedem é o boldo pra curar ressaca. Macela, losmão e lavadeira quando tão com dor de barriga.” (Sra. Camará).

“Eles [os turistas] tem que contar com a nossa ajuda porque quando ficam doente não tem outra opção não, tem que tomar chá.” (Sr. Poejo).

“Eu já fiz chá pra uma moça que caiu de bicicleta. Eu trouxe ela aqui pra casa, banhei com água e sabão e fiz chá pra ela também. (...) Nós acode eles sim, ajuda sim. Porque se eles não tiver a gente e o recurso das folhas, eles vão ficar muito desassistidos.” (Sra. Milindro).

Com base nesses depoimentos, percebe-se que, se por um lado ocorre a má influência dos jovens pelos exemplos trazidos por alguns visitantes, o que pode levar ao enfraquecimento da transmissão do conhecimento tradicional sobre as plantas, por outro, os próprios turistas estimulam a perpetuação do uso de plantas medicinais já que recorrem a este tipo de tratamento durante sua estadia em Lavras Novas.

Considerando também que principalmente os “turistas viajantes” valorizam a cultura e os hábitos da localidade, é de se esperar que venham a valorizar também a formas de tratamento tradicionais dos problemas de saúde, podendo estas se constituírem então em mais um atrativo de Lavras Novas.

VII RESUMO E CONCLUSÕES

As pesquisas etnobotânicas e etnofarmacológicas são hoje importantes ferramentas de registro e documentação dos usos empíricos de plantas medicinais em comunidades tradicionais, gerando conhecimento útil ao desenvolvimento de novos medicamentos, à conservação da biodiversidade e a valorização do saber e da cultura local.

Em trabalhos recentes, pesquisadores tem concluído que fatores de transformações sociais e econômicas podem influenciar as características do conhecimento tradicional e sua forma de transmissão dentro da comunidade, influenciando nos resultados obtidos por levantamentos etnoscientíficos.

O objetivo deste trabalho foi analisar as características etnobotânicas e etnofarmacológicas da comunidade de Lavras Novas (Ouro Preto – MG), que tem sido submetida a intensas transformações econômico-sociais durante a última década, em decorrência da crescente atividade turística.

Assim sendo, realizou-se em 2003, novo levantamento etnobotânico, praticamente 10 anos após a realização do primeiro conduzido, nesta comunidade, por STEHMANN & BRANDÃO (1995). As metodologias empregadas foram observação participante e entrevistas semi-estruturadas realizadas com 22 informantes-chave.

Foi verificado que para os nativos existe associação entre o sagrado e uso de plantas medicinais, sendo que é comum a interpretação de que a ação terapêutica destas é potencializada pela prática das orações.

Comparando-se os dados dos dois levantamentos pode-se inferir que, em 10 anos, houve queda no uso de plantas medicinais cultivadas e aumento no uso de espécies espontâneas coletadas, o que poderia justificar o maior

número de espécies identificadas no levantamento atual. É proposta a hipótese que este aumento seja decorrente da diminuição das áreas de cultivo próximas às residências dos moradores, transformadas em quartos ou casas de aluguel, disponíveis aos turistas e também em decorrência do desinteresse dos jovens por atividades tipicamente agrárias.

Cerca de 73% dos informantes afirmam encontrar dificuldades de repassar o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais aos membros mais jovens da comunidade, o que tem levado a perda do hábito de cultivo das “folhas de chá” e conseqüente desaparecimento de algumas espécies medicinais na localidade.

Em todas as características etnobotânicas e etnofarmacológicas analisadas conclui-se que o turismo exerce, nessa comunidade, impactos sociais, econômicos e culturais. Todavia, é importante ressaltar que devem ser consideradas as alterações do conhecimento original sobre as plantas, que resultam da própria história de vida da maioria dos informantes. Em suas constantes migrações em busca de trabalho, são inevitáveis os contatos com novos conhecimentos, novas plantas e novas formas de preparo. Assim não existe conhecimento estanque, a não ser que o grupamento social estivesse completamente isolado, o que é praticamente impossível na atualidade.

Assim pode-se concluir pela confirmação parcial da primeira hipótese de trabalho, ou seja, concorda-se que a atividade turística durante os últimos dez anos na comunidade de Lavras Novas, causa influência no uso tradicional de plantas medicinais. Porém não é possível valorar que esta influência seja completamente negativa já que o próprio fato de turistas fazerem uso, em caso de necessidade, dos remédios tradicionais elaborados pelos moradores da localidade, é forma de valorização do conhecimento tradicional sobre as plantas. Se feito de maneira organizada e sistematizada, o uso de plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas pode se tornar mais um atrativo aos turistas.

Os elementos da influência do turismo que podem ser considerados negativos são:

- ❖ a dificuldade de transmissão do conhecimento tradicional entre as gerações, já que os jovens do local estão valorizando menos os

elementos tradicionais da cultura lavranovense e mais os exemplos dos turistas;

- ❖ a perda do tradicional hábito do cultivo de plantas medicinais inclusive pela redução de área disponível nos quintais dos moradores transformados em quartos ou casas de aluguel;

Aceita-se a segunda hipótese de trabalho, ou seja, que as informações etnobotânicas e etnofarmacológicas, quando obtidas em determinados intervalos de tempo, podem ser indicadoras do grau de manutenção ou degradação do conhecimento tradicional de comunidades rurais.

Conclui-se essa pesquisa sugerindo-se que devam ser adotadas medidas, tanto pelo poder público quanto por outras instituições da sociedade civil brasileira, no sentido de revalorizar o conhecimento tradicional acerca do uso de plantas medicinais em comunidades. Tais medidas estariam relacionadas à organização das comunidades e à criação de políticas públicas que estimulem o uso racional e seguro deste tipo de recurso terapêutico, objetivando maior autonomia das comunidades em relação à saúde.

Sugere-se que dentre tais políticas estejam contempladas a capacitação dos médicos, enfermeiros e outros agentes de saúde no trabalho com a fitoterapia comunitária, ou seja, com preparados tradicionais como chá, xarope, cataplasma e compressas. Urge que tais profissionais valorizem as tradições culturais e contribuam ao desenvolvimento da autocapacidade comunitária de gerir e promover sua saúde.

No âmbito não-governamental, sugere-se que atividades como da Pastoral da Criança e Pastoral da Saúde sejam incorporadas na comunidade de Lavras Novas. A qualidade e o êxito que tais trabalhos já conseguiram em outras localidades e no meio rural, de forma geral, poderiam em Lavras Novas, modificar a visão desestimulada dos jovens em relação ao uso das plantas medicinais. Sugere-se também a parceria das organizações locais “Irmandade Nossa Senhora dos Prazeres” e ONG “Grupo Ecológico Lavras Viva” com outras ONG como, por exemplo, o “Grupo Entre Folhas” de Viçosa-MG no sentido de desenvolver em conjunto oficinas comunitárias de plantas medicinais. Também sugere-se que as organizações locais estimulem os professores do colégio de Lavras Novas a inserir valores folclóricos da

localidade nos conteúdos das disciplinas como forma de valorizar os costumes e as histórias locais.

Com base nos resultados da pesquisa, pode-se afirmar que tais medidas têm caráter de urgência pois parece contraditório que enquanto no meio urbano assiste-se à crescente busca pelo tratamento com plantas medicinais, inclusive em muitos municípios com a atuação direta do poder público, no meio rural percebe-se o enfraquecimento da transmissão do saber tradicional e a desvalorização do mesmo pelos jovens.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, U. P. de. A Etnobotânica no Nordeste Brasileiro. In: CAVALCANTI, T. B., (Org.). **Tópicos atuais em botânica: Palestras convidadas do 51º Congresso Nacional de Botânica**. Brasília: Embrapa, 2000. p. 241-249.

ALMASSY JÚNIOR, A. A. **O Programa Fitoverde e o Grupo Entre Folhas: a fitoterapia nas esferas governamental e não-governamental**. Viçosa, MG: UFV, 2000. 113p. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Viçosa, 2000.

ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais**. Salvador, BA: EDUFBA. 2000. 192 p.

AMOROZO, M. C. de M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Org.) **Plantas Medicinais: Arte e Ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: Editora UNESP, 1996, p. 47-68.

AMOROZO, M. C.M. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antonio do Leverger, MT, Brasil. **Acta Bot. Bras.**, abr. 2002, vol.16, no. 2, p.189-203.

AMOROZO, M. C. de M.; GÉLY, A. Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas, Barcarena, PA, Brasil. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi, Sér. Bot.**, v. 4, n. 1, p. 47-131, 1988.

ANDRADE, F. M. C.; CASALI, V. W. D.Etnobotânica e estudo de plantas medicinais. In: Rodrigues, A. G. *et al.* **Plantas medicinais e aromáticas: etnoecologia e etnofarmacologia**.. Viçosa, MG: UFV, DFT, 2002. p. 3-22.

ÁVILA, S. O folclore na medicina. Disponível In: BAHIA VISTA & REVISTA CULTURAL.. < [http:// geocities.yahoo.com.br/ bahiarevista/Pages/folclore/folclore_01.htm](http://geocities.yahoo.com.br/bahiarevista/Pages/folclore/folclore_01.htm)>. Acesso em 16 de julho de 2004.

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988. 229 p.
- BENNETT, B.C.; PRANCE, G.T. Introduced plants in the indigenous pharmacopoeia of Northern South America. **Economic Botany** **54** (1):90-102, 2000
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989. 311 p.
- BRANDÃO, C. R. **Plantar, colher, comer**. São Paulo: Graal, 1991. 181 p.
- BROWN JR., K. S. Engenharia ecológica: novas perspectivas de seleção e manejo de plantas medicinais. **Acta Amazônica**, v. 18, n. 1-2, p. 291-303, 1988.
- BRUNETON, J. **Pharmacognosy**. 2. Ed. Paris: Lavoisier publishing, 1999. 1119 p.
- BUCHILLET, D. Introdução. In: BUCHILLET, D. (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: Ed. Cejup, 1991. p.63-64.
- CABALLERO, J. Serie memórias e eventos em foco. In: **Congreso Latinoamericano. Bot. Simp. Etnobotan.** Medellín: ICFES, 47 p. 1987.
- CALIXTO, J. B. Fitofármacos no Brasil: agora ou nunca! **Ciência Hoje**, v. 21, n. 1234, p. 26-30, 1997.
- CAMPANHOLA, C.; GRAZIANO DA SILVA, J. Panorama Del turismo en el espacio rural brasileño: nueva oportunidad para el pequeno agricultor. In: I Congresso Brasileiro de Turismo Rural. **Anais...** Piracicaba (SP): FEALQ, 1999. p. 9-42.
- CORREA JÚNIOR, C.; MING, L.C.; SCHEFFER, M.C. **Cultivo de plantas medicinais, condimentares e aromáticas**. 2.ed. Jaboticabal: SP:FUNEP, 1994. 162 p.
- CARRICONDE, C. Por uma política de plantas medicinais na atenção primária à saúde (APS) para o Brasil. In: SEMINÁRIO MINEIRO DE PLANTAS MEDICINAIS, 3, 1997. Ouro Preto, MG. **Anais...** Ouro Preto, MG: UFOP, 1997. p. 28-34.
- COSTAGUTA, M., ITTEN, B. Etnobotanica: una mirada integral sobre las culturas y las plantas. **Raíces**, n. 19, p. 4-8, 1998.
- DE LA CRUZ MOTA, M. G. F. **O Trabalho de campo sob a perspectiva da etnobotânica**. Trabalho de qualificação de Mestrado. Cuiabá: ISC/UFMT, 1997, 36p.
- DIEGUES, A. C. S. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: NUPAUD: USP, 1994, 163 p.

DI STASI, L. C.; OLIVEIRA, G. P.; CARVALHAES, M. A. *et al.* Medicinal plants popularly used in the Brazilian Tropical Atlantic Forest. **Fitoterapia**, 73: 69-91, 2002.

ELIADE, M. **Mito e realidade**. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1998. 179 p.

ELISABETSKY, E. Pesquisas em plantas medicinais. **Ciência e Cultura**, v. 39, n. 8, p. 697-702, 1987.

ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia de algumas tribos brasileiras. In: RIBEIRO, B. G. (Coord.) **Suma Etnológica Brasileira – 1 Etnobiologia**. Belém, PA: Universitária UFFPA, 1997. p. 135-152.

ETIKIN, N. L. Anthropological methods in ethnopharmacology. **Journal of Ethnopharmacology**, 38: 93-104, 1993.

FACHINI, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.

FIRESTONE, L. Consentimento prévio informado: princípios orientadores e modelos concretos. In: LIMA, A.; BENSUSAN, N. (Org.) **Quem cala consente? – Subsídios para a proteção ao conhecimentos tradicionais**. São Paulo, SP: Instituto Socioambiental, 2003. p. 23 -52.

FONSECA, M. A. *et al.* **Diagnóstico ambiental da área de preservação da Serra da Brígida, município de Ouro Preto, MG**. Ouro Preto: UFOP, 2001. 55 p.

FORD, R. I. **An ethnobiology source look the use of plants and animals by American Indians**. New York: Garland publishing Inc., 1986, 170p.

FRIKEL, P. Morí – A festa do rapé. In: COELHO, V. P. **Os alucinógenos e o mundo simbólico**. São Paulo: E.P.U EDUSP, 1976. p. 29-58.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002. 233p.

GOMES, L. M. R. **Problemática ambiental da atividade ecoturística na localidade de Lavras Novas, Ouro Preto, MG**. Viçosa, MG: UFV, 2003, 123 p. Dissertação (Pós Graduação em Ciência Florestal). Universidade Federal de Viçosa, 2003.

GONSALVES, P. E., LINHARES, W. Homeopatia In: GONSALVES, P. E. (Org.). **Medicinas alternativas**. 2. ed. São Paulo, SP: IBRASA, 1996. p. 194-211.

GRAZIANO DA SILVA, J. ; BALSADI, O. V.; DEL GROSSI, M. E. El empleo rural y la mercantilización del espacio agrário. In: **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo. 11 (2). 1997. p. 50-64

GRAZIANO DA SILVA, J.; VILARINHO, C.; DALE, P. J. Turismo en áreas rurales: sus posibilidades y limitaciones en Brasil. In: ALMEIDA, J. A.; RIEDL, M.; FROEHICH, J. M. (Orgs.) **Turismo rural y desarrollo sostenido**. Santa Maria (RS): Centro Gráfico, p. 11-47, 1998.

HANAZAKI, N.; LEITÃO-FILHO, H.F. & BEGOSSI, A.. Uso de recursos na Mata Atlântica: o caso do Pontal do Almada (Ubatuba, Brasil). **Interciencia** 21 (6):268-276, 1996.

HARLEY, R. M. Introduction. In: STANNARD, B. (ed.). **Flora of the Pico das Almas, Chapada Diamantina, Bahia, Brazil**. Kew: Royal Botanic Gardens, Kew, 1995, p. 1-78.

HOLANDA, S. B. **Caminhos e fronteiras**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1994. 301p.

HOLMSTEDT, B. Historical perspective and future of ethnopharmacology. **Journal of ethnopharmacology**, v. 32, p. 7-24, 1991.

HURRELL, J. A. Las posibilidades de la etnobotánica y un nuevo enfoque a partir de la ecología y su propuesta cibernética. **Revista Española de Antropología Americana**, n. 17, p. 235-257, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo do município de Ouro Preto**. Ouro Preto/ MG: IBGE, 2000. CD-ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DO TURISMO – EMBRATUR. **Diretrizes para uma política nacional de ecoturismo**. Brasília/ DF:Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo; Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, 1994. 33 p.

JORGE, S. S. A.; MORAIS, R. G. Etnobotânica de plantas medicinais. In: COELHO, M. F. B.; COSTA JÚNIOR, P.; DOMBROSKI, J. L. D. (Org.). **Diversos olhares em etnobiologia, etnoecologia e plantas medicinais**. Cuiabá: UNICEN. 2003. p. 89-98.

KAINER, K. A.; DURYEY, M. L. Tapping womens knowledge: plant resource use in extractive reserves, Acre, Brazil. **Economic Botany**, v. 46, n. 4, p. 408-425, 1992.

KRAHL, M. F. L. Entrevista. **Ação Ambiental**. Viçosa/ MG, n. 14, ano III, p. 5-7, out./ nov. 2000.

LABURTHE- TOLRA, P.; WARNIER, J. P. A patologia do simbólico. Motivos sociais e papel terapêutico de certas crenças. In: **Etnologia Antropologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. P. 312-340.

LAGE, B. H. G.; MILONE, P. C. Impactos socioeconomicos globales del turismo. In: Lage, B. H. G.; Milone, P. C., (Orgs.). **Turismo: teoria y práctica**. São Paulo: Atlas, 2000, p. 117-131.

LAPLANTINE, F., **Antropologia da Doença**. São Paulo, SP: Editora da MARTINS FONTES, 1986. 274p

LAPLANTINE, F. & RABEYRON P. L., **Medicinas Paralelas**. São Paulo, SP: Editora Brasiliense. 1989. 120p.

LIMA, R. X. DE.. **Estudos etnobotânicos em comunidades continentais da área de Guaraqueçaba**. Curitiba: UFPR, 1996. 123 p. (Dissertação Mestrado em Engenharia Florestal). Universidade Federal do Paraná, 1996.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.. Is the health of older and younger adults in Brazil similarly affected by socioeconomic circumstances? A study using data from a national household survey PNAD/98. **Ciênc. saúde coletiva**, 2002, vol.7, no.4, p.813-824.

LINDBERG, K.; HAWKINS, D. E. (ed.) **Prólogo**. Ecoturismo: um guia para planejamento e gestão. São Paulo: Editora SENAC, 1995. p. 9-11.

LORENZI, H. **Plantas daninhas do Brasil**. 3^a ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2000. 639p

LORENZI, H, MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil. Nativas e exóticas**. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2002. 544 p.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984. 198p.

MARTINS, E. R., CASTRO, D. M., CASTELLANI, D. C. *et al.* **Plantas medicinais**. Viçosa, MG: Imprensa Universitária, 1995. 220p.

MARTINEZ, M. R.; POCHETTINO, M. L. The "Farmacia casera" (household pharmacy): a source of ethnopharmacobotanical information. **Fitoterapia**, v. 63, n. 3, p. 209-216, 1992. Full papers.

MARTINEZ, P. H. Medicinal plants and regional trades in Mexico: physiographic differences and conservational challenge. **Economic Botany**, v. 51, n. 2, p. 107-120. 1997.

MIGUEL, M. D.; MIGUEL, O. G. **Desenvolvimento de fitoterápicos**. São Paulo, SP: Robe Editorial. 2000. 116 p.

MILLIKEN, W.; BRUCE, A. The use of medicinal plants by the Yanomani Indians of Brazil. **Economic Botany**, v. 50, n. 1, p. 10-25, 1996.

MING, L. C. Coleta de plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Org.) **Plantas Medicinais: Arte e Ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: Editora UNESP, 1996, p. 69-86.

MONOD, J. Os Piaroa e o invisível. In: COELHO, V. P. **Os alucinógenos e o mundo simbólico**. São Paulo: E.P.U/ EDUSP, 1976. p. 7-28.

MONTERO, P. **Da doença à desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal. 1985. 274 p.

MOTA, M. G. F. L. C. **Plantas medicinais utilizadas por raizeiros: uma abordagem etnobotânica no contexto da saúde e doença**. Cuiabá, MT: UFMT, 1997. 252 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) Universidade Federal de Mato Grosso, 1997.

NASCIMENTO, M. A. A. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – Ba: eliminar, reduzir, ou convalidar? **Sitientibus**, Feira de Santana, BA: UNEB. n.19, p.101-134, 1998.

OLIVEIRA-FILHO, A. T.; FLUMINHAN-FILHO, M. Ecologia da vegetação do Parque Florestal Quedas do Rio Bonito. **Cerne**, V. 5, N. 2, p. 51-64, 1999.

PITMAN, V. **Fitoterapia**. As plantas medicinais e a saúde. Lisboa: Estampa, 1996. 188p.

PORTAL OURO PRETO. Disponível em <<http://www.ouropreto.com.br/parquedoitacolomi/historia.asp>>. Acesso em 26 de agosto de 2004.

_____ Disponível em <<http://www.ouropreto.com.br/parquedoitacolomi/cha.asp>>. Acesso em 26 de agosto de 2004.

POSEY, D. A. Introdução – Etnobiologia: teoria e prática. In: RIBEIRO, B. G. (Coord.) **Suma Etnológica Brasileira – 1 Etnobiologia**. Belém, PA: Universitária UFPA, 1997. p. 1-16.

PRANCE, G. T. What is ethnobotany today ? **Journal of Ethnopharmacology**, 32, p. 209-216, 1991.

PRETTY, J. N.; GUIJT, I.; SCOONES, I.; THOMPSON, J. **Trainer's Guide for Participatory Learning and Action**. London: International Institute for Environment and Development, 1995. 267 p.

PROGRAMA SAÚDE FÁCIL. Disponível em <<http://www.saudefacilbi.com.br/site/cardiologia/noticias/detalhes.asp?id=10>>. Acesso em 08 de setembro de 2004.

QUEIROZ, M. S. Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamentos de doenças na região de Iguape. **Ciência e cultura**, v. 32, n. 1, p. 31 – 47. 1984.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença**. Campinas, SP: UNICAMP, 1991. 138p.

QUINTANA, A. M. **A ciência da benzedura**: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru: EDUSC, 1999. 225 p.

RIBEIRO, M. M. **A ciência dos trópicos**. A arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo, SP: Hucitec, 1997. 150p.

RODRIGUES, A.G. Plantas Medicinais e Fitoterapia no Sistema Único de Saúde. In: IX Ciclo de Palestras Sobre Plantas Medicinais e Aromáticas, I Encontro Sobre Trabalhos Comunitários com Plantas Medicinais e Homeopatia, 2004, Viçosa/MG. **Resumos...** Viçosa/MG: 2004. s/p. CD-ROM

RODRIGUES, A. G.; COELHO, F. M. G. Formas de conhecimento. In: Rodrigues, A. G. *et al.* **Plantas medicinais e aromáticas: etnoecologia e etnofarmacologia**. Viçosa, MG: UFV, DFT, 2002. p. 3-22.

RUSCHMANN, D. V. M. Gestión de la capacidad de carga turística-recreativa como factor de sostenibilidad ambiental – el caso de la isla João da Cunha. In: LAGE, B. H. G.; MILONE, P. C., (Orgs). **Turismo: teoria y práctica**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 71-79.

SACRAMENTO, H. T. Experiência no trabalho fitoterápico. In: **Plantando e colhendo saúde**. 1º Seminário Estadual de Plantas Medicinais. Vitória, ES: SEJUC, 1997. p.47-50.

SANDES, A. R. R., DI BLASI, G. Biodiversidade e diversidade química e genética. **Biotecnologia: Ciência & Desenvolvimento**, s. v., n.13, março/abril, p. 28-32. 2000.

SANTILLI, J. Biodiversidade e conhecimentos tradicionais associados: novos avanços e impasses na criação de regimes legais de proteção. In: LIMA, A.; BENSUSAN, N. (Org.) **Quem cala consente? – Subsídios para a proteção ao conhecimentos tradicionais**. São Paulo, SP: Instituto Socioambiental, 2003. p. 53 -74.

SANTOS, G. F. dos. **Representação Social do Processo Saúde/Doença na Comunidade Rural de Airões: Zona da Mata de Minas Gerais** Viçosa: UFV, Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, 1992. 144 p.

SANTOS, L. M. H. P. Planejamento do ecoturismo em áreas protegidas. In: SECOND INTERNATIONAL CONGRESS & EXIBITION ON ECOTOURISM, 2000, Salvador/BA. **Anais...** Salvador/BA: 2000. 224 p. p. 9-11.

SCHARDONG, R. M. F.; CERVI, A. C. Estudos etnobotânicos das plantas de uso medicinal e místico na comunidade de São Benedito, Bairro São Francisco, Campo Grande, MS, Brasil. **Acta Biol. Par.** 29 (1, 2, 3, 4): 187-217. 2000.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO. 2002. 1p.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. **Sistema de informações mercadológicas municipais – Ouro Preto**: diagnóstico municipal. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 1996. 194 p.

SILVA-ALMEIDA, M.F.; AMOROZO, M.C.M. Medicina popular no Distrito de Ferraz, Município de Rio Claro, Estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Ecology** 2:36-46, 1998.

SILVA, C. N. L. **Potencialidades sócio-econômicas, culturais e ambientais do Parque Estadual do Ibitipoca para o desenvolvimento local**. Viçosa, MG: UFV, 2002, 49 p. Monografia (Graduação em Engenharia Florestal). Universidade Federal de Viçosa, 2002.

SILVA, F.; CASALI, V. W. D. **Plantas medicinais e aromáticas: pós-colheita e óleos essenciais**. 2. Ed. Viçosa, MG: UFV, DFT, 2000. 159 p.

SILVA, V. G. **O antropólogo e sua magia**. São Paulo, SP: EDUSP, 2000.

STEHMANN, J. R.; BRANDÃO, M. G. L. Medicinal plants of Lavras Novas (Minas Gerais, Brazil). **Fitoterapia**. v. 66, n. 6, p. 515-520, 1995.

TÁRCIA, C. Nossa Senhora dos Prazeres das Lavras Novas. In: Santo de casa: história de Chapada, Lavras Novas, Salto e Santa Rita de Ouro Preto. **Jornal Ouro Preto**. Ouro Preto/ MG. ano 5, n. 41, 42, 2002. Encarte, p. 148-154.

_____. Nossa Senhora dos Prazeres das Lavras Novas. In: Santo de casa: história de Chapada, Lavras Novas, Salto e Santa Rita de Ouro Preto. **Jornal Ouro Preto**. Ouro Preto/ MG. ano 5, n. 43, 45, 47, 2003. Encarte, p. 155-174.

THOMAS, K., **O homem e o mundo natural**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1988. 454p.

TRENTINI, A. M. M. A auto-regulamentação na produção de fitoterápicos. In: BONFIM, J. R. A., MERCUCI, V. L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo, SP: HUCITEC, 1997. p. 213-215.

VANDEBROEK, I.; DAMME, P. V.; PUYVELDE, L. V. *et al.* A comparison of traditional healers' medicinal plant knowledge in the Bolivian Andes and Amazon. **Social science and medicine**. v. 59, p. 837-849, 2004.

XOLOCOTZI, E. H. El concepto de Etnobotânica. In: **Memórias del Simposio de etnobotânica**. Cidade de México: 1982. p.12-17.

WAYLAND, C. The failure of pharmaceuticals and the power of plants: medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon. **Social Science & Medicine**, 58, 2409-2419. 2004.

WEBER, M. **The sociology of religion**. London: Beacon Press. 1993. 304 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada:

Nome: _____ Endereço: _____
Telefone: _____ Tempo de residência na comunidade: _____
Origem: _____ Ocupação atual: _____
Fonte de renda: _____ Instrução: () alfabetizado, () não alfabetizado.
Idade: _____ ou Faixa de idade: () até 20, () 21 à 40, () 41 à 60, () 61 à 80,
() acima de 80.

- 1) Como era a vida aqui em Lavras Novas antigamente?
- 2) Quais foram suas atividades na juventude?
- 3) Para o(a) senhor(a) o que significa a palavra doença? E a palavra saúde?
- 4) Qual os problemas de saúde mais freqüentes na comunidade de Lavras Novas?
- 5) Quais os problemas de saúde mais comuns aqui na sua casa?
- 6) Quem se encarrega de resolver esses problemas?
- 7) Qual a primeira atitude (estratégia) tomada para tratar de um problema de saúde?
- 8) Se isso não funcionar, o que é feito?
- 9) Alguém de sua família procura as benzeduras para tratar dos problemas de saúde?
- 10) Existe alguma coisa que aumenta a “força” das “folhas de chá”?
- 11) Com quem o(a) senhor(a) aprendeu a usar as plantas medicinais?
- 12) Seus filhos aprenderam ou estão aprendendo a conhecer e usar as “folhas de chá”?
- 13) As “folhas de chá” servem para tratar todas as doenças?
- 14) O que o(a) senhor(a) acha do turismo aqui em Lavras Novas?
- 15) Algum turista já pediu para o(a) senhor(a) fazer um chá para ele?

APÊNDICE B

CONTRATO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA E DIVULGAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO*

Contrato de Autorização de Pesquisa e Divulgação de Trabalho Científico, conforme Projeto de Tese de Doutorado, registrado na Pró-Reitoria da Universidade Federal de Viçosa, sob o nº, que entre si fazem, de um lado, como Partes Autorizadoras:

1 - IRMANDADE N. SR^a DOS PRAZERES, pessoa jurídica de direito privado, Associação sem fins lucrativos, constituída exclusivamente de naturais de Lavras Novas, em tudo conforme seu estatuto social, parte integrante de sua qualificação, no presente contrato, inscrita no CNPJ sob o nº, com sede na Casa Paroquial da Igreja N. Sr^a dos Prazeres, na Rua, no Povoado de Lavras Novas, do 2º sub-distrito de Ouro Preto-MG, CEP 35400-000;

2 - GRUPO ECOLÓGICO LAVRAS VIVA, pessoa jurídica de direito privado, Organização Não-Governamental, sócio-ambiental e sem fins lucrativos, constituída conforme seu estatuto social, parte integrante de sua qualificação, no presente contrato, inscrita no CNPJ sob o nº com sede na Rua, no Povoado de Lavras Novas, do 2º sub-distrito de Ouro Preto-MG;

Ambas as Partes, em conjunto, doravante denominadas COMUNIDADE;

De outro lado, como Parte Autorizada:

ALEXANDRE AMÉRICO ALMASSY JÚNIOR, brasileiro, casado, engenheiro agrônomo, CREA nº e estudante do Programa de Doutorado em Fitotecnia da Universidade Federal de Viçosa, sob número de matrícula, residente e domiciliado na Rua, na cidade sede do Município de Viçosa-MG, inscrito no R.G. sob o nº e no CPF sob o nº, doravante denominado DOUTORANDO;

*Por tratar-se de modelo, os dados referentes às partes deste contrato foram propositadamente omitidos.

A COMUNIDADE e o DOUTORANDO acordam entre si, conforme as cláusulas, termos e condições abaixo determinadas:

DO OBJETO

Cláusula Primeira

O Objeto do presente contrato consiste na autorização da COMUNIDADE para a realização, pelo DOUTORANDO, de pesquisa e divulgação de trabalho científico, com base no Projeto de Tese de Doutorado, registrado na Pró-Reitoria da Universidade de Viçosa, sob o nº

Parágrafo Único

O Objeto do presente Contrato de Autorização também se rege pelas regras dispostas nas normas da legislação brasileira em vigor, quanto: à proteção da Biodiversidade e biotecnologia; aos direitos e obrigações das Comunidades nativas detentoras históricas do patrimônio genético de seus ecossistemas e de seus biomas; aos direitos e obrigações daqueles que queiram acessar e/ou divulgar dados e informações pertinentes aos ecossistemas e biomas legalmente protegidos;

DO PRAZO

Cláusula segunda

O presente contrato tem validade por tempo indeterminado;

DA PESQUISA

Cláusula Terceira

O presente Contrato autoriza o DOUTORANDO à coleta de amostras de plantas medicinais usadas pela COMUNIDADE, que serão herborizadas de acordo com a metodologia proposta no projeto de pesquisa, e submetidas à identificação botânica por profissionais qualificados;

Parágrafo Único

As amostras colhidas serão submetidas a análises químicas, quando necessário;

Cláusula Quarta

Todos os atos de coleta de amostras serão obrigatoriamente acompanhados por indivíduos da COMUNIDADE, que as identificarão preliminarmente, pelos nomes populares; testemunhando as suas indicações medicinais, bem como, as suas técnicas de manipulação e as de uso tradicionais;

DA DIVULGAÇÃO

Cláusula Quinta

Os resultados quantitativos e qualitativos das análises, assim como, as conclusões finais da pesquisa realizada pelo DOUTORANDO ou sob a sua coordenação, relativas à presente autorização contratual, deverão ser destinadas exclusivamente à elaboração de sua tese de doutorado, conforme metodologia proposta no projeto de pesquisa e de acordo com o Objeto deste contrato;

Parágrafo Único

O Doutorando se obriga a entregar uma cópia de sua tese de doutorado à COMUNIDADE, bem como, todos os dados e informações não utilizados em seu trabalho acadêmico, relativos à pesquisa realizada junto à Comunidade Lavrasnovenense e à coleta e ao tratamento das amostras das plantas medicinais herborizadas;

Cláusula Sexta

É vedado ao DOUTORANDO a publicação de sua tese de doutorado, por sua conta própria, ou ainda, autorizar terceiros a fazê-lo, por quaisquer meios; vedado, ainda, dar publicidade a quaisquer dados, informações, análises e resultados totais ou parciais, relativos à pesquisa concernente ao Objeto do presente contrato, salvo se, inequivocamente, for autorizado pela COMUNIDADE, atendendo as seguintes diretrizes:

I - Nos casos em que a publicação ou a publicidade for dirigida, exclusivamente, às Comunidades, científica e/ou acadêmica, ou a Entidades públicas ou privadas, sem fins lucrativos, em caráter não oneroso ou se oneroso, sem geração de receita líquida, desde que, para efeito de estudos e/ou com finalidades de referências para inserção em outros trabalhos científicos; de dissertação de mestrado; de tese de doutorado; e afins, o terceiro interessado deverá ser prévia e expressamente informado de que terá de submeter-se à relação contratual de autorização com a COMUNIDADE, atendendo o disposto no parágrafo único, da cláusula primeira deste contrato;

II - Nos casos em que a publicação ou a publicidade for de caráter oneroso e geradora de receita líquida, independentemente de a quem for dirigida, a COMUNIDADE terá o direito de receber o valor integral dessa receita, ressalvadas, se houver, as obrigações legais, em especial, as tributárias e as trabalhistas;

III - A COMUNIDADE, tendo como base o valor da receita líquida efetivamente recebido, considerando-se o item anterior, reserva-se o direito potestativo de instituir um valor a menor, como forma de premiar o DOUTORANDO e incentivar a produção de trabalhos dessa natureza;

Cláusula Sétima

A COMUNIDADE poderá, atendendo ao disposto no parágrafo único, da cláusula primeira deste contrato, a qualquer tempo, publicar, no todo ou em parte, a tese de doutorado, em tela, e/ou dar publicidade sobre dados e informações, parciais ou totais, transcritos ou não na tese, mas pertinentes ao trabalho de pesquisa junto à Comunidade Lavrasnovense e quanto à coleta e tratamento das amostras, desde que, comunique ao DOUTORANDO, com antecedência mínima de quinze dias, a intenção de o fazer, de modo, que este possa se manifestar sobre eventuais questões de seu direito de autor, especialmente abrangendo: a fidedignidade, consistência e conformidade de seu conteúdo, quando a publicação e/ou a publicidade estiverem associadas a outros trabalhos e publicações técnicas, científicas e/ou acadêmicas; matérias de caráter jornalístico; trabalhos e documentos de natureza empresarial; e afins;

Parágrafo Único

Aplicam-se a esta cláusula o disposto nos itens II e III da cláusula anterior;

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA OITAVA

O presente instrumento deverá ser registrado no Cartório de Títulos e Documentos da cidade de Ouro Preto;

CLÁUSULA NONA

Fazem parte integrante deste instrumento os Estatutos originais registrados e eventuais alterações, correspondentes a cada uma das Entidades que compõem a Parte COMUNIDADE;

CLÁUSULA DÉCIMA

As Partes elegem o foro da Comarca de Ouro Preto para a solução de eventuais conflitos de interesse;

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

E por estarem justos e contratados, a COMUNIDADE autoriza o DOUTORANDO a realizar a pesquisa e divulgação de trabalho científico, de acordo com as cláusulas, termos e condições deste contrato.

As Partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor, na presença de três testemunhas, para que produzam os efeitos legais.

Ouro Preto, dede 2004.

IRMANDADE N. SRª DOS PRAZERES (CNPJ)

(Nome completo do representante legal, R.G. e CPF)

GRUPO ECOLÓGICO LAVRAS VIVA (CNPJ)

(Nome completo do representante legal, R.G. e CPF)

ALEXANDRE AMÉRICO ALMASSY JUNIOR

(Nome completo, R.G. e CPF)

TESTEMUNHAS:

(Nome completo, R.G. e CPF)

(Nome completo, R.G. e CPF)

(Nome completo, R.G. e CPF)