



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS**

PILAR MILLA OLIVEIRA

**O CONHECIMENTO E O CONSUMO DE PLANTAS MEDICINAIS POR
MULHERES GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL - ACRE, BRASIL.**

Cruzeiro do Sul – Acre
2021

PILAR MILLA OLIVEIRA

**O CONHECIMENTO E O CONSUMO DE PLANTAS MEDICINAIS POR
MULHERES GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL - ACRE, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais, Curso de Mestrado em Ciências Ambientais, como requisito para obtenção de título de Mestre na Universidade Federal do Acre - Campus Floresta.

Orientador: Prof. Dr. Kleber Andolfato de Oliveira

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

O482c Oliveira, Pilar Milla, 1967 -

O conhecimento e o consumo de plantas medicinais por mulheres gestantes em uma unidade básica de saúde do município de Cruzeiro do Sul Acre, Brasil / Pilar Milla Oliveira; Orientador: Dr. Kleber Andolfato de Oliveira. - 2021.
74 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Ciências Ambientais, Mestre em Ciências Ambientais, Cruzeiro do Sul, 2021.

Inclui referências bibliográficas e apêndices.

1. Gravidez. 2. Droga vegetal. 3. SUS. I. Oliveira, Kleber Andolfato de. (Orientador). II. Título.

CDD: 500

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS**

FOLHA DE APROVAÇÃO

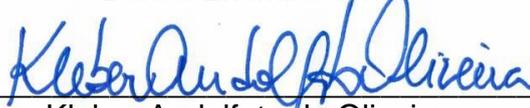
PILAR MILLA OLIVEIRA

**O CONHECIMENTO E O CONSUMO DE PLANTAS MEDICINAIS POR MULHERES
GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO
SUL - ACRE, BRASIL.**

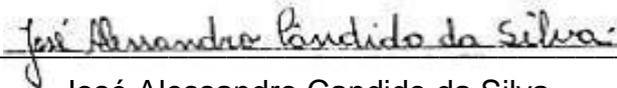
Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE (A) em Ciências Ambientais, pela Universidade Federal do Acre – Campus Floresta.

Aprovado em: 06 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora



Kleber Andolfato de Oliveira
Doutor - Universidade Federal do Acre



José Alessandro Candido da Silva
Doutor - Universidade Federal do Acre



Adamara Machado Nascimento
Doutora - Universidade Federal do Acre



Francisca Adma de Oliveira Martins
Doutora - Universidade Federal do Acre

Dedico este trabalho a minha amada mãe, que em vida me motivou para chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser parte importantíssima da minha fé, a meus pais, a os meus irmãos que serviram de inspiração na trilha da minha caminhada.

A minha família: esposo e filhos por serem a minha âncora em todo momento.

As minhas queridas amigas Dras. Maria José Francalino da Rocha e Adma Martins, pela força e apoio incondicional no momento em que mais precisei.

A meu Orientador Prof. Dr. Kleber Andolfato pela sua admirável condução na orientação deste trabalho.

Aos professores Adamara Machado, Alessandro Cândido e Francisca Adma Martins pelo aceite ao convite para compor a banca e seus acertados aportes para realização deste trabalho.

Aos professores e colegas do Curso de Pós-Graduação, que me instigaram a ter um olhar diferente ao meu “ser professor”.

Aos amigos, familiares e colegas que direta ou indiretamente participaram desta caminhada.

E à Universidade Federal do Acre que através do Programa de Pós-Graduação oportunizou este grande momento em minha vida.

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e o consumo das plantas medicinais por mulheres gestantes, caracterizando sobre seus riscos e benefícios a saúde em uma Unidade Básica de Saúde no município de Cruzeiro do Sul/Ac. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa-quantitativa. O constante uso equivocado de plantas medicinais pela população para o alívio das mais variadas afecções clínicas pode recair no paradigma de que o que é da natureza não faz mal, o que não é necessariamente verdade, visto que da natureza se extraem diversos compostos que apresentam toxicidade. Esse fato torna-se ainda mais preocupante quando o foco é a gestante, pois a busca pelo tratamento de uma afecção clínica por meio de uma determinada planta pode ocasionar efeitos indesejados, uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta, chegar ao feto e gerar efeitos embriotóxicos e teratogênicos. Podem, ainda, causar estímulo da contração uterina e conseqüente aborto ou parto prematuro. O instrumento utilizado na metodologia foi a entrevista semiestruturada aplicada a quarenta e cinco mulheres em diferentes períodos gestacionais. Após a análise dos dados obtidos pode-se perceber que as mulheres da zona urbana são as que mais utilizam as plantas medicinais (28,8%). Constatou-se quanto ao nível de escolaridade das entrevistadas prevalece o ensino fundamental incompleto e que todas as entrevistadas não realizaram planejamento familiar. Este último fato colocou em risco a saúde das gestantes perante uma gravidez inesperada e a prévia utilização da planta medicinal e seus prováveis efeitos tóxicos, o que oportuniza outros estudos em torno deste assunto. Foram encontradas durante a entrevista 20 espécies de plantas medicinais cuja motivação foi a de tratar doenças infecciosas como a inflamação e infecção urinárias, assim como o uso consciente de utilizar o boldo e arruda em busca de um aborto espontâneo. E que a transmissão das informações de forma oral ainda prevalece através de familiares e conhecidos sobre o tratamento medicinal. A utilização das plantas medicinais no período gestacional por estas mulheres não reflete o conhecimento dos efeitos tóxicos ou teratogênicos no momento da sua utilização trazendo como conseqüência possíveis efeitos nocivos, ficando ainda uma situação preocupante frente a prática de uso.

Palavras-chave: Gravidez; Droga Vegetal; SUS.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the knowledge and consumption of medicinal plants by pregnant women, characterizing their health risks and benefits in a Basic Health Unit in the city of Cruzeiro do Sul/Ac. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative-quantitative approach. The constant mistaken use of medicinal plants by the population for the relief of the most varied clinical conditions can fall back on the paradigm that what comes from nature does not harm, which is not necessarily true, since various compounds that present toxicity are extracted from nature. . This fact becomes even more worrying when the focus is on the pregnant woman, since the search for the treatment of a clinical condition through a particular plant can cause unwanted effects, since the plant's constituents can cross the placenta, reach the fetus. and generate embryotoxic and teratogenic effects. They can also cause stimulation of uterine contraction and consequent miscarriage or premature birth. The instrument used in the methodology was the semi-structured interview applied to forty-five women in different gestational periods. After analyzing the data obtained, it can be seen that women in the urban area are the ones who most use medicinal plants (28.8%). Regarding the level of education of the interviewees, it was found that incomplete elementary education prevails and that all the interviewees did not carry out family planning. This last fact jeopardized the health of pregnant women in the face of an unexpected pregnancy and the previous use of the medicinal plant and its probable toxic effects, which provides an opportunity for other studies on this subject. During the interview, 20 species of medicinal plants were found whose motivation was to treat infectious diseases such as inflammation and urinary tract infection, as well as the conscious use of boldo and rue in search of a miscarriage. And that the transmission of information orally still prevails through family members and acquaintances about the medicinal treatment. The use of medicinal plants in the gestational period by these women does not reflect the knowledge of the toxic or teratogenic effects at the time of their use, resulting in possible harmful effects, which is still a worrying situation regarding the practice of use.

Keywords: Pregnancy; Plant Drug; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: ESQUEMA PROPOSTO PARA APLICAÇÃO E COLETA DOS DADOS.....	26
Figura 2: TRATAMENTO DOS RESULTADOS.....	28
Figura 3: MAPA DO ESTADO DO ACRE.....	33
Figura 4: MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL.	33
Figura 5: LOCAL DA PESQUISA	34
Figura 6: LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTUDO.....	35
Figura 7: LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE VIA SATELITE.	35
Figura 8: GESTANTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E QUE PLANEJARAM A GRAVIDEZ.....	40
Figura 9: GESTANTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, ÁREA DE NATURALIDADE E MORADIA	41
Figura 10: GESTANTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SUA OCUPAÇÃO	42
Figura 11: GESTANTES E SEUS INTEGRANTES DA FAMÍLIA E RENDA	43
Figura 12: GESTANTES QUE UTILIZAM E NÃO UTILIZAM PLANTAS MEDICINAIS	44
Figura 13: GESTANTES QUE UTILIZAM E NÃO UTILIZAM PLANTAS MEDICINAIS SEGUNDO LOCAL DE MORADIA	44
Figura 14: GESTANTES QUE UTILIZAM PLANTAS MEDICINAIS POR LOCAL DE MORADIA E QUE RECONHECEM OS EFEITOS ADVERSOS.....	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC: Acre

AC: Análise de Conteúdo

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CZS: Cruzeiro do Sul

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNPIC: Programa Nacional de Políticas Integrativas e Complementares

PNPMF: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

SUS: Sistema Único de Saúde

TA: Termo de Assentamento

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 PLANTAS MEDICINAIS E A DIFERENÇA DE CONCEITOS/GRAVIDEZ.....	16
2.1.1 CONCEITOS GERAIS IMPORTANTES	16
2.1.2 Alopatia:.....	16
2.1.3 Homeopatia:	16
2.1.4 Fitoterapia:.....	16
2.1.5. Fitoterápico:.....	16
2.1.6 Plantas Medicinais:	17
2.1.7 Gravidez/Gestação:	17
3 ABORDAGEM HISTÓRICA DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS.....	18
3.1 PRESENÇA DAS PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL.....	19
3.2 OUTRAS HERANÇAS CULTURAIS EM MEDICINA POPULAR	20
4 O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E A GESTAÇÃO	21
4.1. DIRETRIZES DA OMS E NORMATIZAÇÕES PARA USO E ESTUDO NO BRASIL	22
5 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	24
5.1 TIPO DE ESTUDO	24
5.1.1 Abordagem Qualitativa.....	24
5.1.2 Estudo Descritivo – Exploratório	24
5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	25
5.2.1.Tamanho da amostra.....	25
5.2.2 Amostra de abordagem	25
5.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	25
5.3.1 Critério de Inclusão	25
5.3.2 Critério de Exclusão.....	26
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	26
5.5 COLETA DE DADOS	31
5.5.1 Instrumento de coleta de dados.....	31
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5.7 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	33
5.7.1 O Estado do Acre.....	33
5.7.2 O Município de Cruzeiro do Sul.....	33

6 RESULTADOS	37
6.1 Análise Descritiva	37
6.2 RELATOS SOBRE O USO DE PLANTAS	54
7 DISCUSSÃO	57
8 CONCLUSÃO	63
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	72

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre plantas medicinais acompanha a trajetória histórica e cultural da humanidade, sendo transmitido de geração a geração. A prática de uso das plantas medicinais tanto na cura física quanto espiritual faz parte das relações que a comunidade desenvolveu com a natureza, consigo mesma e com tudo que a rodeia, desta forma, o estudo desse conhecimento está ligado intimamente ao fortalecimento cultural e à identidade das comunidades. (SANTOS, 2014).

Eldin e Dunford (2001) citam que diversos povos e civilizações trazem consigo conhecimentos ancestrais sobre a utilização das plantas medicinais. O emprego destas plantas na recuperação da saúde tem evoluído ao longo dos tempos, desde as formas mais simples de tratamento local até a fabricação industrial de fitoterápicos (LORENZI; MATOS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), após inúmeras pesquisas, reconheceu em 1978, que mais de 80% da população fazia uso de algum tipo de planta medicinal para eliminar ou minimizar suas dores, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos países desenvolvidos (OMS, 2002).

Do ponto de vista científico, algumas pesquisas mostraram que muitas dessas plantas possuem substâncias agressivas e por essa razão devem ser utilizadas com cuidado, respeitando seus riscos toxicológicos. (VEIGA JÚNIOR et al., 2005).

Para Vieira (2016)

O cultivo das plantas medicinais envolve cuidados especiais que garantam a qualidade das plantas para o consumo. No caso específico de plantas medicinais, os métodos mais adequados de cultivo são aqueles que podem ser definidos como orgânicos ou os agroecológicos. Plantas medicinais não podem ser pulverizadas com agrotóxicos nem podem ser adubadas com adubos químicos, já que essas substâncias interferem nos princípios ativos que são usados no tratamento de doenças.

Esse fato torna-se ainda mais preocupante quando o foco é a gestante, pois a busca pelo tratamento de uma afecção clínica por meio de uma determinada planta pode ocasionar efeitos indesejados, seja pela indicação incorreta, ou mesmo pelo desconhecimento cultural (CHEZ & JONAS, 1997; ERNEST, 2002).

A respeito da toxicidade de plantas medicinais durante a gravidez e lactação observa-se também que os dados na literatura são escassos e muitas vezes contraditórios.

Em mulheres gestantes, os efeitos mais preocupantes do uso indiscriminado de plantas medicinais são teratogênicos¹, embriotóxicos e abortivos, uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta, chegar ao feto e gerar um desses efeitos (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o uso indiscriminado de plantas medicinais por gestantes é um problema de saúde pública, uma vez que as gestantes fazem uso de plantas medicinais sem saber os possíveis efeitos causados por esse tipo de autoterapia. Portanto, o enfoque na pesquisa com as gestantes que fazem uso dessas plantas medicinais justifica-se pelo fato de que neste período a mulher exige cuidados especiais, principalmente no primeiro trimestre de gestação. (RODRIGUES et al., 2011).

Bisognin et al. (2012) e Silva (2014) descrevem a importância da equipe de saúde, principalmente aqueles profissionais que trabalham diretamente com a gestante, de buscarem informação sobre a forma adequada de utilização das plantas medicinais, sobretudo as que possuem estudos comprovados cientificamente. E estas informações devem ser transmitidas não só à gestante, mas também para os familiares.

Dessa maneira, justifica-se a necessidade e a importância do investimento tecnológico e científico em pesquisas que abordam o potencial tóxico de plantas medicinais utilizadas durante a gravidez e lactação. (DUARTE, 2017).

¹ Teratogênico: Tudo aquilo capaz de produzir dano ao embrião ou feto durante a gravidez.

A pesquisa teve como objetivo principal analisar o conhecimento e o consumo das plantas medicinais por mulheres gestantes, caracterizando sobre seus riscos e benefícios à saúde, na Unidade Básica de Saúde Arito Rosas, no bairro do Miritizal, no município de Cruzeiro do Sul/Ac. Os objetivos específicos são: discorrer sobre o conhecimento dos sujeitos com a literatura científica sobre o tema; catalogar os tipos das espécies (plantas) medicinais utilizadas pelas mulheres durante a gestação, verificando a motivação da utilização dessas plantas; compreender como se dá a formação e difusão dos conhecimentos sobre plantas medicinais pelas gestantes; identificar, na fala dos sujeitos, o conhecimento sobre os efeitos de cada uma das plantas medicinais de consumo; conhecer o perfil socioeconômico das mulheres gestantes que utilizam as plantas medicinais, averiguando se essas condições influenciam no uso. Foram levantadas as seguintes hipóteses: (1) grande parte das gestantes usuárias de plantas medicinais possui conhecimentos oriundos da sabedoria popular e de seus grupos sociais; (2) a utilização e o consumo de plantas medicinais ocorre por falta de renda ou por uma série de elementos sociais, econômicos e ambientais.

Este trabalho está dividido em seis partes, a saber. Uma introdução que sintetiza o estudo realizado, apresentando o contexto, os objetivos, as hipóteses, dentre outros. O capítulo 2, referente a plantas medicinais e a diferença de conceitos/gravidez; o capítulo 3 traz abordagens históricas do uso de plantas medicinais; o capítulo 4 trata do uso de plantas medicinais na gestação; o capítulo 5 aborda as metodologias da pesquisa; o capítulo 6 discorre sobre os resultados do trabalho e, por fim temos as considerações finais (conclusão) e as referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PLANTAS MEDICINAIS E A DIFERENÇA DE CONCEITOS/GRAVIDEZ

2.1.1 CONCEITOS GERAIS IMPORTANTES

2.1.2 Alopátia:

É o método terapêutico que consiste em utilizar medicamentos que vão produzir no organismo reação contrária aos sintomas que ele apresenta, a fim de diminuí-los ou neutralizá-los. Os principais problemas dos medicamentos alopáticos são os seus efeitos colaterais e a sua toxicidade (Anvisa, 2010).

2.1.3 Homeopatia:

É um método terapêutico seguro e eficaz, baseado na Lei dos Semelhantes, segundo a qual, para se curar de uma doença o corpo doente deve receber uma substância que provoque os mesmos sintomas quando administrada em um corpo saudável. (Conselho Regional de Farmácia – CRF, 2013)

Visto dessa forma;

Utiliza matérias-primas de origem animal, vegetal e mineral. Os medicamentos homeopáticos podem ser utilizados com segurança em qualquer idade, até mesmo em recém-nascidos ou pessoas com idade avançada, desde que com acompanhamento do clínico homeopata (ANVISA, 2010).

2.1.4 Fitoterapia:

É a terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, conforme Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Ministério da Saúde (BRASIL 2006).

2.1.5. Fitoterápico:

É produto obtido de matéria-prima ativa vegetal, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa, incluindo medicamento fitoterápico e produto tradicional fitoterápico, podendo ser simples, quando o ativo é proveniente de uma única espécie vegetal medicinal, ou composto, quando o ativo é proveniente de mais de uma espécie vegetal, conforme RDC nº 26 de 13 de maio 2014. Neste contexto, a fitoterapia é considerada alopátia.

2.1.6 Plantas Medicinais:

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10/2010 (BRASIL, 2010), planta medicinal é toda espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada *in natura*, inteiras ou rasuradas, com propósitos terapêuticos.

2.1.7 Gravidez/Gestação:

Segundo Brasil (2019), a gravidez (gestação) é um evento resultante da fecundação do óvulo (ovócito) pelo espermatozóide. Habitualmente ocorre dentro do útero e é responsável pela geração de um novo ser.

A gestação (gravidez) é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Alguns sintomas são comuns na gravidez, mas nem todas as mulheres os apresentam. O atraso menstrual é geralmente o sinal que mais chama a atenção da mulher para a possibilidade de uma gravidez. Além disso, pode-se perceber os seguintes sinais e sintomas:

- Aumento dos seios;
- Enjoos/vômitos;
- Mais sono;
- Mais fome;
- Aumento da frequência urinária;
- Maior sensação de cansaço.

Muitas vezes estes sintomas não são percebidos pela mulher como um sinal de gravidez.

3 ABORDAGEM HISTÓRICA DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

A origem do conhecimento do homem sobre as virtudes das plantas confunde-se com sua própria história. Certamente surgiu à medida em que tentava suprir suas necessidades básicas através das casualidades, tentativas e observações, conjunto de fatores que constituem o empirismo. O homem primitivo dependia fundamentalmente da natureza para a sua sobrevivência e utilizou-se principalmente das plantas medicinais para curar-se. (ALMEIDA 2011).

As plantas são parte integrante da cultura da civilização, utilizadas como fonte alimentar ou finalidade terapêutica. O uso de espécies vegetais com finalidade medicinal surgiu por meio de um método empírico tão antigo quanto a

própria humanidade, auxiliando o processo de distinção entre as plantas próprias

para o consumo daquelas que apresentavam toxicidade. Dessa maneira, as propriedades intrínsecas das plantas passaram a compor o repertório do conhecimento popular e cultural (MIGUEL; MIGUEL, 2000; DI STASI, 1996)

No mundo, ante a presença de inúmeros males que seriam razão de estudo, cada continente caracterizou suas estratégias de cura. O egiptólogo alemão Yorg Ebers, no final do século XIX, ocasionalmente teve acesso a um longo papiro datado de aproximadamente 1500 a.C. que após tradução passou

para a história como “Papiro de Ebers”, um dos mais importantes documentos da cultura médica. O escrito inicia com a audaciosa frase “*Aqui começa o livro da produção dos remédios para todas as partes do corpo humano [...]*” (ALMEIDA, 2011).

Alguns nomes como Hipócrates (460-377 a.C.), Pedanius Dioscórides (100 d.C.) e Claudius Galeno (130-200 d.C.) elaboraram vários estudos sobre plantas. O primeiro, conhecido como Pai da Medicina formou um conjunto de tratados conhecidos como *Corpus Hipocraticum*, nos quais descreve para cada enfermidade um remédio vegetal. Defendia também que o tratamento para muitas doenças poderia ser feito através de dieta alimentar adequada e que para uma prescrição mais exata, dever-se-ia conhecer os elementos e as propriedades dos constituintes desta dieta (SILVA, 2010).

3.1 PRESENÇA DAS PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL

Como se sabe, no Brasil, desde a sua descoberta, já existia a cultura indígena, assim pressupõe-se que o conhecimento foi obtido através da experiência como fruto da necessidade de sobrevivência e que as plantas medicinais eram utilizadas com vários propósitos, dentre eles, o de curar. A utilização popular das plantas medicinais é originada dos índios brasileiros, de seitas afro-brasileiras e da tradição europeia e asiática, tanto para fins terapêuticos, quanto para rituais religiosos (SILVA et al., 2001).

Contudo, os índios que aqui viviam já dominavam essa prática terapêutica com plantas da flora nacional. Com a chegada dos colonizadores, esse processo de cura foi sendo substituído por outras práticas e rituais além dos praticados por pajés e xamãs indígenas. Entraram em cena os curandeiros, benzedeiros, raizeiros ou ervateiros, médicos espirituais, feiticeiros, parteiros e outros (CAMPESATO, 2005).

Um valioso exemplo do conhecimento da cultura indígena são os curares - famosos venenos para flechas usadas pelos índios da América do Sul. Apesar de serem inócuos por via oral, uma só gota injetada na corrente sanguínea paralisa a vítima sem matá-la. Os curares naturais podem ser divididos em duas classes: os curares de tubo, conservados em canos de bambu e os curares de cabaça, guardados em cabaças ou vasilhames de barro. São encontrados em diferentes zonas geográficas, com origem botânica, composição química e empregos diferentes. Os curares e seus derivados naturais e sintéticos ainda hoje são usados como anestésicos locais ou relaxantes musculares pré-anestésicos. (ALMEIDA, 2011)

Segundo Arcanjo et al. (2013), a colonização portuguesa, a participação indígena e a cultura africana foram pilares na formação da medicina popular no Brasil. A diversidade de espécies medicinais nos biomas brasileiros, que são consideradas as mais importantes fontes de princípio ativo do planeta, também facilitou e promoveu o conhecimento de tais plantas pela população tradicional

3.2 OUTRAS HERANÇAS CULTURAIS EM MEDICINA POPULAR

A herança cultural na medicina popular de origem oriental e europeia são mais acentuadas no Sul e Sudeste do Brasil, fato explicável pela forte presença de imigrantes dessas origens em tais regiões. Algumas plantas europeias adaptaram-se e difundiram-se na medicina e culinária regionais. Como exemplo temos a erva-cidreira (*Melissa officinallis*), a erva-doce (*Foeniculum vulgare*), o manjeriço (*Ocimum sp.*), o alecrim (*Rosmarinus officinalis*), o anis-verde (*Pimpinella anisum*) e o louro (*Laurus nobilis*). Vale lembrar que no Nordeste do Brasil denomina-se erva-cidreira algumas espécies de *Lippia sp.* Família Verbenaceae. O mesmo tem ocorrido com espécies de origem asiática como o gengibre (*Zingiber officinallis*), a raiz forte (*Wassabia japonica*), a canela (*Cinnamomum zeylanicum*) e o popular cravinho da Índia (*Eugenia caryophyllata*). (ALMEIDA, 2011).

4 O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E A GESTAÇÃO

A ideia equivocada das pessoas de que as plantas medicinais são inócuas à saúde contribui com a automedicação. A automedicação é compreendida como o emprego de medicamentos sem prescrição, acompanhamento ou orientação médica. (LANINI et al., 2009).

O uso de plantas medicinais na gestação é um assunto que merece discussão. Normalmente durante a gestação ocorrem alterações fisiológicas próprias do período, que podem eventualmente causar sintomas desagradáveis à gestante, levando assim à utilização de medicamentos para amenizar o desconforto. Essa necessidade que muitas gestantes têm de buscar alívio para os seus sintomas gera preocupação quando dentre a escolha dos produtos estão as plantas medicinais de uso corriqueiro pela população. (MUCURY, 2008).

A toxicidade de medicamentos preparados com plantas pode parecer trivial quando comparada com os tratamentos convencionais, entretanto, é um problema sério de saúde pública. (BALBINO; DIAS, 2010).

Existem evidências científicas de que determinadas plantas possuem substâncias agressivas e por essa razão devem ser utilizadas com cuidado, respeitando seus riscos toxicológicos, uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta, chegar ao feto e gerar efeitos embriotóxicos e teratogênicos e podem ainda causar estímulo da contração uterina e conseqüente aborto ou parto prematuro. (RODRIGUES et al., 2011).

Segundo Oliveira (2011) as gestantes acreditam que as plantas medicinais não trazem risco a sua saúde e nem acarretam prejuízo ao feto. E muitas substituem a prescrição médica pelo uso de plantas medicinais, evidenciando o processo de automedicação, sendo necessária orientação quanto à nocividade de algumas plantas no período gestacional.

Dessa forma, o uso indiscriminado de plantas medicinais por gestantes torna evidente a necessidade de se antepor como um problema de saúde, uma vez que as mesmas podem não saber os possíveis efeitos causados por esse tipo de terapia.

Dentre as espécies vegetais que interferem na gestação e no desenvolvimento embrionário e fetal, Silva et al. (2012) destacam que a *Aristolochia triangularis* (cipó-mil-homens) possui importante ação sobre o útero e não deve ser

usada na gestação por ser potencialmente abortiva. As sementes de *Momordica charantia* (melão-do-campo) são ricas em glicoproteínas com ação inibitória sobre a multiplicação celular do endométrio e miométrio, com consequente efeito abortivo (CLARKE et al., 2007; SILVA et al., 2012).

Compondo o grupo de plantas medicinais com efeito abortivo, Castro et al. (2004) destacam a canela (*Cinnamomum verum*), o cravo (*Syzygium aromaticum*), as folhas do café (*Coffea arabica*), o capim-de-oxalá (*Newbouldia laevis*), a quina-verdadeira (*Strychnos pseudoquina*), o quitoco (*Pluchea sagittalis*) e a aroeira (*Schinus terebinthifolius*), consumidos sob a forma de chá. Faria et al. (2004) relatam ainda que a camomila (*Chamomilla recutita*), a erva-doce (*Pimpinella anisum*) e o capim-limão (*Cymbopogon citratus*) possuem ação terapêutica reconhecida como calmante e antiespasmódica. Entretanto, o consumo é contraindicado durante a gestação por provocar o relaxamento do útero, estimular o sangramento e o aborto espontâneo.

Ruiz et al. (2008) e Araujo e Macedo (2011) relatam que o espinho-cheiroso (*Zanthoxylum caribaeum*), o figatil (*Vernonia condensata*), a castanha-da-índia (*Aesculus hippocastanum*) e a carqueja (*Baccharis trimera*) também são contraindicados na gestação pelo seu potencial abortivo. Além disso, o uso sistêmico de algumas espécies medicinais pode ser contraindicado durante o período gestacional devido ao seu potencial teratogênico. Isto porque os princípios ativos de certas plantas são capazes de passar pela barreira placentária, podendo afetar a formação do feto (FARIA et al., 2004).

4.1. DIRETRIZES DA OMS E NORMATIZAÇÕES PARA USO E ESTUDO NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que nos últimos anos vários marcos regulatórios têm apoiado e fomentado o uso seguro e racional de plantas medicinais e fitoterápicos. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), o Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006 são exemplos de regulamentos importantes neste tema.

A PNPMF tem como objetivo geral garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria

nacional.

Alguns de seus objetivos específicos são: ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais; construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a Portaria Interministerial n. 2.960, de 09 de dezembro de 2008. e o Decreto n. 971, de 03 de maio de 2006 aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa-quantitativa.

5.1.1 Abordagem Qualitativa

Este é um estudo qualitativo de natureza descritiva, a ser realizado com mulheres grávidas. O viés qualitativo dará suporte para se demonstrar, não só os modos de consumo das plantas, mas também as motivações e os conhecimentos oriundos do assunto. As pesquisas de abordagem qualitativa se baseiam na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos; não são adequadas para o estabelecimento de relações de causa e efeito, para testar hipótese ou para determinar opiniões, práticas ou atitudes de grandes populações. (POLIT; HUNGLER,1995).

5.1.2 Estudo Descritivo – Exploratório

A pesquisa descritiva proporcionará o levantamento das atitudes de consumo e as crenças dos sujeitos. O estudo descritivo tem por objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população, descrevendo a ocorrência e a frequência de fenômenos; o pesquisador busca traçar o perfil de um determinado assunto ou de profissionais envolvidos em uma área de atuação específica, observando a existência de eventos específicos ou representando as respectivas frequências de ocorrências desses eventos por meio da estatística descritiva (FLETCHER; FLETCHER, 2006; PEREIRA, 2007).

A pesquisa descritiva promove a descrição criteriosa de fatos e fenômenos de determinada realidade, respondendo e trazendo informações daquilo que definimos

como problema a ser investigado. A abordagem exploratória, proporciona um aprofundamento bibliográfico sobre o tema.(GIL, 2009).

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A amostra delineada para a pesquisa compreende as mulheres gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde Arito Rosas - Boca do Môa, no bairro do Miritizal, em Cruzeiro do Sul/Acre.

5.2.1.Tamanho da amostra

Tendo em vista a finalidade do estudo, para o dimensionamento do tamanho necessário da amostra prosseguiu-se calculando o tamanho para populações finitas, segundo metodologia apresentada por Miot (2011), utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p}$$

5.2.2 Amostra de abordagem

O tamanho da amostra considerada para este estudo correspondeu a abordagem de 45 mulheres.

5.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

5.3.1 Critério de Inclusão

Compreenderam como critérios de inclusão os seguintes aspectos:

- Mulheres gestantes que realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde Arito Rosas (Boca do Môa).
- Gestantes com idade igual ou superior a 12 anos;

- Gestantes que se encontraram no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação com o devido acompanhamento médico e/o de enfermagem;
- Usuárias com registro confirmado no “cartão da gestante”.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão foram considerados os seguintes aspectos:

- Mulheres indígenas;
- Mulheres gestantes que não se encontraram dentro da faixa etária proposta;
- Gestantes que sendo menores de idade não tenham a presença do responsável legal no momento da coleta de dados.
- Qualquer condição aguda ou crônica que limitaria a capacidade do paciente para participar do estudo;

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo, organizando-se as informações coletadas através de áudios de entrevistas oralizadas, passando por um processo de seleção e levando em consideração as variáveis propostas e a busca das respostas às hipóteses levantadas.

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. “47”).

Godoy (1995) afirma que a análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Bardin, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a natureza do seu suporte.

Para Godoy (1995, p. 58) A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou

medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesse amplos, que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Existem diversas formas de documentação do material coletado, na maioria das vezes constituindo-se de material textual: notas de campo, diário de pesquisa, fichas de documentação, transcrição etc., entretanto, o material também pode ser documentado por meio de fotos, filmes, áudios e outros, pois todas as formas de documentação têm relevância no processo de pesquisa, possibilitando uma adequada análise (FLICK, 2009).

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo (AC) consiste em um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Como efeito de implementação desse estudo apresentamos o esquema proposto para aplicação e coleta dos dados:

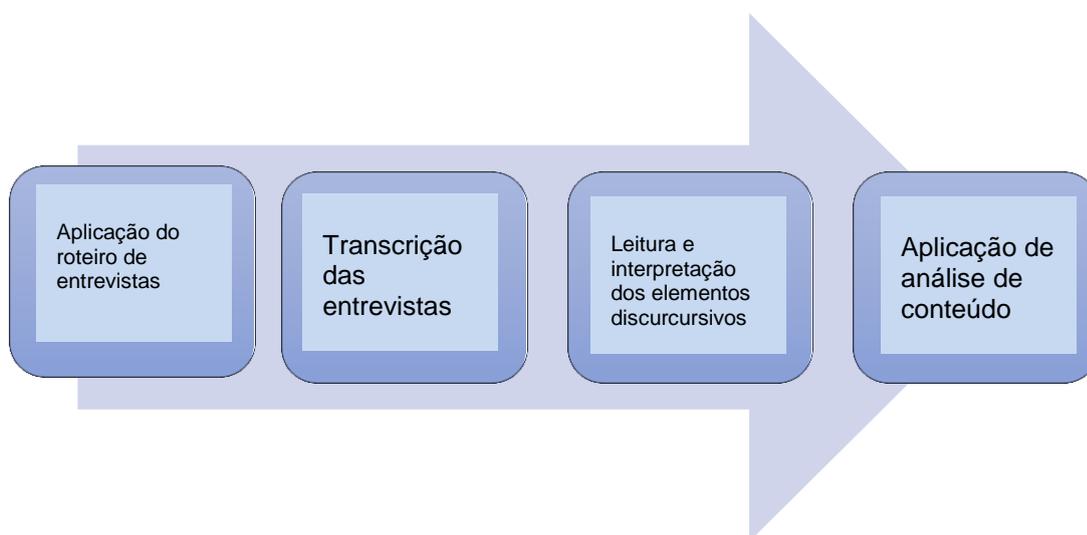


FIGURA 1 - Esquema proposto para aplicação e coleta dos dados

A abordagem qualitativa apresentou dados discursivos interpretados a partir de uma visão discursiva e crítica alinhada ao pensamento contemporâneo para poder se compreender os diversos conhecimentos e práticas que as gestantes possuem em relação ao uso de plantas medicinais durante o período gestacional e que nível de influências recebem e de que forma e fonte estas informações podem surgir.

A abordagem quantitativa revelará os índices relacionados ao perfil das gestantes e principalmente quais plantas ou quais as principais ações esperadas no emprego das mesmas.

Nessa perspectiva histórica, consideramos ainda a influência das matrizes científicas para o campo da epistemologia, no que diz respeito a crescente formatação da AC, ao passo que favorece diretamente as pesquisas nas áreas da psicologia, ciência política, educação, publicidade e sociologia. Desse modo, os focos da interpretação das mensagens dispostas nas entrevistas remetem para a confiabilidade e inovação para os estudos no campo das ciências ambientais.

A dimensão metodológica da técnica de AC ainda permite-nos refletir acerca dos entornos delineados dentro dos construtos paradigmáticos das abordagens quantitativas e qualitativas. A referência teórica adotada nesse estudo propõe conciliar essas duas abordagens distintas e, por conseguinte, concedem o desvelar de ocorrências comuns e diferenciais representados no conteúdo (paradigma quantitativo). Em outro matiz, centramos o olhar para os aspectos corporificados pelas mensagens fragmentadas nas ausências ou presenças de marcas típicas dos conteúdos analisados (paradigma qualitativo). Essa visão nos remete a compreensão de que a AC parte da construção de um conjunto de instrumentos de análise nas comunicações inseridas no teor dos textos. A característica marcante desse método é sua capacidade de adaptação em um amplo campo de aplicação das análises sistemáticas e dos objetivos representados nas mensagens. O aspecto quantitativo das mensagens permite a inferência de conhecimentos relativos à condições de produção e recepção das mensagens presentes nos conteúdos.

No viés analítico dos discursos difundidos na sociedade contemporânea, a AC, conforme Bardin (2011) envolve várias etapas no intuito de auferir significação ao corpus. No primeiro momento da AC o corpus é organizado com o intuito de torná-lo operacional, assim sistematizando as ideias iniciais. Os procedimentos

inseridos nesse momento distinguem-se em: (a) leitura flutuante - consiste no contato inicial com o discurso/transcrição; (b) escolha dos documentos - que é a demarcação dos itens a serem analisados; (c) formulação das hipóteses e objetivos e por fim (d) referencição dos índices e elaboração de indicadores que envolvam a determinação de indicadores por meio de destaques no texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

O segundo momento consiste na exploração do material, definição das categorias (os recortes e sistemas de codificação), identificação das unidades de registro, visando à categorização e à contagem frequencial e das unidades de contexto nos documentos a fim de compreender a significação exata da unidade de registro. Esta fase foi interpretada como analítica relativo ao corpus coletado, ou seja, qualquer tipo de texto submetido a um estudo aprofundado, sendo assim orientado pelas hipóteses e a bases teóricas (BARDIN, 2011). Todavia, podemos como os parâmetros desse momento, seguir com as denominações:

- a. codificação
- b. classificação
- c. categorização

No terceiro momento está o tratamento dos resultados. É importante atentar que buscou-se orientação na aplicação teórica de Bardin (2011) para visualizar de maneira clara as etapas de construção da AC.

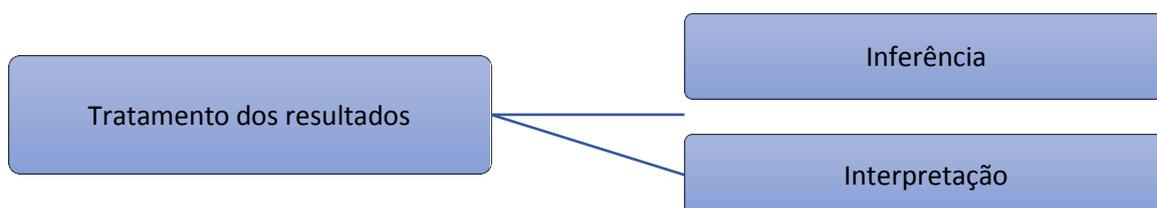


Figura 2 – Tratamento dos resultados segundo BARDIN

Nesta fase, a inferência é norteadada por diversos polos de atração de comunicação que podem ser o emissor, o receptor, a mensagem e o suporte ou canal cuja informação propaga-se no meio, dependendo dos anseios desse

interlocutor. Após essa etapa, o analista centra-se no exercício de reflexão por meio do processo de reconstrução dos sentidos presentes nas mensagens. Dessa forma, as inferências são validadas pelas orientações obscuras ou claras da realidade tratada no conteúdo das mensagens, e, por conseguinte evidenciam as verdades dos discursos entrecruzados com a superficialidade contextual das mensagens.

No que diz respeito aos dados socioeconômicos, eles foram coletados através de uma entrevista semiestruturada. Na análise das informações etnobotânicas, dos espécimes botânicos citados como uso durante a coleta de dados pelas gestantes, eles foram organizados e registrados em tabelas, de acordo com a sua utilização, sendo categorizados conforme sua relação de uso, meio de aquisição, tipos de plantas e posteriormente foram analisados e identificados os seus efeitos nocivos ou não, visando relacionar com a bibliografia atual pertinente seguindo como base ABELLA, et, al, 2002, OGA, 2003, MATOS, 2011, KINUPP, 2014, LORENZI, 2008, MING, 1995, AMOROZO, 1996. GRANDI, 2014.

Para a análise quantitativa dos dados foi utilizada a análise univariada descrita por Gil (2009; 2019). A análise univariada consiste basicamente em obter tabelas, gráficos e/ou medidas que resumam a variável. A partir destes resultados pode-se montar um resumo geral dos dados.

Quando se estuda uma variável, o maior interesse do pesquisador é conhecer o *comportamento* dessa variável, analisando a ocorrência de suas possíveis realizações (MAGALHAES e LIMA, 2008). Nesse sentido, as distribuições de frequência foram o principal recurso que utilizamos para resumir uma única variável.

Das variáveis nominais serão obtidas as frequências absolutas e relativas para cada categoria. Para a frequência absoluta serão contados quantas vezes ocorre cada categoria (ou nível) e os dados serão organizados em uma tabela. Com essa informação adicional podemos calcular a frequência relativa, ou seja, a frequência absoluta de cada categoria, dividida pelo total. Através da frequência relativa será possível determinar a frequência percentual (BUSSAB e MORETTIN, 2006), conforme esquema abaixo:

- Frequência absoluta (f_a): número total de elementos em cada classe;
- Frequência relativa (f_r): razão entre cada valor da frequência absoluta eo total de observações:

$$\bullet f_r = f_a / \sum f_a$$

- Frequência percentual (f_p): frequência relativa em porcentagem

$$f_p = f_r \times 100$$

Segundo Gil (2019), a forma mais usual de apresentação dessa distribuição é constituída por tabelas e gráficos e assim será apresentado nesta pesquisa.

5.5 COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados iniciou logo após aprovação do CEP; CAAE: 29311120800005010, números do parecer: 4.186.219 em: 31 de julho 2020.

As gestantes abordadas receberam explicação completa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar.

As participantes, maiores de idade, que concordaram em participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As gestantes menores de 18 anos receberam o termo de assentimento (TA) e o seu responsável também recebeu o TCLE. O termo foi lido e assinado antes do início da entrevista. Uma cópia dos referidos termos foi entregue à gestante, uma outra ao responsável legal e outra ficará mantida sob a guarda dos pesquisadores, sendo armazenadas para fins legais e de documentação.

Após a identificação das gestantes e sua aceitação em participar da pesquisa, os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada, utilizando-se um gravador de voz assim como um pseudônimo com fins de preservar o anonimato e privacidade da gestante.

5.5.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado pelos pesquisadores cuja construção foi norteada pelas variáveis inerentes da pesquisa.

Segundo Ludke e André (1986, p.34), a entrevista semiestruturada “se desenrola através de um esquema básico, porém não aplicada rigidamente,

permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações”. Além deste instrumento foi utilizado um gravador como meio auxiliar de garantir as respostas exatas das entrevistadas, transcrevendo-se as respostas depois. (DYNIEWICZ, 2014, p.148).

O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) foi elaborado e adaptado conforme a necessidade de atender as variáveis. As entrevistadas foram orientadas a responder de forma oralizada e gravada. No momento da entrevista o levantamento de informações relacionou-se a alguns aspectos demográficos básicos, como idade, sexo, local de residência, característica socioeconômica e situação obstétrica, assim como história e relação com as plantas medicinais; sobre estas foi questionado sobre o conhecimento e formas de uso pelas gestantes.

Para Minayo (1999), para a delimitação do número de entrevistas pode-se utilizar o critério de “exaustão” ou “saturação”, segundo o qual o pesquisador efetua entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, garantindo um máximo de diversificação e abrangência para a reconstituição do objeto no conjunto do material, verificando assim a formação de um todo.

Todas as entrevistas foram feitas quando as gestantes visitavam a Unidade Básica de Saúde. Após as participantes serem abordadas e com sua conveniência receberem as informações e esclarecimentos relacionados aos objetivos, riscos, benefícios de sua participação, foi solicitado que elas assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e TA, esse último nos casos necessários. Foi assegurado às participantes a confiabilidade, sigilo e privacidade de sua identidade, utilizando-se pseudônimos de identificação dos sujeitos. Além disso, foi assegurada a autonomia de recusar a participação e o direito de abandonar o estudo a qualquer momento.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos obedeceram a normatização do Conselho Nacional de Saúde, em sua resolução 466 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Submetida CAAE: 29311120800005010, números do parecer:

4.186.219 em: 31 de julho 2020.

5.7 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O local da pesquisa se concentra na Unidade Básica de Saúde Arito Rosas, que se localiza no Município de Cruzeiro do Sul, no estado do Acre.

5.7.1 O Estado do Acre

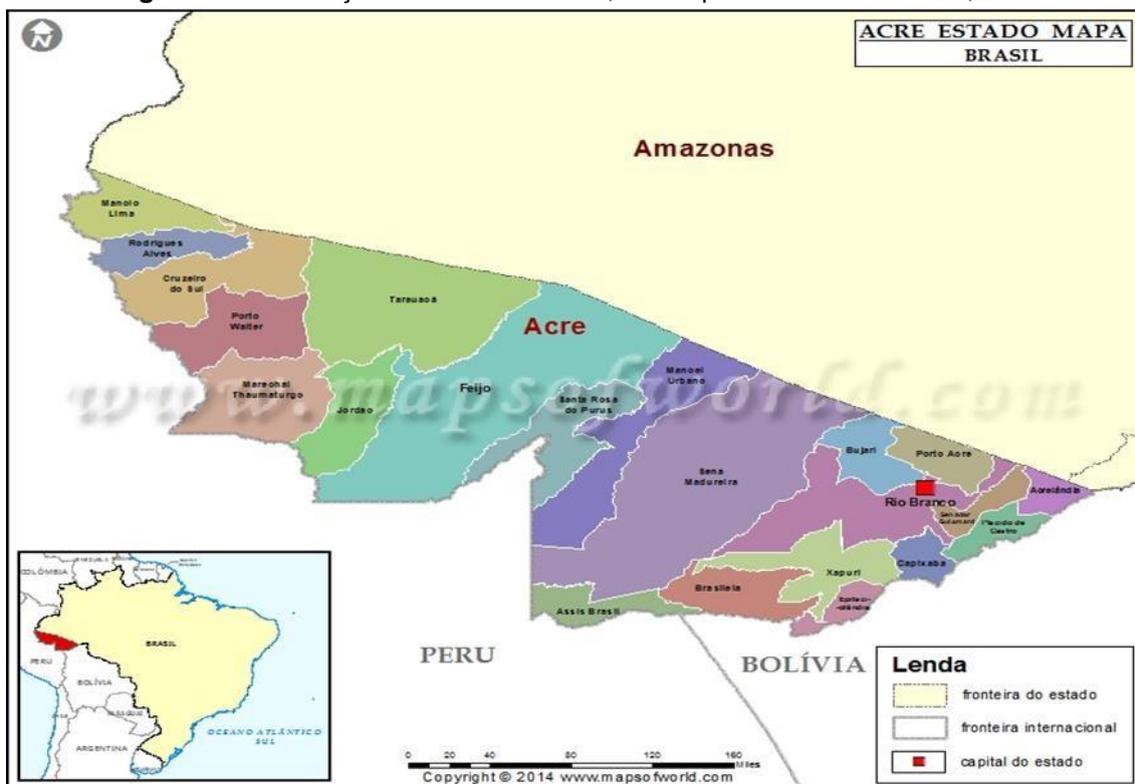
O Acre é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se na porção ocidental da Amazônia, na região norte brasileira. (Figura 3) A área total dessa região é de 164.123 km², com uma população de 733. 559 habitantes no ano de 2010 e estimada de 776. 463 no ano de 2013. Os limites do Estado são formados por fronteiras internacionais, como Peru e Bolívia, e por divisas estaduais com os estados do Amazonas e Rondônia (ACRE, 2008a; IBGE, 2010, IBGE, 2014).

O clima do estado é equatorial, quente e úmido, com temperaturas médias anuais variando entre 24,5°C e 32°C (máxima), permanecendo uniforme em todo o estado e predominando em toda a região amazônica. Ocorrem duas estações distintas: uma seca e uma chuvosa (ACRE, 2003).

5.7.2 O Município de Cruzeiro do Sul

A cidade foi fundada pelo General Thaumaturgo de Azevedo, como capital do departamento do Alto Juruá, ocupando, inicialmente, o lugar chamado de Invencível. Atualmente, o seu nome faz referência à constelação de Cruzeiro do Sul. O município (Figura 3 e 4) localiza-se no noroeste do Estado e faz limite, ao norte, com o estado do Amazonas; ao sul, com o município de Porto Walter; ao leste, com o município de Tarauacá e a oeste, com o Peru e com os municípios de Mâncio Lima e Rodrigues Alves (ACRE, 2008). Encontra-se cerca de 710 km de Rio Branco, a capital do Estado, pela rodovia BR-364. Sua extensão territorial é de 8.779,190km² e em 2010 sua população era de 78.507 habitantes e uma população estimada para 2019 de 88,376 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 3 - Localização da área de estudo, município de Cruzeiro do Sul, Acre 2020.



Fonte: sales@mapsofworld.com
AC

Figura 4: Município de Cruzeiro do Sul



Fonte: www.tribunadojuria.com.br

5.7.3 Instituição Participante do Estudo

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Boca do Môa, (**Figura 5**) que também foi batizada de Arito Rosas em homenagem a um antigo morador da cidade é uma unidade com inauguração recente, em 2017. A UBS foi criada com a intenção de dar uma cobertura maior de atendimento aos moradores dessa região, principalmente aos ribeirinhos do ramal da Boca do Môa e ramal da Praia Grande, parte da variante, assim como aos moradores das proximidades urbanas e rurais do Bairro do Miritizal. Pode-se observar desta forma, que esta unidade geograficamente ampla, reúne clientela diversificada, o que representa para esta Unidade Básica de Saúde (UBS), referência para o atendimento destes moradores. É por esta razão que a escolha do local é interessante para este estudo: pela característica diversificada da população de moradores de zona urbana e zona rural. É válido ressaltar que a utilização da unidade em questão contou com as permissões éticas e legais adequadas.

Figura 5: Unidade Básica de Saúde Arito Rosas - Boca do Moa



Fonte: Juruaonline.ne

6 RESULTADOS

O Estudo analisou 45 mulheres, dentre elas adultas e adolescentes em diferentes trimestres de gestação no período de estudo e na UBS proposta para esta pesquisa.

6.1 Análise Descritiva

Na tabela 1, especifica-se a faixa etária em relação ao estado civil da gestante, observando-se que prevalece o número de mulheres com relação estável (26), casadas (13), solteiras (6) outros (0). Outros refere-se à relação conjugal fora dos padrões aqui especificados.

Segundo os resultados obtidos prevalece a relação estável (26), (57,7%), seguido das mulheres casadas civilmente (13), (28,8 %) e (6) (13,3%) denominadas solteiras.

Tabela 1 Gestantes segundo faixa etária e estado civil

Faixa Etária	Casada	Estável	Separada/ou divorciada	Solteira	Outros
12 - 14	0	0	0	0	0
15 - 17	1	2	0	3	0
18 - 20	0	7	0	1	0
21 - 23	2	3	0	1	0
24 - 26	2	5	0	0	0
27 - 29	2	2	0	0	0
30 - 32	2	5	0	0	0
33 - 35	2	2	0	0	0
36 - 38	2	0	0	1	0
39 - 41	0	0	0	0	0
42 - 44	0	1	0	0	0
45 - 47	0	0	0	0	0
Total	13	26	0	6	0

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

A tabela 2 mostra as gestantes relacionando-as com o grau de escolaridade: ensino fundamental completo (C) ensino fundamental incompleto (I), ensino médio completo (C) ensino médio incompleto (I) nunca estudou;

a situação obstétrica atual, (1-2) filhos (3-4) filho, (5-6) filhos, (7-8) filhos e de (9- 10) filhos e o momento do semestre da gestação no momento da entrevista: primeiro trimestre (1º) segundo trimestre (2º) e terceiro trimestre (3º). Percebe-se que existe uma concentração maior no que se refere ao ensino fundamental incompleto (19), seguida de (130 com 1 a 2 filhos e (25) destas mulheres encontravam-se no segundo trimestre da gestação. Observa-se também que na faixa etária de 15 a 17 anos prevalece a escolaridade de ensino fundamental incompleto (4) e que já tiveram filhos entre (1-2) e que se encontravam numa nova gestação; na faixa etária de 21 a 23 (4) estavam no segundo trimestre da gestação.

O espelho desta tabela mostra ainda que nesta comunidade prevalece o ensino fundamental incompleto. Das 45 mulheres entrevistadas, 42,2% encontram-se nesta situação, podendo relacionar este fato ao local das moradias e suas precariedades, assim como a falta de recursos econômicos e à gravidez precoce, mas não se pode deixar de destacar que no bairro Miritizal existem escolas de ensino fundamental gratuitos.

Na última década, dados do Ministério da Saúde apontam para redução nas taxas de gravidez na adolescência. Tal redução deve-se às campanhas de educação em saúde voltadas ao uso do preservativo e métodos anticoncepcionais, assim como a um maior acesso à informação, além da participação da mulher no mercado de trabalho (BRASIL, 2010a).

Autores ainda relatam que a maioria das mulheres brasileiras vem tendo, em média, dois filhos e parte significativa delas tem encerrado precocemente suas funções reprodutivas por meio de laqueadura tubária (BEMFAM, 1997).

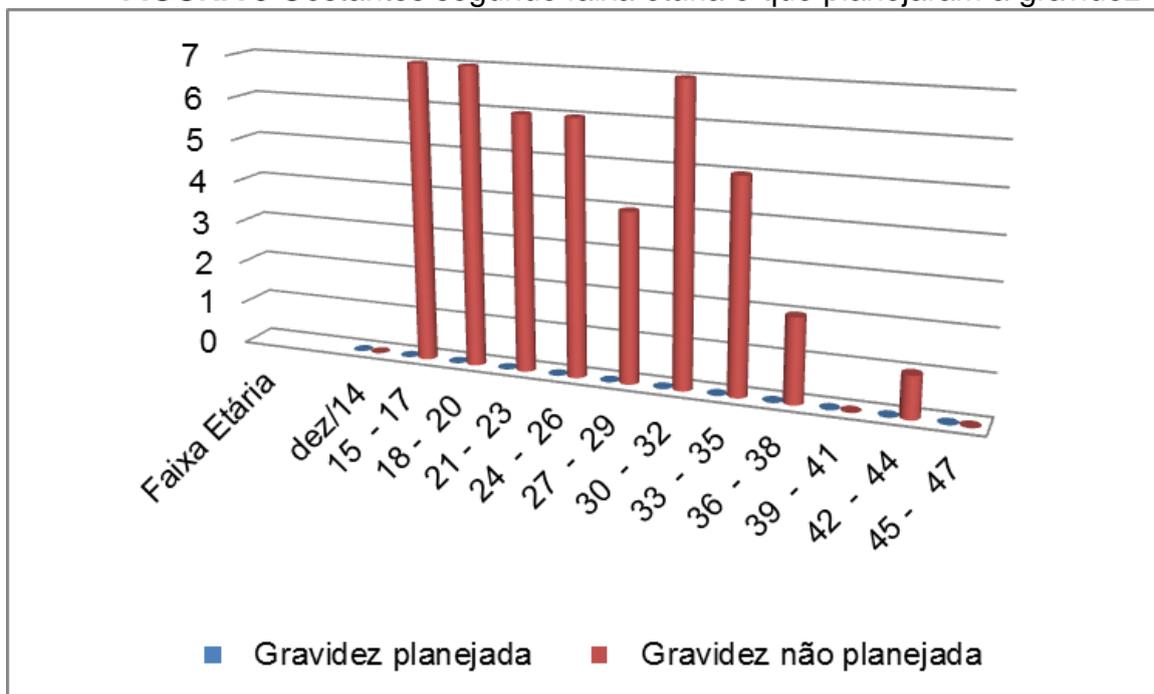
Com base em dados censitários, a região Norte, especificamente no Estado do Acre, apresenta a mais alta taxa de fecundidade quando comparada aos outros estados brasileiros (IBGE, 2010).

Tabela 2 Gestantes Segundo Faixa Etária, Grau de Escolaridade, Gestas e trimestre da Entrevista

Faixa Etária	Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior		Nunca Estudou	Situação Obstétrica					Semestre de Gestação			
	C	I	C	I	C	I		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	1°	2°	3°	
12 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 17	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	
18 - 20	3	3	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	2	3	2	
21 - 23	0	3	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4	1	
24 - 26	1	3	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	5	1	
27 - 29	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	
30 - 32	1	2	0	2	1	1	0	1	2	0	0	0	1	6	0	
33 - 35	0	2	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	3	0	
36 - 38	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	
39 - 41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
42 - 44	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
45 - 47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	6	19	8	6	3	2	1	13	7	0	0	0	11	25	9	

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

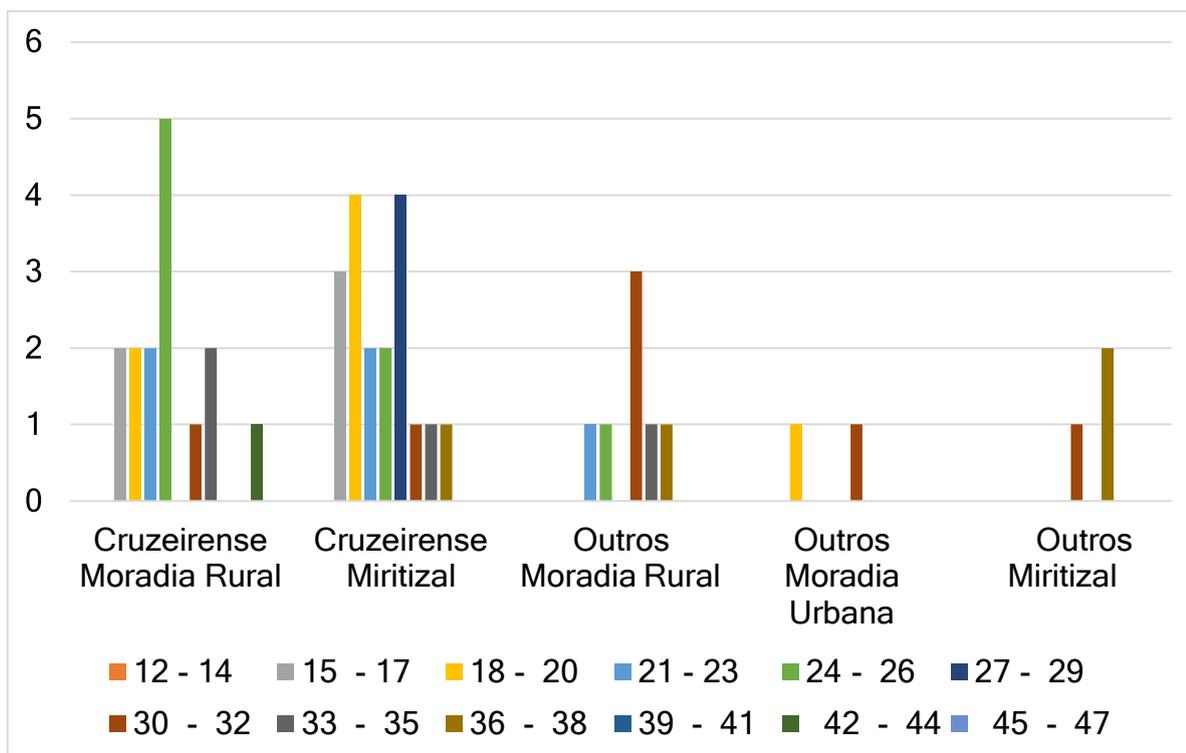
A Figura 8 mostra gestantes segundo a faixa etária e se estas planejaram ou não a gestação (gravidez). Notadamente observa-se que nenhuma gestante em quaisquer faixas etárias planejou a gravidez, totalizando 100% das mulheres da amostra.

FIGURA 8 Gestantes segundo faixa etária e que planejaram a gravidez

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

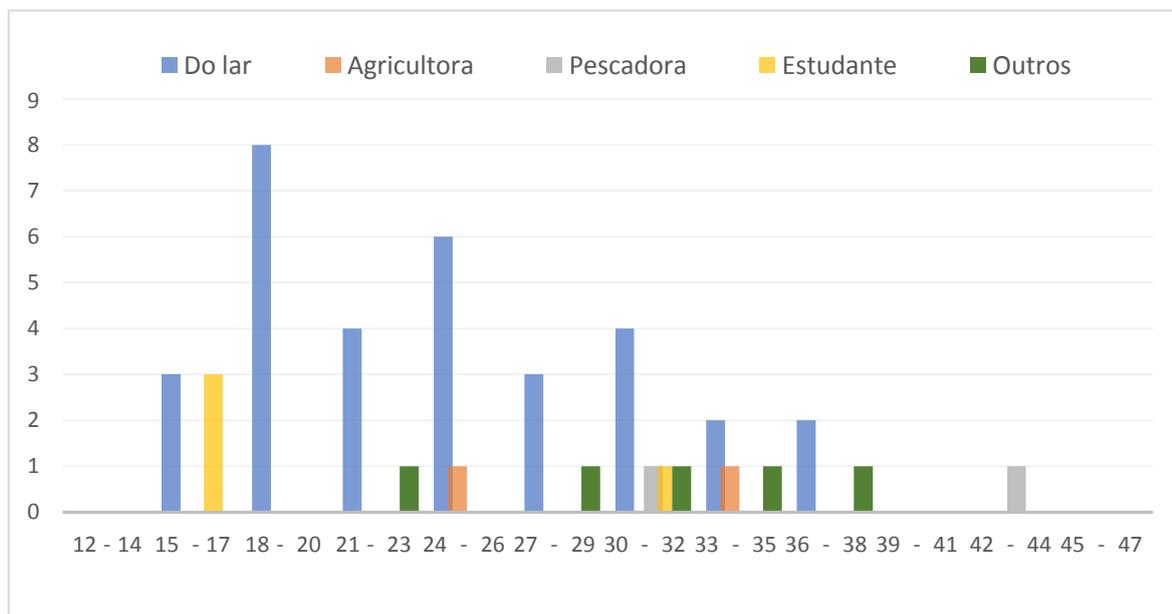
A Figura 9 refere-se a gestantes segundo a faixa etária, área de naturalidade e moradia. Explicitado da seguinte forma: cruzeirense com moradia em Zona Rural: *Aquelas que nasceram em CZS e moram na zona rural*; cruzeirense com moradia em zona urbana: *aquelas que nasceram em CZS e moram na zona urbana*; cruzeirense Miritizal: *aquelas que nasceram em CZS e moram no Bairro do Miritizal*; Outros; moradia Rural: *quem nasceu em outros municípios e mora na zona rural*. Outros; moradia urbana: *aquelas que nasceram em outros municípios e moram em zona urbana*. Neste ponto, houve maior índice de participação de mulheres nascidas em Cruzeiro do Sul, moradoras do bairro Miritizal, considerado como zona urbana.

Figura 9 Gestantes segundo faixa etária, área de naturalidade e moradia.



Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

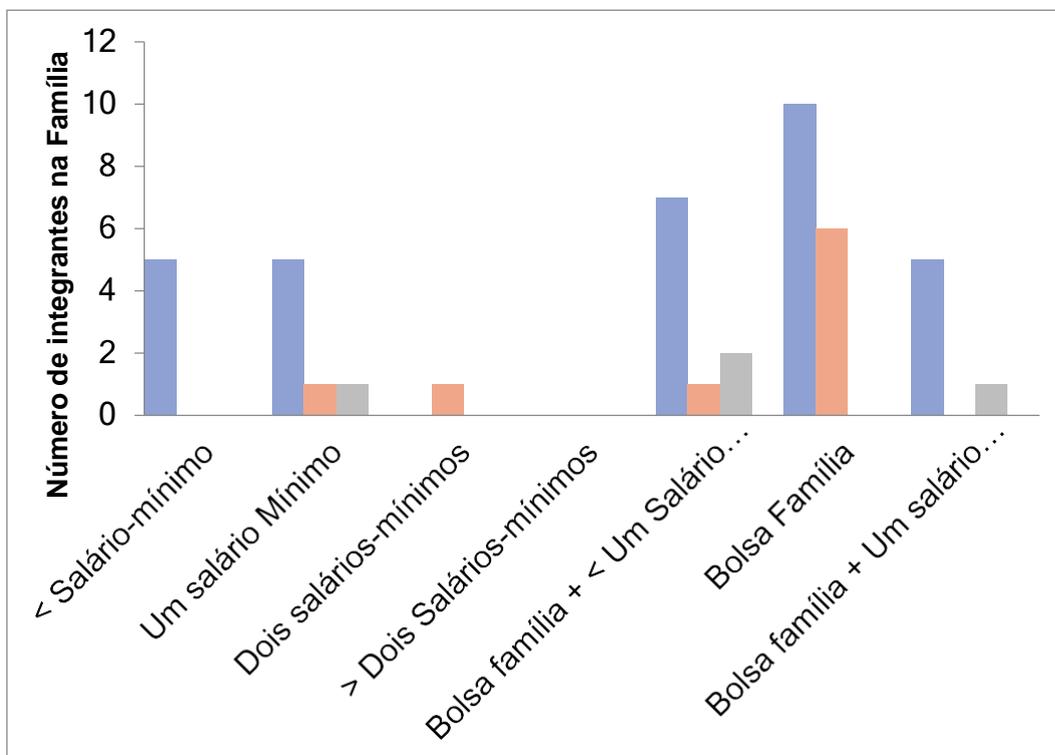
A Figura 10 refere-se a gestantes segundo faixa etária e sua ocupação, (do lar, Agricultora, Pescadora, Estudante, outros) ficando marcante que a maioria das mulheres (71%), se dedicam ao lar e em relação à faixa etária as idades entre 24 a 26 é a que mais prevalece. Com isto observa-se que a maioria das mulheres entrevistadas não possui ocupação que produz renda.

Figura 10. Gestantes Segundo Faixa Etária e sua Ocupação

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

A figura 11 visualiza as gestantes e seus integrantes da família, assim como a renda adquirida e especifica-se integrantes da família de 2 a 13 integrantes relacionados com a renda. A renda é elencada como: menor de um salário mínimo (< salário mínimo), seguido de um salário mínimo, dois salários mínimos, maior de dois saláriosmínimos (> dois salários mínimos), bolsa família, mas é menor que um salário mínimo (bolsa família + < um salário mínimo) bolsa família unicamente, bolsa família e um salário mínimo. Concluiu-se que de 2 a 4 integrantes da família tem como renda o bolsa família (22,2%), desta forma formando o grupo maioritário na totalização da renda (35,5%).

Figura 11 Gestantes e seus Integrantes da Família e Renda



Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

Na figura 12 e figura 13 se mostram gestantes que utilizam e não utilizam plantas medicinais e as que utilizam e não utilizam segundo local de moradia; utilizam (53,3%), não utilizam (46,6%), utiliza zona urbana (28,8%), não utiliza zona urbana (24,4%), utiliza zona rural (24,4%), e não utiliza zona rural (17,7%), observando-se que a maiorias gestantes que utiliza plantas medicinais reside na zona urbana, com 28,8% comparado com 24,4% das residentes na zona rural e que utilizam as plantas medicinais.

Figura 12 Gestantes que utilizam e não utilizam plantas medicinais e as que utilizam e não utilizam segundo local de moradia.

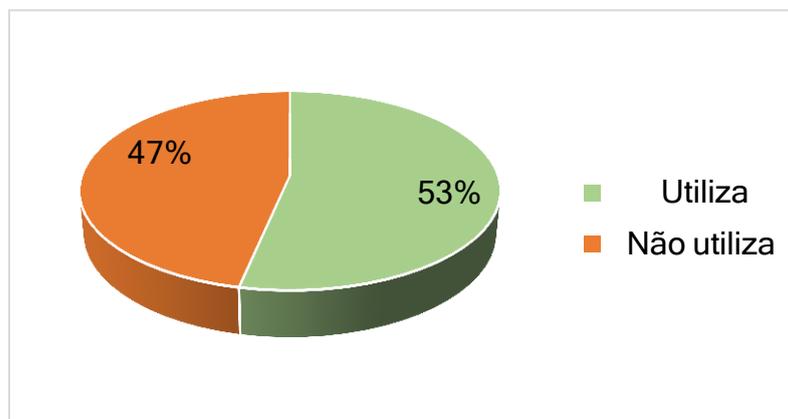
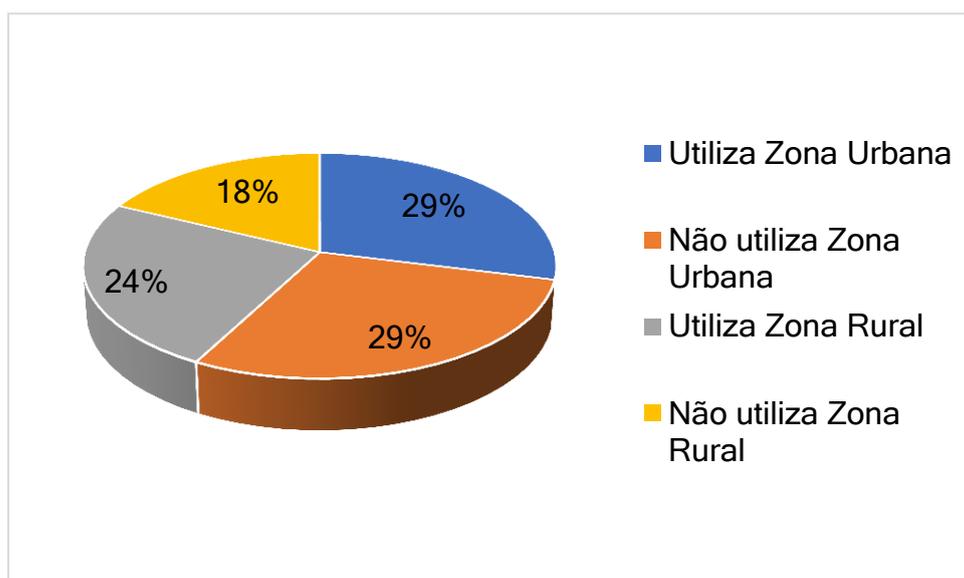


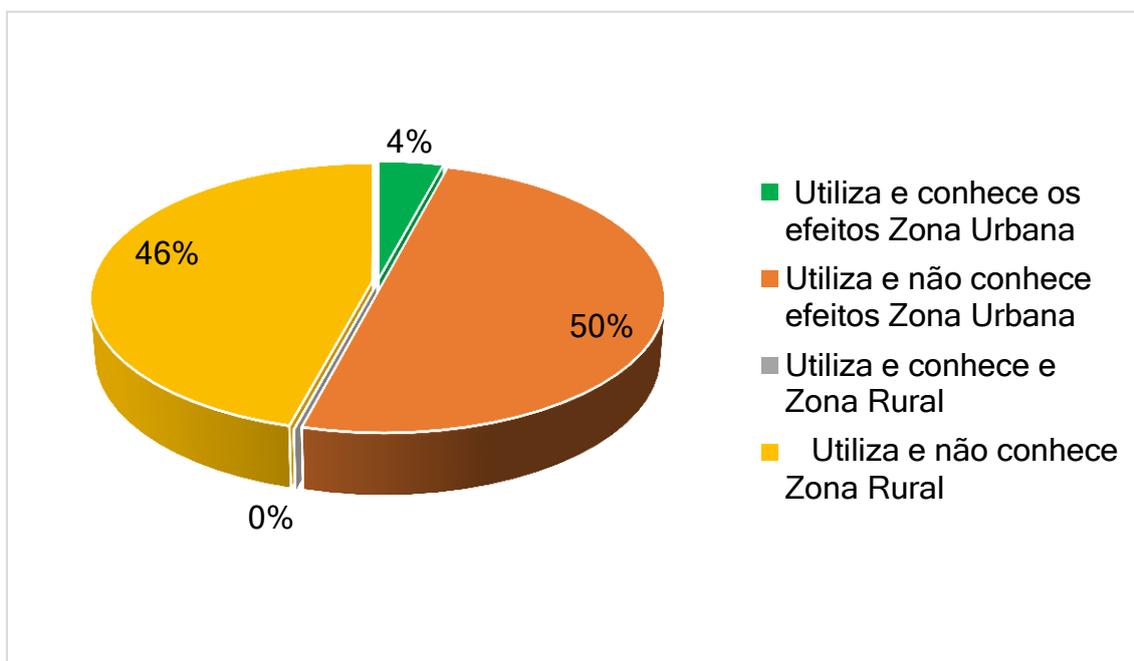
Figura 13. Gestantes que utilizam e não utilizam plantas medicinais e as que utilizam e não utilizam segundo local de moradia.



Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

A figura 14 indica gestantes que utilizam plantas medicinais e se conhecem ou não seus efeitos adversos no organismo. Dos 53,3% das mulheres entrevistadas que utilizaram plantas medicinais durante a gestação e que tem como local de moradia zona urbana, 4,1% indicaram conhecer que fazia mal e 50% das mulheres com local de moradia na zona urbana relataram não conhecer os efeitos adversos das plantas que utilizavam; de igual forma as mulheres com moradia na zona rural que não conheciam os efeitos adversos correspondeu a um total de 45,8%.

Figura 14 Gestantes que utilizam plantas medicinais por local de moradia e que reconhecem os efeitos Adversos.



Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021.

A tabela 3 indica gestantes por faixa etária, adicionando-se dados de utilização de plantas medicinais por zona de moradia. As residentes na zona urbana correspondeu a 28,8%, da zona rural 24,4%. Observa-se que dentre as faixas etárias da utilização da planta, as da zona urbana são mulheres na faixa de 27-29 anos e na zona rural na faixa de 21 a 23 anos, sendo a média das idades entre 21 a 29 anos. As que não utilizam estão na faixa de 15-17 anos na zona urbana e 18 a 26 anos na zona rural

Tabela 3. Gestantes com faixa etária e a utilização de plantas medicinais por zona de moradia

Faixa Etária	Zona Urbana		Zona Rural		Total
	Utiliza	Não utiliza	Não utiliza	utiliza	
12 - 14	0	0	0	0	0
15 - 17	1	4	0	1	6
18 - 20	2	2	2	1	7
21 - 23	2	1	2	1	6
24 - 26	1	1	2	3	7
27 - 29	3	1	0	0	4
30 - 32	2	2	2	1	7
33 - 35	1	0	0	3	4
36 - 38	1	2	0	0	3
39 - 41	0	0	0	0	0
42 - 44	0	0	0	1	1
45 - 47	0	0	0	0	0
Total	13	13	8	11	45

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 – 2021.

A **tabela 4** se refere a gestantes segundo faixa etária, gestas e abortos, onde; encontrasse a faixa etária seguido da situação obstétrica/Gestas (quantas vezes a mulher engravidou neste caso incluindo o momento da entrevista), (1-2 gestações), (3-4 gestações), (5-6 gestações), (7-8 gestações) e de (9-10 gestações) e os abortos respectivamente. Observou-se que na faixa etária de 15 a 20, as mulheres já tiveram até duas (2) gestações e na mesma faixa etária já tiveram pelo menos um (1) aborto; de igual forma na faixa etária de 24 a 26, as mulheres tiveram até quatro (4) filhos e até dois (2) abortos.

Tabela 4 Gestantes segundo faixa etária, gestas e abortos

Faixa Etária	Situação Obstétrica/Gestas					Abortos	Total
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10		
12 -14	0	0	0	0	0		0
15 - 17	6	0	0	0	0	1	7
18 - 20	6	1	0	0	0	1	8
21 - 23	5	1	0	0	0		6
24 - 26	3	3	1	0	0	2	9
27 - 29	2	1	0	1	0		4
30 - 32	3	3	1	0	0	1	5
33 - 35	1	1	0	2	0		4
36 - 38	1	0	1	1	0	1	3
39 - 41	0	0	0	0	0		0
42 - 44	0	0	1	0	0		1
45 - 47	0	0	0	0	0		0
Total	27	10	4	4	0	6	45

Fonte: dados da pesquisadora, 2020 - 2021

Na tabela 5 se visualiza um resumo de vinte (20) espécies utilizadas durante a gestação, assim como as vezes em que as plantas foram mencionadas, fornecendo o nome popular, parte utilizada da planta, formas e motivo de uso. O nome científico e os efeitos tóxicos das espécies botânicas foram relacionados com a literatura (*). Desta forma, das 45 mulheres pesquisadas, 53,3% assumiram ter utilizado plantas medicinais na gestação. A que foi mais mencionada foi uma planta que se utiliza “para tudo” *Gomprena arborecenns Lf*, conhecida popularmente como “sara tudo”. 35% das entrevistadas utilizou esta planta, que, segundo a literatura é de caráter emenagoga e pode induzir ao aborto.

Esta planta, assim como a planta indicada para dismenorreia deve ter sua utilização evitada por mulheres grávidas. (GRANDI, 2014). Em seguida seguem alguns relatos que apontaram para estas informações.

Tabela 5 Tipos de plantas consumidas durante a gestação e seus efeitos tóxicos

Nome Popular /nº de vezes mencionado **	Nome Científico*	Parte da Planta Utilizada **	Forma de uso **	Motivo de uso **	Efeitos tóxicos* (conforme literatura)
Alfavaca (1)	<i>Ocimum gratissimum</i>	Folha	Chá	Infecção e inflamação do trato urinário	Embriotóxico
Algodão (2)	<i>Gossypium Hirsutum</i>	Flor	Chá	Infecção da urina	Teratogênico/Abortivo
Alho (2)	<i>*Allium sativum L.</i>	Polpa/ Dente	Chá	Imunidade	Abortivo
Agrião (1)	<i>*Nasturtium Officinale R. Br</i>	Folha	Chá	Imunidade	Embriotoxicico
Arruda (2)	<i>**Ruta graveolens L.</i>	Folha	Chá	Aborto/ Menstruação	Emenagoga/Abortivo
Boldo (2)	<i>*Plecthantus barbathus Andrews</i>	Folha	Elixir	Aborto	Teratogênico / abortivo

Cajiru (3)	* <i>Anacardium humile</i> A. <i>St. Hil.</i>	Folha	Chá	Infecção urinaria	Embriotóxico
Capim santo/ Limão/ Cidreira (3)	* <i>Cymbopogon citratus</i> n (DC.) Stapf	Folha	Chá	Dor de cabeça Acalmar Dormir	*Embriotóxico
Castanha (1)	<i>Bertholletia excelsa</i>	Casca	Chá	Anemia	*Não foram encontrados
Chicória (1)	<i>Cichorium intybus</i>	Folha	Chã	Inflamação	Abortiva
Gengibre (1)	<i>Zingiber officinale</i> <i>Roscoe</i>	Raiz	Chá	Gripe	Emenagogo/ abortivo
Hortelã (2)	<i>Mentha Piperita</i> L.	Folha	Chá	Enjoo	Embriotóxico/Abortiva
Insulina (1)	<i>Cissus verticillata</i> (L.) <i>Nicholson</i>	Folha	Chá	Diabetes	Abortiva

Laranja/da terra (1)	<i>Citrus aurantium L.</i>	Folha	Chá	Enxaqueca	Abortiva/ação ocitocina
Limão (3)	<i>Citrus limão(L.) Burman F.</i>	Suco	Batida	Imunidade	Não encontrados
Malvarisco (1)	<i>Althaea officinalis</i>	Folha	Chá	Gripe	Não encontrados
Macela (1)	<i>Achyrocline satureoides (Lam.) DC</i>	Flor	Chá	Antiespasmódica	Embriotoxica
Para tudo/Sara tudo. (7)	<u><i>Gomprena arborecens</i></u> <u>L.f.</u>	Folha	Chá	Infecção	Emanagoga
Vassourinha/alecrim do campo (1)	<i>Baccharis dracunculifolia DC.</i>	Folha	Chá	Infecção urinaria	Não encontrados
Pimenta do Reino (1)	<i>Piper nigrum L.</i>	Grão	Chá	Enjoo	Não encontrados

Fonte; dados da pesquisadora, **2020 - 2021. * Grandi (2014), *Morgan (2003), *Martins (2000), * Azevedo (2009), Almeida (2011)

6.2 RELATOS SOBRE O USO DE PLANTAS

Solicitamos que as gestantes respondessem as seguintes questões: 1. Poderia explicar com detalhes o que a motivou a utilizar a planta medicinal, 2. De onde veio esse apendizado, 3. Quais são as plantas e como costuma utilizá-las, 4. Conhece quais os efeitos delas? 5. Melhora quando as utiliza?

Seguem-se os principais relatos:

“Eu, não queria engravidar então fui para internet e vi que tinha boldo, mas arruda e tomei em chá, eu sabia dos efeitos pois hoje todo se vê no celular esse negócio dos remédios” (SANDRA,2020).

Observando as respostas destes questionamentos, percebe-se que algumas motivações da utilização das plantas eram com conhecimento de causa e propósito, como é o caso da SANDRA, 2020.

“Eu tomei um chá de arruda para a menstruação descer, coloquei a folha em água, foi ensinado pela amiga da tia, é avô dela que tinha, diz que não fazia nenhum mal não”. (EDUARDA,2020).

Segundo Grandi (2014), a arruda e boldo não devem ser usados na gravidez por serem emenagogas e abortivas devido aos efeitos estimulantes uterinos.

Diversas motivações foram percebidas na utilização das plantas medicinais. Há desconhecimento do agravo na utilização concomitante com outras medicações e a interação medicamentosa, bem como sua relação com a gestação. Ante a presença de uma diabetes pré-estabelecida, a gestante utilizou a planta sem a assessoria profissional.

“À minha glicose não baixava, tem um rapaz que mora perto da mãe foi quem me falou da insulina natural, que se bate no liquidificador 3 folhas frescas com um pouco de água e se toma uma vez, de dois em dois dias e melhorei”. (QUEILA, 2020)

Ainda em relação a isto: a automedicação responsável deverá ocorrer somente mediante orientação e acompanhamento de farmacêutico nos casos de medicamentos oficiais e isentos de prescrição. (CRF, 2019 P.16)

Em relação ao aprendizado e algumas motivações da forma de utilização da planta percebe-se que ainda fica mantido esse conhecimento, sendo transferido de geração a geração como foi exposto nos seguintes depoimentos:

“Tomei um chá da folha de Cajirú achando que estava com infecção nas urinas também peguei alfavaca e coloquei dentro de dois litros de água e botei para ferver, eu tomo 3 vezes ao dia, isto me ensina minha mãe ela usa a muitos anos, eles cultivam, vem de família, graças a Deus melhorei, para mim mesmo, faz bem esses remédios “. (JAQUI, 2020)

Como se observa neste relato existem espécies como a alfavaca, na qual em toda a parte aérea da planta contém o óleo essencial rico em eugenol. Esse óleo pode gerar efeitos tóxicos durante a gestação. (GRANDI, 2014)

“Tomo chá de cidreira pois minha mãe mim da quando estou com dor de cabeça, quem passou foi meu avô, a folha coloquei na panela, na água colocopara ferver, as vezes tomo três vezes al dia ou quatro e passa minha dor de cabeça, por que os remédios que passam do posto não têm efeito, mas, as vezes que eu tomo tenho vontade de tomar umas três para ver se passa”. (CIMARA, 2020).

Segundo Grandi (2014), o óleo essencial dessa espécie possui ação antibacteriana, aumenta o tempo de sono e tem propriedade anticonvulsivante. Estes podem gerar efeitos tóxicos na gestação.

*“Eu gosto de tomar chá da planta do cajiru para infecção urinaria, eu pego e lavo 10 folhas, quando termino de ferver abafio tomo 3 vezes ao dia por dois dias, foi ensinado pelos mais velhos, minha mãe minha sogra assim que se tomava no seringal “
(MANA 2020).*

Ante a fala de Mana 2020, fica claro que a utilização desta planta durante a gestação, sem o devido uso racional e adequado, pode causar sérios problemas à saúde. Existem antibióticos específicos para o tratamento das infecções do trato urinário durante a gestação. Prova até que mesmo a medicação alopática tem seu uso apropriado durante gravidez.

“Eu tomo para criar imunidade, alho, limão e agrião, que isso eu tinha certeza que não fazia mal, quem me ensino foi uma senhora de idade diz que era para melhorar, tirou de uma horta medicinal, só sei que fazia bem, se eu sentir gripeeu acostumo tomar ”. (DITA 2020).

Este depoimento frisa um aspecto importante relacionado à escolha do uso de plantas medicinais *“tirou de uma horta medicinal”*. Segundo o conselho regional de farmácia:

Não se devem escolher plantas próximas à estradas e rodovias pois podem estar contaminadas pela poeira e pelos gases expelidos pelos automóveis. Também deve se evitar a colheita próximo à beira de rios e riachos contaminados com produtos químicos, bem como próximo a lavouras onde se faz uso de agrotóxicos e produtos químicos. (CRF, 2019 P.2)

As plantas utilizadas por estas mulheres gestantes, como afirma Grandi, 2014, (tabela 5), em sua maioria tem efeitos tóxicos e teratogênicos na gestação, podendo afetar o feto, principalmente no primeiro trimestre da gestação. (MONTENEGRO 2017)

7 DISCUSSÃO

Este trabalho é direcionado ao estudo do conhecimento e o consumo de plantas medicinais por mulheres gestantes em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Cruzeiro do Sul/ Acre e cujo objetivo principal foi analisar o conhecimento e o consumo das plantas medicinais por mulheres gestantes, caracterizando sobre seus riscos e benefícios à saúde.

Os resultados encontrados neste estudo demonstram as gestantes segundo a faixa etária e estado civil. A tabela 1 mostra que prevalece um maior número de mulheres com relação estável (57,7 %) e na faixa etária de 18 a 20 anos (15,5%). O artigo 226 da Constituição Federal equiparou a união estável entre homem e mulher ao casamento, dispondo em seu parágrafo 3º que “é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher, como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento”, e o parágrafo 4º, preceitua que “entende-se, também, como entidade familiar comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”.

Este indicativo demonstra que a maioria das mulheres possui uma segurança conjugal devido aos possíveis requisitos para os benefícios sociais a serem adquiridos. Em relação à faixa etária, um estudo realizado recentemente em Cruzeiro do Sul com adolescentes revelou que:

O perfil identificado nas adolescentes gestantes mostrou uma média de idade de 17 anos; a maioria não frequentava a escola, não possuía atividade remunerada e a renda familiar não ultrapassava um salário-mínimo. (SILVA. 2013).

No que se refere à faixa etária, grau de escolaridade, gestas (vezes que a mulher engravidou incluindo os abortos) e semestre da entrevista, observa-se que a faixa etária entre 15 a 17 anos prevalece. No que diz respeito ao grau de escolaridade, o ensino fundamental incompleto torna-se mais representativo, assim como ter gerado previamente entre 1-2 filhos e que as mesmas se encontravam em uma nova gestação. No entanto as mulheres na faixa etária de 21 a 23 anos encontravam-se no segundo trimestre da gestação.

O espelho desta tabela 2 mostra ainda que prevalece o ensino fundamental incompleto. Diante das 45 mulheres entrevistadas, 42,2% encontram-se nesta situação, podendo relacionar este fato ao local da moradia e sua precariedade, assim como a falta de recursos econômicos e a deserção escolar, mas não se pode deixar de destacar que existe na redondeza escolas de ensino fundamental gratuitas. Em relação às gestas (número de gestações prévias independentemente de chegar ao nascimento ou não até o momento da entrevista), no que se refere à situação obstétrica e faixa etária, o estudo corrobora que a faixa etária de 15 a 20 anos é a que precede de 1 a 2 filhos (gestas), (26,6%), seguido na mesma linha desta faixa etária elas já apresentaram abortos prévios até o momento da entrevista.

Com isto pode-se destacar que:

Os dados do Ministério da Saúde apontam para redução nas taxas de gravidez na adolescência. Tal redução deve-se às campanhas de educação em saúde voltadas ao uso do preservativo e métodos anticoncepcionais, assim como a um maior acesso à informação, além da participação da mulher no mercado de trabalho (BRASIL,2010 a).

Autores ainda relatam que a maioria das mulheres brasileiras vem tendo, em média, dois filhos e parte significativa delas tem encerrado precocemente suas funções reprodutivas por meio de laqueadura tubária (BEMFAM, 1997).

Em relação ao semestre de gestação observa-se que 55,5% das entrevistadas se encontravam no segundo trimestre de gestação, o que indicaria que estas mulheres avançaram a etapa do primeiro trimestre, o que cria incertezas sobre os possíveis efeitos tóxicos em relação ao momento da ingestão de espécies medicinais e seus efeitos adversos.

Assim como o início de todas as estruturas essenciais ocorre durante o período embrionário, as 4 semanas aludidas constituem a fase crítica do desenvolvimento. Nesse momento podem surgir diversas malformações congênitas, quando exposto o embrião a agentes teratogênicos (fármacos, infecções, radiações, etc.), (MONTENEGRO, 2017).

Seguindo com os apontamentos da tabela 3, gestantes segundo faixa etária e que planejaram a gravidez, notadamente observa-se que as mulheres entrevistadas não planejaram a gestação. Esta informação corresponde a 100% das entrevistadas. Este é um dado preocupante porque coloca a mulher em notável risco obstétrico perante qualquer adversidade externa, como a exposição a agentes tóxicos ou teratogênicos quando uma gestação surgir inesperadamente, o que, de certa forma, contradiz sobre a utilização dos métodos contraceptivos.

Com base na experiência profissional, é sabido que a maioria das mulheres acusa algum tipo de incômodo ou efeito colateral quando utiliza contraceptivos hormonais, já outras referem a falta de dinheiro para dar continuidade ao tratamento contraceptivo. Esta última situação é da responsabilidade da gestão municipal, no entanto, a mulher fica à mercê da aquisição pública.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual,

cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, p. 7.2).

E conseqüentemente relacionado ao direito ao planejamento familiar, o art. 9º determina que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Este estudo indica gestantes segundo a faixa etária, área de naturalidade e moradia e a tabela 4 demonstra que as mulheres nascidas no município de Cruzeiro do Sul e que moram no bairro do Miritizal são as que prevalecem (40%), com pouca diferença da percentagem das mulheres que nasceram no Município de Cruzeiro do Sul e moram na zona rural (33,3%). Esta margem diferencial reflete o entrosamento da usuária com os serviços ofertados pelo estabelecimento e ajuda a facilitar a troca de saberes. No entanto este aspecto é fundamental para responder os objetivos deste estudo.

Este estudo revela ainda, conforme as figuras 3, 12, 13 que as mulheres da zona urbana são as que mais utilizam as plantas medicinais, (28,8%) e as de zona rural correspondem a 24,4%. A figura 9 relaciona o local de moradia com a faixa etária de 27 a 29 anos (6,6%), sendo que essa faixa etária é a que mais utiliza as plantas medicinais e tem como local de moradia a zona urbana, quebrando o paradigma que as mulheres da zona rural, por encontrarem-se próximas ao ambiente natural, utilizam as plantas medicinais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), após inúmeras pesquisas, reconheceu em 1978, que mais de 80% da população fazia uso de algum tipo de planta medicinal

para eliminar ou minimizar suas dores, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos paísesdesenvolvidos (OMS, 2002).

Em relação ao conhecimento sobre os efeitos adversos ou tóxicos das plantas medicinais utilizadas durante a gestação, percebe-se na figura 14 que independentemente do local de moradia (50 % - zona urbana, 35,8% - zona rural), as mulheres assumiram não conhecer os efeitos adversos ou tóxicos das plantas medicinais. Este fato atribui uma grande preocupação sobre os possíveis efeitos teratogênicos e embriotóxico por causa desse desconhecimento.

O Conselho Regional de Farmácia (CRF-SP, 2019, p. 12) alerta que:

Surge a suposição de que as plantas medicinais, bem como os produtos naturais, não apresentam risco à saúde. Esse conceito, sem embasamento científico, apenas passado de geração em geração, acaba por oferecer sérios riscos à saúde de pessoas menos esclarecidas. Esse dado importante não é considerado pela população, levando ao uso inadequado e despreocupado, com possíveis riscos agravados pela falta de informações fidedignas sobre os potenciais efeitos tóxicos, até mesmo em associações com medicamentos de uso corrente.

No que diz respeito às gestantes, segundo a faixa etária e sua ocupação, (do lar, Agricultora, Pescadora, Estudante, outros), a figura 10 mostra que a maioria das mulheres (71 %) se dedicam ao lar e em relação à faixa etária, prevalece a faixa de 24 a 26 (13.3%). Com isto observa-se que a maior parte das mulheres entrevistadas não possui ocupação que produz renda. Isto destaca a falta de oportunidades e difícil acesso ao mercado de trabalho. No entanto, a maioria dessas mulheres e seus grupos familiares é apoiada em benefícios sociais que de certa forma minimiza as necessidades econômicas, como mostra a figura 11. Pode-se observar que entre 2 a 4 integrantes da família têm como renda o bolsa família, (22,2%) formando o grupo maioritário na totalização

da renda (35,5%). Seguido da bolsa família mais um salário mínimo, que corresponde a 22,2% dos dados inquiridos.

Contudo, a necessidade de articulação entre vida doméstica e trabalho pode ser geradora de estresse. Tal aspecto se amplia e dificulta o exercício do papel de mãe e educadora, pois em tais arranjos as mulheres continuam a ser as principais cuidadoras da família. Desse modo, a rede de apoio assume um papel fundamental na articulação entre a vida doméstica e o trabalho, possibilitando o exercício do papel de mãe de forma mais eficiente. (PINTO, 2013).

8 CONCLUSÃO

O perfil sócio-econômico das mulheres investigadas no presente estudo delimita-se que a menor e a maior idade da gestante é de 15 a 44 anos havendo uma média de idade entre 18-20 anos e que a maior porcentagem (71%) se dedicam ao lar. O recurso econômico adquirido é através da bolsa família (35,5%) havendo uma média de 2-4 familiares recebendo o auxílio; o local de moradia em relação ao uso da unidade básica de saúde é da zona urbana, nascidas em Cruzeiro do Sul e moram no bairro do Miritizal.

Ante este resultado cabe dizer que estas condições de vida não influenciam no conhecimento e consumo das plantas medicinais. Na fala dos sujeitos percebe-se que as plantas utilizadas possuem as mesmas intenções de tratamento conforme apontadas nas bibliografias pesquisadas. Foi percebido também que as mulheres em sua maioria (99,9 %) não sabiam das complicações ou efeitos colaterais da planta assim como seu uso concomitante com os medicamentos alopáticos, conforme a literatura apresentada.

A difusão das plantas medicinais teve uma evolução em relação ao acesso ao conhecimento devido à internet. Fica claro que ainda permanece o conhecimento dentro da sabedoria popular transcendendo as barreiras familiares e passando este conhecimento por pessoas do convívio, isto incluindo as casualidades do dia a dia. Foram encontradas durante a entrevista 20 espécies de plantas medicinais cuja motivação foi a de tratar doenças infecciosas como a inflamação e infecção urinária assim como a forma consciente de utilizar o boldo e arruda em busca de um aborto espontâneo. Ao mesmo tempo o fácil acesso ficou claramente percebido, não havendo menção da carência econômica para dita motivação. Verificou-se a inconformidade do tratamento dos medicamentos alopáticos pela falha, segundo elas, nos “resultados esperados”.

A forma de maior utilização é por meio de chás e as partes utilizadas das plantas são as folhas. Em relação ao fato de saberem as concentrações das dosagens para o preparo, foi percebido que estas mulheres não tinham certeza da concentração adequada do material (plantas) que deveria ser utilizado. Foi constatado que todas as mulheres entrevistadas não realizaram o planejamento familiar. Este estudo não tinha por objetivo procurar os motivos.

Isto traz uma preocupação em relação ao uso indiscriminado das plantas

medicinais que na ausência da confirmação de uma gravidez possa vir a ter consequências imensuráveis. Com isto, cabe ressaltar que o uso das espécies botânicas deve ser utilizado com responsabilidade, cuidado e assessoramento profissional para evitar prováveis problemas teratogênicos e embriotóxicos na gestação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Para a recomendação dos profissionais ao uso de plantas medicinais no cotidiano se requer conhecimentos técnicos e científicos. Os profissionais envolvidos deverão prever cuidados nas informações, assim como o conhecimento em relação ao preparo adequado das plantas medicinais, reconhecendo os riscos e benefícios à saúde.

É também fundamental que o paciente se atente ao cultivo ou procedência das plantas medicinais. Estudos deixam claro que o manejo e a conservação do produto ajudará ou contribuirá como resposta positiva ou não ao tratamento esperado, maior ainda o cuidado no caso da gestante.

Os conhecimentos sobre as plantas medicinais entre as gestantes refletem exatamente a riqueza de diversidade deste local em que se encontram. Muitos destes conhecimentos estão fortemente relacionados com a cultura local e se perpetua pelo tempo. Processo importante de manutenção da cultura e da biodiversidade, mas que carece de um embasamento e acompanhamento dos pesquisadores e da comunidade médica e de saúde local.

É de se esperar que as informações contidas neste estudo possam vir a fortalecer as políticas públicas e dessa forma contribuir com a diminuição dos prováveis efeitos nocivos durante a gestação, gerando e direcionando a uma promoção de informações oportunas, que sirvam de base para uma melhor assistência à mulher no período gravídico.

REFERÊNCIAS

- ABELLA, H. B.; MARQUES, M. G.; BOFF, G.J. I. L.; ROSSONI, M. G.; TORRES, J. B.; MOURA, K.; RAMOS, C. L. J.; SILVA, C. A. M.; LESSA, C. S. **Manual de identificação e tratamento de intoxicações por plantas**. Porto Alegre: CIT/RS. p.16. 2002
- ALMEIDA, MZ. **Plantas medicinais: abordagem histórico-contemporânea**. In: **Plantas Medicinais** [online]. 3ra ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 34-66. ISBN 978-85-232-1216-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- AMOROZO MC de M. **A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais**. In: Di Stasi LC (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: UNESP; 1996. p. 47 — 68.
- ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 26, DE 13 DE MAIO DE 2014. **Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos**. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0026_13_05_2014.pdf/d6e5b9d7-dc13-46ce-bfaa-6af74e8a2703>. Acesso em 07/09/2021.
- ARAUJO, P. S.; MACEDO, A. P. **Percepção de risco e conceitos sobre plantas medicinais, fitoterápicos e alopáticos entre gestantes**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 35, n. 2, p. 320-333, 2011.
- ARAUJO, R.C. **Estudo toxicológico das drogas. Correlação clínico patológico**. In: SILVA, P. Farmacologia. 5ta.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap.20, p.131-50.
- AZEVEDO, G. et al. **Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 117- 343.
- BALBINO, E. E.; DIAS, M. E. **Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Rev.bras. farmacogn. Curitiba, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil), DHS (Demography Health Survey, 1997. **Brasil, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS.
- BISOGNIN, P. ALVES, C. N.; WILHELM, L. C.; SILVA, S. C.; STUMM, K. E.; PINTO, T. A. P.; PUGIN, T.; RESSEL, L. B. **O uso de chás durante a gestação: contribuições para a enfermagem**. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS 2012. Disponível em:<<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6596.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N. 10, de 9 de Março de 2010.

Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 Ago. 2006. Disponível

em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao10_09_03_10.pdf>. Acessado em: 25 de set. 2019.

_____. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Plantas Medicinais e Fitoterápicos. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.** —São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019. 4ª edição.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Espécies Nativas da Flora Brasileira de Valor Econômico Atual ou Potencial. Brasília, DF: 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Agosto/2019. Disponível em <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez#inicio>. Acessado em 27/09/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência.** Brasília, 2010a.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do **planejamento familiar**, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BUSSAB, WO; MORETTIN, PA. **Estatística Básica.** São Paulo: Editora Saraiva, 2006 (5ª Edição).

CASTRO, C. G. S. et al. **Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 1, p.73-S82, 2004.

CHEZ, R.A.; JONAS, W.B. **Complementary and alternative medicine.** Part I: clinical studies in obstetrics. *Obstet Gynecol Surv.*, v.52, p.704-708, 1997

CLARKE, J. H. R.; RATES, S. M. K.; BRIDI, R. Um alerta sobre o uso de produtos de origem vegetal na gravidez. **Revista Infarma**, v.19, nº 1/2, 2007. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/223>>. Acesso em: 27 set. 2019.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Cartilha Comissão Assessora de Homeopatia.** São Paulo: Conselho Regional de Farmácia, 2013.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3ª.ed. São Caetano do Sul,SP; Difusão Editora, 2014

DUARTE, et, al. **o Uso de Plantas Medicinais Durante a Gravidez e Amamentação**. Visão Acadêmica, Curitiba, v.18, n.4, Out. 2019.

ELDIN S.; DUNFORD A. **Fitoterapia na atenção primária a saúde**. SãoPaulo: Manole; 2001.

FARIA, P. G. et al. **O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde**. Acta Scientiarum, Health Sciences, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004.

Flick, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: 2009. Artmed. (Obra original publicada em 1995)

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GODOY A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas, 1995.

GRANDY, T.S.M. **Tratado das plantas medicinais (recurso eletrônico): mineiras, nativas e cultivadas**.1. ed, Belo Horizonte: Adaequatio Estúdio,2014. Disponível em: <https://ciclovivo.com.br/vida-sustentavel/bem-estar/livro-gratuito-reune-detalhe-de-quase-400-especies-de-plantas-medicinais/>

KINUPP, V. F.; LORENZI, H. **Plantas alimentícias não convencionais (PANC) no Brasil: guia de identificação, aspectos nutricionais e receitas ilustradas**. São Paulo: Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2014 768 p.

IBGE. **Cidades IBGE, Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em: 25 set.2019.

_____. **Estados @**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac>>. Acessado em: 25 set, 2019. População estimada:

_____, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Acessado em 25 de set de 2019.

LANINI, J et al. **"O que vêm da terra não faz mal": relatos de problemas relacionados ao uso de plantas medicinais por raizeiros de Diadema/SP**. Rev. bras. farmacogn, João Pessoa , v. 19, n. 1a, p. 121-129, 2009 .

LORENZI, H.; MATOS, J. F. A. **Plantas Medicinais no Brasil - Nativas e Exóticas**. São Paulo: Instituto Plantarum, 2002. 512 p.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. de A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008. 544 p. il.

MAGALHÃES, MN; LIMA, ACP. **Noções de Probabilidade e Estatística**. São Paulo: EDUSP, 2008. 6ª ed.

MARTINS, E.R. et al. **Plantas Mediciniais**. Editora. UFV. Minas Gerais. 2000

MATOS FJA. et al. Plantas tóxicas: **Estudo Fitotoxicologia Química de Plantas Brasileiras**. São Paulo: Instituto Plantarum de Estudos da Flora Ltda., 2011. 256. p.

MIGUEL, M.D.; MIGUEL, O.G. 2000. **Desenvolvimento de fitoterápicos**. São Paulo: Robe Editorial. 115p. MILLER, F. Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception-- is it really a disease? American Journal of Obstetrics and Gynecology, v.186, n.5, p.182- 183, 2002.

MORGAN, R. **Enciclopédia das Ervas e plantas Mediciniais**. Editora. Hemus9º ed.2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1999.

MING, L.C. **Plantas medicinais utilizadas pelos seringueiros na Reserva Extrativista "Chico Mendes"**, Acre, Brasil. 1995. 180p. Tese (Doutorado em Botânica) - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

MIOT, Hélio. **Tamanho da Amostra em Estudos Clínicos e Experimentais**. J. vasc. bras. vol.10 n°4 Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677544920110004001

MONTENEGRO, R.F. et al. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro. 13. Guanabara Koogan. 1017 p. 35

MUCURY, C. C. S. M. G. **Etnofarmacologia e o período gestacional: os constituintes químicos e suas respectivas atividades biológicas**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Especialização em Aplicações Complementares em Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf>

NOGUEIRA, L.J., et al. **Histórico da evolução da química medicinal e a importância da lipofilia: de Hipócrates e Galeno a Paracelsus e as contribuições de Overton e de Hansch**. Rev. Virtual Quim. Vol. 1. N°. 3 [227-240], 2009.

RUIZ, A. L. T. G. et al. **Farmacologia e toxicologia de Peumus boldus e Baccharis genistelloides**. Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 18, n. 2, p. 295-300, 2008.

OGA, S. **Fundamentos de Toxicologia**, 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

OLIVEIRA, R. B.; GODOY, S. A. P.; COSTA, F. B. **Plantas tóxicas conhecimento de acidentes**. p 64. Ribeirão Preto. 2003. ISBN 8586699438

OLIVEIRA, J. R. **Estudo etnofarmacológico de plantas medicinais utilizadas por usuarias gestantes do IV Distrito Sanitário do Recife – PE**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) — Universidade Federal de Pernambuco, PE, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=1_4917> Acesso em: 25 set. 2019.

_____ **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional**. 2002-2005. 2002.

PINTO, A. N.M. **Temas psicol**. V. 21 nº.2 Ribeirão Preto dez. 2013. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200001. Acessado 26/09/2021.

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

RODRIGUES, H.G. et al. **Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais**. *Rev. bras. plantas med.* [online]. 2011, vol.13, n.3, pp.359-366. ISSN 1516-0572. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722011000300016>.

RODRIGUES, H.G et al. **Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais**. *Rev. bras. plantas med. Botucatu*, v.13, n.3, p.359-366, 2011.

SANTOS, L.M. **Ecologia de saberes: a experiência do diálogo entre conhecimento científico e conhecimento tradicional na comunidade quilombola da Rocinha**. *Tempus, actas de saúde colet*. Brasília, v. 8, n. 2, p. 243-56, Jun. 2014.

SILVA, R. C. et al. **Plantas medicinais utilizadas na saúde da mulher: riscos na gravidez**. *Diálogos & Ciência*, v. 1, n. 32, p. 20-28, 2012

SILVA, B. M.S. **Fatores determinantes da gravidez na adolescência nas unidades de Saúde da Família da área urbana em cruzeiro do sul Acre**. UNIFESP. 2013.

VIEIRA, N.C. **Série Aperfeiçoamento de Magistrados 13.10 Anos do Código Civil**

- Aplicação, Acertos, Desacertos e Novos Rumos Volume I. Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/13/volumel/seriemagistrado13.html>. Acessado 26/09/2021 as 19,27.

Vieira, A. C. et al. Manual sobre uso racional de plantas medicinais. 1.ed. Rio de Janeiro: Cerceau, 2016. Disponível em <https://www.bibliotecaagpatea.org.br/agricultura/biologia/livros/MANUAL%20SBR%20USO%20DE%20PLANTAS%20MEDICINAIS%20-%20VOLUME%201.pdf>. Acessado 14/10/2021 as 22.30 pm.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS

TEMA DA PESQUISA: O CONHECIMENTO E O CONSUMO DE PLANTAS
MEDICINAIS POR MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL

FORMULÁRIO nº _____ Data : _____/_____/_____

- 1 Nome da UBS _____
- 2 Pseudônimo _____ 3. Idade _____ 4. Data de Nascimento _____
5. Naturalidade _____ 6. Bairro _____
7. Estado civil:
Casada () solteira () separada/divorciada () União estável ()
8. Ocupação : _____
9. Renda Familiar:
Menos de um salário mínimo () um salário mínimo () de um a dois salários mínimos () mais de três salários mínimos.
Bolsa família ()
10. Integrantes da Família:
Quantas pessoas moram em sua casa? _____
11. Grau de escolaridade:
Ensino fundamental: completo () incompleto ()
Ensino médio: completo () incompleto ()
Superior: completo () incompleto () nunca estudou ()
12. Situação Obstétrica:
Quantas gestas _____ Quantos Partos _____
Teve abortos sim () quantos _____ não ()
Idade gestacional: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
13. Poderia explicar com detalhes o que a motivou a utilizar a planta medicinal , da onde veio esse apendizado, quais são as plantas e como acostuma utiliza-as, conhece quais os efeitos de elas? Melhora quando as utiliza? _____