

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABIANE CHEROBIN

PREVALÊNCIA E POTENCIAIS DETERMINANTES DO USO INADEQUADO DE
PLANTAS MEDICINAIS E BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GESTAÇÃO:
SUBSÍDIOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PRÉ-NATAL

CURITIBA

2020

FABIANE CHEROBIN

PREVALÊNCIA E POTENCIAIS DETERMINANTES DO USO INADEQUADO DE
PLANTAS MEDICINAIS E BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GESTAÇÃO:
SUBSÍDIOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PRÉ-NATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marilene da Cruz Magalhães Buffon

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Denise Siqueira de Carvalho

CURITIBA

2020

C522 Cherobin, Fabiane

Prevalência e potenciais determinantes do uso inadequado de plantas medicinais e bebidas alcoólicas durante a gestação: subsídios aos profissionais de saúde que atuam no pré-natal [recurso eletrônico] / Fabiane Cherobin. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene da Cruz Magalhães Buffon

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Siqueira de Carvalho

1. Gravidez. 2. Cuidado pré-natal. 3. Plantas medicinais. 4. Bebidas alcoólicas. 5. Políticas públicas de saúde. I. Buffon, Marilene da Cruz Magalhães. II. Carvalho, Denise Siqueira de. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WQ 175

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FABIANE CHEROBIN** intitulada: **PREVALÊNCIA E POTENCIAIS DETERMINANTES DO USO INADEQUADO DE PLANTAS MEDICINAIS E BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GESTAÇÃO: SUBSÍDIOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PRÉ-NATAL**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

25/09/2020 19:03:57.0

MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

25/09/2020 21:32:00.0

YANNA DANTAS RATTMANN
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2020 09:55:30.0

RAQUEL REJANE BONATO NEGRELLE
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR)

Assinatura Eletrônica

27/09/2020 00:49:54.0

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 53831

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 53831

Dedico esse trabalho à minha mãe do coração Matilde Maximiliano, que semanalmente me esperava com um café quente e muito carinho. E que muitas vezes foi minha sustentação em meio às dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela vida e por se fazer presente em todos os momentos de minha jornada, me dando forças para nunca desistir.

À minha orientadora, Professora Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon por sua dedicação, competência, paciência e contribuição para meu amadurecimento crítico.

À minha coorientadora Professora Dra. Denise Siqueira de Carvalho, por sua especial atenção e comprometimento no processo de construção deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, professores e equipe, pelo apoio durante a realização do mestrado.

À Maternidade Darcy Vargas pelo interesse e apoio oferecido, sem ela não seria possível a realização desta pesquisa.

À puérperas, que gentilmente cederam um tempo para responder os questionamentos, mesmo em um momento ímpar de suas vidas.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo, apoio e compreensão.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e suporte nos períodos de ausência do trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para o desenvolvimento do trabalho.

"Desistir? Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério! É que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mas estrada no um coração do que medo na minha cabeça..."

Cora Coralina

RESUMO

Durante o período gravídico, as mulheres experienciam importantes alterações fisiológicas, características dessa fase. Em consequência, ocorrem queixas comuns que podem perdurar a gestação inteira. A utilização de plantas medicinais está presente em diversas culturas há muitos séculos, assim como as bebidas alcoólicas. Ambas são utilizadas por um alto índice da população. Atualmente, o consumo de álcool vem aumentando entre as mulheres, inclusive naquelas em idade fértil. Há uma quantidade tolerável de bebida alcoólica, considerada não maléfica para o organismo. Porém, para gestantes, não existe margem de segurança, devendo haver abstinência. As plantas medicinais também não têm um valor de consumo estabelecido, entretanto os estudos demonstram que há inúmeras espécies contraindicadas no período gestacional. O consumo de bebidas alcoólicas e chás na gestação constitui um grande risco à saúde do binômio mãe-filho. O objetivo geral deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados quanto ao uso inadequado de plantas medicinais e bebidas alcoólicas por gestantes vinculadas à atenção primária à saúde, em um município da região sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que foi realizado em uma maternidade pública, no período de maio a julho de 2019. Como instrumento de coleta empregou-se formulário semi-estruturado para entrevistar 179 puérperas. Para análise dos dados foi utilizado o modelo estatístico EPI-INFO. A análise descritiva das variáveis foi por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicaram-se as análises bivariada e multivariada, o teste do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher e regressão logística. Considerou-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%), o *odds ratio* (OR) e valores de $p \leq 0,05$ apresentaram significância estatística. Os resultados mostraram que a faixa etária das puérperas estava compreendida entre 18 a 44 anos. O perfil socioeconômico das puérperas indicou que eram de etnia branca, o nível de escolaridade era de médio completo/superior incompleto, residiam com companheiro e filho (s), não exerciam atividades remuneradas e a renda familiar estava na faixa de um a dois salários mínimos. O acompanhamento da gestação foi majoritariamente no SUS, com sete ou mais consultas de pré-natal e seu início no primeiro trimestre. As gestantes referiram que foram vagamente orientadas, pelos profissionais de saúde, sobre uso de chás e bebidas alcoólicas. Os resultados apontam que o uso de chá é cultural e que inúmeras plantas medicinais foram ingeridas para diversos fins que nem sempre está de acordo com o descrito na literatura. O estudo evidenciou relação do consumo de álcool durante a gestação com fatores socioeconômicos, que demonstra um problema de saúde pública. O fato de serem acompanhadas com o número de consultas apropriado, não foi garantia de qualidade de orientações, conforme relataram as puérperas. Portanto, intervenções de prevenção e promoção de saúde mais efetivas são necessárias.

Palavras-chave: Plantas Medicinais. Bebidas Alcoólicas. Gestação. Pré-natal. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

During the pregnancy period, women experience important physiological changes, characteristic of this phase. As a result, there are common complaints that can last the entire pregnancy. The use of medicinal plants has been present in several cultures for many centuries, as well as alcoholic beverages. Both are used by a high index of the population. Currently, alcohol consumption is increasing among women, including those of childbearing age. There is a tolerable amount of alcohol, considered non-harmful to the body. However, for pregnant women, there is no safety margin, and there must be abstinence. Medicinal plants also do not have an established consumption value, however studies show that there are numerous species contraindicated during pregnancy. The consumption of alcoholic beverages and teas during pregnancy constitutes a great risk to the health of the mother-child binomial. The general objective of this study was to estimate the prevalence and associated factors regarding the use of medicinal plants and alcoholic beverages by pregnant women linked to primary health care, in a municipality in the southern region of Brazil. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study, which was carried out in a public maternity hospital, from May to July 2019. As a tool, a semi-structured form was used to interview 179 postpartum women. For data analysis, the EPI-INFO statistical model was used. The descriptive analysis of the variables was by means of frequency measures and later, bivariate and multivariate analyzes, the Chi-square test or Fisher's exact test and logistic regression were applied. The 95% confidence interval (95% CI), the odds ratio (OR) and p values ≤ 0.05 were considered statistically significant. The results showed that the age group of the mothers was between 18 and 44 years old. The socioeconomic profile of the mothers indicated that they were white, had an incomplete higher education, lived with a partner and child (ren), did not perform paid activities and family income was in the range of one to two minimum wages. The monitoring of pregnancy was mainly in SUS, with seven or more prenatal consultations and its beginning in the first trimester. The pregnant women reported that they were superficially advised by health professionals on the use of teas and alcoholic beverages. The results show that the use of tea is cultural and that numerous medicinal plants have been ingested for different purposes, which is not always in accordance with what is described in the literature. The study showed a relationship between alcohol consumption during pregnancy and socioeconomic factors, which demonstrates a public health problem. The fact that they were followed up with the appropriate number of consultations was not a guarantee of the quality of the guidelines, as reported by the puerperal women. Therefore, more effective prevention and health promotion interventions are needed.

Keywords: Plants, Medicinal. Alcoholic beverages. Pregnancy. Prenatal Care. Public health policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO MAPA DE SANTA CATARINA.....	19
FIGURA 2 - PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS SOBRE PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL: LINHA DO TEMPO.....	26
GRÁFICO 1 - PORCENTAGEM DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS, DAS PUÉRPERAS, CONFORME TIPO DE BEBIDA. JOINVILLE- SC, 2019. N= 74.....	48
QUADRO 1 - ESPÉCIES VEGETAIS, CITADAS PELAS PUÉRPERAS, REFERENCIADAS POR FINALIDADE TERAPÊUTICA, NOME POPULAR E CIENTÍFICO. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2019	71
GRÁFICO 2 - PLANTAS MEDICINAIS CITADAS PELAS PUÉRPERAS. JOINVILLE- SC, 2019.....	78
GRÁFICO 3 - FINALIDADE DO USO DAS PLANTAS MEDICINAIS, CONFORME PUÉRPERAS. JOINVILLE-SC, 2019.....	83

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FREQUÊNCIA SEMANAL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, DAS PUÉRPERAS, CONFORME FAIXA ETÁRIA. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2019. N = 74.....	47
TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2019. N= 179.....	49
TABELA 3 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS ESTUDADAS, SEGUNDO O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2019. N= 179.....	50
TABELA 1 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE PLANTAS MEDICINAIS. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N= 179.....	63
TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A EXPOSIÇÃO À PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N = 179.....	64
TABELA 3 - ANÁLISE BIVARIADA SOBRE COMPORTAMENTO DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A EXPOSIÇÃO À PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N = 179.....	65
TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N = 111.....	66
TABELA 5 - CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N = 111.....	67
TABELA 6 - DADOS SOBRE COMPORTAMENTO DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N = 111.....	68
TABELA 7 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: PARTE DA PLANTA UTILIZADA, MODO DE USO, APRESENTAÇÃO E FREQUÊNCIA DE USO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N= 179.....	75
TABELA 8 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: PARTE DA PLANTA UTILIZADA, MODO DE USO, APRESENTAÇÃO E FREQUÊNCIA DE USO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019. N= 179.....	80
TABELA 9 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: COM QUEM APRENDEU A USAR, AQUISIÇÃO DA PLANTA, FINALIDADE DE USO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2019.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
ARBD	Defeitos Congênitos relacionados ao Álcool
ARND	Transtorno do Desenvolvimento Neurológico relacionado ao Álcool
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
FITOJOINVILLE	Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resolução
RN	Recém-nascido
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Testes Rápidos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIneo	Unidade de Terapia Intensiva neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS CONFORME CAPÍTULOS	16
1.2.1 Capítulo 1: Legislação sobre plantas medicinais.....	16
1.2.2 Capítulo 2: Bebidas Alcoólicas e Gestação	17
1.2.3 Capítulo 3: Plantas Medicinais e Gestação	17
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	18
2.1 QUESTÕES ÉTICAS.....	18
2.2 DESENHO DO ESTUDO	18
2.3 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	18
2.5 AMOSTRA.....	20
2.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	21
2.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	21
3 RESULTADOS	23
3.1 CAPÍTULO 1: PLANTAS MEDICINAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: NOVOS OLHARES SOBRE ANTIGAS PRÁTICAS	23
3.2 CAPÍTULO 2: FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL	40
4.3 CAPÍTULO 3: FATORES ASSOCIADOS AO USO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL	56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	105
ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	109
ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT/SES/SC.....	112

1 INTRODUÇÃO

A gestação caracteriza-se como um evento fisiológico no organismo feminino. Envolve modificações dinâmicas do ponto de vista físico, emocional e social que começam na primeira semana de gestação e perduram por todo o período gestacional (MEDEIROS, 2016; GARCIA *et al.*, 2020). As principais queixas relatadas nesse período são náuseas, êmese, cefaleias principalmente no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012b).

As alterações hormonais na gestação ocasionam modificações no corpo da mulher, principalmente no sistema musculoesquelético, por ocorrer retenção hídrica pelo estímulo da progesterona, assim como o crescimento das mamas e útero que impõe sobrecarga de peso à coluna, além da liberação de relaxina. Acarretando a lombalgia, que se manifesta mais comumente no terceiro trimestre (MARTINS, 2017).

As náuseas e êmeses são relatadas por 50% das gestantes, a sua patogênese não é bem conhecida e sua etiologia é provavelmente multifatorial. As adaptações hormonais próprias do início da gestação são apontadas como principais fatores etiológicos, pois a êmese gravídica costuma ser mais intensa em primigesta, gravidez múltipla e na doença trofoblástica, em que os níveis de gonadotrofina coriônica são mais altos (BRASIL, 2012b).

Para muitas gestantes, esse período pode ser estressante, o que aumenta a demanda por cuidado e atenção (FREITAS, 2020). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido nos últimos 20 anos, programas de qualificação de assistência ao pré-natal e parto para que as gestantes tenham um atendimento digno e de qualidade (DOMINGUES, 2014).

Em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados às mulheres em seus diversos ciclos (do reprodutivo ao puerperal). Está ancorada em 4 pilares: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. (BRASIL, 2011; TAJRA; CARVALHO, 2017).

Seu primeiro pilar, o pré-natal, tem como objetivos assegurar o desenvolvimento da gestação, nascimento de um RN saudável, promoção da saúde e rastreio, diagnóstico e prevenção das doenças. Além de ser uma oportunidade de comunicação entre a gestante e o profissional de saúde sanando

dúvidas sobre as questões fisiológicas, comportamentais e socioculturais (BRASIL, 2012b; OMS, 2016).

Dentre as dúvidas sobre as questões culturais, está a utilização de plantas medicinais. Essas tornam-se uma escolha principalmente pela crença do natural não ter efeitos adversos, ao contrário das propriedades presentes nos medicamentos alopáticos. As gestantes, que devido ao pequeno elenco de alopáticas autorizadas e pelo fato de ultrapassarem a barreira placentária, utilizam as plantas medicinais para amenizar as queixas gestacionais (SILVA; SANTANA, 2018).

Apesar de novos conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais na gestação estarem em evidência, ainda se desconhece o efeito de muitas plantas medicinais utilizadas nessa fase. A maioria das informações disponíveis em pesquisas científicas aborda sobre o potencial tóxico, teratogênico e abortivo presente em algumas plantas medicinais ou sobre efeitos como morte fetal, retardo no crescimento e complicações no parto (CAMARGO, 2015).

Assim como o uso de plantas medicinais é uma prática milenar, o uso de substâncias psicotrópicas também tem o mesmo histórico. Existe registro de mais de oito mil anos, do consumo de bebidas alcoólicas pelo homem (SANTOS *et al.*, 2014). Atualmente o consumo, por mulheres, tem aumentado. Esta tendência pode estar ligada a ocupação feminina no mercado de trabalho e aumento de sua autonomia (RIBEIRO, 2018).

Estudos demonstram que o uso de álcool durante a gestação pode acarretar defeito congênitos, déficit cognitivos, síndromes, restrição de crescimento intrauterino e quadro de abstinência ao nascimento (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2016; POPOVA *et al.*, 2017; TACON *et al.*, 2017). Não há na literatura, orientação sobre a margem de segurança sobre o uso de bebidas alcoólicas, durante a gestação. Por este motivo, a orientação é abstinência durante o período gravídico (BRASIL, 2013).

Inúmeras plantas e bebidas alcoólicas podem causar riscos às mulheres grávidas, seja no estímulo da contração uterina, com consequente aborto ou parto prematuro, ação hormonal que possibilite alterações no desenvolvimento fetal e efeitos teratogênicos que podem levar a má-formação no feto (PONTES *et al.*, 2013, MEDEIROS, 2016; MEUCCI *et al.*, 2017).

Sob esta ótica, este estudo torna-se pertinente uma vez que durante a gestação o consumo de plantas medicinais e bebidas alcóolicas, pode acarretar diversas consequências para a gestante e feto. Investigar quais delas são utilizadas e para qual finalidade é fundamental para que se possa comparar com as indicações presentes na literatura e capacitar os profissionais de saúde do município para melhorar a qualidade de orientação durante as consultas de pré-natal.

O estudo foi subdividido em 3 capítulos (artigos). O capítulo 1 trata-se de uma pesquisa documental descritiva de análise qualitativa do conteúdo de Leis, Decretos, Resoluções de Diretoria Colegiada, Políticas Públicas, Portarias, Instruções Normativas a respeito das plantas medicinais. Associa-se à evolução dos marcos temporais às políticas públicas criadas no Brasil, e inclusive, sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os capítulos 2 e 3 referem-se a um estudo transversal, exploratório e descritivo realizado com puérperas, na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville-SC.

Enfatizando a orientação do Ministério da Saúde, (2000) sobre a importância do atendimento digno e de qualidade feito às gestantes durante o pré-natal, o capítulo 2 descreve os resultados da pesquisa sobre o uso de álcool durante a gestação. Identifica quais bebidas foram utilizadas e sua prevalência, visando contribuir para o fortalecimento do pré-natal na Atenção Primária de Saúde.

O capítulo 3, apresenta o estudo sobre o uso de plantas medicinais na gestação, apresentando os hábitos de consumo e culturais, frequência de uso, finalidade dos chás. Podendo, assim, contribuir para a saúde do binômio mãe-bebê.

1.1 OBJETIVO GERAL

Estimar prevalência e potenciais determinantes do uso inadequado de plantas medicinais e bebidas alcoólicas por gestantes vinculadas à atenção primária à saúde, em um município da região sul do Brasil.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS CONFORME CAPÍTULOS

1.2.1 Capítulo 1: Legislação sobre plantas medicinais

- Identificar a sequência temporal e evolução dos marcos legais associados às políticas públicas de plantas medicinais no país;
- Discutir as implicações desta evolução, bem como sua inserção no sistema de saúde.

1.2.2 Capítulo 2: Bebidas Alcolólicas e Gestação

- Avaliar a prevalência do uso de bebidas alcóolicas durante a gestação das mulheres que realizaram pré-natal no município;
- Avaliar a qualidade das orientações recebidas durante o pré-natal pelos profissionais de saúde sobre o uso de bebidas alcóolicas sob a ótica das puérperas;
- Identificar potenciais determinantes da utilização das bebidas alcóolicas.

1.2.3 Capítulo 3: Plantas Medicinais e Gestação

- Descrever as plantas medicinais utilizadas, forma e parte utilizada, finalidade do uso, assim como o local de obtenção das mesmas pelas mulheres que realizaram o pré-natal no município de Joinville -SC;
- Avaliar a prevalência do uso inadequado de plantas medicinais durante a gestação, das mulheres que realizaram pré-natal no município;
- Avaliar a qualidade das orientações recebidas durante o pré-natal pelos profissionais de saúde sobre o uso de plantas medicinais sob a ótica das puérperas;
- Comparar o emprego de plantas medicinais pela população estudada com o descrito na literatura, de modo a identificar incongruências e riscos de utilização inapropriada;
- Relacionar os potenciais determinantes da utilização das plantas medicinais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), parecer CEP/SD-PB nº 3.196.812, e pelo Comitê de Ética do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), parecer CEP nº 3.224.067.

2.2 DESENHO DO ESTUDO

Para atingir os objetivos propostos, o capítulo 1 trata-se de uma pesquisa documental descritiva de análise qualitativa do conteúdo de Leis, Decretos, Resoluções de Diretoria Colegiada, Políticas Públicas, Portarias, Instruções Normativas. Considerou-se documentos publicados no período de 17 de dezembro de 1973 a 21 de março de 2018. Os capítulos 2 e 3 referem-se a um estudo transversal, exploratório e descritivo, que foi realizado com 179 puérperas, na Maternidade Darcy Vargas, localizada no município de Joinville/ SC, no período de 01 de maio a 31 de julho de 2019.

2.3 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foi constituída por puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Darcy Vargas, que realizaram o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Joinville e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

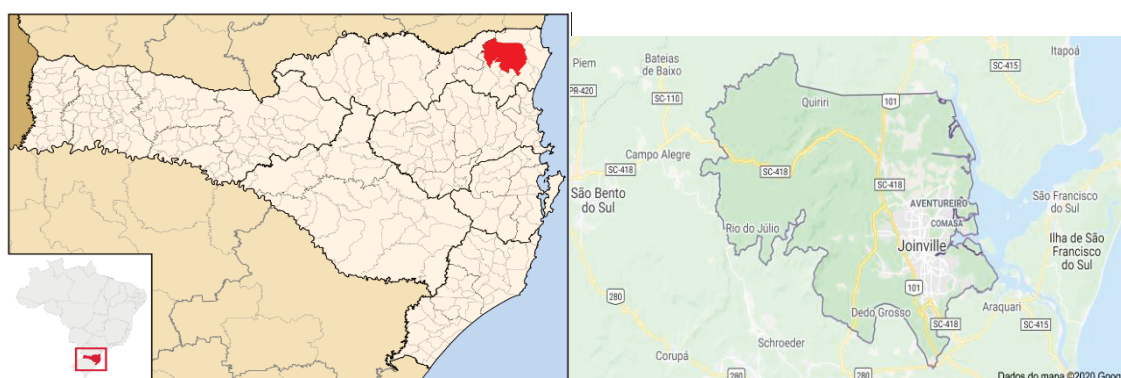
Foram incluídas apenas puérperas com acompanhamento do pré-natal no município, gestação de risco habitual, médio ou alto risco.

Excluídas as puérperas que fizeram o pré-natal em outras cidades, mesmo que tiveram acompanhamento no Ambulatório de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas, e aquelas com déficit cognitivo que fossem impeditivos para responder ao questionário.

2.4 ASSISTÊNCIA DO PRÉ NATAL NO MUNICÍPIO E LOCAL DE ESTUDO

Joinville é a maior cidade do Estado de Santa Catarina em termos populacionais e possui 577.077 habitantes (IBGE, 2017), situando-se na região norte do estado. Encontra-se a 186 km da capital, Florianópolis e 129 km de Curitiba- PR conforme Figura 1.

FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO MAPA DE SANTA CATARINA.



FONTE: WIKIPÉDIA, 2020; GOOGLE MAPAS, 2020.

Atualmente o município apresenta quatro modelos de Atenção Primária: Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia Saúde da Família (ESF) com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Primária com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Atenção Primária Convencional são unidades de saúde de atenção primária para atendimento ambulatorial incluindo a realização de consultas de pré-natal pelos profissionais médicos e enfermeiros, consultas odontológicas, imunização para o período gestacional (JOINVILLE, 2017).

Está organizado em 03 regiões distritais, com 29 microrregiões, compostas por 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 84 equipes de Saúde da Família alocadas em 39 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 16 Unidades Básicas de Saúde de modelo convencional, 01 Unidade Prisional, 01 Unidade de Saúde Bucal e 01 equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (JOINVILLE, 2017).

Toda mulher com ausência de menstruação (amenorreia) há 15 dias ou mais, deve dirigir-se a uma UBS e fazer o teste imunológico de gravidez (TIG). Tendo

resultado positivo, inicia-se o pré-natal (PN) o mais precoce possível. Conforme rotina do protocolo do município, a gestante faz os testes rápidos (TR) (sorológicos de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis) e os demais exames, que são solicitados conforme rotina do PN. O acompanhamento do parceiro (PN do companheiro) é realizado com os TRs (JOINVILLE, 2017). O acompanhamento gestacional é realizado até 41 semanas, porém após as 40 semanas, a gestante é encaminhada à maternidade de referência para acompanhamento de pós-datismo.

A Maternidade Darcy Vargas foi inaugurada em 1947, a Instituição tem quase 6.000m² de área construída, sendo dividida em setores de emergência 24h, centro obstétrico e cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIneo), unidades de internação e ambulatório de alto risco. As unidades de internação são divididas em setores A, B e C. O setor A, possui 27 leitos divididos em 15 quartos e aloja puérperas de partos normais e cesarianas e seus respectivos recém-nascidos (RN), situações de abortamento, procedimentos cirúrgicos e mães de RN que estão na UTIneo. O setor B possui 24 leitos divididos em 7 quartos e aloja puérperas de parto normal e seus RN e mães de RN que estão na UTIneo. O setor C aloja gestantes de alto risco e aquelas que estão aguardando para indução de parto (pós-datismo). Única maternidade pública no município, sendo considerada referência estadual para as gestações de alto risco (SANTA CATARINA). Atende as gestantes da Região de Saúde do Planalto Norte e Nordeste, ambas compostas por 13 municípios cada. De acordo com dados do SINASC, em 2018, na Maternidade Darcy Vargas, nasceram, em média 500 nascidos – vivos/mês.

O estudo foi realizado nos setores de alojamento conjunto, com quartos coletivos, para onde o binômio mãe e RN são encaminhados com, no mínimo, 1 hora de pós-parto.

2.5 AMOSTRA

Para o cálculo amostral, foi utilizado o programa OpenEpi para saúde coletiva. A população utilizada foi de 1500 mulheres (500 partos/mês x meses de coleta de dados), a frequência (p) foi de 80% (porcentagem da população que utiliza plantas medicinais conforme OMS), limite de confiança de 5% e efeito de desenho de 1.0. O tamanho da amostra calculado foi de 212 puérperas, entretanto, como o

percentual de recusa foi de 15% (33), a amostra finalizou com 179 puérperas entrevistadas.

O universo amostral foi composto por uma taxa de respondente de 179 (84,45%), maiores de 18 anos, sem distinção de raça, nível socioeconômico e cultural, credo religioso ou de qualquer outra natureza. A seleção da amostra foi feita por conveniência

2.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista utilizando formulário semiestruturado, devidamente validado, composto por 23 perguntas. A coleta dos dados ocorreu no período de 01 de maio à 31 de julho de 2019.

A primeira parte do instrumento aborda questões socioeconômicas e foram baseadas em Jarman (1983), incluindo dados como idade, estado civil e renda familiar. A segunda parte do instrumento, baseados em Ribeiro (2018), foi composto por questões relacionadas à gestação como quando iniciou o pré-natal, número de consultas e hábitos relacionados ao consumo bebidas alcóolicas. A terceira parte do instrumento, adaptado de Gonçalves (2017) aborda questões sobre o uso de plantas medicinais.

Os quartos da Instituição são coletivos, por esse motivo, foram feitos convites verbais as puérperas, em cada um dos quartos, para a participação na pesquisa. Foram realizadas entrevistas no leito ou em sala reservada, conforme opção das participantes, após apresentação acerca do objetivo da pesquisa, e concordância da puérpera com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram organizados por meio de planilhas do programa Microsoft Excel 2013. Para análise dos dados foi utilizado o software EPI-INFO, Versão 7.2.3.1. (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United State of America*) e o site estatístico OPENEPI. Foi realizada análise descritiva das variáveis da pesquisa, por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicou-se a análise bivariada para definir a relação de cada variável independente

e a variável dependente. Nessa etapa, calculou-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e o *odds ratio* (OR). Foram utilizados o teste do Qui- quadrado ou o teste exato de Fisher e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística. Para compor a análise multivariada, foram consideradas variáveis com valores de $p \leq 0,20$. Nessa etapa, foi utilizada a regressão logística e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística.

3 RESULTADOS

3.1 CAPÍTULO 1: PLANTAS MEDICINAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: NOVOS OLHARES SOBRE ANTIGAS PRÁTICAS

RESUMO

As plantas medicinais são utilizadas nos cuidados a saúde desde a antiguidade, porém, foi apenas na década de 1970 que a OMS se manifestou sobre a sua importância para a saúde da população. O presente artigo teve por objetivo identificar a sequência temporal e evolução dos marcos legais associados às políticas públicas de plantas medicinais, discutindo as implicações desta evolução, bem como sua inserção no sistema de saúde e apresentar esta evolução no Brasil. Foram identificados e analisados os conteúdos de Leis, Decretos, Resoluções, Políticas, Portarias e Instruções Normativas relacionadas ao tema. Apesar do longo histórico de uso da flora nacional, as primeiras legislações sobre seu emprego no campo da saúde são recentes. O Brasil, país com maior biodiversidade do planeta, teve aprovada, apenas em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Porém, necessita-se ampliar o investimento em pesquisas científicas para que haja segurança, qualidade e eficácia no seu uso.

Palavras- chave: Plantas medicinais. Políticas públicas de saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

Medicinal plants are used in health care since antiquity, however, it was only in the 1970s that the WHO expressed its importance to the health of the population. This article aimed to identify the temporal sequence and evolution of legal frameworks associated with public policies on medicinal plants, discussing the implications of this evolution, as well as its insertion in the health system and presenting this evolution in Brazil. Descriptive documentary research results on this evolution in Brazil are presented. The contents of Laws, Decrees, Resolutions, Policies, Ordinances and Normative Instructions related to the theme were identified and analyzed. Despite the long history of using national flora, the first laws on its use in the health field are recent. Brazil, the country with the greatest biodiversity on the planet, had its National Policy of Integrative and Complementary Practices and National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicine approved only in 2006. However, it is necessary to expand investment in scientific research so that there is safety, quality and effectiveness in its use.

Keywords: Medicinal plants. Public health policies. Health planning.

INTRODUÇÃO

O homem pré-histórico já sabia distinguir as plantas comestíveis daquelas que poderiam curar suas moléstias. Acredita-se que foi por meio de observação dos animais, que o homem iniciou a sua utilização (DUTRA, 2009; SILVA; SANTANA, 2018).

O uso de plantas medicinais antecede o aparecimento da escrita. O primeiro registro arqueológico data de 60.000 a.C e foi encontrado no Iraque (ROCHA *et al.*, 2015). Na literatura, encontram-se diversos povos que utilizavam as ervas, tanto maléficas, como benéficas. Há relatos chineses, babilônios, assírios, hebreus, gregos, egípcios e hindus entre outras civilizações, sobre o uso de plantas medicinais (PATWARDHAN *et al.*, 2015).

Na medicina, seu uso iniciou com o Código de Hamurabi, estruturado pelos babilônicos (PATWARDHAN *et al.*, 2015). Em Nagpur, há 5.000 a.C foram localizadas 12 receitas para o preparo de medicamentos com mais de 250 plantas. Entre os quais, papoula, meimendro e mandrágora. O filósofo grego Teofrasto ficou conhecido como o “pai da botânica” após escrever os livros “De Causis Plantarum” - Etiologia vegetal e “De Historia Plantarum” - História de plantas, com a classificação de 500 plantas medicinais. Dioscórides, foi o escritor mais proeminente da antiguidade e por volta de 77 d.C descreveu 657 plantas medicinais em seu livro. Abd-Allah Ibn Al-Baitar, que viveu no século XIII, foi o maior especialista árabe no campo da botânica aplicada à medicina. Sua obra descreveu mais de 1000 plantas (PETROVSKA, 2012).

No Brasil, a utilização de plantas começou a cerca de 12 mil anos, com a chegada dos paleoíndios amazônicos (MATSUCHITA, 2015). O primeiro relatório sobre a biodiversidade brasileira foi descrito em 1º de maio de 1500, pelo escriba Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal. Os estudos sobre a flora foram realizados pelos próprios portugueses, desde a sua chegada até o século XIX (SILVA; SANTOS, 2019).

Até a primeira metade do século XX, o Brasil era majoritariamente rural e utilizava amplamente a flora medicinal. Muito tempo foi necessário para que as plantas medicinais do território brasileiro fossem reconhecidas mundialmente. Atualmente, a medicina popular é reflexo das uniões étnicas entre os diferentes

povos, que transmitiram seu conhecimento de geração em geração (BRASIL, 2006; BRUNING *et al.*, 2012).

Além de possuir a maior parcela de toda a flora Mundial, cerca de 20%, o Brasil representa a maior biodiversidade genética do mundo. Possuindo grande potencial terapêutico, principalmente na Amazônia com a maior reserva de produtos naturais do Planeta (SANTOS, 2011). Segundo o Ministério da Saúde (MS), entre as práticas integrativas e complementares realizadas no SUS, o uso das plantas medicinais e a fitoterapia predominam, sendo realizadas, em sua maioria, na atenção primária à saúde (BRASIL, 2012a).

A utilização de plantas medicinais está presente em diversas culturas há muitos séculos e se torna uma escolha principalmente pelo fato de acreditar-se ser natural e sem efeitos adversos, ao contrário dos medicamentos alopáticos. Fatores como falta de acesso aos serviços de saúde, também contribuem para a busca das plantas medicinais (SILVA; SANTANA, 2018).

Embora existam diversos estudos a respeito do uso, toxicidade e efeitos das plantas medicinais, as evidências científicas são deficitárias no sentido de conhecer como são utilizadas e quais os seus benefícios (SANTOS *et al.*, 2011).

Com vistas a subsidiar o melhor entendimento da inserção destes conceitos relativos às plantas medicinais na saúde pública do Brasil, apresenta-se resultado de pesquisa documental, que buscou identificar a sequência temporal e evolução dos marcos legais associados às políticas públicas de plantas medicinais no país. Discutem-se as implicações desta evolução, bem como sua inserção no sistema de saúde.

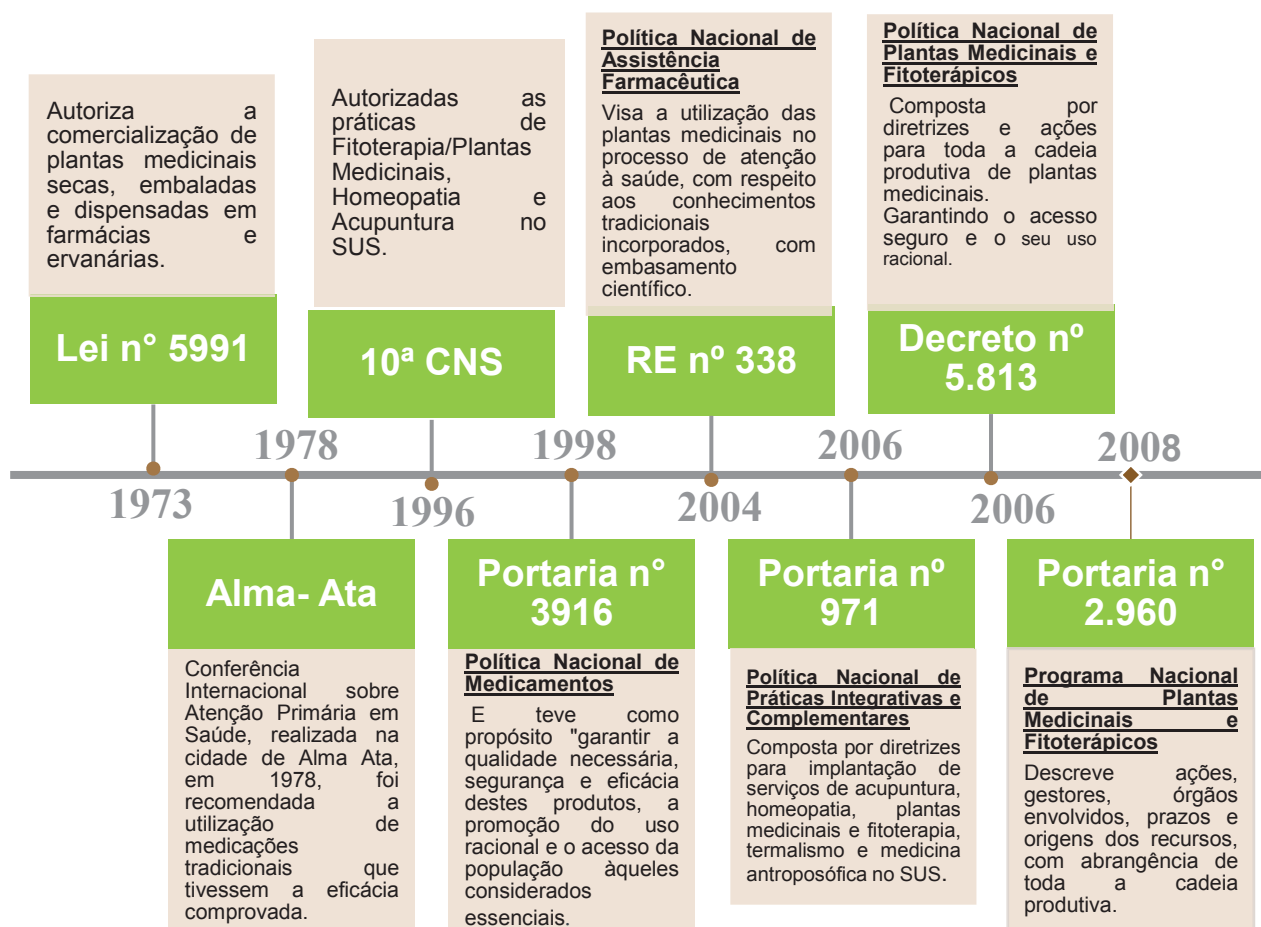
MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental descritiva de análise qualitativa do conteúdo de Leis, Decretos, Resoluções de Diretoria Colegiada, Políticas Públicas, Portarias, Instruções Normativas. Considerou-se o período de 17 de dezembro de 1973 a 21 de março de 2018 para inclusão dos documentos. Os documentos legais revogados não foram incluídos na análise. As buscas dos protocolos aconteceram nas *websites* oficiais do Ministério da Saúde, Lilacs e Scielo com o operador booleano *AND* e as seguintes palavras chave: plantas medicinais, políticas públicas de saúde e planejamento em saúde.

RESULTADOS

Desde 1978, quando ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (no Cazaquistão), onde foi elaborado o documento denominado de Declaração Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se posicionado em relação à valorização das plantas medicinais, levando em conta que 80% da população mundial utiliza esse tipo de recurso para o tratamento e cura de doenças (BRASIL, 2015). Além disso, a conferência recomendou aos estados-membros, a formulação de políticas e regulamentações referentes à utilização de plantas medicinais de eficácia comprovada (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014). A Figura 1 apresenta a linha do tempo contemplando os principais marcos legais sobre as plantas medicinais, no Brasil.

FIGURA 1 - PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS SOBRE PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL: LINHA DO TEMPO.



Fonte: Dados da pesquisa

A Assembleia Mundial de Saúde, em 1987, reiterou as recomendações feitas pela Alma-Ata e recomendou enfaticamente aos estados-membros iniciar programas amplos relativos à identificação, à avaliação, ao preparo, ao cultivo e à conservação de plantas usadas em medicina tradicional; e assegurar a qualidade das drogas vegetais e dos preparados derivados das plantas, pelo uso de técnicas modernas e aplicação de padrões apropriados e de boas práticas de fabricação (BRASIL, 2016a).

Em sua estratégia global sobre medicina tradicional (MT) e medicina complementar e alternativa (MCA) para o período 2002/2005, a OMS reforçou o compromisso em estimular o desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de inseri-las no sistema oficial de saúde dos seus 191 estados-membros. Tal propósito é firmado porque apenas 25 estados-membros, Brasil não está entre eles, desenvolveram uma política nacional de medicina tradicional como forma de fortalecer a atenção sanitária e de contribuir para a reforma do setor da Saúde (WHO, 2002; BRASIL, 2006a).

No Brasil, construção da política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) iniciou-se a partir dos novos estímulos da OMS para seus estados membros (BRASIL, 2012a).

As plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais componentes da MT e vêm, há anos, sendo utilizadas pela população brasileira como recurso terapêutico, tanto nas práticas populares, quanto na MT e nos programas públicos de fitoterapia no SUS, alguns com mais de 20 anos de existência (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde se iniciaram a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (BRASIL, 2012b).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, ficou conhecida também por ser um marco nas Práticas Alternativas, pois deliberou em seu relatório final a utilização nos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Porém, foi apenas na 10ª Conferência Nacional de Saúde que se autorizou no SUS as práticas de

Fitoterapia/Plantas Medicinais, Homeopatia e Acupuntura (BRASIL, 2012a). Em passos lentos construíram-se comissões para discussões das práticas alternativas e durante as Conferências Nacionais de Saúde subsequentes, foram-se aprovando avanços para incorporar efetivamente a uma Política Pública sobre Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2012a).

Em 30 de outubro de 1998, em conformidade com a Lei orgânica nº 8080/90, foi aprovada a Portaria nº 3.916 com a Política Nacional de Medicamentos. E, entre suas diretrizes, encontram-se os propósitos de expandir “o apoio a pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas” e de “garantir a qualidade necessária, segurança e eficácia destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Com esse intuito, suas principais diretrizes apontam para o estímulo à produção de medicamentos, o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, e a sua regulamentação sanitária (BRASIL, 1998).

Os fóruns para a discussão da Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e medicamentos Fitoterápicos, o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, e a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, realizadas em 2001, e a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, trouxeram subsídios para a normatização das ações governamentais na área de saúde para plantas medicinais e fitoterápicos, além das propostas apresentadas para facilitar o registro de produtos fitoterápicos de origem nacional e estimular pesquisas com plantas nacionais (DUTRA, 2009; GONÇALVES, 2017). Essas ações se concretizaram em 2004 na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) (BRASIL, 2006b).

Em 16 de março de 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme a Resolução (RE) nº 90 determina a publicação do guia para a realização de estudos de toxicidade pré-clínica de fitoterápicos. Tem como objetivo, estabelecer padronização dos métodos para os estudos de toxicologia pré-clínica para registro e renovação de registro de fitoterápicos (BRASIL, 2004a). Na

mesma data, ANVISA, publica a RE nº 91 com guia para realização de alterações, inclusões, notificações e cancelamentos pós-registro de fitoterápicos (BRASIL, 2004b).

Em 06 de maio de 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em suas atribuições, aprova a RE nº 338 que descreve a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que envolve um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma individual ou coletiva. Dentre os eixos estratégicos, constam ações intersetoriais que visam a utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico. Além de adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores de saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País (BRASIL, 2004c).

O governo federal, por meio do Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, instituiu uma comissão interministerial que envolveu transversalmente, todos os níveis e instâncias do governo e da sociedade na coleta sistemática de subsídios para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2005).

Finalmente em 03 de maio de 2006, foi aprovada, conforme a Portaria n 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que se consolidou no Sistema Único de Saúde (SUS) e incluía Fitoterapia/Plantas Medicinais, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Termalismo social/ Crenoterapia e Medicina Tradicional Chinesa (BRASIL, 2012a). A Portaria leva em conta o documento “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, que orienta o uso da MT/MCA de forma integrada às técnicas da medicina ocidental, nos sistemas de saúde (BRASIL, 2012a).

As suas perspectivas eram de incentivar a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, contribuindo para o aumento de resolubilidade do Sistema, estimular a participação do controle social e ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares com qualidade, eficácia e segurança (BRASIL, 2016a).

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS. Na instância federal, destaca-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e instituiu o Grupo de Trabalho para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) aprovada também em 2006, conforme Decreto nº 5.813, com diretrizes e ações para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006a, 2012a).

Dentre seus objetivos, garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de fitoterápicos e plantas medicinais, ampliando, assim, as opções terapêuticas aos usuários. Promover o uso sustentável da biodiversidade e os recursos genéticos de plantas medicinais e fitoterápicos. Estimular a pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações, além de construir um marco regulatório para produção e distribuição a partir de modelos criados no Brasil e exterior (BRASIL, 2006a).

Após a aprovação da Política Nacional, as Práticas Integrativas foram inseridas na Tabela de Serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme Portaria 853 de 2006 (BRASIL, 2006b).

Dois anos após, foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (09 de dezembro de 2008), conforme Portaria Interministerial nº 2.960, juntamente com o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2012a).

Dentre seus objetivos encontram-se estruturar e fortalecer a fitoterapia, incorporando o uso de plantas medicinais nos diferentes níveis de complexidade do Sistema; estabelecer critérios técnicos para seu uso; apoiar técnica ou financeiramente os profissionais para atuação na área e estabelecer intercâmbio técnico- científico com países que já possuam o programa (BRASIL, 2012a).

No mesmo ano, a Instrução Normativa nº 05 da ANVISA determinou a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado, considerando que na descrição de cada produto deva constar nome científico e popular da planta medicinal, além das partes utilizadas (BRASIL, 2008b).

Em 2009, com a RDC nº 47, a ANVISA estabelece regras para a elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para profissionais de saúde e paciente (BRASIL, 2009a).

São contempladas por essa resolução, as bulas dos medicamentos fitoterápicos. Em seu anexo, em Identificação do Medicamento, deve ser informada a espécie vegetal e a parte da planta utilizada nos medicamentos fitoterápicos (GONÇALVES, 2017).

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos lançou em 2009, a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS). Trata-se de uma lista de 71 plantas prioritárias para as pesquisas e desenvolvimentos de fitoterápicos disponíveis para uso da população, com segurança e eficácia (BRASIL, 2009b).

Conforme Portaria nº 48, de 25 de fevereiro de 2010, foi aprovada a Diretriz de para implantação de Núcleos de Estudo em Terapias Integradas (NETI), no Âmbito de Serviço do Exército. Foram integradas as seguintes Práticas Integrativas e Complementares: Acupuntura, Quiropraxia, Reiki, Osteopatia, Shiatsu, Reflexologia, Cromoterapia, Aromoterapia, Terapia Ayurvédica, Meditação, Tai Chi Chuan, Hipnoterapia, Yoga, Bioeletrografia, Iridologia, Radiestesia, Fitoterapia, Homeopatia, *Body Talk* e Florais (BRASIL, 2010a).

Pensando na segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos, a ANVISA estabelece uma lista de referências bibliográficas, conforme Instrução Normativa nº 05, de 31 de março de 2010, onde estão incluídos estudos nacionais e internacionais (BRASIL, 2010b).

Em 20 de abril de 2010, foi instituído que as Farmácias Vivas devem realizar todas as etapas, desde o cultivo, coleta, processamento, armazenamento de plantas medicinais e dispensação de preparações magistrais, conforme Portaria nº 886 do MS (BRASIL, 2010c). A classificação de farmácia viva foi incluída na Tabela de Serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme Portaria nº 470, de 19 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011a). Em 10 de novembro de 2011, foi aprovado o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira, conforme RDC nº 60 (BRASIL, 2011b).

Conforme experiências existentes no País e no exterior, a Presidência da República emite o decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, dispensando as

plantas medicinais, sob a forma de droga vegetal, de registro (BRASIL, 2013). Lançada no ano seguinte, a RDC nº 69, dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Insumos Farmacêuticos Ativos. Estabelece os procedimentos e as práticas que o fabricante deve aplicar para assegurar que as instalações, métodos, processos, sistemas e controles usados para a fabricação de insumos farmacêuticos ativos sejam adequados, de modo a garantir qualidade e permitir seu uso na elaboração de produtos farmacêuticos (BRASIL, 2014).

Dois anos após, com o objetivo de orientar a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos, amparada por conteúdos baseados em evidências científicas, foi aprovado o Memento Fitoterápico da Farmacopéia Brasileira, através da RDC nº 84 de 17 de junho de 2016 (BRASIL, 2016b).

Em um marco Nacional, o Ministério da Saúde ampliou para 19 o número de procedimentos oferecidos pela PNPIC (ayurveda, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga) segundo a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017) e em março de 2018, durante o primeiro Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, no qual o Brasil foi sede, esse número foi ampliado (apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais), conforme a Portaria nº 702 de 21 de março de 2018, totalizando 29 práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2018).

DISCUSSÃO

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto a civilização humana, sendo que no Brasil, é utilizada há mais de 12 mil anos (DUTRA, 2009). Há registros de que os primeiros médicos portugueses, que chegaram ao País, buscaram o conhecimento sobre as preparações vegetais utilizadas pelos nativos, devido à escassez de remédios que costumavam empregar na Europa (BRASIL, 2010d).

Mesmo com o longo histórico de uso da flora nacional, as primeiras regulamentações sobre seu emprego no campo da saúde são recentes. O Brasil possui normas específicas sobre o consumo e controle sanitário desde 1973. A lei

nº 5991 prevê a comercialização de plantas medicinais secas, embaladas e dispensadas em farmácias e ervanárias. Porém esses produtos não são considerados medicamentos, logo, não podem ter indicações terapêuticas na embalagem (BRASIL, 1973).

Foi necessária orientação da OMS, em 1978, sobre a utilização de medicações tradicionais que tivessem a eficácia comprovada (BRASIL, 2005), para que o País avançasse no processo de uso das plantas medicinais. O MS publicou a Portaria nº 212 em 11 de setembro de 1981, definindo que o estudo das plantas medicinais seria uma das prioridades de investigação clínica em território brasileiro (GONÇALVES, 2017).

Embora o MS tenha definido que a pesquisa com plantas medicinais seria uma prioridade, era necessária uma ação mais ampla, que envolvesse a inserção desse conhecimento científico nas universidades, para que os futuros profissionais de saúde já tivessem a mudança de paradigma a respeito das práticas integrativas e complementares. Infelizmente o cenário ainda não teve mudanças significativas e são poucos os profissionais que possuem essa formação na graduação.

Apesar do incentivo e propostas apresentadas pelo MS, inclusive na 12ª Conferência Nacional de Saúde, a falta de pesquisas científicas permaneceu e trazia como consequência a importação de quase a totalidade da matéria-prima utilizada na produção de fitoterápicos. Mesmo compondo uma das maiores e mais ricas biodiversidades do mundo, o Brasil não tinha segurança e comprovação da eficácia das plantas medicinais para empregar como alternativa ou complemento à alopatia. Entretanto, as plantas medicinais continuaram sendo utilizadas com base nos saberes populares (BRASIL, 2012a; BRUNNING, 2012).

As conferências subsequentes seguiram aprofundando as ações rumo à criação de uma política que integrassem tais práticas no SUS como uma estratégia importante no redirecionamento do modelo assistencial hegemônico e cartesiano, para um modelo que vise a integralidade do cuidado, tendo alargamento de opções terapêuticas. Conforme Silva *et al* (2020) assumir as práticas integrativas e complementares no processo de redefinição do modelo de atenção em saúde significa questionar a hegemonia do paradigma biomédico, tecnicista e hospitalar que marcou a política de saúde nos anos 1990.

Na tentativa de ultrapassar as dificuldades expostas acima, em 2006, conforme Decreto nº 5.813, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Nacionais e Fitoterápicos, além de instituir o grupo de trabalho para a elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL 2005; GONÇALVES, 2017; DUARTE *et al.*, 2020).

Um enorme entrave na implantação desta política foi que não contaria com recurso de financiamento indutor, contrariando uma tendência histórica do Ministério da Saúde no que se refere o financiamento de políticas nacionais. Tal atitude sugeriu um descompromisso com a nova política, trazendo um enorme desafio para a institucionalização das práticas integrativas (SILVA *et al.*, 2020).

Cumprindo o planejamento, após dois anos o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovado (GONÇALVES, 2017). Conforme Duarte (2020), esse programa foi implantado no intuito de incorporar as experiências exitosas desenvolvidas na rede pública e enfatizar à herança cultural de várias gerações no uso de práticas terapêuticas consideradas efetivas. Visto que, o acesso ao conhecimento sobre plantas medicinais pode ter origem, tanto entre gerações no convívio familiar e/ou comunitário, bem como do conhecimento e tecnologias, produzidos pela ciência que, através dos atores sociais, faz incursões no conhecimento tradicional (ROQUE *et al.*, 2010).

O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento (DUTRA, 2009). Entretanto, se não houver ações governamentais capazes de produzir impacto nas práticas sociais, a política em questão permanecerá marcada por fragilidade temporalmente indeterminada. Para tanto, torna-se imprescindível a sua defesa política nos conselhos de saúde e outras instâncias do poder público (SILVA *et al.*, 2020).

Se por um lado o marco legal proporcionou uma crescente institucionalização das práticas integrativas e complementares no SUS, por outro, o enfrentamento dos desafios de implantação da política requer a criação de legislações específicas nos estados e municípios que garantam a destinação de recursos financeiros para que ocorra sua solidificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O país obteve um importante avanço no campo das políticas públicas, programas e legislação com vistas à valorização das plantas medicinais e fitoterápicos e inserção na rede pública de saúde. Porém ainda permanece o desafio de ampliar o investimento em pesquisas científicas atreladas ao conhecimento popular para que se possa usufruir da flora nacional com segurança, qualidade e eficácia e, assim, alcançar as metas estabelecidas por diversas políticas nacionais que abrangem este importante escopo.

REFERÊNCIAS

BARRETO, B.B. **Fitoterapia na atenção primária à saúde**: a visão dos profissionais envolvidos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora: Minas Gerais, 2011.

BRASIL. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 4, p.13049, 19 dez. 1973. Seção 1.

BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 10., Relatório final... Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 215-E, p.18-22, 10 nov. 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 4, 08 de junho de 2000. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RE nº 90, de 16 de março de 2004a. Determina a publicação da "Guia para a Realização de Estudos de Toxicidade pré-clínica de Fitoterápicos". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 53, p.34-35, 18 mar. 2004a. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RE nº 91, de 16 de março de 2004b. Determina a publicação da "Guia para a Realização de Alterações,

Inclusões, Notificações e Cancelamentos pós Registro de Fitoterápicos". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 53, p.35-37, 18 mar. 2004b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, p.52-53, 20 mai. 2004c. Seção 1.

BRASIL. Poder Executivo. Decreto de 17 de fevereiro de 2005. Cria Grupo de Trabalho para formular proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 33, p. 11, 18 fev. 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 853, de 17 novembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 221, p.46-47, 20 nov. 2006b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008a. Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 242, p.59, 12 dez. 2008. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 5, de 11 de dezembro de 2008b. Determina a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 242, p.56-58, 12 dez. 2008b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 172, p.31-36, 9 set. 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS. Disponível em < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-fitoterapico-e-plantas-medicinais>>. Acesso em 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, p.75, 22 abr. 2010. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Secretaria-Geral do Exército. **Portaria nº 48-DGP, de 25 de fevereiro de 2010**. Aprova a Diretriz para Implantação de Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no Âmbito do

Serviço de Saúde do Exército. Boletim do Exército nº 09, de 5 de março de 2010, 5 mar 2010a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 5, de 31 de março de 2010. Estabelece a lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 63, p.91, 05 abr. 2010b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, p.75, 22 abr. 2010c. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 10, de 09 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 46, p.52, 10 mar. 2010d. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 470, de 19 de agosto de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 162, p.22, 23 ago. 2011a. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 60, de 10 de novembro de 2011. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, primeira edição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 217, p.91, 11 nov. 2011b. Seção 1.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a; 156 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b; 320 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 32).

BRASIL. Poder Executivo. Decreto de 14 de agosto de 2013. Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária, dos produtos de que trata a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 157, p. 18, 15 ago. 2013. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 69, de 8 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Insumos

Farmacêuticos Ativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 238, p.43-52, 9 dez. 2014. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015; 96 p. il.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 84, de 17 de junho de 2016a. Aprova o Memento Fitoterápico da Farmacopéia Brasileira. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 116, p. 70, 20 jun. 2016b. Seção 1. Disponível em: https://lex.com.br/legis/27158294/resolucao_n_84_de_17_de_junho_de_2016.aspx. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a; 192 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.68, 28 de março de 2017. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 56, p. 74, 22 de março de 2018. Seção 1

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná : a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2675-2686, out. 2012.

CARVALHO, A.C.B. et al. Regulação brasileira em plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-16, 2012.

DUARTE, A.M. *et al.* Saberes e práticas populares no uso de plantas medicinais em espaço urbano no planalto sul catarinense. **Revista Brasileira de Agroecologia**, Dois Vizinhos, v. 15, n. 1, p. 27-39, 2020.

DUTRA, M.G. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública**: um diagnóstico situacional em Anápolis-GO. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis: Goiás, 2009.

FIGUEREDO, C.A.; GURGEL, I.G.D.; GURGEL JR, J.D. A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

GONÇALVES, R. N. **Práticas integrativas na atenção primária à saúde, sob a ótica da fitoterapia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

MATSUCHITA, H.L.P; MATSUCHITA, A.S.P. A contextualização da fitoterapia na saúde pública. **Revista Uniciências**, v.19, n.1, p.86-92, 2015.

PATWARDHAN, B; DESHPANDE, S; TILLU, G; & MUTALIK, G. In search of roots: tracing the history and philosophy of Indian medicine. **Indian Journal of History of Science**, v. 50, p. 629-641, 2015.

PETROVSKA, Biljana Bauer. Historical review of medicinal plants usage. **Pharmacognosyreviews**, v. 6, n. 11, p. 1, 2012.

ROCHA, F. A. G. *et al.* O uso terapêutico da florana história mundial. **Revista Holos**, v. 1, 2015.

ROQUE, A.A. *et al.* Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 12, n. 1, p. 31-42, 2010.

SANTOS, R. L. *et al.* Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 13, n. 4, p. 486–491, 2011.

SILVA, A.C. S.; SANTANA, L. L. B. Os riscos do uso de plantas medicinais durante o período gestacional: uma revisão bibliográfica. **Acta Toxicológica Argentina**, Buenos Aires, v. 26, n. 3, p. 118-123, 2018.

SILVA, M.R.O; SANTOS, M.H.L.C. Medical plants: from Colonial Brazil to their indication by the National Single Health System – SHS. **International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)**, v. 06, n. 09, p 165-173, 2019.

SILVA, G.K.S. *et al.* Política nacional de práticas integrativas e complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 30, n. 1, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional medicine strategy: 2002-2005**. Geneva: WHO, 2001.

3.2 CAPÍTULO 2: FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE A GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas é milenar, com maior índice pela população masculina. Na atualidade, essa taxa vem aumentando entre as mulheres, inclusive naquelas em idade fértil. Há uma quantidade tolerável de bebida alcoólica, considerada não maléfica para o organismo. Porém, para gestantes, não existe margem de segurança, devendo haver abstinência. O consumo de bebidas alcoólicas na gestação constitui um grande risco à saúde do binômio mãe-filho. O objetivo do estudo foi identificar os fatores associados ao uso de bebidas alcoólicas em gestantes que realizaram pré-natal, em um município da região sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo. Como instrumento de coleta utilizou-se formulário semi-estruturado para entrevistar 179 puérperas, no período de maio a julho de 2019. Para análise dos dados foi utilizado o modelo estatístico EPI-INFO. A análise descritiva das variáveis foi por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicaram-se as análises bivariada e multivariada, o teste do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher e regressão logística. Considerou-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%), o *odds ratio* (OR) e valores de $p \leq 0,05$ apresentaram significância estatística. A faixa etária predominante das puérperas que fizeram uso de bebidas alcoólicas na gestação (39,6%) está compreendida entre 18 a 24 anos, se declaram brancas (66%), com ensino médio completo/superior incompleto (58,5%), renda familiar de 1-2 salários mínimos (58,5%), vínculo empregatício (35,8%) e moram com companheiro e filho (s) (39,6%). O acompanhamento da gestação foi realizado no SUS (94,35%), iniciando no 1º trimestre de gravidez (73,6%) com 7 ou mais consultas de pré-natal (79,25%). As bebidas citadas no estudo foram cerveja (51%), vinho (31%), batida (14%) e vodca (4%). Cerveja e vinho tiveram frequência de consumo raro durante a gestação. Entretanto o uso variou desde nenhuma bebida ingerida até o uso de todas. O estudo evidenciou relação do consumo de álcool durante a gestação com fatores socioeconômicos, que demonstra um problema de saúde pública. O fato de serem acompanhadas com o número de consultas apropriado, não foi garantia de qualidade de orientações, conforme as puérperas. Portanto, intervenções de prevenção e promoção de saúde mais efetivas são necessárias.

Palavras-chave: Bebidas alcoólicas. Gestante. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

The consumption of alcoholic beverages is thousands of years old, with a higher rate among the male population. Currently, this rate is increasing among women, including those of childbearing age. There is a tolerable amount of alcohol, considered non-harmful to the body. However, for pregnant women, there is no safety margin, and there must be abstinence. The consumption of alcoholic beverages during pregnancy constitutes a major risk to the health of the mother-child binomial. The aim of the study was to identify the factors associated with the use of alcoholic beverages in pregnant women who underwent prenatal care, in a city in the southern region of Brazil. This is a cross-sectional, exploratory and

descriptive study. As a collection instrument, a semi-structured form was used to interview 179 postpartum women in a public maternity hospital in the south of the country, from May to July 2019. For data analysis, the EPI-INFO statistical model was used. The descriptive analysis of the variables was by means of frequency measures and later, bivariate and multivariate analyzes, the Chi-square test or Fisher's exact test and logistic regression were applied. The 95% confidence interval (95% CI), the odds ratio (OR) and p values ≤ 0.05 were considered statistically significant. The predominant age group of the puerperal women who used alcohol during pregnancy (39.6%) is between 18 and 24 years old, declaring themselves white (66%), with complete high school / incomplete higher education (58.5%), family income of 1-2 minimum wages (58.5%), employment (35.8%) and live with a partner and child (ren) (39.6%). The pregnancy was monitored at SUS (94.35%), beginning in the 1st trimester of pregnancy (73.6%) with 7 or more prenatal consultations (79.25%). The drinks mentioned in the study were beer (51%), wine (31%), smoothie (14%) and vodka (4%). Beer and wine had a rare frequency of consumption during pregnancy. However, the use varied from no drink to the use of all. The study showed a relationship between alcohol consumption during pregnancy and socioeconomic factors, which demonstrates a public health problem. The fact that they are followed up with the appropriate number of consultations was not a guarantee of the quality of guidelines, according to the puerperal women. Therefore, more effective prevention and health promotion interventions are needed.

Keywords: Alcoholic beverages. Pregnant. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A bebida alcoólica é considerada uma droga psicotrópica que atua diretamente sobre sistema nervoso central (SNC), provocando mudança de comportamento e podendo causar dependência. É classificada como lícita, com fácil acesso, que se tornou um hábito mundial e problema de saúde pública (THAPA *et al.*, 2016; MEUCCI *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2018). O uso desta droga, não prejudica apenas o consumidor, mas também pode causar danos a outras pessoas ligadas a ele (POPOVA *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, o seu consumo tem aumentado entre as mulheres, fator que pode estar ligado à sua autonomia e inserção ao mercado de trabalho. A preocupação se torna maior, quando seu uso acontece na fase gestacional, pois pode acarretar danos ao feto (RIBEIRO, 2018). O consumo também pode estar ligado à cultura local, como demonstra estudo realizado na Província do Cabo Ocidental da África do Sul, que tem uma das taxas mais altas de Síndrome Alcoólica Fetal (FAS) documentadas no mundo, recentemente estimada em um cenário entre 18% e 26% (MAY *et al.*, 2016).

Para a população em geral, estudos demonstram que, o consumo moderado de álcool (uma dose diária, para mulheres e duas doses, para homens) não tem ação maléfica. Porém, em se tratando de gestantes, não existe margem de segurança e a orientação é manter abstinência durante a fase gestacional (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2015; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2015; MEUCCI *et al.*, 2017).

Os fetos expostos ao álcool durante a vida intrauterina podem ter Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (FASD) que compreendem: Defeitos Congênitos relacionados ao Álcool (ARBD), Transtorno do Desenvolvimento Neurológico Relacionado ao Álcool (ARND) e Síndrome do Álcool Fetal (FAS) (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2016; TACON *et al.*, 2017). Além do risco de aborto espontâneo, parto prematuro, fetos natimortos, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e baixo peso ao nascer (POPOVA *et al.*, 2017). A FASD engloba uma ampla gama de defeitos físicos e deficit cognitivos, comportamentais, emocionais e de funcionamento adaptativo, além de anomalias congênitas. Os efeitos do álcool no feto são permanentes (LANGE *et al.*, 2017). A prevalência de FASD, no Brasil, é de 0,1% (LANGE *et al.*, 2017). A diversidade de fenótipos associados ao FASD varia em gravidade e clínica dependendo do nível, padrão de consumo e tempo do consumo de álcool pela mãe (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2016). A prevalência de FASD, no Brasil, é de 0,1% (LANGE *et al.*, 2017).

A SAF, é a forma mais grave e severa descrita na literatura, sendo a expressão de maior comprometimento neuropsiquiátrico que pode acometer os seres humanos que tiveram contato com o álcool intra-útero materno (RIBEIRO, 2018). Apresenta tríade sintomática: restrições no crescimento pré/pós-natal, anomalias faciais específicas e alterações estruturais e/ou funcionais do SNC (POPOVA *et al.*, 2017; TACON *et al.*, 2017). Estima-se que 9,8% das gestantes consomem álcool, em todo o Mundo, e que quase 120.000 crianças nascem com a SAF (POPOVA *et al.*, 2017).

Estudos clínicos e experimentais com ratas prenhas, expostas à substância em questão, demonstraram que o etanol causa ruptura em células cerebrais, provocando alterações na neurogênese, na espessura do córtex, no número de

células granulares, além de tornarem os neurônios mais frágeis (TACON *et al.*, 2017).

Além disso, o álcool tem um efeito vasoconstritor, tanto no cordão umbilical quanto na placenta, acarretando um incremento na duração da exposição do feto devido à redução do fluxo sanguíneo, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (metabólito etanol) e o feto fique exposto às mesmas concentrações do sangue materno, cerca de 2 horas após a ingestão da bebida (PARDO *et al.*, 2013; MURRAY *et al.*, 2016). Como consequência, o RN passa por um quadro de abstinência, que pode manter-se nos dois primeiros dias de vida, caracterizado por: irritabilidade, hipersensibilidade, diminuição do sono, recusa alimentar, taquipneia e apneia. Entre 2 e 11 anos ficam mais evidentes as alterações no SNC, demonstrando que o cérebro é o local mais vulnerável desta síndrome (TACON *et al.*, 2017).

Em vista disso, ressalta-se a importância do pré-natal. Seus principais objetivos são, assegurar o desenvolvimento da gestação, nascimento de um RN saudável, promoção da saúde e rastreio, diagnóstico e prevenção das doenças. Além de ser uma oportunidade de comunicação entre a gestante e o profissional de saúde sanando dúvidas sobre as questões fisiológicas, comportamentais e socioculturais (BRASIL, 2012; OMS, 2016).

A unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada da gestante, no Sistema Único de Saúde (SUS), para seu acompanhamento continuado, sendo encaminhada para outros setores de maior complexidade, conforme a necessidade (BRASIL, 2012). O papel de toda equipe da UBS é fundamental, principalmente no que diz respeito ao vínculo com a mulher e sua rede de apoio. O acompanhamento técnico deve ser intercalado entre os profissionais médico e enfermeiro, para que haja uma melhor abordagem nas orientações (JOINVILLE, 2017).

Frente a esta perspectiva, o estudo teve como objetivos avaliar a prevalência do uso de bebidas alcóolicas durante a gestação das mulheres que realizaram pré-natal no município, avaliar a qualidade das orientações recebidas durante o pré-natal pelos profissionais de saúde sobre o uso de bebidas alcóolicas sob a ótica das puérperas e identificar potenciais determinantes da utilização das bebidas alcóolicas.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), parecer CEP/SD-PB nº 3.196.812, e pelo Comitê de Ética do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), parecer CEP nº 3.224.067.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que foi realizada na Maternidade Darcy Vargas, localizada no município de Joinville/ SC, no período de 01 de maio a 31 de julho de 2019.

A população estudada foi constituída por puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Darcy Vargas, que realizaram o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Joinville. Foram incluídas puérperas que tiveram o acompanhamento do pré-natal no município, gestação de risco habitual, médio ou alto risco. Excluídas as puérperas que fizeram o pré-natal em outras cidades, mesmo que tiveram acompanhamento no Ambulatório de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas, e aquelas com déficit cognitivo que fossem impeditivos para responder ao formulário.

Para o cálculo amostral, foi utilizado o programa OpenEpi para saúde coletiva. A população utilizada foi de 1500 mulheres (500 partos/mês x meses de coleta de dados), a frequência (p) foi de 80% (porcentagem da população que utiliza plantas medicinais conforme OMS), limite de confiança de 5% e efeito de desenho de 1.0. O tamanho da amostra calculado foi de 212 puérperas, entretanto, como o percentual de recusa foi de 15% (33), a amostra finalizou com 179 puérperas entrevistadas.

O universo amostral foi composto por uma taxa de respondente de 179 (84,45%), maiores de 18 anos, sem distinção de raça, nível socioeconômico e cultural, credo religioso ou de qualquer outra natureza. A seleção da amostra foi feita por conveniência.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista utilizando formulário semiestruturado, devidamente validado, composto por 23 perguntas. A primeira parte do instrumento abordou questões socioeconômicas e foram baseadas em Jarman (1983), incluindo dados como idade, estado civil e renda familiar. A segunda

parte do instrumento, baseados em Ribeiro (2018), foi composto por questões relacionadas à gestação como quando iniciou o pré-natal, número de consultas e hábitos relacionados ao consumo bebidas alcóolicas.

Os quartos da Instituição são coletivos, por esse motivo, foram feitos convites verbais em cada um dos quartos para a participação da pesquisa. Foram realizadas entrevistas à beira do leito ou em sala reservada, conforme opção das participantes, após apresentação e explanação inicial acerca do objetivo da pesquisa, e concordância do entrevistado com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis selecionadas para a análise foram divididas em 2 blocos. O primeiro bloco refere-se às características sociodemográficas e o segundo, sobre as características do pré-natal.

Bloco 1: idade, categorizadas em faixa etária: 18- 24 anos, 25 – 29 anos, 30- 34 anos, 35- 39 anos e 40- 44 anos. O estado civil: solteira, casada, união estável, divorciada e outros. Os biótipos branca, parda, negra e indígena. A escolaridade foi categorizada em fundamental incompleto, médio incompleto, superior incompleto e superior completo. Reside com companheiro; filho(s); outro(s); companheiro e filho(s); companheiro, filho(s) e outro(s); companheiro e outro(s); filho(s) e outro(s). No quesito ocupação: do lar, desempregada, com vínculo empregatício, sem vínculo empregatício, estudante. Com relação a renda familiar: 1 a 2 salários mínimos (SM), 3 a 6 SM, > 7 SM, não sabe.

Bloco 2: Fez acompanhamento do pré-natal no SUS, SUS e convênio, convênio. Iniciou o pré-natal no 1°, 2 ou 3 ° trimestre. O número de consultas foi categorizado como de 1 a 6 consultas, ≥ 7 consultas ou não lembrava. A variável recebeu alguma orientação sobre bebidas alcóolicas durante as consultas de pré-natal, foi categorizada em bem orientada (profissional orientou sobre os riscos de ingerir bebidas alcoólicas), vagamente orientada (profissional respondeu os questionamentos da gestante) e não orientada (ambos não conversaram sobre o tema).

Os dados coletados foram organizados por meio de planilhas do programa Microsoft Excel 2013. Para análise dos dados foi utilizado o software EPI-INFO, Versão 7.2.3.1. (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United State of America*) e o site estatístico OPENEPI. Foi realizada análise descritiva das

variáveis da pesquisa, por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicou-se a análise bivariada para definir a relação de cada variável independente e a variável dependente (uso ou não de bebidas alcóolicas). Nessa etapa, calculou-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e o *odds ratio* (OR). Foram utilizados o teste do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística. Para compor a análise multivariada, foram consideradas variáveis com valores de $p \leq 0,20$. Nessa etapa, foi utilizada a regressão logística e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística.

RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 179 puérperas, sendo que 29,60% delas informou ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica durante a gestação. Foi aplicado o teste de qui-quadrado para todas as variáveis socioeconômicas, de pré-natal e orientação profissional durante o pré-natal, havendo significância estatística entre a faixa etária 30 - 34 anos, a variável casada e o fator não ter vínculo empregatício.

As informações sobre a frequência semanal do consumo de bebidas alcóolicas utilizadas pelas gestantes: bebidas destiladas (batida e/ou vodka) e bebidas fermentadas (cerveja e/ou vinho) estão representadas na Tabela 1. O uso variou desde nenhuma bebida ingerida até o uso de todas. Levou-se em consideração o uso após a confirmação da gestação. A frequência foi distribuída por faixa etária e consumo da bebida. Sendo o consumo dividido em 1 a $\geq 5x$ na semana, raro (1 a 4x na durante a gestação) e as vezes (5x durante a gestação a 3x por mês).

Dos 18-24 anos, a opção de consumo foi pelas bebidas fermentadas ($n=23$) com consumo raro ($n=11$), seguida pela frequência de ingestão as vezes ($n=09$). As bebidas destiladas ($n=05$) tiveram suas frequências concentradas no uso raro.

Na faixa etária seguinte, 25-29 anos, a preferência, também foi pelas bebidas fermentadas ($n=17$), consumidas raramente ($n=11$) e às vezes ($n=05$). As bebidas destiladas foram ingeridos raramente ($n=05$).

Na fase dos 30-34 anos, as mulheres também tiveram preferência pelos fermentados ($n=11$). A ingestão foi feita raramente na gestação ($n=10$). As bebidas

destiladas foram citadas apenas por uma (01) puérpera. Novamente as bebidas fermentadas foram as de escolha na faixa etária de 35-39 anos (n=06), sendo que seu consumo foi raro na totalidade. As bebidas destiladas não foram citadas pelas puérperas nesta faixa etária. Mulheres de 40-44 anos ingeriram bebidas fermentadas (n=04) com frequência rara (n=03). As bebidas destiladas (n=02), também foram utilizadas raramente (n=02).

TABELA 1 - FREQUÊNCIA SEMANAL DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, DAS PUÉRPERAS, CONFORME FAIXA ETÁRIA. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020. N = 74

FAIXA ETÁRIA	BEBIDAS DESTILADAS (BATIDA/ VDCA)		BEBIDAS FERMENTADAS (CERVEJA/ VINHO)	
	Frequência	nº cit.	Frequência	nº cit.
18 – 24	1- 5x	0	1-5x	3
	Raro	5	Raro	11
	Às vezes	0	Às vezes	9
25 – 29	1-5x	0	1-5x	1
	Raro	5	Raro	11
	Às vezes	0	Às vezes	5
30 – 34	1-5x	0	1-5x	1
	Raro	1	Raro	10
	Às vezes	0	Às vezes	0
35 – 39	1-5x	0	1-5x	0
	Raro	0	Raro	6
	Às vezes	0	Às vezes	0
40 - 44	1-5x	0	1-5x	1
	Raro	2	Raro	3
	Às vezes	0	Às vezes	0

FONTE: DADOS DO ESTUDO (2020)

Os tipos de bebidas alcoólicas citadas no estudo foram cerveja, vinho, vodca e batida. O Gráfico 1 está distribuído conforme porcentagem de consumo de cada uma delas, porém as participantes da pesquisa poderiam citar diversas bebidas de consumo durante toda a gestação.

GRÁFICO 1 - PORCENTAGEM DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS, DAS PUÉRPERAS, CONFORME TIPO DE BEBIDA. JOINVILLE- SC, 2020. N= 74.



FONTE: DADOS DO ESTUDO (2020)

As características sócio-demográficas das puérperas, conforme a exposição às bebidas alcoólicas (n=53), estão descritas na Tabela 2. Houve predomínio da faixa etária de 18 a 24 anos (35,75%), estado civil categorizado como outros (35,75%), biótipo branco (63,10%), grau de escolaridade médio completo/ superior incompleto (57%), mora com companheiro e filho (os) (45,30%), ocupação do lar (39,65%) e possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (57,20%). Apenas 4 variáveis apresentaram significância estatística: faixa etária de 30- 34 anos, ser casada, morar com outras pessoas (exceto companheiro e filho) e não apresentar vínculo empregatício.

TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020. N= 179
(continua)

Variáveis	Uso de bebidas alcoólicas na gestação		p (x²)
	n= 53	29,60%	
Faixa Etária			
18 – 24 anos	21	32,8	N/A
25 – 29 anos	16	33,3	0,953
30 – 34 anos	09	25,0	0,041
35 – 39 anos	5	20,8	0,273
40 – 44 anos	2	28,5	>0,999
Estado Civil			
Solteira/divorciada	08	38,0	0,961
Casada/união estável	21	12,35	0,038
Outro	24	37,5	N/A
Biotipo			
Branca	35	31,0	N/A
Negra	6	33,5	0,841
Parda	12	25,5	0,491
Indígena	0	0,0	>0,999*
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	05	25,0	0,628
Fund. Completo/ Médio Incompleto	14	35,0	0,595
Médio completo/ Superior Incompleto	31	30,4	N/A
Superior Completo	03	17,6	0,439
Moradia			
Companheiro	13	33,3	0,399
Filho(s)	08	33,3	0,475
Outro(s)	04	50,0	0,148
Comp+ filho(s)	21	26,0	N/A
Comp+ filho(s)+ outro(s)	01	12,5	0,401
Comp+ outro(s)	04	30,7	0,713
Filho(s)+ outro(s)	02	33,3	>0,999*
Ocupação			
Do lar	16	22,5	0,432
Desempregado	01	8,3	0,478*
Com vínculo empregatício	19	21,8	N/A
Sem vínculo empregatício	10	43,4	0,092
Estudante	02	33,3	0,566*

TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020. N=179 (conclusão)

Renda Familiar			
1-2 salários	31	32,0	N/A
3-6 salários	17	26,0	0,427
> 7 salários	04	44,4	0,467*
Não sabe	01	12,5	0,470*

FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

*TESTE EXATO DE FISHER

Conforme as características do pré-natal das puérperas, descritas na Tabela 3, o perfil predominante foi de acompanhamento do pré-natal exclusivamente no SUS (89,40%), com início do pré-natal no 1º trimestre (89,40%), ≥ 07 consultas, porém quase metade das puérperas referiu que não foi orientada durante as consultas (45,25%). Nenhuma das variáveis apresentou significância estatística.

TABELA 3 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS ESTUDADAS, SEGUNDO O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020. N= 179

Variáveis	Uso de bebidas alcoólicas na gestação		p (x²)
	n= 53	29,60%	
Pré- Natal			
SUS	50	31,0	N/A
SUS+ convênio	02	18,0	0,588
Convênio	01	12,5	0,483
Início do Pré- Natal			0,351
1º trimestre	39	29,5	N/A
2º trimestre	12	27,2	0,773*
3º trimestre	02	66,7	0,467*
Nº consultas			
01 a 06	10	43,5	0,217
07 ou >	42	28,1	N/A
Não lembro	01	14,3	0,756*
Orientação dos Profissionais de Saúde			
Bem orientada	13	31,70	0,599
Superficialmente	18	31,60	0,989
Não orientada	22	27,10	N/A

FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

*TESTE EXATO DE FISHER

Na análise multivariada, apenas um fator está associado ao uso de bebida alcoólica. Ser casada é um fator protetor ($p=0,006$) ($OR= 0,286$; IC 95%: 0,116- 0,705) para uso de bebidas alcóolicas. Entretanto, a ocupação sem vínculo formal, é fator de risco 2 vezes maior ($p=0,041$) ($OR= 2,997$; IC 95%: 1,048- 8,574) para uso de bebidas alcóolicas.

DISCUSSÃO

De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), em 2019, mulheres em idade fértil tiveram alta prevalência no que se refere ao consumo de bebidas alcóolicas, sendo que o consumo foi proporcional aos anos de escolaridade e inversamente proporcional a idade (BRASIL, 2019). No estudo em questão, a variável idade corrobora com os dados do inquérito telefônico e com outros estudos (MELCHIOR *et al.*, 2015; MELCCI *et al.*, 2017), porém a escolaridade mais frequente foi de ensino médio completo/superior incompleto. Estudo realizado no Nepal observou que quanto menor a escolaridade da gestante, maior a chance do consumo de bebidas alcóolicas com uma frequência constante durante a gestação (THAPA *et al.*, 2016). Países desenvolvidos sugerem que o consumo de álcool é maior em gestantes com maior nível de escolaridade, incluído comparação entre nativas e imigrantes, que têm baixo índice de escolaridade, baixa renda e não moram com parceiro (BALACHOVA *et al.*, 2015; MELCHIOR *et al.*, 2015; ADDILA *et al.*, 2020).

Addila *et al.* (2020) em estudo de meta-análise realizado em 2020, afirma que fatores como conhecimento sobre os danos causados pelo álcool, ter parceiro que faz uso de bebidas, depressão e gravidez não planejada são preditores para uso de bebidas alcoólicas durante a gestação. Os resultados do nosso estudo sinalizam que o fator ser casada é protetor para uso de bebidas, e inclusive, a predominância foi de puérperas que conviviam com companheiros e filhos. Não foram questionadas se a gestação foi ou não desejada e se seus parceiros faziam uso ou não de bebidas alcoólicas. Portanto, não há como concluir se houve influência para o consumo durante a gestação, ficando uma lacuna a ser preenchida.

O presente estudo aponta que independente do uso ou não de bebidas alcoólicas, as gestantes iniciaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro

trimestre (73,75%) e fizeram ≥ 7 consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Dados que têm similaridade com estudo realizado no sul do País (MEUCCI *et al.*, 2017). Muito embora tenham feito um acompanhamento adequado, as puérperas referiram que não foram orientadas sobre os danos que poderiam ocorrer ao feto, pelo uso de álcool durante a gestação. Essa informação traz uma reflexão sobre a qualidade das orientações dos profissionais durante as consultas de pré-natal ou nos grupos de gestantes e sobre o nível de atenção e talvez, compreensão que as gestantes apresentam nestes momentos de orientação. Estudo realizado com parteiras e enfermeiras obstétricas sul-africanas demonstra que as profissionais têm conhecimento técnico suficiente sobre o tema, porém não se sentem seguras para abordá-lo e não saber lidar com a informação recebida das gestantes (WILLIANS *et al.*, 2015). A equipe da atenção primária à saúde deve estreitar seus laços com a gestante e sua rede de apoio, construindo um clima de confiança e cumplicidade para que se possa identificar os fatores de risco e criar alternativas ao uso. Para tanto, é necessário que durante as consultas de pré-natal, os profissionais dediquem um tempo à escuta qualificada (BRASIL, 2013).

Um fator relevante é que as mulheres acreditam que pelo fato da cerveja conter um teor alcóolico mais baixo que os destilados ou vinho, pode ser consumido com maior frequência (THAPA *et al.*, 2016). Este dado corrobora com o presente estudo, que demonstra um percentual maior de gestantes que consumiu bebidas fermentadas. A cerveja foi a bebida mais consumida em mais da metade da população estudada. Esse é um dado importante, visto que o município em que o estudo foi realizado, foi colonizado por alemães e a ingestão de cerveja é um hábito cultural. Todas as faixas etárias tiveram consumo raro durante o período gestacional, o que nos leva a questionar se há um receio em ingerir bebidas ou houve um constrangimento em relatar a frequência verdadeira. Porém não foi objetivo do estudo, verificar se a frequência permaneceu constante durante toda a gestação.

Não existem estudos sobre “doses seguras durante” a gestação, pois não seria ética a condução destes. O manual técnico de alto risco do MS orienta que não haja consumo de bebidas alcóolicas durante a gestação, porém no caderno de

atenção ao pré-natal de baixo risco, a orientação de abstinência é para os três primeiros meses de gestação (BRASIL, 2012; 2013).

Como limites deste estudo, aponta-se, primeiramente o fato das informações serem autorreferidas. É possível que a prevalência relatada esteja subestimada, seja pelo receio das puérperas serem censuradas pelo uso do álcool ou pelo erro recordatório em relação a frequência de uso ao longo do período gestacional. A segunda limitação se refere ao fato do estudo ser transversal, refletindo uma realidade específica em um único período.

CONCLUSÃO

Este estudo reforça os demais acerca do tema, por apresentar grande relevância no contexto da relação do binômio mãe-bebê. Identificar quais os fatores possuem relação com o consumo de bebidas alcóolicas nos auxilia principalmente a refletir sobre políticas públicas mais robustas sobre uma temática cotidiana, porém tão relevante. Soma-se ao fator de as puérperas considerarem a falta de informação dos profissionais de saúde sobre os malefícios das bebidas alcóolicas durante a gestação, gerando questionamentos sobre a qualidade das consultas e também se realmente as gestantes estão atentas às informações fornecidas ao longo do acompanhamento do pré-natal.

Tomando este estudo como referência, espera-se que pesquisas futuras desenvolvam estratégias de educação em saúde eficazes quanto à orientação para a abstinência ou redução do consumo de bebidas alcóolicas durante a gestação.

REFERÊNCIAS

ADDILA, A.E. Alcohol consumption and its associated factors among pregnant women in SubSaharan Africa: a systematic review and meta-analysis' as given in the submission system. **Rev Biomed central**. v. 15, n. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00269-3>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BALACHOVA, T. *et al.* Using a single binge drinking question to identify Russian women at risk for an alcohol-exposed pregnancy. **Addict Behav.** v. 46, p. 53–57, Jul. 2015. Disponível em: 10.1016/j.addbeh.2015.03.003. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b; 320 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças**. 2020.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). **Alcohol and pregnancy preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders**. London: BMA, 2016.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Linha de cuidado à saúde da mulher - protocolo de pré-natal**. Joinville: SMS, 2017.

JOSEPH, M. *et al.* Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 575-584, 2016.

LANGE, S. *et al.* Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 41, e89, 2017.

MAY, P.A. *et al.* The continuum of fetal alcohol spectrum disorders in four rural communities in South Africa: prevalence and characteristics. **Drug Alcohol Depend.** v. 159, p. 207-218, 2016.

MELCHIOR, M. *et al.* Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: The role of migrant status The nationally representative ELFE study. **Addictive Behaviors**, v. 51, p. 65-71, Dec. 2015.

MEUCCI, R.D. *et al.* Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 17, n. 4, p. 653-661, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400003>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MURRAU, J. *et al.* Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 575-584, May 2016. Disponível em: doi: 10.1111/jcpp.12486. Acesso em: 02 set. 2020.

PARDO, I.M.C.G. *et al.* Comparação entre a frequência de positividade do questionário T-ACE entre mães de recém-nascidos termo e prematuros. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.**, v. 15, n. 4, p. 105-108, 2013.

POPOVA, S. *et al.* Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, v. 5, n. 3, p. e290-e299, 2017.

RIBEIRO, L.L. **Prevalência e fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação entre residentes de um município da região metropolitana de Curitiba**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). **Avoid alcohol in pregnancy says RCM on new guidelines**. London: RCM, 2015. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/avoid-alcohol-inpregnancy-says-rcm-on-new-guidelines>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). **Alcohol and You – Information for you**. London: RCOG, 2015.

TACON, F.S.; TACON, K.C.B.; AMARAL, W.N. Álcool e gravidez: influência na morfologia fetal. **Rev Educação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 81-88, 2017.

THAPA, N. *et al.* Alcohol consumption practices among married women of reproductive age in Nepal: a population based house hold survey. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, e0152535, 2016.

WILLIAMS, P.P. *et al.* Screening and brief interventions for alcohol and other drug use among pregnant women attending midwife obstetric units in Cape Town, South Africa: a qualitative study of the views of health care professionals. **J Midwifery Womens Health**, v. 60, n. 4, p. 401-409, Jul./Aug. 2015. Disponível em: [10.1111/jmwh.12328](https://doi.org/10.1111/jmwh.12328). Acesso em: 14 ago. 2020.

4.3 CAPÍTULO 3: FATORES ASSOCIADOS AO USO DE PLANTAS MEDICINAIS DURANTE A GESTAÇÃO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

O consumo de plantas medicinais é milenar e seu conhecimento é passado de geração em geração. Por serem naturais, existe o conceito de que não têm contraindicações. Utilizando esse argumento, as gestantes utilizam os chás para amenizarem as queixas comuns da gestação. Com isso, o objetivo do estudo foi identificar os fatores associados ao uso inadequado de plantas medicinais em gestantes que realizaram pré-natal, em um município da região sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo. Como instrumento de coleta utilizou-se formulário semi-estruturado para entrevistar 179 puérperas em uma maternidade pública no sul do País, no período de maio a julho de 2019. Para análise dos dados foi utilizado o modelo estatístico EPI-INFO. A análise descritiva das variáveis ocorreu por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicaram-se as análises bivariada, o teste do Qui- quadrado ou o teste exato de Fisher. Os valores de $p \leq 0,05$ apresentaram significância estatística. A faixa etária predominante das puérperas que fizeram uso de plantas medicinais na gestação (34,2%), está compreendida entre 18 – 24 anos, se declaram brancas (62,2%), com ensino superior incompleto (60,4%), renda familiar de 1- 2 salários mínimos (49,55%), do lar (40,55%) e moram com companheiro e filho (s) (46,85%). O acompanhamento da gestação foi realizado no SUS (89,2%), iniciando no 1º trimestre de gravidez (70,3%) com 7 ou mais consultas de pré-natal (83,8%). A 111 puérperas utilizaram chás com fim terapêutico (34,25%), como bebida (47,75%) e com ambos os fins (18%). As plantas mais citadas foram camomila (34,60%), erva cidreira/melissa/capim limão (21,8%), erva mate (20,70%), erva doce (16,70%) e hortelã (16,20%). O estudo evidenciou que, embora as plantas medicinais tenham diversas contraindicações na gestação, são utilizadas para diversos fins, que nem sempre correspondem aos presentes na literatura.

Palavras-chave: Ervas medicinais, gestante, pré-natal.

ABSTRACT

The consumption of medicinal plants is ancient and its knowledge is passed on from generation to generation. Because they are natural, there is the concept that they have no contraindications. Using this argument, pregnant women use teas to ease common pregnancy complaints. Thus, the objective of the study was to identify the factors associated with the use of medicinal plants in pregnant women who underwent prenatal care, in a municipality in the southern region of Brazil. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study, which was carried out in a public maternity hospital, from May to July 2019, with 179 postpartum women. For data analysis, the EPI-INFO statistical model was used. The descriptive analysis of the variables was by means of frequency measures and later, bivariate analyzes, the Chi-square test or Fisher's exact test were applied. Values of $p \leq 0.05$ were statistically significant. The predominant age group of the puerperal women who used medicinal plants during pregnancy (34.2%), is between 18 - 24 years old, declaring themselves white (62.2%), with incomplete higher education (60.4%),

family income of 1-2 minimum wages (49.55%), household (40.55%) and living with a partner and child (ren) (46.85%). The pregnancy was monitored at SUS (89.2%), beginning in the 1st trimester of pregnancy (70.3%) with 7 or more prenatal consultations (83.8%). 111 puerperal women used teas for therapeutic purposes (34.25%), as drinks (47.75%) and for both purposes (18%). The most cited plants were chamomile (34.60%), lemongrass / melissa / lemongrass (21.8%), yerba mate (20.70%), fennel (16.70%) and mint (16.20 %). The study showed that, although medicinal plants have several contraindications during pregnancy, they are used for different purposes, which does not always correspond to the present literature.

Keywords: Plants, medicinal. Pregnant women. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período único e especial na vida de cada mulher, no qual ocorre o crescimento e desenvolvimento intra-útero de um ou mais embriões, em um período que varia de 38 a 42 semanas contadas após o último ciclo menstrual (MEDEIROS, 2016).

A partir do momento da fecundação, o sistema hormonal sofre alterações, modificando a regulação dos outros sistemas do corpo humano. Os níveis de progesterona e estrogênio se elevam, para que a gestação prossiga. A gonadotrofina coriônica, liberada pela placenta, inibe a liberação de oócitos pelos ovários, impedindo outra fecundação (CARDOSO *et al.*, 2016).

Durante o período gravídico, as mulheres experienciam diversas mudanças corporais e emocionais. Tais alterações ocorrem com objetivo de manter a estabilidade da díade mãe e filho, bem como a vitalidade fetal. Nesta fase ocorrem desconfortos próprios da gestação que permeiam as queixas comuns relacionadas às modificações estruturais e funcionais do organismo materno (SILVA *et al.*, 2016).

As náuseas e vômitos são relatados por 50% das gestantes, a sua patogênese não é bem conhecida e sua etiologia é provavelmente multifatorial. As adaptações hormonais próprias do início da gestação são apontadas como principais fatores etiológicos, pois a êmese gravídica costuma ser mais intensa em primigesta, gravidez múltipla e na doença trofoblástica, em que os níveis de gonadotrofina coriônica são mais altos (BRASIL, 2012b).

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), os principais sintomas são fadiga, náuseas e vômitos, principalmente entre a quarta e a sexta semana gestacional, além de

lombalgias, cefaleias e sangramentos. As queixas afetam a qualidade de vida das mulheres (BAIMA *et al.*, 2014).

Devido aos fatores citados acima, os pré-natalistas prescreviam medicamentos para aliviar as queixas, pois acreditava-se que a placenta era uma barreira que protegia o feto de qualquer ação farmacológica (COSTA *et al.*, 2017). A utilização de medicamentos por gestantes passou a ser pauta de discussão a partir da década de 1950, com a tragédia da talidomida, um medicamento sedativo, anti-inflamatório e hipnótico utilizado no tratamento de náuseas e êmese durante a gravidez, que levou ao nascimento de cerca de 10 mil crianças com focomelia, uma má-formação congênita que impede o crescimento normal dos membros superiores e inferiores, que até aquele momento era considerada rara (COSTA *et al.*, 2017).

Após esta tragédia, ficou evidente que a grande maioria dos fármacos atravessa a barreira transplacentária, atingindo assim a corrente sanguínea do feto (NICARETTA *et al.*, 2016). Portanto, na presença de queixas durante a gestação, recomenda-se o uso restrito de fármacos.

Durante o período gestacional, especialmente durante o primeiro trimestre, podem ocorrer desde abortos espontâneos, sangramento, malformação congênita (PONTES *et al.*, 2013) até parto prematuro (BORGES; OLIVEIRA, 2015). Além de erros cromossômicos numéricos, dificultando a implantação (PONTES *et al.*, 2013). Segundo Rodrigues *et al.* (2011), a fase crítica para a letalidade fetal ocorre na fase de pré-implantação (0-16 dias de gestação), pois acontece a diferenciação celular e formação do blastocisto. Este é muito sensível a ações de substâncias químicas, incluindo as plantas medicinais.

Por mais que novos conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais na gestação estejam em evidência, ainda há pouco conhecimento sobre o efeito delas nessa fase. A maioria das informações disponíveis sobre plantas medicinais relacionadas aos riscos de uso na gravidez comenta sobre o seu potencial tóxico, teratogênico e abortivo, sobre morte fetal, retardo no crescimento e complicações no parto (CAMARGO *et al.*, 2015). O efeito teratogênico da planta pode ser devido à potente ação uterotônica, promovendo um déficit da circulação fetal e por consequência pode ocasionar diversas anomalias congênitas (MEDEIROS, 2016).

Um estudo nos Estados Unidos da América revelou que 45 a 93 % das parteiras interrogadas administravam ou aconselhavam produtos à base de plantas

(DUGOUA, 2010). Por outro lado, na Itália, mais de 25 % das mulheres grávidas admitiram a utilização de produtos à base de plantas diariamente por um período igual ou superior a três meses, sendo dos mais frequentemente usados a camomila e o óleo de amêndoas doces (FACCHINETTI, 2012).

No âmbito nacional, o Estado do Rio de Janeiro possui legislação sobre uso de plantas medicinais no período gestacional. A Resolução da Secretaria de Estado de Saúde/RJ n.º 175713, leva em consideração o potencial tóxico, teratogênico e abortivo de diversas espécies vegetais medicinais e visa a esclarecer a população em geral e aos profissionais de saúde sobre o risco do uso indiscriminado de tais espécies (PONTES *et al.*, 2013). A região sul do País, em Londrina- PR, também apresenta uma listagem de fitoterápicos contraindicados no período gestacional em seu Protocolo de Fitoterapia (LONDRINA, 2012). Entretanto, protocolos e legislações municipais ou estaduais sobre a ação das plantas medicinais no período gestacional ainda são atípicos, deixando os pré-natalistas sem respaldo para orientar as gestantes. Diante desse contexto, as gestantes utilizam chás, acreditando que o natural não tem contra- indicações.

Frente a esta perspectiva, o estudo teve como objetivos descrever as plantas medicinais utilizadas, forma e parte utilizada, finalidade do uso, assim como o local de obtenção das mesmas pelas mulheres que realizaram o pré-natal no município de Joinville -SC; avaliar a prevalência do uso inadequado de plantas medicinais durante a gestação, das mulheres que realizaram pré-natal no município; avaliar a qualidade das orientações recebidas durante o pré-natal pelos profissionais de saúde sobre o uso de plantas medicinais sob a ótica das puérperas; comparar o emprego de plantas medicinais pela população estudada com o descrito na literatura, de modo a identificar incongruências e riscos de utilização inapropriada e relacionar os potenciais determinantes da utilização das plantas medicinais.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), parecer CEP/SD-PB n° 3.196.812, e pelo Comitê de Ética do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), parecer CEP n° 3.224.067.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que foi realizado na Maternidade Darcy Vargas, localizada no município de Joinville/ SC, no período de 01 de maio a 31 de julho de 2019.

A população estudada foi constituída por puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Darcy Vargas, que realizaram o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Joinville. O alojamento conjunto, para onde o binômio mãe e RN são encaminhados com, no mínimo, uma hora de pós-parto são quartos coletivos.

Foram incluídas puérperas com acompanhamento do pré-natal no município, gestação de risco habitual, médio ou alto risco. Excluídas as puérperas que fizeram o pré-natal em outras cidades, mesmo que tiveram acompanhamento no Ambulatório de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas, e aquelas com déficit cognitivo que fossem impeditivos para responder ao formulário.

Para o cálculo amostral, foi utilizado o programa OpenEpi para saúde coletiva. A população utilizada foi de 1500 mulheres (500 partos/mês x meses de coleta de dados), a frequência (p) foi de 80% (porcentagem da população que utiliza plantas medicinais conforme OMS), limite de confiança de 5% e efeito de desenho de 1.0. O tamanho da amostra calculado foi de 212 puérperas, entretanto, como o percentual de recusa foi de 15% (33), a amostra finalizou com 179 puérperas entrevistadas.

O universo amostral foi composto por uma taxa de respondente de 179 (84,45%), maiores de 18 anos, sem distinção de raça, nível socioeconômico e cultural, credo religioso ou de qualquer outra natureza. A seleção da amostra foi feita por conveniência.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista utilizando formulário semiestruturado, devidamente validado, composto por 23 perguntas. A coleta dos dados ocorreu no período de 01 de maio à 31 de julho de 2019.

A primeira parte do instrumento abordou questões socioeconômicas e foram baseadas em Jarman (1983), incluindo dados como idade, estado civil e renda familiar. A segunda parte do instrumento, baseados em Ribeiro (2018), foi composto por questões relacionadas a gestação como quando iniciou o pré-natal, número de consultas. A terceira parte do instrumento, baseados em Gonçalves (2017), é composta por hábitos relacionados ao consumo de plantas medicinais, como nome

da planta, parte da planta utilizada, quando é feito seu uso, forma de uso (seca ou fresca), como é feito seu uso (maceração, infusão, chá), indicação, com quem aprendeu a usá-la e aquisição.

Os quartos da Instituição são coletivos, por esse motivo, foram feitos convites verbais em cada um dos quartos para a participação da pesquisa. Foram realizadas entrevistas à beira do leito ou em sala reservada, conforme opção das participantes, após apresentação e explanação inicial acerca do objetivo da pesquisa, e concordância do entrevistado com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis selecionadas para a análise foram divididas em 4 blocos. O primeiro bloco refere-se as características sociodemográficas; o segundo, sobre as características do pré-natal; o terceiro, sobre o comportamento durante a gestação e o quarto refere-se ao uso de plantas medicinais.

Bloco 1: idade, categorizadas em faixa etária: 18- 24 anos, 25 – 29 anos, 30- 34 anos, 35- 39 anos e 40- 44 anos. O estado civil: solteira/divorciada, casada/união estável e outros. Os biótipos branca, parda, negra e indígena. A escolaridade foi categorizada em fundamental incompleto, médio incompleto, superior incompleto e superior completo. Reside com companheiro; filho(s); outro(s); companheiro e filho(s); companheiro, filho(s) e outro(s); companheiro e outro(s); filho(s) e outro(s). A variável mora com companheira não está descrita na tabela, pois não foi citada durante as entrevistas. No quesito ocupação: do lar, desempregada, com vínculo empregatício, sem vínculo empregatício, estudante. Com relação a renda familiar: 1 a 2 salários mínimos (SM), 3 a 6 SM, > 7 SM, não sabe.

Bloco 2: Fez acompanhamento do pré-natal no SUS, SUS e convênio, convênio. Iniciou o pré-natal no 1º, 2 ou 3º trimestre. O número de consultas foi categorizado como de 1 a 6 consultas, ≥ 7 consultas ou não lembrava. Comunicou ao profissional que acompanha o pré-natal, que fez uso de chás, A variável, recebeu alguma orientação sobre plantas medicinais durante as consultas de pré-natal, foi categorizada em bem orientada (profissional orientou sobre os riscos de utilizar plantas medicinais), vagamente orientada (profissional respondeu os questionamentos da gestante) e não orientada (ambos não conversaram sobre o tema).

Bloco 3: Se fazia ou não uso de plantas medicinais antes da gestação, qual recurso utiliza quando está doente (UBS, plantas medicinais, vizinho, farmácia e não sabe) e porquê (mais prático/barato ou mais confiável/eficiente).

Bloco 4: Nome da planta, parte da planta utilizada, quando é feito seu uso, forma de uso (seca ou fresca), como é feito seu uso (maceração, infusão, chá), indicação, com quem aprendeu a usá-la e aquisição. Neste bloco, algumas variáveis que não foram citadas, não estão descritas nas tabelas.

Na análise de dados, as indicações de uso popular foram substituídas pelos termos técnicos correspondentes na medicina, por exemplo: para “aumentar produção de leite”, utilizou-se “galactagogo”; para “dor de estômago”, utilizou-se “epigastralgia” (INFOPÉDIA, 2016).

Os dados coletados foram organizados por meio de planilhas do programa Microsoft Excel 2013. Para análise dos dados foi utilizado o software EPI-INFO, Versão 7.2.3.1. (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United State of America*) e o site estatístico OPENEPI. Foi realizada análise descritiva das variáveis da pesquisa, por meio de medidas de frequência e posteriormente, aplicou-se a análise bivariada para definir a relação de cada variável independente e a variável dependente (uso ou não de bebidas alcóolicas). Nessa etapa, calculou-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e o *odds ratio* (OR). Foram utilizados o teste do Qui- quadrado ou o teste exato de Fisher e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística. Para compor a análise multivariada, foram consideradas variáveis com valores de $p \leq 0,20$. Nessa etapa, foi utilizada a regressão logística e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados com significância estatística.

RESULTADOS

Participaram do estudo 179 puérperas, sendo que 111 (62%) fizeram uso de uma ou mais plantas medicinais durante a gestação para fins medicinais ou em substituição a outra bebida (café, suco, refrigerante).

A faixa etária que compôs o maior número de participantes da pesquisa, que fizeram uso de plantas medicinais na gestação (34,2%), está compreendida entre 18 – 24 anos.

As puérperas que apresentaram a maior porcentagem quanto ao uso de plantas medicinais foram as casadas/união estável (55,85%). As puérperas que se auto referiram como brancas (62,2%) foram as que mais ingeriram chás. Com relação à escolaridade, têm ensino médio completo/superior incompleto (60,4%). Moram com o companheiro e filho (s) (46,85%), são do lar (40,55%) e têm renda familiar de 1-2 salários mínimos (49,55%), conforme Tabela 1. Nenhuma das variáveis teve significância estatística ($p < 0,05$).

TABELA 1 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE PLANTAS MEDICINAIS. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N= 179

(continua)

Variáveis	Uso de planta medicinal na gestação		p (χ^2)
	n=111	62%	
Faixa Etária			0,935
18 – 24 anos	38	34,2	
25 – 29 anos	32	28,83	
30 – 34 anos	24	21,62	
35 – 39 anos	14	12,61	
40 – 44 anos	3	2,7	
Estado Civil			
Solteira/ Divorciada	13	11,70	0,724
Casada/ União Estável	62	55,85	N/A
Outro	36	32,45	0,217
Biotipo			
Branca	69	62,2	N/A
Negra	12	10,8	0,649
Parda	30	27,0	0,742
Indígena	0	0,0	0,789*
Escolaridade			0,207
Fundamental Incompleto	13	11,7	
Fund. Completo/ Médio Incompleto	21	18,9	
Médio completo/ Superior Incompleto	67	60,4	
Superior Completo	10	9,0	
Moradia			
Companheiro	25	22,55	0,991
Filhos	14	12,6	0,601

TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO O USO DE PLANTAS MEDICINAIS. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N=179 (conclusão)

Outros	3	2,7	0,272
Comp+ filho	52	46,85	N/A
Comp+ filho+ outros	6	5,4	0,851
Comp+ outros	6	5,4	0,348
Filho+ outros	5	4,5	0,641
Ocupação			
Do lar	45	40,55	N/A
Desempregado	10	9,0	0,306
Com vínculo empregatício	36	32,45	0,250
Sem vínculo empregatício	16	14,4	0,589
Estudante	4	3,6	>0,999
Renda Familiar			0,104
1- 2 salários	55	49,55	
3- 6 salários	41	36,95	
> 7 salários	8	7,2	
Não sabe	7	6,3	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

*Teste exato de Fisher

Na Tabela 2, acompanhamento da gestação no SUS sobressaiu (89,2%), iniciaram precocemente a supervisão da gravidez (70,3%). Como preconizado pelo MS, as gestantes fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal (83,8%). Com relação às orientações fornecidas pelos pré- natalistas (46,85%), disseram não terem sido orientadas sobre os riscos do consumo de plantas medicinais, durante as consultas. Quando perguntado às mulheres sobre o uso de chás, 43,25% referiram não lembrar se comunicaram ao profissional sobre o uso.

TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A EXPOSIÇÃO À PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL. 2020. N = 179 (continua)

Variáveis	Uso de planta medicinal na gestação		p (x²)
	n=111	62(%)	
Pré-Natal			
SUS	99	89,2	N/A
SUS+ convênio	6	5,4	0,854*
Convênio	6	5,4	0,730*

TABELA 2 - ANÁLISE BIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A EXPOSIÇÃO À PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 179 (conclusão)

Início do Pré-Natal			
1º trimestre	78	70,3	N/A
2º trimestre	31	27,9	0,179
3º trimestre	2	1,8	>0,999*
Nº consultas			
01 a 06	15	13,5	0,795
07 ou >	93	83,8	N/A
Não lembro	3	2,7	0,512*
Orientação dos Profissionais de Saúde			
Bem orientada	22	19,8	0,261
Superficialmente	37	33,35	0,931
Não orientada	52	46,85	N/A
Comunicou ao Profissional o uso de Planta			
Sim	30	27,0	-
Não	33	29,75	0,000
Não lembra	48	43,25	N/A

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

*Teste exato de Fisher

As puérperas tinham o hábito de ingerir plantas medicinais antes da gravidez, e continuaram com o comportamento até o nascimento do filho (57,65%).

Quando questionadas sobre qual recurso utilizam quando ficam doentes, fora do período gestacional, 37,85% responderam que optam por comprar medicamentos, sem receita, na farmácia por ser mais prático/barato (59,45%). As variáveis uso de plantas medicinais quando adoece e uso durante a gestação, tiveram significância estatística ($p \leq 0,05$).

TABELA 3 - ANÁLISE BIVARIADA SOBRE COMPORTAMENTO DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A EXPOSIÇÃO À PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 179

Variáveis	Uso de planta medicinal na gestação		p (x²)
	n= 111	62 (%)	
Uso de plantas medicinais antes da gestação			
Sim	64	57,65	N/A
Não	47	42,35	0,00

Quando adoece, fora do período gestacional, qual recurso utiliza

UBS	28	25,25	0,811
Plantas Medicinais	38	34,2	0,002
Vizinho	1	0,9	>0,999
Farmácia	42	37,85	N/A
Não sabe	2	1,8	0,598

Por que utiliza o recurso

Mais prático/barato	66	59,45	N/A
Mais confiável/eficiente	43	38,75	0,673
Não sabe	2	1,8	0,803

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

*Teste exato de Fisher

As plantas medicinais foram utilizadas pelas 111 puérperas com finalidade terapêutica (de acordo com alguma queixa), como forma de bebida apenas ou em ambas as situações, visto que cada puérpera pode ter feito uso de vários chás durante a gestação. A variável faixa etária foi estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$), demonstrando possível fator de interferência no comportamento das puérperas, conforme demonstrado na Tabela 4.

TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 111

(continua)

Variáveis	Finalidade do uso do chá (planta medicinal)						p (x²)
	Bebida		Terapêutico		Ambos		
	n= 53	47,75 (%)	n= 38	34,25 (%)	n= 20	18,00 (%)	
Faixa Etária							0,009
18 – 24 anos	22	42,0	11	29,0	5	25,0	
25 – 29 anos	13	25,0	8	21,0	11	55,0	
30 – 34 anos	11	21,0	13	34,0	0	0,0	
35 – 39 anos	6	11,0	6	16,0	2	10,0	
40 – 44 anos	1	2,0	0	0,0	2	10,0	
Estado Civil							0,099
Solteira/divorciada	9	17,0	1	2,50	3	15,0	
Casada/união estável	26	49,0	22	58,0	14	70,0	
Outro	18	34,0	15	39,50	3	15,0	
Biótipo							0,837
Branca	33	62,0	26	68,0	10	50,0	
Negra	6	11,0	3	8,0	3	15,0	
Parda	14	26,0	9	24,0	7	35,0	
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Escolaridade							0,778
Fundamental Incompleto	7	13,0	5	13,0	1	5,0	
Médio Incompleto	9	17,0	7	18,0	5	25,0	
Superior Incompleto	31	58,0	24	63,0	12	60,0	
Superior Completo	6	11,0	2	5,0	2	10,0	
Moradia							0,544
Companheiro	11	21,0	10	26,0	4	20,0	
Filhos	5	9,0	4	11,0	5	25,0	
Outros	2	4,0	1	3,0	0	0,0	
Comp+ filho	24	45,0	20	53,0	8	40,0	
Comp+ filho+ outros	3	6,0	2	5,0	1	5,0	
Comp+ outros	4	8,0	1	3,0	1	5,0	
Filho+ outros	4	8,0	0	0,0	1	5,0	
Ocupação							0,313
TABELA 4 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 111 (conclusão)							
Com vínculo empregatício	19	36,0	9	24,0	8	40,0	
Sem vínculo empregatício	5	9,0	8	21,0	3	15,0	
Estudante	1	2,0	2	5,0	1	5,0	
Renda Familiar							0,2058
1- 2 salários	24	45,0	19	50,0	12	60,0	
3– 6 Salários	21	40,0	12	32,0	8	40,0	
> 7 salários	4	8,0	4	11,0	0	0,0	
Não sabe	4	8,0	3	8,0	0	0,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Independente da finalidade do uso das plantas medicinais, o acompanhamento do pré-natal foi marjoritariamente pelo SUS, senso seu início precoce e com, no mínimo, 7 consultas, como preconizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 5). Apenas a variável comunicou ao profissional de saúde o uso de plantas medicinais foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

TABELA 5 - CARACTERÍSTICAS DO PRÉ- NATAL DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 111

Finalidade do uso do chá (planta medicinal)							
Variáveis	Bebida		Terapêutico		Ambos		p (x²)
	n= 53	47,75 (%)	n= 38	34,25 (%)	n= 20	18,00 (%)	
Pré- Natal							0,351
SUS	47	89,0	33	87,0	19	95,	
SUS+ convênio	2	4,0	4	11,0	0	0,0	
Convênio	4	8,0	1	3,0	1	5,0	
Início do pré- natal							0,848
1º trimestre	38	72,0	26	68,0	14	70,0	
2º trimestre	14	26,0	11	29,0	6	30,0	
3º trimestre	1	2,0	1	3,0	0	0,0	
Nº consultas							0,518
01 a 06	7	13,0	7	18,0	1	5,0	
07 ou >	44	83,0	30	79,0	19	95,0	
Não lembro	7	13,0	1	3,0	0	0,0	
Orientação dos profissionais de saúde							0,276
Bem orientada	8	15,0	8	21,0	6	30,0	
Superficialmente	15	28,0	16	42,0	6	30,0	
Não orientada	30	57,0	14	37,0	8	40,0	
Comunicou ao profissional o uso de planta medicinal							0,00
Sim	3	6,0	16	42,0	11	55,0	
Não	8	15,0	18	47,0	7	35,0	
Não lembra	42	79,0	4	11,0	2	10,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

As puérperas que não faziam uso de plantas medicinais antes da gestação, iniciaram o consumo como forma de bebida (62%), no entanto, as que já tinham o hábito de ingerir chás antes do período gestacional, utilizaram como bebida e também com finalidade terapêutica (80%). Quando questionadas sobre qual recurso utilizava antes da gestação, responderam que é mais prático/barato comprar medicações na farmácia ou ingerir plantas medicinais (Tabela 6). O uso de plantas medicinais antes da gestação foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

TABELA 6 - DADOS SOBRE COMPORTAMENTO DAS PUÉRPERAS, SEGUNDO A FINALIDADE DO USO PLANTA MEDICINAL. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N = 111

Finalidade do uso do chá (planta medicinal)							
Variáveis	Bebida		Terapêutico		Ambos		p (x²)
	n= 53	47,75 (%)	n= 38	34,25 (%)	20	18,00 (%)	
Uso de plantas medicinais antes da gestação							0,00
Sim	20	38,0	28	74,0	16	80,0	
Não	33	62,0	10	26,0	4	20,0	
Quando adoecer, qual recurso utiliza							0,324
UBS	17	32%	8	21%	3	15%	
Plantas Medicinais	13	25%	16	42%	9	45%	
Vizinho	0	0%	1	3%	0	0%	
Farmácia	21	40%	13	34%	8	40%	
Não lembra	2	4%	0	0%	0	0%	
Por que utiliza o recurso							0,438
Mais prático/ barato	28	53,0	24	63,0	14	70,0	
Mais eficiente/ confiável	23	43,0	14	37,0	6	30,0	
Não lembra	2	4,0	0	0,0	0	0,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A pesquisa não teve como objetivo a coleta e identificação botânica das plantas medicinais. Por isso, apresentamos o Quadro 1, com o nome popular das plantas citadas pelas puérperas e seus respectivos nomes científicos, local de origem e local de cultivo.

Plantas com menos de 10 citações não compuseram o quadro. Serão apenas citadas no texto.

O alecrim (citado uma vez) é classificado segundo Lorenzi (2002) como: *Achyrocline satureioides* (Lam.) (Nativa do sul/sudeste do país), *Anemopaegma arvense* (Vell.) Stellf (Nativo Brasil central), *Hypericum perforatum* L. (Nativa da América do Norte. Cultivada com fim ornamental no sul do país) *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br (Nativa Brasil), *Lippia gracilis* Schauer (Nativa do nordeste do país), *Lippia sidoides* Cham (Cultivo sul/sudeste do país), *Lippia microphylla* Cham (Cultivo nordeste do país), *Polygala paniculata* L. (Nativa Costa Bahia ao Rio Grande do Sul), *Rosmarinus officinalis* L. (Nativa do Mediterrâneo) e *Vitex agnus-castus* L. (Nativa da África. Cultivo norte/ nordeste do país).

O boldo (citado por 5 puérperas), é classificado conforme Lorenzi (2002) como: *Plectranthus barbatulus* Andrews (Nativa da Índia. Cultivada no Brasil) e

Vernonia condensata Baker (Nativa da África. Cultivada no sudeste do país).

A canela (citada por 5 puérperas), é citada por Londrina (2012) *Cinnamomum cassia* (L.) J. Presl e classificada por Lorenzi (2002) como: *Cinnamomum zeylanicum* Breyn (Nativa da Índia. Cultivada no Brasil), *Croton zehntneri* Pax. & K. Hoffm (Nativa do nordeste a Minas Gerais), *Drimys winteri* J.R. Forst. & G. Forst (Nativa da região central do Chile. Cultivada do Nordeste ao sul do país) e *Ocotea odorífera* (Vell.) Rohwer (Nativa da Bahia ao Rio Grande do Sul).

A cavalinha foi citada por 1 puérpera. Classificada por Lorenzi (2002) como *Equisetum giganteum* L./ *Equisetum arvense* é nativa da área pantanosa do Brasil. O chá preto/verde (citado 3 vezes) é classificado como: *Camellia sinensis* (L.) Kuntze (Nativa da Ásia. Cultivada em São Paulo) e *Capraria biflora* L (Cultivada na América tropical (PI, ES, MG e GO)) (LORENZI, 2002).

O chá de coentro, ingerido apenas por 1 puérpera é classificado por Lorenzi (2002) como *Coriandrum sativum* L. É Nativa da região Mediterrânea cultivada no norte/nordeste/centro-oeste do país. O gengibre, comumente utilizado para náuseas, foi citado apenas 5 vezes. Classificada como *Alpinia zerumbet* (Pers.) B.L. Burtt & R.M. Sm, *Curcuma longa* L e *Zingiber officinale* Roscoe (LORENZI, 2002). Todas são nativas da Ásia e cultivadas no Brasil.

O guaco (citado 1 vez) é nativo do Brasil (principalmente regiões sul e sudeste). Classificado por Lorenzi (2002) como: *Aristolochia cymbifera* Mart. & Zucc, *Mikania cordifolia* (L.f.) Willd, *Mikania glomerata* Spreng e *Mikania hirsutissima* DC. A macela (citada por 2 puérperas) é classificada como *Achirocline satureioides* (Lam.) DC/ *Achirocline satureioides* (Lam.) DC (Nativa sul/sudeste do país), *Bidens pilosa* L. (Nativa da América Tropical), *Egletes viscosa* (L.) Less (Nativa da América tropical, incluindo Brasil (PI ao MT)), *Solidago chilensis* Meyen (Nativa do sul/sudeste do país), *Tanacetum parthenium* (L.) Sch Bip (Cultivo em clima temperado do país) e *Tanacetum parthenium* (L.) Sch. Bip (Cultivo no nordeste do país) (LORENZI, 2002).

A manjerona, também citada 2 vezes, é classificada por Lorenzi (2002) como *Origanum vulgare* L./ *Origanum majorana* L. É nativa do sul da Europa e cultivada no sul/sudeste do país. A noz-moscada, utilizada por 1 puérpera, é citada por Ferrão et al (2020) como *Myristica fragrans* Houtt. A *Virola oleífera* (Schott) A.C. Smith. é cultivada no sul/sudeste do país e a *Virola surinamensis* (Rol. ex Rottb.) Warb. é

nativa da Amazônia (LORENZI, 2002).

O orégano (citado 1 vez) é nativo do sul da Europa e cultivado no sul/sudeste do país. Classificado como *Origanum vulgare* L. por Lorenzi (2002). O poejo foi consumido por 2 puérperas. Classificado como *Mentha pulegium* L. é nativo da Ásia, Arábia e Europa (LORENZI, 2002). A sene (consumida 1 vez), é citada por Londrina (2012) como *Cassia angustifolia* Vahl. e classificada por Lorenzi (2002) como *Senna corymbosa* (Lam.) H.S. Irwin & Barneby. É nativa do sul/sudeste do país e *Senna occidentalis* (L.) Link (sene), nativa da América tropical e cultivada no nordeste do país. A tanchagem (citada 1 vez) é classificada como *Plantago major* L. É nativa da Europa e cultivada no sul do país (LORENZI, 2002).

QUADRO 1 - ESPÉCIES VEGETAIS, CITADAS PELAS PUÉRPERAS, REFERENCIADAS POR FINALIDADE TERAPÊUTICA, NOME POPULAR E CIENTÍFICO. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020.

(continua)

Nome popular/nº citações	Nome científico/ nome popular/ origem/ cultivo	Indicação de uso de acordo com a literatura
Camomila (62)	- <i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC ¹ (alecrim-de-parede). Nativa sul/sudeste;	¹ Antiinflamatória, antiespasmódica, analgésica, emenagoga ; ² carminativa, bacteriostática, ansiolítica, sedativa, emenagoga ; ³ enxaqueca, dispepsia, diarreia, suspensão da menstruação, antiinflamatória, vermífugo, analgésica, pode induzir aborto (LORENZI, 2002); ² digestivo, antiinflamatório, antiespasmódico, calmante, cicatrizante, antialérgico (LONDRINA, 2012); ² o óleo essencial possui propriedades espasmolíticas, antimicrobianas e desinfetantes (HOMAMI et al., 2016).
	- <i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert/ <i>Matricaria recutita</i> L. ² (camomila, camomila-romana, camomila-comum, camomila-dos-alemaes, camomila-verdadeira, camomila-legítima, camomila-vulgar, maçanilha, matricária). Nativa da Europa. Cultivada no sul do país;	
	- <i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip. ³ (camomila-pequena, macela-da-serra, margaridinha, olguinha, margaridinha-branca). Cultivo nordeste.	
	- <i>Aloysia triphylla</i> ⁴ (L'Hér.) Britton (erva-cidreira, cidró, cidró-pessegueiro, cidrão, erva-luís, cidrozinho). Nativa possivelmente do Chile. Cultivada no sul do país;	
Erva cidreira/ Capim limão/Melissa (39)	- <i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stapf. ¹ (erva-cidreira, capim-cidreira, capim-cheiroso, capim-limão, capim-santo, capim-de-cheiro, capim-marinho, capim-cidró, chá-de-estrada, cidró, citronela-de-java, capim-cidrilho, pachuli, capim-Catinga, capim-ciri, grama-cidreira, capim-cidrilho, capim-citronela). Nativa da Europa, África e Ásia. Cultivada no Brasil;	¹ Analgésica, antiespasmódica, antimicrobiana, ansiolítica; ² flores possuem ação antiespasmódica, antitérmica, vasodilatadora, hipoglicemiante, hipotensora e estrogênica; ³ , ⁴ ação bacteriostática, virustática, ansiolítica, antiespasmódica, analgésica; ⁵ analgésica, sedativa, ansiolítica, mucolítica (LORENZI, 2002); ³ propriedade ansiolítica, antifúngica e antibacteriana (COLUSSI et al., 2011); ³ efeito antiviral sobre lesões herpéticas tipo 1 verificado em ensaio clínico (AMIN; OLIVA, 2014); ³ atividade anti oxidativa, antibiótica e sedativa (LUZ et al., 2014); ³ antiespasmódico sedativo leve
	- <i>Hyptis suaveolens</i> (L.) Poit. ² (erva-cidreira, melissa-de-pison, alfavacão, alfavacão-de-caboclo, alfavacão-brava, alfavaca-de-caboclo, cheirosa, salva-limão, bamburral, betônica-brava, mentrasto-graçu, são-pedro-caá, cheirosa, pataquera, betônia-branca, batônia, celine, mentrasto-do-grande, chá-de-frança, salva-limão). <i>*Hyptis mutabilis</i> (Rich) é nativa do sul do país;	
	- <i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. ⁵ (erva-cidreira-de-arbusto, cidreira-brava, falsa-melissa, erva-cidreira, erva-cidreira-brasileira, cidreira- carmelitana, chá-de-tabuleiro, cidrila, salva, salva-do-brasil, salva-limão, salva-brava, sálvia, alecrim-selvagem). Nativa Brasil;	

QUADRO 1 – ESPÉCIES VEGETAIS, CITADAS PELAS PUÉRPERAS, REFERENCIADAS POR FINALIDADE TERAPÊUTICA, NOME POPULAR E CIENTÍFICO. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020 (continuação)

	-<i>Melissa officinalis</i> L. ³ (cidreira, erva-cidreira, cidreira-verdadeira, melissa, cidrilha, meliteia, chá-da-frança, limonete, citronela-menor, melissa-romana, erva-luísa, salva-do-brasil, chá-de-tabuleiro). Nativa da Ásia e Europa. Cultivada no Brasil;	(BRASIL, 2011).
Erva doce (30)	-<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. ¹ (erva-doce, erva-doce-brasileira, erva-doce-de-cabeça, falsa-erva-doce, falso-anis, folho, folho-de-florena, folho-doce, funcho, funcho-bastardo, funcho-comum, funcho-doce, funcho-italiano, funcho-vulgar, pinocchio). Nativa da Europa. Cultivada no Brasil;	² Hipoglicemiante, hipotensora, diurética e cardiotônica; ^{1,3} antifúngica, carminativa, espasmolítica, galactogoga (LORENZI, 2002).
	-<i>Stevia rebaudiana</i> (Bertoni) ² (erva-doce, azuca-caá, caá-hé-e, caá-jhe-hê, caá-yupi, capim-doce, eira-caá, erva-adocicada, estévia, folha-doce, planta-doce, stévia). Nativa do Paraná;	
	-<i>Pimpinella anisum</i> L. ³ (erva-doce, anis, aniz, aniz-verde, pimpinela-branca). Nativa da Ásia. Cultivada no sul do país.	
	-<i>Ilex paraguariensis</i> A. St.- Hil ¹ (erva-mate, mate, chá-mate, congonha, erva, erva-congonha, erva-verdadeira, erveira). Nativa do sul da América do Sul (MT-RS).	
Erva Mate (37)	-<i>Mentha arvensis</i> L. ¹ (hortelã-do-brasil, hortelã-japonesa, hortelã, menta, hortelã-pimenta, hortelã-das-cozinhas, menta-inglesa, vique). Nativa do Oriente. Cultivada sudeste/nordeste do país;	¹ Vasodilatadora, estimulante do SNC, antioxidante (LORENZI, 2002); ¹ estimulante, diurética, antidiarreica (LONDRINA, 2012).
	-<i>Mentha pulegium</i> L. ² (hortelã-miúda, menta-miúda, poejo, poejinho, poejo-das-hortas, poejo-real, poejo-do-rei). Nativa da Ásia, Arábia e Europa;	
	-<i>Mentha x piperita</i> L. ³ (hortelã, hortelã-pimenta, menta, menta-inglesa, hortelã-apimentada, hortelã-das-cozinhas, menta-inglesa, sândalo). Nativa da Europa. Cultivo no Brasil;	
	-<i>Mentha x villosa</i> Huds ⁹ . Nativa da Europa. Cultivada no Brasil;	
	-<i>Marrubium vulgare</i> L. ⁷ (hortelã-grande, hortelã-da-folha-grossa, hortelã-do-maranhão, marroio, marroio-comum, malvão, marroio-branco, bom-hom, erva-virgem). Nativa da Europa, Ásia e África. Ocasionalmente cultivada no sul do país;	
Hortelã/Menta (29)		¹ Antidispéptica, descongostante nasal; ² amenorreia, diurética. Em doses elevadas tem ação abortiva; ^{3,8,9} espasmolíticas, carminativas, anti-helmínticas; ⁴ carminativa, antitussígena; ⁵ emenagoga ; ⁶ ação antiepilética, antinflamatória, antitussígena; ⁷ expectorante, antinflamatória, antiespasmódica (LORENZI, 2002); ¹ utilizada no combate de distúrbios estomacais, do aparelho respiratório e de parasitas intestinais (CHAGAS et al.,

QUADRO 1 – ESPÉCIES VEGETAIS, CITADAS PELAS PUÉRPERAS, REFERENCIADAS POR FINALIDADE TERAPÊUTICA, NOME POPULAR E CIENTÍFICO. JOINVILLE-SC, BRASIL, 2020

	- <i>Marsypianthes chamaedrys</i> ⁸ (Vahl) Kuntze. Nativa da América. Cultivada em todo o Brasil;	2013); ³ diabetes, diarreias, expectorante, antisséptico e broncodilatador. (LONDRINA, 2012); ³ a hortelã- pimenta possui indicação como antidiabético, antiflatulento e antiespasmódico (BRASIL, 2011).
	- <i>Peltodon radicans</i> Pohl ¹⁴ (hortelã-do-mato, paracari, rabugem-de-cachorro). Nativa do Brasil, frequente no sudeste	
	- <i>Peltodon radicans</i> Pohl ¹⁴ (hortelã-do-mato, paracari, rabugem-de-cachorro). Nativa do Brasil, frequente no sudeste;	
	- <i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng. ⁶ (hortelã-graúda, hortelã-grande, hortelã-da-folha-grossa, hortelã-de-folha-graúda, hortelã-da-bahia, malva-do-reino, malva-de-cheiro, malvarisco, malvariço, malvaíscos). Nativa da Nova Guiné. Cultivada no Brasil;	

As informações referentes às plantas medicinais que foram utilizadas pelas puérperas, a parte utilizada, o modo e frequência de uso e a apresentação no momento do preparo, estão apresentadas na Tabela 7.

Foram registradas 234 citações de uso de plantas medicinais, totalizando 19 espécies. Dado relevante, foi que, diversas mulheres utilizaram mais de uma delas durante o período gestacional.

Os cinco chás mais citados foram camomila (34,60%), erva cidreira/melissa/capim limão (21,8%), erva mate (20,70%), erva doce (16,70%) e hortelã (16,20%).

A parte mais utilizada da camomila para o preparo da bebida foi a flor (91,9%) na sua forma de uso seca (82,3%), utilizando a infusão (59,7%) para o seu preparo. Em 38,7% das puérperas, a planta foi utilizada sempre, na gestação.

A cidreira/melissa/capim limão teve seu preparo na fervura (53,8%) das folhas (94,8%) com apresentação na forma seca (51,3%). O chá foi ingerido durante todo período gestacional (51,3%).

A folha (97,3%) na sua forma seca (100,0%), da erva mate, foi utilizada na forma de infusão (70,3%) para o consumo frequente (54,1%) das gestantes. Sendo também de consumo frequente (53,3%), a erva doce teve a semente (66,7%) seca (83,3%) como a parte utilizada para o preparo na forma de fervura e infusão (50% em ambas) do chá.

A folha (100%) fresca (58,6%) da hortelã foi a escolha predominante para o preparo da bebida na forma de fervura (55,2%) para consumo constante (62,1%) das participantes da pesquisa.

TABELA 7 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: PARTE DA PLANTA UTILIZADA, MODO DE USO, APRESENTAÇÃO E FREQUÊNCIA DE USO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N= 179
(continua)

Nome popular	Parte usada			Modo de uso			Apresentação			Frequência de uso				
	nº cit.	%		nº cit.	%		nº cit.	%		nº cit.	%			
Alecrim	1	0,5	Folha	1	100,0	Infusão	1	100,0	Fresca	1	100,0	Às vezes	1	100,0
Boldo	5	2,7	Folha	5	100,0	Macera	4	80,0	Seca	1	20,0	Às vezes	2	40,0
			Flor	0	0,0	Infusão	1	20,0	Fresca	4	80,0	Raro	3	60,0
Camomila	62	34,6	Toda	0	0,0	Ferve	24	38,7	Seca	51	82,3	Sempre	24	38,7
			Folha	5	8,1	Macera	1	1,6	Fresca	11	17,7	Às vezes	22	35,5
			Flor	57	91,9	Infusão	37	59,7				Raro	16	25,8
Canela	9	5,0	Toda	0	0,0	Ferve	5	55,6	Seca	7	77,8	Sempre	0	0,0
			Folha	1	11,1	Macera	0	0,0	Fresca	2	22,2	Às vezes	4	44,4
			Caule	8	88,9	Infusão	4	44,4				Raro	5	55,6
Cavalinha	1	0,5	Folha	1	100,0	Infusão	1	100,0	Seca	1	100,0	Sempre	1	100,0
Chá Preto/Verde	3	1,6	Toda	0	0,0	Ferve	3	100,0	Seca	3	100,0	Sempre	2	66,7
			Folha	3	100,0	Macera	0	0,0	Fresca	0	0,0	Às vezes	1	33,3
Coentro	1	0,5	Folha	1	100,0	Ferve	1	100,0	Fresca	1	100,0	Às vezes	1	100,0
Erva cidreira/Melissa/ Capim-limão	39	21,8	Folha	37	94,8	Ferve	21	53,8	Seca	20	51,3	Sempre	20	51,3
			Flor	1	2,6	Macera	0	0,0	Fresca	19	48,7	Às vezes	9	23,0
			Semente	1	2,6	Infusão	18	46,2				Raro	10	25,7

TABELA 7 – RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: PARTE DA PLANTA UTILIZADA, MODO DE USO, APRESENTAÇÃO E FREQUÊNCIA DE USO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N= 179
(continuação)

Erva doce	30	16,7	Toda	1	3,3	Ferve	15	50	Seca	25	83,3	Sempre	16	53,3
			Folha	9	30,0	Macera	0	0,0	Fresca	5	16,7	Às vezes	10	33,3
			Semente	20	66,7	Infusão	15	50				Raro	4	13,4
Erva Mate	37	20,7	Toda	0	0,0	Ferve	11	29,7	Seca	37	100	Sempre	20	54,1
			Folha	36	97,3	Macera	0	0,0	Fresca	0	0,0	Às vezes	10	27
			Flor	1	1,7	Infusão	26	70,3				Raro	7	18,9
Gengibre	5	2,7	Flor	0	0,0	Ferve	2	40,00	Seca	1	20,0	Às vezes	1	20,0
			Raiz	5	100,0	Infusão	3	60,00	Fresca	4	80,0	Raro	4	80,0
Guaco	3	1,6	Toda	0	0,0	Ferve	2	66,7	Seca	0	0,0	Sempre	1	33,3
			Folha	3	100	Macera	0 0	0,0	Fresca	3	100	Às vezes	1	33,3
			Flor	0	0,0	Infusão	1	33,3				Raro	1	33,3
Hortelã	29	16,2	Toda	0	0,0	Ferve	16	55,2	Seca	12	41,4	Sempre	18	62,1
			Folha	29	100,0	Macera	1	3,4	Fresca	17	58,6	Às vezes	7	24,1
			Flor	0	0,0	Infusão	12	41,4				Raro	4	13,8
Macela	2	1,1	Toda	0	0,0	Ferve	0	0,0	Seca	1	50,0	Sempre	1	50,0
			Flor	2	100,0	Infusão	2	100,0	Fresca	1	50,0	Às vezes	1	50,0
Manjerona	2	1,1	Toda	0	0,0	Ferve	1	50,0	Seca	1	50,0	Às vezes	1	50,0
			Folha	2	100,0	Infusão	1	50,0	Fresca	1	50,0	Raro	1	50,0
Noz moscada	1	0,5	Toda	0	0,0	Ferve	0	0,0	Seca	1	100,0	Sempre	0	0,0
			Semente	1	100,0	Infusão	1	100,0	Fresca	0	0,0	Às vezes	1	100,0

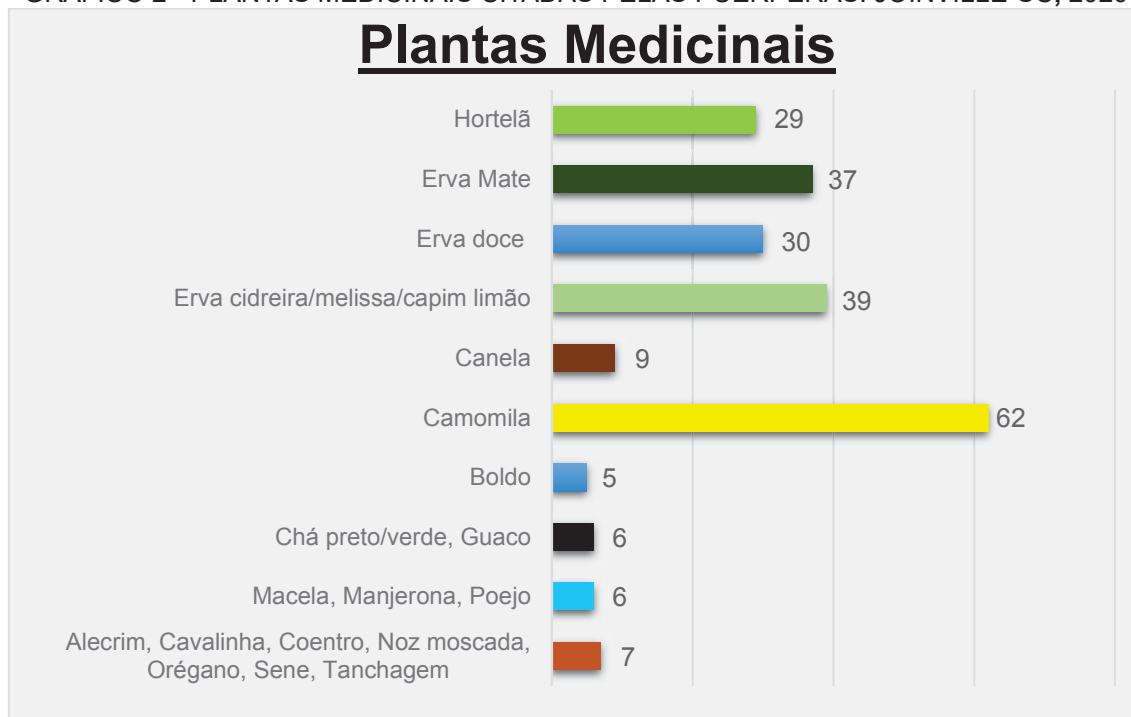
TABELA 7 – RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: PARTE DA PLANTA UTILIZADA, MODO DE USO, APRESENTAÇÃO E FREQUÊNCIA DE USO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020. N= 179 (conclusão)

Orégano	1	0,5	Folha	1	100,0	Ferve	1	100,0	Fresca	1	100,0	Às vezes	1	100,0
Poejo	2	1,1	Toda Folha	0	0,0	Ferve	1	50,0	Seca	0	0,0	Sempre	2	100,0
				2	100,0	Infusão	1	50,0	Fresca	2	100,0	Às vezes	0	0,0
Sene	1	0,5	Folha	1	100,0	Ferve	1	100,0	Seca	1	100,0	Sempre	1	100,0
Tanchagem	1	0,5	Folha	1	100,0	Ferve	1	100,0	Fresca	1	100,0	Às vezes	1	100,0

FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

A camomila foi a planta medicinal mais citada nas entrevistas, seguida pela erva cidreira/melissa/capim limão, erva mate, erva doce e hortelã. As citações variaram de uma a seis por puérpera, visto no Gráfico 2.

GRAFICO 2 - PLANTAS MEDICINAIS CITADAS PELAS PUÉRPERAS. JOINVILLE-SC, 2020



FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

A Tabela 8 refere-se: a aquisição da planta, quem ensinou o uso, para qual finalidade utilizou e a indicação terapêutica presente na literatura. A aquisição da camomila foi por compra (85,5%) e as puérperas utilizaram sem um fim terapêutico (46,8%), apenas como uma bebida. A literatura traz diversas indicações terapêuticas, dentre elas está a ação digestiva, anti-inflamatória, antiespasmódica, calmante, cicatrizante, antialérgica (LONDRINA, 2012).

Cerca de 48,7% das puérperas adquiriu a erva cidreira/melissa/capim limão no quintal de sua casa ou comprou (48,7%) e ingeriu a planta sem finalidade terapêutica (48,7%). A erva cidreira tem propriedade ansiolítica, antifúngica e antibacteriana (COLUSSI *et al.*, 2011).

A erva mate foi adquirida, em sua totalidade (100,0%), por compra e ingerida pelas gestantes apenas como bebida (97,3%), sem propósito medicinal. Porém, essa erva tem ação estimulante, diurética, antidiarreica (LONDRINA,

2012). Também utilizada, sem fins medicinais (40,0%), a erva doce foi comprada por 83,3% das puérperas. Tem ação antidiarréica e antiespasmódica (BRASIL, 2011).

As puérperas possuíam a hortelã plantada em seu quintal (51,7%) e utilizava apenas como bebida (72,4%). Tem indicação terapêutica para patologias gástricas, respiratórias e combate a parasitas intestinais (CHAGAS *et al.*, 2013). As puérperas referiram que aprenderam a consumir todas as plantas citadas acima, com a cultura familiar.

TABELA 8 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: COM QUEM APRENDEU A USAR, AQUISIÇÃO PLANTA, FINALIDADE DE USO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA, JOINVILLE- SC, 2020. (continua)

Nome popular	Adquiriu hábito	nº cit.	%	Aquisição da planta	nº cit.	%	Finalidade	nº cit.	%
Alecrim	Família	1	100,0	Quintal	1	100,0	Náuseas	1	100,0
Boldo	Família	5	100,0	Quintal	4	80,0	Bebida	1	20,0
	Vizinho	0	0,0	Vizinho	0	0,0	Náuseas	1	20,0
	Prof. Saúde	0	0,0	Compra	1	20,0	Epigastralgia	3	60,0
Camomila	Família	57	91,9	Quintal	9	14,5	Trabalho de parto	2	3,2
	Prof. Saúde	2	3,2	Compra	53	85,5	Ansiedade	25	40,3
	Outro	3	4,8	Mato	0	0,0	Bebida	29	46,8
							Resfriado	1	1,6
							Náuseas	5	8,1
Canela	Família	6	66,7	Quintal	2	22,2	Trabalho de parto	6	66,7
	Vizinho	0	0,0	Vizinho	0	0,0	Bebida	2	22,2
	Outro	3	33,3	Compra	7	77,8	Náuseas	1	11,1
Cavalinha	Família	1	100,0	Compra	1	100,0	Bebida	1	100,0
Chá Preto/Verde	Família	3	100,0	Quintal	2	67,7	Bebida	3	100,0
	Prof. Saúde	0	0,0	Compra	1	33,3			
Coentro	Vizinho	1	100,0	Vizinho	1	100,0	Resfriado	1	100,0
Erva cidreira/Melissa/ Capim- limão	Família	37	94,8	Quintal	19	48,7	Ansiedade	15	38,4

								(continuação)	
Erva doce	Vizinho	0	0,0	Vizinho	1	2,6	Bebida	19	48,7
	Prof. Saúde	1	2,6	Compra	19	48,7	Resfriado	2	5,1
	Outro	1	2,6	Mato	0	0,0	Náuseas	1	2,6
							Galactagogo	1	2,6
							Epigastralgia	1	2,6
Erva Mate	Família	27	90,0	Quintal	5	16,7	Ansiedade	10	33,4
	Vizinho	1	3,4	Vizinho	0	0,0	Bebida	12	40,0
	Prof. Saúde	0	0,0	Compra	25	83,3	Resfriado	1	3,4
	Outro	2	6,6	Mato	0	0,0	Náuseas	2	6,6
							Galactagogo	2	6,6
							Epigastralgia	1	3,4
						Constipação	2	6,6	
Gengibre	Família	33	89,2	Quintal	0	0,0	Bebida	36	97,3
	Vizinho	2	5,4	Compra	37	100,0	Galactagogo	1	2,7
	Outro	2	5,4						
Guaco	Família	3	60,0	Quintal	0	0,0	Trabalho de parto	1	20,0
	Vizinho	0	0,0	Vizinho	0	0,0			
	Prof. Saúde	0	0,0	Compra	5	100,0	Resfriado	4	80,0
	Outro	2	40,0	Mato	0	0,0			
Hortelã/Menta	Família	24	82,2	Quintal	15	51,7	Ansiedade	2	6,9
	Vizinho	1	3,4	Vizinho	3	10,3	Bebida	21	72,4

TABELA 8 – RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: COM QUEM APRENDEU A USAR, AQUISIÇÃO DA PLANTA, FINALIDADE DE USO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA, JOINVILLE- SC, 2020.

	Prof. Saúde	2	6,9	Compra	11	38,0	Resfriado	4	13,9
	Outro	2	6,9	Mato	0	0,0	Náuseas	1	3,4
							Epigastralgia	1	3,4
Macela	Família	2	100,0	Vizinho	1	50,0	Epigastralgia	1	50,0
	Vizinho	0	0,0	Compra	1	50,0	Infecção	1	50,0
Manjerona	Família	2	100,0	Quintal	1	50,0	Trabalho de parto	1	50,0
	Vizinho	0	0,0	Vizinho	0	0,0	Bebida	1	50,0
	Prof. Saúde	0	0,0	Compra	1	50,0			
Noz moscada	Família	1	100,0	Compra	1	100,0	Bebida	1	100,0
Orégano	Família	1	100,0	Vizinho	1	100,0	Constipação	1	100,0
Poejo	Família	2	100,0	Quintal	2	100,0	Bebida	1	50,0
							Resfriado	1	50,0
Sene	Família	1	100,0	Quintal	1	100,0	Constipação	1	100,0
Tanchagem	Família	1	100,0	Quintal	1	100,0	Resfriado	1	100,0

FONTE: Dados da pesquisa (2020)

As puérperas informaram a finalidade do uso das plantas medicinais. Porém, como foram citadas de uma a seis plantas por puérpera, as finalidades podem ter variado por chá. A predominância foi pelo uso como bebida (substituindo algum líquido) (n= 128), seguido pelo uso para tratar a ansiedade (n= 52) (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 - FINALIDADE DO USO DAS PLANTAS MEDICINAIS, CONFORME PUÉRPERAS. JOINVILLE-SC, 2020



FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

A Tabela 9 apresenta as plantas medicinais, com as respectivas finalidades de uso, referidas pelas puérperas e relacionando com a biodisponibilidade, indicações e contraindicações na gestação, presentes na literatura .

TABELA 9 - RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: FINALIDADE DE USO, BIOATIVIDADE E INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020 (continua)

Nome popular	Nome científico	Finalidade citada	Bioatividade, indicações e contra- indicações presentes na literatura
Alecrim	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC ¹ <i>Anemopaegma arvense</i> (Vell.) Stellf ² <i>Rosmarinus officinalis</i> L. ³	Náuseas	Emenogogo ¹ , contra- indicado na gestação ² (LORENZI, 2002), contrações e aborto ³ (LONDRINA, 2012)
Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews/ <i>Coleus barbatus</i> ¹	Bebida Náuseas Epigastralgia	Contrações e aborto ¹ (LONDRINA, 2012)
Camomila	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC <i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert/ <i>Matricaria recutita</i> L <i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip	Trabalho de parto Ansiedade Bebida Resfriado Náuseas	Emenogogo ^{1,2} , pode induzir aborto ³ , Emenogogo ^{1,2} (LORENZI, 2002). No terceiro trimestre de gestação, os flavonoides devem ser evitados, pois tem ação anti-inflamatória, inibindo a produção de prostaglandinas produzida pela placenta. Esse hormônio é responsável por manter aberto o ducto arterioso, que une artéria pulmonar à aorta, e após as 28 semanas, o canal depende das prostaglandinas para manter-se aberto, e quando essa produção é interrompida, ocorre o fechamento do canal e interrupção do fluxo sanguíneo, levando o feto à morte (SILVA; SANTANA, 2018). Possui ação emenagoga e abortiva (GORRIL <i>et al</i> , 2016)
Canela	<i>Cinnamomum cassia</i> (L.) J. Presl ¹ <i>Cinnamomum zeylanicum</i> Breyn ²	Trabalho de parto Bebida Náuseas	RN pequeno para idade gestacional (PIG) (LONDRINA, 2012) ¹ , Emenogogo ² (LORENZI, 2002)
Cavalinha	<i>Equisetum giganteum</i> L./ <i>Equisetum arvense</i> ¹	Bebida	Deficiência de tiamina ¹

TABELA 9 – RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: FINALIDADE DE USO, BIOATIVIDADE E INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020.

Chá Preto/Verde	Camellia sinensis	Bebida	A cafeína ultrapassa a barreira transplacentária abaixando o seu fluxo sanguíneo, além de ser metabolizada vagorosamente na gestação acarretando danos ao feto, inclusive, diminuindo o peso do recém- nascido ¹ (SOUZA, 2005)
Coentro	Coriandrum sativum	Resfriado	
Erva cidreira/melissa/ capim limão	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stapf ¹ Melissa officinalis ²	Ansiedade Bebida Resfriado Náuseas Galactogogo Epigastralgia	Relaxamento uterino e aborto ² (LONDRINA, 2012). Não é aconselhável a utilização por gestantes, devido a seus efeitos teratogênicos, embriotóxicos e abortivos, uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta, chegando ao feto ² (ARAÚJO et al., 2016)
Erva doce	Pimpinella anisum L	Ansiedade Bebida Resfriado Náuseas Galactogogo Epigastralgia Constipação	Seu uso em excesso é contra- indicado no primeiro trimestre de gestação (MOLINA; ISABEL, 2018), pois provoca relaxamento uterino, estimula o sangramento e por consequência, o aborto espontâneo (GORRIL <i>et al.</i> , 2016) Estudo realizado com camundongos prenhas, demonstra o efeito tocolítico do eugenol e anetol sobre o útero (ALOTAIBI, 2020)
Erva Mate/	Ilex paraguariensis A.	Bebida Galactogogo	Estudo realizado com camundongos prenhas demonstra relação da cafeína com baixo peso ao nascer, reabsorção fetal e prematuridade. O efeito constritor da cafeína causa hipóxia e diminuição dos nutrientes que chegam ao feto, comprometendo assim, seu desenvolvimento embrionário (STRESSER, 2018). Logo, o consumo excessivo de erva-mate deve ser evitado durante a fase gestacional (VILAR <i>et al.</i> , 2019).
Gengibre	<i>Curcuma longa</i> L ¹ <i>Zingiber officinale</i> Roscoe ²	Trabalho de parto Resfriado	Contrações e aborto ¹ (LONDRINA, 2012), antiemético ² (LETE; ALUÉ, 2016)

TABELA 9 –RELAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS PELAS PUÉRPERAS: FINALIDADE DE USO, BIOATIVIDADE E INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO. JOINVILLE- SC, BRASIL, 2020

Guaco	<i>Aristolochia cymbifera</i> Mart. & Zucc. ¹ <i>Mikania glomerata</i> Spreng ²	Bebida Resfriado	Emenagogo ¹ (LORENZI, 2002), hemorragia ² (LONDRINA, 2012)
Hortelã	<i>Mentha arvensis</i> L. ¹ <i>Mentha x piperita</i> L. ² <i>Peltodon longipes</i> ³	Ansiedade Bebida Resfriado Náuseas Epigastralgia	Abortiva ¹ , Emenagogo ³ (LORENZI, 2002), emenagogo ^{1,3} , abortiva ¹ , teratogênica ² (RIO DE JANEIRO, 2002)
Macela	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC. ¹ . <i>Egletes viscosa</i> (L.) Less. ² Tanacetum parthenium (L.) Sch. Bip ³	Epigastralgia Infecção	Emenagogo ^{1,2} , Abortiva ³ (LORENZI, 2002).
Manjerona	Origanum majorana	Trabalho de parto Bebida	Não encontrado
Noz moscada	<i>Myristica fragrans</i> Houtt. ¹	Bebida	Contrações e aborto ¹ (LONDRINA, 2012), (RIO DE JANEIRO, 2002)
Orégano	Origanum Vulgare	Constipação	Não encontrado
Poejo	Mentha pulegium L. ¹	Bebida Resfriado	Abortiva ¹ (LORENZI, 2002), emenagogo ¹ (RIO DE JANEIRO, 2002)
Sene	<i>Senna occidentalis</i> (L.) Link ¹	Constipação	Abortiva ¹
Tanchagem	<i>Plantago major</i> L. ¹	Resfriado	Contrações e aborto ¹ (LONDRINA, 2012), (RIO DE JANEIRO, 2002)

FONTE: DADOS DA PESQUISA (2020)

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram que 62% das puérperas utilizaram plantas medicinais em algum momento da gestação. Entretanto nem sempre tinha objetivos terapêuticos. Os chás mais utilizados foram camomila, erva cidreira/melissa/capim limão, erva mate, erva doce e hortelã. Em uma pesquisa realizada na Palestina, hortelã- pimenta, sálvia e erva-doce foram as plantas medicinais mais citadas e mamona, sene e açafraão as menos utilizadas (EID; JARADAT, 2020). No presente estudo, coentro, noz moscada, orégano e sene foram os chás que tiveram baixa taxa de uso.

Um perfil socioeconômico díspar ao presente estudo foi encontrado na região nordeste do Brasil. A faixa etária estava compreendida entre 26 a 35 anos, eram casadas, com ensino fundamental completo e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. O índice de puérperas que fez uso de chás durante a gestação foi relativamente baixo (30,9%) (ARAÚJO *et al.*, 2016) comparando-se ao estudo em questão (62%). Dado relevante, pois um dos fatores que leva a gestante a utilizar as plantas medicinais é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que não ocorreu no estudo em questão, pois o número de consultas de pré-natal foi de ≥ 7 .

As finalidades para que as puérperas utilizaram as plantas medicinais foram para as principais queixas gestacionais. Náuseas, constipação, epigastria, ansiedade, além do uso para tratar resfriado e infecção, indução do trabalho de parto e como galactagoga. Corroboram com as finalidades de uso de um estudo africano, em que as puérperas, inclusive citaram plantas relacionadas em nosso estudo (PREPAH *et al.*, 2019). Araújo *et al.* (2016) e Ahmed *et al.* (2018) citam uso de chá para aliviar os desconfortos relacionados à gestação.

Entretanto, a predominância foi apenas como bebida. As puérperas mais novas usam como bebidas. As com idade acima de 30 anos, como terapia. Dado relevante, podendo levantar hipóteses. Mulheres mais velhas podem ter histórico de várias gestações e se sentirem seguras e experientes para fazer uso de chás como forma de terapia, ou então apresentam mais queixas gestacionais. As primíparas (primeira gestação) podem ter receio de utilizar terapia sem orientação do profissional.

Revisão sistemática africana refere que o *Zingiber officinale* Roscoe é utilizado amplamente para tratar náuseas (AHMED *et al.*, 2018). Dado relevante, visto que existem diversos estudos relacionando positivamente o gengibre com as náuseas

gestacionais. Heitmann *et al.* (2013), em estudo de coorte com 68.522 gestantes, demonstrou que o rizoma não aumenta o risco de malformações congênitas, natimorto / morte perinatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer. Interessante expor que no estudo em questão, o gengibre foi citado apenas cinco vezes, das 234 citações, para indução do trabalho de parto e resfriado. Entretanto, utilizaram alecrim, boldo, camomila, canela, erva cidreira, erva doce e hortelã para amenizar a queixa. Informação alarmante, pois todas as plantas citadas para tal fim são contraindicadas na gestação.

O fato das puérperas utilizarem os chás com finalidades diferentes das encontradas na literatura pode ter relação com a ausência de orientações sobre o uso, indicações e contra-indicações durante as consultas de pré-natal. Infelizmente, no âmbito nacional são raros os protocolos sobre essas informações na gestação e os profissionais de saúde, por diversas vezes, deixam passar despercebidas orientações. Pesquisa realizada por Lima *et al* (2019), demonstrou que 70% das puérperas não recebeu informações sobre o uso de plantas medicinais, corroborando com a presente pesquisa.

O hábito de ingerir chás é cultural, passado de geração em geração. As matriarcas são as responsáveis por esse cuidado, e as puérperas do estudo, corroboraram com essa afirmação, pois 88,6% referiu que adquiriu o hábito com sua família. Estudo equatoriano obteve resultado similar, com 83% de orientação da família (mãe, sogra, avó).

CONCLUSÃO

Este estudo corrobora com a literatura internacional, mostrando inclusive que o uso de plantas medicinais é uma tradição transcultural. Um fator relevante é a percepção, das puérperas, sobre a orientação dos profissionais de saúde quanto ao uso de plantas medicinais, levantando a um questionamento sobre a qualidade das orientações nas consultas de pré-natal e sobre a dificuldade de entendimento das puérperas. A pesquisa também mostra o uso de chás potencialmente abortivos, em substituição a outras bebidas. Independente da finalidade da planta existe uma ação farmacológica no binômio mãe-feto, podendo causar inúmeros problemas na gestação.

REFERÊNCIAS

ALOTAIBI, M.F. Pimpinella anisum extract attenuates spontaneous and agonist-induced uterine contraction in term-pregnant rats. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 254, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.112730>. Acesso em: 22 ago. 2020.

AMIN, B. F.; OLIVA, M. P. Comparative study of therapy with Melissa officinalis vs. conventional topical treatment with 5% acyclovir in type 1 Herpes lesions. **Int. J. Odontostomat.**, v. 8, n.3, p. 323-328, 2014.

ARAÚJO, C. R. F. *et al.* Use of medicinal plants with teratogenic and abortive effects by pregnantwomen in a city in northeastern Brazil. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 3, p. 127-131, 2016.

ARRUDA, T.A. Estudo etnofarmacobotânico e atividade antimicrobiana de plantas medicinais. Dissertação. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, 2002.

BOSCOLO, O.; GALVÃO, M. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em duas comunidades da região serrana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Fitos**, v. 13, n. 3, p. 212-231, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 60, de 10 de novembro de 2011. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, primeira edição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 217, p.91, 11 nov. 2011b. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Resolução nº 1757, de 18 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, 20 de fevereiro de 2002.

BUFFON, M.C.M. *et al.* Avaliação da eficácia dos extratos de Malva sylvestris, Calêndula officinalis, Plantago major e Curcuma zedoarea no controle do crescimento das bactérias da placa dentária. Estudo “in vitro”. **Revista Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 31-38, jan./jun. 2001.

COLUSSI, T.C. *et al.* Melissa officinalis L.: características gerais e biossíntese dos principais metabólitos secundários. **Revista de Biologia e Farmácia**, v. 5, n. 2, 2011.

DUARTE, A.M. *et al.* Saberes e práticas populares no uso de plantas medicinais em espaço urbano no planalto sul catarinense. **Revista Brasileira de Agroecologia**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 13, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33240/rba.v15i1.22978>. Acesso em: 09 sep. 2020.

FERRÃO, S. K. *et al.* Atividade antifúngica de óleos essenciais frente a Candida spp. **Brazilian Journal of Health**, v. 1, n. 2, p. 477-484, 2020.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Municipal de Fitoterapia APL**.

Prefeitura do Município. Foz do Iguaçu-PR. 2015.

GORRIL, L. E. *et al.* Risco das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2016.

HEITMANN, K.; NORDENG, H.; HOLST, L. Safety of ginger use in pregnancy: results from a large population-based cohort study. **Eur J Clin Pharmacol.** v. 69, n. 2, p. 269-277, 2013. Disponível em: 10.1007/s00228-012-1331-5. Acesso em: 09 sep. 2020.

HIGA, K. C. *et al.* Citotoxicidade dos extratos glicólicos de *Cynara scolymus* (alcachofra), *Myracrodruon urundeuva* (aroeira-do-sertão) E *Camellia sinensis* (chá verde). **Rev Univap**, v. 25, n. 48, p. 77-91, 2019.

HOMAMI, S.S. *et al.* Comparative studies of different extraction methods of essential oil from *Matricaria recutita* L. **Iran. J. Chil. Chem. Soc.**, v. 61, n. 2, 2016.

INFOPÉDIA. **Dicionário infopédia de Termos Médicos** [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos>. Acesso em: 05 set. 2020.

LETE, I.; ALLUÉ, J. The effectiveness of ginger in the prevention of nausea and vomiting during pregnancy and chemotherapy. **Integr Med Insights.**, v. 11, p. 11-17, 2016.

LIMA, M.B. *et al.* Plantas medicinais utilizadas por gestantes em unidades básicas de saúde. **Revista Uniandrade**, v. 20, n. 2, p. 91-98, 2019.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Fitoterapia**. Londrina- PR, 2012.

LOPES, N.S. *et al.* Medicina complementar e alternativa no contexto da ayurveda e da medicina popular no Brasil. **Perspectivas online: biol. & saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 20, n. 6, p. 30-44, 2016.

LORENZI, H. **Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002. 512p.

LUZ, J. M. Q. *et al.* Produção de óleo essencial de *Melissa officinalis* L. em diferentes épocas, sistemas de cultivo e adubações. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 16, n. 3, p. 552-560, 2014.

MOLINA, A.; ISABEL, D. **Uso de plantas medicinales em mujeres gestantes y lactantes em el centro de salud matern infantil Simón Bolívar nº2 de la ciudad de Ambato**. Monografia (Faculdat de Enfermeria), Facultad de Ciencias de la Salud-Ambato, 2018.

PREPAH, P. *et al.* We are nothing without herbs': a story of herbal remedies use during pregnancy in rural Ghana. **Complementary and Alternative Medicine**, v. 19, p. 65, 2019.

SILVA, A.C. S.; SANTANA, L. L. B. Os riscos do uso de plantas medicinais durante o período gestacional: uma revisão bibliográfica. **Acta toxicológica argentina**, v. 26, n. 3, p. 118-123, 2018.

SOUZA, R. A. G.; SICHIERI, R. Consumo de cafeína e alimentos-fontes de cafeína e prematuridade: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1919-1928, nov./dez. 2005.

STRESSER, J.L.C. *et al.* Estudo do efeito da erva mate (*Ilex paraguariensis*) sobre o desenvolvimento gestacional em camundongos. **Rev eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde**. n. 20, p. 74-88, 2018.

TROPICOS.ORG. **Jardim Botânico de Missouri**. Disponível em: <http://www.tropicos.org/Name/17600147>. Acesso em: 06 set. 2020.

VILAR, D.A. *et al.* **Plantas medicinais, um guia prático**. Aracajú: Instituto Federal de Sergipe, 2019. 140p.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se neste estudo que o país teve um importante avanço em termos de normas, portarias e políticas públicas. Com superação, parcial, das resistências científicas, econômicas e culturais, tendo, por fim a aceitação e implantação das práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde. Foi um processo moroso, porém bem estruturado, como normas de segurança rígidas, mas necessárias para a saúde da população.

A construção da política de fitoterápicos e plantas medicinais é recente, e ainda não está bem concretizada em todos os serviços de saúde. Adiciona-se o desafio de ultrapassar os olhares hegemônicos e paradigmas cartesianos, para que se possa, de fato, desenvolver a atuação dos profissionais que atuam no SUS.

O consumo de plantas medicinais é milenar, assim como de bebidas alcoólicas. O presente estudo demonstrou que as gestantes utilizam os chás, talvez por ser um hábito cultural, para diversas finalidades, que nem sempre correspondem com o descrito na literatura científica. Um fator relevante, não encontrado em outra pesquisa, foi a citação do uso de plantas medicinais como bebida, em substituição à outras contra- indicadas na gestação. O que não reduz o risco de complicações para a gestante e o feto. Conforme demonstrado, os pré-natalistas não têm orientado sobre o uso das plantas nem de bebidas alcoólicas, conforme a percepção das puérperas. Estudos relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do tema sugerem desconhecimento sobre os efeitos dos chás, ou insegurança em abordar o assunto durante as consultas de pré-natal.

Em compensação, o tema de bebidas alcoólicas na gestação e seus malefícios já está mais popularizado. Porém, ainda não há consenso sobre dose segura neste período. Pesquisas relatam o risco para a gestante e feto, todavia, há manuais técnicos do MS que se contradizem, orientando abstinência no primeiro trimestre de gestação, fazendo com que os profissionais de saúde sejam induzidos a orientar desta forma. Nesse sentido é necessário o fortalecimento das políticas públicas relacionadas às plantas medicinais, ao uso de álcool e o período gestacional.

REFERÊNCIAS

ADDILA, A.E. Alcohol consumption and its associated factors among pregnant women in SubSaharan Africa: a systematic review and meta-analysis' as given in the submission system. **Rev Biomed central**. v. 15, n. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00269-3>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ALOTAIBI, M.F. Pimpinella anisum extract attenuates spontaneous and agonist-induced uterine contraction in term-pregnant rats. **Journal of Ethnopharmacology**. v. 254, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.112730>. Acesso em: 22 ago. 2020.

ALRASHEID, A. A. *et al.* In Vitro Antimicrobial Activity and GC-MS Analysis of Seed Extracts from Pimpinella anisum L. **Journal of Drug Design and Medicinal Chemistry**, v. 4, n. 2, p. 16, 2018.

AMARAL, I. M. Teste de progênes de Ilex paraguariensis A. St- Hil em plantio puro no sudoeste do Paraná. **International Reviews of Immunology**, 2018.

AMIN, B. F.; OLIVA, M. P. Comparative study of therapy with Melissa officinalis vs. conventional topical treatment with 5% acyclovir in type 1 Herpes lesions. **Int. J. Odontostomat.**, v. 8, n.3, p. 323-328, 2014.

ANTUNES, A.; CARDOSO, D.S.; PAULA, C. Efeito da Ilex paraguariensis A. St. Hil. (ERVA MATE) no controle da obesidade. **Visão Acadêmica**, n. 1, p. 14-26, 2017.

ARAÚJO, C. R. F. *et al.* Use of medicinal plants with teratogenic and abortive effects by pregnantwomen in a city in northeastern Brazil. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 3, p. 127-131, 2016.

ARRUDA, T.A. **Estudo etnofarmacobotânico e atividade antimicrobiana de plantas medicinais**. Dissertação. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, 2002.

BAIMA, C.T.S. *et al.* Afastamento do trabalho por pacientes gestantes: principais causas de absentismo. **Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 14, n. 1, p. 13-18, 2016.

BALACHOVA, T. *et al.* Using a single binge drinking question to identify Russian women at risk for an alcohol-exposed pregnancy. **Addict Behav.** v. 46, p. 53–57, Jul. 2015. Disponível em: [10.1016/j.addbeh.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.003). Acesso em: 15 ago. 2020.

BARRETO, B.B. **Fitoterapia na atenção primária à saúde: a visão dos profissionais envolvidos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora: Minas Gerais, 2011.

BORGES, R.A.M.; OLIVEIRA, V.B., Riscos Associados ao Uso de Plantas Medicinais Durante o Período da Gestação: uma Revisão, **Revista Universidade Andrade**, v.16, n. 2, p. 101-108, 2015.

BOSCOLO, O.; GALVÃO, M. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em duas comunidades da região serrana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Fitos**, v. 13, n. 3, p. 212-231, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RE nº 90, de 16 de março de 2004a. Determina a publicação da "Guia para a Realização de Estudos de Toxicidade pré-clínica de Fitoterápicos". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 53, p.34-35, 18 mar. 2004a. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RE nº 91, de 16 de março de 2004b. Determina a publicação da "Guia para a Realização de Alterações, Inclusões, Notificações e Cancelamentos pós Registro de Fitoterápicos". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 53, p.35-37, 18 mar. 2004b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008a. Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 242, p.59, 12 dez. 2008. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 5, de 11 de dezembro de 2008b. Determina a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 242, p.56-58, 12 dez. 2008b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 172, p.31-36, 9 set. 2009. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 5, de 31 de março de 2010. Estabelece a lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 63, p.91, 05 abr. 2010b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 10, de 09 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 46, p.52, 10 mar. 2010d. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 60, de 10 de novembro de 2011. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia

Brasileira, primeira edição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 217, p.91, 11 nov. 2011b. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 90, p.52-58, 14 mai. 2014a. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 69, de 8 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Insumos Farmacêuticos Ativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 238, p.43-52, 9 dez. 2014. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 84, de 17 de junho de 2016a. Aprova o Memento Fitoterápico da Farmacopéia Brasileira. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 116, p. 70, 20 jun. 2016b. Seção 1. Disponível em: https://lex.com.br/legis/27158294/resolucao_n_84_de_17_de_junho_de_2016.aspx. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Decreto de 17 de fevereiro de 2005. Cria Grupo de Trabalho para formular proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 33, p. 11, 18 fev. 2005. Seção 1.

BRASIL. Decreto de 14 de agosto de 2013. Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária, dos produtos de que trata a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 157, p. 18, 15 ago. 2013. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 4, p.13049, 19 dez. 1973. Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Secretaria-Geral do Exército. **Portaria nº 48-DGP, de 25 de fevereiro de 2010**. Aprova a Diretriz para Implantação de Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército. Boletim do Exército nº 09, de 5 de março de 2010, 5 mar 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 215-E, p.18-22, 10 nov. 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 4, 08 de junho de 2000. Seção 1,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 853, de 17 novembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 221, p.46-47, 20 nov. 2006b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, p.75, 22 abr. 2010. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 75, p.75, 22 abr. 2010c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 470, de 19 de agosto de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 162, p.22, 23 ago. 2011a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a; 156 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b; 320 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 32).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 14 de junho de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012c. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e**

Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015; 96 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a; 192 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.68, 28 de março de 2017. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 56, p. 74, 22 de março de 2018. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 215-E, p.18-22, 10 nov. 1998. Seção 1.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). **Alcohol and pregnancy preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders.** London: BMA, 2016.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2675-2686, out. 2012.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Resolução nº 1757, de 18 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, 20 de fevereiro de 2002.

BUFFON, M.C.M. *et al.* Avaliação da eficácia dos extratos de *Malva sylvestris*, *Calêndula officinalis*, *Plantago major* e *Curcuma zedoaria* no controle do crescimento das bactérias da placa dentária. Estudo “in vitro”. **Revista Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 31-38, jan./jun. 2001.

CAMARGO, F. Promoção da saúde Materno-Infantil: grupo reflexivo sobre o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na gravidez e lactação. **Aleph**, p. 49, 2015.

CARVALHO, A.C.B. *et al.* Regulação brasileira em plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-16, 2012.

CARVALHO, S.C.C. **Fitoterapia na gravidez: segurança e eficácia de Produtos à Base de Plantas no alívio de sintomas e desconfortos associados à gravidez.** Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia, da Universidade de Coimbra - Coimbra, 2016.

CHAGAS, J. H. *et al.* Produção, teor e composição química do óleo essencial de hortelã-japonesa cultivada sob malhas fotoconversoras. **Horticultura Brasileira**, v. 31, n. 2, p. 297-303, 2013.

COLUSSI, T.C. *et al.* Melissa officinalis L.: características gerais e biossíntese dos principais metabólitos secundários. **Revista de Biologia e Farmácia**, v. 5, n. 2, 2011.

COSTA, D. B.; COELHO, H. L. L.; SANTOS, D. B. . Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: Prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 2, 2017.

CUELHO, C. H. F. *et al.* Actualización en las propiedades bioactivas de la yerba mate. **Revista Cubana de Farmacia**, v. 49, n. 2, p. 375-383, 2015.

DANTAS, K.C.; KUBRUSLY, M. S. **Guia informativo sobre plantas medicinais: da horta comunitária da faculdade de medicina.** FMUSP, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV.** Tese (Doutorado de Epidemiologia em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, A.F.S. *et al.* Uso de plantas medicinais durante a gravidez e amamentação. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 4, Out./Dez. 2017.

DUARTE, A.M. *et al.* Saberes e práticas populares no uso de plantas medicinais em espaço urbano no planalto sul catarinense. **Revista Brasileira de Agroecologia**, Dois Vizinhos, v. 15, n. 1, p. 27-39, 2020.

DUTRA, M.G. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis-GO.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis: Goiás, 2009.

FACCHINETTI, F. *et al.* Herbal supplements in pregnancy: unexpected results from a multicentre study. **Human Reproduction**, v. 27, n. 11, p. 3161-3167, 2012.

FERRÃO, S. K. *et al.* Atividade antifúngica de óleos essenciais frente a Candida spp. **Brazilian Journal of Health**, v. 1, n. 2, p. 477-484, 2020.

FIGUEREDO, C.A.; GURGEL, I.G.D.; GURGEL JR, J.D. A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Municipal de Fitoterapia APL**. Prefeitura do Município. Foz do Iguaçu-PR. 2015.

FREITAS, E.A.M. Mitos e verdades sobre as adaptações fisiológicas do período gestacional: uma metodologia para profissionais de saúde. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba-PR, v. 3, n.5, p. 13064-13060, 2020.

GARCIA, S. **Plantas Medicinais na Gravidez e Aleitamento**. Monografia (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Coimbra, Portugal, 2015.

GARCIA, A. M. A.; SILVA NETO, F. S. da .; VIDAL, G. P. Analysis of the main aesthetic changes resulting from pregnancy: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

GONÇALVES, R. N. **Práticas integrativas na atenção primária à saúde, sob a ótica da fitoterapia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

GORRIL, L. E. *et al.* Risco das plantas medicinais na gestação: uma revisão dos dados de acesso livre em língua portuguesa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2016.

HEITMANN, K.; NORDENG, H.; HOLST, L. Safety of ginger use in pregnancy: results from a large population-based cohort study. **Eur J Clin Pharmacol**. v. 69, n. 2, p. 269-277, 2013. Disponível em: 10.1007/s00228-012-1331-5. Acesso em: 09 sep. 2020.

HIGA, K. C. *et al.* Citotoxicidade dos extratos glicólicos de *Cynara scolymus* (alcachofra), *Myracrodruon urundeuva* (aroeira-do-sertão) E *Camellia sinensis* (chá verde). **Rev Univap**, v. 25, n. 48, p. 77-91, 2019.

HOMAMI, S.S. *et al.* Comparative studies of different extraction methods of essential oil from *Matricaria recutita* L. **Iran. J. Chil. Chem. Soc.**, v. 61, n. 2, 2016.

INFOPÉDIA. **Dicionário infopédia de Termos Médicos** [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos>. Acesso em: 05 set. 2020.

JOINVILLE. **Lei Ordinária** n 6774, 29 de setembro de 2010. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/j/joinville/lei-ordinaria/2010/678/6774/lei-ordinaria-n-6774-2010-aprova-a-politica-municipal-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-e-da-outras-providencias?q=FITOTERAPICOS>. Acesso em: 10 nov. 2018.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Linha de cuidado à saúde da mulher - protocolo de pré-natal**. Joinville: SMS, 2017.

JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Joinville- SC, 2011.

JOSEPH, M. *et al.* Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 575-584, 2016.

LANGE, S. *et al.* Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 41, e89, 2017.

LEITÃO, M. C. **Atividade antifúngica do óleo essencial de Melissa officinalis L. (erva-cidreira) e de sua associação com antifúngicos licenciados sobre Candida albicans**. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Universidade da Paraíba- PB, 2016.

LETE, I.; ALLUÉ, J. The effectiveness of ginger in the prevention of nausea and vomiting during pregnancy and chemotherapy. **Integr Med Insights**., v. 11, p. 11-17, 2016.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Fitoterapia**. Londrina- PR, 2012.

LOPES, N.S. *et al.* Medicina complementar e alternativa no contexto da ayurveda e da medicina popular no Brasil. **Perspectivas online: biol. & saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 20, n. 6, p. 30-44, 2016.

LORENZI, H. **Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002. 512p.

LUZ, J. M. Q. *et al.* Produção de óleo essencial de Melissa officinalis L. em diferentes épocas, sistemas de cultivo e adubações. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 16, n. 3, p. 552-560, 2014.

MAY, P.A. *et al.* The continuum of fetal alcohol spectrum disorders in four rural communities in South Africa: prevalence and characteristics. **Drug Alcohol Depend.** v. 159, p. 207-218, 2016.

MARTINS, E.S. **Efeitos da acupuntura no tratamento de dor lombar em gestantes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Coordenadoria de Pós-graduação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MEDEIROS, A. P. O. **O uso de plantas medicinais por mulheres durante o período gestacional com fins abortivos**. Monografia (Graduação em Farmácia), Universidade de Rio Verde- GO, 2016.

MEHMOOD, M. H. *et al.* Antidiarrhoeal, antisecretory and antispasmodic activities of Matricaria chamomilla are mediated predominantly through K+-

channels activation. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2015.

MELCHIOR, M. *et al.* Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: The role of migrant status The nationally representative ELFE study. **Addictive Behaviors**, v. 51, p. 65-71, Dec. 2015.

MEUCCI, R.D. *et al.* Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 17, n. 4, p. 653-661, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400003>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MOLINA, A.; ISABEL, D. **Uso de plantas medicinales em mujeres gestantes y lactantes em el centro de salud matern infantil Simón Bolívar nº2 de la ciudad de Ambato**. Monografia (Faculdat de Enfermeria), Facultad de Ciencias de la Salut- Ambato, 2018.

MURRAU, J. *et al.* Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 575-584, May 2016. Disponível em: doi: 10.1111/jcpp.12486. Acesso em: 02 set. 2020.

NICARETTA, F.M.R. *et al.* Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do sistema único de saúde em um município do Vale do Taquari-RS. **Rev Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, D.A. *et al.* Potencial Teratogênico E Abortivo Das Plantas Medicinais Utilizadas Por Gestantes De Campina Grande –PB. **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2016.

PARDO, I.M.C.G. *et al.* Comparação entre a frequência de positividade do questionário T-ACE entre mães de recém-nascidos termo e prematuros. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 15, n. 4, p. 105-108, 2013.

PONTES, S.M. *et al.* Utilização de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n. 4, p. 305-311, 2013.

POPOVA, S. *et al.* Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, v. 5, n. 3, p. e290-e299, 2017.

PREPAH, P. *et al.* We are nothing without herbs': a story of herbal remedies use during pregnancy in rural Ghana. **Complementary and Alternative Medicine**, v. 19, p. 65, 2019.

RIBEIRO, L.L. **Prevalência e fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação entre residentes de um município da região metropolitana de Curitiba**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

ROQUE, A.A. *et al.* Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 12, n. 1, p. 31-42, 2010.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). **Avoid alcohol in pregnancy says RCM on new guidelines**. London: RCM, 2015. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/avoid-alcohol-inpregnancy-says-rcm-on-new-guidelines>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). **Alcohol and You – Information for you**. London: RCOG, 2015.

SALESSE, D. *et al.* Etnobotânica e etnofarmacologia das espécies de Amaryllidaceae, Anacardiaceae, Annonaceae e Apiaceae. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**. v. 22, n. 3, p. 199-204, 2018.

SANTOS, J.M. **Pesquisa de matérias estranhas em espécie vegetal, Pimpinella anisum L., para o preparo de “chá”**. Monografia (Especialização em Controle de Qualidade) - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS N.S. *et al.* A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco. **Revista Recien**. v. 4, n. 10, p. 5-11, 2014.

SANTOS, R. L. *et al.* Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011.

SILVA, A.C. S.; SANTANA, L. L. B. Os riscos do uso de plantas medicinais durante o período gestacional: uma revisão bibliográfica. **Acta Toxicológica Argentina**, Buenos Aires, v. 26, n. 3, p. 118-123, 2018.

SILVA, F.C.B. *et al.* Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação. **Gaúcha Enfermagem**. v. 37, n. 2, 2016.

SOUZA, R. A. G.; SICHIERI, R. Consumo de cafeína e alimentos-fontes de cafeína e prematuridade: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1919-1928, nov./dez. 2005.

STRESSER, J.L.C. *et al.* Estudo do efeito da erva mate (*Ilex paraguariensis*) sobre o desenvolvimento gestacional em camundongos. **Rev eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde**. n. 20, p. 74-88, 2018.

TACON, F.S.; TACON, K.C.B.; AMARAL, W.N. Álcool e gravidez: influência na morfologia fetal. **Rev Educação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 81-88, 2017.

TAJRA, F. S.; CARVALHO, R. J. S. P. F. H. C. Um possível modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha. **Rev Sanare**, v. 16, p. 80-89, 2017.

THAPA, N. *et al.* Alcohol consumption practices among married women of reproductive age in Nepal: a population based house hold survey. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, e0152535, 2016.

TORRES, M. T. R.; MARIA, R. **Uso de plantas medicinales em mujeles gestantes y lactantes que habitan em el barrio Isla Luis Vargas Torres de la ciudad de Esmeraldas**. Monografia (Título de licenciada en Enfermería)-Escuela de enfermería, Esmeraldas, Equador. 2017.

TROPICOS.ORG. **Jardim Botânico de Missouri**. Disponível em: <http://www.tropicos.org/Name/17600147>. Acesso em: 06 set. 2020.

VILAR, D.A. *et al.* **Plantas medicinais, um guia prático**. Aracajú: Instituto Federal de Sergipe, 2019. 140p.

WILLIAMS, P.P. *et al.* Screening and brief interventions for alcohol and other drug use among pregnant women attending midwife obstetric units in Cape Town, South Africa: a qualitative study of the views of health care professionals. **J Midwifery Womens Health**, v. 60, n. 4, p. 401-409, Jul./Aug. 2015. Disponível em: 10.1111/jmwh.12328. Acesso em: 14 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional medicine strategy: 2002-2005**. Geneva: WHO, 2001.

YAZDI, H. *et al.* Hydro-alcoholic extract of *Matricaria recutita* exhibited dual anti-spasmodic effect via modulation of Ca²⁺ channels, NO and PKA2-kinase pathway in rabbit jejunum. **Avicenna journal of phytomedicine**, v. 7, n. 4, p. 334-344, 2017.

ZAPATA, F. J. *et al.* Caffeine, but not other phytochemicals, in mate tea (*Ilex paraguariensis* St. Hilaire) attenuates high-fat-high-sucrose-diet-driven lipogenesis and body fat accumulation. **Journal of Functional Foods**, v. 64, p. 103646, Oct. 2020

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA**Uso de plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção à Saúde da gestante****Data da Coleta** ____/____/____**1.Nome:**_____**2. Idade:**_____**3. Estado Civil:****3.1() Solteira 3.2() Casada 3.3() União Estável 3.4() divorciada
3.5() Outro****4. Biótipo:****4.1() Branca 4.2() Negra 4.3() Parda****5. Escolaridade (ABEP, 2012):****5.1() Analfabeto/Ensino Infantil incompleto
5.2() Ensino Infantil completo/ Ensino Fundamental incompleto
5.3() Ensino Fundamental completo/ Ensino médio incompleto
5.4() Ensino Médio completo/ Ensino Superior incompleto
5.5() Ensino Superior completo****6. Avaliação das condições socioeconômicas (JARMAN, 1983):****6.1 Mora com:****6.1.1() esposa ou companheira 6.1.2() esposo ou
companheiro 6.1.3() Filhos 6.1.4() Outros****6.2 Ocupação:****6.2.1()Do lar 6.2.2()Desempregada 6.2.3()Com
vínculo empregatício 6.2.4() Sem vínculo empregatício 6.2.5(
)Estudante****6.3 Renda Familiar:****6.3.1() 1-2 salários mínimos 6.3.2() 3-6 salários
mínimos 6.3.3() Acima de 7 salários mínimos 6.3.4() Não
soube informar**

PARTE 2

7. Pré – Natal:

7.1 Onde foi realizado?

- 7.1.1() Apenas no SUS 7.1.2() Apenas particular/convênio
7.1.3() SUS e particular/convênio 7.1.4() Não realizei pré - natal

7.2 Quantas semanas de gestação você estava quando iniciou o pré-natal?

- 7.2.1() Primeiro trimestre 7.2.2() Segundo trimestre
7.2.3() Terceiro trimestre 7.2.4() Não realizei pré-natal

7.3 Número de consultas pré-natais:

- 7.3.1() 1 a 3 7.3.2() 3 a 6 7.3.3() 6 ou mais

8. Durante a gestação, quais bebidas você consumiu?

- 8.1() Chá medicinal 8.2() Café 8.3() Suco 8.4() cerveja 8.5() vinho
8.6() whisky 8.7() água 8.8() vodca 8.9() pinga 8.10() batida
8.11() conhaque 8.12() outras

9. Com qual frequência você costumava ingerir essas bebidas por semana?

- 9.1 Nome da bebida:_____ 9.1.1() 1 9.1.2() 2 9.1.3() 3
9.1.4() 4 9.1.5() 5 ou mais

- 9.2 Nome da bebida:_____ 9.2.1() 1 9.2.2() 2 9.2.3() 3
9.2.4() 4 9.2.5() 5 ou mais

- 9.3 Nome da bebida:_____ 9.3.1() 1 9.3.2() 2 9.3.3() 3
9.3.4() 4 9.3.5() 5 ou mais

10. Durante o pré – natal você recebe ou já recebeu algum tipo de orientação sobre ingestão de chás e bebidas alcoólicas na gravidez?

- 10.1() Sim. Fui bem orientada 10.2() Sim. Vagamente
10.3() Não

11. Usa plantas como medicamento?

- 11.1() Sim 11.2() Não

12. Uso durante a gestação?

- 12.1() Sim 12.2() Não

13. Você comunicou ao profissional de saúde que acompanhou sem pré-natal que fez uso de plantas?

13.1() Sim 13.2() Não

14. Em caso de doença, recorre:

14.1() Unidade Básica de Saúde 14.2() Plantas 14.3() Vizinho

14.4() Balconista da Farmácia 14.5() Benzedeira

15. Por que você recorre:

15.1() Mais Barato 15.2() Mais Prático 15.3() Mais Confiável

15.4() Mais Eficiente

ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na Atenção à Saúde da gestante

Pesquisador: MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07487219.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.196.812

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado " Uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na Atenção à Saúde da gestante", oriundo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob a responsabilidade da Profª Dra. Marilene da Cruz Magalhães Buffon e com a participação da Mestranda Fabiane Cherobin (orientada) e das Professoras Dra Denise Siqueira de Carvalho e Dra Yanna Dantas Rattmann

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar o conhecimento das puérperas sobre o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos durante o período gestacional.

Objetivos Específicos

- Avaliar o conhecimento das puérperas sobre a ação e riscos na utilização de plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos no período gestacional no município de Joinville – SC;
- Conhecer quais as plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos são utilizados pelas mulheres durante o período gestacional;
- Analisar quais as plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos são prescritos pelos profissionais de saúde.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

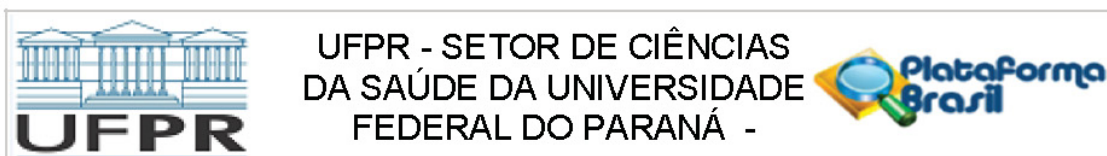
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.196.812

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para as pesquisadoras o principal risco da pesquisa será a possibilidade de constrangimento para a participante ao responder algumas perguntas do questionário, o que será minimizado pela manutenção do sigilo das informações por parte dos pesquisadores; a entrevista será em sala reservada, na Maternidade Darcy Vargas com duração média de 30 minutos; a participante terá assegurado o direito de não responder a alguma pergunta, ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Como benefício direto as pesquisadoras informam a possibilidade de orientação quanto ao uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, considerando os riscos e interações medicamentosas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa ora apresentada é relevante pois está inserida no contexto da OMS (Declaração da Alma- Ata, 1978) "em relação à valorização das plantas medicinais, levando em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas (Brasil, 2015). O Brasil possui grande potencial nessa terapêutica devido a sua diversidade vegetal, a maior do mundo, e ampla sociodiversidade. A construção da política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações da OMS para seus Estados membros sobre a integração/inserção da Medicina Tradicional (MT)/Medicina Complementar Alternativa (MCA) aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2012b)".

Projeto envolve aplicação de questionário com 23 perguntas adequadas aos objetivos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram originalmente anexados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas, protocolo aprovado.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

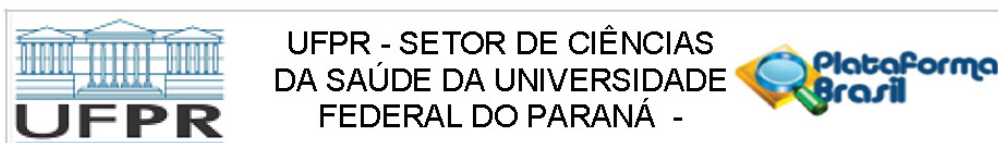
Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.196.812

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Março de 2019

Assinado por:
Ilana Kassouf Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT/SES/SC



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na Atenção à Saúde da gestante

Pesquisador: MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07487219.3.3001.5363

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.224.067

Apresentação do Projeto:

Durante a gestação, ocorre uma série de modificações no organismo feminino, tanto do ponto de vista físico, como do ponto de vista emocional, e perduram por todo o período gestacional. Essas modificações têm por finalidade a adaptação do organismo, a manutenção e o desenvolvimento normal da gestação.

Na presença de queixas durante a gestação, recomenda-se o uso restrito de fármacos, pois grande maioria, utilizados por gestantes atravessa a barreira transplacentária, atingindo assim a corrente sanguínea do feto. O conhecimento sobre as plantas medicinais é passado de geração em geração, como consequência o uso de plantas tornou-se banal e foi acompanhado da concepção de naturalidade e inocuidade. Isto agrava-se quando as gestantes não procuram orientação do profissional de saúde sobre a segurança e os efeitos adversos.

A construção da política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para seus Estados membros sobre a integração/inserção da Medicina Tradicional (MT)/Medicina Complementar Alternativa (MCA) aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária a Saúde (APS).

No Brasil, em consonância com as recomendações da OMS, foi aprovada, conforme a Portaria n 971 de 03 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 88.227-680

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cephrhds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS
DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Parecer: 3.224.067

Onde 5 práticas foram inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2018 foram aprovadas diversas práticas, totalizando 29 PICs.

Em conformidade com a Política Nacional, Joinville – SC aprovou o Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e profissionais de saúde foram capacitados para prescrevê-los.

Sob esta ótica, este estudo justifica-se pela necessidade de analisar o conhecimento das puérperas sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos para alívio das queixas gestacionais município de Joinville – SC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar o conhecimento das puérperas sobre o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos durante o período gestacional.

Objetivos Específicos

- Avaliar o conhecimento das puérperas sobre a ação e riscos na utilização de plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos no período gestacional no município de Joinville – SC;
- Conhecer quais as plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos são utilizados pelas mulheres durante o período gestacional;
- Analisar quais as plantas medicinais e ou medicamentos fitoterápicos são prescritos pelos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa será a possibilidade de constrangimento do participante ao responder algumas perguntas do questionário. O risco de constrangimento do participante ao responder as perguntas do questionário será minimizado pela manutenção do sigilo das informações por parte dos pesquisadores, a entrevista será em sala reservada, na Maternidade Darcy Vargas com duração média de 30 minutos e pelo direito do participante em não responder a alguma pergunta, ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

E dentre os benefícios, como benefício direto ao participante será a possibilidade de orientação quanto ao uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, considerando os riscos e interações medicamentosas.

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 89.227-680

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3481-5580

Fax: (47)3481-5533

E-mail: cephrhds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Parecer: 3.224.067

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo seguirá as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e terá início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com término previsto para dezembro de 2020.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativo de caráter exploratório e descritivo, a ser realizada na Maternidade Darcy Vargas que fica localizada no município de Joinville/ SC.

A população a ser estudada será constituída por 200 puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Darcy Vargas que realizaram o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Joinville.

Serão incluídas no estudo as puérperas, maiores de 18 anos, sem distinção de etnia, nível socioeconômico e cultural, credo religioso ou de qualquer outra natureza, que realizaram o pré-natal nas unidades básicas de saúde do município de Joinville, que tiveram gestação de risco habitual, médio ou alto risco, puérperas em que o recém-nascido esteja em internamento na UTI neonatal, puérperas que tiveram fetos natimortos e mulheres em situação de abortamento.

Serão excluídas as puérperas que tenham feito o pré-natal em outras cidades, mesmo que tiverem acompanhamento no Ambulatório de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas, menores de 18 anos e aquelas com déficit cognitivo que sejam impeditivos para responder ao questionário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o Parecer do Relator.

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 89.227-680

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cephrhds@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT/SES/SC



Continuação do Parecer: 3.224.067

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREES CLARECIDOcorrigido.doc	02/03/2019 20:33:11	MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON	Aceito
Outros	OFICIOCOMRESPOSTASASPENDENCIAS.pdf	02/03/2019 20:32:59	MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREES CLARECIDO.doc	10/02/2019 14:03:07	MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMESTRADOfinal.doc	10/02/2019 14:02:52	MARILENE DA CRUZ MAGALHÃES BUFFON	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOINVILLE, 26 de Março de 2019

**Assinado por:
Jaqueline Barp
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Xavier ARP, S/N

Bairro: Boa Vista

CEP: 89.227-680

UF: SC **Município:** JOINVILLE

Telefone: (47)3461-5560

Fax: (47)3461-5533

E-mail: cephrhds@gmail.com