

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Guiomar Godinho Borcard

**Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por
mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade de Saúde da
Família – Benefícios e interferências.**

Juiz de Fora - MG
2025

Guiomar Godinho Borcard

**Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por
mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade de Saúde da
Família – Benefícios e interferências.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Orlando Vieira de Sousa

Juiz de Fora - MG

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Godinho Borcard, Guiomar.

Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade de Saúde da Família - Benefícios e interferências. / Guiomar Godinho Borcard. -- 2025.
149 p.

Orientador: Orlando Vieira de Sousa

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Farmácia e Bioquímica. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2025.

1. Plantas Medicinais. 2. Práticas Integrativas e Complementares à Saúde. 3. Saúde da Mulher. 4. Saúde Mental. I. Vieira de Sousa, Orlando, orient. II. Título.

Guilomar Godinho Burcard

Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade de Saúde da Família - Benefícios e Interferências

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Farmacêuticas, Área de concentração: Produtos Naturais Bioativos.

Aprovada em 29 de outubro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Orlando Vieira de Sousa - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Elizângela Márcia de Carvalho Abreu

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Alessandra Esther de Mendonça

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Ana Lúcia Santos de Matos Araújo

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Martha Eunice de Bessa

UnIAcademia

Dr. Ricardo Diego Duarte Galhardo de Albuquerque

Universidade Federal Fluminense

Dra. Glauciomar Del-Vechio Vieira

Secretaria de Saúde - Prefeitura de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 11/09/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Orlando Vieira de Sousa, Professor(a)**, em 31/10/2025, às 13:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elizângela Márcia de Carvalho Abreu, Professor(a)**, em 03/11/2025, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia Santos de Matos Araújo, Professor(a)**, em 03/11/2025, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

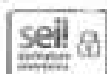
Documento assinado eletronicamente por **Martha Eunice de Bessa, Usuário Externo**, em 03/11/2025, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

PROJETO U.F.J.F. Termo de aprovação 2012025

SEI 23071.340629/2025-58 / pág. 1



[04/2020](#)



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO DIEGO DUARTE GALHARDO DE ALBUQUERQUE, Usuário Externo**, em 03/11/2025, às 19:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Esther de Mendonça, Professora**, em 04/11/2025, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Glauciemar Del-Vechio Vieira, Usuário Externo**, em 05/11/2025, às 13:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uff (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2612009** e o código CRC **EA438340**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de ter conquistado mais uma etapa em minha carreira profissional, certa que foi pela bondade e misericórdia do Senhor que trilhei meus últimos quatro anos. Te agradeço Senhor por permanecer comigo!

Agradeço a minha família, meus pais Antônio e Sônia, meu esposo Reinaldo, minha filha Helena que foram meu braço forte neste período, sempre me incentivando, dando coragem e força para avançar.

Agradeço a família do Sr. Moacir (in memória) e a Nanci, avós da Helena que cuidaram e cuidam muito bem da Helena nos momentos que preciso estar ausente. Além da minha sogra Címeia que é um braço forte para mim e para minha casa, sempre preocupada conosco.

Agradeço a todos os profissionais e usuáries da Unidade de Saúde da Família do Bairro Industrial que contribuíram para que esta tese fosse produzida.

Agradeço as professoras da banca de qualificação que contribuíram com a produção do trabalho e de defesa da tese que contribuirá ainda mais para uma tese de qualidade.

Agradeço aos amigos e amigas, que me ouviram, que me deram força e me incentivaram a não desistir.

RESUMO

A Unidade de Saúde da Família do Bairro Industrial (USFBI), em Juiz de Fora (MG), atende mulheres que buscam cuidados em saúde mental, tendo como principal forma de tratamento o uso de medicamentos psicotrópicos. Este estudo teve como objetivo conhecer o uso de plantas medicinais (PM), fitoterápicos e medicamentos por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI, a fim de identificar possíveis benefícios e interferências associados à farmacoterapia. A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de três questionários semiestruturados e descritivos, contemplando variáveis como perfil sociodemográfico, uso e conhecimento sobre PM e/ou fitoterápicos, uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), comorbidades, perfil farmacoterapêutico, além de ações e orientações farmacêuticas (intervenção farmacêutica). Foram entrevistadas 150 mulheres, em sua maioria idosas acima de 61 anos, casadas, aposentadas, com dois filhos, católicas, com ensino fundamental incompleto e residentes no bairro há mais de 10 anos. Muitas relataram utilizar PM e/ou fitoterápicos, mas não costumam informar ao médico, por acreditarem que isso não interfere no tratamento. Cerca de 60% afirmaram repassar esses conhecimentos a familiares. Também mencionaram conhecer parteiras, benzedeiras, curandeiros e raizeiros, e afirmaram cultivar PM em hortas caseiras. As espécies mais conhecidas foram: *Rosmarinus officinalis*, *Matricaria chamomilla*, *Cymbopogon citratus*, *Foeniculum vulgare*, *Passiflora edulis/incarnata*, *Ocimum selloi* e *Lippia alba*. A maioria desconhecia as PICS, embora algumas tenham feito uso de práticas como acupuntura, homeopatia e auriculoterapia. O diagnóstico mais frequente foi de ansiedade e depressão há mais de 10 anos, geralmente relacionados ao luto ou a problemas familiares. Em relação aos medicamentos, a maioria das participantes estava satisfeita com o tratamento; entre as insatisfeitas, muitas não souberam justificar, enquanto outras relataram ineficácia ou sensação de dependência. A maioria utilizava os fármacos há mais de 10 anos e já tentou interromper o uso por considerá-los prejudiciais. Os medicamentos mais citados para comorbidades associadas às condições de saúde mental foram losartana, metformina, sinvastatina, hidroclorotiazida, anlodipino, omeprazol e atenolol. Os psicotrópicos mais utilizados foram amitriptilina, clonazepam, diazepam, fluoxetina e alprazolam, sem relatos de uso contínuo de fitoterápicos. As participantes receberam orientações sobre o uso correto de medicamentos e PM, além de aprenderem a cultivar hortas medicinais. Essa iniciativa resultou na criação do Espaço Verde “Viva com Saúde” na própria unidade, fruto da parceria entre profissionais e pacientes. Os resultados indicam interesse das mulheres no uso das PM, destacando a necessidade de maior atuação dos profissionais e de estratégias institucionais que incentivem as PICS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Farmacoterapia. Plantas Medicinais. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Saúde da Mulher. Saúde Mental.

ABSTRACT

The Family Health Unit of the Industrial District (USFBI), located in Juiz de Fora, Minas Gerais (Brazil), provides care to women seeking mental health services, with psychotropic drugs being the main form of treatment. This study aimed to investigate the use of medicinal plants (MP), herbal medicines, and pharmaceutical drugs by women with mental disorders treated at USFBI, in order to identify potential benefits and interactions related to pharmacotherapy. The study employed a semi-structured, descriptive questionnaire that explored variables such as sociodemographic profile, use and knowledge of MP and/or herbal medicines, use of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS), clinical conditions, medications used, and pharmacotherapy evaluation, as well as pharmaceutical actions and counseling. A total of 150 women were interviewed, most of whom were over 61 years old, married, retired, had two children, were Catholic, had not completed primary education, and had lived in the neighborhood for over 10 years. Many reported using MP and/or herbal medicines but usually did not inform their physicians, believing it to be unnecessary. About 60% shared their knowledge with family members and reported knowing traditional healers such as midwives, folk healers, and root specialists. Many cultivated MP in home gardens. The most well-known species were *Rosmarinus officinalis*, *Matricaria chamomilla*, *Cymbopogon citratus*, *Foeniculum vulgare*, *Passiflora edulis/incarnata*, *Ocimum selloi*, and *Lippia alba*. Most participants were unfamiliar with PICS, although some had previously used practices such as acupuncture, homeopathy, and auriculotherapy. The most frequent diagnoses were anxiety and depression for over 10 years, often associated with grief and family problems. Most women were satisfied with their medications, while those who were not cited reasons such as inefficacy or dependence; some were unable to explain their dissatisfaction. Many had used medications for over a decade and had attempted to discontinue them due to concerns about health risks. Commonly reported drugs for chronic conditions included losartan, metformin, simvastatin, hydrochlorothiazide, amlodipine, omeprazole, and atenolol. The most used psychotropics were amitriptyline, clonazepam, diazepam, fluoxetine, and alprazolam, with no reports of continuous herbal medicine use. Participants received guidance on the proper use of medications and MP and learned how to cultivate medicinal gardens. This led to the creation of the “Viva com Saúde” Green Space within the health unit, a collaborative initiative between professionals and patients. The findings reveal significant interest among women in the use of MP, highlighting the need for stronger professional engagement and institutional strategies to promote PICS.

Keywords: Primary Health Care. Pharmacotherapy. Medicinal Plants. Women's Health. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	P.
Figura 1 - Aspectos relacionados aos sintomas da depressão.....	20
Figura 2 - Características de subgrupos diferenciados de depressão em virtude do número de sintomas manifestantes na vida do indivíduo.....	21
Figura 3 - Características dos tipos diferenciados de Transtorno Bipolar...	28
Figura 4 - Principais objetivos da PNPIC.....	36
Figura 5 - Sequência cronológica da construção da política relacionada às PM.....	39
Figura 6 - Conceitos a serem destacados relacionados à ampliação do Cuidado Farmacêutico.....	44
Figura 7 - Imagem da área adscrita da USFBI.....	46
Figura 8 - Número de usuárias cadastradas e possíveis a serem entrevistadas.....	48
Figura 9 - Registro da área visitada na USFBI.....	49
Figura 10 - Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista.....	52
Figura 11 - Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista.....	53
Figura 12 - Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista.....	53
Figura 13 - Esquema simplificado do atendimento da paciente na farmácia da USFBI.....	55
Figura 14 - Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na segunda etapa da entrevista.....	59
Figura 15 - Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na segunda etapa da entrevista.....	60
Figura 16 - Registro dos encontros - 1º ciclo.....	100
Figura 17 - Registro de algumas atividades: lanche, dinâmica, lembrancinha e entrevista – 1º ciclo.....	100
Figura 18 - Registro dos encontros - 2º ciclo.....	101
Figura 19 - Registro das atividades: apresentações, dinâmica, lanche - 2º ciclo.....	101
Figura 20 - Cultivo de PM na USFBI.....	105
Figura 21 - Espécies floridas a serem coletadas e preparo das exsiccatas....	107
Figura 22 - Inauguração do Espaço Verde “Viva com Saúde” da USFBI.....	108

LISTA DE TABELAS

	P.
Tabela 1 - Principais sintomas positivos e negativos na esquizofrenia.....	23
Tabela 2 - Exemplos de antipsicóticos típicos e atípicos.....	24
Tabela 3 - Família, parte usada, princípios ativos, propriedades e indicações de PM.....	34
Tabela 4 - Plantas medicinais e fitoterápicos encontrados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022.....	38
Tabela 5 - Caracterização do perfil sociodemográfico de mulheres com transtorno mental atendidas na USFBI.....	64
Tabela 6 - Uso das plantas medicinais relatado por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	66
Tabela 7 - Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos, repasse do saber e cultivo relatado por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	69
Tabela 8 - Plantas medicinais conhecidas por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	71
Tabela 9 - Oferta e monitoramento das PICS oferecidas pela PJF.....	72
Tabela 10 - Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos, repasse do saber e cultivo por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	73
Tabela 11 - Dados relativos às condições clínicas das mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	77
Tabela 12 - Dados relativos aos medicamentos usados pelas mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI.....	79
Tabela 13 - Medicamentos utilizados pelas pacientes participantes da pesquisa - Uso contínuo.....	82
Tabela 14 - Medicamentos utilizados pelas pacientes participantes da pesquisa - Psicotrópicos.....	86
Tabela 15 - Principais interações medicamentosas, com alimentos e Fitoterápicos/PM dos 20 medicamentos mais citados na pesquisa.....	87
Tabela 16 - Caracterização do perfil socio demográfico das participantes.....	90
Tabela 17 - Avaliação sobre o uso de medicamentos pelas participantes.....	92
Tabela 18 - Conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais pelas participantes.....	93
Tabela 19 - Interesse em horta medicinal.....	94
Tabela 20 - Avaliação e aprendizados das participantes.....	96
Tabela 21 - Percepção de mulheres que não compareceram aos encontros.	98
Tabela 22 - Espécies botânicas identificadas no Espaço Verde da USFB.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AINES	Antiinflamatório Não Esteroidal
APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Classificação Anatômico Terapêutico Químico
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DPIC	Departamento de Práticas Integrativas e Complementares
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PM	Plantas Medicinais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SM	Saúde Mental
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Transtorno Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
USF	Unidade de Saúde da Família
USFBI	Unidade de Saúde da Família do Bairro Industrial
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHOCC	World Health Organization Collaborating Centre

SUMÁRIO

	P.
1	INTRODUÇÃO..... 12
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 16
2.1	SAÚDE MENTAL..... 16
2.1.1	Rede de Atenção Psicossocial na Saúde Mental..... 18
2.2	PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS..... 19
2.2.1	Depressão..... 20
2.2.2	Esquizofrenia..... 23
2.2.3	Transtorno Obsessivo-Compulsivo..... 25
2.2.4	Transtorno Bipolar..... 27
2.2.5	Transtorno de Ansiedade Generalizada..... 29
2.2.6	Farmacoterapia nos Transtornos Mentais..... 30
2.3	VALORIZAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM TRANSTORNOS MENTAIS..... 33
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À PM E FITOTERAPIA..... 35
2.5	EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM PLANTAS MEDICINAIS..... 39
2.6	A MULHER COMO PROTAGONISTA..... 41
2.7	CUIDADO FARMACÊUTICO..... 42
3	OBJETIVOS..... 45
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 45
4	MATERIAIS E MÉTODOS..... 46
4.1	LOCAL E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO..... 46
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E DELINEAMENTO..... 47
4.3	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO..... 50
4.4	PRIMEIRA ETAPA DA ENTREVISTA..... 52
4.5	ETAPA DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA..... 53
4.5.1	Orientações farmacêuticas e cartilhas educativa elaboradas..... 54
4.5.2	Amostra do projeto de intervenção..... 55
4.5.3	Ferramentas metodológicas aplicadas..... 56
4.5.4	Procedimentos e instrumentos para coleta de dados..... 57
4.5.5	Estruturação do Espaço Verde “Viva com Saúde” na USFBI..... 58
4.6	SEGUNDA ETAPA DA ENTREVISTA..... 59
4.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO..... 60
4.8	ASPECTOS ÉTICOS..... 60
4.8.1	Riscos..... 61
4.8.2	Benefícios..... 62
4.9	ANÁLISE DE DADOS..... 62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 63
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... 63
5.2	USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS..... 65
5.3	CONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS OU FITOTERÁPICOS, REPASSE DO SABER E CULTIVO..... 68
5.4	PLANTAS CONHECIDAS POR MULHERES ENTREVISTADAS..... 70
5.5	CONHECIMENTO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE..... 71
5.6	PERFIL CLÍNICO-FARMACOTERAPEUTICO..... 76

5.7	DADOS RELATIVOS AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS.....	78
5.8	FARMACOTERAPIA DAS MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	81
5.9	INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA.....	90
5.9.1	Perfil sociodemográfico.....	90
5.9.2	Percepção sobre o uso de medicamentos.....	91
5.9.3	Conhecimentos sobre plantas medicinais.....	92
5.9.4	Interesse em horta medicinal.....	92
5.9.5	Avaliação e aprendizados das participantes.....	95
5.9.6	Percepções de mulheres que não compareceram aos encontros..	97
5.9.7	Percepções e Relatos dos Encontros: Vivências e Reflexões.....	99
5.9.8	Relato das dinâmicas de aproximação.....	103
5.9.9	Estruturação do Espaço Verde “Viva com Saúde” da USFBI.....	104
6	CONCLUSÃO.....	109
	REFERÊNCIAS.....	111
	ANEXOS.....	131
	APÊNDICE.....	143

1 INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade, as pessoas já utilizavam plantas medicinais (PM), com base em conhecimentos transmitidos por familiares, vizinhos, amigos, entre outros. Gradativamente, essa prática tornou-se amplamente disseminada em todo o mundo, sendo incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por políticas governamentais propostas por diferentes órgãos públicos, como o Ministério da Saúde, no Brasil. Nos países em desenvolvimento, essas práticas passaram a ser fundamentadas por legislações específicas, como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, e fortalecidas por normativas subsequentes, conforme será apresentado adiante (MATTOS et al., 2018; OMS, 1978; VIEIRA et al., 2025).

No Brasil, a saúde pública foi aprimorada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir das diretrizes e recomendações das conferências de saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política oferece aos usuários do SUS, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), diversas práticas que auxiliam o tratamento, podendo estar associadas ou não à alopatia, dentro de uma estratégia efetiva em saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a; MATTOS et al., 2018; PATRÍCIO et al., 2022).

Além dos medicamentos alopáticos sintéticos ofertados pelo governo para o tratamento de transtornos mentais, o SUS tem incorporado terapias integrativas e complementares. Por meio da PNPIC, o Ministério da Saúde instituiu 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), entre elas o uso de plantas medicinais e a fitoterapia (BRASIL, 2006a; 2012a; 2015a; 2018a; GOMES et al., 2025). Esta, por sua vez, utiliza os princípios ativos das plantas medicinais como recurso terapêutico, promovendo também desenvolvimento comunitário, solidariedade e participação social (BRASIL, 2015a; MATTOS et al., 2018; CRF, 2022a). Assim, as PM são reconhecidas como terapias complementares eficazes no tratamento de diversas condições, incluindo transtornos mentais (FAUSTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010; CRF, 2022a).

Entre as plantas já consagradas para o tratamento de doenças psiquiátricas, destaca-se o *Piper methysticum* G. Forster (kava-kava), conhecido por seu efeito

ansiolítico. Outras espécies, como *Ginkgo biloba* L. e *Matricaria chamomilla* L. (camomila), têm sido empregadas no manejo da ansiedade generalizada, atuando por meio de mecanismos relacionados a receptores gabaérgicos, serotoninérgicos ou, possivelmente, no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Além disso, *Passiflora incarnata* L., *Galphimia glauca* Cav. e *Valeriana officinalis* L., entre outras plantas medicinais, já apresentam evidências científicas de eficácia no tratamento de transtornos mentais (FAUSTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010).

Sabe-se que o conceito de “saúde mental” é amplo e tem sido compreendido como resultado de múltiplas e complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (ALVESA; RODRIGUES, 2010). Nesse contexto, as relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são extremamente complexas, exigindo diversas reflexões e contextualizações para que sejam entendidas sem reproduzir uma lógica simplista que associe “loucura” à “pobreza”, o que apenas reforça a estigmatização e o preconceito em relação às populações menos favorecidas (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Os transtornos mentais são considerados síndromes patológicas prevalentes na sociedade contemporânea e, de modo geral, manifestam-se por meio de tristeza, choro, isolamento, delírios, confusão mental e alucinações. Entre os principais tipos de transtornos mentais, destacam-se a depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, entre outros. A progressão dessas condições pode levar à incapacidade para a realização de atividades cotidianas, comprometendo o convívio social do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Com a Reforma Psiquiátrica, a desospitalização permitiu que pacientes recebessem tratamento domiciliar (GONÇALVES; SENA, 2001; BRASIL, 2013; SANINE et al., 2024). Nesse contexto, a APS passou a acolher usuários com transtornos mentais, oferecendo apoio familiar e intervenções terapêuticas. Como porta de entrada do SUS, a APS deve atuar em situações de risco, elaborando projetos terapêuticos individuais e estratégias comunitárias (RABELO; TAVARES, 2008; BRASIL, 2013). Alinhada à PNAB, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aproxima o cuidado das realidades locais (BRASIL, 2013; 2017a). Além disso, a APS também é responsável por atender transtornos leves, problemas com álcool e drogas, e sofrimento psíquico vinculado a desigualdades sociais, adotando

princípios como territorialização, multiprofissionalidade e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003; MOLINER; LOPES, 2013; SANINE et al., 2024).

A APS, especialmente por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), é estratégica no cuidado em saúde mental, pois sua proximidade com os usuários facilita o diagnóstico, o tratamento, o monitoramento, considerando o sofrimento psíquico no contexto social e cultural (BRASIL, 2020b; SANTOS et al., 2020). Contudo, é necessário problematizar as práticas, especialmente frente à crescente vulnerabilidade das mulheres, que enfrentam acúmulo de funções domésticas, cuidados com filhos e responsabilidades financeiras, além de desigualdades estruturais (ONU MULHERES, 2020; SILVA et al., 2020). No Brasil, esse grupo apresenta elevados índices de sofrimento mental, como depressão e ansiedade, demandando atenção terapêutica qualificada (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2020; SETEMBRO AMARELO, 2023).

Embora o mercado farmacêutico ofereça medicamentos eficazes para o tratamento de transtornos mentais, seus efeitos adversos e colaterais impulsionam a busca por alternativas terapêuticas que contribuam para um cuidado mais amplo, focado não apenas nos sintomas, mas também na mediação social e apoio psicológico (TESSER; SECCO, 2023). Benzodiazepínicos, como diazepam e clonazepam, podem causar sedação, amnésia, dependência e síndrome de abstinência (AMSTERDAM et al., 2009; PARSIAK et al., 2016). A buspirona, por sua vez, apresenta início de ação lento e baixa eficácia em alguns casos (STRAWN et al., 2018). Já antidepressivos como venlafaxina e paroxetina provocam alta taxa de não-adesão e disfunção sexual (CARVALHO et al., 2016), enquanto antipsicóticos trazem riscos como parkinsonismo e síndromes metabólicas (STROUP; GRAY, 2018).

A Unidade de Saúde da Família do Bairro Industrial (USFBI) tem se destacado pelo cuidado em saúde mental que vai além de medicamentos, mas sim promover o acompanhamento contínuo e práticas integrativas. Com atuação interprofissional, a unidade articula uma estrutura docente-assistencial envolvendo alunos de Enfermagem (9º período) e Medicina (10º período) da UFJF, por meio dos estágios supervisionados (BRASIL, 2020b). Essa integração contribui para a formação qualificada dos discentes, fortalecendo práticas de saúde integrais, humanizadas e interdisciplinares junto aos profissionais da APS.

Na USFBI, observa-se que muitas mulheres com sofrimento mental recorrem exclusivamente aos medicamentos. No entanto, a ampliação do cuidado farmacêutico, aliada à incorporação de terapias complementares, como o uso de PM, pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dessas pacientes. No Brasil, o uso desse recurso é uma prática comum e considerada promissora para o desenvolvimento de tratamentos eficazes e seguros (RODRIGUES, 2018). Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o uso de PM, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI, visando identificar seus benefícios e possíveis interferências no tratamento.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA APS

Segundo a OMS, a definição de “Saúde Mental” (SM) está estabelecida em torno de uma perspectiva hedônica e eudaimônica, na qual é atribuído um papel fundamental ao bem-estar e à produtividade da pessoa (OMS, 2004). Em uma definição mais atualizada a OMS, (2022), traz a saúde mental como um “estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”. Além de que a saúde mental está acima de ser apenas a ausência de doenças mentais (OMS, 2022).

A “Saúde Mental” é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar suas habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade. Nesse sentido, habilidades cognitivas e sociais básicas; capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia com os outros; flexibilidade e capacidade de lidar com eventos adversos da vida e a função em papéis sociais; a relação harmoniosa entre corpo e mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em graus variados, para o estado de equilíbrio interno (GALDERISI et al., 2015). O equilíbrio interno é entendido como um “estado dinâmico” principalmente para refletir o fato de que diferentes épocas da vida (infância, adolescência, vida adulta, aposentadoria) desafiam o equilíbrio alcançado e podem exigir mudanças (GALDERISI et al., 2017).

Dentro do cenário da saúde mental, as relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social têm sido consideradas muito complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza”, o que reforça a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014; MEZZINA et al., 2022).

No Brasil, a reforma psiquiátrica contribuiu para limitar o isolamento dos pacientes de saúde mental que eram privados do contato com sua família e com a sociedade de forma que não se buscou apenas a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, mas também resgatar, restituir e

estabelecer a possibilidade da sua cidadania: “o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade” (BRASIL, 2013).

No contexto assistencial, é importante ressaltar que, desde a Reforma Psiquiátrica, na década de 1980, por efeito da desospitalização, a APS tem atendido pacientes de saúde mental, de forma a mobilizar usuários, familiares e trabalhadores de saúde com o compromisso de intervir nos processos de adoecimento (BRASIL, 2020a; GORCHINSKI et al., 2022). Por outro lado, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem trabalhado em conjunto com a ESF para um atendimento mais eficiente dos usuários com ênfase na inserção territorial, bem como na mudança de atenção biomédica e de gestão do cuidado profissional, garantindo ao paciente um espaço de “desabafo” de suas angustias, dúvidas e vivências. Isso tudo ultrapassa a expressão que direito à saúde é a obtenção de uma prescrição de medicamentos, além de promover mudanças principalmente na cultura existente (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019; MONTEIRO; LACERDA; NATAL, 2021). Dessa forma, a USF têm sido a porta de entrada de pacientes para o serviço de saúde do SUS, assegurando a assistência terapêutica integral (DOBLINSKI, 2011).

A APS tem sido responsável pela assistência e acolhimento de demandas de transtornos leves, como também decorrentes do uso de álcool e drogas. Porém, outras demandas relacionadas ao sofrimento psíquico subjetivo são associadas com problemas de saúde, como as situações socioeconômicas e a desigualdade social (MOLINER; LOPES, 2013; BRASIL, 2003; BRASIL, 2013). Assim, a ESF através de seu eixo estruturante favorece a detecção de transtornos mentais existentes e contribui com encaminhamento e o posterior tratamento quando necessário. Com a sua cobertura de atendimento e acessibilidade aos demais setores, como o relacionamento com a atenção secundária, a APS se destaca com a presença de farmácias com farmacêuticos nas unidades, no qual o paciente poderá adquirir seus medicamentos e tirar dúvidas sobre a prescrição, se necessário, o que pode contribuir com o tratamento (DOBLINSKI, 2011; PARREIRA et al., 2017).

Ressalta-se que o acolhimento prestado deve ser empático, com escuta cuidadosa e sensível. Além disso, deve dar voz à pessoa, o que garantirá a

confiança tanto no receber quanto no doar durante o processo de cuidado, principalmente por se observar que uma em cada quatro pessoas que procuram a APS apresentam transtorno de SM e desta forma estão necessitadas em especial destes cuidados (BRASIL, 2013; PATRÍCIO et al., 2022).

2.1.1 Rede de Atenção Psicossocial

Como linha de cuidado ao paciente com transtorno mental, foi-se instituído uma Rede de Atenção Psicossocial como forma de acolher e cuidar deste usuário de forma plural com diversos níveis de complexidade. Desta forma, através de diferentes serviços disponíveis e articulados entre si nos municípios pode-se garantir o atendimento de forma integral para diversas demandas (BRASIL, 2011c; UNASUS, 2016; BRASIL, 2017b).

A organização se dá pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. Sendo as portas de entrada para o serviço a APS e os serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2024a).

Vale salientar que, grande parte do diagnóstico é realizado na APS, uma vez que esses espaços de saúde estabelecem um contato direto e constante com os pacientes, promovendo ações de saúde e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Diante disso, nota-se que este ambiente se manifesta como uma importante ferramenta no enfrentamento desse problema, visto que, a proximidade com o paciente e seus familiares/indivíduos de convívio diário, facilita o monitoramento e o diagnóstico adequado da doença. Dessa forma, o bom funcionamento e a existência de uma equipe multidisciplinar altamente qualificada são essenciais para que a intervenção das unidades seja efetiva no tratamento e diagnóstico (SANTOS et al., 2020; BRASIL, 2024a).

A APS atua mesmo que indiretamente fornecendo suporte e cuidado no tratamento desses transtornos, cabendo às equipes multiprofissionais a função de fornecer todo o auxílio necessário nas mais diversas esferas que englobam a saúde, isto é, física e mental. Quanto ao cuidado do paciente deve-se reconhecer sua

particularidade individual bem como seu contexto social, político e cultural, não havendo limitação apenas na sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico (SANTOS et al., 2020).

Ressalta-se que a APS e CAPS devem estar alinhados e assim prestar um serviço de referência e contra referência ligada ao tratamento do paciente. Já que o CAPS, também composto por uma equipe multiprofissional, é responsável por pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, além de usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por fim, o serviço de urgência está disponível para casos mais graves, especialmente pacientes em surtos psicóticos decorrentes de transtornos mentais, uso de álcool e drogas ilícitas (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2024a).

2.2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais são síndromes patológicas altamente prevalentes na sociedade atual que ocasionam, de modo geral, tristeza, choro, isolamento, delírios, confusões mentais, alucinações e outras perturbações não condizentes com a realidade. Existem inúmeros tipos de transtornos mentais, que se diferenciam em virtude do tipo de sintoma e da combinação de sintomas que se manifesta no indivíduo e assim será associada a um tipo de tratamento que varia de acordo com a gravidade e tipo de doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5®), o transtorno mental está associado a perturbações clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional e/ou no comportamento de um indivíduo que irá refletir em alterações nos processos psicológicos, biológicos ou até no funcionamento mental. Estes estão frequentemente ligados a sofrimento ou incapacidade que, por sua vez, afetarão suas atividades sociais e profissionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; TAVARES et al., 2021).

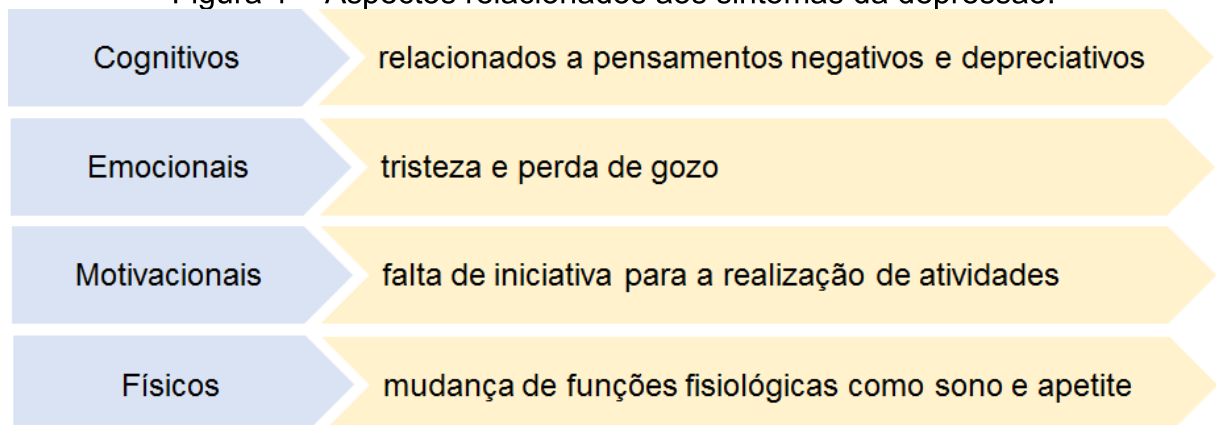
Dentre os principais tipos de transtorno mental, pode-se citar: depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, entre outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2.1 Depressão

Evidentemente, o termo “depressão” encontra-se enraizado na linguagem coloquial, associando-se a inúmeros significados. No que diz respeito à saúde mental, a depressão representa um conjunto de distúrbios de diversas gravidades relacionados, de modo geral, a sentimentos e emoções negativas (RUFINO et al., 2018; VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

O transtorno depressivo, por sua vez, consiste no transtorno mental mais recorrente na sociedade moderna. Consoante a Rufino et al. (2018), a depressão se caracteriza inicialmente “por tristeza e abatimento, seguida da perda do gozo em atividades anteriormente apreciadas”. Além disso, esses autores ressaltam sintomas físicos como “alterações de apetite, perturbações do sono, fadiga e perda de energia”, e, por isso, os sintomas seriam divididos como mostra a Figura 1. O diagnóstico de depressão é representado pela manifestação de todos esses sintomas de modo que a intensidade dos sintomas é proporcional à gravidade ou evolução da patologia (RUFINO et al., 2018).

Figura 1 – Aspectos relacionados aos sintomas da depressão.

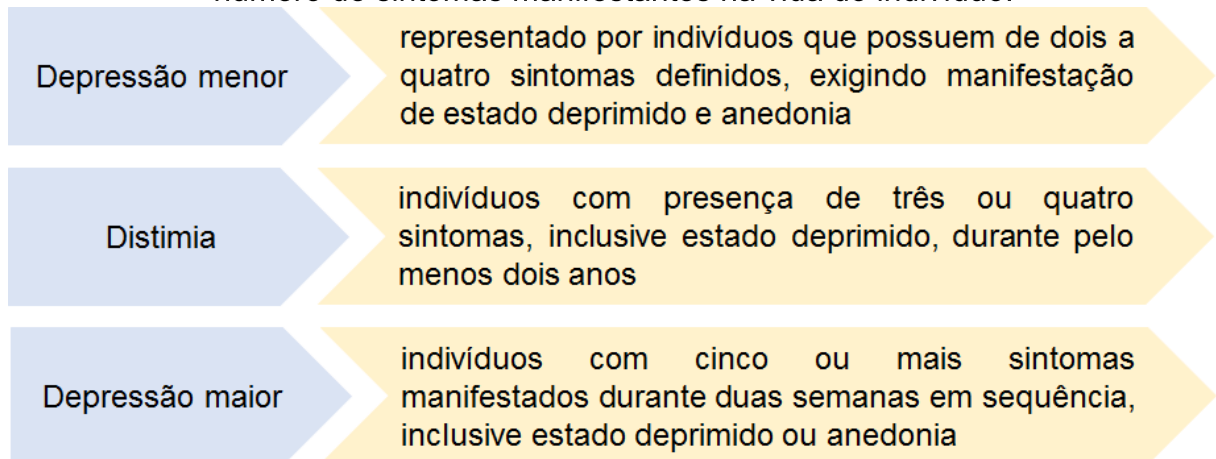


Fonte: Elaborada pela autora (2023), adaptado de Rufino et al. (2018).

Gonçalves et al. (2018) trata os sintomas de depressão de forma semelhante a Rufino et al. (2018), destacando os seguintes sintomas: estado deprimido, anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina, problemas psicomotores - letargia ou agitação dos movimentos, perda de prazer, sensação de inutilidade, distúrbios do sono (hipersonia ou insônia), perda ou ganho de peso e ideias recorrentes de suicídio. Contudo, esses autores agrupam a

depressão em três subgrupos diferenciados entre si em virtude do número de sintomas manifestantes na vida do indivíduo. Esses subgrupos estão demonstrados na Figura 2 (GONÇALVES et al., 2018; RUFINO et al., 2018).

Figura 2 – Características de subgrupos diferenciados de depressão em virtude do número de sintomas manifestantes na vida do indivíduo.



Fonte: Elaborada pela autora (2023), adaptado de Gonçalves et al. (2018).

Ainda segundo Gonçalves et al. (2018), a depressão se manifesta como uma das principais “doenças causadoras de incapacitação, causando limitação física, pessoal e social”. Ademais, para esses autores, os transtornos depressivos estão associados ao agravamento de inúmeros quadros clínicos, dentre os quais se destacam: cardiopatias, obesidade, desenvolvimento de câncer, diabetes, eventos cardiovasculares, e podem ainda induzir a ocorrência de outros tipos de transtornos mentais. Além disso, o desenvolvimento de depressão pode ser relacionado a determinados fatores de risco, como: consumo de drogas, alterações do ritmo circadiano, uso de medicamento - principalmente aqueles que provocam dependência química, estresse, histórico familiar, traumas físicos ou psicológicos e alterações hormonais: como por exemplo, hipotireoidismo (GONÇALVES et al., 2018).

A depressão, por seu turno, possui uma correlação com alterações nos neurotransmissores atuantes no Sistema Nervoso Central (SNC), isto é, observa-se que grande parte dos sintomas humorais percebidos a partir da manifestação do transtorno depressivo, está relacionada com redução dos níveis de norepinefrina (NE) e 5-hidroxitriptamina (5-HT), o que leva a muitos sentimentos negativos e

outras alterações a nível fisiológico, principalmente para casos de depressão maior (DINIZA; NEVES; VIEIRA, 2020).

Desse modo, a NE e 5-HT, em níveis reduzidos no SNC, podem levar a distúrbios do humor, incluindo os quadros depressivos, além de outras alterações fisiológicas. Considera-se, assim, a importância de um melhor estudo sobre a fisiopatologia da depressão, para que seja possível o aprimoramento do conhecimento e assim buscar tratamentos que sejam mais efetivos (DINIZA; NEVES; VIEIRA, 2020).

A progressão das doenças mentais, ao tornar o portador incapacitado para realização de atividades comuns, afasta-o no convívio social. Soma-se a essa conjuntura, o amplo preconceito social e outros fatores econômicos, culturais e políticos que podem afastar ainda mais o paciente do tratamento adequado e da aceitação da doença. A visão disseminada em torno da depressão se relaciona com diversos aspectos e, por esse motivo, a regressão da doença é muito influenciada pela forma como essa é encarada não apenas pelo paciente - que pode muitas vezes rejeitar o diagnóstico da doença - mas também por todos aqueles que o cercam. Uma atitude de rejeição, além de diminuir o possível apoio que o portador da doença pode receber de pessoas de seu convívio, dificulta o processo de recuperação e pode favorecer uma evolução negativa dos sintomas no transtorno depressivo (GONÇALVES et al., 2018; RUFINO et al., 2018; ARRARÁS; MANRIQUE, 2019).

Com isso, as estimativas associadas à alta ocorrência desse tipo de comorbidade torna-se cada vez mais preocupante, o que faz com que essa crescente manifestação se transforme em um problema de Saúde Pública que necessita ser analisado com a devida austeridade. Embora estados de tristeza ou desânimo sejam comuns ao longo do percurso da vida, o sentimento de tristeza a longo prazo pode indicar a presença da depressão enquanto doença. Contudo, grande parte do diagnóstico realizado insere um subdiagnóstico, o que pode resultar em um tratamento impróprio (GONÇALVES et al., 2018; RUFINO et al., 2018; ARRARÁS; MANRIQUE, 2019).

O tratamento convencional ou padrão se baseia na administração de psicofármacos e acompanhamento psicoterapêutico. Quanto as medidas farmacológicas, são muitas as classes de medicamentos que apresentam eficiência

no tratamento do transtorno depressivo e, por isso, a escolha do medicamento adequado, quando esse uso se faz necessário, ocorre a partir da análise de inúmeros fatores como: gravidade da doença, existência ou não de outras comorbidades no histórico clínico do paciente, tolerabilidade ao fármaco, segurança do fármaco, capacidade de adesão ao fármaco, entre outros (ARRARÁS; MANRIQUE, 2019).

Diante dos fatos apresentados, é notável a importância do tratamento e acompanhamento adequado do paciente portador de depressão para que haja uma regressão da doença que visa favorecer os aspectos físicos, mentais e sociais do paciente.

2.2.2 Esquizofrenia

A esquizofrenia se dá por causas multifatoriais, apresentando sintomas de alucinação, delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos, entre outros. A mesma pode ser desenvolvida em qualquer indivíduo, independentemente de sexo ou classe social, porém, há uma predominância entre homens e, o fator genético é ressaltado, uma vez que o risco aumenta em torno de 13% entre parentes de primeiro grau portadores da doença e em 50% no caso de gêmeos (MOTA; SILVA; LOPES, 2017; GOMES et al., 2019; QUEIRÓS et al., 2019).

Os sintomas são classificados em negativos e positivos conforme Tabela 1. Os sintomas negativos são um conjunto de sintomas que representam a perda ou diminuição das funções normais, esses sintomas acompanham a evolução da doença e refletem um estado deficitário. Os positivos são os sintomas presentes de forma mais visível nas fases de descompensação aguda da doença e incluem, classicamente, os delírios e as alucinações. As experiências estressantes podem desencadear o surgimento dos sintomas, assim como o consumo de algumas drogas (GOMES et al., 2019).

Tabela 1 – Principais sintomas positivos e negativos na esquizofrenia.

Sintomas positivos	Sintomas negativos
Delírios	Deficiências intelectuais e de memória
Alucinações	Pobreza no discurso

Pensamento incoerente	Embotamento afetivo
Agitação psicomotora	Incapacidade de sentir prazer – Anedonia
Afeto incongruente	Isolamento social
	Falta de motivação

Fonte: ALVES; SILVA, 2001.

Os sintomas da esquizofrenia estão associados ao excesso de dopamina no cérebro, o que compromete a comunicação entre os neurônios. Antipsicóticos típicos conforme (Tabela 2) (SILVA, 2006; ALVES; SILVA, 2001). No entanto, devido aos efeitos adversos, como a síndrome extrapiramidal, é essencial o acompanhamento psiquiátrico contínuo para manejo seguro e eficaz do tratamento (ARARIPE; BRESSAN; BUSATTO, 2007).

Os medicamentos utilizados com menor efeito extrapiramidal, por serem eficientes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia, são denominados antipsicóticos atípicos conforme (Tabela 2) (ALVES; SILVA, 2001).

Tabela 2 – Exemplos de antipsicóticos típicos e atípicos.

Antipsicóticos típicos	Antipsicóticos atípicos
Clorpromazina	Clozapina
Tioridazina	Olanzapina
Flufenazina	Quetiapina
Trifluoperazina	Risperidona
Haloperidol	Ziprasidona
Tiotixeno	Aripiprazol
Pimozida	

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Os efeitos colaterais ao uso de antipsicóticos, que podem ocorrer no sistema motor extrapiramidal, são principalmente sintomas de parkinsonismo (caracterizado por rigidez muscular, tremores, redução da expressão facial e lentidão de movimentos), acatisia (sentimentos de desassossego, inquietação, ansiedade e agitação), discinesia tardia (movimentação repetitiva e incontrolável na região da boca e lábios, às vezes em outra parte do corpo), distonia aguda (espasmo muscular dos olhos, língua, pescoço e tronco), "síndrome neuroléptica aguda" (caracterizada por rigidez muscular, febre, sudorese excessiva e alterações dos batimentos cardíacos e da pressão arterial). Como também, podem ocorrer no sistema neuroendócrino, produzindo alterações na secreção de alguns hormônios hipofisários que resultam em sintomas como ginecomastia, galactorréia e

amenorreia. Esses efeitos são decorrentes do bloqueio dos receptores dopaminérgicos na porção nigroestriatal e glândula da hipófise anterior que possuem receptores D2 (ALVES; SILVA, 2001).

Por não serem seletivos, os antipsicóticos também interferem no sistema nervoso autônomo ao bloquear os receptores colinérgicos (tipo muscarínico) e adrenérgicos (alfa-adrenoceptores tipo 1), provocando sintomas como: secura da boca e da pele, midríase, dificuldade de acomodação visual, taquicardia, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão arterial e postural. Os sintomas extrapiramidais são os mais frequentes de ocorrer e, neste caso, deve-se mudar a terapia farmacológica ou associar com medicamentos específicos. Por se tratar de uma doença crônica, é considerado que a utilização de drogas antipsicóticas deve ser contínua e, ao apresentar resposta favorável, pode-se estudar a redução da dose ou o uso de antipsicóticos com liberação prolongada (ALVES; SILVA, 2001; PÁDUA et al., 2005).

2.2.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos que afetam significativamente a vida diária de uma pessoa. Segundo o DSM-5®, os critérios para o diagnóstico incluem a presença de obsessões, compulsões e/ou ambos. A obsessão é definida por pensamentos, imagens ou impulsos persistentes e intrusivos que são experimentados como angustiantes ou intrusivos que causam ansiedade, medo, nojo ou vergonha. A compulsão se dá por comportamentos ou atos/rituais mentais repetitivos que a pessoa se sente compelida a realizar em resposta a uma obsessão ou em conformidade com regras que devem ser rigidamente seguidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; TAVARES et al., 2021).

Segundo Ruscio et al. (2010), a prevalência do TOC na população geral é de cerca de 1,2%, com prevalência entre mulheres. Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, estão inclusos: pensamentos obsessivos sobre limpeza, organização, segurança, religião, sexo, agressão ou perfeccionismo, além de citar

os comportamentos compulsivos, como lavar as mãos, verificar fechaduras, contar ou repetir ações. Os mesmos podem ser extremamente prejudiciais à qualidade de vida da pessoa, interferindo em suas relações sociais, no trabalho e na saúde mental (RUSCIO et al., 2010; TAVARES et al., 2021).

As causas para tal transtorno não são totalmente estabelecidas, pois se acredita que envolva uma interação complexa entre os fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Entre os fatores biológicos, destacam-se a disfunção de neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, e anormalidades em estruturas cerebrais, como o gânglio basal e o córtex pré-frontal. A literatura sugere que a predisposição genética, as alterações na química cerebral, as experiências psicológicas traumáticas na infância e os eventos estressantes da vida, como a pressão social, podem contribuir para o desenvolvimento (ABRAMOWITZ et al., 2009; TAVARES et al., 2021).

O tratamento convencional é baseado na terapia farmacológica e psicoterapia. Assim, o tratamento medicamentoso, em particular, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), são frequentemente prescritos para ajudar a reduzir os sintomas do TOC, por estar associado ao aumento da atividade da serotonina no cérebro, que pode ajudar a controlar a ansiedade e a obsessão. Além disso, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento do TOC, com um enfoque particular na exposição e prevenção de resposta com intuito de ajudar o paciente a identificar e desafiar os pensamentos obsessivos e de enfrentar gradualmente os objetos ou situações que possam desencadear a compulsão, sem se prolongar ao comportamento compulsivo subsequente (TAVARES et al., 2021).

O estudo de Simpson et al. (2006) discute as diferenças entre a resposta e a remissão do TOC após o tratamento, e sugere que a remissão, ou seja, a ausência completa dos sintomas, é um objetivo mais adequado para avaliar a eficácia do tratamento do que apenas a resposta parcial. Já o estudo de Tavares et al. (2021) investiga a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do TOC, e conclui que essa abordagem é efetiva na redução dos sintomas e no aumento da qualidade de vida dos pacientes (SIMPSON et al., 2006; TAVARES et al., 2021).

Por outro lado, o artigo de Hoexter et al. (2020) aborda a utilização de técnicas de neuromodulação, como a estimulação magnética transcraniana e a estimulação cerebral profunda, no tratamento do TOC. Essas técnicas visam modular a atividade cerebral em áreas específicas, e têm mostrado resultados promissores, embora ainda existam limitações e questões a serem resolvidas quanto à sua aplicação (HOEXTER et al., 2020).

2.2.4 Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar (TB) também denominado de "transtorno afetivo bipolar", se dá por uma condição psiquiátrica manifestada através de alternância entre as polaridades do humor, associada a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos que envolvem períodos de humor elevado e de depressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017).

Fassarella; Oliveira; Almeida (2019) comentam que “a pessoa ‘perde’ o controle de si mesma, já que em um momento ela se apresenta com certas atitudes, e, em outro, muda drasticamente suas ações”. Assim, o comportamento do indivíduo muda de uma forma incontrolável de modo que este crie sua própria realidade. Entre os sintomas que podem caracterizar o TB, pode-se citar o humor depressivo, desinteresse, perda ou ganho excessivo de peso, sono excessivo ou insônia, agitação ou lentidão psicomotora, esgotamento físico ou perda de energia imediata, sensação ou sentimento de culpa, habilidade diminuída para pensar e se concentrar, pensamentos contínuos sobre morte e pensamentos suicidas (FASSARELLA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2019; RESENDE et al., 2022).

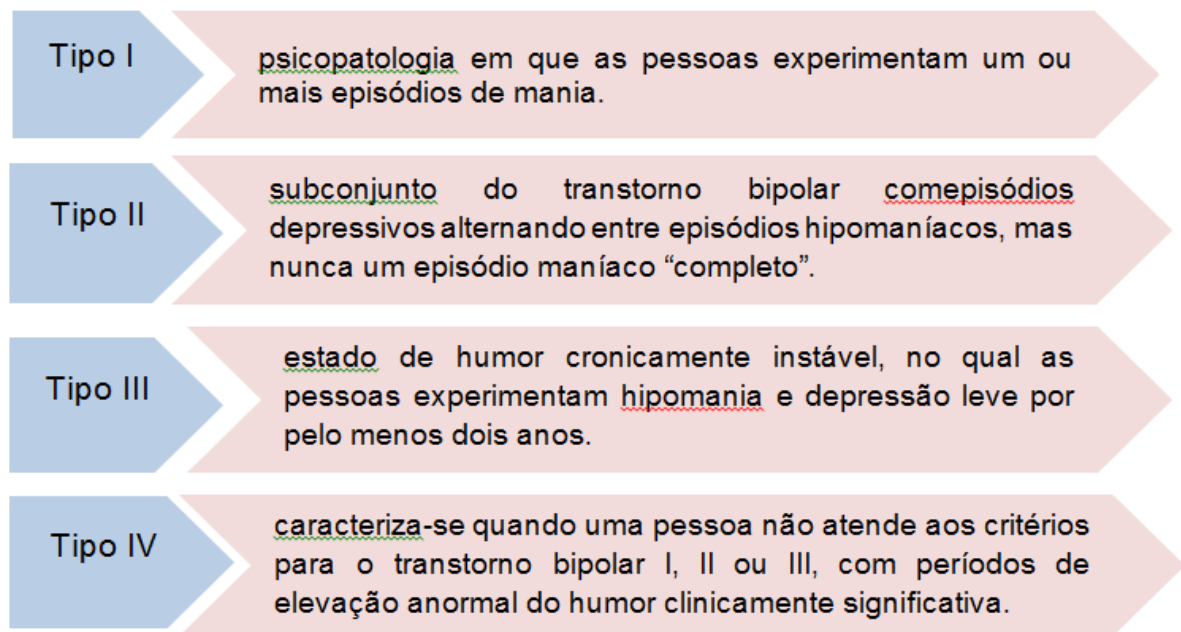
De acordo com o DSM-5®, o transtorno se diferencia em quatro tipos principais, conforme (Figura 3): o Tipo I, considerado como uma psicopatologia em que as pessoas experimentam um ou mais episódios de mania. A maioria das pessoas com diagnóstico de TB I terá episódios tanto de mania quanto de depressão, embora um episódio de depressão não seja necessário para o diagnóstico. Esses episódios maníacos devem durar pelo menos sete dias ou ser tão graves que seja necessária a hospitalização. O Tipo II é um subconjunto do transtorno bipolar no qual as pessoas experimentam episódios depressivos alternando entre episódios hipomaníacos, mas nunca um episódio maníaco

“completo”. O Tipo III também chamado de Transtorno Ciclotímico ou Ciclotimia que é um estado de humor cronicamente instável, no qual as pessoas experimentam hipomania e depressão leve por pelo menos dois anos. Pessoas com ciclotimia podem ter breves períodos de humor normal que duram menos de oito semanas. O Tipo IV, chamado de Transtorno Bipolar, “outro especificado” e “não especificado” caracteriza-se quando uma pessoa não atende aos critérios para o transtorno bipolar I, II ou III, mas ainda experimentou períodos de elevação anormal do humor clinicamente significativa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Há comorbidades que estão associadas ao TB, entre elas, pode-se citar os transtornos de ansiedade, os transtornos comportamentais e os transtornos relacionados ao abuso de substâncias. A literatura reporta que, em vários países, se tem a ocorrência de TB tipo I prevalentemente em homens, enquanto em mulheres se observa mais o TB do tipo II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Transtorno bipolar ainda não apresenta cura, mas é controlado por meio de medicamentos prescritos, o que garante que a pessoa retorne ao convívio social, pois este transtorno tende a afastar e isolar o paciente do meio. A terapia farmacológica mais utilizada se dá pelo uso de carbonato de lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos atípicos e os antidepressivos (WHITBOURNE; HALGIN, 2015). Para eficácia da terapia, se faz necessário o uso correto da medicação de forma que se respeite a prescrição, contudo, estima-se que 18 a 50% dos pacientes falham seu processo terapêutico durante o seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2019).

Figura 3 – Características dos tipos diferenciados de Transtorno Bipolar:



Fonte: Elaborada pela autora (2023), adaptado de American Psychiatric Association, (2014).

2.2.5 Transtorno de Ansiedade Generalizada

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado como uma patologia por diferenciar-se da ansiedade leve. Essa condição patológica, não se limita apenas ao momento ou fase de estímulo, de curta duração, mas sim, passa a ser uma condição exagerada, desproporcional ao estímulo ansiogênico. Além disso, a maior parte dos sintomas é observada em pessoas na mesma faixa etária ou qualidade de vida semelhante, passando a ser considerado um transtorno emocional (LOPES et al., 2021).

Os transtornos de ansiedade são quadros clínicos primários e, por isso, não se deriva de outros transtornos mentais, como depressões, psicoses e transtornos de desenvolvimento. O TAG pode ser diagnosticado através de sintomas como nervosismos, hiperatividade, dificuldade de concentração, rigidez muscular, distúrbios do sono, cefaleia, náuseas, sudorese, entre outros, que persistem por pelo menos alguns meses. Entretanto, apesar da ansiedade não ser derivada de outros transtornos psiquiátricos, ela pode se manifestar como sintoma de outras patologias (FROTA et al., 2022).

Em análises relacionadas aos fatores que favorecem o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, foram notados como agravantes o gênero sexual, uma vez que mulheres são mais acometidas por essas patologias, referente às alterações de humor e estresse. Traumas associados com abusos na infância e eventos traumáticos caracterizam possíveis quadros de desenvolvimento dos transtornos, assim como doenças e comorbidades. Além disso, indivíduos com personalidades mais tensas, preocupadas, histórico familiar de transtornos ansiogênicos e abuso de substâncias também podem desenvolver e agravar a ansiedade (D'ÁVILA et al., 2020).

De acordo com o MS (2011), o tratamento dos transtornos de ansiedade aborda a utilização de medicamentos ou a realização de psicoterapia, sendo válido o tratamento mútuo entre medicação e terapia. Também, o diagnóstico precoce e efetivo promove resultados positivos no quadro clínico dos indivíduos com ansiedade persistente (BRASIL, 2011a).

Sabe-se que os medicamentos utilizados nos transtornos de ansiedade e depressão causam muitos efeitos adversos. Por isso, a fitoterapia, que consiste no medicamento com princípio ativo a partir de PM, passou a ser também utilizada nas condições de ansiedade e depressão. Em quadros clínicos caracterizados como de grau leve, tanto de ansiedade quanto de depressão, a terapêutica do uso das PM demonstrou eficácia comprovada e, por isso, passa a ser uma forma complementar para a redução do uso contínuo de psicotrópicos e dos seus malefícios nesses transtornos (CARVALHO et al., 2021).

2.2.6 Farmacoterapia nos Transtornos Mentais

Os medicamentos, mais especificamente os psicofármacos, estão como primeira escolha para o tratamento em SM, porém, o profissional ao prescrevê-lo deve-se levar em consideração os efeitos desejáveis e/ou indesejáveis. Outro aspecto importante é o tempo de cada medicação, as emergenciais para “apagar incêndio” com efeito em curto prazo, como episódio psicótico grave (ex.: delírios persecutórios bastante invasivos) e com ameaça de morte; e outros que apresentem os efeitos tardios (que levam alguns dias ou semanas para iniciar) (BRASIL, 2013).

Favorável ao alto índice de consumo, principalmente no Brasil, a classe de medicamento benzodiazepínico (BZD) são as que mais se destacam. Nosso país é considerado o terceiro maior consumidor mundial, só perdendo para os Estados Unidos e Índia, assim como é o sexto maior produtor dessas substâncias. No Brasil, o uso desses produtos é de responsabilidade compartilhada entre o usuário, a família, os profissionais e o governo, de forma que o equilíbrio permaneça e não extrapole os limites do uso racional do medicamento de forma que o governo tende a manter o profissional atuante bem como fornece o medicamento para o tratamento, tendo o paciente que se conscientizar da responsabilidade com seu cuidado além da família, quando necessário tomar essa responsabilidade e contribuir com o sucesso do tratamento (BRASIL, 2019; BIGAL; NAPPO, 2024).

Os BZD, introduzidos na década de 1960, destacam-se pelos efeitos ansiolíticos com menor risco de morte em comparação aos barbitúricos. No entanto, seu uso contínuo está associado à tolerância, dependência e déficits cognitivos, como perda de atenção e dificuldade de memorização (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019). Com o envelhecimento, o aumento do tecido adiposo favorece o acúmulo dessas drogas lipossolúveis, prolongando seus efeitos no organismo (SHAH et al., 2023). Assim, o manejo de ansiedade crônica deve priorizar antidepressivos como primeira escolha, reservando o uso de BZD para casos específicos e de curto prazo (BRASIL, 2013).

Ao se falar em saúde pública, deve se ter bastante atenção com relação à prática de contenção química com o uso de substâncias psicotrópicas. Nosso país se destaca por ser o maior consumidor de clonazepam, diazepam e midazolam; segundo maior consumidor de bromazepam, fenobarbital e zolpidem. Algumas dessas medicações, como metilfenidato, zolpidem e nitrazepam, não compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, desta forma, não podem ser financiados pelo SUS, ficando às custas do paciente (BRASIL, 2019; BIGAL; NAPPO, 2024).

Ao se descrever os principais transtornos mentais existentes, bem como alguns tratamentos disponíveis, não se pode deixar de citar a ocorrência de interações medicamentosas, pois estudos apontam que cerca de 10% dos eventos adversos a medicamentos são relativos a uma interação medicamentosa, o que é prejudicial ao paciente (SANTOS et al., 2022).

Estudo realizado em uma farmácia pública de Cascavel-PR revelou que 77,9% das prescrições de psicotrópicos apresentavam interações medicamentosas, muitas de moderada a grave intensidade (BALEN et al., 2017). Destaca-se a associação entre fluoxetina e amitriptilina, em que a fluoxetina, ao inibir o citocromo P450, eleva a concentração plasmática dos antidepressivos tricíclicos, potencializando efeitos adversos como sedação, boca seca, retenção urinária, cardiotoxicidade e risco de síndrome serotoninérgica, o que evidencia a necessidade de monitoramento rigoroso dessas prescrições (BALEN et al., 2017).

A administração de amitriptilina com imipramina e de amitriptilina com clomipramina, podem elevar o prolongamento do intervalo QT, ou seja, aumentar o tempo entre a contração e o relaxamento da musculatura cardíaca durante um batimento cardíaco, possuindo então, duplicidade terapêutica. Os anticonvulsivantes, como os barbitúricos (fenobarbital), e iminostilbenos (carbamazepina) são conhecidos como indutores enzimáticos, a interação medicamentosa ocorre pela indução do citocromo P450, o que minimiza o efeito do próprio fármaco (BALEN et al., 2017).

Outro estudo realizado no mesmo município, porém em uma farmácia privada, verificou prescrições de medicamentos de controle especial, ressaltando o elevado índice de receituário para o sexo feminino. As interações medicamentosas foram encontradas em uma proporção de 24,9% nos pacientes, de forma que 61,5% eram moderadas e 38,5% graves. Foi observado que 70% dos pacientes, com interações ditas como graves, administravam no mesmo período medicamentos da mesma classe. Por outro lado, apenas 5,83% dos pacientes com interações moderadas possuíam duplicidade terapêutica (BOSETTO; SILVA; PEDER, 2020).

As associações medicamentosas podem apresentar benefícios quando geram um melhor efeito terapêutico ou uma redução da toxicidade. As mesmas associações também podem se tornar prejudiciais ao desencadear reações adversas e/ou inibir o efeito de um fármaco ou ambos. Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam ser sensíveis na escuta ao paciente, bem como em obter o conhecimento a respeito das interações medicamentosas para que atuem de forma correta diante dos eventos adversos desencadeados por associações de determinados medicamentos (BALEN et al., 2017).

2.3 VALORIZAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM TRANSTORNOS MENTAIS

Assim, como se observa o uso da alopatia para diversos tratamentos farmacológicos é válido demonstrar como o uso de PM tem favorecido no tratamento dos pacientes (BRASIL, 2012a).

Segue abaixo as PM medicinais escolhidas para o presente estudo (Tabela 3) como forma de demonstrar que a parte da planta a ser utilizada é importante, os princípios ativos contidos devem ser considerados e que cada planta apresenta no mínimo uma indicação terapêutica.

A definição do elenco das PM citadas decorreu em razão dos seguintes critérios: Ter eficácia e segurança terapêutica comprovada que garantam a qualidade do produto formado, registrada no Código Oficial Farmacêutico do País (Farmacopeia Brasileira), exceto a espécie *Ocimum selloi* (Benth.) que ainda não foi incluída. Atender ao perfil epidemiológico da população (ansiedade e depressão), além de serem comorbidades momentâneas/transitórias e não de uso contínuo, ou seja, a paciente que necessitar fará uso por um tempo estabelecido; ser de fácil cultivo/manejo, cuidado e preparo (infusão); por serem herbáceas, ou seja, um tamanho considerado aceitável para se cultivar em casa, hortas e em vasos (BRASIL, 2012a; FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2016; LORENZI; MATOS, 2021).

Ainda há limitações e barreiras a serem conquistadas, como por exemplo, a adição de mais espécies vegetais disponibilizadas na RENAME que é um importante orientador no uso de medicamentos e insumos no SUS e que favorecerá a aquisição por parte dos municípios, principalmente no que se trata de financiamento, pois estes terão recurso federal para tal aquisição e não dependerá apenas de recurso do tesouro municipal. Fato este que será desencadeado através de indução de mais políticas voltadas para esse fim (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2024c).

Tabela 3 - Família, parte usada, princípios ativos e propriedades e indicações de plantas medicinais

Planta medicinal	Família	Parte usada	Princípios ativos	Propriedades e Indicações	Autores/ Ano
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.)	Lamiaceae	Ramos com folhas e flores	Óleo essencial: β -pineno, 1,8-cineol, borneol, cânfora, limoneno e verbenona.	Antidepressiva, analgésica, melhora a função cognitiva, anti-hipertensiva, antiespasmódica, antioxidante e orexígena.	LORENZI; MATOS, 2021
Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i> L.)	Asteraceae	Inflorescências	Flavonoides apigenina, quercetina, patuletina, luteolina e seus glicosídeos; azuleno, matricina, benzopirona.	Calmantes, ansiolítico e sedativo leve, antiespasmódico anti-inflamatória e antioxidante.	MIHYAOUI et al., 2022; LORENZI; MATOS, 2021; FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2016
Capim-limão (<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stapf.)	Poaceae	Folhas, rizoma e raízes frescas ou secas.	Óleos essenciais (com α -oxobisaboleno, borneol, β -cadineno, canfeno, car-3-eno, cineol, geranial, geraniol, citral); flavonóides (luteolina, luteolina-7-O- β -D-glicosídeo).	Ansiedade, insônia, nervosismo, aumentar o sono, diminuir atividade motora, anticonvulsivante, ansiolítico, analgésico suave, miorelaxante, sedativo, calmante.	NEGRELLE; GOMES, 2007; OLIVEIRA; SANTOS, 2021; SHAH et al., 2011; MACHRAOUI et al., 2018; LORENZI; MATOS, 2021;
Funcho (<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.)	Apiaceae	Semente	<i>trans</i> -Anetol, estragol, fencone, α -felandreno.	Ansiolítico, antidepressivo, estimulante, aromático, antioxidante, aliviar dor muscular e reumática, espasmo.	BADGUJAR et al., 2014; BRASIL, 2015b; LORENZI; MATOS, 2021;
Maracujá (<i>Passiflora edulis</i> Sims/ <i>Passiflora incarnata</i> L.)	Passifloraceae	Folhas	Fitosteróis, heterosídeos cianogênicos, alcaloides indólicos, flavonoides (di-C-heterosídeos de flavonas, vitexina e apigenina) e cumarinas.	Ansiolítico e sedativo leve.	FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2016; LORENZI; MATOS, 2021;
Manjerição (<i>Ocimum selloi</i> Benth.)	Lamiaceae	Folhas, flores e raízes	Ácido cafeico, ácido esculosídeo, ácido hidrociânico, cânfora, carvacrol, cinamato de metila, cineol, citral, estragol, eugenol, linalol, lineol.	Calmante, relaxante, sedativo, analgésica, estimulante, aromática, sudorífera, tônica.	CASTRO et al., 2023; LORENZI; MATOS, 2021;
Melissa/ cidreira (<i>Lippia alba</i> (Mill.) N. E. Brown.)	Lamiaceae	Parte aérea	Ácido caféico, ácido clorogênico, ácidos triterpênicos: ursólico; óleo essencial (citral, citronelal, citronelol, pineno, limoneno, linalol e geraniol), glicosídeos flavônicos, sesquiterpenos, tanino.	Ansiedade, artralgia, câibras intestinais, antiespasmódica, anti-inflamatória.	SHAKERI et al., 2016; LORENZI; MATOS, 2021;

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

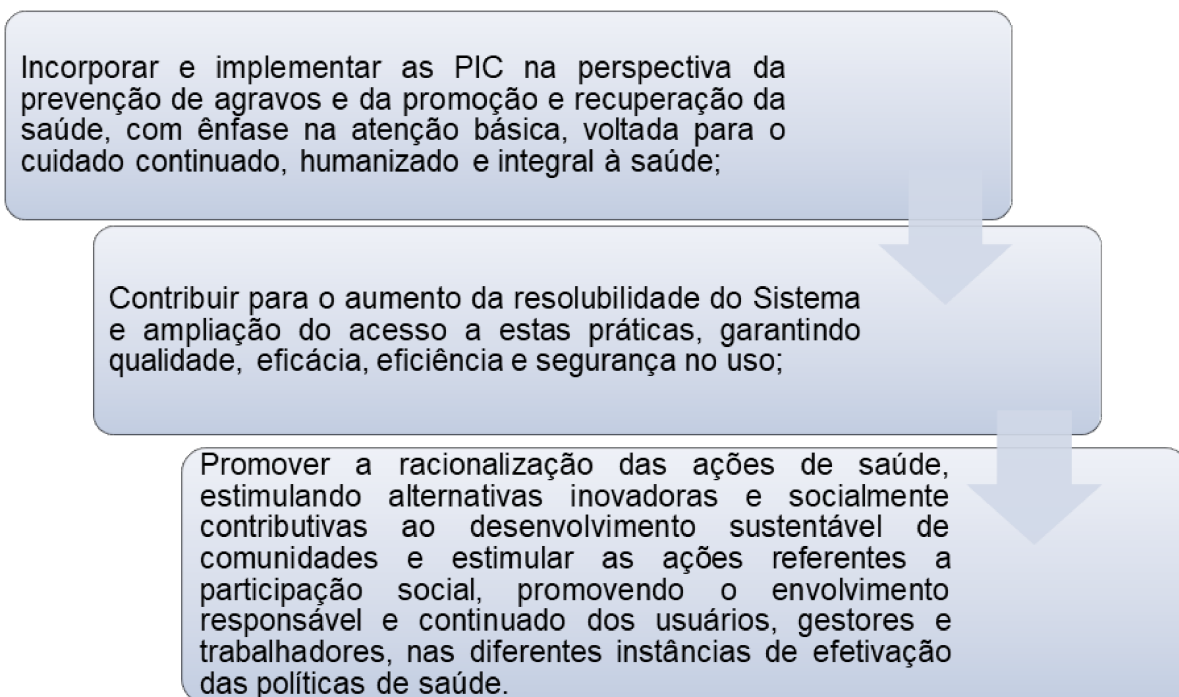
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À PM E FITOTERAPIA

A fitoterapia é caracterizada pelo uso de PM, desde que não se utilize a substância ativa isolada. No entanto, a aplicação da espécie vegetal em seu estado seco ou fresco para fins terapêuticos constitui o uso de PM e não de fitoterápicos (RODRIGUES, 2018; CRF, 2022a). Assim, como forma de organização e controle desta prática, terá a seguir a evolução das legislações no Brasil, que buscam garantir não só o controle como também a qualidade e segurança, tanto no uso de PM, como também no uso de fitoterápicos.

No Brasil, duas importantes políticas foram estabelecidas em 2006 relacionadas ao uso de PM e fitoterápico, o que abriu caminho para a disseminação, apresentação e conhecimento de tais práticas a fim de orientar e potencializar as iniciativas de saúde. A primeira foi a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, instituída por meio da Portaria Ministerial MS/GM nº 971 de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a).

Os objetivos propostos por tal portaria se apresenta na Figura 4.

Figura 4 - Principais objetivos da PNPIIC.



Fonte: BRASIL, 2006a.

A segunda foi a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), publicada através do Decreto nº 5.813 em 22 de junho de 2006. Essa política tem caráter interministerial no qual estabelece diretriz e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações com o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de PM e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012a).

Ambas as políticas apresentam em suas diretrizes o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento com relação ao uso de PM e fitoterápicos que possam ser disponibilizados com segurança à população, priorizando a biodiversidade do país. Essas medidas apontam para maior valorização e reconhecimento desse recurso terapêutico como uma terapia para a população brasileira (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

No Estado de Minas Gerais, em 2009, foi aprovada a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), que segue as diretrizes nacionais e cita que a aprovação dessas políticas incentivou uma nova era da Fitoterapia no Brasil, que incentivou e possibilitou sua implantação no SUS com o intuito de

promover melhorias na atenção à saúde e na qualidade de vida da população brasileira (MINAS GERAIS, 2009).

A partir do professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará, foi iniciado o Programa Farmácia Viva, sendo este o primeiro programa de assistência social farmacêutica, baseado no emprego científico de PM desenvolvido no Brasil. Após a sua criação, no Estado do Ceará, tornou-se referência para o Nordeste brasileiro e, posteriormente, para todo o país, tornando-se regulamentado no SUS, a partir da Portaria nº 886 de abril de 2010 (BRASIL, 2010; VIEIRA et al., 2025).

O Programa Farmácia Viva foi incorporado ao SUS, com o intuito de ampliar o uso racional das PM na USF, através de palestras educativas, informativos, cartilhas, visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para orientar uso correto das PM, resgatando o conhecimento e a valorização da cultura popular, embasado nos conhecimentos científicos. Além de subsidiar a implantação da Fitoterapia como uma nova opção terapêutica, dessa forma, o projeto ganhou notoriedade nacional e internacional graças à garantia ao acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2022b).

Uma grande vitória para a Fitoterapia foi a criação do Primeiro Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira em 2011, que tem por finalidade garantir estoque mínimo em Farmácias de Manipulação e Farmácias Vivas que, na prática, funcionará como um guia para a fabricação de medicamentos fitoterápicos. O mesmo apresenta 83 monografias de medicamentos, como preparações extemporâneas, tinturas, géis, pomadas, cremes, sabonetes e solução auxiliar (BRASIL, 2011b).

Dando continuidade, é publicada a Portaria MS/GM nº 533, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME. Esse fato constituiu um fator positivo, pois essa lista é norteadora para aquisição e prescrição no âmbito do SUS, garantindo que estes medicamentos tenham comprovação de eficácia terapêutica (BRASIL, 2012b).

A RENAME/2012 também traz, por parte do MS, 12 fitoterápicos (Tabela 4) por entenderem que apresentam melhores evidências científicas disponíveis, além de se considerar a eficácia, efetividade, segurança, custo e disponibilidade. No entanto, para serem inseridos na RENAME, os medicamentos fitoterápicos devem primeiramente ser avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de

Tecnologias no SUS, que é um órgão colegiado de caráter permanente que busca assessorar o MS nos processos relativos às tecnologias de saúde no SUS (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2022b).

Tabela 4 – Plantas medicinais e fitoterápicos encontrados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022.

Nome popular	Espécie
Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i> L.
Aroeira	<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi
Babosa	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f
Cáscara-sagrada	<i>Rhamnus purshiana</i> D.C.
Espinheira-santa	<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.
Guaco	<i>Mikania glomerata</i> Spreng.
Garra-do-diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>
Hortelã	<i>Mentha x piperita</i> L.
Isoflavona de soja	<i>Glycine max</i> (L.) Merr.
Plantago	<i>Plantago ovata</i> Forssk.
Salgueiro	<i>Salix alba</i> L.
Unha-de-gato	<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

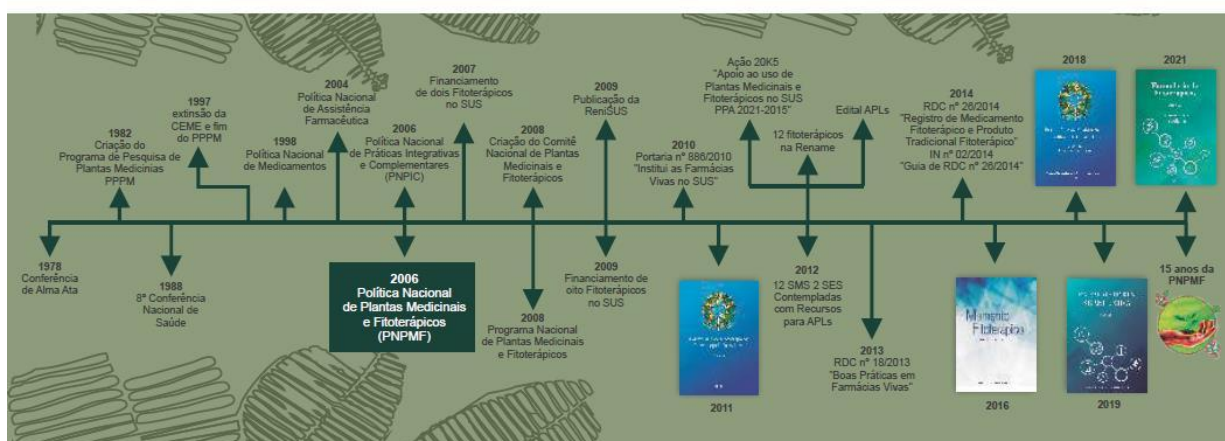
Nesse mesmo caminho, o Memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, divulgado em 2016, foi colocado à disposição com o intuito de contribuir com essa política e auxiliar o profissional prescritor na conduta terapêutica. Esse memento possui a apresentação de 28 monografias fitoterápicas com informações, como identificação, nome popular, parte utilizada, indicações terapêuticas, interações, formas farmacêuticas, posologia, vias de administração, etc. (BRASIL, 2016; BRASIL, 2021).

Em seguida, foi publicado em 2021 o Formulário de Fitoterápicos - 2ª edição, com registros sobre a forma correta de preparo, indicações e restrições de uso de diversas PM a serem manipuladas em farmácias autorizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2016; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022a) e também em comemoração aos 15 anos da PNPMF (BRASIL, 2022b).

Da mesma forma, em 2023 foi lançada a atualização da 6ª edição da Farmacopeia Brasileira que conta também com apresentação de um fascículo dedicado a monografias de PM e Derivados Vegetais com apresentação de 83 monografias de drogas vegetais, 22 tinturas, 19 extratos fluidos e 25 de óleos, gorduras e ceras (BRASIL, 2023).

Em 2022, o município de Juiz de Fora - Minas Gerais, cenário de estudo deste trabalho, aprovou a portaria nº 5.682, de 09 de junho de 2022, que estabeleceu a comissão de Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, denominada de CH-Fito. Tal portaria é de suma importância, pois garante disseminação e engajamento dos nossos resultados futuros além do aumento da sua capilaridade (PJF, 2022a). Essa comissão está trabalhando na reformulação e atualização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) para que sejam incluídos novos medicamentos, inclusive os medicamentos fitoterápicos à lista básica do município para disponibilização na USF. Essas ações buscam promover o estímulo do consumo, além do uso correto de medicamentos mais benéficos ao organismo. E assim, tem-se construído a política relacionada às PM (Figura 5).

Figura 5 - Sequência cronológica da construção da política relacionada às PM.



Fonte - Ministério da Saúde, 2022b.

2.5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM PLANTAS MEDICINAIS

Carvalho et al. (2022) apontaram em seu estudo que o serviço de saúde no que tange o acesso e a utilização são derivados do aspecto socioeconômico e demográfico, dos recursos disponíveis, da oferta de serviços de saúde e pela presença de morbidades. Há de se considerar que a maior presença de doenças terá como consequência maior procura de serviços, o que faz com que o SUS especialmente a APS demande mais cuidado a estes pacientes.

A medicina moderna encontra-se bem desenvolvida, porém, atualmente, os pacientes apresentam um aspecto de decepção com a medicina convencional e, junto a isso, um anseio em se ter um estilo de vida “natural”, o que tem provocado o aumento em se buscar outras formas de terapia. Embora os medicamentos psicotrópicos (BZD, ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos) apresentem comprovada eficácia no tratamento de transtornos mentais, também é necessário ficar atento aos efeitos adversos que estes podem provocar (PARSAIK et al., 2016; STRAWN et al., 2018; CARVALHO et al., 2016; STROUP; GRAY, 2018), o que favorece o uso e a associação com outras terapias, especialmente a utilização de PM e fitoterápicos por parte dos usuários sem um constante e efetivo controle (GANTNER et al., 2021).

No estudo realizado por Mazon; Amorim; Brzozowski (2023) tem-se a fala de que os psicotrópicos “são tentativas de mascarar os problemas sociais mais estruturais, mobilizando recursos discursivos racionais: consumo em curto prazo e estabilização das formas mais graves de mal-estar” (MAZON; AMORIM; BRZOZOWSKI, 2023).

Esse panorama é muito comum em bairros periféricos de médias e grandes cidades, pois, mesmo usando os medicamentos psicotrópicos, usuários do SUS costumam consumir PM para o tratamento de sintomas e suas enfermidades, o que pode beneficiar e favorecer o tratamento (ANDRADE; MEDEIROS, 2021; BRASILEIRO et al., 2008; SCHIAVO et al., 2017).

Por exemplo, um estudo realizado na população atendida pelo Programa de Saúde da Família em Governador Valadares, Minas Gerais, mostrou o uso de 232 espécies de PM com indicações tais como calmante, anti-gripal e antimicrobiana, que são preparadas na forma de chá e obtidas em cultivo próprio, cujo conhecimento sobre o uso e modo de preparo foi adquirido a partir dos familiares (BRASILEIRO et al., 2008). Considerando esse costume, torna-se relevante evidenciar o conhecimento sobre o uso de PM e fitoterápico por pessoas que buscam atendimento em USF, não só para considerar os benefícios, mas também para verificar se faz o uso correto e seguro das PM e identificar possíveis efeitos deletérios que possam ocorrer quando consumidos com medicamentos sintéticos.

Um estudo realizado na APS na Alemanha demonstrou que os participantes se interessam pelo uso de fitoterápicos, embora haja desconhecimento por parte dos profissionais na prescrição, além do governo não investir nas compras destes

medicamentos. Os mesmos reforçam a importância da tradição familiar que advem com o uso, além dos fitoterápicos promoverem menor reação adversa, o que impulsiona o seu uso. O estudo apresenta o sentimento positivo dos participantes quanto a essa terapia como demonstrado em “Esses são remédios naturais antigos que estão recuperando sua popularidade, pois há simplesmente uma abundância dessas coisas”; e “Bem, minha mãe não nos mandou ao médico imediatamente ou nos alimentou com antibióticos, ao invés disso, ela tentou ela mesma, você sabe, com remédios caseiros” (JOOS; GLASSEN; MUSSELMANN, 2012).

Como observado, o conhecimento sobre o uso de PM tem sido evidenciado como prática popular, principalmente por parte da população de baixa renda que, em sua maioria, tem consumido como única opção terapêutica para o tratamento de suas enfermidades. Também é comum o uso desses recursos em associação com medicamentos alopáticos sem critérios e acompanhamento profissional, o que necessita de ser investigado para um melhor entendimento de seus benefícios e suas interferências no tratamento de doenças (ARAÚJO et al., 2014).

2.6 A MULHER COMO PROTAGONISTA

Eric Cassell diz no caderno de atenção básica a seguinte expressão “Roubar das pessoas seu passado, negar a verdade de suas memórias, ou zombar de seus medos e preocupações fere as pessoas. Uma pessoa sem passado é incompleta”, é nesta verdade que trazemos a mulher como protagonista do presente projeto por entender que ela abarca tudo isso (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o sofrimento mental de mulheres vulnerabilizadas é algo que se percebe cada vez mais próximo do cotidiano da vida e do trabalho. No Brasil, por exemplo, as mulheres têm sido foco de maior índice de sofrimento mental, como depressão e ansiedade, o que necessita de um olhar mais profundo, principalmente no que se refere aos cuidados terapêuticos (BRASIL, 2013; WARE et al., 2021). Observa-se que comparadas com os homens, às mulheres apresentam cerca de duas vezes maior probabilidade de apresentar essa forma de sofrimento, o que pode estar relacionado ao seu papel social de não apenas de se restringir aos fatores biológicos do sexo. Outros fatores incluem a pobreza, a baixa escolaridade, a menor renda, o desemprego e a raça (BRASIL, 2013; MAZON; AMORIM; BRZOZOWSKI, 2023).

Parreira et al. (2017) descreveram situações em que a mulher atual começa a apresentar dificuldades ao conquistar um emprego remunerado, o que pode gerar uma sobrecarga física de trabalho e, por conta da rotina diária, têm pequenos contatos sociais, restringindo seus papéis socioculturais. Isso tudo pode ocasionar maior vulnerabilidade em desenvolver doenças mentais e desvantagens sociais que são importantes para a qualidade de vida delas (PARREIRA et al., 2017).

Além disso, esse público tem sido investigado por apresentar seu histórico patriarcal, em que o papel da mulher está voltado à responsabilidade pelo cuidado da casa (tarefas domésticas e manutenção das plantas) e dos familiares. Com isso, sugere-se que as mulheres dominam mais informações sobre as PM, tornando possível o uso delas, além de se obter de forma mais econômica e acessível em seus próprios quintais (PATRÍCIO et al., 2022).

Para Avilez; Medeiros; Albuquerque, (2016) e Avilez (2017), entre os gêneros não existe homogeneidade do conhecimento sobre PM. Esses autores demonstraram que há regiões onde mulheres se sobressaem com relação ao conhecimento de PM, mas também há territórios onde os homens são detentores do conhecimento. Essa variação se dá principalmente em razão da geografia de onde moram e às funções laborativas exercidas, entre outras particularidades (AVILEZ; MEDEIROS; ALBUQUERQUE, 2016; AVILEZ, 2017).

Além de se observar que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde, pois, em geral, têm maior percepção de sinais e sintomas de doenças. As mesmas buscam mais por práticas de promoção e prevenção da saúde, como também em acompanhar suas etapas da vida (menarca, pré-natal e menopausa), além de seguir seus filhos menores ao atendimento clínico nos serviços de saúde (ZENI et al., 2017; PEREIRA, 2019; MELO, 2018; CARVALHO et al., 2022).

Dessa forma, conhecer o perfil de mulheres atendidas na USFBI e sua relação com PM é um dos aspectos a ser investigado no presente estudo.

2.7 CUIDADO FARMACÊUTICO

O cuidado farmacêutico se faz necessário e importante no processo do cuidado do paciente que busca a APS, em especial o paciente com alguma demanda em SM, pois o profissional farmacêutico tem conquistado seu espaço junto a equipe multiprofissional, de forma que contribua com o ciclo de atendimento desde

a consulta clínica ainda em crescimento quanto na dispensação do medicamento que é o momento final deste paciente onde o mesmo terá as últimas informações necessárias para a partir daí dar início ao seu tratamento (NETO, 2022; BRASIL, 2024d).

É notável mudanças tanto no perfil epidemiológico quanto na estrutura demográfica no Brasil o que contribui ainda mais para o sistema de saúde passar por adaptações de acordo com as reais situações, uma delas de suma importância será a ampliação das atividades clínicas do farmacêutico. O cuidado farmacêutico deve estar inserido como uma ferramenta de aproximação e vínculo (CFF, 2013; CRF, 2022b).

Com a incorporação do profissional farmacêutico na APS no qual o mesmo passa a fazer parte da equipe multiprofissional, o cuidado farmacêutico passa a se fortalecer dentro de um novo cenário que visa o acompanhamento permanente das condições de saúde do paciente (CFF, 2013; BARROS; SILVA; LEITE, 2020; NETO, 2022). Também se faz necessário para o fortalecimento desta categoria profissional, mudanças culturais e condutas alinhadas por outros profissionais de diversas profissões de forma que se somem como uma equipe e promovam um serviço de saúde de qualidade (BEZERRA et al., 2020).

Para Barros; Silva; Leite (2020) o paciente é o protagonista de seu cuidado, e ao estar inserido no meio multiprofissional contribuirá ainda mais para o sucesso do seu tratamento, quer seja no controle de doenças crônicas, como redução de sintomas e/ou redução de erros de medicação, além de contribuir com o aumento da adesão ao tratamento (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

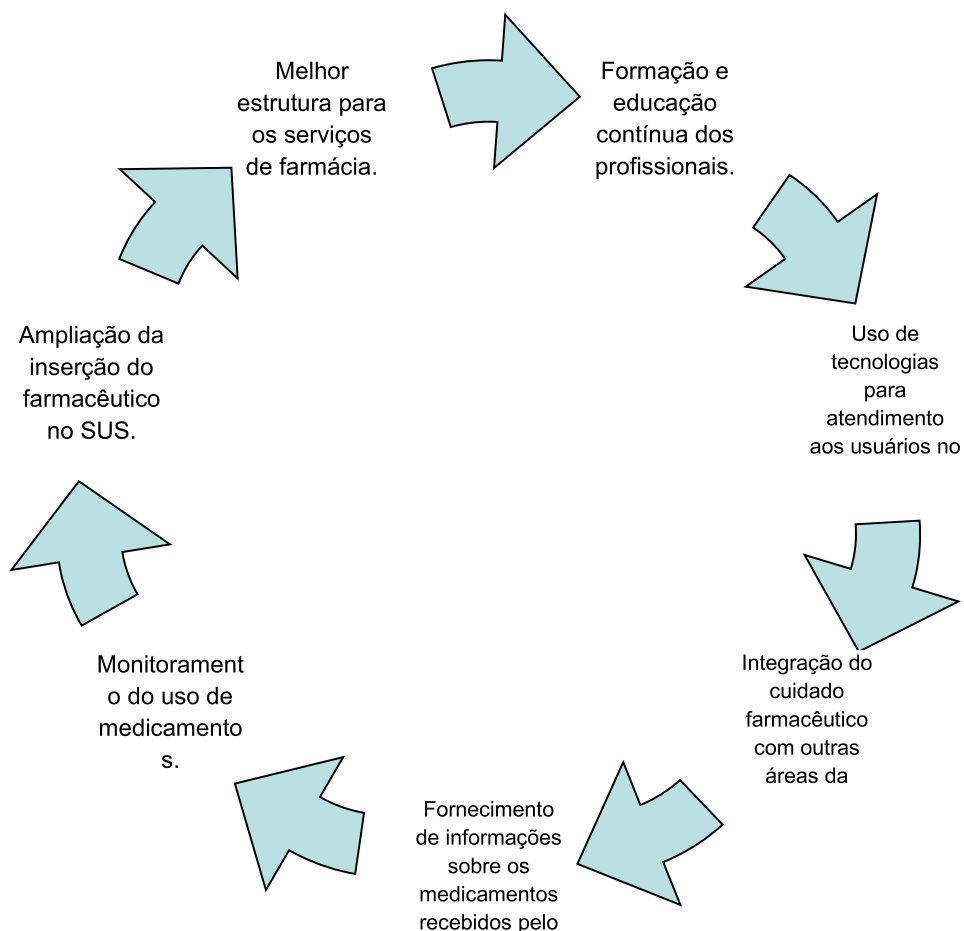
Já para Neto (2022) o cuidado farmacêutico ao paciente é de suma importância, pois estão atreladas as leis do SUS relacionadas à saúde o que promove e fortalece o investimento em formação e aprimoramento dentro deste serviço (SOARES et al., 2021; NETO, 2022; DESTRO et al., 2023).

De acordo com Soares, et al. (2021) e consoante ao tema, para fortalecimento da fitoterapia na prática clínica é necessária uma abordagem multidisciplinar centrada no paciente. No qual, o profissional farmacêutico tem participado do desenvolvimento dessas políticas que estão presentes na assistência em saúde às comunidades e aos pacientes que faz o uso de PM e fitoterápicos (SOARES et al., 2021).

Ainda no SUS, em 2024 foi publicada as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do SUS, (Figura 6) que visa direcionar ações e estratégias para o desenvolvimento do cuidado farmacêutico nos serviços de saúde do SUS. Definido como “modelo de prática profissional que se concretiza por meio de ações e serviços realizados pelo farmacêutico, de forma integrada com as equipes de saúde, voltado ao usuário, à família e à comunidade, visando ao uso seguro e racional de medicamentos e aos melhores resultados em saúde” (BRASIL, 2024d).

Tais diretrizes citadas acima estão alinhadas com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com destaque ao papel essencial dos farmacêuticos nas equipes multidisciplinares, com benefícios voltados a saúde dos pacientes como garantia de um atendimento mais seguro e eficiente além do acesso a medicamentos com orientação adequada (BRASIL, 2024d).

Figura 6: Conceitos a serem destacados relacionados à ampliação do Cuidado Farmacêutico.



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Brasil (2024d).

3 OBJETIVOS

Investigar o padrão de utilização de práticas terapêuticas tradicionais e convencionais por usuárias em tratamento de transtorno mental atendidas na Atenção Primária à Saúde.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar o perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico das usuárias em tratamento de transtorno mental atendidas na USFBI, Juiz de Fora, MG.

Identificar o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos em usuárias com transtorno mental atendidas na USFBI.

Verificar como ocorre o processo de prescrição de plantas medicinais e/ou fitoterápicos em usuárias com transtorno mental atendidas na USFBI.

Avaliar o autoconhecimento e o repasse do conhecimento sobre plantas medicinais e/ou fitoterápicos em usuárias com transtorno mental atendidas na USFBI.

Averiguar a existência de horta ou canteiro com plantas medicinais cultivadas nas casas das usuárias com transtorno mental atendidas na USFBI.

Determinar o conhecimento sobre o tratamento com PICS, sobretudo o uso de PM das usuárias com transtorno mental atendidas na USFBI.

Levantar os principais medicamentos sintéticos em uso pelas mulheres participantes da pesquisa.

Subsidiar futuros protocolos a partir dos resultados obtidos, especialmente com relação ao emprego de práticas integrativas e complementares como forma de tratamento coadjuvante.

Desenvolver Educação em Saúde a partir de rodas de conversa.

Estimular a adoção das PICS no tratamento e manejo em saúde pela estruturação de um espaço verde nas dependências da USFBI.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na USFBI, situada na Rua João Gualberto, número 110, Bairro Industrial, na Zona Norte do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, como mostrado na área adscrita (Figura 7). O bairro possui acesso aos mais variados recursos, ou seja, equipamentos sociais (uma igreja católica e igrejas protestantes, escolas de educação infantil, fundamental e médio, sendo uma dessas escolas estadual, além de supermercados e ampla circulação do transporte público).

Figura 7 - Imagem da área adscrita da USFBI



Fonte: Google Earth (2023).

A USFBI apresenta como modelo de assistência à saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF), com quatro equipes distribuídas nos Bairros: Industrial, Cerâmica e Francisco Bernardino. Nessa unidade, os profissionais atuantes são: agentes comunitários de saúde, dentista, enfermeiros, farmacêutica, médicos, técnicos de

enfermagem, recepcionista, supervisora e serviços gerais. Conforme o sistema de informação do MS E-SUS, atualmente, a equipe do bairro Industrial atende 3.949 usuários, enquanto a do bairro Cerâmica/Francisco Bernardino atende 3.540 usuários, totalizando 7.489 usuários cadastrados (BRASIL, 2024b).

A população adscrita é cadastrada pelo Agente Comunitário de Saúde e, em seguida, pode ser atendida através de acolhimento, procedimentos, vacinação, coleta de exames, atendimentos individuais na USF, atendimentos domiciliares, dispensação de medicamentos e grupos educativos (Viva com Saúde, Oficina da Memória e Atividade Física). A USFBI se localiza na região sanitária número 07 e apresenta como parceiros o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) localizado no Bairro Barbosa Lage, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) localizado no centro da cidade e CAPS também localizado no centro da cidade. Além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizado no bairro Benfica.

A USFBI é parte ativa na promoção da integração ensino-serviço recebendo estudantes de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora da disciplina Estágio Supervisionado 1 (9º período) do curso de Enfermagem e estágio de aplicação em medicina comunitária local (10º período) do curso de Medicina.

No local de trabalho, prevalece o processo democrático, com participação de todos os integrantes, respeito entre os profissionais e autonomia entre as atividades específicas.

É importante informar que, como ponto referencial desta proposta, a USFBI foi escolhida em função da autora ser a farmacêutica da unidade por mais de sete anos e do bom relacionamento com a equipe, além de perceber o potencial que a mesma apresenta para realização de trabalhos em grupos e a preocupação em se promover a saúde de forma ampliada, seguindo os princípios da PNAB.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E DELINEAMENTO

A população de estudo se deu por mulheres da área de abrangência da USFBI (Bairro Industrial, Cerâmica e Francisco Bernardino), diagnosticadas com sofrimento psíquico/mental.

As protagonistas foram convidadas por conveniência e não de forma probabilística a participar da pesquisa pelos profissionais que atendem na USF, como os Agentes Comunitários de Saúde, que faz visitas periódicas nos domicílios, e a farmacêutica durante a dispensação dos medicamentos na farmácia da USF, sendo que a farmácia já consta de um controle interno dos usuários que faz uso de tais medicamentos, bem como a data e a quantidade dispensada de cada medicamento psicotrópico. Assim, previamente, foi construída uma lista com nome completo das pacientes, telefone, número do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde (CNS) e endereço, que facilitou o contato. Em seguida, as usuárias foram divididas por área e microárea para uma melhor identificação durante as visitas domiciliares e aplicação do questionário. Nesta etapa, houve um registro de 218 cadastros (Figura 8) (110 da área Cerâmica/Francisco Bernardino e 108 da área Industrial) participantes que tinham os critérios de inclusão na pesquisa.

Figura 8: Número de usuárias cadastradas e possíveis a serem entrevistadas.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

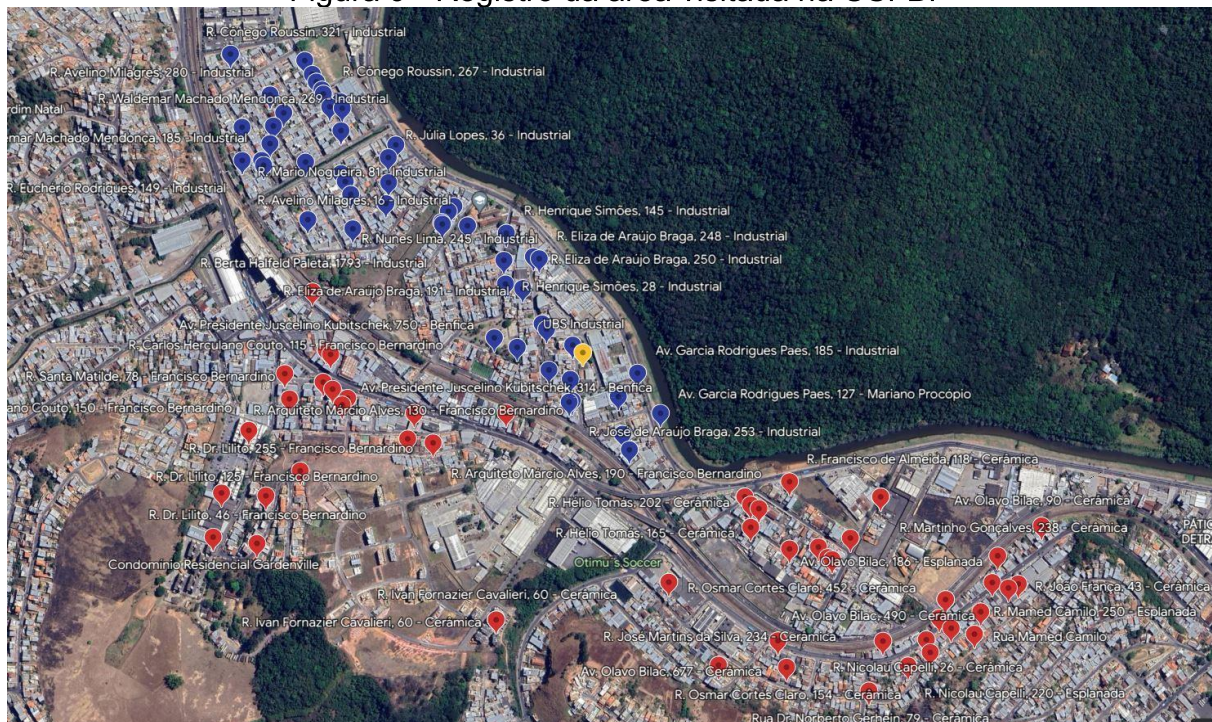
Ao iniciar as entrevistas, foi possível o preenchimento de 150 questionários, ou seja, 150 entrevistas foram realizadas. As demais mulheres cadastradas não foram entrevistadas, pois se recusaram a nos atender, houve mudança de endereço (não faz mais parte da área adscrita), hospitalização e falecimento. Para alcançar

essa totalidade, algumas estratégias foram necessárias durante as visitas: os ACSs realizaram o agendamento prévio, retornaram as casas por duas vezes, quando não obteve sucesso na primeira tentativa, e agendaram o encontro na própria unidade, na oportunidade em que a paciente buscasse seu medicamento.

Ressalta-se que, durante a coleta de dados, a participação dos ACSs nas visitas domiciliares foi fundamental para a efetivação das entrevistas, por conta do vínculo entre eles e as pacientes, o que facilitou o acesso da pesquisadora. Ressalta-se que nenhuma visita domiciliar foi feita de forma unitária e individual.

Como forma de exibir a área visitada, apresentamos a Figura 9 que marca os pontos por onde as entrevistas foram realizadas, o que foi muito favorável à pesquisa, pois demonstra o rastreo e preenchimento da área, ou seja, uma varredura em toda área adscrita, não se limitando as entrevistas em apenas um ponto do bairro ou até mesmo só em pontos próximos a unidade. As áreas sem demarcação são marcadas pelo comércio local, indústrias e pela MRS logística.

Figura 9 - Registro da área visitada na USFBI



Fonte: Google Earth (2023).

4.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

A pesquisa em questão trata-se de um estudo descritivo que busca descobrir e observar os acontecimentos a fim de descrevê-los, classificá-los e interpretá-los; além de definir as características de uma determinada população e/ou a existência de associações entre variáveis (RUDIO, 2013). Assim, uma das principais qualidades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como por exemplo, o questionário ou a entrevista que foi aplicada em duas etapas para verificar o grau de concordância (GIL, 2006).

O questionário foi elaborado com a proposta de se caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com transtorno mental atendidas na USFBI. Para isso foi necessário levantar os seguintes aspectos: Faixa Etária, Estado Civil, Filhos, Profissão, Tempo de Residência no bairro, Escolaridade, Crença e/ou Religião.

Com relação a consumo de PM, foi avaliado seu uso e se ocorre sem prescrição. Como também se informa ao médico e como tem sido tal aceitação (a favor, contra ou indiferente).

Foi avaliado o nível de conhecimento de cada mulher, no qual elas deveriam pontuar de 0 a 10 conforme considerassem seu nível de conhecimento sobre PM. Também verificou se repassam seu conhecimento para outras pessoas, e se sim, para quem repassam. Além de informar se conhecem pessoas detentoras de muito saber sobre PM. E se em suas casas há horta medicinal.

Ao elaborar um painel com 07 PM escolhidas para nortear nosso estudo, foi verificado se tais participantes com transtornos mentais atendidas na USFBI as conhece, são elas: Alecrim (*Rosmarinus officinalis* L.), Camomila (*Matricaria chamomilla* L.), Capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf.), Funcho (*Foeniculum vulgare* Mill.), Maracujá (*Passiflora edulis/Passiflora incarnata* L.), Manjerição (*Ocimum selloi* Benth.) e Melissa/ Erva cidreira (*Lippia alba* (Mill.) N.E.Brown.).

Sobre o conhecimento e o uso das PICS foram questionadas se as conhecem ou não. Inclusive foram argumentadas se faz uso e/ou tratamento das seguintes PICS: Acupuntura, Antroposofia, Auriculoterapia, Fitoterapia e Homeopatia.

Já sobre o perfil clínico e farmacoterapêutico, foi apreciado às condições clínicas (Problema de Saúde Mental) das mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI, como índice de: Ansiedade, Bipolaridade, Depressão,

Epilepsia, Síndrome do pânico e Transtorno obsessivo-compulsivo, tal como o tempo de diagnóstico com variação entre menos de 01 ano há mais de 10 anos. As causas do surgimento do transtorno mental também foram investigadas, são elas: Luto (mãe, pai, esposo, irmão e filho), Problema familiar, Surgimento de doença na própria vida (menopausa, puberdade, labirintite, sequelas COVID, artrose degenerativa, trauma pós parto), Divórcio, Trabalho, Surgimento de doença com familiares, Assalto com complicação, Estudo e Uso drogas ilícitas.

A análise farmacoterapêutica foi realizada questionando sobre dados relativos aos medicamentos usados pelas mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI. Se estas estão ou não satisfeitas com seu tratamento (medicamentos sintéticos). Se não, o porquê: o medicamento não faz mais efeito, o medicamento causa dependência, não consigo dormir com o medicamento, o medicamento causa reação adversa, o medicamento não faz bem ou por não gostar de tomar medicamento. Também foi levantado as reações adversas com o uso dos medicamentos sintéticos e o tempo que já está em uso. Se houve tentativa de parar de usar a medicação por conta própria e se sim, por qual motivo.

Com relação à avaliação da terapia medicamentosa, foi solicitado às pacientes, no momento da entrevista, cópia da prescrição médica, bem como, as caixas e embalagens de todos os medicamentos em uso para conferência, e diminuir o viés recordatório quanto à automedicação. Nos casos em que não tivemos acesso a prescrição, optamos por captar tais dados através do prontuário de cada mulher na USFBI. Na abordagem farmacoterapêutica foram analisados os medicamentos sintéticos prescritos segundo o Anatomic Therapeutic Chemical Code (ATC) (WHOCC, 2023) e possíveis interações medicamentosas.

Assim, os medicamentos prescritos foram listados e organizados por seus nomes genéricos, ou seja, do princípio ativo em conformidade com a Denominação Comum Brasileira (DCB), de acordo com o número de vezes que apareceram, os medicamentos mais utilizados até os menos utilizados, além de serem categorizados conforme classificação ATC e grupos farmacológicos, até o 3º nível de classificação, correspondente subgrupo terapêutico (WHOCC, 2023).

4.4 PRIMEIRA ETAPA DA ENTREVISTA

A primeira etapa foi baseada nas entrevistadas das 150 participantes do estudo, no período de março de 2023 a junho de 2023. O questionário semi-estruturado, em anexo (Apêndice A – Questionário 1), foi aplicado, assegurando que cada aspecto das perguntas fosse suficientemente explicado para que não houvesse dúvidas ou mal-entendidos.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios por uma única pesquisadora, face a face, em local reservado, para assegurar sigilo e privacidade. Considerando que algumas mulheres poderiam apresentar algum tipo de dificuldade de leitura ou compreensão das questões, as entrevistas foram realizadas de forma direta, ainda que os instrumentos pudessem ser autoaplicáveis. Assim, elas foram convidadas a participar do estudo e esclarecidas sobre a natureza e os objetivos da pesquisa e, em seguida, foi solicitado que formalizasse sua anuência por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

Durante as entrevistas, foi mantido o contato próximo às pacientes, sendo muito importante para orientar sobre o uso de PM e medicamentos utilizados no tratamento (Figuras 10, 11 e 12).

Figura 10 – Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 11 – Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 12 – Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na primeira etapa da entrevista



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

4.5 ETAPA DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Após consolidação da primeira etapa do estudo, foi realizada a intervenção farmacêutica com o objetivo de promover ações de educação em saúde voltadas ao cuidado de mulheres com transtornos mentais. A intervenção teve como foco

principal o uso seguro de medicamentos psicotrópicos e o incentivo ao uso racional de plantas medicinais, abordando aspectos como interações medicamentosas, efeitos adversos e a importância da adesão ao tratamento. As atividades foram desenvolvidas de forma dialógica e participativa, visando à conscientização sobre os temas identificados como críticos na primeira fase da pesquisa. Em seguida, posteriormente aplicou-se a segunda etapa do questionário, utilizando a mesma amostra da fase inicial, a fim de avaliar possíveis mudanças no conhecimento, na percepção e nas práticas das participantes em relação ao uso de medicamentos e fitoterápicos. Essa abordagem permitiu verificar o impacto da intervenção educativa no empoderamento e autocuidado das mulheres assistidas.

4.5.1 Orientações farmacêuticas e cartilhas educativas elaboradas

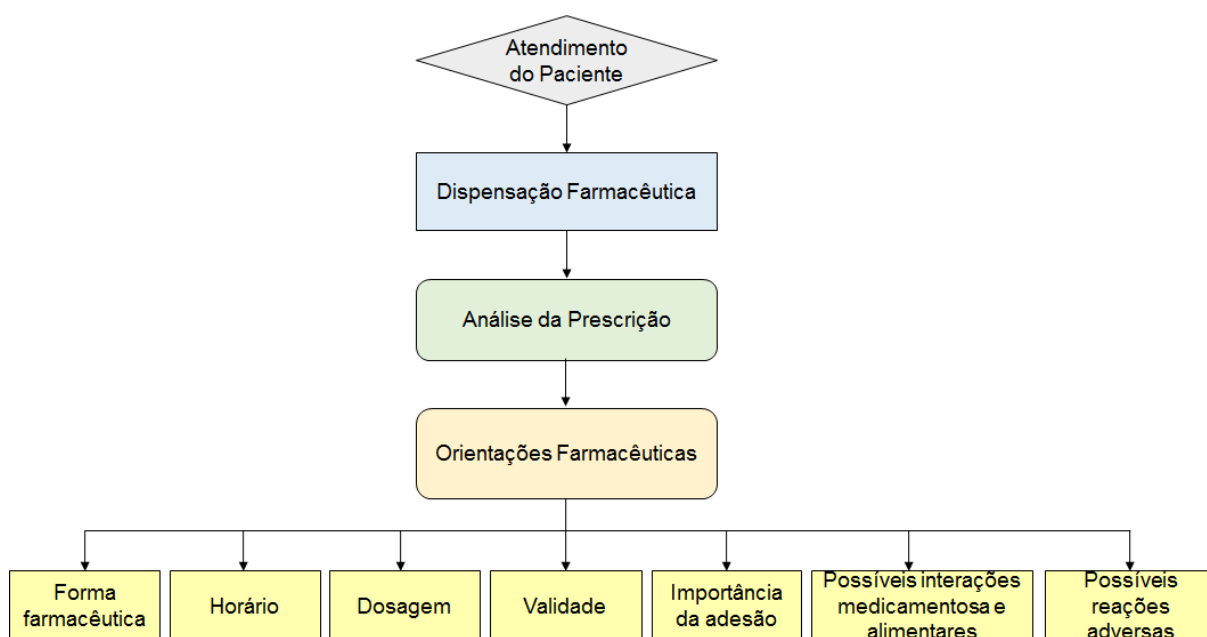
Como forma de proporcionar um retorno às participantes da pesquisa e consolidar dados mais robustos para o estudo, foram realizadas ações educativas após a aplicação da primeira etapa do questionário. As participantes receberam orientações quanto ao uso correto de plantas medicinais (PM) e medicamentos sintéticos, com foco na promoção do uso seguro e racional. Entre as estratégias adotadas, foi elaborada uma cartilha (Anexo D) contendo informações sobre as PM mencionadas no questionário, com o objetivo de aproximar as mulheres dessa prática terapêutica, ampliar o conhecimento sobre as espécies vegetais e orientar quanto ao modo adequado de utilização.

Cada participante recebeu a cartilha como forma de reforçar os conhecimentos adquiridos e incentivar o uso das PM como tratamento coadjuvante. Além disso, foram estimuladas a cultivar hortas medicinais em seus domicílios e a participar de encontros e palestras realizadas na USFBI, abordando temas como interações medicamentosas (com PM, alimentos e álcool), efeitos adversos, toxicidade e educação em saúde.

Visando à promoção do uso adequado de medicamentos, as participantes também foram orientadas com base na análise dos medicamentos registrados nos questionários e prontuários. As instruções incluíram informações sobre horários e dosagens, adesão ao tratamento, persistência terapêutica, armazenamento correto, aspectos nutricionais, estilo de vida e possíveis reações adversas.

Essas ações ocorreram, principalmente, durante o atendimento farmacêutico na USFBI, no momento da dispensação. Nessa ocasião, foi realizada uma análise da prescrição e fornecidas informações detalhadas sobre a forma farmacêutica, posologia, validade, interações medicamentosas e alimentares, reações adversas e importância da continuidade do tratamento (Figura 13).

Figura 13 – Esquema simplificado do atendimento da paciente na farmácia da USFBI



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

4.5.2 Amostra do Projeto de Intervenção

Nesta etapa, foram convidadas 142 mulheres cadastradas e em tratamento com medicamentos psicotrópicos na USF do Bairro Industrial, no município de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, Brasil, que frequentavam o serviço farmacêutico da unidade durante a dispensação desses medicamentos. A fim de se identificar o número total de participantes elegíveis para o estudo, os dados das pacientes em uso de psicotrópicos foram previamente coletados e organizados.

4.5.3 Ferramentas metodológicas aplicadas no Projeto de Intervenção

A educação em saúde, com foco na saúde mental, foi estruturada em quatro encontros realizados na USFBI. Durante esses encontros, foram abordados temas essenciais para o cuidado em saúde mental, utilizando dinâmicas, palestras e rodas de conversa como ferramentas metodológicas (MANZINI, 2024). Os tópicos incluíram: uso racional de medicamentos, especialmente os psicotrópicos, e interações medicamentosas; apresentação de sete espécies de PM com potencial terapêutico para transtornos mentais, como depressão e ansiedade, e orientações sobre o uso seguro e correto dessas plantas; além de orientações teórico-práticas para o cultivo de hortas medicinais domiciliares.

A fim de se promover a integração entre as participantes e estimular a expressão de sentimentos e emoções, no início de cada encontro foram realizadas dinâmicas de aproximação (ANEXO E), como: 1º encontro: “Tempestade de palavras” com o tema “*O que a palavra medicamento significa para você?*”; 2º encontro: “*Construindo nossa árvore*”, onde cada participante aplicava sua digital em um tronco previamente desenhado, formando as folhas da árvore; 3º encontro: a reflexão “*O que é mais importante para você?*” e 4º encontro: a reflexão “*O que você faz para se sentir bem?*”. Essas atividades reforçaram a importância do autocuidado e do compartilhamento em grupo.

No primeiro encontro, intitulado como “O uso racional de medicamentos com ênfase nos psicotrópicos e nas interações medicamentosas”, foi abordado, conforme o próprio título já sugere, o uso racional de medicamentos, enfatizando os psicotrópicos, e as interações medicamentosas, incluindo aquelas com o álcool e os fitoterápicos. Nesse momento foi destacado o uso seguro dos principais medicamentos usados pelas participantes, que previamente já haviam sido identificados no prontuário das mesmas, como: ácido acetilsalicílico, amitriptilina, diazepam, fluoxetina, hidroclorotiazida, losartan, metformina e omeprazol.

O segundo e o terceiro encontros foram voltados para o uso seguro de plantas medicinais, abrangendo as seguintes espécies: a) capim-limão (*Cymbopogon citratus*), melissa/erva-cidreira (*Lippia alba*) e maracujá (*Passiflora edulis* / *Passiflora incarnata*); e b) manjerição (*Ocimum selloi*), funcho (*Foeniculum vulgare*), camomila (*Matricaria chamomilla*) e alecrim (*Rosmarinus officinalis*). Durante as atividades, foram ressaltadas as propriedades farmacológicas de cada

planta, suas formas corretas de uso, além da oferta de uma degustação de chás, proporcionando uma experiência prática e sensorial às participantes.

No quarto encontro, as participantes receberam orientações práticas para o cultivo de hortas medicinais em sua residência, incluindo instruções sobre plantio, adubagem, compostagem, cultivo, secagem, armazenamento e uso das plantas. Como forma de incentivo, cada mulher recebeu mudas de PM, terra e vasos, que foram preparados durante a atividade de plantio e levados para casa, incentivando assim, o cuidado contínuo tanto com as plantas quanto com sua própria saúde.

O objetivo dos encontros foi conscientizar sobre os riscos do uso de medicamentos sem orientação adequada e as possíveis interações medicamentosas, além de educar sobre o uso correto de PM como apoio à saúde mental e estimular o cultivo domiciliar como estratégia de autocuidado. Para isso, foram disponibilizadas cartilhas (ANEXOS D, F e G) que foram entregues as participantes da pesquisa.

4.5.4 Procedimentos e instrumentos para coletas de dados

A fase de intervenção ocorreu entre novembro de 2023 a abril de 2024. O levantamento do perfil sociodemográfico das participantes foi conduzido preliminarmente, abrangendo informações como faixa etária, estado civil, número de filhos, profissão e nível de escolaridade.

Após os quatro encontros, as participantes responderam a um questionário semiestruturado (Apêndice B - Questionário 2) para avaliar os conhecimentos adquiridos e obter informações relevantes. O instrumento investigou a segurança no uso de medicamentos, a adesão às orientações recebidas, e a ocorrência de efeitos adversos. Sobre os segundo e terceiro encontros, avaliou-se o conhecimento sobre propriedades farmacológicas e usos terapêuticos das plantas medicinais, além de hábitos, frequência de uso, acesso e benefícios percebidos. No quarto encontro, explorou-se a presença de hortas medicinais nas residências e o interesse em cultivá-las.

De maneira mais abrangente, as participantes relataram como as PM contribuíram para sua qualidade de vida, avaliaram a relevância das palestras e indicaram sua segurança em compartilhar o conhecimento adquirido com outras

pessoas. Elas também avaliaram as atividades realizadas, atribuindo notas, e descreveram sua experiência de aprendizado.

Considerando que as mulheres apresentavam transtornos mentais que poderiam dificultar o convívio social e a adesão às atividades, foi aplicado um questionário específico (Apêndice C - Questionário 3) às participantes ausentes para identificar os motivos da não adesão. Além disso, as ausentes compartilharam suas opiniões sobre a importância dos encontros e refletiram se as consultas deveriam ser o único meio de cuidado em saúde ou se outros tratamentos poderiam ser integrados.

4.5.5 Estruturação do Espaço Verde “Viva com Saúde” na USFBI

Como forma de manter a presença, o cultivo e o incentivo ao uso seguro de PM na unidade de estudo, foi proposto instituir na unidade um espaço verde com finalidade educativa e didática para aproximar a comunidade das PICS, denominado carinhosamente como Espaço Verde “Viva com Saúde”, nome este que se refere ao grupo de atividade física da USFBI e o grupo de educação em saúde da unidade, de forma simbólica a mesma foi inaugurada no mês de maio de 2024, com a presença dos profissionais da USFBI e da comunidade que participou ativamente para essa construção.

Após o plantio e o desenvolvimento das mudas plantadas, partiu-se para etapa de identificação etnobotânica das peças possíveis de serem identificadas, ou seja, que contenham flor, folha e galho no mínimo. Os materiais coletados foram preparados/enrolados em folhas de jornal e papelão, presos por barbante até chegarem ao Herbário Leopoldo Krieger – UFJF onde foram prensados, secos em estufas e preparados como exsiccatas. Tais coletas foram guiadas pelo preenchimento de uma ficha de dados botânicos enfocando: hábito, floração, frutificação, origem, coletor e local de coleta. Os materiais botânicos férteis depois de preparados foram tombados no herbário recebendo o número de registro demonstrado em nossos resultados.

4.6 SEGUNDA ETAPA DA ENTREVISTA

O questionário inicialmente aplicado (Apêndice A) foi reaplicado às participantes após a etapa de intervenção, a qual incluiu orientação farmacêutica, leitura das cartilhas elaboradas e realização de encontros educativos. Essa segunda aplicação teve como objetivo promover maior interação das usuárias com o tema abordado, além de possibilitar uma análise estatística comparativa após as ações de intervenção. Para esse momento, a pesquisadora buscou recontatar todas as participantes que ainda se encontravam aptas a serem entrevistadas (Figuras 14 e 15), utilizando os mesmos critérios metodológicos adotados na primeira etapa da pesquisa. A reaplicação ocorreu no período de abril a maio de 2024.

Figura 14 – Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na segunda etapa da entrevista.



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 15 – Registro da visita domiciliar e aplicação do questionário na segunda etapa da entrevista



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

* In Memória Dona Ângela (foto com seu esposo).

4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO

Como critério de inclusão, participaram da pesquisa mulheres diagnosticadas com transtornos mentais em tratamento ativo, que apresentavam sintomas como humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldades de memória ou concentração e queixas somáticas, conforme descrito por Goldberg (1994), American Psychiatric Association (2014) e Ormel et al. (2020). As participantes deveriam estar em acompanhamento na USFBI, em Juiz de Fora/MG, possuir prontuário ativo, ter 18 anos ou mais e utilizar regularmente o serviço farmacêutico da unidade.

Foram excluídas mulheres que não atendiam aos critérios propostos, como aquelas com estado de saúde debilitado, gestantes, com dificuldades cognitivas que impedissem a compreensão do questionário, mudanças de endereço ou ausência de cadastro na área adscrita da USFBI.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido de acordo com as normas regulatórias de pesquisa com seres humanos (Resolução 466/2012 do CNS) (BRASIL, 2012c). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF com número do parecer 5.964.946 (Anexo A). Em consonância com os princípios éticos para pesquisas com seres humanos, as mulheres foram incluídas no estudo mediante sua autorização através da explicação da pesquisa e confirmação de aceite do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo B). Também, foi autorizada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, Minas Gerais (Anexo C).

4.8.1 Riscos

Toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos que envolvem danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais (BRASIL, 2012). No entanto, a participação dos sujeitos será voluntária, com direito à desistência em qualquer fase, sem prejuízo algum. Os dados coletados serão mantidos sob sigilo, sendo os questionários identificados apenas por numeração aleatória, sem qualquer informação pessoal que permita a identificação dos participantes. Ainda assim, a pesquisa pode apresentar riscos mínimos, sobretudo de ordem psicológica, emocional ou intelectual, como: desconforto, constrangimento, medo, vergonha, estresse, cansaço ao responder às perguntas, ou receio de quebra de sigilo e anonimato. Dependendo do conteúdo das questões, podem emergir lembranças ou sentimentos que provoquem experiências negativas. No entanto, as perguntas serão explicadas com clareza, em linguagem acessível, respeitando o tempo e os limites de compreensão de cada participante. A aplicação do questionário será conduzida com sensibilidade e acolhimento, garantindo ampla disponibilidade de tempo para respostas, evitando qualquer pressão. Não haverá gravações de áudio ou vídeo, tampouco estímulo à reflexão que possa alterar a visão de mundo, relacionamentos, sexualidade, divisão de tarefas familiares ou satisfação profissional. Assim, reforça-se que os riscos associados à participação, tais como desconforto, constrangimento, estresse ou quebra de sigilo, são considerados de baixa magnitude. A pesquisa seguirá rigorosamente os princípios

éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo respeito à dignidade, à autonomia e ao bem-estar dos participantes.

4.8.2 Benefícios

O projeto será de grande relevância para avaliar os conhecimentos e uso de PM, fitoterápicos e medicamentos sintéticos de pacientes em tratamento de transtorno mental atendidas na USFBI, o que pode contribuir para um melhor entendimento das aplicações de práticas em cuidados e poderão servir como base para estabelecer políticas públicas mais direcionadas pelos órgãos governamentais a serem implantadas na APS, com foco nessas usuárias. Os resultados obtidos serão importantes para a inserção de instrumentos terapêuticos, especialmente o que se refere às PICS que poderão trazer benefícios à saúde das usuárias a curto, médio e longo prazo.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

A organização da base de dados, consolidação e tabulação para posterior análise estatística foram realizadas utilizando os programas Microsoft Excel® e programa GraphPad Prism®. Em seguida, esses dados foram exportados para o programa estatístico GraphPad Prism®, sendo feita a descrição das variáveis através de frequências simples. A análise das diferenças estatísticas foi realizada por meio do teste de qui-quadrado (X^2) com nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se a duas etapas da pesquisa. Na 1ª etapa, foram entrevistadas 150 mulheres, enquanto na 2ª etapa, a pesquisa contou com a participação de 142 mulheres. A redução no número de participantes ocorreu devido a um óbito, duas mudanças de endereço (que implicaram na desvinculação das participantes da área adscrita) e cinco recusas em responder ao questionário. Ressalta-se que, entre as duas etapas, foi realizada a intervenção farmacêutica (elaboração de cartilhas educativas, implantação do espaço verde na área da USFBI e encontros através de rodas de conversa sobre educação em saúde).

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Para a caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres participantes deste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão, tempo de residência no bairro, e crença e/ou religião (Tabela 5). Observou-se o predomínio de mulheres idosas, com idade superior a 61 anos, casadas, com dois filhos, aposentadas, com escolaridade inferior ao ensino fundamental, de religião católica e residentes no bairro há mais de 10 anos (Tabela 5).

No que se refere ao contexto sociocultural, é perceptível a questão de que mulheres buscam com maior frequência os serviços de saúde. Sugere-se que essa conduta está relacionada à questão de gênero, uma vez que elas assumem majoritariamente as responsabilidades sociais e familiares, o que pode impactar negativamente sua estabilidade emocional e, consequentemente, sua saúde mental, devido às sobrecargas psicológicas enfrentadas e, muitas vezes, não suportadas (FRIESTINO et al., 2020).

Há a hipótese da associação entre idade avançada e baixa escolaridade o que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos quanto ao uso racional de medicamentos, à compreensão do quadro clínico e à adesão ao tratamento. Esses achados estão de acordo com estudo realizado com pacientes com Diabetes Mellitus vinculados ao Programa Saúde da Família em Maceió - AL, no qual 56,3% eram analfabetos ou não haviam concluído o ensino fundamental (MELO, 2018). De forma semelhante, pesquisa em serviços de saúde de Minas Gerais apontou que

47% dos entrevistados tinham ensino fundamental incompleto, especialmente entre idosos acima de 65 anos (MOREIRA et al., 2020).

Tabela 5 - Caracterização do perfil sociodemográfico de mulheres com transtorno mental atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa	
	Frequência	%	Frequência	%
Faixa Etária				
21 a 30 anos	6	4,1	6	4,2
31 a 40 anos	11	7,3	11	7,7
41 a 50 anos	21	14,0	20	14,1
51 a 60 anos	41	27,3	38	26,8
> 61 anos	71	47,3	67	47,2
Estado Civil				
Casada	54	36,0	53	37,3
Solteira	41	27,3	37	26,1
Divorciada	31	20,7	30	21,1
Viúva	24	16,0	22	15,5
Filhos				
Sim	122	81,3	116	81,7
Não	28	18,7	26	18,3
Quantidade de filhos				
1	24	19,7	23	19,6
2	47	38,5	47	40,2
3	31	25,4	31	26,5
Mais de 3	20	16,4	16	13,7
Profissão				
Aposentada	60	40,0	56	39,4
Do lar	49	32,7	47	33,1
Autônoma	22	14,6	21	14,9
Auxílio doença	8	5,3	8	5,6
Professora	4	2,7	3	2,1
Recepcionista	4	2,7	4	2,8
Estudante	3	2,0	3	2,1
Tempo de Residência no bairro				
< 01 ano	4	2,7	3	2,1
1 a 2 anos	4	2,7	3	2,1
3 a 5 anos	6	4,0	6	4,2
6 a 10 anos	26	17,3	26	18,3
> 10 anos	110	73,3	104	73,3
Escolaridade				
Sabe ler e escrever	3	2,0	3	2,1
Ensino Fundamental Incompleto	63	42,0	59	41,6
Ensino Fundamental Completo	22	14,7	22	15,5
Ensino Médio Incompleto	11	7,3	11	7,7
Ensino Médio Completo	40	26,7	37	26,1
Ensino Superior Incompleto	4	2,7	3	2,1
Ensino Superior Completo	7	4,6	7	4,9
Crença e/ou Religião				
Católica	86	57,3	83	58,5
Evangélica	45	30,0	43	30,2
Kardercista	7	4,7	7	4,9
Sem religião	7	4,7	6	4,3
Testemunha de Jeová	3	2,0	1	0,7
Matrizes Africanas	2	1,3	2	1,4

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Além dos fatores socioeducacionais, é fundamental considerar aspectos subjetivos na prática do cuidado. Zeni et al. (2017) reforçam que o paradigma saúde-doença está intrinsecamente relacionado às alterações corporais e espirituais, sendo essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às questões relacionadas a espiritualidade, um dos aspectos da saúde, crenças e valores dos pacientes, de modo a adotar uma abordagem inclusiva. O olhar profissional deve ser tridimensional, considerando os aspectos físicos, mentais e espirituais do indivíduo. Essa abordagem integral contribui para uma maior satisfação do paciente, resultando em menor demanda por retornos e encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde (ZENI et al., 2017; OPAS, 2023b).

Essas evidências reforçam a importância do cuidado multiprofissional durante a assistência, e nos provocam a refletir sobre estratégias inovadoras, lúdicas e criativas para engajar os pacientes no tratamento adequado e individualizado, conforme suas necessidades (AZEVEDO et al., 2017). A partir do conhecimento do perfil sociodemográfico das pacientes, espera-se qualificar o cuidado farmacêutico prestado nas Unidades de Saúde da Família (USF), permitindo uma atuação mais precisa do profissional farmacêutico. Este, ao compreender o perfil de utilização de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos convencionais pelas pacientes atendidas na farmácia, poderá contribuir significativamente para a promoção de um melhor prognóstico em saúde e bem-estar (AZEVEDO et al., 2017; VIEIRO et al., 2020).

5.2 USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS POR MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Em relação ao uso de plantas medicinais (PM) e/ou fitoterápicos, observou-se que, na 1ª etapa da pesquisa, 60% das mulheres entrevistadas relataram utilizar esses recursos terapêuticos para o tratamento e/ou alívio de sinais e sintomas (Tabela 6). Dentre as 90 mulheres (60%) que referiram o uso, 75 não informavam ao médico sobre essa prática, enquanto apenas 15 (10% do total) comunicavam seu prescritor, dos quais 13 demonstraram-se favoráveis ao uso e 2 mostraram-se indiferentes (Tabela 6). Na 2ª etapa do estudo, 62% das participantes também relataram fazer uso de PM e/ou fitoterápicos para finalidades terapêuticas

semelhantes (Tabela 6). Das 88 mulheres (62%) que declararam o uso, 73 não informavam ao médico, e 15 (11% do total) comunicavam o profissional, sendo 13 prescritores favoráveis e 2 indiferentes (Tabela 6).

A principal justificativa apresentada pelas usuárias para não relatar o uso ao profissional de saúde foi a crença de que essa informação não era relevante ou necessária para o tratamento, conforme sua própria percepção. De modo geral, os dados demonstram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados obtidos na 1ª e na 2ª etapa da pesquisa ($p < 0,05$), indicando uma tendência consistente de uso dessas terapias sem a devida comunicação com os profissionais de saúde.

Tabela 6 - Uso das plantas medicinais relatado por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Uso de plantas medicinais ou fitoterápicos					
Sim	90	60	88	62,0	0,73
Não	60	40	54	38,0	
Uso de plantas medicinais ou fitoterápicos sem prescrição e informa ao médico					
Sim	15	10	15	11	0,94
Não	75	50	73	51	
Não se aplica	60	40	54	38	
Se informa ao médico, ele tem sido					
A favor	13	86,6	13	86,6	0
Contra	0	0	0	0	
Indiferente	2	13,4	2	13,4	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

As PM e os fitoterápicos representam recursos terapêuticos relevantes para mulheres em diferentes contextos clínicos, devido ao conhecimento cultural transmitido entre gerações e à busca por alternativas com menos efeitos adversos e menor custo (JESUS; COSTA; MARISCO, 2021). Um estudo de caso com mulheres diagnosticadas com ansiedade, mostrou que espécies como *Matricaria chamomilla*, *Passiflora incarnata*, *Piper methysticum* e *Valeriana officinalis* apresentam evidências científicas favoráveis quanto à segurança e eficácia terapêutica (BÚ et al., 2022).

É fundamental alertar sobre os riscos da substituição de medicamentos por plantas medicinais (PM) sem orientação profissional, pois a crença de que são isentas de risco pode levar à automedicação inadequada, especialmente por falta de acesso ou negligência (ZENI et al., 2017). Além disso, algumas PM não têm eficácia

comprovada e podem causar toxicidade hepática e efeitos abortivos (GONÇALVES et al., 2022). Embora o Caderno de Atenção Básica reconheça que PM e fitoterápicos são mais toleráveis que fármacos sintéticos, destaca que não são isentos de toxicidade (BRASIL, 2013). Contudo, a falta de conhecimento dos médicos dificulta a prescrição e prejudica a comunicação com os pacientes (MATTOS et al., 2018; PATRICIO et al., 2022). Esse desconhecimento, comum na APS, gera resistência e insegurança profissional (GOMES et al., 2025). Por isso, a postura favorável dos profissionais é essencial para consolidar as PICS, permitindo orientar os pacientes sobre riscos e evitar o uso perigoso de PM junto a medicamentos sintéticos (BRASIL, 2009a; ZENI et al., 2017).

O levantamento apontado por Zeni et al. (2017) e Gonçalves et al. (2022), corrobora com a OMS no qual descrevem que 80% da população mundial utiliza PM para suas doenças em busca de cura e alívio, supostamente pela facilidade no acesso e no custo menor que os medicamentos sintéticos, além da possibilidade de serem cultivadas em áreas domiciliares como quintais, hortas verticais e plantio em vasos. Tal porcentagem se aproxima da encontrada no presente estudo o que confirma que o uso de PM é presente atualmente nos domicílios e na vida de nossos pacientes (ZENI et al., 2017; GONÇALVES et al., 2022; OMS, 2022; VIEIRA et al., 2025).

Um estudo em Blumenau (SC) destaca que, para estimular o uso de PM, é necessário capacitar as equipes de saúde, embora o MS incentive essa prática, ela ainda não está contemplada nos currículos superiores (ZENI et al., 2017; GONÇALVES et al., 2022). Além disso, a produção científica sobre PM e APS é limitada, refletindo o baixo investimento governamental e dificultando a implementação das diretrizes da PNPIC. Já pesquisa em Campina Grande (PB) revelou deficiência curricular em PM/fitoterapia, porém mostrou interesse dos estudantes em adquirir conhecimentos para promover o uso racional e seguro na APS/SUS (GOMES et al., 2025). Esses fatores contribuem para a formação contínua dos profissionais, a participação popular e o controle social, além de auxiliar na implementação e no acompanhamento das práticas, garantindo uso racional e qualidade da biodiversidade (BRASIL, 2006a; ZENI et al., 2017; PATRICIO et al., 2022).

O estudo com profissionais da APS em Juiz de Fora/MG revelou a distância desses profissionais das políticas relacionadas às PICS, como a PNPIC e a PNPMF,

o que gera insegurança na prescrição e no tratamento integral da relação saúde-doença. Além disso, a falta de conhecimento do prescritor compromete a adesão ao uso de plantas medicinais (PM), especialmente em tratamentos com psicotrópicos. Ademais, o município enfrenta limitações governamentais e financeiras, pois, apesar da existência de fundos, estes são insuficientes para ampliar essas práticas (DIBO, 2023; DIBO et al., 2025).

As PM contêm compostos eficazes, mas é essencial avaliar seu perfil toxicológico, pois o uso inadequado pode causar complicações ao paciente, tornando necessária a orientação sobre benefícios e riscos. Contudo, as pesquisas disponíveis raramente chegam aos usuários, limitando-se a poucas espécies, especialmente para gestantes, lactantes e crianças, o que favorece a automedicação sem supervisão adequada e pode interferir no diagnóstico clínico (GONÇALVES et al., 2022). Além disso, estudo alerta para a perigosa crença na “naturalidade inócua” das PM, evidenciando a urgência de ampliar o conhecimento e o uso correto dessas plantas (VIEIRA et al., 2025).

5.3 CONHECIMENTO SOBRE PLANTAS MEDICINAIS OU FITOTERÁPICOS, REPASSE DO SABER E CULTIVO

Na 1ª etapa da pesquisa, o nível de conhecimento sobre PM e fitoterápicos relatado pelas participantes variou entre 22,10% e 28,80%, considerando escores de 0 a 10 (Tabela 7). Cerca de 60% afirmaram compartilhar esse conhecimento, principalmente com familiares (48%), além de amigos e vizinhos. A maioria (65,30%) relatou conhecer pessoas com saberes tradicionais, como parteiras, benzedeiras, curandeiros e raizeiros, o que pode favorecer a disseminação dessas práticas na comunidade. Além disso, 54,70% das participantes informaram manter hortas ou canteiros com PM em casa, reforçando a valorização e o uso desses recursos terapêuticos (Tabela 7).

Na 2ª etapa da pesquisa, o nível de conhecimento sobre plantas medicinais (PM) variou entre 17,60% e 31,70%, conforme autorrelato das participantes (Tabela 7). Do total, 62% afirmaram repassar seus conhecimentos, principalmente a familiares (48,86%), além de amigos e vizinhos. A maioria (68,30%) relatou conhecer pessoas com saberes tradicionais, como parteiras, benzedeiras e raizeiros, o que favorece a preservação e a transmissão intergeracional desses conhecimentos.

Além disso, 57,75% das participantes cultivavam PM em hortas ou canteiros domésticos, reforçando o potencial dessas mulheres como agentes multiplicadoras na comunidade (Tabela 7).

Após aplicação do teste estatístico Quiquadrado, foi observado que não houve diferença significativa entre as etapas da pesquisa ($p < 0,005$).

Tabela 7 – Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos, repasse do saber e cultivo relatado por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos.					
0 a 2	33	22,1	25	17,6	0,65
3 a 5	43	28,8	37	26,1	
6 a 8	34	22,7	35	24,6	
9 a 10	40	26,4	45	31,7	
Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos repassado para outras pessoas.					
Sim	90	60,0	88	62,0	0,84
Não	36	24,0	30	21,0	
Não se aplica	24	16,0	24	17,0	
Se sim, para quem					
Amigos	19	21,0	19	21,6	0,97
Amigos e família	20	22,0	20	22,7	
Família	43	48,0	43	48,9	
Família e vizinhos	8	9,0	6	6,8	
Conhecer pessoas (parteira, benzedeira, curandeiro, raizeiro e outras) que tem conhecimento sobre Plantas Medicinais.					
Sim	98	65,3	97	68,3	0,59
Não	52	34,7	45	31,7	
Ter horta ou canteiro com plantas medicinais em sua casa.					
Sim	82	54,7	82	57,7	0,60
Não	68	45,3	60	42,3	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A literatura evidencia que o uso de PM por mulheres está relacionado ao papel que assumem nos cuidados com a saúde da família e da comunidade, bem como à transmissão intergeracional de saberes tradicionais, aspectos que corroboram os dados apresentados nas Tabelas 6 e 7 (OLIVEIRA; LUCENA, 2015; PEREIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2011). Nesse contexto, as mulheres cultivam, preparam e utilizam PM para diversos sintomas, consolidando-se como figuras centrais no cuidado familiar e comunitário (SCHIAVO et al., 2017; LIMA; PIRES; VIEIRA, 2014).

A transmissão do conhecimento etnofarmacológico não ocorre de forma aleatória, mas é influenciada pelo contexto social e cultural em que os indivíduos estão inseridos (AVILEZ, 2017). Segundo Soldati (2013) e Avilez (2017), diferentes

formas de transmissão podem ser identificadas: a vertical, de pais para filhos; a horizontal, entre indivíduos da mesma geração; a unidirecional, de um líder ou professor para muitos; e a inversa, de muitos (geralmente pessoas mais velhas) para um indivíduo. Esses mecanismos refletem a complexidade e a riqueza da preservação do saber tradicional.

5.4 PLANTAS CONHECIDAS POR MULHERES ENTREVISTADAS

Nesta fase do estudo, foi apresentado um painel com sete PM com ação sobre o SNC, com o objetivo de avaliar a capacidade das mulheres entrevistadas em reconhecê-las, considerando seu uso comum em hortas caseiras e na fitoterapia (Tabela 8). Na 1ª etapa, todas as espécies foram amplamente reconhecidas, exceto *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown, que obteve frequência de citação inferior a 50%. Essa baixa identificação pode estar relacionada ao nome popular “melissa” utilizado no formulário, pois a planta também é conhecida como erva-cidreira. A Tabela 8 demonstra pequenas variações nas frequências de citação, refletindo diferenças individuais de conhecimento e vivência entre as participantes.

Na 2ª etapa, todas as PM apresentadas foram amplamente reconhecidas pelas participantes, incluindo *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown. A frequência de acerto variou de 90,14% para o manjerição (*Ocimum selloi* Benth.) a 96,47% para a camomila (*Matricaria chamomilla* L.) e a melissa/erva-cidreira (*Lippia alba*).

A análise pelo teste Qui-quadrado revelou diferença estatisticamente significativa entre as etapas ($p < 0,05$), indicando melhora no reconhecimento das espécies após a intervenção. Esses resultados sugerem que os encontros educativos, o uso de cartilhas ilustrativas e o interesse das participantes contribuíram para ampliar o conhecimento, destacando a importância do acesso à informação correta para o uso adequado das PM.

A partir do painel de PM apresentado às entrevistadas, foi elaborado um levantamento descritivo contendo informações sobre a família botânica, parte utilizada, princípios ativos, propriedades e indicações terapêuticas de cada espécie (Tabela 3). Das sete plantas analisadas, duas, *Matricaria chamomilla* L. e *Passiflora edulis* Sims./*Passiflora incarnata* L., estão incluídas na Farmacopeia Brasileira, evidenciando seu reconhecimento oficial quanto à segurança e eficácia (BRASIL, 2021). Essas espécies, frequentemente cultivadas em hortas domésticas, são

amplamente utilizadas por suas propriedades calmantes, ansiolíticas e sedativas (LORENZI; MATOS, 2021), reforçando sua importância no cuidado tradicional e na fitoterapia.

Tabela 8 – Plantas medicinais conhecidas por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Alecrim (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.)	133	88,7	130	91,5	0,0002*
Camomila (<i>Matricaria chamomilla</i> L.)	137	91,3	137	96,5	
Capim-limão (<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stapf.)	113	75,3	132	92,9	
Funcho (<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.)	135	90,0	132	92,9	
Maracujá (<i>Passiflora edulis</i> / <i>Passiflora incarnata</i> L.)	142	94,7	142	100	
Manjerição (<i>Ocimum selloi</i> Benth.)	132	88,0	128	90,1	
Melissa/ Erva cidreira (<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E.Brown.)	63	42,0	137	96,5	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Na APS de Blumenau (SC), erva-cidreira e camomila foram as plantas medicinais mais citadas, o que evidencia a viabilidade de promover seu conhecimento e uso correto em ações educativas em saúde (ZENI et al., 2017). Paralelamente, Ribeiro et al. (2024) demonstram que o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e pacientes empodera os indivíduos, estimula sua capacidade de decisão e contribui para reduzir desigualdades em saúde (RIBEIRO et al., 2024).

5.5 CONHECIMENTO E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Para compreender a implementação das PICS em Juiz de Fora, foi realizado um levantamento das terapias ofertadas na Atenção Primária e Secundária à Saúde (Tabela 9). Observou-se que as PICS estão presentes em poucas Unidades de Saúde da Família (USF), com número reduzido de atendimentos e frequência variando entre semanal, quinzenal ou mensal. As atividades envolvem uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde. Apesar da oferta ainda limitada, a

presença das PICS representa um avanço em direção a um modelo de cuidado mais humanizado e integral, conforme preconiza a PNPIC. No entanto, a ampliação do acesso e a qualificação profissional seguem como desafios.

Tabela 9 – Oferta e monitoramento das PICS oferecidas pela PJF

Oferta e monitoramento das PICS oferecidas pela PJF				
Unidades de Atendimento	Terapia Ofertada	Número de atendimentos	Frequência Encontros	Observação
PAM Marechal	Acupuntura	10	Semanal	Profissional Médico da PJF
	Antroposofia	10	Diário	Profissional Médico da PJF
	Auriculoterapia	10 / 08 pacientes do grupo de tabagismo	Semanal	Profissional Enfermeira da PJF/Projeto de Extensão UFJF
	Homeopatia	10	Diário	Profissional Médico da PJF
	Meditação	10 / 08 profissionais	Quinzenal	Profissional Médico da PJF / Projeto de Extensão UFJF
	Reiki	10	Quinzenal	Profissional Enfermeira da PJF
USFBI	Auriculoterapia.	16	Semanal	Projeto de extensão em parceria com a UFJF
	Meditação.	10	Semanal	Projeto de extensão em parceria com a UFJF
USF Vila Ideal	Roda de Conversa sobre PM	20	Mensal	Farmacêutica
USF Dom Bosco	Roda de Conversa sobre PM	20	Mensal	Farmacêutica
USF Granjas Bethânia	Auriculoterapia.	5	Semanal	Dentista
USF Milho Branco	Terapia Comunitária Integrativa	12	Semanal	Agente Comunitária de Saúde
USF Nova Era	Auriculoterapia, Moxaterapia e Ventosaterapia, com prescrição de Floral de Bach ou Fitoterápico	6	Semanal	Enfermeira
USF Santos Dumont	Auriculoterapia	50	Semanal	Fisioterapeuta
USF Torreões	Roda de Conversa sobre PM.	15	Mensal	Farmacêutica

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Em relação ao conhecimento sobre as PICS, com base na PNPIC, observou-se que, na 1ª etapa da pesquisa, a maioria das mulheres entrevistadas (91,30%) declarou desconhecer a expressão "tratamento por PICS", e 73,30% afirmaram não utilizar essas práticas (Tabela 10). Entre as usuárias de PICS, 35,90% relataram

utilizar acupuntura ou homeopatia, 20,50% mencionaram a auriculoterapia, além de referências à fitoterapia (5,10%) e à antroposofia (2,60%). Na 2ª etapa, 72,54% das participantes também afirmaram desconhecer o termo "tratamento por PICS", e 64% disseram não utilizar essas práticas (Tabela 10). Entre as que relataram fazer uso, destacaram-se a auriculoterapia e a homeopatia (33,33% cada), seguidas pela acupuntura (27,45%). Em relação ao conhecimento da expressão 'tratamento por Práticas Integrativas e Complementares', observou-se diferença estatisticamente significativa entre as etapas ($p < 0,05$), indicando que a intervenção farmacêutica pode ter contribuído para o melhor entendimento do termo. Por outro lado, não foram observadas diferenças significativas entre as etapas no que se refere ao uso efetivo dessas práticas ($p > 0,05$).

As entrevistadas relataram que a acupuntura foi realizada em clínicas privadas, com recursos próprios. Já a homeopatia ocorreu via encaminhamento da USF ao serviço especializado do SUS. A auriculoterapia foi ofertada na própria unidade, por meio de projeto de extensão da Faculdade de Fisioterapia (UFJF), mediante avaliação prévia das condições de saúde dos pacientes.

Tabela 10 – Conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos, repasse do saber e cultivo por mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Conhece a expressão: tratamento por Práticas Integrativas e Complementares					
Sim	14	8,7	39	27,5	5,85x10 ^{-5*}
Não	136	91,3	103	72,5	
Faz uso de alguma dessas Práticas Integrativas e Complementares					
Sim	39	26,7	51	36	0,06
Não	111	73,3	91	64	
Se sim, qual:					
Acupuntura	14	35,9	14	27,5	0,74
Antroposofia	1	2,6	1	1,9	
Auriculoterapia	8	20,5	17	33,4	
Fitoterapia	2	5,1	2	3,8	
Homeopatia	14	35,9	17	33,4	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

As PICS, com base em saberes milenares e tecnologia de baixo custo, contribuem para a integração interdisciplinar entre profissionais de saúde. No contexto do SUS, sua adoção exige reflexão, especialmente diante de uma sociedade que valoriza tecnologias sofisticadas e onerosas (TELES JÚNIOR, 2016; VIEIRA et al., 2025). As PICS promovem cuidado integral, menos invasivo e mais

acessível, alinhando-se à promoção da saúde. A APS, como porta de entrada do sistema, desempenha papel fundamental na difusão dessas práticas e na oferta de experiências terapêuticas alternativas (GONÇALVES et al., 2022).

Patrício et al. (2022) destacam que profissionais de saúde são favoráveis à inclusão das PICS, especialmente o uso de PM na APS, por contribuírem com o cuidado continuado. De acordo com Carvalho et al. (2023), a presença da auriculoterapia em USF, especialmente voltada a pacientes com transtornos de ansiedade, reforça sua ampliação em outros municípios e estados. Embora já utilizadas, a implantação das PICS nas USF ainda exige maior atenção dos gestores (BARROS et al., 2020; DIBO, 2023; DIBO et al., 2025). Isso se deve à hegemonia da medicina ocidental e à necessidade de um cuidado mais integral e humanizado (MAGALHÃES; ALVIM, 2013; OPAS, 2023b).

A dificuldade na implementação das políticas relacionadas às PICS pode levar à baixa adesão e consequente desvalorização dessas práticas. O acesso limitado dificulta a aceitação pelos usuários, sendo essencial o fortalecimento das políticas, com monitoramento e avaliação constantes (PATRÍCIO et al., 2022; CARVALHO et al., 2023). Ressalta-se que, conforme o MS, profissionais da equipe multiprofissional estão aptos a ofertar as PICS, desde que devidamente qualificados (BRASIL, 2018b; DIBO, 2023; DIBO et al., 2025; CNS, 2024; MOCARZEL et al., 2024).

Apesar da predominância do modelo biomédico em Juiz de Fora, alguns avanços são notáveis, como a criação do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares em 1995, com foco inicial em homeopatia. Atualmente, transformado em Departamento de Práticas Integrativas e Complementares (DPIC), oferece assistência multidisciplinar com rodas de conversa, grupos educativos, farmácia própria, atenção farmacêutica e práticas como acupuntura, antroposofia, auriculoterapia, meditação, reiki e homeopatia ampliada (PJF, 2022b). O projeto de extensão da Faculdade de Fisioterapia da UFJF também atua no DPIC e na USFBI, com auriculoterapia e meditação voltadas a profissionais e pacientes. Assim, o serviço tem se fortalecido, abrangendo tanto a APS quanto a atenção secundária.

Foi instituída uma comissão com o objetivo de ampliar e fortalecer as PICS, especialmente na APS. O grupo realizou um mapeamento de profissionais qualificados na área, possibilitando o início de atendimentos em USF e outros setores da PJF (Tabela 9). Contudo, há disparidades na frequência e quantidade de

atendimentos, pois os profissionais acumulam funções. Destaca-se o empenho da comissão na promoção anual de ações em maio e em eventos pontuais ao longo do ano em locais como o Instituto do Idoso, Museu Mariano Procópio e outros (PJF, 2022b).

Os Mapas de Evidência da REDE MTCI Américas reúnem sistematicamente estudos sobre práticas como acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, meditação, yoga, entre outras (OPAS, 2023a). Destaca-se a PM, especialmente na APS, por integrar saberes e promover o cuidado compartilhado. Essa abordagem valoriza a autonomia, o autocuidado e o protagonismo do indivíduo no processo terapêutico, reforçando uma visão integral e equilibrada da saúde (BRASIL, 2013; VIEIRA et al., 2025).

“A construção é diária, na qual cada detalhe faz a diferença e que lá na frente pode ser percebida, sentida e evidenciada por todos os envolvidos”. Esse trecho foi escrito no trabalho realizado pelo laboratório de Inovação em Saúde que traz reflexões importantes de forma sistemática e segura, no qual visa o acesso e o cuidado de saúde à população. Com 29 PICS fundamentadas, o Brasil se tornou referência mundial em relação às PICS, em especial na APS/SUS. O compilado traz experiências exitosas no ramo, como o descrito no Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no qual apresentam uma agenda programada semanal de cuidados para o paciente, para o cuidador e para os profissionais. Encontros estes intitulados como: “Cuidando de quem cuida” e “Pralívio”, com resultados positivos como descrito no início do parágrafo (OPAS, 2023b).

No Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo/SP, a meditação aplicada a pacientes com depressão resultou na redução progressiva do uso de medicamentos, sendo possível, em alguns casos, sua suspensão. Reconhecida internacionalmente, a meditação tem eficácia comprovada em condições relacionadas ao estresse, promovendo relaxamento profundo, aumento das ondas alfa, redução do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, além de menor liberação de hormônios do estresse (OPAS, 2023b).

“A sua singularidade o faz plural”, assim o Projeto 4 Varas foi instituído pela Universidade Federal do Ceará, em que utilizaram da Terapia Comunitária Integrativa como forma de acolher pessoas em sofrimento (com perdas materiais e

afetivas) proporcionando a abordagem de amplificar os recursos locais e a rede de relações, no qual umas aprendem com as outras. O ponto de partida do grupo se dá a partir da inquietação de uma pessoa com uma situação problema apresentada que é escolhida pelo grupo, em seguida o terapeuta comunitário tende a estimular a partilha de experiência de vida, com as seguintes argumentações: Quem de nós já viveu algo parecido? E o que fez para superar? O que trará estratégias de superação, minimizando o sofrimento, o estresse e ampliando o apoio social (OPAS, 2023b).

Essas experiências exitosas fortalecem as PICS, evidenciando a importância de equipes multiprofissionais qualificadas e abertas a abordagens para além da saúde baseada em evidências (CARVALHO et al., 2023). Destaca-se a necessidade de ampliar a discussão do tema na formação profissional, por meio de disciplinas, estágios, projetos de extensão e eventos científicos (VIEIRA et al., 2025).

5.6 PERFIL CLÍNICO-FARMACOTERAPÊUTICO

Ao investigar as condições clínicas das mulheres entrevistadas, com base tanto na percepção das próprias participantes quanto nas informações clínicas que lhes foram repassadas, observou-se que, na primeira etapa da pesquisa, 49,30% relataram apresentar sintomas de ansiedade, enquanto 44,70% referiram diagnóstico de depressão (Tabela 11). Outras condições mencionadas incluíram epilepsia (2,70%), síndrome do pânico (2,00%), transtorno bipolar (0,70%) e transtorno obsessivo-compulsivo (0,70%). A maioria das participantes (50,00%) declarou ter recebido o diagnóstico há mais de 10 anos, sendo os principais fatores associados ao surgimento do quadro: luto (perda de mãe, pai, cônjuge, irmão ou filho), citado por 26,70%, e problemas familiares, mencionados por 22,70% (Tabela 11). Outras causas relatadas incluíram: doenças ou condições clínicas, divórcio, dificuldades no ambiente de trabalho, diagnóstico de doença em familiares, assalto com repercussões emocionais, dificuldades acadêmicas e uso de substâncias ilícitas.

Na segunda etapa da pesquisa, os resultados mantiveram-se semelhantes: 49,30% das participantes relataram ansiedade, e 46,48% declararam ter depressão. Também foram citadas: epilepsia (2,12%), síndrome do pânico (1,40%) e transtorno

obsessivo-compulsivo (0,70%) (Tabela 11). Além disso, 50,70% das mulheres afirmaram ter sido diagnosticadas há mais de 10 anos, sendo novamente o luto (28,00%) e os problemas familiares (22,00%) as principais causas associadas (Tabela 11), seguidos das demais já mencionadas na primeira etapa. Ao comparar os dados entre as duas etapas do estudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Dados relativos às condições clínicas das mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Problema de saúde mental					
Ansiedade	74	49,3	70	49,3	0,94
Depressão	67	44,7	66	46,5	
Epilepsia	4	2,6	3	2,1	
Síndrome do pânico	3	2,0	2	1,4	
Bipolaridade	1	0,7	0	0	
Transtorno obsessivo-compulsivo	1	0,7	1	0,7	
Tempo que foi diagnosticada					
< 01 ano	6	4,0	4	2,8	0,98
1 a 2 anos	22	14,7	19	13,4	
3 a 4 anos	14	9,3	14	9,8	
5 a 10 anos	33	22,0	33	23,3	
> 10 anos	75	50,0	72	50,7	
Causa do transtorno mental					
Luto (mãe, pai, esposo, irmão e filho)	40	26,7	40	28,2	0,99
Problema familiar	34	22,7	31	21,8	
Não soube informar	24	16,0	24	16,8	
Relacionada a doenças ou condições clínicas (menopausa, puberdade, labirintite, sequelas COVID, artrose degenerativa, trauma pós-parto)	17	11,3	16	11,3	
Divórcio	13	8,6	12	8,5	
Trabalho	12	8,0	12	8,5	
Surgimento de doença com familiares	7	4,6	5	3,5	
Assalto com complicação	1	0,7	0	0	
Estudo	1	0,7	1	0,7	
Uso drogas ilícitas	1	0,7	1	0,7	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Diante dos resultados, observa-se que as mulheres tendem a absorver situações externas de forma intensa, o que pode gerar sofrimento psíquico involuntário (BALESTERO; GOMES, 2015). A família, enquanto sistema, sofre alterações significativas quando um de seus membros adoece, impactando o equilíbrio coletivo (BRASIL, 2013). Eventos como luto, separação conjugal, violência doméstica, encarceramento de um familiar ou diagnósticos graves podem

desencadear sentimento de impotência, humilhação e perda de pertencimento social. Esses fatores, muitas vezes imutáveis, provocam sobrecarga emocional e podem comprometer a saúde mental (BRASIL, 2013). Os achados desta pesquisa confirmam a relevância desses eventos como gatilhos para sofrimento psíquico, reforçando a importância de estratégias de cuidado e fortalecimento emocional diante das adversidades.

Embora a pandemia de COVID-19 não constitua o foco deste estudo, é pertinente destacar que os índices de ansiedade e depressão aumentaram em mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). As participantes desta pesquisa relataram estar há mais de 10 anos diagnosticadas com tais transtornos. No entanto, é fundamental que a atenção e o cuidado prestados por profissionais de saúde sejam intensificados no período pós-pandêmico, com o objetivo de oferecer suporte adequado e prevenir agravamentos clínicos que possam comprometer ainda mais a saúde mental dessas mulheres (OMS, 2022).

5.7 DADOS RELATIVOS AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS

Em relação ao tratamento medicamentoso, na primeira etapa do estudo, 83,3% das participantes relataram estar satisfeitas, enquanto 16,7% demonstraram insatisfação (Tabela 12). No entanto, 56,0% não souberam justificar essa insatisfação. Entre os motivos citados, destacaram-se: ineficácia do fármaco, efeitos adversos, sensação de dependência, dificuldade para dormir e aversão ao uso contínuo de medicamentos (Tabela 12). Ainda assim, 82,7% afirmaram não apresentar reações adversas, o que corrobora o alto índice de satisfação. Entre os efeitos adversos mencionados, os mais comuns foram: dor abdominal, náuseas, tontura, boca seca e sensação de sedação (Tabela 12). Ademais, 42,8% utilizam os medicamentos há mais de 10 anos, e 65,3% já tentaram interromper o uso, sobretudo por acreditarem ser prejudicial à saúde ou por não perceberem mais necessidade (Tabela 12).

Na segunda etapa, 83% das participantes relataram estar satisfeitas com o tratamento medicamentoso, enquanto 17% demonstraram insatisfação. Contudo, 58,3% não souberam justificar essa insatisfação; os demais motivos foram semelhantes aos da primeira etapa (Tabela 12). A maioria (86%) afirmou não

apresentar reações adversas aos medicamentos sintéticos, o que reforça a percepção de eficácia do tratamento (Tabela 12). Entre os efeitos adversos mencionados, destacaram-se: dor abdominal, náuseas/enjoo (30%), sensação de sedação/tontura e boca seca (20%). Reações como diarreia, dor no peito e movimentos involuntários dos pés, observadas anteriormente, não foram relatadas nesta etapa. Além disso, 42,25% utilizam os medicamentos há mais de 10 anos e 70% já tentaram interromper o uso, principalmente por acreditarem que são prejudiciais à saúde (37,27%) (Tabela 12). O teste Qui-quadrado indicou ausência de diferença significativa entre as etapas.

Reações adversas como boca seca e tontura são amplamente descritas na literatura, especialmente associadas ao uso de antidepressivos, como a amitriptilina (BRASIL, 2013; SUGA et al., 2025). Em estudo realizado em São Bernardo do Campo/SP, observou-se que, entre 35 mil prontuários do Ambulatório de Saúde Mental, 80% pertenciam a mulheres em uso contínuo, por mais de dois anos, de ansiolíticos e/ou antidepressivos. Esses dados, assim como os do presente estudo, indicam uso prolongado de psicotrópicos, o que é preocupante, considerando os riscos associados ao tratamento prolongado (BRASIL, 2013; SUGA et al., 2025). De forma semelhante, Mazon, Amorim e Brzozowski (2023) identificaram mulheres, entre 45 e 50 anos, em uso dessas medicações há mais de sete anos pelo SUS.

A interrupção da farmacoterapia requer atenção, especialmente em tratamentos com psicotrópicos, cuja dispensação é regulamentada pela Portaria nº 344/98, exigindo vínculo regular com a unidade de saúde e renovação periódica da prescrição (BRASIL, 2013). Contudo, muitos pacientes com sofrimento psíquico são acompanhados apenas por médicos generalistas, o que limita o cuidado. Destaca-se, assim, a importância da atuação multiprofissional e da qualificação técnica. A Política Nacional de Medicamentos também enfatiza o uso racional, responsabilidade compartilhada pelos entes federativos, embora a atenção básica ainda enfrente desafios, como a escassez de farmacêuticos (MONTEIRO; LACERDA; NATAL, 2021).

Tabela 12 - Dados relativos aos medicamentos usados pelas mulheres com transtornos mentais atendidas na USFBI

Variáveis	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Satisfação do tratamento com medicamentos sintéticos					
Sim	125	83.3	118	83.0	0.96

Não	25	16,7	24	17,0	
Se não, o por quê?					
O medicamento não faz mais efeito	4	16,0	4	16,7	0,98
O medicamento causa dependência	2	8,0	2	8,3	
Não consigo dormir com o medicamento	2	8,0	2	8,3	
O medicamento causa reação adversa	1	4,0	1	4,2	
O medicamento não faz bem	1	4,0	1	4,2	
Não gosto de tomar medicamentos	1	4,0	0	0	
Não sabe informar	14	56,0	14	58,3	
Reações adversas com o uso dos medicamentos sintéticos					
Sim	26	17,30	20	14	0,44
Não	124	82,70	122	86,0	
Se sim, qual?					
Dor abdominal, náusea e enjoo	6	23,1	6	30	0,96
Sensação de estar dopada e tonta	5	19,2	4	20	
Boca seca	4	15,4	4	20	
Emagrecimento	3	11,5	2	10	
Movimento involuntário nos pés	2	7,7	0	0	
Agitação	1	3,8	1	5	
Desânimo	1	3,8	1	5	
Diarreia	1	3,8	0	0	
Dor nas articulações	1	3,8	1	5	
Dor no peito	1	3,8	0	0	
Queimação no estômago	1	3,8	1	5	
Tempo de uso da medicação					
< 01 ano	10	6,7	8	5,6	0,99
1 a 2 anos	26	17,3	26	18,3	
3 a 4 anos	16	10,6	14	9,9	
5 a 10 anos	34	22,6	34	23,9	
> 10 anos	64	42,8	60	42,3	
Tentativa de parar de usar a medicação por conta própria					
Sim	97	65,3	94	67	0,78
Não	53	34,7	48	33	
Motivo de parar					
Entende que é prejudicial à saúde	35	36,10	35	37,2	0,96
Achou que não precisava mais	20	20,60	20	21,3	
Não ter tempo para consultar e ir à farmácia buscar o medicamento	15	15,50	14	14,9	
Não produzia o efeito desejado	13	13,40	13	13,8	
Reações adversas	9	9,30	9	9,6	
Tentou usar o tratamento alternativo	3	3,10	3	3,2	
Sem condição financeira	1	1,00	0	0	
Crises de esquecimento	1	1,00	0	0	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O Plano Estadual de Segurança do Paciente da SES-MG propõe ações para promover o uso seguro e racional de medicamentos, por meio da implantação do Cuidado Farmacêutico, com a meta de que 10% dos municípios ofereçam, até 2025, ao menos um serviço farmacêutico ambulatorial além da dispensação (MINAS

GERAIS, 2023). Para isso, são necessárias atividades como acolhimento da demanda espontânea, consulta farmacêutica com rastreabilidade, monitoramento e análise de reações adversas.

5.8 FARMACOTERAPIA DAS MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS

A farmacoterapia constitui um recurso fundamental no tratamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e dislipidemia, além do uso de psicofármacos para a saúde mental, foco deste estudo. Os dados da Tabela 13 demonstram que, na primeira etapa, os medicamentos mais utilizados foram losartana (12,47%), metformina (9,65%) e sinvastatina (9,41%), seguidos de hidroclorotiazida, anlodipino e omeprazol. Na segunda etapa, os mesmos fármacos se mantiveram com percentuais semelhantes, destacando-se losartana (13%), metformina (10,07%) e sinvastatina (9,33%). A aplicação do teste Qui-quadrado indicou ausência de diferença significativa entre as etapas ($p < 0,05$). Esses achados revelam um perfil clínico marcado por condições cardiovasculares e metabólicas associadas ao tratamento do sofrimento psíquico (Tabela 13).

Ao comparar os dados com o estudo de Moreira et al. (2020), observa-se a recorrência dos mesmos princípios ativos, como losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina, omeprazol e metformina, com exceção do anlodipino, não citado no referido estudo. Esses medicamentos são amplamente prescritos por integrarem a lista básica municipal e o programa Farmácia Popular, com exceção do omeprazol, que exige prescrição médica válida (180 dias), documento oficial com foto e CPF para acesso gratuito. Assim, maior disponibilidade e acesso tendem a favorecer a adesão ao tratamento (MOREIRA et al., 2020; FARMÁCIA POPULAR, 2025).

Costa et al. (2017) destacam o aumento da vulnerabilidade com o avanço da idade, especialmente entre pacientes em uso contínuo de medicamentos como losartana, sinvastatina, omeprazol, hidroclorotiazida e metformina — também evidenciados no referido estudo. Isso reforça a necessidade de orientação constante sobre o uso desses fármacos amplamente presentes nos domicílios (COSTA et al., 2017).

Tabela 13 – Medicamentos utilizados pelas pacientes participantes da pesquisa - Uso contínuo

Princípio Ativo	Classificação ATC	Grupo Farmacológico	1ª Etapa		2ª Etapa		Valor de p
			Frequência	%	Frequência	%	
Losartana 50mg	C09CA01	Bloqueador do receptor de Angiotensina II	53	12,6	53	13,2	1,00
Metformina 500/850mg	A10BA02	Redutor de glicose no sangue	41	9,7	41	10,3	
Sinvastatina 10/ 20/40mg	C10AA01	Inibidor da HMG CoA redutase	40	9,5	38	9,6	
Hidroclorotiazida 25mg	C03AA03	Diurético tiazídico	38	9,1	38	9,6	
Anlodipino 5mg/10mg	C08CA01	Bloqueador de canal de cálcio seletivo	27	6,4	30	7,4	
Omeprazol 20mg	A02BC01	Inibidor da bomba de prótons	26	6,2	26	6,5	
Atenolol 25/ 50mg	C07AB03	Agente beta bloqueador	20	4,7	20	4,9	
Levotiroxina 25/ 50/ 100mg	H03AA01	Hormônio tireoideano	20	4,7	18	4,4	
Espironolactona 25mg	C03DA01	Antagonista da aldosterona	15	3,6	15	3,7	
Ácido Acetil Salicílico 100mg	A01AD05	Antiagregante plaquetário	13	3,1	13	3,2	
Insulina NPH	A10AC01	Insulinas e análogos	11	2,6	11	2,7	
Rosuvastatina 20mg	C10AA07	Inibidor da HMG CoA redutase	11	2,6	11	2,7	
Furosemida 40mg	C03CA01	Diurético da alça	11	2,6	11	2,7	
Enalapril 10mg/20mg	C09AA02	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	11	2,6	9	2,2	
Captopril 25mg	C09AA01	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	10	2,4	9	2,2	
Gliclazida 30mg	A10BB09	Redutor de glicose no sangue	9	2,1	9	2,2	
Pantoprazol 20/40mg	A02BC02	Inibidor da bomba de prótons	6	1,4	6	1,5	
Metoprolol 50mg	C07AB02	Agente beta bloqueador	6	1,4	5	1,2	
Carbonato de cálcio 500mg	A02AC01	Antiácido	4	0,9	4	0,9	
Carvedilol 3,125/ 12,5/25mg	C07AG02	Agente beta bloqueador	4	0,9	4	0,9	
Propranolol 40mg	C07AA05	Agente beta bloqueador	4	0,9	3	0,7	
Indapamida 1,5mg	C03BA11	Diurético tiazídico	3	0,7	3	0,7	
Metildopa 250mg	C02AB01	Agente antiadrenérgico	3	0,7	3	0,7	
Sulfato Ferroso 40mg	B03AA07	Suplemento de ferro	3	0,7	2	0,5	
Insulina Regular	A10AB01	Insulinas e análogos	3	0,7	2	0,5	
Glibenclamida 5mg	A10BB01	Redutor de glicose no sangue	3	0,7	2	0,5	
Domperidona 10mg	A03FA03	Modificador da motilidade gastrointestinal	3	0,7	2	0,5	
Alopurinol 100mg	M04AA01	Inibidor da produção de ácido úrico	2	0,5	2	0,5	
Valsartana 160mg	C09DX04	Bloqueador do receptor de angiotensina II	2	0,5	1	0,25	
Nifedipino 20mg	C08CA05	Bloqueador de canal de cálcio seletivo	2	0,5	1	0,25	
Dapagliflozina 10mg	A10BK01	Redutor de glicose no sangue	2	0,5	1	0,25	
Levanlodipino 2,5mg	C08CA01	Bloqueador de canal de cálcio seletivo	2	0,5	1	0,25	
Alendronato 70mg	M05BA04	Droga efetiva na estrutura óssea e mineralização	1	0,25	1	0,25	
Vitamina D 2000UI	A11CC05	Vitamina D e seus análogos	1	0,25	1	0,25	
Seretide Diskus 50/250mcg	R03AK06	Inalante adrenérgico	1	0,25	1	0,25	
Salmeterol 50/250mg	R03AC12	Inalante adrenérgico	1	0,25	1	0,25	
Beclometasona 200mcg	R03BA01	Inalante para obstrução de via aérea	1	0,25	1	0,25	
Acetazolamida 250mg	S01EC01	Inibidor da anidrase carbônica	1	0,25	1	0,25	

Tiamazol 10mg	H03BB02	Inibidor a síntese de hormônio tireoidiano	1	0,25	1	0,25
Ácido Fólico 5mg	B03BB01	Ácido fólico e derivados	1	0,25	1	0,25
Tenofovir 300mg	J05AF07	Ação antiviral	1	0,25	1	0,25
Hidralazina 25mg	C02DB02	Vasodilatador periférico	1	0,25	1	0,25
Alogliptina 25mg	A10BH04	Redutor de glicose no sangue	1	0,25	0	0
Prometazina 25mg	R06AD02	Anti-histamínico	1	0,25	0	0

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Conforme os dados da Tabela 14, os psicotrópicos mais utilizados na 1ª etapa foram amitriptilina (18,63%), clonazepam (17,40%), diazepam (9,12%) e fluoxetina (8,36%). Na 2ª etapa, os mesmos fármacos permaneceram em destaque, com aumento no uso de clonazepam (20,22%) e fluoxetina (10,48%). Esses resultados indicam estabilidade no perfil de uso, sem diferença significativa entre as etapas após aplicação do teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

Com base nos resultados, observa-se na literatura que medicamentos como clonazepam, diazepam e fluoxetina são amplamente utilizados no tratamento da depressão, o que se confirma neste estudo (MOREIRA et al., 2020; BIGAL; NAPPO, 2024). Tais fármacos estão padronizados na REMUME-PJF, o que facilita o acesso. A inclusão de clonazepam 2 mg e fluoxetina 20 mg nas farmácias das USF da PJF pode ter contribuído para o aumento do uso na 2ª etapa da pesquisa. De forma semelhante, estudo em Nova Floresta/PB identificou amitriptilina (15,4%), fenobarbital (14,4%), clonazepam (12,9%) e diazepam (9,9%) como os psicotrópicos mais dispensados, também vinculados à oferta municipal (JUNIOR; BEZERRA; OLIVEIRA, 2023).

Os BZD (Diazepam e Clonazepam em especial) tem seu destaque no estudo por serem considerados “campeões de audiência” tanto no Brasil de forma geral, como entre nossas pacientes. Seu uso continuado deve ser bem avaliado, pois provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e a dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso), como também podem ser observados os déficits cognitivos como perda de atenção e dificuldade de fixação (BRASIL, 2013; PARSAIK et al., 2016; BIGAL; NAPPO, 2024).

Estudo realizado na Argentina com médicos descreve o clonazepam como a "rainha das drogas psicoativas", devido à sua ampla disponibilidade e longa permanência no mercado, o que transmite segurança ao prescritor (BRU, 2024). No entanto, a pressão dos pacientes e comportamentos inadequados frequentemente levam ao uso indevido, mesmo diante do conhecimento sobre seus efeitos adversos e potencial de dependência. No Brasil, o cenário é semelhante: cerca de 13 milhões de pessoas fazem uso diário de benzodiazepínicos (BZD), com destaque para o clonazepam (BIGAL; NAPPO, 2024). Estudos também apontam fragilidades na APS, como excesso de prescrições, consultas breves, falta de domínio sobre psicotrópicos e ausência de controle sobre o número de usuários (FRIESTINO et al.,

2020). Além disso, Coleman et al. (2021) alertam para os riscos do uso de BZD por idosos, como prejuízo cognitivo, delírio, quedas e abstinência, mesmo com benefícios a curto prazo.

Os BZD, quando bem indicados e acompanhados, podem ser ferramentas terapêuticas úteis. No entanto, é essencial que o paciente compreenda desde o início a necessidade de uso por tempo limitado, com plano de redução e suspensão em poucas semanas (BRASIL, 2013). No presente estudo, observa-se que as mulheres fazem uso contínuo por mais de dois anos, o que reforça a urgência de reavaliação e conscientização por parte dos prescritores e pacientes. Nesse contexto, o vínculo com a equipe de saúde é fundamental para a construção de um plano terapêutico individualizado, de forma a evitar o uso de medicamentos. Estudos mostram que os psicofármacos são amplamente prescritos na APS (MOREIRA et al., 2020), por ser o serviço mais acessível e com maior vínculo longitudinal. Já nos serviços de urgência, o cuidado é pontual, com prescrição imediata e orientação para retorno à APS. A dificuldade de acesso à atenção especializada, especialmente em psiquiatria, agrava essa realidade.

Por outro lado, observa-se um crescimento significativo na venda de medicamentos voltados à saúde mental, especialmente após a pandemia de COVID-19, com aumento médio de 6,5% entre 2019 e 2020. Entre os fármacos mais vendidos sob prescrição, destacam-se os benzodiazepínicos (FRIESTINO et al., 2020; BRU, 2024). A farmácia insere-se em uma complexa rede de relações sociais, envolvendo médicos, pacientes, fabricantes e comerciantes, cada qual com interesses próprios no ciclo medicamentoso. O uso prolongado dessas drogas pode induzir não apenas à dependência fisiológica, mas também à tolerância farmacológica, exigindo doses cada vez maiores (FRIESTINO et al., 2020). Tal cenário reforça a importância de racionalizar o uso e considerar terapias integrativas, como as PICS, para minimizar a medicamentos em excesso.

Por fim, a Tabela 15 apresenta os 20 medicamentos mais citados na pesquisa, sendo 10 de uso contínuo para doenças crônicas e 10 psicotrópicos, além de suas principais interações com alimentos, álcool e fitoterápicos/PM. Essa planilha subsidiou a elaboração de uma cartilha explicativa (Anexo F), entregue às pacientes, com o objetivo de promover a conscientização sobre a importância de informar todas as substâncias em uso ao prescritor.

Tabela 14 - Medicamentos utilizados pelas pacientes participantes da pesquisa - Psicotrópicos.

Princípio Ativo	Classificação ATC	Grupo Farmacológico	1ª etapa		2ª etapa		Valor de p
			Frequência	%	Frequência	%	
Amitriptilina 25mg	N06AA09	Antidepressivo	49	18,6	52	19,5	0,99
Clonazepam 0,5mg; 2mg	N03AE01	Antiepiléptico	46	17,5	54	20,2	
Diazepam 10mg	N05BA01	Ansiolítico	24	9,1	24	8,9	
Fluoxetina 20mg	N06AB03	Antidepressivo	22	8,4	28	10,5	
Alprazolam 0,5/ 1/ 2mg	N05BA12	Ansiolítico	16	6,1	16	5,9	
Citalopram 20mg	N06AB04	Antidepressivo	13	4,9	13	4,9	
Escitalopram 10mg; 20mg	N06AB10	Antidepressivo	9	3,4	8	2,9	
Sertralina 25mg;50mg	N06AB06	Antidepressivo	9	3,4	8	2,9	
Carbamazepina 200mg	N03AF01	Antiepiléptico	8	3,1	8	2,9	
Valproato de Sódio 50mg;500mg	N03AG01	Antiepiléptico	7	2,5	5	1,8	
Bromazepam 3mg; 6mg	N05BA08	Ansiolítico	7	2,5	7	2,6	
Paroxetina 20mg	N06AB05	Antidepressivo	6	2,3	6	2,3	
Pregabalina 75mg; 150mg	N02BF02	Outros analgésicos e antipiréticos	6	2,3	5	1,8	
Desvenlafaxina 50mg; 100mg	N06AX23	Antidepressivo	6	2,3	6	2,3	
Venlafaxina 37,5/ 50/150mg	N06AX16	Antidepressivo	5	1,9	3	1,1%	
Fenobarbital 100mg	N03AA02	Antiepiléptico	5	1,9	4	1,5	
Nortriptilina 25mg	N06AA10	Antidepressivo	5	1,9	5	1,8	
Levomepromazina 25mg	N05AA02	Antipsicótico	4	1,5	4	1,5	
Quetiapina 5mg;100mg	N05AH04	Antipsicótico	3	1,2	3	1,1	
Zolpidem 10mg	N05CF02	Hipnóticos e Sedativos	2	0,8	0	0,00	
Carbonato de Lítio	N05AN01	Antipsicótico	2	0,8	2	0,72	
Risperidona 1mg; 2mg	N05AX08	Antipsicótico	2	0,8	2	0,72	
Fenitoina 100mg	N03AB02	Antiepiléptico	1	0,4	1	0,36	
Nitrazepam 5mg	N05BA17	Ansiolítico	1	0,4	1	0,36	
Haloperidol 5mg	N05AD01	Antipsicótico	1	0,4	1	0,36	
Sulpirida 50mg	N05AL01	Antipsicótico	1	0,4	0	0,00	
Topiramato 50mg	N03AX11	Antiepiléptico	1	0,4	1	0,36	
Periciazina 4%	N05AC01	Antipsicótico	1	0,4	0	0,00	
Metilfenidato 20mg	N06BA04	Psicoestimulante	1	0,4	0	0,00	

*Diferença significativa após teste qui-quadrado (χ^2) para $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Tabela 15 – Principais interações medicamentosas, com alimentos e Fitoterápicos/PM dos 20 medicamentos mais citados na pesquisa

Medicamento	Interação Medicamentosa	Interação com Alimento	Interação com PM e/ou Fitoterápicos	Referência Bibliográfica
AAS	Anticoagulantes orais (Ex.: Varfarina e Probenecida) - efeitos potencializados do AAS. Paracetamol - aumento do risco de nefropatia. Acidificantes urinários (ácido ascórbico, fosfato sódico ou potássico e cloreto de amônio) - diminuem a excreção de salicilato, aumentando sua concentração plasmática. Glicocorticoides - aumentam a excreção de salicilato AINES - aumento do risco de hemorragias pela à inibição da agregação plaquetária.	Álcool - pode aumentar a hemorragia gastrointestinal pela à irritação pelo ácido acetilsalicílico. Também pode potencializar o aumento do tempo de sangramento, induzido pelo AAS.	Alho, Boldo, Camomila, Gengibre, Ginkgo biloba - aumenta o tempo de sangramento. Alcachofra - reduz eficácia do AAS. Salgueiro - gera nefrotoxicidade e inibição plaquetária.	BRASIL, 2016; EMS, 2023.
Alprazolam	Amitriptilina - aumenta efeitos como a sedação e o comprometimento das habilidades de atenção, julgamento e pensamento psicomotor. Potentes inibidores do CYP3A4 (Ex.: macrólidos, claritromicina, telitromicina) aumenta e prolonga os efeitos depressores do SNC do alprazolam.	Suco de toranja - pode aumentar a atividade farmacológica pela inibição da enzima responsável pelo seu metabolismo.	kava-kava – potencializa o efeito do alprazolam.	NICOLETTI et al., 2007; DRUGS.COM, 2023a.
Amitriptilina	Topiramato - reduz o metabolismo da amitriptilina, aumentando sua concentração plasmática. Analgésicos - antidepressivos tricíclicos podem aumentar o risco de tontura em pacientes que recebem tramadol e Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina - risco de síndrome serotoninérgica (alterações de cognição, comportamento, função do SNA e atividade neuromuscular).	Álcool - depressão do SNC e aumento de sedação.	Erva de São João - pode potencializar o metabolismo da amitriptilina. Nicotina - acelera a eliminação da amitriptilina.	GONÇALVES et al., 2022; EUROFARMA, 2023a.
Anlodipino	Sinvastatina - aumenta sua exposição no sangue, aumentando o risco de miopatia. Claritromicina - risco aumentado de hipotensão. Tacrolimo - aumento dos níveis de tacrolimo no sangue.	Álcool, multivitaminas com minerais e suco de Toranja.	Hortelã-pimenta: inibe o metabolismo do anlodipino.	BRASIL, 2021; NOVARTIS BIOCIÊNCIA S.A., 2023.
Atenolol	Verapamil, diltiazem – apresenta efeito inotrópico negativo. Nifedipino – aumenta o efeito hipotensor, Ibuprofeno – diminui o efeito hipotensor Epinefrina - diminui seu efeito.	Laranja/ Toranja - redução da biodisponibilidade do atenolol.	Não encontrado.	LIMA et al., 2017; BIOSINTÉTICA FARMACÊUTICA LTDA, 2023.
Carbamazepina	Ácido valpróico – diminui a metabolização da carbamazepina. Fenitoína – diminui a eficácia um do outro. Fluoxetina, bupropiona, citalopram, antidepressivos tricíclicos – aumentam os níveis de carbamazepina, Benzodiazepínicos – aceleram a taxa de eliminação da carbamazepina. Anticoncepcionais hormonais e Warfarina – tem sua ação diminuída. Antipsicóticos atípicos – podem ter seus níveis diminuídos, comprometendo sua eficácia.	Álcool - potencializa os efeitos colaterais e pode levar a convulsões. Toranja - inibe a enzima responsável por metabolizar a carbamazepina.	Não encontrado.	DRUGS.COM, 2023b; MUNIZ; FERKO, 2022.

Citalopram	Moclobemida e buspirona: risco de síndrome serotoninérgica ao 5-HT. AAS: pode diminuir a função plaquetária. Metoprolol – níveis sanguíneos são aumentados. Cimetidina – pode aumentar concentração de citalopram no sangue.	Álcool - potencializa os efeitos colaterais no sistema nervoso.	<i>Hypericum perforatum</i> quando associado pode causar efeitos adversos.	GONÇALVES et al., 2022; BIOSINTÉTICA FARMACÊUTICA LTDA, 2024.
Clonazepam	Fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, lamotrigina - podem aumentar a depuração de clonazepam, reduzindo assim suas concentrações plasmáticas. Ácido Valproico - pode causar crises epiléticas do tipo pequeno mal. Efeitos colaterais aumentados como sedação e depressão cardiorespiratória podem ocorrer quando o clonazepam é coadministrado com qualquer agente depressor de ação central.	Álcool - aumento dos efeitos de sedação e depressão cardiorespiratória. Cafeína e suco de toranja - inibição do metabolismo e aumento da concentração plasmática.	Cafeína - vasopressor estimulante, podendo antagonizar os efeitos do fármaco.	GONÇALVES et al., 2022; EUROFARMA, 2023b.
Diazepam	Fluoxetina, omeprazol - inibem a enzima, gerando sedação aumentada e prolongada. Cetoconazol - aumenta a concentração de diazepam, gera sedação, danos psicomotores e reflexos lentos. Cimetidina - reduz o clearance do diazepam, podendo causar sedação prolongada. Claritromicina - inibe a metabolização do diazepam, gera depressão do SNC, ataxia, letargia.	Álcool - reduz o clearance do diazepam, intensificando o efeito sedativo.	Nicotina - acelera a eliminação do diazepam.	GERMED, 2023.
Espironolactona	Metoprolol - Efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Sertralina - Baixos níveis de sódio no sangue. Valsartana - Aumento dos níveis de potássio no sangue.	Álcool - Efeitos aditivos na redução da pressão arterial.	Não encontrado.	DRUGS.COM, 2023c.
Escitalopram	Bupropiona – aumenta os riscos de convulsão e também aumenta os níveis de escitalopram. Seleginina, amitriptilina, tramadol, anfetaminas – aumentam os níveis de serotonina, o que pode levar à síndrome de serotonina. Warfarina, aspirina, clopidogrel – aumentam o risco de hemorragia.	Álcool - potencializa os efeitos colaterais no SNC.	Erva de São João - aumentam os níveis de serotonina, podendo causar síndrome de serotonina.	DRUGS.COM, 2023d; GOV.BR, 2024.
Fluoxetina	Alprazolam - pode aumentar os níveis sanguíneos de alprazolam, causa sonolência excessiva. Buspirona - síndrome da serotonina, que pode incluir sintomas como confusão, alucinações, convulsões, alterações na pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, febre, suor excessivo. Carbamazepina - tem seu metabolismo inibido, gera ataxia, náusea, sedação e tremores.	Álcool - pode aumentar os efeitos da fluoxetina, provocando tonturas, sonolência e dificuldade de concentração.	Não encontrado	MENEZES; MARIZ, 2012.
Hidroclorotiazida	Alprazolam - Efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Sertralina- Níveis de sódio muito baixos no sangue. Metoprolol - Efeito aditivo na redução da pressão arterial. Escitalopram - Níveis de sódio muito baixos no sangue.	Álcool - Efeitos aditivos na redução da pressão arterial.	Alcachofra: propriedades diuréticas podem causar hipovolemia.	DRUGS.COM, 2023e.

Levotiroxina	Anticoagulantes orais – aumenta concentração do hormônio no sangue. Antidiabéticos orais e insulina – pode elevar os níveis de glicemia. Rifampicina, carbamazepina, fenitoína e barbitúricos – diminuem a ação do hormônio. Omeprazol, esomeprazol e pantoprazol – reduz ação do hormônio.	Alimentos - recomenda-se a administração da levotiroxina 30 minutos à 1 hora antes ou 2 horas após o café da manhã.	Erva de São João: aumentam a ação das enzimas e diminuem a ação da levotiroxina.	MERCK S/A, 2023a.
Losartan	AAS - Reduz efeitos da losartan, principalmente quando em conjunto a um diurético. AINES - Reduz efeitos do losartan. Alprazolam- Efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Rifampicina e fluconazol – menor concentração de losartan.	Álcool - Efeitos aditivos na redução da pressão arterial.	Não encontrado.	DRUGS.COM, 2023f; MERCK S/A, 2024.
Metformina	Nifedipino – pode aumentar absorção de metformina. Varfarina – eliminação aumentada pelo uso de metformina. Verapamil - podem reduzir a eficácia de metformina. Rifampicina - podem aumentar a absorção gastrointestinal e a eficácia da metformina.	Álcool - Aumento de acidose láctica no caso de intoxicação alcoólica aguda, como em: jejum ou má-nutrição.	Não encontrado.	MERCK S/A, 2023b.
Omeprazol	Digoxina - aumenta absorção da digoxina. Varfarina, Diazepam e Fenitoína- diminui a absorção desses. Clopidogrel - diminui sua ação, por conta da competição pelas enzimas CYP2C19. Claritromicina - aumenta a concentração plasmática de ambos os medicamentos.	Frango e leite - medicamento depleta a absorção de vitaminas, não ingerir esses alimentos junto ao uso do medicamento.	Erva de São João e Ginkgo Biloba: diminui a concentração plasmática do omeprazol, diminuindo eficácia.	GONÇALVES et al., 2022; DRUGS.COM, 2023g.
Sertralina	Amitriptilina, anfetaminas, tramadol – aumentam os níveis de serotonina no cérebro, podendo levar à síndrome de serotonina. AAS, warfarina e clopidogrel – aumentam o risco de hemorragia. Haloperidol, azitromicina e citalopram – promovem o prolongamento do intervalo QT, pode alterar o ritmo cardíaco. Metoprolol, risperidona, fenitoína e sertralina - aumenta o nível desses medicamentos.	Álcool - potencializa os efeitos colaterais no SNC.	Erva de São João - aumentam os níveis de serotonina, podendo causar síndrome de serotonina.	DRUGS.COM, 2023h; GOV.BR, 2024.
Sinvastatina	Amiodarona, anlodipino, itraconazol, cetoconazol, eritromicina, claritromicina, gentibrozila, telitromicina e inibidores da protease do HIV – aumentam concentração de sinvastatina, risco de miopatia.	Álcool – risco de alterações hepáticas associado ao uso de sinvastatina. Suco de toranja - Aumenta níveis sanguíneos de sinvastatina.	Fitoterápicos/ PM (hortelã) - que inibem CYP3A4 podem aumentar concentração de sinvastatina e causar miopatia.	MERCK S/A, 2024b;
Valproato de sódio	Fenitoína, carbamazepina e fenobarbital – aumentam depuração do valproato. AAS - aumentam concentração do valproato. Amitriptilina e Fenobarbital – tem seu efeito aumentado.	Álcool - aumenta a sonolência e deprime o SNC.	Não encontrado	ABBOTT, 2024.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

5.9 INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

5.9.1 Perfil sociodemográfico

Ao avaliar os impactos da intervenção farmacêutica, foram consideradas tanto as participantes das atividades em educação em saúde (32; 22,5%) quanto as não participantes das atividades em educação em saúde (110; 77,5%), que responderam aos questionários aplicados (Questionário 2 e Questionário 3, respectivamente), totalizando 142 mulheres. O perfil identificado revelou um predomínio de idosas acima de 61 anos, casadas, com filhos, aposentadas e com ensino fundamental incompleto (Tabela 16).

Tabela 16 - Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes.

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Faixa Etária		
21 a 30 anos	6	4,2
31 a 40 anos	11	7,7
41 a 50 anos	20	14,1
51 a 60 anos	38	26,8
> 61 anos	67	47,2
Estado Civil		
Casada	53	37,3
Solteira	37	26,1
Divorciada	30	21,1
Viúva	22	15,5
Filhos		
Sim	116	81,7
Não	26	18,3
Profissão		
Aposentada	56	39,4
Do lar	47	33,1
Autônoma	21	14,9
Auxílio doença	8	5,6
Professora	3	2,1
Recepcionista	4	2,8
Estudante	3	2,1
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	3	2,1
Ensino Fundamental Incompleto	59	41,6
Ensino Fundamental Completo	22	15,5
Ensino Médio Incompleto	11	7,7
Ensino Médio Completo	37	26,1
Ensino Superior Incompleto	3	2,1
Ensino Superior Completo	7	4,9

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Com base nos dados apresentados, ficou evidente a baixa adesão às atividades educativas (22,5%), que pode ser atribuída, entre outros fatores, às

barreiras de acesso, à falta de interesse percebido, às questões logísticas, às limitações físicas, às responsabilidades familiares e à ausência de atratividade ou relevância das ações propostas (MOURA et al., 2024). Por outro lado, é importante ressaltar que a participação em atividades educativas pode desempenhar um papel crucial na promoção do empoderamento comunitário, particularmente em grupos historicamente subrepresentados (AMARAL; DUTRA; RODRÍGUEZ, 2018; NOBRE et al., 2020). Assim, os 22,5% que participaram podem ser vistos como agentes multiplicadores de conhecimento na comunidade, o que reforça a importância de estratégias para aumentar a adesão em novas atividades.

O perfil identificado no estudo, com predominância de mulheres idosas acima de 61 anos, casadas, com filhos, aposentadas e com ensino fundamental incompleto, é consistente com o que a literatura apresenta sobre a feminização do envelhecimento no Brasil (SOBRINHO et al., 2020). Mulheres idosas frequentemente possuem baixa escolaridade e vivem em contextos de vulnerabilidade econômica, o que influencia diretamente as necessidades e preferências no desenvolvimento de atividades educativas. Por exemplo, mulheres com baixa escolaridade podem apresentar maior resistência ou dificuldade em compreender conteúdos técnicos sem mediações adequadas (AMARAL; DUTRA; RODRÍGUEZ, 2018; CARNEIRO; AYRES, 2021; JANINI; BESSLER, 2015). Além disso, a condição de aposentadas e casadas pode significar que essas mulheres têm mais tempo disponível, mas podem enfrentar barreiras relacionadas às expectativas sociais e culturais de cuidado com a família, especialmente netos, que frequentemente recaem sobre elas (CARNEIRO; AYRES, 2021; ANTUNES; MORÉ, 2020).

5.9.2 Percepção sobre o uso de medicamentos

Considerando os conhecimentos adquiridos após a palestra intitulada "O uso racional de medicamentos com ênfase nos psicotrópicos e nas interações medicamentosas", apresentada durante o primeiro encontro, observou-se que 84,4% das mulheres relataram sentir-se seguras no uso de seus medicamentos, enquanto 87,5% acreditam utilizá-los de forma adequada, seguindo as orientações recebidas. No entanto, 40,6% mencionaram já ter experimentado algum efeito adverso

relacionado ao uso de medicamentos. Entre os relatos, destacaram-se casos de queda acentuada da pressão arterial devido ao uso combinado de dois anti-hipertensivos e episódios de sonolência excessiva associados à combinação de dois medicamentos psicotrópicos (Tabela 2).

Tabela 17 - Avaliação sobre o uso de medicamentos pelas participantes

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Você se sente segura ao usar seus medicamentos?		
Sim	27	84,4%
Não	5	15,6%
Com base nas orientações recebidas, você acredita que está tomando seus medicamentos de forma correta?		
Sim	28	87,5%
Não	4	12,5%
Você já teve algum efeito adverso em decorrência do uso de medicamentos?		
Sim	19	40,6%
Não	13	59,4%

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Os resultados apresentados evidenciam tanto avanços quanto desafios no manejo seguro de medicamentos entre as participantes. A percepção de segurança no uso (84,4%) e a adesão às orientações recebidas (87,5%) refletem a eficácia inicial da atividade educativa em promover maior conscientização sobre a importância do uso correto de medicamentos. No entanto, a ocorrência de efeitos adversos relatados por 40,6% das participantes destaca a necessidade de uma abordagem mais aprofundada e contínua em programas educativos e de acompanhamento (DUARTE et al., 2015). Entre os efeitos colaterais mais citados, destacam-se dor abdominal, náusea, enjoo, tontura, boca seca, emagrecimento, agitação, desânimo, diarreia e dor no peito. Além disso, os relatos de efeitos adversos refletem problemas relacionados à polifarmácia e à falta de monitoramento adequado, pois interações medicamentosas são frequentes em pacientes idosos, especialmente mulheres, devido ao uso concomitante de múltiplos medicamentos prescritos para tratar condições crônicas (GODOI et al., 2021).

5.9.3 Conhecimentos sobre plantas medicinais

Com base nas palestras sobre PM apresentadas no segundo e terceiro encontros, 65,6% das participantes afirmaram não ter conhecimento sobre as

propriedades farmacológicas desses produtos. A maioria (65,6%) relatou utilizá-los "às vezes", enquanto três participantes (9,4%) declararam não fazer uso. Entre as que utilizam, os produtos mais mencionados foram alecrim, camomila e capim-cidreira, todos abordados durante as palestras. Além disso, os benefícios mais citados foram: "melhora no ânimo" (13%), "melhora no sono" (19,3%) e "efeito calmante" (29%) (Tabela 18).

Tabela 18 - Conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais pelas participantes

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Você já conhecia as propriedades farmacológicas das plantas medicinais mencionadas?		
Sim	11	34,4%
Não	21	65,6%
Você faz uso de plantas medicinais?		
Todos os dias	3	9,4%
De 2 a 5 vezes na semana	5	15,6%
Às vezes	21	65,6%
Não uso	3	9,4%
Se sim, Qual(is)?		
Alecrim	5	10,1%
Alfavaca	2	4,1%
Amora	1	2,1%
Boldo	3	6,1%
Camomila	5	10,1%
Capim Cidreira	10	20,1%
Cavalinha	1	2,1%
Funcho	1	2,1%
Hibisco	1	2,1%
Hortelã	7	14,1%
Louro	4	8,1%
Maracujá	1	2,1%
Melissa	2	4,1%
Marmelinho	1	2,1%
Orapronobis	1	2,1%
Saião	3	6,1%
Não sabe informar	2	2,1%
Quais são os benefícios que você obteve com o uso das plantas medicinais?		
Ânimo	4	13%
Calmante	9	29%
Diurético	1	3,3%
Melhora na dor de estômago	3	9,6%
Melhora no sono	6	19,3%
Não sabe informar	8	25,8%

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A ausência de conhecimento relatada pelas participantes sobre os benefícios do uso de PM pode refletir não apenas uma falta de informação, mas também uma dificuldade em perceber efeitos positivos, possivelmente por um uso esporádico ou inconsistente. A baixa frequência semanal do uso, como apontado pela maioria, pode limitar a experiência prática com PM, dificultando a identificação de resultados

e, consequentemente, desestimulando o uso contínuo. Esse ciclo reforça a importância de ações educativas e de orientação sobre o uso adequado e os possíveis benefícios de PM (FAUSTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010).

O uso popular de PM está presente no cotidiano das participantes e tem sido amplamente estudado (ZENI et al., 2017; MENDONÇA NETO et al., 2022). Na saúde mental, muitas mulheres recorrem a essas plantas como complemento ao tratamento convencional, influenciadas por fatores culturais, dificuldades de acesso à saúde ou preferência por abordagens naturais. Entre as mais utilizadas para alívio dos sintomas psiquiátricos, destacam-se camomila (*Matricaria chamomilla*), capim-cidreira (*Cymbopogon citratus*) e valeriana (*Valeriana officinalis*), além de passiflora (*Passiflora incarnata*), alecrim (*Rosmarinus officinalis*) e lavanda (*Lavandula angustifolia*) pelos seus efeitos no bem-estar emocional (CORREA et al., 2022; NARVAZ; KOLLER, 2006).

5.9.4 Interesse em horta medicinal

Com base no tema abordado no quarto encontro, observou-se que 59,4% das participantes possuem uma horta medicinal em suas residências. Entre aquelas que não possuem (40,6%), 76,9% demonstraram interesse em cultivar PM em casa, mas todas (100%) afirmaram que a palestra foi um incentivo para a preparação de canteiros destinados ao cultivo de PM (Tabela 19).

Tabela 19 - Interesse em horta medicinal

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Você tem horta medicinal em sua residência?		
Sim	19	59,4%
Não	13	40,6%
Se não. Você tem interesse em ter sua própria horta medicinal?		
Sim	10	76,9%
Não	3	23,1%
Com as informações do encontro você consegue iniciar sua horta?		
Sim	10	100%
Não	0	0%

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A prática de hortas medicinais contribui de forma benéfica para a inclusão de mulheres em seu meio social, pois, não só favorece a difusão do conhecimento, mas também o desejo do cuidado de seus familiares. A presença de espécies medicinais

nos quintais inspira familiares e vizinhos, que acompanham todo o processo, desde o cultivo até o uso terapêutico (MENDONÇA NETO et al., 2022). No entanto, cabe destacar que esse cenário está relacionado à estrutura de uma sociedade patriarcal, na qual a mulher desempenha um papel central no cuidado do lar e da família, incluindo tarefas como o cultivo de PM (CEOLIN et al., 2017). Desse modo, incentivar o plantio doméstico de PM, seja em vasos ou quintais, colabora tanto para sua preservação quanto para a integração social e comunitária das mulheres e seus familiares.

5.9.5 Avaliação e aprendizados das participantes

De acordo com a Tabela 20, 96,9% das participantes afirmaram acreditar que as PM podem contribuir para sua qualidade de vida, e 100% consideraram esse tema relevante para uma melhor compreensão de suas propriedades e usos terapêuticos. Além disso, 81,3% das entrevistadas relataram sentir-se seguras para transmitir os conhecimentos adquiridos a outras pessoas. A avaliação dos encontros também foi bastante positiva, pois 93,8% das participantes atribuíram nota máxima às atividades realizadas, enquanto 90,6% deram a mesma avaliação aos folhetos informativos distribuídos. De maneira subjetiva, cada participante teve a oportunidade de expressar os principais aprendizados adquiridos, destacando-se os temas "manuseio, cuidado e uso de PM" (43,75%), "uso correto de medicamentos" (25%) e, em menor proporção, "interação medicamentosa", "autocuidado" e "qualidade de vida" (6,25% cada).

Os resultados apresentados evidenciam a relevância das PM na promoção da qualidade de vida e na ampliação do conhecimento popular sobre seus usos terapêuticos. A alta porcentagem de participantes que reconhecem os benefícios das PM (96,9%) e que consideram o tema relevante para compreensão de suas propriedades (100%) está alinhada com estudos que destacam o papel das PM na APS e na educação em saúde (PATRÍCIO et al., 2022; PEDROSO; ANDRADE; PIRES, 2021). Além disso, os programas educativos que abordam o uso correto das PM são essenciais para evitar a automedicação inadequada e a interação medicamentosa prejudicial (FAUSTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010).

Tabela 20 - Avaliação e aprendizados das participantes.

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Você acredita que as plantas medicinais podem melhorar sua qualidade de vida?		
Sim	31	96,9%
Não	1	3,1%
Você considera o tema das plantas medicinais importante para os encontros?		
Sim	32	100%
Não	0	0%
Você se sente segura para compartilhar as informações aprendidas nos encontros?		
Sim	26	81,3%
Não	6	18,8%
De 0 a 10 – Qual nota você dá para os encontros?		
Nota 9	2	6,3%
Nota 10	30	93,8%
De 0 a 10 – Qual nota você dá para os folhetos informativos entregues?		
Nota 8	2	6,3%
Nota 9	1	3,1%
Nota 10	29	90,6%
O que você mais aprendeu?		
Tudo	4	12,5%
Interação medicamentosa	2	6,25%
Autocuidado	2	6,25%
Manusear, cuidar e usar plantas medicinais	14	43,75%
Ter qualidade de vida	2	6,25%
Uso correto de medicamentos	8	25%

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Por outro lado, o alto percentual de entrevistadas que se sentem seguras para transmitir os conhecimentos adquiridos (81,3%) evidencia a eficácia das atividades educativas, pois fortalece a troca de informações entre pares, amplia a conscientização sobre práticas de saúde e incentiva o uso seguro das PM (CEOLIN et al., 2011). Nesse sentido, a educação em saúde é essencial para a emancipação dos indivíduos e a construção de comunidades mais informadas e autônomas (FALKENBERG et al., 2014), o que se confirma na alta aprovação das atividades (93,8%) e dos folhetos informativos (90,6%), reforçando a efetividade das metodologias adotadas (SEBASTIÁN-HEREDERO, 2020). Essa abordagem multidimensional também se reflete nos principais temas mencionados pelas participantes, como manuseio e uso de PM (43,75%), uso correto de medicamentos (25%), interação medicamentosa, autocuidado e qualidade de vida (6,25% cada), destacando a importância do conhecimento sobre interação medicamentosa na redução de riscos à saúde (NASCIMENTO et al., 2017) e a relação direta entre autocuidado, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida (REIS; PEREIRA; FURTADO, 2024).

5.9.6 Percepções de mulheres que não compareceram aos encontros

Em decorrência do baixo índice de participantes, foi possível compreender os motivos dessa baixa adesão após a aplicação do Questionário 3 em 110 mulheres que foram convidadas, mas não compareceram aos encontros. Observou-se que essas mulheres desempenham diversas atividades no dia a dia, como cuidar de crianças e/ou idosos (26,4%), exercer serviços externos (23,6%) ou enfrentar dificuldades de locomoção (19,1%), além de relatarem falta de tempo (18,2%) e outros fatores (Tabela 21). No entanto, 90,9% consideraram essas atividades importantes, principalmente por proporcionarem maior conhecimento sobre saúde (28%) e trazerem benefícios para a saúde mental ou bem-estar (25%), além de possibilitarem o compartilhamento de experiências e a melhoria do convívio social (16%) (Tabela 21). Apesar desse reconhecimento, algumas mulheres relataram dificuldades em expor seus problemas pessoais devido a sentimentos como “vergonha”, “timidez”, “limitações” e “tristeza profunda”, o que as levou a evitar maior aproximação e vínculo com a equipe. Essas barreiras comprometem o autocuidado, fazendo com que essas mulheres permaneçam restritas à convivência com a doença e sem acesso a tratamentos complementares que poderiam aprimorar sua qualidade de vida.

Quando o tema das consultas foi abordado como a única ferramenta para o cuidado da saúde, 61,8% das entrevistadas afirmaram que são suficientes, enquanto 38,2% consideraram as consultas insuficientes para um tratamento eficaz, destacando que o acompanhamento por uma equipe multiprofissional (92,86%) seria mais satisfatório (Tabela 21). Apesar disso, a presença de profissionais como educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e psiquiatra (18,19%), assim como a realização de confraternizações e momentos de convívio social (14,55%), foram apontadas como fatores que poderiam motivar a participação nos encontros. No entanto, um percentual significativo das entrevistadas (46,37%) preferiu não opinar sobre o assunto (Tabela 21).

Os resultados do Questionário 3 reforçam a necessidade de compreender as múltiplas barreiras que dificultam o acesso e a adesão a programas de educação em saúde na APS. A sobrecarga de atividades cotidianas, como os cuidados com

familiares e compromissos profissionais, juntamente com dificuldades de locomoção e gestão de tempo, são desafios que refletem desigualdades estruturais e demandam estratégias específicas de intervenção (MARCONDES et al., 2022). Além disso, a relutância em compartilhar questões pessoais devido a sentimentos de vergonha, timidez ou tristeza aponta para a importância de ações que promovam um ambiente acolhedor e empático, capaz de estimular a construção de vínculos e confiança com a equipe de saúde (GOULART; CHIAR, 2010).

Tabela 21 - Percepção de mulheres que não compareceram aos encontros

Variáveis	Frequência	Frequência relativa (%)
Qual foi o motivo para não participar dos encontros?		
Cuidadora de criança e/ou idoso	29	26,4%
Trabalho externo durante o dia (empresa)	26	23,6%
Difícil locomoção	21	19,1%
Não ter tempo para participar	20	18,2%
Fobia Social	9	8,2%
Não ter interesse em participar	5	4,5%
Você considera importante a realização desses encontros?		
Sim	100	90,9%
Não	10	9,1%
Se sim, porque é importante?		
A equipe é muito boa	2	2%
Aprender a controlar as doenças	6	6%
Benefícios para saúde mental/ Faz bem para saúde	25	25%
Compartilhar experiências/ Convívio social	16	16%
Identificar nossos problemas	7	7%
Ter mais conhecimento sobre saúde	28	28%
Não soube informar	16	16%
Você acredita que só pelas consultas é possível cuidar da sua saúde?		
Sim	68	61,8%
Não	42	38,2%
Se não, qual tratamento lhe falta?		
Atendimento Social	3	7,14%
Equipe Multiprofissional (Educador físico, Fisioterapia, Nutrição, Psicólogo, Psiquiatra e Terapia Ocupacional)	39	92,86%
Na sua opinião, o que te motivaria a participar dos encontros?		
Aprender a parar de tomar medicamento psicotrópico	5	4,54%
Atividade física	7	6,36%
Confraternização/ Convívio social	16	14,55%
Presença de Equipe Multiprofissional (Educador físico, Fisioterapia, Nutrição, Psicólogo e Psiquiatra)	20	18,19%
Desenvolver Inteligência Emocional	2	1,81%
Saber sobre doenças	9	8,18%
Não respondeu	51	46,37%

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Embora 90,9% das participantes reconheçam a relevância dos encontros e seus benefícios, a baixa adesão destaca um paradoxo frequente que é a valorização da iniciativa contraposta por limitações práticas e emocionais que impedem o

envolvimento ativo. Esse cenário demonstra que programas de educação em saúde precisam ser mais flexíveis e acessíveis, ajustando-se às realidades locais e promovendo a integração entre saúde e contexto social (FALKENBERG et al., 2014). Adicionalmente, a percepção das consultas como insuficientes aponta para a necessidade de ampliar o cuidado por meio de equipes multiprofissionais, o que é corroborado pela preferência expressa por uma abordagem integrada com profissionais de diferentes áreas, como nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. A presença desses especialistas, aliada a momentos de convívio social e atividades comunitárias, foi indicada como um fator motivador para a participação nos encontros. Essa demanda por atenção integral está alinhada com os princípios da APS e reforça a relevância de investir em ações intersetoriais e na humanização do cuidado (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Por fim, o fato de uma proporção expressiva das entrevistadas (46,37%) não ter opinado sobre questões relacionadas à estrutura e aos encontros pode indicar insegurança ou desinteresse em participar ativamente do processo de construção das ações. Essa apatia, possivelmente relacionada à falta de representatividade ou ao histórico de experiências negativas, deve ser tratada como um alerta para gestores e equipes de saúde, que precisam buscar meios de incluir as usuárias como protagonistas de seu cuidado (SILVEIRA et al., 2020).

5.9.7 Percepções e Relatos dos Encontros: Vivências e Reflexões

A partir dos encontros realizados neste estudo, reforça-se, conforme a literatura e o Caderno de Atenção Básica, que os grupos devem proporcionar voz e espaço aos participantes, estimulando uma participação ativa. Isso permite que suas demandas sejam ouvidas, ao mesmo tempo em que favorece a colaboração e o acolhimento das demandas alheias, promovendo o sentimento de pertencimento grupal (BRASIL, 2013). Em alguns casos, como no luto ou nas dificuldades enfrentadas por mães de filhos em prisão, não há medicamentos. Nesses contextos, o grupo oferece alívio emocional, sem julgamentos, fortalecendo a mulher para enfrentar suas dores e emoções (BRASIL, 2013).

O 1º ciclo de encontros ocorreu nos dias 24/11, 01/12, 08/12 e 14/12/2023, conforme as Figuras 16 e 17. As reuniões foram realizadas às sextas-feiras à tarde,

coincidentemente com os grupos de educação em saúde, o que favoreceu a participação de mais profissionais e contribuiu para o sucesso das atividades. No total, foram enviados 86 convites, com a adesão de 18 participantes. A seguir, apresentam-se registros dos momentos vivenciados neste 1º ciclo de encontros."

Figura 16 – Registro dos encontros - 1º ciclo



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 17 – Registro de algumas atividades: lanche, dinâmica, lembrancinha e entrevista – 1º ciclo



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

O 2º ciclo de encontros seguiu o mesmo formato e ocorreu nas datas de 23/02/2024, 01/03/2024, 08/03/2024 e 15/03/2024, conforme ilustrado nas Figuras 18 e 19. Durante este ciclo, foram enviados 102 convites, com a adesão de 14 participantes ao longo das reuniões.

Figura 18 – Registro dos encontros – 2º ciclo



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 19 – Registro das atividades: apresentações, dinâmica, lanche – 2º ciclo



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Assim, das 150 participantes iniciais, 147 mulheres estavam aptas a participar dos encontros, considerando que, durante esse período, ocorreram um falecimento e duas mudanças de endereço, o que resultou na exclusão dessas usuárias, que não estavam mais cadastradas na área da pesquisa, além de 05 participantes que não desejaram mais continuar nas atividades da pesquisa. Ao total de 142 mulheres possíveis de serem convidadas para as rodas de conversa, apenas 32 (22,5%) participaram efetivamente. Essas mulheres tiveram a oportunidade de adquirir conhecimentos que não só as beneficiaram diretamente, mas também puderam ser compartilhados em seus lares e nos ambientes nos quais estão inseridas.

Em todos os encontros, foram registradas lista de presença para confirmação e posterior lançamento no sistema E-SUS, utilizando o número do CNS e a data de nascimento das participantes. De modo geral, a adesão aos encontros foi limitada, com uma pequena porcentagem de mulheres presentes. No entanto, atividades coletivas de educação em saúde demonstram maior potencial do que consultas individuais, devido à sua capilaridade, corresponsabilização, ao diálogo gerado, além da interprofissionalidade e da interação entre ciência e cultura popular. A educação em saúde possibilita a reorientação de práticas e a construção de conhecimentos de forma democrática, superando o modelo biomédico, que é centrado unicamente na cura (MARTINS; SOUZA, 2017; CALADO; OLIVEIRA, 2024; VIEIRA et al., 2025; RIBEIRO et al., 2024).

A educação em saúde, por meio das rodas de conversa, facilita a interação e promove diálogos construtivos, iniciando um processo que se fortalece com a criação do vínculo. Para isso, o mediador deve compreender as particularidades da área, suas limitações e necessidades. Esses encontros visam impactar positivamente a comunidade assistida, sendo transformadores e essenciais para intervenções significativas. Deixam de ser apenas educativos, tornando-se espaços de escuta e fala, onde os pacientes podem expressar seus medos e desafios, tornando-se protagonistas empoderados no processo saúde/doença (FITTIPALDI; O'DWYER; HENRIQUES, 2021; CALADO; OLIVEIRA, 2024).

Ribeiro et al. (2024) destacam desafios na educação em saúde, como limitações financeiras e humanas, baixa adesão da comunidade, resistência a mudanças e dificuldades em alcançar populações vulneráveis. Além disso, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), desde 2009, enfatiza a necessidade de ampliar o diálogo com a população, garantindo-lhe voz e

promovendo a capacitação dos profissionais para melhorar a promoção da saúde por meio da educação permanente, conectando diretamente com o contexto saúde-doença (BRASIL, 2009b; GONÇALVES et al., 2020; FITTIPALDI; O'DWYER; HENRIQUES, 2021).

Corroborando, Martins e Souza (2017), esses encontros favorecem a interação entre serviços e usuários, esclarecendo dúvidas sobre o uso seguro de medicamentos, suas interações e contraindicações. Além disso, possibilitam a disseminação de conhecimentos, alcançando mais pessoas e promovendo terapias complementares. Planejadas para promover saúde, prevenção e reabilitação, essas atividades também despertam cidadania e responsabilidade social. A troca horizontal entre os participantes fortalece a participação social, promovendo segurança e disseminando o tema, como evidenciado neste estudo. Dessa forma, as ações deixam de ser impositivas, abordando temas relevantes para o contexto vivido (MARTINS; SOUZA, 2017).

5.9.8 Relato das dinâmicas de aproximação

No início de cada encontro, foram realizadas dinâmicas de integração para introduzir os temas das palestras. No primeiro encontro, as participantes responderam à pergunta: 'O que a palavra medicamento significa para você?', compartilhando percepções como 'alívio', 'proteção', 'vida', 'prevenção' e 'cura', além de associações negativas como 'tóxico' e 'perigoso'. Contudo, prevaleceu a visão dos benefícios dos medicamentos para a saúde. A palestrante destacou a importância do uso racional, alertando sobre os riscos do uso inadequado, especialmente em combinações realizadas sem orientação profissional.

No segundo encontro, a dinâmica 'Construindo nossa árvore' propôs uma reflexão sobre o conceito de 'construção'. Com tinta guache nas cores amarela, azul e vermelha, as participantes marcaram seus polegares em um cartaz, criando coletivamente uma árvore. O resultado simbolizou o processo de construção da vida, com fases intensas e sutis, além de momentos significativos. A árvore, formada por marcas coloridas e únicas, representou escolhas e emoções, fortalecendo o engajamento, a participação e o protagonismo das participantes no processo de aprendizado.

No terceiro encontro, a dinâmica 'O que é mais importante para você?' levou as participantes a escreverem suas respostas em corações de papel, destacando termos como 'filhas', 'família', 'Edson' e 'eu'. As escolhas refletiram sentimentos de amor-próprio e amor ao próximo, estimulando reflexões sobre amar, aceitar-se e buscar o autoconhecimento. Esses temas foram aprofundados no encontro subsequente, reforçando a importância do autocuidado e das relações interpessoais.

No quarto encontro, as participantes responderam à pergunta 'O que você faz para se sentir bem?' em tarjetas, com palavras como 'cozinhar para a família', 'yoga', 'atividade física', 'meus medicamentos' e nomes de pessoas importantes. A atividade incentivou reflexões sobre cuidado e autocuidado, destacando a importância de priorizar o bem-estar e de reconhecer a participação no encontro como um gesto de autocuidado. Foram reforçadas práticas como a atividade física e o uso consciente de medicamentos. O encontro, marcado por forte emoção, enfatizou que cuidar de si é essencial para cuidar dos outros. As participantes expressaram gratidão pelo 'despertar' proporcionado pela reflexão.

5.9.9 Estruturação do Espaço Verde “Viva com Saúde” da USFBI

Na área verde da unidade, a USFBI iniciou um processo de plantio com o objetivo de incentivar o uso de plantas medicinais (PM) e criar um ambiente acolhedor para as participantes (Figura 20). Algumas espécies foram fornecidas pelo horto municipal com a colaboração de um profissional aposentado, enquanto outras foram provenientes de casas de usuários. O cultivo foi compartilhado entre usuários e profissionais. Com o tempo, as plantas passaram a ser utilizadas em chás durante as reuniões de grupo. O Espaço Verde 'Viva com Saúde', semelhante ao espaço criado em São Miguel da Boa Vista/Florianópolis, visa principalmente estimular o conhecimento e o uso da diversidade local de plantas, sem a finalidade de fornecer PM (MOREIRA et al., 2016).

A implantação de uma horta medicinal em um município baiano, conforme registrado na literatura, segue princípios semelhantes aos da presente pesquisa, ou seja, a necessidade de integrar os serviços de saúde com o conhecimento popular sobre PM, respeitando as crenças e saberes individuais. Esse modelo visa criar um vínculo entre o saber científico e o popular, dentro do SUS, promovendo o uso seguro e racional de PM e a troca de conhecimentos. Assim, o ambiente propicia

uma maior inserção das PICS, fortalece as práticas de saúde e estreita o vínculo entre a equipe e a comunidade, especialmente no manejo da horta (COCK; VICENTE; SILVA, 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

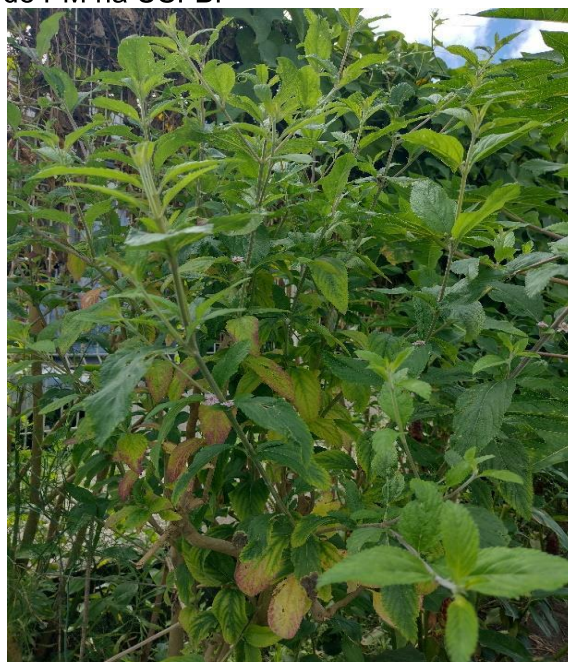
O estudo realizado em uma Unidade de Saúde de Vitória-ES tem como objetivo a inserção de hortas medicinais, impulsionando a institucionalização de políticas de saúde no SUS, e criando redes de possibilidades (COCK; VICENTE; SILVA, 2020). Além disso, Vieira et al. (2025) destacam que o uso de PM e fitoterápicos na USF é viável e significativo, fortalecendo o conhecimento popular e oferecendo alternativas terapêuticas eficazes, com participação comunitária e redução de custos. Desde o início do Espaço Verde, a equipe observou maior abertura dos usuários, que passaram a fazer uso de PM, aproximando-se do conhecimento e das práticas terapêuticas.

Figura 20 – Cultivo de PM na USFBI



Rosmarinus officinalis L.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).



Lippia alba (Mill.)

A Tabela 22 apresenta as espécies etnobotânicas identificadas e catalogadas pelo Herbário da UFJF. Ao todo, foram registradas 17 espécies, distribuídas em 12 famílias, destacando-se a família Lamiaceae.

Tabela 22 - Espécies botânicas identificadas no Espaço Verde da USFBI

Família	Nome Científico	Origem	Nome popular	Nº de tombo	Hábito
Apiaceae	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Europa	Funcho	79524	Herbácea
Asparagaceae	<i>Sansevieria cylindrica</i> Bojer ex Hook	África	Lança de São Jorge	82402	Herbácea
Asteraceae	<i>Achillea millefolium</i> L.	Europa	Mil-folhas	80875	Herbácea
Asteraceae	<i>Smallanthus sonchifolius</i> (Poepp.) H.Rob.	América do Sul	Batata de Yacon	82404	Herbácea
Asteraceae	<i>Arnica montana</i> L.	América do Sul	Arnica	82406	Herbácea
Bixaceae	<i>Bixa orellana</i> L.	América Central	Urucum	80872	Herbácea
Costaceae	<i>Costus satus</i> (Jacq.) Sw.	Brasil	Cana de Macaco	79525	Herbácea
Euphorbiaceae	<i>Jatropha podadrica</i> L.	América Central	Merthiolate	80874	Herbácea
Lamiaceae	<i>Melissa Officinalis</i> L.	Ásia	Melissa	78820	Herbácea
Lamiaceae	<i>Mentha suaveolens</i> Ehrh.	Europa	Hortelã	80876	Herbácea
Lamiaceae	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Europa	Alecrim	82405	Herbácea
Lamiaceae	<i>Ocimum selloi</i> Benth.	Ásia tropical	Manjerição	78818	Herbácea
Malvaceae	<i>Gossypium barbadense</i> L.	Índia	Algodão	78817	Herbácea
Moraceae	<i>Morus nigra</i> L.	China	Amora	80873	Herbácea
Passifloraceae	<i>Passiflora edulis</i> Sims.	América Central	Maracujá	82861	Herbácea
Verbenaceae	<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E.Br. Ex Britton & P.Wilson	Brasil	Erva cidreira/ Melissa	78819	Herbácea
Zingiberaceae	<i>Cúrcuma longa</i> L.	Índia	Açafrão-da-terra/ cúrcuma	80878	Herbácea

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 21- Espécies floridas a serem coletadas e preparo das exsicatas



Mentha suaveolens Ehrh.

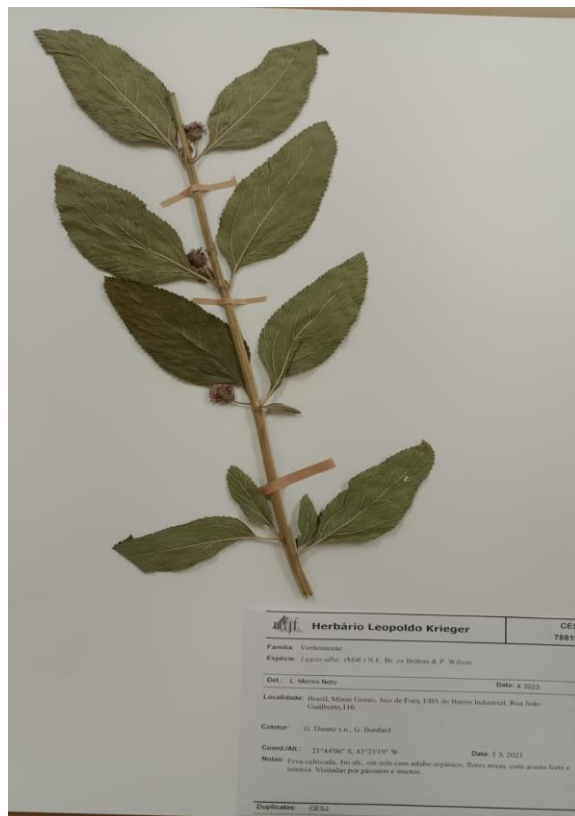


Achillea millefolium L.



Curcuma longa L.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).



Exsicata de *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown.

A prática de hortas medicinais em USF já foi implantada em Juiz de Fora, conforme relatado por Assis (2024), que descreveu a inauguração de uma horta de plantas medicinais em setembro de 2023, com o apoio dos profissionais da unidade e do conselho local de saúde. Com grande satisfação, o Espaço Verde 'Viva com Saúde' da USFBI foi inaugurado em 28 de maio de 2024, com a presença de 60 pessoas, incluindo colaboradores e usuários. O objetivo principal foi responsabilizar os usuários pelo cuidado e manutenção da horta. Na ocasião, foram realizadas ações de saúde, como auriculoterapia, aferição de pressão arterial, glicemia, distribuição de mudas de PM e orientações sobre o uso racional de medicamentos (Figura 21). O Espaço Verde continua sendo mantido com a contribuição ativa da comunidade.

Figura 22 – Inauguração do Espaço Verde “Viva com Saúde” da USFBI



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

6 CONCLUSÃO

O perfil das participantes foi majoritariamente de mulheres idosas, casadas, aposentadas, com baixa escolaridade e forte inserção comunitária. Observou-se uso frequente de plantas medicinais e fitoterápicos, geralmente sem comunicação aos profissionais de saúde, por considerarem a informação irrelevante. Essa prática autônoma e sem acompanhamento técnico evidencia a necessidade de ampliar o diálogo sobre terapias complementares na APS, promovendo o uso seguro e integrado desses recursos no cuidado em saúde.

Os dados revelaram que o conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos manteve-se estável entre as participantes; contudo, a intervenção educativa contribuiu significativamente para melhorar o reconhecimento de espécies com ação no SNC, especialmente *Lippia alba*. A maioria compartilha saberes com familiares, conhece pessoas com conhecimentos tradicionais e cultiva plantas em casa, o que reforça seu papel como agentes disseminadoras. Além disso, o uso de materiais ilustrativos e a valorização do saber popular fortaleceram o acesso à informação segura no contexto da atenção primária.

Embora o conhecimento sobre o termo PICS tenha aumentado com a intervenção farmacêutica, o uso dessas práticas permaneceu estável, evidenciando que o acesso ainda é limitado. Isso reforça a necessidade de ampliar sua oferta e integração na APS.

Os resultados indicam alta e estável prevalência de ansiedade e depressão, com diagnósticos antigos e associados principalmente ao luto e conflitos familiares, reforçando a necessidade de cuidado contínuo em saúde mental, com abordagens integradas e sensíveis ao contexto vivido.

A maioria das participantes relatou satisfação com o tratamento medicamentoso, apesar de muitas já terem tentado interrompê-lo por acreditarem ser prejudicial. A baixa ocorrência de efeitos adversos e a estabilidade nas percepções reforçaram a adesão. Observou-se estabilidade no perfil de uso entre as etapas, com prevalência de medicamentos para doenças crônicas (losartana, metformina e sinvastatina) e psicotrópicos (amitriptilina, clonazepam, diazepam e fluoxetina), o que evidencia a necessidade de acompanhamento contínuo e de abordagens terapêuticas integradas na APS.

As ações de educação em saúde no contexto da APS, especialmente a intervenção farmacêutica, possuem um grande potencial para promover melhorias em diversas áreas da saúde, com destaque para o uso de medicamentos e PM no cuidado às pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, observou-se um amplo interesse por parte das usuárias em incorporar o aprendizado como um elemento transformador, capaz de influenciar positivamente tanto sua vida pessoal quanto o meio social em que estão inseridas.

Os dados mostraram uma crescente sensibilização das usuárias em relação ao uso de PM, o que não apenas estimulou a busca ativa por informações e orientações sobre essas práticas, mas também ofereceu aos profissionais de saúde uma oportunidade valiosa para educar e orientar de maneira mais eficaz. Além disso, essa sensibilização pode contribuir para a disseminação do conhecimento dentro dos serviços disponibilizados, fortalecendo a integração dessas práticas no cuidado integral e promovendo a autonomia e o empoderamento das usuárias.

A implantação da área verde na USFBI demonstrou-se uma estratégia eficaz para promover o uso seguro e consciente de PM, fortalecendo vínculos entre usuários e profissionais e valorizando os saberes populares. A horta medicinal, construída de forma coletiva, reforça a articulação entre o conhecimento científico e tradicional, promovendo cuidado integral, autonomia terapêutica e pertencimento comunitário.

Por fim, destaca-se como um dos principais desafios a necessidade de desenvolver estratégias eficazes para aproximar as usuárias ao sistema de saúde, promovendo um vínculo mais sólido e acessível. Contudo, é fundamental assegurar a continuidade das ações de educação em saúde, mantendo-as dinâmicas, inclusivas e voltadas às necessidades locais. Para isso, a presença de uma equipe multiprofissional engajada e atuante torna-se essencial, fortalecendo o cuidado integral, ampliando o acesso à informação e promovendo mudanças significativas na qualidade de vida das usuárias e na eficiência do sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWITZ, J. S.; TAYLOR, S.; MCKAY, D. Obsessive-compulsive disorder. **The Lancet**, v. 374, n. 9688, p. 491-499, 2009.
- ALVES, C. R. R.; SILVA, M. T. A. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 12-22, 2001.
- ALVES, G. S. P.; POVH, J. A. Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade de Santa Rita, Ituiutaba /MG. **Revista Biotemas**, v. 26, n. 3, p. 231-242, 2013.
- ALVESA, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.
- AMARAL, A. J.; DUTRA, G. F.; RODRÍGUEZ, L. S. Educação e empoderamento feminino: uma crítica ao terceiro “Objetivo de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) sobre igualdade de gênero. **Prisma Jurídico**, v. 17, n. 2, p. 254-571, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5ª ed., Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.
- AMSTERDAM, J. D.; Li, Y.; SOELLER, I.; ROCKWELL, K., MAO, J. J.; SHULTS, J. A. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial of oral *Matricaria recutita* (chamomile) extract therapy for generalized anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 29, n. 4, p. 378- 382, 2009.
- ANDRADE, T. J. A. S.; MEDEIROS, L. C. M. **Plantas medicinais e a saúde da mulher**. Teresina: EDUFPI, 2021. 103 p.
- ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Repercussões da aposentadoria na dinâmica relacional das redes sociais significativas de aposentados. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 21, n. 1, p. 95-106, 2020.
- ARARIPE NETO, A. G. A.; BRESSAN, R. A.; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 2, p. 198–203, 2007.
- ARRARÁS, J. I.; MANRIQUE, E. La percepción de la depresión y de su tratamiento. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 42, n. 1, p. 5-8, 2019.
- ARAÚJO, C. R. F.; SILVA, A. B.; TAVARES, E. C.; COSTA, E. P.; MARIZ, S. R. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, p. 233-238, 2014.
- ASSIS, L.P. **O processo de implantação de uma horta de plantas medicinais em uma Unidade Básica de Saúde no município de Juiz de Fora: um relato de caso.**

2024. Monografia (Graduação em Farmácia). Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024.

AVILEZ, W. T.; MEDEIROS, P. M.; ALBUQUERQUE, U. P. Effect of gender on the knowledge of medicinal plants: Systematic review and meta-analysis. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2016, p. 1-14, 2016.

AVILEZ, W. M. T. **O papel do gênero no conhecimento das plantas medicinais e na resiliência de sistemas médicos locais**. 2017. Tese (Doutorado em Etnobiologia e Conservação da Natureza – PPGEtno) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife - Pernambuco, 2017.

AZEVEDO, L. M.; LIMA, H. H. G.; OLIVEIRA, K. S. A.; MEDEIROS, K. F.; GONÇALVES, R. G.; NUNES, V. M.; PIUVESAM, G. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 3, p. 16-23, 2017.

BADGUJAR, S. B.; PATEL, V. V.; BANDIVDEKAR, A. H. *Foeniculum vulgare* Mill: a review of its botany, phytochemistry, pharmacology, contemporary application, and toxicology. **BioMed Research International**, v. 2014, p. 1-33, 2014.

BALEN, E.; GIORDANI, F.; CANO, M. F. F.; ZONZINI, F. H. T.; KLEIN, K. A.; VIEIRA, M. H.; MANTOVANI, P. C. Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 172-177, 2017.

BALESTERO, G. S.; GOMES, R. N. Violência de gênero: uma análise crítica da dominação masculina. **Revista CEJ**, Ano XIX, n. 66, p. 44-49, 2015.

BARROS, L. C. N.; OLIVEIRA, E. S. F.; HALLAIS, J. A. S.; TEIXEIRA, R. A. G.; BARROS, N. F. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020.

BARROS, D.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trabalho Educação & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2020.

BASTOS, J. E. S.; SOUSA, J. M. J.; SILVA, P. M. N.; AQUINO, R. L. O uso do questionário como ferramenta metodológica: potencialidades e desafios. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 623-636, 2023.

BEZERRA, I. C.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, J. L.; JORGE, M. S. B.; PINHEIRO, C. P. O.; MENDONÇA, F. A. C. Eu realizo mais atividades burocráticas: análise da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p.1-10, 2020.

BIGAL, A. L., NAPPO, S. A. Prescription of benzodiazepines in Health Centers in a community with high social vulnerability. **Saúde em Debate**. v.48, n. 141, p. 1-14, 2024.

BIOSINTÉTICA FARMACÊUTICA LTDA. **Bulário Eletrônico: Atenolol**. Disponível em: https://www.farmaciaipam.com.br/uploads/ProdutoDownload/produto_408.pdf. Acesso em: 01 dez 2023.

BIOSINTÉTICA FARMACÊUTICA LTDA. **Bulário Eletrônico: Citalopram**. Disponível em: <https://www.ache.com.br/wp-content/uploads/application/pdf/bula-paciente-citalopram.pdf>. Acesso em: 26 ago 2024.

BOSAPO, N.B.; BORGES, V.F.; JURUENA. M.F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, v. 50, supl.1, p. 72-84, 2017.

BOSETTO, A.; SILVA, C. M.; PEDER, L. D. Interações medicamentosas entre psicofármacos e a relação com perfil de prescritores e usuários. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p.187–206, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, p. 1-7, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Lex: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 84, 04 de maio de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Lex: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 119, 23 de junho de 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2ª edição, 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) – Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Lex: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 75, 22 de abril de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ansiedade: Dicas em Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html. Acesso em 21 fev. 2023. 2011a.

_____. RDC nº 60 de 10 de novembro de 2011. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. 1. ed. **Diário Oficial da União**, Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Práticas Integrativas e Complementares. Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de março de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 19p., 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Mental. Brasília, DF, 2013.

_____. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Monografia da espécie *Foeniculum vulgare* Mill. (Funcho)**. Brasília, 156 p., 2015b.

_____. Ministério da Saúde. RDC Nº. 84, DE 17 DE JUNHO DE 2016. Aprova o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira. 1. ed. **Diário Oficial da União**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2017b.

_____. Ministério da Saúde. 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**. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1988, de 20 de dezembro de 2018. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**. 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 33p., 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro**. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília - DF, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, **Diário Oficial da União**, Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. RDC nº 463, de 27 de janeiro de 2021. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. 2. ed. **Diário Oficial da União**, Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Orientações sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais. Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 29p., 2022a.

_____. Ministério da Saúde. Catálogo da Exposição Comemorativa dos 15 anos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF. 38p., 2022b.

_____. Ministério da Saúde. RDC nº 832, de 11 de dezembro de 2023. Atualização da 6ª edição da Farmacopeia Brasileira. **Diário Oficial da União**, Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps#:~:text=A%20RAPS%20%C3%A9%20formada%20pelos,\(UA\)%2C%20SAMU%2C%20Hospitais](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps#:~:text=A%20RAPS%20%C3%A9%20formada%20pelos,(UA)%2C%20SAMU%2C%20Hospitais). Acesso em: 04 Mai 2024. 2024a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação em Saúde**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em 03 de Jul 2024b. 2024b.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em 22 Mai 2024. 2024c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, seção 1, 114 ed., p.139, 17 de Jun de 2024, 2024d.

BRASILEIRO, B. G.; PIZZIOLO, V. R.; MATOS, D. S.; GERMANO, A. M.; JAMAL, C. M. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

BRU, G. S. Uso de psicotrópicos: usuários, prescrições e prescritores. Estudo na cidade de Mar del Plata, Argentina (2021-2022). **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, p. 1-12, 2024.

BÚ, E. A.; MEIRA, A.; SOUZA, J. F.; MARIZ, S.; ARAÚJO, C. R. F. Problematizações acerca do uso de fitoterápicos e plantas medicinais como possibilidade no tratamento da ansiedade. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 11, n. 1, p. 35-46, 2022.

CALADO, A. V. M.; OLIVEIRA, M. L. M. Calçada Amiga: dialoguing with the community about hypertension and diabetes mellitus in the territory. **Revista Ciência Plural**, v.10, n.1, p.1-18, 2024.

CARNEIRO, J. L. S.; AYRES, J. R. C. M. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-9, 2021.

CARVALHO, A. F.; SHARMA, M. S.; BRUNONI, A. R.; · VIETA, E.; FAVA, G. A. The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation antidepressant drugs: A critical review of the literature. **Psychotherapy and Psicosomatics**, v. 85, n.5, p. 270-288, 2016.

CARVALHO, L. G.; LEITE, S. C.; COSTA, D. A. F. Principais fitoterápicos e demais medicamentos utilizados no tratamento de ansiedade e depressão. **Revista de Casos e Consultoria**, v.12, n.1, p. 1-17, 2021.

CARVALHO, F. C.; BERNAL, R. T. I.; PERILLO, R. D.; MALTA, D. C. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. 1-14, 2022.

CARVALHO, A. M. S.; SILVA, H. R.; MARINHO, J. L. C.; FREIRE, G. M.; MARTINS, R. R.; BRITO, T. S. Integrative and Complementary Health Practices in Primary Health Care in Mossoró –RN. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 3, p.1-21, 2023.

CASTRO, T. L. A.; MASCARENHAS, M. S.; PINTO, G. A. C.; CARDOSO, C. A. L. *Ocimum carnosum* (Spreng.) Link & Otto (Sin. *Ocimum selloi* Benth): A species with food and medicinal potential. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, v. 12, n. 2, p. 202-220, 2023.

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

CEOLIN, S.; CEOLIN, T.; CASARIN, S. T.; SEVERO, V. O.; RIBEIRO, M. V.; LOPES, A. C. P. Plantas medicinais e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v.20, n.1, p.81-88, 2017.

COCK, N. R. O. S.; VICENTE, C. R.; SILVA, F. H. Horta terapêutica e saúde bucal: desafios na utilização de plantas medicinais na promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 1-19, 2020.

COLEMAN, L. A.; BRETT, J.; DANIELS, B. J.; PEARSON, S. A.; FALSTER, M. O. Medicine reviews: do they reduce benzodiazepine use in older Australians? **Public Health – Research & Practice**, v. 31, n. 3, p. 1-9, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. **RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 11p., 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA – CRF. **Fitoterapia é assunto de farmacêutico**. Grupo técnico de trabalho de Fitoterapia do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais. Cuidados com as plantas medicinais e fitoterápicos. v. 01, 8p., 2022a.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA - CRF. **Fitoterapia é assunto de farmacêutico**. Grupo técnico de trabalho de Fitoterapia do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais. Prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos. v. 03, 6p., 2022b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Nota de esclarecimento: Acupuntura não é prática exclusiva da classe médica**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/472-nota-de-esclarecimento-acupuntura-nao-e-pratica-exclusiva-da-classe-medica>. Acesso em: 24 Jun 2024.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

CORREA, R. M. S.; MOYSÉS, D. A.; BARROS, L. S. C.; PANTOJA, A. L. G.; MOYSÉS, D. A.; VALE, V. S.; QUEMEL, G. K. C.; VALE, V. V.; GALUCIO, N. C. R. Saúde mental e atenção farmacêutica: uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos transtornos de ansiedade. **Research, Society and Development**, v.11, n.6, p.1-11, 2022.

COSTA, C. M. F. N.; SILVEIRA, M. R.; ACURCIO, F. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; ARAÚJO, V. E.; ALVARES, J. Utilização de

medicamentos pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl 2:18s, p. 1-11, 2017.

D'ÁVILA, L. I.; ROCHA, F. C.; RIOS, B. R. M.; PEREIRA, S.G.S.; PIRIS, Á.P. Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português - Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 155-168, 2020.

DESTRO, D. R.; MENDONÇA, S. A. M.; BRITO, M. J. M.; CHEMELLO, C. A. formação para o cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde na perspectiva dos farmacêuticos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, p. 1-13, 2023.

DIBO, V. S. **Plantas Medicinais e Fitoterapia: Uma Visão de Profissionais Prescritores da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora – MG**, Brasil. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Farmácia – MG, 2023.

DIBO, V. S.; BORCARD, G. G.; VIEIRA, G.D.V.; SOUSA, O. V. Uso da fitoterapia por profissionais prescritores da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 11, p. 1-22, 2025.

DINIZA, J. P.; NEVES, S. A. O.; VIEIRA, M. L. Ação dos neurotransmissores na depressão. **Ensaio**, v. 24, n. 4, p. 437-443, 2020.

DOBLINSKI, P. M. F. **A dispensação de medicamentos em unidades básicas de saúde do município de Toledo** – PR. 2011. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Toledo – PR, 2011.

DRUGS.COM. **Alprazolam**. Disponível em: <https://www.drugs.com/search.php?searchterm=alprazolam>. Acesso em 04 dez 2023a.

DRUGS.COM. **Carbamazepine**. Disponível em: <https://www.drugs.com/carbamazepine.html#interactions>. Acesso em: 22 out 2023b.

DRUGS.COM. **Spironolactone**. Disponível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/spironolactone.html>. Acesso em: 29 nov 2023c.

DRUGS.COM. **Escitalopram**. Disponível em: <https://www.drugs.com/escitalopram.html>. Acesso em: 22 out 2023d.

DRUGS.COM. **Hydrochlorothiazide**. Disponível em: <https://www.drugs.com/drug-interactions/hydrochlorothiazide.html>. Acesso em: 29 nov 2023e.

DRUGS.COM. **Losartan**. Disponível em: <https://www.drugs.com/search.php?searchterm=losartan>. Acesso em: 29 nov 2023f.

DRUGS.COM. **Omeprazole**. Disponível em: <https://www.drugs.com/search.php?searchterm=Omeprazole>. Acesso em: 29 nov 2023g.

DRUGS.COM. **Sertraline**. Disponível em: <https://www.drugs.com/sertraline.html>. Acesso em: 29 nov 2023h.

DUARTE, S. C. M.; STIPP, M. A. C.; SILVA, M. M.; OLIVEIRA, F. T. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p.144-154, 2015.

EMS. **Bulário Eletrônico: Ácido Acetil Salicílico**. Disponível em: https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_acido_acetilsalicilico_10425_1501.pdf. Acesso em: 04 dez 2023.

EUROFARMA. **Bulário Eletrônico: Cloridrato de Amitriptilina**. Disponível em: <https://cdn.eurofarma.com.br/wpcontent/uploads/2018/01/cloridrato-amitriptilina-bula-profissional-saude-eurofarma.pdf>. Acesso em: 04 dez 2023a.

EUROFARMA. **Bulário Eletrônico: Clonazepam**. Disponível em: <https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/clonazepam-bula-profissional-eurofarma.pdf>. Acesso em: 04 dez 2023b.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARMÁCIA POPULAR. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Governo Federal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular>. Acesso em: 09 ago 2025.

FARMACOPEIA BRASILEIRA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa 2016. 1ª Edição. **Memento Fitoterápico**. Brasília, 115p., 2016.

FASSARELLA, M. R.; DE OLIVEIRA, M. E. P.; DE ALMEIDA, M. Z. T. Um olhar sobre o transtorno bipolar e possíveis dificuldades de adaptação social. Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade. **Brasil Multicultural Editora**, v. 1, p. 43-52, 2019.

FAUSTINO, T. T.; ALMEIDA, R. B.; ANDREATINI, R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 1-8, 2010.

FERREIRA, L. R., ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p.1437-1450, 2018.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.25, p.1-16, 2021.

FRIESTINO, J. K. O.; LUZARDO, A. R.; GRALAK, E. Z.; GASS, L. S.; GUIMARAES, P. G. Z.; BARBATO, P. R. El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de

atención primaria de la salud de la ciudad de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Salud Colectiva**, v.16, p. 1-11, 2020.

FROTA, I. J.; FÉ, A. A. C. M.; PAULA, F. T. M.; MOURA, V. E. G. S.; CAMPOS, E. M. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2022.

GALDERISI, S.; HEINZ, A.; KASTRUP, M.; BEEZHOLD, J.; SARTORIUS, N. Toward a new definition of mental health. **World Psychiatry**, v. 14, n.2, p. 231-233, 2015.

GALDERISI, S.; HEINZ, A.; KASTRUP, M.; BEEZHOLD, J.; SARTORIUS, N. A proposed new definition of mental health. **Psychiatria Polska**, v. 51, n. 3, p. 407-411, 2017.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GANTNER, G.; SPIESS, D.; RANDECKER, E.; LÖTSCHER, K. C. Q.; SIMÕES-WÜST, A. P. Use of herbal medicines for the treatment of mild mental disorders and/or symptoms during pregnancy: A cross-sectional survey. **Frontiers in Pharmacology**, v. 12, p. 1-11, 2021.

GERMED. **Bulário Eletrônico: Diazepam**. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/diazepamgermed.pdf>. Acesso em: 04 dez 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006. 176p.

GODOI, D. R. S.; NASCIMENTO, K. B. R.; NUNES, K. J. F.; SILVA, T. T. A.; SILVA, T. K. A. Polifarmácia e ocorrência de interações medicamentosas em idosos. **Brazil Journal**, v. 7, n. 3, p. 30946-30959, 2021.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 385, p. 66-70, 1994.

GOMES, A. F.; CAMPOS, G. P.; PEDROSA, D. E.; ANDRADE, A. K.; GOMES, M. C.; LOBÃO, L. M. Esquizofrenia: A evolução do diagnóstico e os tratamentos utilizados no Brasil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 28, n. 2, p.15-19, 2019.

GOMES, V. A.; JORDÃO, A. J. J. M. L.; BRITO, P. E. T.; SANTOS, J. F.; MEDEIROS, B. F.; FARIAS, S. S. C.; MARIZ, S. R.; ANGELINO, Ê. M.; ALMEIDA, L. S. O lugar da fitoterapia na formação de profissionais de saúde. **Revista Fitos**, v.19, n.1, p.1-15, 2025.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GONÇALVES, A. M. C.; TEIXEIRA, M. T. B.; GAMA, J. R. A.; LOPES, C. S.; SILVA, G. A.; GAMARRA, C. J.; DUQUE, K. C. D.; MACHADO, M. L. S. M. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

GONÇALVES, R. S.; CARVALHO, M. B.; FERNANDES, C. T.; VELOSO, S. L. S.; SANTOS, L. F.; SOUSA, T. R.; LOPES, A. B. A.; LUZ, I. T. M. Health education as a strategy for the prevention and promotion of health in a basic health unit. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020.

GONÇALVES, R. N.; GONÇALVES, J. R. S. N.; BUFFON, M. C. M.; NEGRELLE, R. R. B.; RATTMANN, Y. D. Plantas Medicinais na Atenção Primária à Saúde: riscos, toxicidade e potencial para interação medicamentosa. **Revista de APS**, v.25, n.1, p.120-153, 2022.

GORCHINSKI, P. M.; GONÇALVES, A. L. A.; RODRIGUES, A. O.; FLORIANO, L. S. M. Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 666-676, 2022.

GOULART, B. N. G., CHIAR, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.255-268, 2010.

GOV.BR. **Monografia da espécie *Hypericum perforatum***. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/medicamentos/fitoterapicos-dinamizados-e-especificos/monografias-traduzidas/hypericum_perforatum_erva-mfp.pdf. Acesso em: 26 ago 2024.

HOEXTER, M. Q.; DINIZ, J. B.; LOPES, A. C.; BATISTUZZO, M. C.; SHAVITT, R. G.; MATHIS, M. E. Neuromodulation techniques in obsessive-compulsive disorder: a systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.42, n. 3, p.323-333, 2020.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 480-90, 2015.

JESUS, F.; COSTA, A. P.; MARISCO, G. Saúde da mulher e o uso de plantas: um olhar para a saúde única. **Revista Textura**, v. 15, n. 2, p. 56-64, 2021.

JOOS, S.; GLASSEN, K.; MUSSELMANN, B. Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2012, p.1-10, 2012.

JUNIOR, I. P. M.; BEZERRA, K. G. D.; OLIVEIRA, F. S. Avaliação da prescrição de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Nova Floresta/PB. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.22, n.1, p. 76-82, 2023.

LIMA, R. A.; PIRES, S. S.; VIEIRA, N. G. A. A educação ambiental e o uso de plantas medicinais utilizadas pela população do distrito de União Bandeirante-Rondônia. **REGET**, v. 18, n. 4, p. 1351-60, 2014.

LIMA, T. A. M., RIBEIRO, J. F., PEREIRA, L. L. V., GODOY, M. F. Interações entre nutrientes e fármacos prescritos para idosos com síndrome coronariana aguda. **Arquivos de Ciência da Saúde**. v.24, n.4, p. 52-57, 2017.

LOPES, A. B.; SOUZA, L. L.; CAMACHOL, L. F.; NOGUEIRA, S. F.; VASCONCELOS, A. C. M. C.; PAULA, L. T.; SANTOS, M. O.; ATAVILA, F. P.; CERBARRO, G. F.; FERNANDES, R. W. B. Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 35, p. 1-35, 2021.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: Nativas e exóticas**. 3 ed., Nova Odessa, São Paulo: Instituto Plantarum de Estudos da Flora Ltda, 2021, 544p.

MACHRAOUI, M.; KTHIRI, Z.; BEN JABEUR, M.; HAMADA, W. Ethnobotanical and phytopharmacological notes on *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf. **Journal of New Sciences, Agriculture and Biotechnology**, v. 55, n. 5, p. 3642-3652, 2018.

MAGALHÃES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 646-653, 2013.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a organização de rodas de conversa e mesas redondas. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 19, n. 40, p. 1-18, 2024.

MARCONDES, M. M., ARAÚJO, M. A. D., LIMA, A. R. C., NASCIMENTO, C. C. C. Desigualdades e ações públicas para seu enfrentamento: uma proposta de abordagem conceitual para o campo de públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 14, n. 3, p.1-18, 2022.

MARTINS, R. A. S.; SOUZA, C. A. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.2, p. 280-288, 2017.

MATTOS, G.; CAMARGO, A.; SOUSA, C. A.; ZENI, A. L. B. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3735-3744, 2018.

MAZON, M. S.; AMORIM, B. M; BRZOZOWSKI, F. S. Psicotrópico se declina no feminino: saúde mental e mundo digital em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, n. 1, p. 1-13, 2023.

MELO, F. B. A. **Uso de plantas medicinais e sua relação com a adesão ao tratamento medicamentoso entre pacientes portadores de diabetes no âmbito da atenção primária à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

MENDONÇA NETO, I. J.; COSTA, S. S. L.; BARBOZA, V. N.; VALE, C. M. G. C.; NUNES, F. V. A.; AIRES, C. A. M.; MORAES, M.; BRITO, T. S. Plantas medicinais e fitoterápicos no cuidado da saúde mental em tempos de pandemia: uma revisão da literatura. **Revista de Medicina**, v.101, n.3, p.1-13, 2022.

MENEZES, F. G; MARIZ, L. C. V. Interações medicamentosas e efeitos adversos que ocorrem em prescrições do SUS com o medicamento fluoxetina no distrito de São Paulo, Zona Norte. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v.IX, n. 1, p. 1-17, 2012.

MEZZINA, R.; GOPIKUMAR, V.; JENKIN, J.; SARACENO, B.; SASHIDHARAN, S. P. Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the “Syndemic”: Call for Action. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, p. 1-14, 2022.

MIHYAOUI, A. E.; SILVA, J. C. G. E.; CHARFI, S.; CASTILLO, M. E. C.; LAMARTI, A.; ARNAO, M. B. Chamomile (*Matricaria chamomilla* L.): A Review of ethnomedicinal use, phytochemistry and pharmacological uses. **Life**, v. 12, n. 4, p. 1-41, 2022.

MINAS GERAIS. Resolução SES-MG nº 1885, de 27 de maio de 2009. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Secretaria de Estado de Saúde**, Belo Horizonte, MG, 2009.

MINAS GERAIS. Resolução SES-MG nº 8572, de 24 de janeiro de 2023. Aprova o Plano Estadual de Segurança do Paciente no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/SES-MG. **Secretaria de Estado de Saúde**, Belo Horizonte, MG, 2023.

MOCARZEL, R.; KORNIN, A.; TESSER, C.; FERREIRA, A. S. Quem pode atuar com acupuntura no Brasil? Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. **Associação Paulista de Saúde Pública**, v.33, n. 2, p. 1-14, 2024.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 1-21, 2021.

MOREIRA, M. M.; SCARTON, A. P. P.; GOUVEIA, G. D. A.; SOUZA, I. I.; TEIXEIRA, D. C.; MULLER, M. A. Horto & Saúde. Relato de experiência. **Revista Catarinense da Saúde de Família**, n.1, p. 78-84, 2016.

MOREIRA, T. A.; TEODORO, J. A.; BARBOSA, M. M.; JUNIOR, A. A. G., ACURCIO, F. A. Use of medicines by adults in primary care: Survey on health services in Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-15, 2020.

MOTA, G. S.; SILVA, M. J.; LOPES, A. P. Esquizofrenia e Terapia cognitivo-comportamental: Um estudo de revisão narrativa. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 4, n.2, p. 371-384, 2017.

MOURA, S. G. F.; MONTENEGRO, F. M. B.; RAMOS, A. L. B. P.; COSTA NETO, J. F. TORRES, A. D. M.; COSTA, D. A. V.; MOREIRA, M. A. S.; ARAÚJO, L. F. Caracterização das barreiras de acesso aos programas e serviços de saúde: Uma análise das iniquidades do contexto brasileiro. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v.13, n. 2, p. 1-17, 2024.

MUNIZ, T. R.; FERKO, G. P. S. Interações Fármaco-Alimento/Nutriente. **Universidade Federal de Roraima**. Boa Vista - RR. p. 43, 2022.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A.; LEITE, S. N.; COSTA, K. S.; SOEIRO, O. M.; GUIBU, I. A.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ACURCIO, F. A. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51(Supl 2:19s), p.1s-12s, 2017.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2006.

NEGRELLE, R. R. B.; GOMES, E. C. *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf: Chemical composition and biological activities. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 9, n. 1, p. 80-92, 2007.

NETO, S. G. B. A prática da integralidade no cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v.22, n. 45, p. 1-12, 2022.

NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M. A.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**. v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007.

NOBRE, F. A. P.; RODRIGUES, M. K. S.; COSTA, R. M. A.; ALBUQUERQUE, E. V. S.; ROMÃO, C. M. S. B.; NASCIMENTO, C. C. C.; TAVARES, M. O. Q. L.; COLLAÇO, L. P. B. Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 14584-14588, 2020.

NOVARTIS BIOCÊNCIA S.A. **Bulário Eletrônico: Besilato de Anlodipino**. Disponível em: <https://portal.novartis.com.br/medicamentos/wpcontent/uploads/2022/11/Bula-BESILATO-DE-ANLODIPINO-Comprimido-Medico.pdf>. Acesso em: 04 dez 2023.

OLIVEIRA, D. M. S.; LUCENA, E. M. P. O uso de plantas medicinais por moradores de Quixadá-Ceará. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 17, n. 3, p. 107-412, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; KUHN, D.; RIGOLI, M. M.; BÜCKER, J. Contribuições e principais intervenções da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno

bipolar. **Revista Interdisciplinar de Psicologia e Promoção da Saúde**, v. 52, n. 2, p. 157-165, 2019.

OLIVEIRA, C. C. A.; SANTOS, J. S. Compostos ativos de capim-cidreira (*Cymbopogon citratus*): uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. 1-11, 2021.

OLIVEIRA, B. S.; COSTA, L. D.; ARAÚJO, P. S.; LISBOA, M. S.; DAMASCENA, D. M.; CARDOSO, S. S. S.; PONCE, J. T.; NOVAES, H. P. O. Horta medicinal na saúde da família: resgatando saberes e sentidos das plantas medicinais - relato de experiência. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 141-146, 2021.

OMS. **Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma Ata, Genebra, 1978. 3p.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)**. Geneva: World Health Organization, 2004.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental healthreport. Transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022.

ONU MULHERES. Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta. **ONU MULHERES**. 2020. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em: 27 abr. 2024.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Rede MTCT Américas. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>. Acesso em: 15 nov. 2023. 2023a

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Ministério da Saúde. Laboratório de inovação em saúde Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS. Brasília – DF. 94p. 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59606/9789275727676_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 jun. 2024. 2023b

ORMEL, J.; CUIJPERS, P.; JORM, A.; SCHOEVERS, R. What is needed to eradicate the depression epidemic, and why. **Mental Health & Prevention**, v.17, p. 1-11, 2020.

PÁDUA, A. C.; GAMA, C. S.; LOBATO, M. I.; ABREU, P. B. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. Porto Alegre, Artmed. p. 343, 2005.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; HAAS, V. J.; SILVA, S. R.; MONTEIRO, J. C. S.; SPONHOLZ, F. A. G. Trastornos mentales comunes y factores asociados: estudio de las mujeres en una zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 1-8, 2017.

PARSAIK, A. K.; MASCARENHAS, S. S.; KHOSH-CHASHM, D.; HASHMI, A.; JOHN, V.; OKUSAGA, O.; SINGH, B. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs - A systematic review and meta-analysis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 6, p. 520-533, 2016.

PATRÍCIO, K. P.; MINATO, A. C. S.; BROLIO, A. F.; LOPES, M. A. L.; BARROS, G. R. B.; MORAES, V.; BARBOSA, G. C. Medicinal plant use in primary health care: an integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 677-686, 2022.

PEDROSO, R. S.; ANDRADE, G.; PIRES, R. H. Plantas medicinais: uma abordagem sobre o uso seguro e racional. **Physis**, v.31, n.2, p.1-19, 2021.

PEREIRA, J. B. A.; RODRIGUES, M. M.; MORAIS, I. R.; VIEIRA, C. R. S.; SAMPAIO, J. P. M.; MOURA, M. G.; DAMASCENO, M. F. M.; SILVA, J. N.; CALOU, I. B. F.; DEUS, F. A.; PERON, A. P.; ABREU, M. C.; MILITÃO, G. C. G.; FERREIRA, P. M. P. O papel terapêutico do Programa Farmácia Viva e das plantas medicinais o centro-sul piauiense. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 17, n. 4, p. 550-561, 2015.

PEREIRA, M.C.L. **Uso de plantas medicinais para tratamento de afecções ginecológicas por mulheres interioranas**. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Pará, 2019.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Health promotion in Primary Health Care: systematization of challenges and intersectoral strategies. **Saúde Debate**, v. 42, n.1, p. 379-395, 2018.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. PJF. Secretaria de Saúde. Portaria nº 5682, de 10 de Junho de 2022. Estabelece a comissão de Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, denominada de CH-Fito, **Atos do Governo**, Juiz de Fora – MG, 2022a.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. PJF. Secretaria de Saúde. Portaria nº 64, de 12 de novembro de 2022. Cria o Grupo Condutor para fortalecimento e ampliação das Práticas Integrativas e Complementares - PMPIC Juiz de Fora no âmbito do Sistema Único de Saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, **Atos do Governo**, Juiz de Fora – MG, 2022b.

QUEIRÓS, T.; COELHO, F.; LINHARES, L.; TELLES-CORREIA, D. Esquizofrenia: O que o médico não psiquiatra precisa de saber. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 1, p. 70-77, 2019.

RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C. Homens-carrapatos e suas mulheres: relato de experiência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 133-142, 2008.

REIS, D. A., PEREIRA, V. S., FURTADO, M. A. S. Prática de autocuidado do idoso longo no Brasil: uma revisão integrativa. **Revisa**, v. 13, n. 2, p. 420-433, 2024.

RESENDE, I. C.; FREITAS, C. M.; PLACHI, G.; AZEVEDO, A. F. S.; PEREIRA, L. H. M.; SANTOS, T. L.; MOREIRA, L. L. O efeito do transtorno bipolar na vida em sociedade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1798-1802, 2022.

RIBEIRO, M. A.; SILVA, N. F.; AQUINO, S. K. V.; BAYMA, J. C. S.; VALERIO, F. R.; SANTOS, S. S. G.; SANTOS, R. P.; OLIVEIRA, E. M.; RAMOS, D. S.; VIANA, T. M.; SANTOS, A. L.; SOBREIRA, E. N. S. Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n.6, p. 1812-1823, 2024.

RODRIGUES, B. P. **Consumo autorreferido de plantas medicinais por idosos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2013.

RUFINO, S.; LEITE, R. S.; FRESCHI, L.; VENTURELLI, V. K.; OLIVEIRA, E. S.; MASTROROCCHO FILHO, D. A. M. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico de depressão. **Revista Saúde em Foco**, v. 10, p. 837-843, 2018.

RUSCIO, A. M.; STEIN, D. J.; CHIU, W. T.; KESSLER, R. C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. **Molecular psychiatry**, v. 15, n. 1, p.53-63, 2010.

SANINE, P. R.; GODOI, L. P. S.; ROSA, T. E. C.; GARCIA, E. M.; BELOTTI, L.; CAMPOS, R. T. O.; TANAKA, O. Y. Factors associated with the hospitalization of users referred from primary health care to follow-up in Psychosocial Care Centers in the city of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 1-10, 2024.

SANTANA, E. R. **Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no Jardim Ângela, distrito do município de São Paulo**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Odontologia de São Paulo, 2022.

SANTOS, L. R.; BEZERRA, M. L. R.; ARAÚJO, A. H. I. M.; OLIVEIRA, T. M. G.; LEONHARDT, V. Percepções de enfermeiros no cuidado aos pacientes com transtornos psicóticos. **Revista Enfermagem Atual**, v. 92, n. 30, p. 195-205, 2020.

SANTOS, S.; FRANCIELE, K.; SILVA, C. M. L.; BARROS, I. M. C.; SILVA, L. M. Potenciais interações medicamentosas em pacientes idosos da clínica médica de um hospital universitário. **Scientia Plena**. v. 18, n. 6, p. 1-9, 2022.

SCHIAVO, M.; GELATTI, G. T.; OLIVEIRA, K. R.; BANDEIRA, V. A. C.; COLET, C. F. Conhecimento sobre plantas medicinais por mulheres em processo de envelhecimento. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 45-60, 2017.

SEBASTIÁN-HEREDERO, E. Diretrizes para o desenho universal para a aprendizagem (DUA). **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 26, n. 4, p.733-768, 2020.

SETEMBRO AMARELO. **Mês de Prevenção ao Suicídio**. 2023. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

SHAH, G.; SHRI, R.; PANCHAL, V.; SHARMA, N.; SINGH, B.; MANN, A. S. Scientific basis for the therapeutic use of *Cymbopogon citratus*, Stapf (Lemon grass). **Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research**, v. 2, n. 1, p. 3-8, 2011.

SHAH, H.; NAGI, J.; KHARE, S.; HASSAN, H.; SIU, A. Limiting Factors in Implementing Pharmacovigilance Principles in the Elderly. **Cureus**, v. 15, n. 3, p. 1-7, 2023.

SHAKERI, A.; SAHEBKAR, A.; JAVADI, B. *Melissa officinalis* L. - A review of its traditional uses, phytochemistry and pharmacology. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 188, p. 204-228, 2016.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 263–285, 2006.

SILVA, A. L. M. A. **Efeito de oficinas de educação em saúde no consumo de substâncias psicoativas por adolescentes**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, PE, 2019.

SILVA, J. M. S.; CARDOSO, V. C.; ABREU, K. E.; SILVA, L. S. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. **Revista Feminismo**, v. 8, n.3, p. 149-161, 2020.

SILVEIRA, J. L. G. C., KREMER, M. M., SILVEIRA, M. E. U. C., SCHNEIDER, A. C. T. C. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.24, p.1-17, 2020.

SIMPSON, H. B.; HUPPERT, J. D.; PETKOVA, E.; FOA, E. B.; LIEBOWITZ, M. R.; KLARIC, J. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. **Journal of clinical psychiatry**, v. 67, n. 2, p. 269-276, 2006.

SOBRINHO, L. C. S. L.; MENDES, A. L. A. C.; LIMA, A. A. M. R.; VIEIRA, F. C.; MENDES, M. S. O. C.; CAVALCANTI, T. A. S.; LACERDA, W. W. Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. 1-13, 2024.

SOLDATI, G. T. **Produção, transmissão e estrutura do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais em três grupos sociais distintos: uma abordagem evolutiva**. 2013. Tese (Doutorado em Botânica) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, PE, 2013.

SOUZA, F. C.; OLIVEIRA, E. N. A.; SANTOS, D. C.; OLIVEIRA, F. A. A.; MORI, E. Uso de plantas medicinais (fitoterápicos) por mulheres da cidade de Icó-CE. **Biofar: Revista de Biologia e Farmácia**, v. 5, n. 1, p. 161-170, 2011.

STRAWN, J. R.; MILLS, J. A.; CORNWALL, G. J.; MOSSMAN, S. A.; VARNEY, S. T.; KEESHIN, B. R.; CROARKIN, P. E. Bupirone in children and adolescents with anxiety: A review and bayesian analysis of abandoned randomized controlled trials. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 28, n. 1, p. 2-9, 2018.

STROUP, T. S.; GRAY, N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. **World Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 341-356, 2018.

SUGA, T.; HUYEN TU, T. T.; WATANABE, M.; NAGAMINE, T.; TOYOFUKU, A. Low-dose amitriptyline: A potential therapeutic option for chronic pain in older people. **British Pharmacological Society**, v. 91, n.3, p. 921-922, 2025.

TAVARES, M. L. F.; GUIMARÃES, F. F.; COSTA, D. L.; TORRES, A. R. Cognitive-behavioral group therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 43, n. 1, p. 79-89, 2021.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D.; SECCO, A. C. Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and Mental Health care in Primary Health Care. **Saúde Debate**, v.47, n. 139, p. 941-956, 2023.

UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde. A atenção à saúde organizada em redes. Universidade Aberta do SUS. **Universidade Federal do Maranhão**. São Luis, 57p., 2016.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 175-186, 2018.

VIEIRA, A. S. B.; SILVA, J. S.; NASCIMENTO, W. J. S.; SOUZA, I. L. L. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais em Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista – RR. **Revista Fitos**, v.19, n.1, p. 1-14, 2025.

VIEIRO, M. M.; PERSEGUINO, M. G.; RASTELLI, V. M. F.; VISMARI, L. Análise do perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos de idosos atendidos em ambulatório universitário. **Revista de Gestão em Sistema de Saúde**, v. 9, n. 3, p.479-498, 2020.

WARE, L. J.; KIM, A. W.; PRIORESCHI, A.; NYATI, L. H.; TALJAARD, W.; DRAPER, C. E.; LYE, S. J.; NORRIS, S. A. Social vulnerability, parity and food insecurity in urban South African young women: the healthy life trajectories initiative (HeLTI) study. **Journal of Public Health Policy**, v. 42, p. 373-389, 2021.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7ª ed., Editora: Artmed. 2015.

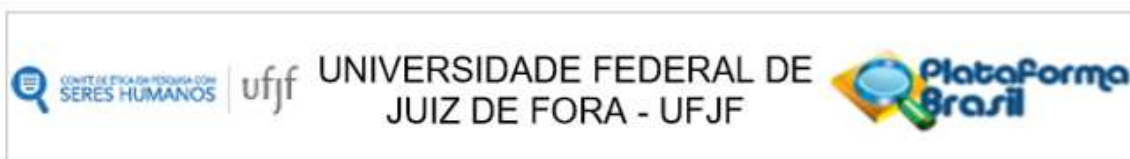
WHOCC. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC Code)** [Internet]. Norway: WHOCC; 2023.

ZANETTI, A. C. G.; CARMO, M. A.; TRESSOLDI, L. S.; VEDANA, K. G. G.; GIACON, B. C. C.; MARTIN, I. S. Intervenções familiares em pacientes no primeiro episódio psicótico: evidências da literatura. **Revista de Enfermagem**, v. 11, p. 2971-2978, 2017.

ZENI, A. L. B.; PARISOTTO, A. V.; MATTOS, G.; HELENA, E. T. S. Use of medicinal plants as home remedies in Primary Health Care in Blumenau – State of Santa Catarina, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2703-2712, 2017.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade Básica de Saúde - Benefícios e interferências

Pesquisador: ORLANDO VIEIRA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64242822.0.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.964.946

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulada " Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade Básica de Saúde - Benefícios e interferências" que, em sua terceira versão, é assim apresentado no Resumo: "A UBSBI apresenta uma grande demanda de mulheres que procuram cuidado em saúde mental, tendo como principal forma de tratamento o uso de medicamentos psicotrópicos. Entretanto, é comum a associação de outras formas de terapias, principalmente o uso de plantas medicinais e fitoterápicos que, muitas vezes, não informa ao profissional prescritor. Com base nesses aspectos, o objetivo deste projeto é buscar conhecimento sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres diagnosticadas com transtorno mental para detectar possíveis benefícios e/ou interferências no tratamento. Este estudo será realizado com as seguintes etapas: 1) Local de estudo e público alvo: Pacientes com transtorno mental, sexo feminino, atendidas na UBSBI; 2) Aplicação de questionários; 3) Organização da base de dados e análises estatísticas. Os resultados poderão contribuir para estabelecer protocolos de tratamento mais adequados, trazendo benefícios às usuárias, especialmente com relação à redução de efeitos adversos e ao emprego de terapias integrativas e complementares".

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade Básica de Saúde – Benefícios e Interferências". O motivo que nos leva a realizar este estudo é "Diante dos desafios enfrentados no acompanhamento e tratamento de pacientes com transtorno mental em Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, e para obter evidências a partir de estudos mais minuciosos sobre o assunto, essa proposta busca o entendimento sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos por essas usuárias para avaliar os possíveis benefícios e interferências na farmacoterapia desses transtornos".

Caso você concorde em participar, vamos fazer a seguinte atividade com você: "Aplicação de um questionário semiestruturado (entrevista) para avaliar possíveis benefícios e interferências decorrentes com o uso de plantas medicinais e fitoterápicos frente ao consumo de medicamentos psicotrópicos prescritos para o tratamento do transtorno mental diagnosticado". Nesta pesquisa, podem ocorrer riscos com possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, entretanto, os indivíduos (entrevistados) terão a liberdade de participar ou não e parar a entrevista em qualquer fase da pesquisa, e os dados coletados serão mantidos em completo sigilo, uma vez que o questionário do entrevistado será identificado por um número aleatório. No entanto, mesmo com todas as precauções, a pesquisa pode apresentar os seguintes riscos decorrentes: 1. De origem psicológica, intelectual ou emocional: a. Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; b. Desconforto; c. Medo; d. Vergonha; e. Estresse; f. Quebra de sigilo; g. Cansaço ao responder as perguntas; e h. Quebra de anonimato. Além disso, dependendo do tipo de questão, a aplicação do questionário pode provocar níveis incomuns de constrangimento, causando experiências negativas. Há um risco, entretanto, que é comum a todas as pesquisas com seres humanos: o risco de quebra de sigilo. Também, dependendo do grau de entendimento, o teor dos questionamentos pode provocar desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento, mas as perguntas serão novamente explicadas e esclarecidas de uma maneira mais próxima a realidade do entrevistado. O entrevistado terá uma ampla disponibilidade de tempo em responder o questionário para que não haja alterações na sua autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, não havendo gravações de áudio e vídeo. Não haverá alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional, entre outros. Portanto, os riscos de desconforto, possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder as perguntas; dano; quebra de anonimato, além de riscos físicos, são considerados mínimos. No entanto, é importante informar que, mediante sua autorização, haverá consulta aos prontuários para aquisição de dados. Vale ainda destacar que a pesquisa será de grande relevância para adquirir informações sobre o uso de plantas e fitoterápicos e medicamentos sintéticos consumidos pelas pacientes e como as práticas integrativas e complementares (PIC) estão inseridas no contexto do tratamento na Atenção Primária, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Dessa forma, os dados obtidos serão importante para beneficiar diretamente as participantes através de uma melhor atenção farmacêutica, especialmente na orientação sobre o uso racional dos medicamentos e automedicação. Além disso, servirá para um melhor entendimento das aplicações práticas em cuidados e poderão constituir bases para o estabelecimento de políticas públicas, direcionadas pelos órgãos governamentais, a serem implantadas na atenção primária.

Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este

© CEP avalia protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes da pesquisa do

Direito. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pré-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 38006-900

Fone: (31) 3103-3766 / E-mail: cep.pesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2023.

Orlando Vieira de Sousa

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Orlando Vieira de Sousa

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Farmácia/Departamento de Ciências Farmacéuticas

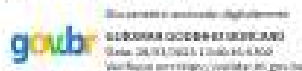
CEP: 36036-900

Fone: (32) 995483003

E-mail: ovsousa@ufjf.br

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável:

Rubrica do pesquisador:



O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, a proteção dos participantes de pesquisas do

Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 3152-3706 / E-mail: cep.propq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Declaração de autorização da PJF



Declaração

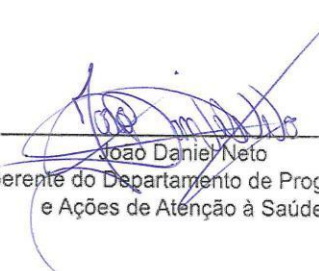
Autorizamos a realização da pesquisa do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulada **“Uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos sintéticos por mulheres com transtorno mental atendidas em uma Unidade Básica de Saúde – Benefícios e interferências”** a ser conduzida sob a responsabilidade do Pesquisador Professor Doutor Orlando Vieira de Sousa e da Pesquisadora Guiomar Godinho Borcard, no âmbito da Unidade Básica de Saúde Bairro Industrial da no Município de Juiz de Fora.

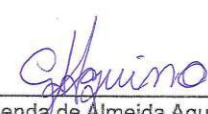
E DECLARAMOS que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicitamos, assim que concluído, o envio do Relatório de Pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 01 de Agosto de 2022.


João Daniel Neto
Gerente do Departamento de Programas
e Ações de Atenção à Saúde


Glenda de Almeida Aquino
Supervisora de Educação Permanente e
Integração Ensino-Serviço em Saúde

ANEXO D – Cartilha: Plantas Medicinais com potencial para tratamento de transtornos mentais.

Cymbopogon citratus



CAPIM-LIMÃO

Ação analgésica, sedativa (melhora o tempo e a qualidade do sono), ação calmante e relaxante. Auxilia no tratamento da ansiedade e stress.



JUIZ DE FORA
PREFEITURA



JUIZ DE FORA
PREFEITURA

Foeniculum vulgare



FUNCHO

Ação relaxante e calmante, antiespasmódica, usado para desconforto gastrointestinal (cólica, distensão abdominal, flatulências).



UBS BAIRRO INDUSTRIAL



UBS BAIRRO INDUSTRIAL

COMO PREPARAR OS CHÁS

Infusão

Colocar a planta picada (1 colher de sopa) em uma xícara.

Colocar 200 ml de água fervente, tampar e deixar em repouso por 15 minutos.

Coar e beber, de 3 a 4 vezes por dia.



PLANTAS MEDICINAIS

Lippia alba



MELISSA

Ação ansiolítica, age em transtornos do sono, nas alterações nervosas como excitação e tensão.

Ação ansiolítica. Atua no sistema nervoso central ajudando no controle do sono.

Ocimum selloi



MANJERICÃO

Calmantes, ansiolítico e sedativo leve, antiespasmódico anti-inflamatório e antioxidante.

Passiflora edulis



MARACUJÁ

Ação ansiolítica, com propriedades sedativas e tranquilizantes. Além de atuar no controle do colesterol e glicose.

Matricaria chamomilla



CAMOMILA

Rosmarinus officinalis



ALECRIM

Ação ansiolítica e tranquilizante. Alívio de dores, favorece a digestão e com ação diurética.

ANEXO E – Cronograma dos encontros realizados na intervenção.

CRONOGRAMA 1º ENCONTRO			
ATIVIDADE	TEMPO	MATERIAIS	RESPONSÁVEL
Abertura	13:45h – 14:00h	-	Guiomar Godinho
<p>Dinâmica (Tempestade de palavras sobre o tema: O que significa a palavra medicamento para você?)</p> <p>Ao som da música a bola passará de mão em mão, quando a música pausar quem estiver com a bola responderá à pergunta, em seguida segue a dinâmica. Até que todos tenham oportunidade de expressar o significado e façam uma reflexão acerca da expressão medicamento.</p>	14:00h – 14:15h	Cartolina, fita crepe, canetinha colorida, caixa de som e bola pequena).	Grupo.
Apresentação do tema: principais medicamentos utilizados pelas participantes da pesquisa, bem como as principais interações medicamentosas, interação com álcool e com fitoterápicos. Como: Ácido Acetil Salicílico, Amitriptilina, Diazepam, Fluoxetina, Hidroclorotiazida, Losartan, Metformina, Omeprazol.	14:15h – 15:00h	Cartilha (ANEXO F)	Estagiárias sob supervisão da farmacêutica da USFBI.
Orientação sobre uso correto de medicamentos	15:00h – 15:10h	-	Guiomar Godinho.
Palavras finais e entrega do convite para o próximo encontro	15:10h – 15:15h		Grupo.
Lanche compartilhado	15:15h – 15:30h	Bandeja para bolo e biscoito, copo, guardanapo, garrafa com chá e jarro de suco.	Todos.

CRONOGRAMA 2º ENCONTRO			
ATIVIDADE	TEMPO	MATERIAIS	RESPONSÁVEL
Abertura com retomada do encontro anterior.	13:35h – 13:45h	-	Guiomar Godinho.
Dinâmica: Construindo nossa árvore. Desenhar previamente um tronco de árvore na cartolina, cada participante ao chegar, colocará tinta colorida em seu dedo e pintará sua digital na cartolina, assim, com a participação de todos, montaremos nossa árvore da saúde. Trazendo a reflexão de construção, mudança e fases da vida.	13:30h – 13:45h	Cartolina, canetinha, fita crepe, tinta guache de cores diversas e papel toalha.	Grupo.
Apresentação do tema: com explanação sobre as plantas medicinais - Cymbopogon citratus, Lippia alba e Passiflora edulis. Com ênfase em mostrar a planta, apresentar a propriedade farmacológica e como pode ser utilizada.	13:45h – 14:30h	Cartilha (ANEXO D)	Fisioterapeuta Andressa Ribeiro e Guiomar Godinho.
Prática corporal com exercícios para higiene do sono, controle da respiração e meditação guiada.	14:30h – 15:00h	Caixa de som.	Alunas da UFJF sob supervisão da Prof. Elizangela Carvalho.
Entrega da lembrancinha (escalda pés).	15:00h – 15:10h	Saco plástico transparente, fitilho, camomila, sal grosso, etiqueta com orientação de uso.	Grupo.
Lanche compartilhado com degustação de chás.	15:10h – 15:30h	Bandeja para bolo e biscoito, copo, guardanapo, garrafa com chá.	Todos.


CRONOGRAMA 3º ENCONTRO			
ATIVIDADE	TEMPO	MATERIAIS	RESPONSÁVEL
Abertura com retomada do encontro anterior.	13:45h – 14:00h	-	Guiomar Godinho.
Dinâmica: cada participante recebeu um pedaço de cartolina em formato de coração no qual cada um escreveu: “O que é mais importante para você?” Trazendo a reflexão do cuidado, mas principalmente do autocuidado.	14:00h – 14:15h	Cartolina, canetinha.	Alunas do curso de fisioterapia da UFJF sob supervisão da professora Elizangela Carvalho.
Apresentação do tema: com explanação sobre as plantas medicinais – Ocimum selloi, Foeniculum vulgare, Matricaria chamomila, Rosmarinus officinalis. Com ênfase em mostrar a planta, apresentar a propriedade farmacológica e como pode ser utilizada.	14:15h – 15:00h	Cartilha (ANEXO D), fita crepe e banner explicativo.	Farmacêutica Glaucemar Del Gaudio e Guiomar Godinho.
Entrega da lembrancinha (sachê com PM para chá)	15:00h – 15:10h	Pacote de papel pardo, grampeador, planta medicinal seca, etiqueta com orientação de uso.	Grupo.
Lanche compartilhado	15:15h – 15:30h	Bandeja para bolo e biscoito, copo, guardanapo, garrafa com chá e jarro de suco.	Todos.

CRONOGRAMA 4º ENCONTRO			
ATIVIDADE	TEMPO	MATERIAIS	RESPONSÁVEL
Abertura com retomada do encontro anterior.	08:30h – 08:40h	-	Guiomar Godinho.
Dinâmica: cada participante recebeu um pedaço de cartolina em formato de flor no qual cada um escreveu: “O que você faz para se sentir bem?” Trazendo a reflexão do cuidado, mas principalmente do auto cuidado.	08:40h – 09:00h	Cartolina, tesoura, canetinha.	Todos profissionais
Apresentação do tema: Como ter sua horta medicinal domiciliar, como preparar sua compostagem.	09:00h – 09:20h	Cartilha (ANEXO F) Balde previamente furados, terra, minhocas.	Sr. Totonho – servidor aposentado da Empav/PJF. Professora Elizangela Carvalho e Guiomar Godinho.
Parte prática: cada participante pegará seu vasinho vazio, preencher com a terra preparada previamente e sua muda, poderá levar para casa como forma de incentivo em se ter sua horta medicinal domiciliar. Apresentação e montagem de uma composteira com minhocas. Com sorteio da mesma entre as participantes.	09:20h – 09:40h	Vaso de planta, terra preparada para plantio, mudas de plantas medicinais.	Todos.
Lanche compartilhado.	09:40h – 10:00h	Bandeja para bolo e biscoito, copo, guardanapo, garrafa com chá e jarro de suco.	Todos.
Aplicação do questionário de verificação.	10:00h – 10:30h	Questionário, caneta e prancheta.	Guiomar Godinho.

ANEXO F – Cartilha: Interações Medicamentosas dos principais medicamentos citados na pesquisa.


NEM TODA INTERAÇÃO É RUIM!

Existem interações medicamentosas que, quando acompanhadas pelo médico, podem ser benéficas, pois reduzem a dose necessária para o tratamento ou diminuem os efeitos adversos.



Procure ter uma organização dos horários para tomar cada remédio, evitando de serem ingeridos juntos.

SE O ASSUNTO É MEDICAMENTO, PROCURE SEU FARMACÊUTICO!





VOCÊ SABE EVITAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS?

- ✓ Informe ao prescritor todos os medicamentos que utiliza.
- ✓ Evite tomar medicamentos ao se alimentar.
- ✓ Em caso de dúvida ou suspeita de interações, interrompa o uso e procure um sistema de saúde.

ALUNAS DA FACULDADE DE FÁRMACIA-UFJF

Ana Clara de Moraes Pinto
Emanuely Mendes de Oliveira
Giovanna Marinho Duarte
Jennifer Louise de Oliveira Silva
Julia Rocha Lima






VOCÊ SABE O QUE É INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA?

É uma alteração que ocorre nos efeitos de um fármaco, quando ele é administrado simultaneamente a outro medicamento, alimento ou fitoterápico



Essa interação pode potencializar os efeitos ou reduzir a ação dos medicamentos

1 INTERAÇÕES ENTRE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO-MEDICAMENTO	O QUE ACONTECE?
AAS - LOSARTANA	Reduz efeitos da Losartana: perdendo ação anti-hipertensiva
AAS - VARFARINA	Efeitos potencializados
AAS - ANTI-INFLAMATÓRIOS	Aumenta risco de hemorragia
AAS - PARACETAMOL	Nefropatia
OMEPRAZOL - VARFARINA/ DIAZEPAM	Diminui absorção da Varfarina e Diazepam: aumentando os efeitos adversos


INTERAÇÕES ENTRE MEDICAMENTOS:



MEDICAMENTO-MEDICAMENTO	O QUE ACONTECE?
AMITRIPTILINA - FLUOXETINA/ ESCITALOPRAM	Síndrome serotoninérgica: febre, espasmos, delírio
METFORMINA - HIDROCLOROTIAZIDA/ ESIPIRONOLACTONA	Desregula glicose sanguínea: hiperglicemia

CUIDADO COM O ALCÓOL!

Ao ingerir bebidas alcólicas, a enzima que metabolizaria o medicamento está ocupada com ele, sendo assim o medicamento perderá seu efeito.



2 INTERAÇÕES ENTRE MEDICAMENTOS E FITOTERÁPICOS:


MEDICAMENTO-FITOTERÁPICO	O QUE ACONTECE?
ALHO - AAS	Aumenta tempo de sangramento
Erva de São-João - Omeprazol ou Levotiroxina	Diminui a eficácia do Omeprazol, da Levotiroxina
CAMOMILA - AAS	Aumenta risco de sangramento
ERVA DE SÃO-JOÃO - AMITRIPTILINA	Diminui efeitos da amitriptilina
NICOTINA - DIAZEPAM	Acelera eliminação do diazepam
GENGIBRE - AAS	Aumenta risco de sangramento

ANEXO G – Cartilha: Horta Domiciliar com PM



Horta

MEDICINAL



DO UASO PARA SUA SAÚDE

A horta medicinal é uma ferramenta eficaz para manter a existência do uso das plantas medicinais.

Uma forma econômica para se obter um tratamento (baixo custo e fácil acesso).

Também deve-se incentivar seus vizinhos e familiares a terem sua própria horta medicinal.

Você deve manter sua horta bem cuidada e limpa.

A horta medicinal aumentará o seu convívio com a natureza e de sua família.

Desta forma você possibilitará a produção de espécies medicinais e o acesso a elas para uso imediato.

Além de ser muito importante para o cuidado com a saúde humana.



Referência: CASTRO, M. R., et al. Plantas Medicinais e Fitoterapia: saberes e práticas utilizadas na Atenção Básica. Vitória: EDUFES, 2023.






COMO TER SUA PRÓPRIA HORTA MEDICINAL?

UBS INDUSTRIAL
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA



SIGA AS ORIENTAÇÕES ABAIXO!

Tenha um local de fácil acesso, arejado, ensolarado e protegido de rajadas de vento.

Distante de fontes de contaminação.

Próximo a fonte de água limpa.

Irrigação: deve ser feita ao amanhecer e no fim da tarde. A rega deve ser bem distribuída por todo o canteiro e monitorada por análise visual ou manual.

- Mudas: irrigar 3x ao dia.
- Plantas adultas: irrigar 1x ao dia.

Separar por espécie de planta medicinal, cada etapa seguinte:

Coleta: partes adultas da planta com boa aparência. Coletar quando a planta estiver seca, pela manhã ou no final da tarde.

Evite coletar em dias muito quentes e/ou chuvosos.

Secagem: a planta deve ser desidratada (retirada de água), pois inibe o ataque de fungos, o que aumentará sua validade.

- Secar em condições ambientais, como em: varal, tabuleiro e em pacote de papel pardo.
- Secar em áreas ventiladas, à sombra e proteção contra poeira e insetos.

- O final do processo ocorre quando a planta fica quebradiça, sem perder a coloração.
- Não lavar a planta antes da secagem.
- No caso de folhas, deve-se conservar o talo.
- Depois de secas podem ser cortadas/picadas.

Armazenamento: em recipiente limpo e seco, com o nome da planta, a data do armazenamento e validade (em torno de 90 dias).

Compostagem: minhocário.

Assista ao vídeo:
<https://youtu.be/94PjUppEjA?si=0mvo4g7SvBWuv7ax>

APÊNDICE A (Questionário 1) Questionário aplicado na pesquisa – 1º etapa**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Formulário Nº:** _____**Data:** ____/____/____**Área/ Microárea:** _____**Faixa etária:**

- ☐ 0 a 20 anos
☐ 21 a 30 anos
☐ 31 a 40 anos
☐ 41 a 50 anos
☐ 51 a 60 anos
☐ > 61anos

Estado civil:

- ☐ Solteira
☐ Casada
☐ Divorciada
☐ Viúva
☐ Outro

Filhos:

- ☐ Não
☐ Sim.

Quantidade: _____

Crença ou religião:

- ☐ Sem religião
☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Matrizes africanas (candomblé, umbanda e outras)
☐ Judaica
☐ Muçulmana
☐ Outras _____

Profissão: _____**Grau de escolaridade:**

- ☐ Não sabe ler nem escrever
☐ Sabe ler e escrever
☐ Ensino fundamental incompleto
☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo

Tempo de residência no bairro:

- ☐ < 1 anos
☐ 1 a 2 anos

- () 3 a 5 anos
 () 5 a 10 anos
 () > 10 anos

Você usa plantas medicinais ou fitoterápicos?

- () Sim
 () Não

Se você usa plantas medicinais ou fitoterápicos, como ocorre a indicação?

- () Por prescrição médica
 () Por prescrição farmacêutica
 () Por prescrição nutricionista
 () Por prescrição de outro profissional de saúde
 () Indicação de vizinhos, familiares e outros
 () Por conta própria

Se você usa plantas medicinais ou fitoterápicos sem prescrição, você informa ao médico?

- () Sim
 () Não
 () Não se aplica.

Se você informa ao médico sobre o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos, ele tem sido:

- () a favor
 () contra
 () indiferente.

Como você avalia o seu conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos?

_____ (marcar 0 para nenhum e 10 para o caso de se considerar um especialista do assunto)

Seu conhecimento sobre plantas medicinais ou fitoterápicos tem sido repassado para outras pessoas?

- () Sim. Para quem _____
 () Não. Porque _____
 () Não se aplica

Você conhece pessoas (parteira, benzedeira, curandeiro, raizeiro e outras) que tem conhecimento sobre Plantas Medicinais?

- () Sim
 () Não

Se SIM, essa pessoa é paciente (usuária) da USFBI?

Você tem Horta ou Canteiro com plantas medicinais em sua casa?

- () Sim
 () Não

Da lista abaixo, quais plantas medicinais você conhece?

- () Alecrim (*Rosmarinus officinalis*)
 () Camomila (*Matricaria chamomilla*)
 () Capim-limão (*Cymbopogon citratus*)
 () Funcho (*Foeniculum vulgare*)
 () Maracujá (*Passiflora edulis* / *Passiflora incarnata*)
 () Manjeriço (*Ocimum selloi*)
 () Melissa ou Erva cidreira (*Lippia alba*)

Você conhece o tratamento por Práticas Integrativas e Complementares em Saúde?

() Sim

() Não

Você faz uso de alguma dessas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde?

() Sim

() Não

Se sim, qual? _____

Há quanto tempo você foi diagnosticada com sua condição mental de saúde?

() < 1 anos

() 1 a 2 anos

() 3 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() > 10 anos

Você está satisfeita com seu tratamento usando medicamentos sintéticos?

() Sim

() Não

Porque? _____

Você tem reações adversas com o uso dos medicamentos sintéticos?

() Sim

() Não

Se sim, quais? _____

Há quanto tempo usa essa medicação?

() < 1 anos

() 1 a 2 anos

() 3 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() > 10 anos

Você já tentou parar de usar essa medicação por conta própria?

() Sim

() Não

Se tentou parar de usar essa medicação por conta própria, qual motivo?

() Reações adversas.

() Não produzia o efeito desejado

() Tentou usar um tratamento alternativo

() Outros. Qual? _____

Relação dos medicamentos que a usuária utiliza de forma continua.

Nome do medicamento	Dosagem	Forma que utiliza (Posologia)	Tempo de uso (anos)

APÊNDICE B (Questionário 2) Questionário avaliativo das mulheres que participaram dos encontros – 2º etapa.

1) Com base no 1º encontro: Você se sente segura em usar seus medicamentos?

() Sim () Não

2) Com base nas orientações recebidas, você acredita que está tomando seus medicamentos de forma correta?

() Sim () Não

3) Você já teve algum efeito adverso em decorrência do uso de medicamento?

() Sim () Não

4) Você já conhecia as propriedades farmacológicas das plantas medicinais mencionadas?

() Sim () Não

5) Você faz uso de Plantas Medicinais?

() Todos os dias () de 2 a 5 vezes na semana () as vezes () não uso

Se Sim? Quais: _____

6) Quais são os benefícios que você obteve com o uso das PM? _____

7) Você tem horta medicinal em sua residência?

() Sim () Não

8) Se não. Você tem interesse em ter sua própria horta medicinal?

() Sim () Não

9) Com as informações do encontro você consegue iniciar sua horta?

() Sim () Não

10) Você considera o tema das PM importante para os encontros?

() Sim () Não

11) Você se sente segura para compartilhar as informações aprendidas nos encontros?

() Sim () Não

12) De 0 a 10 – Qual nota você dá para os encontros? _____

13) De 0 a 10 – Qual nota você dá para as cartilhas entregues? _____

14) O que você mais aprendeu?

**APÊNDICE C (Questionário 3) Questionário aplicado às mulheres da pesquisa
que não participaram dos encontros – 2º etapa**

1) Qual foi o motivo para não participar dos encontros?

() Cuidadora de crianças e/ou idosos.

() Trabalho externo durante o dia (empresa).

() Difícil locomoção.

() Não ter tempo para participar:

() Fobia social.

() Não ter interesse em participar.

2) Você considera importante a realização desses encontros:

() Sim () Não.

Se sim, porque é importante: _____

3) Você acredita que só pelas consultas é possível cuidar da sua saúde?

() Sim () Não.

Se não, qual tratamento lhe falta: _____

4) Na sua opinião, o que te motivaria a participar dos encontros?

