



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

LIANE KIYOMI SUZUKI

**PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS POR GESTANTES DE
ALTO RISCO: EXISTE SUPORTE NA LITERATURA SOBRE
ESSAS PRÁTICAS?**

São Carlos

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

LIANE KIYOMI SUZUKI

**PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS POR
GESTANTES DE ALTO RISCO: EXISTE SUPORTE NA
LITERATURA SOBRE ESSAS PRÁTICAS?**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de São
Carlos para obtenção de Título de Mestre
junto ao Programa de Pós-Graduação em
Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da
Clínica

Orientação: Prof^ª Dr^ª Umaia El-Khatib

São Carlos

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S968pp

Suzuki, Liane Kiyomi.

Práticas populares utilizadas por gestantes de alto risco :
existe suporte na literatura sobre essas práticas? / Liane
Kiyomi Suzuki. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
118 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2013.

1. Plantas medicinais. 2. Medicina popular. 3. Terapias
complementares. 4. Educação popular. 5. Gestantes. I.
Título.

CDD: 615.32 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

LIANE KIYOMI SUZUKI

“PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS POR GESTANTES DE ALTO RISCO: EXISTE SUPORTE DE LITERATURA SOBRE ESSAS PRÁTICAS?”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 10/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Umaia El Khatib/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes/UNESP

Prof^(a). Dr^(a). Fábio Gonçalves Pinto/UFSCar

Dedico esse trabalho à minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Não por este trabalho, mas por todo o caminho percorrido até aqui, renderiam infinitas gratidões a um número incalculável de pessoas, pelas mais diversas contribuições.

Antes de tudo, agradeço à força suprema que me guia e fortalece, Deus-Parens e Oyassama, pela proteção e orientações através de dificuldades e alegrias, dando oportunidade de evoluir a cada passo da vida; agradeço por me presentear com uma família linda, grandes amigos, e por abrir meu caminho para oportunidades que escolhi percorrer.

Agradeço aos meus pais, pelo amor incondicional; pelo esforço em dar uma boa educação; pelas pessoas excepcionais que são, e por toda a oportunidade de vida que me deram para chegar até aqui. Apesar da distância física nos últimos anos, estiveram sempre ao meu lado, não importando as dificuldades, e sempre visando a minha felicidade.

Aos meus irmãos, que me apoiam em todos os momentos da minha vida e me incentivam em todas as minhas escolhas.

Às minhas grandes e eternas amigas, Tamy, Lie e Meg, que quando distantes, sempre mandavam forças por mensagem de e-mail e ligações; e nas oportunidades de encontros, era só alegria, diversão e muitas risadas.

Ao meu querido companheiro, Kendi, pela pessoa especial e iluminada que é; obrigada pela força, incentivo, carinho, paciência e confiança.

Quanto aos passos que me acompanharam nesse três últimos anos de mestrado e residência multiprofissional, agradeço aos amigos que conquistei, parceiros de momentos de descontração, que tornou a vida em São Carlos muito mais alegre, e parceiros de luta para uma melhor saúde para a população. Impossível não mencionar a companhia da minha grande amiga Raqueli, que acompanhou comigo toda a trajetória do trabalho na residência; dividia e experimentava culinária improvisada; compartilhava sonhos; dava conselhos, com conversas agradáveis, engraçadas e felizes, enfim, agradeço pela cumplicidade inexplicável.

Para a finalização deste trabalho, pude contar com a ajuda de professores da Universidade Federal de São Carlos, que me ensinaram muito durante todo o período de Residência Multiprofissional e Mestrado Profissional. Agradeço à professora Dra. Elaine por me orientar no processo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; ao professor Dr. Bernadino que me auxiliou inúmeras vezes durante o trabalho para cálculos estatísticos e uso do Programa de Estatística, apesar de sua agenda lotada e muito trabalho, nunca negou uma ajuda; à professora Dra. Ana Cláudia, que me auxiliou no projeto no início do mestrado; e um reconhecimento especial à minha orientadora, professora, Dra. Umaia, que

me orientou nos momentos de desespero durante a Residência e Mestrado devido à grande carga horária; pela dedicação e esforço durante todo o processo, pela confiança, paciência e por fazer parte desse grande momento de realização acadêmica.

Este trabalho não poderia ter existido se não fosse o apoio dos profissionais da Maternidade de São Carlos, onde foi realizada a pesquisa, em especial as enfermeiras Camila e Adriana; e às gestantes que participaram do trabalho e forneceram toda a informação, dando possibilidade da conclusão do mesmo.

Por último, porém, não menos importante, agradeço à minha avó Sakae, que há poucos dias atrás, ainda estava entre nós, que nos últimos três anos, conviveu em casa, em São Paulo, sempre nos dando muita alegria e satisfação por ter formado uma família unida e feliz. Obrigada por tudo que me ensinou. Sinto muita saudade. Sempre estará no meu coração!

RESUMO

A utilização de práticas populares para tratamento ou prevenção de doenças ou sintomas é muito comum no período gestacional, em função das diversas adaptações maternas, sintomas frequentes e exigência de cuidados especiais. Essas práticas populares, muitas vezes são consideradas como saudáveis, benéficas e seguras, por serem “naturais”, porém muitas plantas são contraindicadas por possuírem potencial tóxico, teratogênico e abortivo. Este estudo teve por objetivo identificar quais as práticas populares (plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos) utilizadas pelas gestantes de alto risco para tratamento e prevenção de doenças ou sintomas; conhecer as indicações terapêuticas; verificar se essas práticas da cultura popular são sustentadas pela literatura, e se há contraindicações no período gestacional. Trata-se de estudo clínico, transversal, descritivo realizado com 78 gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da Maternidade Santa Casa de São Carlos, no período de abril a julho de 2012, entrevistadas mediante roteiro estruturado, após a aprovação do Comitê de Ética e consentimento das entrevistadas. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva simples e testes qui-quadrado. Os resultados mostraram que as gestantes tinham média de 28,5 anos de idade, e 26,9 semanas gestacionais; sendo a maioria do lar, com apoio familiar; branca; proveniente do sudeste; com 7 a 11 anos de estudo; renda per capita de ½ a 1 salário mínimo e religião evangélica. Independentemente da idade, idade gestacional, etnia, religião, escolaridade, renda per capita e região de origem, as gestantes utilizam as práticas populares. Das gestantes entrevistadas 64,1% referiram utilizar algum tipo de prática popular, sendo relacionadas aos sintomas de pirose, gripe, náusea, constipação intestinal, ansiedade, diabetes, hipertensão arterial, cãibra e outros. Entre as principais práticas populares utilizadas pelas gestantes entrevistadas, as indicações terapêuticas são compatíveis com as encontradas na literatura, exceto no caso da banana, cujo efeito para cãibra não foi comprovado cientificamente; porém em muitos casos, a utilização na população específica de gestante, é contraindicada, devido ao efeito teratogênico, abortivo ou tóxico, como nos casos de chá de boldo (*Peumus boldus*, *Plectranthus barbatus*), gengibre em altas doses (*Zingiber officinale*), mamão imaturo (*Carica papaya*), chá de camomila (*Matricaria recutita*), chá de erva cidreira (*Melissa officinalis*, *Lippia alba*, *Cymboponcitratum*) e chá de Melão-de-São-Caetano (*Momordica charantia*). Conclui-se que dados existentes a respeito da segurança de uso das plantas medicinais e práticas populares durante a gravidez são escassos e muitas vezes contraditórios. Há necessidade de mais estudos e pesquisas sobre plantas medicinais e práticas populares realizadas com chás, e não com extrato da planta, pois este sugere que as quantidades são excessivamente maiores do que aquelas que seriam consumidas em chás. Na presença de qualquer indício que sugira riscos para a gestação, a utilização de tais plantas deve ser evitada. A divulgação dos resultados deste estudo deve ser feita de maneira dialógica, entre trabalhadores de saúde e usuários, de forma que não confronte e não ignore seus saberes culturais e populares, mas que promova a reflexão sobre seu uso, a partir dos dados obtidos pela literatura.

Palavras-chave: Terapias complementares, Plantas Medicinais, Gestantes

ABSTRACT

The usage of popular practices in order to either the treatment or prevention of both diseases and symptoms is very common along pregnancy, because of various maternal adaptations, frequent symptoms and requirement of special care. These popular practices are often regarded as healthy, beneficial and safe because they are "natural", however many plants are contraindicated because they may have toxic, teratogenic and abortifacient potential. The objective of study was to identify which popular practices (medicinal plants, homemade recipes and specific foods) are used by pregnant women at high risk for treatment and prevention of diseases or symptoms; to know the therapeutics indications; to check whether the information regarding these practices are cited sustentation in technical literature, and if there are any contraindications throughout pregnancy. This is an clinical, cross-sectional and descriptive study done with 78 pregnant women who received medical and nutritional consultation on a clinic for high-risk cases at Maternity Santa Casa in São Carlos, within the period of April to July of 2012; these patients were interviewed based on a structured script, after the approval of the Ethics Committee and consent of the interviewees. For data analysis, it was used both simple descriptive statistics and chi-square tests. The results showed these pregnant women, in average, were 28.5 year-olds, and with 26.9 gestational weeks, which most of them were housewives, with family support; white, coming from the southeast; with 7 to 11 years of school; per capita income ½ to 1 minimum wage and evangelical religion. Independently of age, gestational age, ethnic groups, religion, education, income and region of origin, the pregnant women use the popular practices. From all the interviewed pregnant women, 64.10% confirmed the usage of some type of popular practice, related to symptoms of heartburn, flu, nausea, constipation, anxiety, diabetes, hypertension, cramps and others. Among the main popular practices used by the interviewed pregnant women, those with therapeutic indications are compatible with those described in the literature, except in the case of banana which effect over a cramp has not been scientifically proved. However, in many cases, their usage by pregnant women is contraindicated due to the teratogenic, abortive or toxic effects, such as in the cases of Boldo tea (*Peumus boldus*, *Plectranthus barbatus*), ginger (in high doses) (*Zingiber officinale*), immature papaya (*Carica papaya*), chamomile tea (*Matricaria recutita*), "erva-cidreira" tea (*Melissa officinalis*, *Lippia alba*, *Cymboponcitratum*) and "Melão-de-São-Caetano" tea (*Momordica charantia*). To conclude, data about medicinal plants safety during pregnancy are scarce and often contradictory. More studies and researches are necessary about medicinal plants and popular practices done with teas, and not with plant extract, because this suggests that the quantities are excessively higher than those that would be consumed in teas. In the presence of any evidence suggesting risks for pregnancy, the usage of such plants should be avoided. The divulgation of results of this study should be done dialogically between health workers and users, so do not confront rather than ignore their cultural and popular knowledge, but that promotes reflection on their use of data obtained from the literature.

Key words: Complementary therapies, Medical plants, Pregnant women.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Média e intervalo da idade e idade gestacional das gestantes de alto risco entrevistadas na Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.34**
- Tabela 2** - Perfis socioeconômicos e demográficos das gestantes de alto risco entrevistadas, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.35**
- Tabela 3** – Distribuição das gestantes segundo utilização de práticas populares, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril – julho de 2012. **p.36**
- Tabela 4** - Frequência dos principais sintomas relatados pelas gestantes entrevistadas associados às práticas alternativas, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.37**
- Tabela 5** - Número e tipo de práticas alternativas relatadas pelas gestantes, de acordo o sintoma associado, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.39**
- Tabela 6** - Forma de transmissão de conhecimento das práticas populares, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.40**
- Tabela 7** - Comunicação com profissionais de saúde sobre o uso de práticas populares pelas gestantes de alto risco entrevistadas, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.41**
- Tabela 8** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com faixa etária, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.43**
- Tabela 9** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com trimestre gestacional, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.43**

- Tabela 10** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com anos de estudos, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.44**
- Tabela 11** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com região de origem, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.45**
- Tabela 12** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com renda per capita, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.45**
- Tabela 13** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com religião das gestantes, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.46**
- Tabela 14** - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com etnia das gestantes, sendo n - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012. **p.46**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BPF – Boas Práticas de Fabricação

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde

CONAFIT - Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos

MAC - Medicinas Complementares e Alternativas

MT – Medicina Tradicional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUUDI - Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

PMNPC - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares

PNPIC – Política Nacional de Promoção de Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares

PPPM/Ceme - Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do do Ministério da Saúde

PROPLAM – Programa de Plantas Medicinais

RDC/Anvisa - Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SHG - Síndromes Hipertensivas Gestacionais

SNC – Sistema Nervoso Central

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

WHO – World Health Organization

WPC - Concentrado Proteico do Soro do Leite

SUMÁRIO

Resumo	08
Abstract.....	09
Lista de tabelas.....	10
Lista de abreviaturas e siglas.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. A gestante	14
1.2. Educação Popular em Saúde.....	16
1.3. Práticas Populares.....	19
1.4. Plantas Medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos.....	20
1.5. Políticas Públicas.....	20
1.5.1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).....	24
1.5.2. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)	25
2. JUSTIFICATIVA.....	28
3. OBJETIVOS	30
4. MÉTODOS.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1.Referências Encontradas na literatura sobre as principais Práticas Populares Utilizadas	47
5.1.1.Leite Gelado.....	48
5.1.2. Limão.....	50
5.1.3. Chá de Boldo.....	52
5.1.4. Mel	54
5.1.5. Chá de Gengibre.....	55
5.1.6. Mamão	57
5.1.7. Chá de Ameixa.....	59
5.1.8. Água Gelada e Chupar Gelo	60
5.1.9. Chá de Camomila	60
5.1.10. Chá de Erva Cidreira	62
5.1.11. Chá de Pata de Vaca.....	65
5.1.12. Chá de Melão de São Caetano	66
5.1.13. Chuchu.....	67
5.1.14. Banana	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
7.1. Bibliografia Complementar	102
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
ANEXO 2 – Questionário	109
ANEXO 3 – Tipos de práticas populares utilizadas por gestantes relacionado com idade ..	111
ANEXO 4 – Tipos de práticas populares utilizadas por gestantes relacionado com trimestre gestacional	113
ANEXO 5 – Práticas populares utilizadas por cada gestante.....	115

1. INTRODUÇÃO

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo: gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços. (OLIVEIRA, 2006a). Este está centrado no cuidado focado na doença, na especialidade de partes do corpo humano e no tratamento alopático. (PINHEIRO et al, 2007). Cientificamente legitimado, este modelo ignora outras dimensões de saber em que o cuidado segue a lógica da saúde, não se restringindo ao corpo humano, mas à família, à natureza, concretizada pela terra, pelo trabalho e pela seleção e produção de plantas que possuem significado para aquele contexto cultural.

Atuar próximos da realidade das pessoas, utilizando técnicas simplificadas, de baixo custo, valorizando aspectos preventivos e curativos da saúde, aproxima profissionais da saúde e pacientes, dando assim, melhor poder de acolhimento, confiança e resolução dos casos (MERHY, 1998).

O uso de plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos pela população mundial tem sido significativo nos últimos tempos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que cerca de 80% da população mundial fez o uso de algum tipo de erva na busca de alívio de alguma sintomatologia dolorosa ou desagradável (MARTINS et al., 2000).

Diante das alterações, sinais, desconfortos, a gestação é uma fase da vida em que a mulher está mais exposta ao uso de produtos (populares ou não) com finalidade preventiva ou terapêutica. A gestação é considerada momento especial, tanto pela ciência quanto pela cultura. É um período, especialmente sensível na vida e no comportamento da mulher, abrange dimensões socioculturais, históricas e afetivas, que acentuam a sua sensibilidade. Assim, a mulher segue determinadas condutas baseadas em saberes provenientes das culturas familiar e biomédica (BAIÃO; DESLANDES, 2007). Nesse período, a mulher é particularmente sensível à influência de orientações e “conselhos” de familiares e amigos sobre “remédios caseiros”, considerados úteis à sua saúde (FONSECA et al., 2002).

1.1. A gestante

Na gravidez o uso de qualquer substância envolve avaliação dos riscos e benefícios para feto e mãe. Este cuidado deve ser respeitado e valorizado de acordo com as necessidades de saúde, cultura, hábitos, tabus e também com o momento adaptativo fisiológico da mãe e do

feto.

Sabe-se que durante a gravidez ocorre um processo adaptativo da mulher, de seu parceiro e dos demais membros de sua família em razão das intensas transformações físicas, psíquicas, familiares e sociais inerentes a ela. Especialmente, os desconfortos físicos e as alterações emocionais podem provocar impacto sobre a forma como a gestação é vivenciada.

Durante a gestação, o organismo materno induz a uma série de transformações fisiológicas, emocionais e psicológicas. As alterações são necessárias para que inicialmente o embrião e, depois o feto tenham um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade e para que a mulher se adapte às fases da gravidez. Assim, todas essas mudanças são com a finalidade de adaptação, manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação (BARROS, 2006).

Segundo BARROS (2006), as alterações ocorrem nas primeiras semanas da gestação e estende-se até o período pós-parto. É de extrema importância que nutricionista e profissionais da saúde conheçam e compreendam essas transformações para que sejam evitadas intercorrências desnecessárias à mulher e ao feto e que auxiliem no cuidado integral das gestantes, informando meios para controlar sintomas e intercorrências durante a gestação.

Dentre os sintomas e alterações na gestante estão náuseas, acompanhadas por vômitos e anorexia; picamálacia, com ingestão de substâncias não alimentares ou combinações atípicas de alimentos; congestão mamária, na qual as mamas tornam-se doloridas e congestas; hiperpigmentação da aréola mamária; pirose ou azia da gestante; constipação intestinal; edema; câibras; cólicas; enjoos e vertigens (ACCIOLY, 2009).

De acordo com REZENDE (2007), a postura da grávida sofre alterações, que pode levar à dor nas costas. A lordose progressiva e a instabilidade das articulações podem causar tropeços, resultando em marcha anserina.

O metabolismo passa por mudanças necessárias a fim de suprir a exigência para o amadurecimento e desenvolvimento do conceito durante a gravidez, como energia acumulada de gordura. Ocorre aumento da taxa metabólica basal para suprir as necessidades fetais, para cobrir o consumo energético, na ordem de 15 a 20%, a partir do terceiro mês. (REZENDE, 2007; ACCIOLY, 2009).

O sistema cardiovascular sofre transformações hemodinâmicas, como aumento da frequência cardíaca e aumento do volume sanguíneo. (REZENDE, 2007).

No sistema urinário o fluxo da urina é mais retardado devido à obstrução mecânica dos ureteres pela dilatação das veias ovarianas, aumentando a predisposição às infecções urinárias. (REZENDE, 2007).

O sistema renal sofre alterações devido às atividades hormonais (estrógeno e progesterona), da pressão exercida pelo aumento do útero e do aumento do volume sanguíneo. Aumenta a volemia materna e reduz a resistência vascular, proporcionando um aumento na filtração glomerular e no fluxo plasmático renal. (REZENDE, 2007).

Há maior demanda do sistema respiratório em resposta do crescimento do tecido no útero e nas mamas e a maior atividade metabólica durante a gravidez. Ocorrem alterações anatômicas que melhoram o intercâmbio gasoso nos pulmões; ocorre maior movimentação do diafragma e do tórax, aumentando o volume corrente; a expiração é mais completa e maior quantidade de ar é expirada. (REZENDE, 2007; ACCIOLY, 2009).

Em relação ao sistema gastrointestinal, ocorre aumento na absorção de nutrientes, que são fornecidas ao concepto de maneira adequada. No início da gravidez existe uma oscilação no apetite e na sede, o que dura até o termo, sendo que isso ocorre devido à redução dos níveis de glicose e aminoácidos, mudando as alterações metabólicas durante a gestação. Algumas mulheres apresentam náuseas matinais no início da gravidez devido aos níveis crescentes de hormônio gonadotrofina coriônica e à alteração no metabolismo de carboidratos, sendo que estas alterações desaparecem no final do primeiro trimestre. Ocorre também hipotonia do sistema gastrointestinal devido à ação da progesterona que, associada à compressão das estruturas abdominais pelo útero gravídico, retarda o trânsito intestinal e, como consequência desse efeito, tem-se maior incidência de constipação intestinal e de hemorroidas. Ocorre, ainda, maior incidência de náuseas, pirose e refluxo gastroesofágico. O apetite é aumentado no final do segundo trimestre com consequência o aumento da resposta às demandas das necessidades metabólicas (BARROS, 2006; ACCIOLY, 2009).

Com essas transformações fisiológicas e aparecimento de sintomas, muitas gestantes recorrem às práticas populares passadas por familiares, pela sociedade ou mesmo pela mídia. Assim, é de extrema importância o conhecimento dos profissionais de saúde sobre essas práticas adotadas, para melhor atendimento e orientação aos pacientes.

Muitos movimentos de profissionais de saúde, baseados em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, inspirados nos conceitos sistematizados inicialmente por Paulo Freire, ocorrem no campo da saúde, denominada educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2008).

1.2. Educação Popular em Saúde

O percurso das ações de educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras

décadas do século XX. As campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública, seguiam estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (VASCONCELOS, 2001).

Até a primeira metade da década de 1970, a prática de atenção à saúde se resumia quase que exclusivamente à medicina privada, para os que podiam pagar; e nos hospitais da previdência social, para os trabalhadores que tinham carteira assinada, em ambas as situações desenvolvendo práticas de caráter basicamente curativas. As práticas preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada. As condições de saúde das classes pobres eram péssimas e não refletiam o crescimento econômico que o país apresentara nos últimos anos. A crescente insatisfação política desencadeou um processo de instabilidade social que obrigou o Estado a voltar um pouco sua atenção aos problemas mais básicos da população. É a partir daí que, na tentativa de oferecer uma medicina curativa para os mais carentes, começa a ser implementada no Brasil uma proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo, e valorizava os aspectos preventivos da saúde (VASCONCELOS, 1997).

A Constituição Federal de 1988 define, no seu art. 196 (BRASIL, 2000), que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam. Com ela, foi criado o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado com a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definia como alguns dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade; integralidade; equidade; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Visando assegurar a participação popular nesse processo, foi sistematizado o método da Educação Popular, que toma como ponto de partida os saberes prévios das pessoas, por elas construídos, à medida que vão seguindo seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. Dessa forma, a educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que profissionais de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular (ALBUQUERQUE, 2004). Assim, se busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (VASCONCELOS, 1997). Segundo diversos autores, esse distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, faz com que uns não

compreendam o modo como os outros operam. A educação popular em saúde tem como balizador ético-político os interesses das classes populares, cada vez mais heterogêneas, considerando os movimentos sociais locais como seus interlocutores preferenciais. (VASCONCELOS, 1998)

As análises realizadas com base na educação popular apontam para a leitura de que a medicina não tem se dedicado a compreender os saberes, estratégias e significados que as classes populares desenvolvem diante dos processos de adoecimento para, a partir daí, estruturar modos de agir que integrem o saber popular e os conhecimentos técnico-científicos. (VASCONCELOS, 2008).

A educação em saúde tem sido o setor que tem feito buscas no sentido de superar tais práticas, desenvolvendo diversas estratégias de diálogo entre os pensares e fazeres da população e dos profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2008).

As ações de educação em saúde têm se apresentado como importantes instrumentos de corresponsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida (ALBUQUERQUE, 2004). Assim, é preciso reorientar as práticas de saúde, de modo que a educação em saúde deixe de ser apenas mais uma oferta pontual dos serviços para ser algo inerente às suas práticas, construindo assim a participação popular no seu cotidiano (VASCONCELOS, 2004; VASCONCELOS, 2008).

Nesse contexto, a população vem apontando outras formas de se organizar para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir formas terapêuticas de cuidado integrais. Os usuários têm, cada vez mais, buscado práticas tidas como "alternativas" ou "complementares" que permitam compreendê-los e impactar em melhorias de saúde de forma integral. E embora existam diversas práticas que se colocam com tal perspectiva, muitas delas não estão disponíveis nos serviços de saúde ou estão apenas à disposição de parcelas mais abastadas da população. Por isso, torna-se importante compreender e valorizar o modo como a sociedade vem construindo suas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde por meio de diversas estratégias (VALLA et al., 2006; LACERDA; VALLA., 2005).

Nessa perspectiva, a postura do profissional de saúde para com a prática popular deveria ser de respeito e diálogo, identificando e apontando situações de que se tem conhecimento de malefícios causados à população por algumas técnicas e medicamentos populares, mas valorizando também, as práticas que representam uma sistematização de conhecimentos que vão se acumulando ao longo de várias gerações.

Algumas práticas adotadas pela população merecem um maior estudo, visto que além do respeito às crenças e cultura da população, profissionais da saúde desejam conhecer sua

eficácia, benefício e até mesmo risco que os mesmos podem causar.

1.3. Práticas Populares

Entre as diversas nomenclaturas encontradas na literatura - práticas terapêuticas, terapias complementares, medicina complementar e alternativa, medicina integrativa, práticas complementares, o termo adotado neste trabalho é práticas populares, referindo-se aqui às práticas que as gestantes utilizam em seu dia-a-dia, de acordo com suas crenças, valores, nos quais há respaldo na cultura popular.

No Brasil muitas práticas estão sendo institucionalizadas. Seria interessante que todo o setor de saúde conhecesse diferentes modalidades terapêuticas que permitissem ampliar sua atuação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Além disto, muitas práticas populares possuem credibilidade e apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) à sua implantação e utilização em atendimento primário (BARBOSA et al., 2001). A Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC (BRASIL, 2006a) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares– PNPIC (BRASIL, 2006b), publicadas nas Portarias Ministeriais de nº971 em 03 de maio de 2006, e nº 1600, de 17 de julho de 2006, contribuem para o fortalecimento dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2006b).

Orientações da OMS da Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, atualizadas em 2002, propõem estratégias para a implantação da Medicina Tradicional e Medicinas Complementares e Alternativas (MT/MAC) nos serviços públicos de saúde dos países-membros.

Explicações para o fenômeno incluem a insatisfação com a biomedicina (iatrogenia, métodos invasivos e caros, foco na doença e não no paciente, impessoalidade) e as qualidades atribuídas às medicinas e práticas complementares como integralidade da atenção, humanismo da relação médico-paciente, estímulo às forças curativas do organismo, menor potencial de dano, abordagem mais holística do processo saúde-doença-cuidado (THIAGO; TESSER, 2011).

Os vegetais, muitas vezes utilizados como prática para prevenir ou tratar doenças,

costumam ser complexos do ponto de vista fitoquímico, podendo conter substâncias tóxicas, além dos princípios biologicamente ativos. A produção do conhecimento científico sobre plantas medicinais evidencia contribuições e possíveis riscos do uso de espécies da flora brasileira (MENDONÇA FILHO, MENEZES, 2003).

1.4 Plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos

Dentre as práticas populares estudadas neste trabalho estão: plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos utilizados em determinadas situações durante o período de gestação. A OMS define planta medicinal como sendo “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos” (WHO,1998). A diferença entre planta medicinal e fitoterápico está no processo de elaboração da planta para uma formulação específica, o que caracteriza um fitoterápico. Segundo a Secretaria de Vigilância Sanitária, em sua portaria nº 6 de 31 de janeiro de 1995, fitoterápico é “todo medicamento tecnicamente obtido e elaborado, empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais com finalidade profilática, curativa ou para fins de diagnóstico, com benefício para o usuário.” É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos do seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. É o produto final acabado, embalado e rotulado.

Em relação às receitas caseiras, pela definição do dicionário AURÉLIO (2013), *receita* significa “indicação relativa ao modo de proceder; conselho; fórmula de qualquer produto industrial ou de preparado culinário”, e *caseiro* significa “que é feito em casa; relativo à casa”.

No Brasil, algumas políticas públicas foram institucionalizadas para assegurar a utilização de práticas populares, com a devida segurança e apoio das instituições.

1.5. Políticas Públicas

O uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecido pela OMS em 1978, quando recomendou a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso. Considerando-se as plantas medicinais importantes instrumentos da Assistência Farmacêutica, vários comunicados e resoluções da OMS expressam a posição do organismo a respeito da necessidade de valorizar

o uso desses medicamentos, no âmbito sanitário. Da população mundial, 80% dependem das práticas tradicionais no que se refere à atenção primária à saúde, e 85% dessa parcela utiliza plantas ou preparações à base de vegetais; 67% das espécies vegetais medicinais do mundo são originadas dos países em desenvolvimento (ALONSO, 1998). Ainda segundo a OMS, as práticas da medicina tradicional expandiram-se globalmente na última década do século passado e ganharam popularidade. Neste sentido, a OMS tem elaborado uma série de resoluções com objetivo de considerar o valor potencial das práticas populares em seu conjunto para a expansão dos serviços de saúde regionais (GUERRA; NODARI, 2003).

Como estratégia global para a medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa para os anos de 2002 a 2005, a OMS reforçou o compromisso de estimular o desenvolvimento de políticas públicas a fim de inseri-las no sistema oficial de saúde dos seus 191 Estados-membros. Em maio de 2005, a OMS publicou um documento “*Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos*” (WHO, 2005) em se que discute a situação mundial a respeito das políticas de medicina tradicional e fitoterápicos. A inclusão brasileira decorre do fato do país ter a maior diversidade genética vegetal do mundo, com cerca de 55.000 espécies catalogadas de um total estimado entre 350.000 e 550.000 espécies e, também, por possuir ampla tradição do uso das plantas medicinais, vinculada ao conhecimento popular, transmitido oralmente por gerações (BRASIL, 2006c). Para FERREIRA (1998), apesar da riqueza da flora brasileira e da ampla utilização de plantas medicinais pela população, existe o consenso da insuficiência de estudos científicos acerca do assunto. Torna-se necessário, portanto, estimular a realização desses estudos, tendo em vista a importância dos seus resultados tanto individuais como sociais.

Possivelmente, problemas econômicos, inexistência de estudos organizados e integrados, aliados à ausência de uma política governamental para a exploração desse manancial de riquezas biológicas, como instrumento de acesso social, não permitiram, até o momento, a transposição de grande parcela das espécies vegetais brasileiras medicinais ao conceito de fitoterápico. (BRASIL, 2004).

O atual aumento da capacitação, nas universidades e nos centros de pesquisa, proporciona a possibilidade de desenvolvimento de fitoterápicos nacionais para uso nos programas de saúde pública. Esse cenário impõe, entretanto, a necessidade de maior integração entre os pesquisadores, as instituições e o seguimento industrial (público e privado). Concernente aos interesses popular e institucional, ambos crescem para fortalecer a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, após a década de 1980, diversos instrumentos normativos como resoluções, portarias e relatórios foram elaborados.

A Portaria nº 212, de 11 de setembro de 1981, do Ministério da Saúde define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica (BRASIL, 1981). Em 1982, o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (PPPM/Ceme) objetivou o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, pelo estabelecimento de medicamentos fitoterápicos, com base no real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais. Em 1986 foi realizado o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na cidade de Brasília, com o item “*Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida*” (BRASIL, 1986a). Em 1987, na Resolução da 40ª Assembleia Mundial de Saúde, foram reiterados os principais pontos das resoluções anteriores e das recomendações feitas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde e recomendando enfaticamente aos Estados-membros iniciar programas amplos, relativos à identificação, avaliação, preparo, cultivo e conservação de plantas usadas em medicina tradicional; assegurar a qualidade das drogas derivadas de medicamentos tradicionais extraídas de plantas, pelo uso de técnicas modernas e aplicações de padrões apropriados e de boas práticas de fabricação (BPF) (BRASIL, 2006).

Em 1988, na Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) Nº 08, preconiza implantar a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de saúde (CIS), buscarem a inclusão da Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS) nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar; criar procedimentos e rotinas relativas à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988).

Em 1992, foi aprovado o parecer n.º 04/92 do Conselho Federal de Medicina, que reconheceu a fitoterapia como método terapêutico, por isso, deve ter a rigorosa supervisão do Estado por meio da Divisão de Vigilância Sanitária.

Em 1994 foi criado o Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos, através da Portaria n.º 31/SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária. No ano seguinte a Portaria n.º 06/SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária.

No Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), constam deliberações as quais decidem que gestores do SUS devem estimular e ampliar pesquisas realizadas em parceria com Universidades Públicas que analisem a efetividade das práticas

populares alternativas em saúde com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa; as Secretarias Municipais de Saúde, com a colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem garantir a atenção integral à saúde; as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, devem ser incorporadas ao SUS, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares; o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na Assistência Farmacêutica Pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares.

Em 1998 foi criada a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (CONAFIT) pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 665 de 1998, que visava assessorar a Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, nos assuntos científicos, técnicos e normativos envolvidos na apreciação da eficácia e segurança do uso de produtos fitoterápicos; manifestar-se sobre questões relacionadas à farmacovigilância e ao desenvolvimento de pesquisas clínicas na área de fitoterápicos; subsidiar a SVS na realização de eventos técnico-científicos, de interesse dos trabalhos da Comissão e que concorram para a ampla divulgação de conhecimentos e informações pertinentes ao controle sanitário desses agentes (BRASIL, 1998d).

Em 2000, a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) n.º 17, atualiza a regulamentação de registro de medicamentos fitoterápicos e define o medicamento fitoterápico tradicional. Em 2002, a Portaria n.º 254 do Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que estabelece que as práticas devem ser valorizadas e incentivadas, articulando-as com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”. (BRASIL, 2002a).

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC/ANVISA) n.º 48 de 2004 dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Em seu papel institucional, o Ministério da Saúde desenvolve diversas ações junto a outros órgãos governamentais e não governamentais para elaboração de políticas públicas voltadas à inserção de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS e ao desenvolvimento do setor. A cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos tem interface com diversas áreas do conhecimento e demandam, portanto, ações multidisciplinares. Nesse sentido, os resultados esperados, no âmbito da saúde, dependem das normas que regulam todas as etapas e das ações dos parceiros responsáveis. Para buscar ações conjuntas e complementares, o Ministério da Saúde reuniu as várias iniciativas no setor. Entre as ações do Ministério da Saúde, em parceria com órgãos

governamentais e não governamentais, têm-se a *Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos* (2001), o *Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica* (2003), o *Diagnóstico Situacional de Programas de Fitoterapia no SUS*, (2004/05), a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* (2003/05), e mais recentemente, em 2005, a criação, por decreto presidencial, do Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar a *Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*(BRASIL, 2006c).

A Portaria nº 971b editada em 2006 prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é fomentar o incremento de abordagens em saúde e tornar disponíveis opções promocionais, preventivas e terapêuticas diversas da biomedicina aos usuários do SUS. (THIAGO et al., 2011).

A inserção dessas práticas no SUS significa respeito aos princípios do sistema (QUEIROZ, 2006). Reconhecer o pluralismo terapêutico de cada país e refleti-lo nos sistemas de cuidado em saúde é um desafio para o planejamento das políticas públicas (THIAGO et al., 2011).

1.5.1. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, Portaria MS nº 971, de 03/05/2006, elaborada por demanda da OMS e da população brasileira, assim como pela necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde, traz diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como cria os observatórios de saúde para o Termalismo Social e da Medicina Antroposófica. A Política contempla ainda, responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais e traz entre os objetivos “contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso”.

A Política atende a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vem sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, atuando nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da

saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002).

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios. No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

1.5.2. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICINA NATURAL E PRÁTICAS COMPLEMENTARES

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS, para garantir a integralidade na atenção à saúde, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Essa política foi elaborada a partir da necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados.

A política foi aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos

parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (BRASIL, 2006a).

O objetivo dessa política é 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; 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; promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva; promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo; promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

Tem como diretrizes: regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização; promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos; incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos; estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos; fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população; promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações-Não-Governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos; apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos; incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos; garantir e promover a segurança, a eficácia e a

qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos; promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica; promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético; promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos; estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial; estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos; incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado; e estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

2. JUSTIFICATIVA

O problema de segurança relacionado ao uso de medicamentos durante a gravidez tornou-se mais evidente após a tragédia da talidomida, comprovando a passagem de substâncias diversas ao feto através da placenta. Desde então, o assunto tornou-se foco de pesquisas epidemiológicas e ensaios clínicos, a fim de proporcionar, além da eficácia, maior segurança no uso de fármacos durante o período gestacional (CAMPESATO, 2005). Essas pesquisas, entretanto, se referem a estudos de medicamentos comerciais, restringindo pesquisas voltadas a outros tipos de remédios acessíveis (FARIA et al, 2004), tais como as plantas medicinais, fitoterápicos e receitas caseiras. O uso de medicamentos e práticas populares por gestantes constitui-se questão importante na atualidade, devido às implicações tanto na saúde e desenvolvimento da criança quanto na saúde da mãe. Soma-se a esse aspecto o fato de que o uso de plantas medicinais, nas mais diversas formas, é parte do cotidiano de grande parte da população brasileira e em algumas regiões alcança maior significado (MONTELES; PINHEIRO, 2007).

Nesta pesquisa, o enfoque na clientela gestante justifica-se pelo fato de este período na vida da mulher exigir cuidados especiais; e o uso sistêmico de algumas espécies de plantas medicinais é contraindicado nesta fase por possuírem potencial tóxico, teratogênico e abortivo. Isto porque, os princípios ativos de certas plantas são capazes de passar pela barreira placentária, podendo afetar o feto (RIO DE JANEIRO, 2002). Poucos foram os estudos direcionados a garantir a qualidade, a segurança e a eficácia do uso de plantas medicinais no período gestacional, constatando-se que, se, por um lado, algumas plantas apresentam-se como prejudiciais à saúde da gestante, outras são indicadas neste período, auxiliando na melhora do mal-estar por vezes causado durante a gravidez (RIO DE JANEIRO, 2000). Outras práticas populares como utilização de receitas caseiras e alimentos específicos também são muito utilizados por gestantes, e não são de conhecimento de profissionais de saúde que atuam no cuidado nessa fase da vida.

A automedicação é uma prática bastante difundida não apenas no Brasil, mas também em outros países. Em alguns países, com sistema de saúde pouco estruturado, a ida à farmácia representa a primeira opção procurada para resolver um problema de saúde e a maior parte dos medicamentos consumidos pela população é vendida sem receita médica. Contudo, mesmo na maioria dos países industrializados, vários medicamentos de uso mais simples e comum estão disponíveis em farmácias, drogarias ou supermercados e podem ser obtidos sem

necessidade de receita médica, como analgésicos, antitérmicos, etc. (PAULO; ZANINI, 2001).

Estudos mostram que o modelo assistencial vigente tem maior ênfase sobre assistência médica e procedimentos de média e alta complexidade. Assim, constatamos um descompasso entre as mudanças requeridas pelo SUS, que busca um modelo promocional de saúde, que ainda supervalorizam práticas medicalizadas em detrimento da atenção primária de saúde (WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006).

Para prestar uma assistência holística e qualificada, os profissionais devem considerar todos como indivíduos, porque cada um é único. Assim como estes são afetados de várias maneiras pela educação familiar, experiências pessoais e fatores genéticos e biológicos, também são influenciados pela cultura na qual cresceram e vivem (POTTER, 2002). Segundo HERZTICH (1991), a valorização desse universo cultural e de suas especificidades é fundamental para a promoção da saúde, pois possibilita identificar, compreender e considerar, no encaminhamento de práticas profissionais, elementos dinamizadores da realidade vivida. Profissionais da saúde necessitam conhecer práticas populares utilizadas por pacientes, pois é responsável pelo cuidado. Em inúmeros artigos é levantada a problemática de pouco conhecimento dos médicos sobre Política Nacional Integrativa e Complementar; além de cursos de graduação em saúde não abordar, ou abordar pouco sobre o tema práticas populares (ALMEIDA et al., 2008). Quando a população alvo é gestante, os estudos sobre esse assunto são mais escassos, o que se verifica a necessidade de mais estudos sobre a utilização de práticas populares por gestantes.

No núcleo da nutrição também não é diferente. O tema práticas populares e plantas medicinais não estão inseridos no currículo da graduação do curso de Nutrição, o que prejudica muito no cuidado aos usuários, pois esses saberes interferem diretamente na conduta.

3. OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é identificar quais as práticas populares (plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos) utilizadas pelas gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da Maternidade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos para tratamento e prevenção de doenças; relacionar o uso de práticas populares com o perfil socioeconômico dessas gestantes; conhecer as indicações terapêuticas das práticas populares referidas e verificar se as informações obtidas sobre essas práticas são sustentadas pela literatura, incluindo-se aí suas contraindicações para o período gestacional.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico, transversal, descritivo; realizado no município de São Carlos, em São Paulo, com gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da Maternidade Santa Casa no período de abril a julho de 2012.

A amostra foi intencional, ou seja, o público foi de gestantes de alto risco que passaram por atendimento ambulatorial na Maternidade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos no período de abril a julho de 2012, com total de 78 gestantes atendidas no ambulatório médico e nutricional.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, norteadas por um roteiro estruturado desenvolvido pela própria pesquisadora. Foram entrevistadas gestantes atendidas no ambulatório de alto risco, às terças-feiras no período da manhã, após a aprovação do Comitê de Ética. O questionário foi submetido ao pré-teste, num universo reduzido, para que pudesse ser corrigido eventuais erros de formulação.

O local de pesquisa foi a Maternidade Dona Francisca Cintra Silva da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, onde há setores para gestantes em tratamento clínico, pré-parto, alojamento conjunto, Centro Obstétrico, berçário e Banco de Leite Humano. Também realiza atendimento especializado no ambulatório de alto risco, onde atuam 2 enfermeiras obstetras, 4 médicos, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 3 estudantes de psicologia e estudantes de medicina. A média de atendimentos por médicos no ambulatório de alto risco são 8 a 9 gestantes por período, sendo as complicações mais frequentes hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade; a média de atendimentos pela nutricionista é de 6 gestantes por período, sendo as mesmas complicações referidas anteriormente.

Define-se gestante de alto risco “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (SILVEIRA, 2000). Existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador.

Segundo o manual técnico de gestação de alto risco, do Ministério da Saúde, o intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez,

sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional (BRASIL, 2010).

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, tais como idade maior que 35 anos, idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos, altura menor que 1,45m, peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30), anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, situação conjugal insegura, conflitos familiares, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, hábitos de vida – fumo e álcool, esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; ou história reprodutiva anterior, tais como abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, parto pré-termo anterior, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e grande multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional, cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores). Também são considerados fatores de risco, condições clínicas preexistentes, como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local), doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias (BRASIL, 2010).

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco, como exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual, tais como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização, óbito fetal; e intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (infecção do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2010).

Procurando assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com parecer número 27296 e CAAE 01198012.6.0000.5504. Da mesma forma, apoiei-me nas orientações e disposições da Resolução Nº 196/96, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que

envolvem seres humanos (BRASIL, 2003). Os entrevistados só participaram após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido o qual constaram os objetivos e a metodologia e foram apresentados de forma clara, em linguagem acessível aos participantes, estes terão garantido o anonimato e o sigilo de suas informações. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa foram preservados e explicitados.

A fim de se atingir o objetivo citado, o banco de dados foi submetido inicialmente a uma análise descritiva e, em seguida, a alguns testes qui-quadrado. Os softwares utilizados foram Microsoft Excel para a análise descritiva e R para os testes qui-quadrado.

A análise descritiva ou exploratória proporciona uma visão do comportamento geral do banco de dados em relação ao objetivo principal do estudo. Permite também avaliar se existem empecilhos na realização de análises posteriores, dando margem à pesquisadora para realizar mudanças pertinentes, evitando conclusões errôneas. Para tanto, foram construídas tabelas de frequências.

Neste trabalho, foi utilizado o teste qui-quadrado de independência, ou seja, um teste não paramétrico que verifica relação de dependência entre duas variáveis. Utiliza-se quando os dados são qualitativos e se pretende saber como se comportam quando as variáveis se cruzam, isto é, contingência entre as variáveis.

Para ser significativo, o valor do teste deverá ser igual ou superior aos valores críticos da tabela, ou então, ao nível de 5%, basta obter um p-valor menor a 0,05.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de identificar a adoção de práticas populares utilizadas pelas gestantes atendidas no ambulatório de alto risco na maternidade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, foram estudadas gestantes com média de 28,5 anos de idade, sendo os extremos de idade 15 e 42 anos; e idade gestacional entre 9 a 39 semanas de gestação, sendo a média de 26,9 semanas (tabela 1).

Tabela 1- Média e intervalo da idade e idade gestacional das gestantes de alto risco entrevistadas na Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

	<i>Intervalo (mín. e máx.)</i>	<i>Média</i>
Idade (anos)	15-42	28,5
Idade Gestacional (semanas)	9-39	26,9

Apresentam empregos diversificados, como mostra a tabela 2, sendo a grande maioria do lar (52,5%); 98,7% das gestantes tem algum apoio familiar, seja de companheiro ou familiares; maioria branca (39,7%); a principal região de origem é sudeste (71,8%); a maioria estudou de 7 a 11 anos (71,8%), mostrando que chegaram ao ensino médio; a renda per capita da maioria das gestantes foi de ½ a 1 salário mínimo; e a principal religião relatada foi evangélica (48%).

Tabela 2 - Perfis socioeconômicos e demográficos das gestantes de alto risco entrevistadas, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ocupação		
Do lar	41	52,56
Doméstica	3	3,84
Atendente	3	3,84
Diarista	2	2,56
Auxiliar de limpeza	2	2,56
Auxiliar de produção	2	2,56
Estudante	2	2,56
Vendedora	2	2,56
Outros	21	26,92
Total	78	100
Com quem mora?		
Familiar / Familiares	63	80,76
Companheiro apenas	14	17,95
Sozinha	01	1,29
Total	78	100
Etnia*		
Branca	31	39,74
Parada	28	35,89
Negra	12	15,38
Mulata	6	7,69
Indígena	1	1,28
Total	78	100
Região de origem		
Sudeste	56	71,79
Sul	10	12,82
Nordeste	9	11,53
Centro-Oeste	3	3,84
Total	78	100
Anos de Estudos		
2 a 6 anos	16	20,51
7 a 11 anos	56	71,80
12 a 17 anos	6	7,69
Total	78	100
Renda per capita (Salário mínimo-SM**)		
Até ½ SM	28	35,89
De ½ SM a 1 SM	32	41,02
De 1 SM a 1 e ½ SM	12	15,38
De 1 e ½ SM a 2 SM	4	5,12
Mais de 2 SM	2	2,56
Total	78	100
Religião		
Evangélica	37	48,05
Católica	27	35,06
Espírita / Umbanda	3	3,89
Mórmon	1	1,29
Sem religião	9	11,68
Total***	77	100

*O conceito de etnia utilizado no trabalho foi de auto-percepção.

** O salário mínimo vigente no ano de 2012 foi de R\$622,00, portanto a estratificação foi feita a partir desse valor.

*** Um caso sem informação

Ao questionar às gestantes se elas utilizam alguma prática popular como plantas medicinais, receitas caseiras ou alimentos específicos durante a gestação para alívio de sintomas, foi verificado que 64,1% delas responderam que utilizam algum tipo de prática popular, e 35,9% não utilizam nenhuma prática, como mostra a tabela 3. Resultado semelhante foi mostrado no estudo de JÚNIOR (2008), no qual 63% dos entrevistados da população não gestante do interior do Rio de Janeiro e por profissionais da saúde utilizavam plantas medicinais como forma de tratamento de doenças e sintomas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 85% das pessoas do mundo utilizam plantas medicinais para tratar da saúde, 80% das pessoas dos países em desenvolvimento no mundo dependem da medicina tradicional e/ou complementar para suas necessidades básicas de saúde. (BRASIL, 2006).

Tabela 3- Distribuição das gestantes segundo utilização de práticas populares, sendo N- o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Utilizam Práticas Populares</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	50	64,10
Não	28	35,89
Total	78	100

Um estudo que analisou percepção de risco e conceitos sobre plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos alopáticos entre gestantes mostrou que as entrevistadas conferiam mais confiança às plantas medicinais do que ao medicamento alopático, pois “aquelas são retiradas da natureza e possuem substâncias naturais, menos agressivas e até inofensivas” segundo gestantes entrevistadas, o que pode contribuir para que as gestantes a utilizem de maneira que pode acarretar riscos à saúde materna e/ou fetal (PIRES; ARAÚJO, 2011).

Devido ao fato de existirem muitos medicamentos alopáticos contraindicados na gravidez por possuírem efeitos teratogênicos, o uso de plantas e alimentos naturais vem sendo uma alternativa de cura para vários incômodos que surgem na gravidez, especialmente porque muitas mulheres desconhecem os efeitos indesejáveis de algumas delas, considerando-as inofensivas. Elas utilizam esses recursos por tratar-se de um recurso autêntico do saber popular, tradicionalmente utilizado no seio familiar e socializado nas relações de vizinhança (FARIA et al., 2004). São terapêuticas pertencentes ao espaço privado-domiciliar cujo saber é transmitido culturalmente pelo senso comum que busca uma opção por ser considerada

“natural”, logo, segundo essa linha de raciocínio, incapazes de causar danos ao organismo. Entretanto, é preciso orientar as gestantes o perigo que pode representar o uso indiscriminado de plantas medicinais, principalmente nesta fase especial de suas vidas, devido às propriedades abortivas encontradas em diversas plantas, sendo o seu uso interno contraindicado na gestação.

Nesta pesquisa, os principais sintomas ou situações de saúde relatados, os quais as gestantes associaram ao uso de práticas populares foram pirose, gripe, náusea, constipação intestinal, ansiedade, diabetes, hipertensão arterial e cãibra, como demonstra a tabela 4. Outros sintomas citados, porém com menor expressividade foram empachamento, pedra na vesícula, dor de barriga, dor de estômago, cistite, dor, verme, cólica. Foram relatadas 69 diferentes práticas populares, e 139 citações.

Para os sintomas menos citados, foram relatados chá de erva doce e chá de camomila para empachamento; chá de boldo para pedra na vesícula; chá de erva cidreira para dor de barriga; chá de boldo e chá de marcelinha para dor de estômago; chá de pata de vaca com barba de milho e malva para cistite; chá de chapéu de couro para dor; chá de hortelã para verme; chá de transage para cólica.

Tabela 4 - Frequência dos principais sintomas relatados pelas gestantes entrevistadas associados às práticas alternativas, sendo N- o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Sintomas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pirose	31	22,30
Gripe	22	15,83
Náusea	20	14,39
Constipação Intestinal	19	13,67
Ansiedade	18	12,95
Diabetes	8	5,76
Hipertensão Arterial	5	3,60
Cãibra	4	2,88
Outros (Empachamento, Pedra na Vesícula, Dor de barriga, Dor de Estômago, Cistite, Dor, Verme, Cólica)	12	8,63
Total	139	100

Como mostra a tabela 5, a prática popular mais relatada para alívio da pirose foi o leite gelado, seguido de chupar limão. Para o sintoma da gripe, as práticas mais utilizadas foram mel; chá de gengibre e mel com limão. Para aliviar náuseas, as gestantes ingerem principalmente água gelada e chupam gelo. Nos casos de constipação intestinal, as gestantes

comem mamão e tomam chá de ameixa. O chá de camomila e o chá de erva cidreira são os mais utilizados para ansiedade e nervosismo. No caso de diabetes, as gestantes utilizam chá de pata de vaca; no caso de hipertensão arterial o mais relato foi o consumo de chuchu e para câibras, os relatos mostram o consumo de banana.

Tabela 5 - Número e tipo de práticas populares relatadas pelas gestantes, de acordo com o sintoma associado, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Sintoma</i>	<i>Práticas Alternativas</i>	<i>Identificação (número de relatos)</i>
Pirose	Laticínios	Leite gelado (10)
	Frutas	Chupar limão (5), suco de limão gelado (1), limão com sal (1)
	Chás	Chá de boldo (1), chá de camomila (2)
	Água e complementos	Chupar gelo (1), tomar água gelada (2), água com gás (1), água com açúcar (1), água com bicarbonato (1), água com bicarbonato e limão (1)
	Outros	Comer pó de café (2), caldo de batata crua (1), mastigar broto de cana (1)
Gripe	Xaropes	Xarope de guaco (1), xarope de guaco com limão e gengibre (1), xarope de abacaxi com mel (1), xarope de cebola (1), xarope de guaco, hortelã, poejo e açúcar (1), xarope de guaco com alho e hortelã (1)
	Chás	Chá de gengibre (2), chá de hortelã (1), chá de hortelã com mel e limão (1), chá de erva cidreira (1), chá de alho picado (1), chá de limão, mel, alho e cebola (1), chá de capim santo (1)
	Outros	Mel (3), mel com limão (2), alho cru (1), café, manteiga e sal (1), própolis (1)
Náusea	Água e complementos	Água gelada (4), tomar líquidos gelados (1), chupar gelo (3)
	Frutas	Chupar limão (1), limão com sal (1), cheirar limão (1), chupar laranja azeda (1)
	Laticínios	Leite gelado (1)
	Chás	Chá de hortelã (1), chá de marcelinha (1), chá de erva cidreira (1)
	Outros	Sorvete (1), mastigar cravo (1), comer pó de café (1), soro caseiro (1)
Constipação	Frutas	Mamão (6), chá de ameixa (3), pêra (2), ameixa (1)
	Sementes e Cereais	Aveia (1), mingau de aveia (1), semente de abóbora (1)
	Verduras	Couve (2)
	Chás	Chá de camomila (1), Chá de erva doce (1)
Ansiedade	Chás	Chá de camomila (7), chá de erva cidreira (5), chá de erva doce (3), chá mate (1), chá de hortelã (1), chá de alecrim (1)
Diabetes	Chás	Chá de pata de vaca (2), chá de folha de amora (1), chá de carqueja (1), chá de melão de São Caetano (1)
	Frutas	Farinha de casca de maracujá (1), casca de romã no refrigerante diet (1)
	Outros	Batata yacon (1)
Hipertensão Arterial	Legumes	Chuchu (3)
	Chás	Chá de folha de abacate (1)
	Frutas	Bagaço da laranja (1)
Cãibra	Frutas	Banana (4)

Nota-se nesse estudo que a maior parte das gestantes(80,3%) aprendeu as práticas através de família ou pessoas próximas; 6,5% não receberam a transmissão desse conhecimento de ninguém, ou seja, aprenderam sozinhas;4,9% relataram que obtiveram conhecimento através de livros e revistas;3,2%, através da televisão; e 1,6%, a região de origem teve influência na utilização de prática popular (Tabela 6). Não há indicação de práticas por profissionais da área da saúde e no presente estudo, a religião não teve atuação na transmissão de conhecimento, resultado divergente do encontrado em outros estudos, quando as pastorais apresentavam atuação marcante na disseminação da medicina popular e caseira (CAMARGO, 1998; FRANCO; FONTANA, 2003).

No estudo de JÚNIOR (2008), quando perguntado sobre quem indica as plantas a serem utilizadas para cada doença ou sintoma, cerca de 90,1% dos entrevistados responderam ter aprendido com a família ou pessoas próximas, como amigos e parentes; 4,2% têm indicação de profissionais da área de saúde, mostrando que em seu estudo, os profissionais de saúde indicam práticas populares.

Em um estudo realizado por RANGEL; BRANGANÇA (2009) sobre o uso de plantas medicinais por gestantes relatou que de 79 gestantes que disseram utilizar plantas, apenas uma fazia uso por indicação médica e as demais relataram que a fonte do conhecimento desta prática foi à família (pais e avós), corroborando assim os dados obtidos neste estudo. Diante dessa percepção, vale mencionar o relato de FERRO (2008) e LORENZI E MATOS (2008) que o conhecimento empírico é passado de gerações em gerações até os dias atuais. Todavia, o uso de plantas embasado neste tipo de conhecimento não é aceitável para validar as plantas medicinais como medicamentos seguros e eficazes.

O desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as práticas populares pode ser responsável por conceitos equivocados, o que pode gerar dificuldades na relação médico-paciente. (SALLES, 2008)

Tabela 6 - Forma de transmissão de conhecimento das práticas populares, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

	<i>N</i>	%
Família ou pessoas próximas	49	80,32
Sozinha	4	6,55
Livros e Revistas	3	4,91
Televisão	2	3,27
Região de Origem	1	1,64
Profissionais de Saúde	0	0
Religião	0	0

	N	%
Outros (comércio produtos naturais, internet)	2	3,28
Total	61	100

Muitas gestantes não relatam aos profissionais da saúde o uso de determinadas práticas populares. Dentre as 50 gestantes que utilizam práticas alternativas, apenas 18 delas relatam para algum profissional de saúde (Tabela 7). Esse dado mostra que muitas gestantes não se preocupam em consultar profissionais da saúde para verificar a eficácia ou efeitos colaterais com o uso de determinadas práticas durante a gestação. Estudo sobre o consumo de plantas medicinais na região Centro-Norte do estado do Rio de Janeiro mostrou a utilização de plantas como automedicação, antes da consulta com o profissional de saúde (JÚNIOR, 2008). O mesmo estudo mostrou que falta conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre a cultura de utilização das plantas medicinais pela população.

Os resultados desta pesquisa também concorda com uma pesquisa realizada por ARAÚJO et al. (2007) que evidenciou que 79% dos participantes da pesquisa afirmaram não informar aos médicos sobre o uso de plantas medicinais, segundo eles os profissionais não perguntam nada sobre plantas. Por isso na maioria das vezes não se identificam os efeitos adversos por uso de plantas, pois há uma falta de percepção dos usuários e dos profissionais de saúde (LEITE, 2009).

Tabela 7 - Comunicação com profissionais de saúde sobre o uso de práticas populares pelas gestantes de alto risco entrevistadas, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Gestantes relatam aos profissionais de saúde o uso de práticas populares?</i>	N	%
Sim	18	36
Não	32	64
Total	50	100

Dentre as 18 citações de relato à algum profissional da saúde, 72,2% foi relatado para médicos, 16,6% para nutricionista e 11,1% para enfermeiro. Desses profissionais, 83,3% fizeram reforço positivo ao saber da utilização da prática popular, 16,6% não fizeram nenhum comentário, e nenhum deles fez reforço negativo. Não se pode concluir que as gestantes se sentem mais acolhidas e tem mais abertura para expressar seus hábitos e cultura com o

profissional médico, pois nem todas as gestantes passaram por atendimentos dos 3 profissionais citados.

No Brasil, diretrizes do Ministério da Saúde determinaram prioridades na investigação das plantas medicinais e implantando a fitoterapia como prática oficial da medicina, orientando as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) a buscarem sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS). É importante que os profissionais da área de saúde conheçam as atividades farmacológicas e a toxicidade das plantas medicinais de cada bioma brasileiro, de acordo com os costumes, tradições e condição socioeconômica da população.

Outra pesquisa realizada com 220 profissionais de saúde mostrou que com relação à automedicação, os profissionais da área de saúde julgaram que 43% da população procuram o médico, já automedicados, que 25% não utilizam plantas medicinais e 32% as utilizam regularmente. Esse mesmo estudo mostrou que profissionais da área de saúde demonstram grande reticência na indicação das plantas medicinais, especialmente pelo receio dos efeitos adversos. Por esta razão, não indicam a fitoterapia, que é amplamente utilizada para a população (JÚNIOR, 2008).

A falta de informações adequadas sobre as propriedades das plantas medicinais (principalmente das exóticas), seu consumo concomitante com os medicamentos alopáticos sem aviso ao médico e, finalmente, a falta do conhecimento sobre os efeitos medicinais e tóxicos das plantas, assim como a capacidade de identificá-las pela migração da população rural para as cidades são fatores preocupantes da automedicação (ALBUQUERQUE; HANAZAKI 2006; VEIGA JR. et al., 2005).

Segundo SILVA et al. (2010); PEREIRA; BERTONI (2008) a carência de conhecimento da população em relação à toxicidade das plantas pode acarretar sérias consequências, principalmente no período gestacional, podendo promover o estímulo da contração uterina e conseqüente aborto ou parto prematuro. Deste modo, antes de fazer o uso de qualquer tipo de planta, a gestante deve comunicar um profissional da saúde. (SARTÓRIO et al., 2000). Sendo de grande importância a percepção de profissionais de saúde em questionar e alertar as gestantes sobre a utilização de plantas medicinais (CORDEIRO et al., 2005).

De acordo com a tabela 8, relacionando os dados encontrados na pesquisa entre utilização de práticas populares e faixa etária, percebe-se que a maioria são adultas jovens (entre 20 a 29 anos). Dentre as adolescentes (15 a 19 anos), com o total de 6 gestantes, 4 utilizam práticas populares, e 2 não utilizam; dentre as adultas jovens (20 a 29 anos), totalizando 38 gestantes, 24 utilizam práticas alternativas e 14 não utilizam; dentre as adultas

(30 a 39 anos), totalizando 31 gestantes, 19 utilizam praticas alternativas e 12 não; todas gestantes acima de 40 anos de idade, ou seja, 3 gestantes, utilizam prática populares. Conforme verificado com testes estatísticos, a idade não tem correlação com a utilização de práticas alternativas (Qui-Quadrado = 1,68622, com 3 graus de liberdade e p-valor=0,64), portanto, as gestantes utilizam as práticas, independente da idade.

Tabela 8 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com faixa etária, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Idade (anos)</i>	<i>Número de gestantes que utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
15 a 19	4	8	2	7,14	6
20 a 29	24	48	14	50	38
30 a 39	19	38	12	42,85	31
Mais de 40	3	6	0	0	3
Total	50	100	28	100	78

Comparando o trimestre gestacional com a utilização de práticas populares (tabela 9), nota-se que a maioria está no terceiro trimestre de gestação, somando 40 gestantes. Dentre as 4 gestantes no primeiro trimestre, 2 não utilizam práticas alternativas e 2 gestantes utilizam alguma prática; das 34 gestantes que estavam no segundo trimestre, 20 gestantes utilizam práticas alternativas e 14 não utilizam; e dentre as 40 gestantes no terceiro trimestre, 28 gestantes utilizam alguma prática alternativa e 12 delas não utilizam esse recurso. Os cálculos estatísticos não mostram correlação entre os dados, por tanto, a idade gestacional não interfere no uso de práticas alternativas (Qui-Quadrado = 0,9916 com 2 graus de liberdade e p-valor=0,6091).

Tabela 9 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com trimestre gestacional, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Trimestre Gestacional</i>	<i>Número de gestantes que utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
1º trimestre	2	4	2	7,14	4
2º trimestre	20	40	14	50	34

<i>Trimestre Gestacional</i>	<i>Número de gestantes que utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	N	%	N	%	
3º trimestre	28	56	12	42,85	40
Total	50	100	28	100	78

Em relação à escolaridade da gestante com a utilização de práticas populares (tabela 10), dentre as gestantes que estudaram de 2 a 6 anos, 10 utilizam e 5 não utilizam; para as que estudaram de 7 a 11 anos, 35 utilizam e 22 não utilizam; para as que estudaram de 12 a 17 anos, 5 utilizam e 1 não utiliza. O teste estatístico não mostrou diferença significativa entre grau de escolaridade e utilização de práticas alternativas (Qui-Quadrado = 1,14, com 2 graus de liberdade e p-valor=0,5655).

Tabela 10 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com anos de estudos, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Anos de estudos</i>	<i>Número de gestantes que utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	N	%	N	%	
2 a 6 anos	10	20	5	17,85	15
7 a 11 anos	35	70	22	78,57	57
12 a 17 anos	5	10	1	3,57	6
Total	50	100	28	100	78

Pela análise da Tabela 11, comparando região de origem das gestantes e utilização de práticas populares pode-se verificar que a maioria das gestantes pertence à região Sudeste. A maioria das gestantes de cada região utiliza práticas alternativas, com exceção da região Centro-Oeste. O estudo também não mostrou diferença estatística dentre as diferentes regiões do Brasil, talvez pelo fato do baixo número de gestantes analisadas (Qui-Quadrado=1,474, com 3 graus de liberdade e p-valor=0.6863).

Tabela 11 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com região de origem, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Região de Origem</i>	<i>Número de gestantes que utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sudeste	36	72	20	71,42	56
Sul	7	14	3	10,71	10
Nordeste	6	12	3	10,71	9
Centro-oeste	1	2	2	7,14	3
Total	50	100	28	100	78

Pela Tabela 12, analisando o dado de renda per capita e utilização de práticas populares, pode-se notar que o grupo predominante é de ½ SM a 1 SM. A maioria das gestantes utiliza prática popular em todas as categorias de renda, exceto nas duas categorias de renda per capita de maior valor. O teste estatístico mostra que o nível de renda per capita da gestante não é diferente entre as gestantes de faixa de renda per capita diferente. (Qui-Quadrado=4,6575, com 4 graus de liberdade e p-valor=0,32).

Tabela 12 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com renda per capita, sendo N- o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Renda Per Capita</i>	<i>Número de gestantes de utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Até 1/2 SM	20	40	8	28,57	28
De 1/2 SM a 1 SM	21	42	11	39,28	32
De 1 SM a 1 e 1/2 SM	7	14	5	17,85	12
De 1 e 1/2 SM a 2 SM	2	4	2	7,14	4
Mais de 2 SM	0	0	2	7,14	2
Total	50	100	28	100	78

Considerando a religião das gestantes com a utilização de práticas alternativas (tabela 13), observa-se que a maioria das gestantes possui religião e ela é a evangélica. O teste estatístico indicou independência para o tipo de religião e a utilização de práticas alternativas (Qui-Quadrado=3,9198, com 4 graus de liberdade e p-valor=0.417).

Tabela 13 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com religião das gestantes, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Religião</i>	<i>Número de gestantes de utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Evangélica	23	46	14	50	37
Católica	20	40	7	25	27
Espírita/Umbanda	1	2	2	7,14	3
Mórmon	0	0	1	3,57	1
Sem religião	6	12	3	10,71	9
Não identificado	0	0	1	3,57	1
Total	50	100	28	100	78

Para a comparação de etnia com a utilização de práticas alternativas, tem-se a tabela 14 seguinte. Nota-se que a maioria das gestantes são brancas e uma minoria indígena, porém, se observar outros grupos (parda, negra e mulata), são todos da etnia afrodescendente. O estudo não mostrou diferença estatística significativa para estas variáveis (Qui-Quadrado=4,8401, com 4 graus de liberdade e p-valor=0,3041).

Tabela 14 - Número de gestantes que utilizam ou não práticas populares, de acordo com etnia das gestantes, sendo N - o número de gestantes e % - porcentagem das gestantes, Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Etnia</i>	<i>Número de gestantes de utilizam práticas populares</i>		<i>Número de gestantes que não utilizam práticas populares</i>		<i>Total</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Branca	16	32	15	53,57	31
Parda	22	44	6	21,43	28
Negra	8	16	4	14,28	12
Mulata	3	6	3	10,71	6
Indígena	1	2	0	0	1
Total	50	100	28	100	78

Portanto, independentemente da idade, idade gestacional, etnia, religião, escolaridade, renda per capita e região de origem, as gestantes utilizam as práticas populares.

Sobre a relação entre a idade da gestante e o tipo de prática popular utilizada tem-se que no primeiro grupo, que vai de 15 a 19 anos as práticas encontradas foram tomar água gelada, chá de camomila, comer o bagaço da laranja, xarope de cebola, gotas de própolis e pêra, sendo 1 gestante em cada prática. Para o grupo de 20 a 29 anos, nota-se que as práticas mais frequentes foram chá de camomila (6 gestantes), mamão (5 gestantes) e leite gelado (5 gestantes). Para as gestantes na faixa de 30 a 39 anos, observa-se que a prática mais citada foi leite gelado com 5 gestantes seguido de chupar gelo e chupar limão, com 4 gestantes em cada tipo de prática. Por fim, o grupo de gestantes com mais de 40 anos citou mais vezes a utilização de mel com 2 gestantes, as outras práticas citadas foram água gelada, chá de camomila, mamão, leite gelado e comer pó de café (Anexo 3).

Sobre a relação do tipo de prática popular utilizada com o trimestre gestacional, nota-se que para o primeiro trimestre as práticas citadas foram chá de ameixa, chá de erva doce, mamão, chá mate, mel, banana, mingau de aveia e chá de melão de São Caetano, com 1 gestante em cada tipo de prática. No segundo trimestre de gravidez, a prática alternativa mais citada foi chá de camomila com 7 gestantes, seguido de chá de erva cidreira, relatado por 5 gestantes e chá de erva doce, com 4 gestantes. Finalizando, para o terceiro trimestre a prática mais incidente foi o leite gelado com 8 gestantes seguido de água gelada, chá de camomila e mamão com 4 gestantes (Anexo 4). Nota-se que as gestantes que estavam no primeiro e segundo trimestre utilizavam práticas relacionadas à constipação e ansiedade; sintomas muito comuns nesse período. E as gestantes que estavam no terceiro trimestre utilizavam práticas relacionadas à pirose, sintoma comum nessa fase da gestação.

5.1 REFERÊNCIAS ENCONTRADAS NA LITERATURA SOBRE AS PRINCIPAIS PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS

As principais práticas populares relatadas por sintoma foram selecionadas para serem estudadas e pesquisadas na literatura. Seguem os achados para as mais relatadas por sintoma: leite gelado, limão, chá de boldo, mel, chá de gengibre, mamão, chá de ameixa, água gelada e ato de chupar gelo, chá de camomila, chá de erva cidreira, chá de pata de vaca, chá de melão de São Caetano, chuchu e banana.

5.1.1. LEITE GELADO

Nesta pesquisa o leite gelado foi citado para controle da pirose (10 gestantes) e náusea (1 gestante).

A pirose ou azia da gestante, normalmente é decorrente do refluxo gastroesofágico e com frequência ocorre à noite, porém também pode ocorrer devido processos irritativos, inflamação ou lesão ocorrente no esôfago ou estômago. Na maioria dos casos tende a ser um efeito da pressão do útero aumentado sobre os intestinos e estômago e em combinação com o relaxamento do esfíncter esofágico pode resultar na azia severa e até mesmo na regurgitação. Algumas orientações nutricionais são importantes para a diminuição do sintoma, como aumentar o fracionamento das refeições e diminuir o volume de alimentos, comer devagar, mastigar bem os alimentos, evitar estresse durante a refeição, não ingerir água com as refeições, somente nos intervalos, não ingerir grande quantidade de alimentos antes de deitar (VITOLLO, 2008), comer pelo menos três horas antes de deitar, evitar deitar após as refeições, evitar vestimentas apertadas, evitar fumar cigarros. Além desses, outras orientações são: no lanche noturno, dar preferência para alimentos mais facilmente digeridos como sopas e mais sólidos como saladas; preferir alimentos naturais como frutas e sucos de frutas; evitar chás (principalmente o preto), café, chocolate, guaraná, álcool, menta, alimentos gordurosos e hipercalóricos, enlatados, embutidos, bebidas gasosas como refrigerantes e água gaseificada, pois estes relaxam o esfíncter esofágico e facilita o retorno dos alimentos para o esôfago; comer frutas ou barras de cereal nos intervalos entre as refeições em substituição aos chicletes, balas, pois estes induzem o aumento da acidez gástrica e piora os sintomas.

Os macrocomponentes do leite bovino são a água (87,3%), a lactose (4,9%), gordura (3,8%), proteínas (3,3%) e minerais (0,7%) (SGARBIERI, 2004).

As imunoglobulinas do leite permanecem quase que integralmente no soro e continuam a desempenhar função importante, não somente no sistema gastrointestinal, mas sistemicamente em todo o organismo como atividade imunomoduladora. Atividade antimicrobiana e antiviral têm sido demonstradas para as proteínas do soro de leite lactoferrina, lactoperoxidase, μ -lactalbumina e as imunoglobulinas (SGARBIERI, 2004).

Tem sido demonstrado, por vários pesquisadores, que concentrados de proteínas do soro de leite bovino, assim como várias de suas proteínas e peptídios, delas derivados, apresentam ação inibitória para diversos tipos de câncer em modelos animais e em culturas de células cancerígenas (SGARBIERI, 2004).

A partir do conhecimento de que as proteínas do soro de leite são ricas em aminoácidos sulfurados, particularmente cisteína, e que são capazes de promover, *in vivo*, aumento da síntese de glutathione além do fato de a glutathione ser importante na proteção dos tecidos epiteliais, iniciou-se uma linha de pesquisa para explorar possível ação protetora das proteínas do soro de leite bovino na proteção da mucosa gástrica, contra vários agentes agressores (SGARBIERI, 2004).

ROSANELI (2002) pesquisou a ação de um concentrado proteico do soro do leite (WPC), a inibição da ação ulcerogênica do etanol absoluto, da indometacina (anti-inflamatório não esteroide) e de fatores de estresse como imobilização e frio e estresse químico com reserpina (fármaco utilizado para atuar no sistema nervoso simpático). Os resultados dessas pesquisas permitiram concluir que o WPC e seus hidrolisados enzimáticos protegem a mucosa estomacal de ratos contra as agressões do etanol absoluto e da indometacina, inibindo as lesões ulcerativas numa faixa de 50% a 80%, em relação a um controle negativo (solução salina fisiológica). Comparou-se também com drogas específicas para controle de úlcera gástrica, como a cimetidina e a carbenoxolona, cuja inibição foi da ordem de 80% a 90%. Chegou-se ainda à conclusão, através de testes de bloqueios metabólicos com reagentes específicos, que as vias operantes no mecanismo de proteção parecem envolver substâncias sulfidrilas como cisteína, glutathione e provavelmente enzimas que dependem de grupos sulfidrilos em seu centro catalítico.

Envolve também o ciclo das prostaglandinas, tendo sua síntese na mucosa gástrica estimulada. As substâncias sulfidrilas, além da função redutora, protegem a mucosa através do sequestro de radicais livres, que se formam em maior quantidade na presença dos agentes agressores. As prostaglandinas protegem a mucosa gástrica através do estímulo à produção de muco e de bicarbonato, que formam uma camada protetora da mucosa contra ulcerações (SGARBIERI, 2004).

Pesquisas permitiram concluir que uma das proteínas do soro atua contra a ulceração gástrica é a α -lactalbumina e que a β -lactoglobulina não apresenta ação antiulcerogênica, em ratos. (MATSUMOTO et al, 2001). Neste estudo foi analisada a capacidade das principais proteínas do leite de vaca contra lesão da mucosa gástrica e foi mostrado que alfa-lactalbumina foi a proteína essencial para proteger contra a lesão gástrica.

As proteínas do soro de leite têm sido apontadas como nutrientes portadores de atividade funcional, capazes de modular algumas respostas fisiológicas do organismo animal. Evidências fornecidas por estudos realizados em diferentes modelos experimentais (animais, humanos e células *in vitro*), utilizando a proteína do soro de leite, têm comprovado a eficácia

deste produto na modulação orgânica, como o aumento da capacidade imunomodulatória, aumento no combate a infecções e processos inflamatórios, ação antibacteriana e antiviral, estímulo da absorção e função intestinal, aumento da absorção de minerais, aumento da síntese de hormônios, ação anticancerígena, além do efeito citoprotetor a partir da promoção da síntese de glutathione (BOUNOUS; GOLD, 1991; SGARBIERI, 1999).

O mecanismo pelo qual os hidrolisados de proteína do soro do leite expressam a atividade citoprotetora, provavelmente está relacionado ao conteúdo de aminoácidos sulfurados e modulação da síntese e concentração de glutathione celular pelos animais que receberam os tratamentos (PACHECO, 2006).

Há especialistas, entretanto, que afirmam que o leite piora o sintoma da pirose, referindo que o alívio que se sente ao tomar um copo de leite é momentâneo. CAMPEDELLI (2012) relata que o leite é rico em cálcio, mineral que estimula a produção de ácido gástrico pelo estômago, além de, em sua versão integral, ser rico em gorduras, outro componente que aumenta as chances de pirose, segundo o especialista. Essa hipótese não foi encontrada na literatura científica, não havendo assim, indícios que fundamentam esse argumento.

As informações obtidas na literatura, que foram realizadas através de experimentos com animais, suportam a afirmação de que o leite ajuda a proteger a mucosa gástrica devido ao efeito citoprotetor, porém ainda não existem estudos clínicos que apoiem essa conclusão. Não foi encontrada nenhuma publicação científica que contraindica a utilização de leite durante a gestação.

5.1.2. LIMÃO (*Citrus aurantifolia*)

O limão foi citado por 7 gestantes para aliviar o sintoma de pirose e por 1 gestante para aliviar náusea.

Poucos estudos bibliográficos foram encontrados sobre a utilização do limão para este fim. TRUCOM (2004) aborda a utilização do limão como agente: antiviral, bactericida, antisséptico, imunoestimulante (eleva a produção de leucócitos), hemostático (anti-hemorrágico), purificador do sangue e linfas, antiesclerose (previne o endurecimento dos tecidos devido à inflamação crônica), sudorífero (promove sudorese, estimula a circulação periférica), febrífugo (reduz a febre), poderoso hipotensivo (reduz a pressão sanguínea), carminativo (promove alívio à flatulência), adstringente (inibe o acúmulo de fluidos e

promove a dissolução de acúmulos de células adiposas), diurético, desintoxicante, antiácido (mineralizante), estimulante do pâncreas e sistema hepático, estimulante sanguíneo venal.

O limão é uma fruta cítrica porque contém cerca de 6% de ácido cítrico em seu suco, ou seja, cada 100 gramas de suco fresco e puro de limão contém cerca de 6 gramas de ácido cítrico e citratos, que são os sais do ácido cítrico (TRUCOM, 2004).

Este teor de 6%, considerado o mais elevado de todas as frutas, diferencia o limão das demais frutas cítricas, já que as laranjas, tangerinas, apesar de serem frutas da mesma classificação, apresentam na composição de seus sucos (fresco e puro) a concentração média de 0,6 a 1,0% de ácido cítrico e citratos. Assim, o limão chega a conter até 10 vezes mais ácido cítrico do que outras frutas da mesma classe.

No aspecto terapêutico, o ácido cítrico é um ácido orgânico e tricarbóxico que, dentro da química e do organismo humano, tem ação tamponante e alcalinizante, ou seja, possui o poder de estabilizar uma condição levemente alcalina em todos os líquidos corporais, no sangue, na linfa, no líquido crânio-sacral ou nos líquidos intra e extracelulares. Do ponto de vista metabólico, essa estabilização levemente alcalina dos líquidos corporais, que tem um pH entre 7,36 a 7,42, é a condição ideal para todos os processos orgânicos acontecerem da forma mais equilibrada e harmônica. Por isso, favorece a saúde, sua preservação, e a prevenção de doenças (TRUCOM, 2004).

Em síntese, o limão atua em todo o organismo, beneficiando o cérebro, pulmões, rins, sistema linfático, imunológico, sistema nervoso, intestinos, fígado, enfim todos os sistemas e órgãos vitais. Assim, a partir do momento em que se ingere o suco do limão, puro ou com outros alimentos especiais e indicados, inicia-se um processo de facilitação de alcalinização de todos os processos metabólicos.

O ácido cítrico do limão, quando ingerido, irá se combinar com sais minerais livres (biodisponíveis) a base de cálcio, magnésio e ferro, formando os respectivos citratos salinos, que conferirão o desejado pH ideal que é levemente alcalino (TRUCOM, 2004). Tal fenômeno explica outra importante propriedade terapêutica do limão, que é a de ser um agente de fixação de sais minerais.

Os ácidos do limão - cítrico, oxálico e málico - encontram-se combinados com potássio, formando sais neutros. Pesquisadores do Instituto Barcelona, Espanha, descobriram que as frutas ácidas, principalmente o limão, são alcalinizantes do sangue e da urina. (SPETHMANN, 2003).

De acordo com VITOLLO (2008), não é necessária a restrição de alimentos ácidos em caso de pirose.

WROBLEWSKI (2007) também afirma as propriedades do limão. Apesar de seu sabor ácido, atua como alcalinizante, após sua metabolização. Este poderá ser “transferido para um depósito” para utilização posterior ou poderá ser utilizado para equilibrar a acidificação resultante da mesma refeição.

Apesar disso, existem estudos que indicam evitar alimentos e medicamentos que diminuam o tônus do esfíncter esofágico inferior ou aumentem a acidez gástrica como, por exemplo, alimentos gordurosos, frutas cítricas, tomates, café, álcool, fumo e medicamentos anticolinérgicos, adrenérgicos, xantinas, bloqueadores de canais de cálcio e prostaglandina. (NORTON et al. 2000).

Estudos fornecem indícios de que o limão pode ser utilizado para o controle da pirose, apesar disso, são necessários mais estudos que comprovem essa utilização, pois ainda há profissionais que acreditam que esse alimento deve ser evitado em caso de pirose. Em relação à utilização de limão para o controle de náusea, a literatura sugere que cheirar limão e gotas de limão possam ser eficazes (ALTON, 2012). Não foi encontrado nenhum estudo que contraindica o uso de limão pelas gestantes.

5.1.3. CHÁ DE BOLDO

Boldo-do-Chile (*Peumus boldus*), Boldo-Brasileiro (*Plectranthus barbatus*)

As folhas do boldo foram utilizadas pelas gestantes para controle de pirose (1 relato), pedra na vesícula (1 relato) e para dor de estômago (1 relato).

A denominação boldo pode ser entendida por diversas espécies diferentes pela população. As espécies selecionadas foram as indicadas pelas gestantes.

O Boldo-do-Chile (*Peumus boldus*) é uma espécie arbórea, pertencente à família *Monimiaceae* e nativa das regiões central e sul do Chile, onde ocorre abundantemente. Suas folhas são usadas na medicina popular para tratamento de problemas digestivos e hepáticos (SOUZA et al., 2006; RUIZ et al., 2008), litíase biliar (REINEGER et al., 1999; JANG et al., 2000), e possui efeitos antioxidantes, anti-inflamatórios (JANG et al., 2000; JIMENEZ et al., 2000; ALMEIDA et al., 2000; SCHMEDA et al., 2003).

De acordo com JIMENEZ et al. (2000), foram realizados alguns experimentos in vitro e in vivo a fim de conhecer melhor a farmacocinética da boldina, presente no *Peumus boldus*. Quando administrada por via oral, a boldina foi rapidamente absorvida e concentrada preferencialmente no fígado, sendo encontradas concentrações substancialmente menores no

coração e no cérebro. A capacidade antioxidante da boldina parece estar relacionada com a habilidade em sequestrar radical hidroxila e peroxila (YOUN et al., 2002).

No Brasil diversas espécies são comercializadas como Boldo-do-Chile (*Peumus boldus*), tendo-se como exemplo *Plectranthus barbatus*, que possui assim como Boldo-do-Chile, folhas amargas e com a mesma denominação do nome boldo, porém são plantas com propriedades químicas diferentes e indicações e efeitos colaterais distintos (ISOPPO, 2011).

O boldo-brasileiro (*Plectranthus barbatus* L.) pertencente à família *Lamiaceae* é uma planta herbácea, perene, de folhas carnudas e fasciculadas (MARQUES; PETROVICK., 2001). Tem como princípios ativos o óleo essencial rico em guaieno e fenchona, substâncias responsáveis pelo seu aroma, e outros constituintes químicos de natureza terpênica como a barbatusina e colenol (COSTA, 2006). É usada para tratar uma ampla variedade de problemas digestivos, como dores de estômago (ROUNCE, 1933; JARRETT, 1950; JOHNS et al, 1990;. KOKWARO, 1993; SIMON; MOLLEL, 1999; COSTA, 2011a), para náuseas (HAMILL et al, 2003), gastrite e cólicas intestinais (CAMARA et al., 2003). O extrato das folhas apresenta acentuada atividade colerética e colagoga, tendo se mostrado efetiva na hepatite, e na litíase biliar. A ação protetora sobre as células hepáticas foi demonstrada pela diminuição dos danos causados à membrana celular, por agentes químicos (COSTA, 2011b). LORENZI; MATOS (2008) e MARTINS et al. (2000) também afirmam que sua atividade é conhecida por possuir propriedades coleréticas, hepatoprotetoras, digestivas, carminativas e hiposecretora gástrica. E essas informações corroboram com estudo desenvolvido por PONTES; MONTEIRO; RODRIGUES (2006), o qual cita a utilização das propriedades terapêuticas do boldo (*Plectranthus barbatus*) nos distúrbios digestivo, gástricos, hepáticos e nervosos.

Estudos em animais evidenciam ação abortiva e teratogênica. ALMEIDA; LEMONICA (2000) relatam o uso de extratos de *Plectranthus barbatus* na medicina popular para interromper a gravidez. Avaliaram a interferência de extratos hidroalcoólicos dessas folhas sobre a implantação e desenvolvimento de embriões em fêmeas de ratos Wistar, tratados com doses de 220, 440 e 880 mg/kg por dia. O tratamento com 880mg/kg por dia do extrato de *Plectranthus barbatus*, antes da implantação do embrião, causava desenvolvimento fetal retardado e um efeito anti-implantação que justificam esse extrato como abortivo. Após a implantação do embrião, desenvolvimento retardado associado à toxicidade maternal foi observado em fetos do grupo, tratados com 880 mg/kg por dia. Os resultados demonstram que o tratamento de ratas com a dose mais alta do extrato de boldo antes do período de implantação provoca atraso do desenvolvimento fetal, aumento de incidência de

anormalidades esqueléticas e redução no número de centros de ossificação dos fetos. Da mesma forma, o *Peumus boldus* também é conhecida pela sua ação abortiva e teratogênica nos fetos de ratas previamente tratadas. (JANG et al., 2000; SCHMEDA et al., 2003; JIMENEZ et al., 2000; ALMEIDA et al., 2000). De acordo com resultados de pesquisas, foram observadas alterações bioquímicas e histológicas, onde se sugere moderação e cuidado no uso prolongado do boldo e durante o primeiro trimestre da gravidez, principalmente devido à falta de conhecimento dos mecanismos de ação produzidos pela diferentes substâncias presentes nas folhas desta planta (ALMEIDA, et al., 2000; CAMPESATO, 2005).

Segundo obra publicada por TZERMIAS et al., (2005), também contraindica boldo na gestação e lactação, além de casos de uso prolongado, obstrução das vias biliares e patologias hepáticas severas. RUIZ et al., (2008) e FERRO, et al., (2008) também sugerem indícios de teratogenia e hepatotoxicidade.

De acordo com a literatura o boldo fornece indícios de ação digestiva e possível controle do sintoma da pirose; na litíase biliar (pedra na vesícula) e dor no estômago, entretanto, é uma planta com propriedade abortiva e teratogênica, sendo sua utilização contraindicada durante a gravidez.

5.1.4. MEL

O mel foi utilizado pelas gestantes para o sintoma da gripe (3 relatos), sendo outros 3 relatos, associado com outro alimento ou plantas (xarope de mel com abacaxi; chá de hortelã com mel e limão; chá de limão, mel, alho e cebola).

Por definição, o mel é um produto natural de abelhas obtido a partir do néctar das flores (mel floral), de secreções de partes vivas das plantas ou de excreções de insetos sugadores de partes vivas das plantas (mel de melato). É um suplemento alimentar que, ultimamente vêm recebendo um incremento no consumo comercial decorrente, principalmente, da comprovação científica de suas diversas propriedades benéficas à saúde (ALLEN et al., 1991). O mel é uma solução supersaturada de açúcares (principalmente glicose e frutose), mas também possui outros constituintes que mesmo em pequenas concentrações, fazem do mel um produto muito rico em vitaminas, minerais, compostos fenólicos e enzimas. É um produto utilizado em todo o mundo, não só pela sua propriedade adoçante, mas também como promotor de saúde. Os consumidores em geral consideram o mel uma fonte natural de saúde devido às suas qualidades terapêuticas tais como atividade

antimicrobiana, protetor de doenças gastrointestinais, propriedades antioxidantes, propriedades prebióticas (ou seja, estimulam o crescimento e/ou ativam o metabolismo de algum grupo de bactérias benéficas do trato intestinal), boa fonte de energia (SILVA, et al, 2006), além de atuar na candidíase, doenças orais (faringite e cáries) e doenças oculares como inflamação de pálpebras, catarata e inflamação das córneas (ALJADI; KAMARUDDIN, 2004; MEDA, 2004; MIRAGLIO, 2012), tem propriedades antissépticas, antibacterianas e anti-inflamatórias (STONOGA; FREITAS, 1991, SILVA et al., 2006). Também é utilizado no tratamento de úlceras de pépticas e gastrite (CHERBULIEZ, 2001).

O uso no tratamento de doenças orais, por exemplo, faringite, é provavelmente devido às propriedades antibactericidas e anti-inflamatórias. (CHERBULIEZ, 2001; CHERBULIEZ et al, 2003; KRELL, 1996; MOLAN, 1999; MOLAN et al., 2000).

A utilização do mel de abelha associado com plantas medicinais foi mais direcionada para a cura das afecções das vias respiratórias, destacando-se a gripe e o resfriado, segundo ANDRADE et al. (2012). No estudo de SILVA, et al. (2006), mostrou que o patógeno *Streptococcus pyogenes*, causador de infecção de garganta é sensível à atividade microbiana do mel.

A literatura sugere o efeito benéfico na utilização do mel contra o sintoma da gripe. Não foi encontrado nenhum estudo que contraindica a utilização de mel durante a gestação.

5.1.5. CHÁ DE GENGIBRE (*Zingiber officinale*)

O chá da raiz do gengibre foi utilizado pelas gestantes para o sintoma da gripe (2 relatos). O gengibre também foi utilizado para a gripe, associado com xarope de guaco com limão (1 relato).

Uma das mais antigas plantas, *Zingiber officinale*, também conhecido como gengibre, é nativa do sudeste Asiático encontrado em florestas tropicais. Na China, o chá de gengibre é feito de modo que pedaços do gengibre fresco fervido em água são indicados para tratamento de gripes, tosses, resfriados e resacas. No Japão, são realizadas massagens com óleo de gengibre para problemas nas articulações. Também são utilizados em banhos e compressas quentes para aliviar sintomas de gota, artrite, dores de cabeça, rouquidão aguda e crônica, inflamações da garganta, problemas de rins, cólicas menstruais e de coluna (PALHARIN et al., 2008), além de reumatismo, dores musculares, febre, cólicas e bronquites (DEDOV et al., 2002). De acordo com estudo de SOUZA (2006) e publicação de COSTA (2011a), o gengibre

é utilizado para náusea, vômitos, enjoos matinais, distúrbios gástricos, hemorragia e como expectorante. O uso contra a dor de garganta e problemas respiratórios foram comprovados por GRUENWALD(2004).

Dentre as propriedades do gengibre que foram comprovadas em experimentos científicos estão atividades anti-inflamatória, antiemética, antimutagênica, antiúlcera, hipoglicêmica, antioxidante, antibacteriana, carminativa, expectorante entre outras (TESKE et al., 1995; PEREZ DE ALEJO et al., 1996; WHO, 1999; HABSAH et al., 2000; AHMED et al., 2000; ELPO et al., 2004; COSTA, 2011a).

Estudos demonstram que óleos e extratos do *Zingiber officinale* apresentam ação inibitória em bactérias gram positivas e gram negativas (ALZOREKY; NAKAHARA, 2003).

Segundo TESKE et al. (1995), a atividade anti-inflamatória é provavelmente devido à inibição da biossíntese de prostaglandinas, por isso a sua eficácia da desordem reumáticas, artríticas e inflamações da garganta.

O gengibre é geralmente considerado como seguro para gestantes em pequenas quantidades, ou cerca de 2-4 gramas por dia (ERNST; PITTLER, 2000; METZ ; CUPP, 2000; CHANDRA et al., 2002; LIBSTER, 2003; KRAFT; HOBBS, 2004; WICHTL, 2004; BRYER, 2005). Altas doses (mais de 4 gramas por dia) de gengibre podem ter propriedades que estimulam o útero (CASTLEMAN, 2001).

Efeitos sobre o feto em desenvolvimento ainda não foram totalmente averiguados segundo WICHTL (2004); MCCANN (2003); VANACLOCHA; CAÑIGUERAL (2003); ERNST E SCHMIDT (2002); AL-ACHI (2001); BLUMENTHAL (1998), porém, um estudo controlado em seres humanos, o gengibre ingerido sob várias formas durante a gravidez não mostrou efeitos teratogênicos ou mutagênicos (PORTNOI et al., 2003), que corrobora com estudos de FISCHER-RASMUSSEN et al. (1990) e SIVASWAMY et al. (1991). E em experimentos com animais, o gengibre não mostrou qualquer efeito teratogênico quando aplicada durante gravidez (WEIDNER; SIGWART, 1998).

Em estudo de GRUENWALD, 2004; CASSILETH E LUCARELLI (2003) grandes doses de gengibre pode causar arritmia cardíaca e de depressão do sistema nervoso central.

A literatura apoia o uso de gengibre para o combate do sintoma da gripe devido suas propriedades anti-inflamatória e antibacteriana. Seu uso durante a gravidez é mais seguro, desde que seja em doses baixas (menos de 4g por dia).

5.1.6. MAMÃO (*Carica papaya L.*)

O mamão foi utilizado pelas gestantes para o sintoma de constipação intestinal (6 relatos).

A constipação é um problema digestivo muito comum, sendo bastante frequente no período gestacional. Para melhor caracterização, foram estabelecidos critérios que facilitam o diagnóstico, que incluem: ritmo intestinal com menos de três evacuações por semana, sensação de dificuldade para evacuar, fezes pequenas e endurecidas e sensação de evacuação incompleta. Considera-se constipado o paciente que apresentar dois ou mais desses sintomas por período mínimo de três meses ao longo do ano. As manifestações clínicas das alterações funcionais do tubo digestivo são frequentes na gestação, entre estas alterações citam-se diminuição da pressão da cárdia, estase biliar e diminuição da velocidade do trânsito do intestino delgado. Em linhas gerais ocorre motilidade reduzida do cólon, tempo de trânsito prolongado, propiciando aumento de absorção de água. As fezes tornam-se menos volumosas, por menor concentração de água, contribuindo para a constipação. A explicação para estes eventos relaciona-se com a diminuição da concentração plasmática de motilina, por influência da progesterona na gravidez, um polipeptídeo intestinal que estimula a contração das fibras lisas do intestino. Parece haver também um papel para a somatostatina na regulação do motilidade na gestação. Outros fatores devem ser considerados na gênese ou agravamento dos sintomas. Entre eles inclui-se o programa alimentar, nível de atividade física, ingestão de água, e quantidade adequada de fibras, embora algumas gestantes com constipação grave possam piorar os sintomas ingerindo fibras em excesso (KAWAGUTI et al, 2008).

A fruta possui vários nutrientes prontamente disponíveis à digestão e absorção. Seu valor nutricional está relacionado com o seu teor de açúcares, provitamina A (β -caroteno) e vitamina C (ácido ascórbico) além de ter uma boa atividade funcional associada à capacidade laxante (ARAÚJO FILHO et al., 2002). Segundo SANTOS (2002), LOPES (2004) e EMLY; ROCHESTER (2006), o mamão é utilizado como medida dietoterápica, no caso de constipação intestinal.

Na Índia, o fruto é amplamente classificado como prejudicial na gravidez. As mulheres são estritamente proibidas de comer mamão maduro e imaturo, com medo de seus efeitos teratogênicos e abortivos (ADEBIYI et al., 2002). Um estudo com 1200 mulheres de todos os distritos de Tamil Nadu, na Índia, mostrou que 82% das mulheres evitam consumir mamão durante a gestação (FERRO-LUZZI, 1980). Na Indonésia, Malásia e Mianmar,

diferentes partes do mamão têm sido utilizadas como abortivos (KEHARO; BOUQUET, 1950; QUISUMBING, 1951; TANG, 1979). Explicando o não consumo de mamão durante a gravidez em comunidades Tamil Nadu, na Índia, FERRO-LUZZI (1980) referiu-se ao termo “papali” para o mamão, no qual "pappa" significa criança, e “ali”, destruir. Isto indica que a forte crença na capacidade abortiva durante gravidez na Índia.

Um estudo realizado por ADEBIYI et al. (2002) mostrou que algumas substâncias contidas no mamão podem ter efeitos progesterona-semelhantes, ocasionando abortos. Papaína é possivelmente um agente teratogênico. Em seu estudo, realizou experiência com ratos recebendo suco de mamão maduro, látex do mamão imaturo e água. Os ratos que receberam suco de mamão maduro não mostrou nenhum efeito significativo sobre o útero; enquanto que os ratos que receberam látex de mamão imaturo, estimulou significativamente a musculatura lisa do útero.

Os constituintes principais do látex são papaína e quimopapaína (CALAM et al., 1985). Observações sugerem que o nível do látex no mamão reduz conforme ele amadurece.

Um mamão totalmente maduro pode conter quantidade insignificante de látex, não provocando assim, contrações uterinas. Por isso, mamões não maduros ou semi-maduros podem ter um efeito adverso durante a gravidez e deve ser evitado. É possível que gestantes que são propensas ao trabalho de parto prematuro devido ao aumento da excitabilidade miometrial podem ser mais vulneráveis à menor quantidade de látex do mamão imaturo.

Outro estudo realizado por CHERIAN (2000) com objetivo de conhecer o princípio do látex do mamão não maduro mostrou que o látex contém um princípio uterotônico que pode ser uma combinação de enzimas, alcaloides e outras substâncias que podem evocar a contração sustentada do útero, agindo principalmente sobre receptor alfa adrenérgico do útero.

Sabe-se que o consumo de mamão verde in natura não é usualmente utilizado, porém o mamão imaturo é muito utilizado como ingrediente do doce de mamão. Não foi encontrada nenhuma referência científica que estuda a quantidade de látex de mamão imaturo em doce de mamão.

O consumo de mamão para combater constipação intestinal tem apoio da literatura, porém o consumo de mamão não completamente maduro deve ser evitado durante a gravidez. Mais estudos ainda são necessários sobre esse assunto.

5.1.7. CHÁ DE AMEIXA (*Prunus domestica*)

O chá de ameixa foi utilizado pelas gestantes para constipação intestinal (3 relatos) e houve 1 relato de consumo de ameixa (fruta) para mesma finalidade.

Em um estudo prospectivo, randomizado realizado por ATTALURI et al (2011) foi encontrado que o consumo de 12 unidades de ameixa seca por dia resultou em grande melhora no sintoma de constipação intestinal, com significativo aumento de número de defecação e consistência das fezes (fezes macias), comparado com o consumo de fibras suplementares. Esses achados confirmam que ameixas secas podem ser utilizadas para tratamento de constipação intestinal. Segundo MORAES; MAFFEI (2000), a ameixa preta deve ser incluída na alimentação em caso de constipação intestinal.

Outro estudo realizado por CHESKIN et al. (2009) avaliou os efeitos de uma porção diária de consumo de suco de ameixa antes de uma refeição, durante 14 dias em 36 adultos que relataram sintomas da constipação crônica, em comparação com consumo de suco de maçã adicionado com uma fibra, psyllium; e o consumo de suco de maçã (controle placebo). As principais conclusões foram que as fezes mais macias foram associadas com o suco de ameixa, que proporcionou alívio imediato (dentro de 24 horas após a primeira utilização) de sintomas de constipação. Este estudo fornece evidências preliminares para suportar o uso diário do produto natural, suco de ameixa, como um tratamento aceito e eficaz para amolecimento das fezes e alívio imediato dos sintomas de constipação.

O efeito laxativo ocorre provavelmente devido ao conteúdo de sorbitol (14.7g/100g em ameixas e 6.1g/100g em suco de ameixa) e de fibra, embora haja outros compostos presentes que podem ter efeitos benéficos, tais como polifenóis, que têm proteção contra problemas cardíacos e efeitos anti-inflamatório (STACEWICZ-SAPUNTZAKIS, 2001). A quantidade de polifenóis (184mg/100g) em ameixas também podem contribuir para a ação laxante. Ameixas também contém difenilsaltina (BAUM et al., 1951), que é um análogo de difenol-oxyphenisatine, um laxante conhecido.

As ameixas secas são seguras e palatáveis. Os resultados de CHESKIN et al. (2009) sugerem que este produto natural deve ser considerado como uma terapia de primeira linha para a constipação intestinal. Não há relatos de contraindicação de ameixa durante a gestação. O seu consumo foi indicado durante a gestação, segundo o estudo de GOULART; BRICARELLO (2000).

5.1.8. ÁGUA GELADA E CHUPAR GELO

A água gelada (4 relatos) e o ato de chupar gelo (3 relatos) foram referidos pelas gestantes para amenizar náuseas durante a gestação.

As náuseas e vômitos são frequentes no primeiro trimestre, e tendem a parar na décima terceira a décima quarta semana de gestação. Orientações dietéticas como aumentar o fracionamento das refeições e diminuir o volume, bem como ingerir alimentos secos, os carboidratos simples de fácil digestão podem reduzir o desconforto. Normalmente as gorduras não são bem toleradas, preferir alimentos com baixo teor de gordura. O consumo de biscoito salgado e gengibre tendem a auxiliar. O ideal é que a gestante ingira os alimentos nutritivos nos períodos que não apresente náuseas para que tenha o suporte de macro e micronutrientes necessários e requeridos pela gestação (SILVA et al., 2007).

De acordo com LEONETTI (2010), algumas orientações nutricionais para náuseas são: evitar ficar sem comer por muito tempo, aumentar o número de refeições (6 a 8) e reduzir o volume de alimentos por refeição, realizar as refeições em um lugar arejado, esperar exalar o aroma das preparações para depois consumir, chupar gelo 40 minutos antes das refeições, preferir alimentos mais secos, de consistência mais branda e frios, evitar beber líquidos durante as refeições. De acordo com WAITZBERG, 2004, outras condutas para náuseas são: chupar gelo, picolé de limão, raspadinha de gelo, sorvete de fruta, bebidas carbonatadas, alimentos secos, excluir gorduras da dieta.

Segundo BACHMANN (2001), alimentos frios ou gelados podem melhorar sintomas de náusea e vômito.

De acordo com as referências encontradas, o gelo e água gelada sugerem a melhora do sintoma de náusea, porém poucos estudos que mostram essa eficácia foram encontrados. Não houve relatos sobre contraindicação para gestantes, porém deve-se atentar para a qualidade da água na fabricação do gelo, pois este pode ser um importante veiculador de agentes patogênicos, responsáveis por diversas enfermidades.

5.1.9. CHÁ DE CAMOMILA (*Matricaria recutita*)

O chá de camomila foi utilizado pelas gestantes para o sintoma de ansiedade (7 relatos), azia (2 relatos), constipação (1 relato).

Acredita-se que durante a gravidez a mulher está mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade (FALCONE et al., 2005). Estudos recentes revelaram que os transtornos de ansiedade sub-diagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais (CAMACHO et al., 2006), tais como depressão pós-parto (FAISAL-CURY; MENEZES. 2006), baixo peso ao nascer (ZIMMER et al., 1996), prematuridade (WADHWA et al., 1993), redução do índice apgar (CONSONNI, 2002), entre outros.

Matricaria recutita, conhecida popularmente como camomila, é uma espécie vegetal utilizada na medicina devido às suas propriedades sedativa, espasmolítica, anti-inflamatória, hepatoprotetora, cicatrizante, entre outros. É usada comumente na forma de chá, ingerido por via oral, sendo utilizada para mal-estar no estômago, má digestão e nervosismo. Pode ser usada externamente para tratar hemorroidas, feridas na mucosa da boca e cicatrizante da pele (O'HARA et al., 1998; BABENKO, SHAKHOVA, 2005).

Segundo estudo de SOUZA (2006), que verificou o uso de plantas medicinais em uma região de Goiás, mostrou que a camomila é utilizada para insônia, pressão alta e como calmante. USTULIN et al (2009) e SILVA et al. (2012a) relatam propriedades, antiespasmódica, calmante, febrífuga, anti-inflamatória e antirreumática.

De acordo com ANVISA (BRASIL, 2011) o uso interno de camomila tem efeito antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve. Seu uso externo pode ser utilizado como anti-inflamatório em afecções da cavidade oral. Ainda, segundo COSTA (2011a), a camomila é indicada para sistema digestivo, inflamações agudas ou crônicas da mucosa gastrointestinal, auxilia na reconstrução da flora bacteriana normal e dispepsia.

No estudo de BEZERRA (2009) foram avaliadas as atividades gastroprotetora, antioxidante, antimicrobiana e citotóxica do extrato seco das flores de camomila e do alfa-bisabolol, um sesquiterpeno presente em seu óleo essencial. Na atividade gastroprotetora, o extrato seco das flores de camomila reduziu significativamente as lesões gástricas induzidas por etanol em ratos. O alfa-bisabolol também inibiu a formação de úlceras induzidas por etanol. Quando realizada a avaliação do potencial antioxidante, não apresentou atividade sequestradora de radicais livres. Na avaliação da atividade antimicrobiana, houve inibição do crescimento de algumas bactérias.

Reações adversas ao uso da camomila durante a gravidez foram documentadas, tais como efeito abortifacente, estimulação uterina com uso excessivo. A camomila também mostrou possuir uma atividade estrogênica fraca. (NEWALL, et al., 2002, RANGEL, 2009). Outros achados na literatura evidenciaram experimentos farmacológicos demonstrando que

suas preparações têm ações emenagoga e relaxante do útero, ou seja, que induz contrações uterinas, sendo assim contraindicada na gravidez (RODRIGUEZ et al, 1996; ALONSO, 1998; MATOS, 2007; NEWALL, et al., 2002).

São comuns relatos de reações alérgicas à camomila, embora na maioria dos casos a espécie da planta não tenha sido especificada. Os indivíduos que tenham apresentado hipersensibilidade a qualquer membro da família Asteraceae/Compositae devem evitar a camomila.

Apesar da literatura fornecer informações que apoiem a hipótese de que produz efeito sobre ansiedade, azia e constipação, o uso interno da camomila na gravidez deve ser evitado, segundo os dados encontrados na literatura.

5.1.10. CHÁ DE ERVA-CIDREIRA (*Melissa officinalis*; *Lippia alba*; *Cymbopogon citratus*)

Folhas de erva-cidreira foram utilizadas pelas gestantes para o sintoma da ansiedade (5 relatos), gripe (1 relato), náusea (1 relato), dor de barriga (1 relato).

As espécies *Melissa officinalis*, *Lippia alba* e *Cymbopogon citratus* são conhecidas popularmente como erva-cidreira (LIBERALLI ET AL., 1946; FERRO ET AL., 1996; GOMES ET AL., 1997).

A utilização da *Lippia alba* para dor de barriga está amplamente descrita na literatura popular de várias regiões (PASCUAL et al., 2001; LORENZI; MATOS, 2008; DI STASI; HIRUMA-LIMA, 2002; SILVA et al., 2011). Geralmente, seu óleo essencial com componentes majoritários limoneno, β -cariofileno, p-cimeno, cânfora, linalol e timol, além de compostos fenólicos (flavonoides), justificam suas propriedades medicinais (PASCUAL et al., 2001).

Em um estudo que realizou um levantamento sobre o uso de plantas medicinais na comunidade da Barra II (SILVA, et al., 2012b), a *Lippia alba* foi utilizada por essa comunidade para disenteria, dor de barriga, dor de cabeça, pressão alta, diabetes, e para acalmar. Segundo a ANVISA (BRASIL, 2011), *Lippia Alba* tem função ansiolítica, sedativa leve, antiespasmódica e antidiarréica.

Uma revisão bibliográfica, que reuniu estudos realizados em vários países (HENNEBELLE, et al., 2008), relatou que *Lippia alba* é utilizada para problemas digestivos (DI STASI et al., 2002; GAZZANEO et al., 2005; OLIVEIRA, et al., 2006b; TOSCANO-

GONZÁLEZ, 2006; e PINTO et al., 2006); náusea ou vômitos (DI STASI et al., 2002; GIRÓN et al., 1991); dor de estômago (HEINRICH et al., 1992;TOSCANO-GONZÁLEZ, 2006; PINTO et al., 2006); flatulência (RODRIGUES; GUEDES, 2006; GIRÓN et al., 1991); diarreia (TOSCANO-GONZÁLEZ, 2006); doenças respiratórias (OLIVEIRA, et al., 2006); bronquite (DI STASI et al., 2002); dor de garganta (FRANCO; BARROS, 2006); gripe (FRANCO & BARROS, 2006;TOSCANO-GONZÁLEZ, 2006; DI STASI et al., 2002); tosse (GIRÓN et al., 1991; DI STASI et al., 2002; TOSCANO-GONZÁLEZ, 2006); sedativo (DI STASI et al., 2002; RODRIGUES; GUEDES, 2006;OLIVEIRA, et al., 2006; VENDRUSCOLO; MENTZ, 2006); hipertensão arterial (DI STASI et al., 2002; RODRIGUES; GUEDES, 2006; OLIVEIRA, et al., 2006); anemia (GAZZANEO, et al., 2005; dor de cabeça (GIRÓN et al., 1991); dores (RODRIGUES; GUEDES, 2006; TOSCANO-GONZÁLEZ, 2006); doenças de pele (GIRÓN et al., 1991); feridas (DI STASI et al., 2002).

O estudo de HENNEBELLE et al. (2008)avaliou as propriedades da *Lippia alba* e encontrou que a utilização desta espécie em alguns problemas digestivos, se justifica pela ação contra *Entamoeba histolytica*, que pode causar diarreia e disenteria. O uso tradicional contra a gripe é explicado devido atividade antiviral contra o vírus influenza. Potenciais propriedades anti-inflamatórias pode desempenhar um papel nas doenças respiratórias (VIANA et al., 1998;. AGUIAR, 2006). No que se refere à atividade sedativa, o óleo essencial, ou seus constituintes principais, citral, limoneno, mirceno e carvona, (VALE, et al, 1999, 2002, DE SOUSA, et al, 2007) são de atividade fraca, mas alguns modos tradicionais de consumo usam quantidades consideráveis da planta.

O efeito anti-hipertensivo não foi confirmado pelo experimento, porém potentes compostos vasodilatadores, foram encontrados de forma isolada (YOSHIKAWA et al., 2006).

As aplicações locais contra feridas, doenças de pele ou dor pode ser explicado pela atividade de inibição de agentes patógenos tais como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans* (AGUIAR, 2006; PINO ALEA et al., 1996; DUARTE, et al., 2005; ANDRIGHETTI-FRÖHNER et al., 2005).

A atividade analgésica do óleo essencial (VIANA et al., 1998) não só comprovam a indicação para os tradicionais usos: problemas digestivos e infecções respiratórias, mas também em outras indicações, como dores de cabeça, ou problemas ginecológicos (SCARPA, 2004; LEONTI et al., 2003; ARANGO CARO, 2004).

A *Melissa officinalis* L., também conhecida como erva-cidreira, ou melissa, segundo ANVISA (BRASIL, 2011) possui muitas propriedades farmacológicas, tais como,

antiespasmódica, antifúngica, antibacteriana, sedativa leve, e principalmente ansiolítica (MIMICA-DUKIC et al., 2004; PEREIRA et al., 2005). Possui ainda atividade antioxidativa, antimicótica, adstringente, anti-inflamatória, antitumoral e antiviral, principalmente sobre o vírus da herpes simples, causador da herpes labial e caxumba (TESKE; TRENTTINI, 1997; LORENZI; MATOS, 2002; HABER, et al., 2005, BLANK, 2005).

Como já citado anteriormente, a principal característica terapêutica da planta é como calmante, atuando no sistema nervoso central (SNC) através da modulação de processos cognitivos e do humor, além de alterar movimentos espontâneos (AKHONDZADEH et al., 2003; KENNEDY et al., 2002).

Cymbopogon citratus é conhecido popularmente no Brasil como erva-cidreira, capim-limão, capim-cidrô, capim-cheiroso, capim-cidreira, capim-cidrão, citronela-de-java, cana-cidreira, cana-cidreira-do-reino, cana limão, caninha-limão, capim-barata, capim cidreira, capim-cidrilho, capim-santo, capim-jossá entre outros (FARMACOPÉIA, 1959; PAVIANI, 1964; SILVA E BAUER; 1971; REITZ, 1982; CORREA, 1984; FARMACOLOGIA, 1985; COSTA, 1986; OLIVEIRA E SAITO, 1991; OLIVEIRA ET AL., 1991; CORREA JUNIOR ETAL., 1994; SILVA JUNIOR ET AL., 1995; AKISUE ET AL., 1996 ; BRASIL, 1998).

O “chá” ou “abafado” preparado de suas folhas frescas ou secas é muito utilizado na medicina popular em quase todos os continentes e abrange uma ampla gama de indicações.

O óleo essencial, na Índia, é usado para problemas gastrintestinais (ALVES e SOUZA, 1960). O geraniol, um dos componentes do óleo essencial é indicado, na China, como ansiolítico (PEIGEN, 1983). Nas Ilhas Maurício e na península Malaia, é comum utilização do chá das folhas contra gripe, febre, pneumonia, problemas gástricos e como sudorífero (FOOK, CITADO POR FARMACOLOGIA, 1985). Na Nigéria, é empregado como antifebril e, por seu efeito estimulante e antiespasmódico (OLANIYI et al., 1975). Na Indonésia, a planta é indicada para ajudar a digestão, promover diurese, sudoração e como emenagogo (HIRSCHORN, 1983) e, em Trinidad e Tobago, para combater diabetes (MAHABIR E GULLIFORD, 1997). Ainda na África e Ásia, é considerado como antitussígeno, antisséptico, sudorífero, estomáquico, antirreumático e para tratar lombagos, entorses e hemopatias (ALVES e SOUZA, 1960).

Em vários estados do Brasil, evidencia-se o uso popular do *Cymbopogon citratus* como planta medicinal, vide STEHLMANN E BRANDÃO, (1994); MATOS ET AL., (1982) E RAMAKERS ET AL., (1994); DEUS, (1981); AGRA (1977) E ALENCAR ET AL. (1994); VAN DEN BERG (1980); MATTOS E DAS GRAÇAS (1980); NOGUEIRA, (1983) E PAVIANI (1964). É efetivamente ampla a gama de empregos referenciados para esta

planta, tais como: fortificante, digestivo, antitussígeno, antigripal, analgésico, anti-hemético, anticardíopatias, antitérmico, anti-inflamatório de vias urinárias, diurético, antiespasmódico, diaforético e antiálgico.

A administração da infusão das folhas para os seres humanos em doses até 720 ml/dia não produz sintomas de intolerância gastrointestinal ou toxicidade, entretanto, doses acima da recomendada podem causar diarreia, vômitos, bradicardia, hipotensão. Não se recomenda para pessoas hipotensas e para mulheres gestantes devido à sua propriedade emenagoga, podendo ocasionar aborto (SALIMENA, 2000).

A literatura pesquisada fornece informações que apoiam a hipótese de que a erva-cidreira possa ser utilizadas para ansiedade, gripe, náusea e dor de barriga, porém há risco, se consumido por gestantes.

5.1.11. CHÁ DE PATA DE VACA (*Bauhinia forficata*)

O chá da folha de pata-de-vaca foi utilizado pelas gestantes entrevistadas para o controle da diabetes (2 relatos).

O diabetes é caracterizado por elevados níveis de glicose no sangue, atualmente é uma das doenças mais importantes que afetam a humanidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimulado, nas últimas décadas, a investigação de plantas medicinais para o tratamento desta enfermidade, visto que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), em 2002, existiam cerca de 173 milhões de diabéticos no mundo e a projeção é atingir 300 milhões de diabéticos em 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008).

Estudo realizado por BORGES et al, 2008, objetivou catalogar as plantas medicinais amplamente utilizadas no Brasil como antidiabéticas, em fontes bibliográficas, no período de 1986 a 2002, destacando algumas que tiveram seus efeitos hipoglicemiantes cientificamente comprovados. Pelo levantamento etnobotânico realizado, foram identificadas 65 espécies de vegetais utilizadas pelas comunidades tradicionais pelas suas propriedades terapêuticas para o diabetes. Dessas, 5 espécies *Arctium minus* (bardana), *Allium sativum* (alho), *Baccharis trimera* (carqueja), *Bauhinia forficata* (pata-de-vaca) e *Anacardium occidentale* (casca do cajueiro) têm comprovação científica dos seus efeitos hipoglicemiantes. Em outro estudo, foi comprovada a validade do uso clínico de *Bauhinia forficata* (pata-de-vaca) no tratamento do diabetes tipo 2 (LINO et al, 2004).

Segundo SILVA e FILHO (2002) algumas espécies da *Bauhinia* possuem propriedades antifúngicas, antibacterianas e principalmente antidiabética. *B. forficata* é a espécie que apresenta maior número de estudos quanto à atividade hipoglicemiante, sendo considerada, muitas vezes pela comunidade rural, como pata-de-vaca verdadeira, sendo muito usada na forma de chás e outras preparações. Quando se analisou a ação hipoglicemiante do decocto ou fervura da planta (150 g/L de água), imitando-se o uso na medicina popular, através da administração oral crônica em ratos diabéticos, os animais mostraram uma melhoria no metabolismo de carboidratos verificado pelos menores níveis de glicemia e glicosúria (PEPATO et al., 2002). A atividade hipoglicemiante também foi confirmada por JULIANE (1929). Por outro lado, em contraste com dados disponíveis na literatura sobre o efeito antidiabético de *B. forficata*, COIMBRA-TEIXEIRA et al.(1992) verificaram que o extrato alcoólico de folhas desta planta não reduz a concentração da glicose em ratos diabéticos induzidos pela streptozotocina. Os resultados discrepantes podem ser devidos a vários aspectos não levados em consideração nestas investigações, como os fatores ambientais (tipo de solo, clima, etc.) e sazonais.

No estudo de MENEZES et al.(2007), extratos aquosos das folhas de *Bauhinia forficata* foi testada em camundongos normoglicêmicos, objetivando averiguar a sua atividade hipoglicemiante. A atividade hipoglicêmica foi estabelecida. Os resultados encontrados neste trabalho coincidem com alguns resultados publicados anteriormente. A atividade hipoglicemiante pode ser relacionada com a presença de flavonoides glicosilados que possuem quantidade e qualidade diferentes em ambos os extratos. Ambas as espécies tiveram um efeito muito pronunciado in vitro no método utilizado, mostrando ser hipoglicemiantes muito promissores.

Os estudos de toxicidade publicados em 2004 indicaram que não foram observados efeitos tóxicos em ratos normais ou diabéticos e em ratas grávidas diabéticas (DAMASCENO et al., 2004; PEPATO et al., 2004).

A literatura apoia a utilização do chá de pata de vaca como hipoglicemiante e, segundo estudos, não é contraindicado para gestantes, porém são necessários mais estudos, pois poucos estudos foram encontrados sobre esse tema.

5.1.12. CHÁ DE MELÃO DE SÃO CAETANO (*Momordica charantia*)

As folhas do Melão-de-São-Caetano foram utilizadas para diabetes (1 relato).

O fruto e as sementes do Melão-de-São-Caetano são amargos, usadas tradicionalmente na medicina caseira em países como Brasil, China, Colômbia, Cuba, Gana, Haiti, Índia, México, Malásia, Nova Zelândia, Nicarágua, Panamá e Peru (GROVER; YADAV, 2004).

Mais de 200 publicações demonstram estudos farmacológicos realizados com *M. charantia*, já tendo sido comprovadas importantes atividades como: antibacteriana, antiulcerogênica, anti-inflamatória, antilipidêmica, hipoglicemiante, anti-hipertensiva, anticancerígena, abortiva, larvicida, imunossupressora, dentre outras (TAN et al., 2008, FERNANDES et al., 2007, NERURKAR et al., 2006, KONISHI et al., 2004, BRACA et al., 2008, DANS et al., 2007).

O uso empírico como erva medicinal para o tratamento da diabetes foi confirmada experimentalmente por observações do fruto ou frações extraídas com água deste vegetal, que exibe uma potente atividade hipoglicêmica em normoglicêmicos e em ratos com diabetes induzida pela streptozotocina, assim como em humanos com tipo II da diabetes mellitus (BAILEY et al., 1985; WELIHINDA et al., 1986; ALI et al., 1993). Devido à ação hipoglicemiante comprovada para preparações dos frutos, destaca-se ainda o potencial de interferência da sua utilização nos tratamentos convencionais da diabetes (CHAN, et al, 1984; ERNST; DE SMET, 1986; MENGUE et al, 2001)

Das sementes de *Momordica charantia* foram isoladas glicoproteínas (alfa e betamomocharina), que mostraram ação abortiva em camundongos, com ação inibitória sobre a multiplicação celular do endométrio e miométrio (CHAN, et al., 1984 e 1985; MENGUE, et al., 2001). De acordo com DUKE, 1985; GUPTA, 1995, GROVER, 2004, a planta também é conhecida como abortiva e emenagoga. BRINKER (2013), também afirma que *Momordica charantia* é contraindicada na gestação e lactação.

Momordica charantia deve ser evitado por gestante devido ao risco de aborto, apesar da literatura apoiar seu efeito sobre diabetes.

5.1.13. CHUCHU (*Sechium edule*)

O chuchu foi utilizado pelas gestantes para baixar a pressão arterial (3 relatos).

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos

e intercorrências clínicas podem desencadear danos ao binômio materno-fetal (BRASIL, 2000b).

A expressão “hipertensão na gravidez” recebe a designação geral de síndromes hipertensivas gestacionais (SHG). Estas são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). As SHG são classificadas em hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica e pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (MARYLAND, 2000).

Diversos estudos publicados, tais como de MOREIRA et al. (2002); VENDRUSCULO et al. (2006); BARROS et al. (2007); COSTA et al. (2011a), SILVA et al. (2012); estudando o uso de plantas e hortaliças com finalidade medicinal nas comunidades, constataram que chuchu (*Sechium edule*) era utilizado devido sua atividade anti-hipertensiva. GUERRA et al., 2007; avaliaram a utilização de plantas medicinais e hortaliças para o controle de enfermidades, assim, encontrou-se que a casca e o fruto de chuchu também foram utilizados para abaixar a pressão arterial.

No estudo de SANTOS et al. (2008), o qual teve como objetivo verificar o conhecimento popular a respeito das plantas medicinais utilizadas para as doenças de maior ocorrência em uma região do interior de São Paulo, verificou-se que de 21 plantas medicinais citadas para o tratamento de pressão alta, 15 citações foi *Sechium edule* (chuchu). O fruto era consumido, e as folhas eram usadas pela comunidade na forma de infusão.

FUCHS et al. (1986), investigaram o efeito agudo do chá de chuchu sobre a pressão arterial, frequência cardíaca, o volume urinário e as taxas de sódio e potássio de 21 jovens normotensos, em ensaio clínico cruzado, contra placebo, randomizado e duplo-cego. Os resultados mostraram apenas um aumento significativo do volume urinário quando da ingestão do chá, não se evidenciando, nas presentes condições experimentais, o efeito hipotensor do chuchu.

Porém em trabalhos mais recentes, foi verificado que *Sechium edule* tem atividade hipotensiva confirmada em testes de laboratório. Em testes pré-clínicos, a polpa e a casca dos frutos levaram a uma diminuição da pressão arterial (GORDON et al., 2000) mas ainda não foi determinada a natureza do princípio ativo responsável por esse efeito (BOORHEM et al., 1999), entretanto suspeita-se que seja pelo seu elevado teor de potássio (LORENZI; MATOS, 2008).

Em um trabalho publicado por MAIA et al. (2011), o chuchu possui como principais compostos, saponinas e polifenóis (flavonoides); e tem ações farmacológicas como hipotensora, sedativa, antiinflamatória, diurética.

De acordo com a literatura, há indícios de que o chuchu possa baixar a pressão arterial. Não foi encontrado nenhum estudo que contraindica o consumo de chuchu para gestantes.

5.1.14. BANANA (*Musa spp.*)

A banana foi utilizada pelas gestantes para câibras (4 relatos).

As câibras na gestação acometem particularmente os músculos da panturrilha com espasmos dolorosos que causam um desconforto considerável (REZENDE; MONTENEGRO, 2007). Para RODRIGUES (2008) as intervenções sobrepostas às câibras consistem em orientar a paciente que ao sentir esse desconforto estique as duas pernas e flexione em direção ao corpo; massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local; aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio e cálcio; alongar os músculos da panturrilha; elevar as pernas ao nível do coração com frequência ao longo do dia; evitar exercícios físicos em excesso.

HELGE, WATT, RICHTER, RENNIE E KIENS (2002), e MARINS, et al (2004), constataram que a câibra está associada com a alta produção de suor, desidratação e problemas no balanço de minerais. Segundo o *American College of Sports Medicine* (2009), câibras musculares estão associadas com desidratação, déficits de eletrólitos e fadiga muscular.

Segundo SAINI et al. (2012) a ingestão inadequada de cálcio por um longo prazo, pode resultar em câibras musculares e irritabilidade.

Como mencionado anteriormente, as explicações de câibras incluem a teoria de desidratação e deficiência de eletrólitos. Em um estudo realizado por JUNG et al. (2005) indivíduos se exercitaram em ambiente quente, e foi realizado testes de suplementação hídrica e de eletrólitos, observando a influência nos casos de câibra. Verificou-se que a suplementação de hidratação ou eletrólito não influenciaram na incidência de câibras. Deve-se notar, no entanto, que, como o exercício era intenso, a hidratação e a suplementação de eletrólito pode não ter sido suficiente no papel da prevenção. Taxas de suor pode ter excedido a capacidade de absorver a bebida de reidratação.

Os participantes que tiveram câibras apresentaram maior taxa de suor média, do que aqueles que não o tiveram. Esta descoberta apoia a teoria de que câibras podem estar relacionadas à desidratação e/ou desequilíbrio eletrolítico. Ingestão de sódio consistentemente baixa também tem sido apontada como relacionado a câibras (BERGERON, 1996).

O estudo sugere que a desidratação e desequilíbrio eletrolítico não são as únicas causas das câibras. No entanto, como mencionado anteriormente, hidratação e eletrólitos só pode auxiliar na prevenção de câibras até um limiar de intensidade ou de fadiga muscular.

A banana contém diferentes fitoquímicos, muitos dos quais possuem propriedades antioxidantes, tais como carotenos, polifenóis, flavonoides e vitamina C, que podem estar relacionadas com o retardo do envelhecimento e a prevenção de certas doenças, entre elas alguns tipos de câncer (WANG et al., 1997). Além disso, é altamente energética, contém potássio, fósforo, cálcio, ferro, vitaminas A, B1, B2 e pequena quantidade de vitamina D (DE MARINI et al., 1990).

Indivíduos propensos a câibras musculares associadas ao exercício são instruídos a comer bananas devido à alta concentração de potássio e carboidratos, com a percepção de que o desequilíbrio de potássio e fadiga contribuem para a câibra. Assim, com o intuito de verificar essa associação, MILLER (2012) estudou se a ingestão de 0, 1 ou 2 porções de bananas após exercício, alteram concentrações de potássio e glicose sanguínea.

O efeito da ingestão de banana em câibras é desconhecido, no entanto, os dados do estudo de MILLER sugerem que bananas não são susceptíveis de aliviar câibras. Os aumentos de concentração de potássio foram marginais e dentro dos valores clínicos normais. As alterações na concentração de potássio e glicose no sangue não ocorrem com rapidez suficiente para tratar câibras agudas. Esse estudo, porém, avaliou a eficácia da banana contra câibra após o exercício físico. No caso das gestantes entrevistadas é possível que a utilização seja para prevenção de câibras, ou seja, o consumo se dá antes da câibra.

Pesquisas científicas sobre esse assunto são escassas. Por outro lado nenhum estudo contraindicou o consumo de bananas por gestantes. Há, portanto necessidade de mais investigações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes entrevistadas nesse estudo tinham média de 28,5 anos de idade, sendo os extremos de idade 15 e 42 anos; idade gestacional entre 9 a 39 semanas de gestação, sendo a média de 26,9 semanas; a maioria do lar (52,5%); 98,7% das gestantes tem algum apoio familiar, seja de companheiro ou familiares; a maioria branca (39,7%); a principal região de origem é sudeste (71,8%); a maioria estudou de 7 a 11 anos (71,8%), mostrando que chegaram ao ensino médio; a renda per capita da maioria das gestantes foi de ½ a 1 salário mínimo e a principal religião relatada foi evangélica (48,0%). Independentemente da idade, idade gestacional, etnia, religião, escolaridade, renda per capita e região de origem, as gestantes utilizam as práticas populares, ou seja, não houve diferença significativa na utilização de alguma prática em determinada categoria.

Das gestantes entrevistadas, 64,1% referiram utilizar algum tipo de prática popular. Foram citadas 69 práticas populares diferentes, sendo 139 o total de práticas citadas. As práticas encontradas nesse estudo se referem aos sintomas de pirose (22,3%), gripe (15,8%), náusea (14,4%), constipação intestinal (13,7%), ansiedade (12,9%), diabetes (5,7%), hipertensão arterial (3,6%), cãibra (2,8%) e outros (8,6%). Dentre as práticas utilizadas estão laticínios, frutas, chás, água e complementos, xaropes, sementes e cereais, verduras, legumes e outros.

Entre as principais práticas populares utilizadas pelas gestantes entrevistadas, as indicações terapêuticas são compatíveis com as encontradas na literatura, exceto no caso da banana, cujo efeito para cãibra não foi comprovado cientificamente devido à falta de estudos; em muitos casos, porém, a utilização na população específica de gestante é contraindicada devido ao efeito teratogênico, abortivo ou tóxico, como nos casos de chá de boldo, gengibre (em altas doses), mamão imaturo, chá de camomila, chá de erva cidreira e chá de melão-de-São-Caetano.

A ciência se mostra insuficiente na disponibilização de informações concernentes às reações adversas e contraindicação de plantas medicinais e alimentos específicos durante o período gestacional. Existem poucos trabalhos publicados e disponíveis sobre esse assunto, sendo muitas dessas pesquisas realizadas com experimentos em ratas prenhas, e com extratos da planta e não com chás, o que sugere que as quantidades são excessivamente maiores do que aquelas que seriam consumidas em chás, como indicados nesse estudo. Portanto, são necessárias futuras investigações de cunho epidemiológico e até mesmo experimental, mas

com desenhos metodológicos que reproduzam as quantidades utilizadas na prática diária, para que se fundamentem com maior segurança os riscos de gestantes utilizarem esses chás.

A partir deste trabalho é possível notar que o saber popular é passado de geração para geração, pois a forma de transmissão de conhecimento mais referida foi de família ou pessoas próximas (80,3%) e que muitas gestantes utilizam plantas medicinais e práticas populares sem a preocupação com os efeitos adversos, por considerarem produtos naturais saudáveis, inofensivos à saúde e benéficos.

Este estudo mostrou que a maioria das gestantes (64%) não referem a utilização de práticas populares ao profissional de saúde; gestantes afirmaram que os profissionais não fizeram reforço negativo em relação às práticas utilizadas, mesmo nos casos de plantas abortivas, teratogênicas ou de risco para a gestação, o que sugere o desconhecimento sobre o assunto pelos profissionais da saúde. Dessa forma, há necessidade de capacitações e divulgação sobre as políticas existentes, como a Política Nacional de Promoção de Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), além de estimular a introdução desses temas nos currículos dos cursos da área da saúde, visto que profissionais de saúde necessitam conhecer os benefícios e contraindicações dessas práticas, dada sua responsabilidade em ações diagnósticas e orientações preventivas e terapêuticas. O conhecimento sobre plantas medicinais de uso corrente da população no seio da qual estejam inseridos é importante, tendo em vista que o uso delas é real e impacta diretamente nos resultados clínicos e terapêuticos dessas pacientes.

A capacitação das equipes de saúde para o uso e manejo das plantas medicinais é uma medida a ser tomada pelos gestores municipais (e pelos órgãos formadores dos profissionais), para proporcionar conhecimento sobre sua eficácia e segurança para os profissionais, assim como para envolver as comunidades no resgate cultural de seu uso. Assim, os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos, podendo ao mesmo tempo, orientar algumas incorreções no manejo de plantas medicinais que já foram cientificamente comprovadas, como efeitos adversos e contraindicações de determinadas substâncias.

Na presença de qualquer indício que sugira riscos para a gestação, a orientação deve ser realizada. Este estudo verificou que os dados existentes a respeito da segurança de uso das plantas medicinais durante a gravidez são escassos e muitas vezes contraditórios. Novas pesquisas sobre o assunto no Brasil são necessárias e medidas para a divulgação dos resultados devem ser feitas de maneira que se institua uma relação dialógica entre trabalhadores de saúde e usuários, onde se possa introduzir o assunto aos pacientes e

comunidade de forma que não confronte e não ignore seus saberes culturais e populares, mas sim os façam refletir sobre seu uso, a partir dos dados obtidos pela literatura.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEGAZ, B.; YOHANNES, P. G.; Journal of Natural Products. 46, 424. 1983.

ACCIOLY, E. *et al.* **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Ajustes Fisiológicos na Gestação. p. 89 a 99. 2 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.

ADEBIYI A, ADAIKAN PG, PRASAD RN. Papaya (Carica papaya) consumption is unsafe in pregnancy: fact or fable? **British Journal of Nutrition**. p.199-203. 2002.

AGRA , M. F. Farmacopeia popular da Paraíba. João Pessoa: [s.n.], 1977. p.14

AGUIAR, J.S. **Atividades antimicrobiana, citotóxica, antitumoral e anti-inflamatória de extratos brutos de *Lippia alba*(Mill.) N.E. Brown**. 2006. Dissertação (Mestrado em ciências biológicas) - Universidade de Pernambuco. 2006.

AKISUE, G.*et al.* Padronização da droga e do extrato fluido de *Cymbopogon citratus* (D.C.) Stapf. *Lecta, Bragança Visão Acadêmica, Curitiba*, v. 4, n. 2, p. 137-144, Jul.- Dez./2003, *Paulista*, v. 14, n. 2, p. 109-119. 1996.

AHMED, I.; ADEGHATE, E.; SHARMA, A.K.; PALLOT, D.J; SINGH, J. **Effects of *Momordica charantia* fruit juice on islet morphology in the pancreas of the streptozotocin-diabetic rat**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 40, 145–151. 1998.

AHMED, R. S.; SETH, V.; PASHA, S. T.; BANERJEE, B. D. **Influence of dietary ginger (*Zingiber officinalis* Rosc) on oxidative stress induced by malathion in rats**. *Food Chem. Toxicol.*, v. 38, n. 5, p. 443-450, 2000.

AKHONDZADEH, S. *et al.* ***Salvia officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer’s disease: a double blind, randomized and placebo-controlled trial**. *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*.28: 53-59. 2003.

AL-ACHI, A.A **Current Look at Ginger Use**. *U.S. Pharmacist*, September, pp. 40-46. 2001.

ALAM, M., ROKEYA, B. **Studies on hypoglycemic effects of fruit pulp, seed and whole plant of *Momordica charantia* on normal and diabetic model rats**. *Planta Médica*, 59, 408–412. 1993.

ALBUQUERQUE, UP, HANAZAKI N. **As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas.** Revista Brasileira de Farmacognosia 16 (Supl): 678-689. 2006.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comunicação, Saúde e Educação.** Vol. 08, n.15. Botucatu, Março, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006>. Acesso em out.2012.

ALENCAR, V. P.de; MELO, M. F. F. D.; OLIVEIRA, R. A. G. As plantas medicinais utilizadas pelos agentes de saúde da Paraíba. In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, 13., 1994 , Fortaleza. Anais...Fortaleza : UFCE, 1994.p.227

ALI, L., et al. Improvement in glucose tolerance due to *Momordica charantia* (karela). **British Medical Journal**, 282, 1823–1824. 1993.

ALJADI, A. M.; KAMARUDDIN, M. Y. **Evaluation of the phenolic contents and antioxidant capacities of two Malaysian floral honeys.**Food Chem., v. 85, p. 513-518, 2004.

ALLEN, K.L.; MOLAN, P.C.; REID, G.M.**A survey of the antibacterial activity of some New Zealand honeys.** Journal of Pharmacy and Pharmacology, v.43, p.817-822, 1991.

ALMEIDA, A.R.; et al. Cultura, Tradição e Terapia Populares: um desafio para profissionais de saúde. **Revista da FAPese**, v.4, no 2. Dez 2008.

ALMEIDA, F.C.G.; LEMONICA, I.P.The toxic effects of *Coleus barbatus* B. on the different periods of pregnancy in rats.**Journal of Ethnopharmacology**, v.73, p.53-60, 2000.

ALONSO, J.R. **Tratado de Fitomedicina. Bases clínicas e farmacológicas.** Isis editorial. Buenos Aires, Argentina. 1998.

ALONSO, J.R. **Tratado de fitofármacos y nutracéuticos.** Buenos Aires: CORPUS, 1360 p. 2004.

- ALTON, IRENE. Nutrition and the Pregnant Adolescent
A Practical Reference Guide. **Discomfort of pregnancy. Chapter 11. University of Minnesota, EUA. 2012.**
- ALVES, A.C.; SOUZA, A.F. Nota prévia sobre o estudo fitoquímico de *Cymbopogon citratus* (D.C.) Stapf. Garcia de Orta, Lisboa, v. 8, p. 629-638, 1960.
- ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M. de A. **Cuidado de enfermagem pela plantas medicinais**
In: FIGUEIREDO, N.M.A. de. (Ed.). Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, cap.10, p. 283-296. 2003.
- ALZOREKY, N. S.; NAKAHARA, K. **Antibacterial activity of extracts from some edible plants commonly consumed in Asia.** Journal of Food Microbiology, Yemen; v.80, p.223-230, 2003.
- ANDRADE, et al. **Estudo sobre o uso do mel de abelha associado com plantas medicinais na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, Pombal, Paraíba, Brasil.** Agropecuária Científica no Semi-Árido, v.8, n.3, p 45- 50, jul – set , 2012.
- ANDRIGHETTI-FRÖHNER, C.R., et al. **Antiviral evaluation of plants from Brazilian atlantic tropical forest.** Fitoterapia 76, 374–378. 2005.
- ARANGO CARO, S. **Guia de plantas medicinales de uso comun en Salento, Colombia.** Missouri Botanical Garden Press, Saint-Louis, pp. 49–50. 2004.
- ARAÚJO, E. et al. **Uso de plantas medicinais pelos pacientes com câncer de hospitais da rede pública de saúde em João Pessoa (PB).** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.2, p.44-52, jun. 2007.
- ARAÚJO FILHO, G. C., et al. **Produtor de mamão.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, Instituto Centro de Ensino Tecnológico. 72 p. 2002.
- ARNOUS, A.; SANTOS, A.; BEINNER, R. **Plantas medicinais de uso caseiro – Conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.6, n.2, p.1-6, jun, 2005.
- ATTALURI, A. et al. Randomized Clinical Trial: dried plums (plunes) vs. psyllium for constipation. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics.** Iowa city, EUA, 2011.

BACHMANN P. Nutrition au cours des radiothérapies et chimiothérapies. **Clinical Nutrition & Metabolism**. 15:308-17. 2001.

BAKENKO.N.A.; SHAKHOVA, E.G. Effects of Chamomilla recutita flavonoid on age-related liver sphingolipid turnover in rats. *Experimental Gerontology*, v.41, p.32-39. 2006.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, v.19, p.245-53, 2007.

BAILEY, C.J., DAY, C., TURNER, S.L., LEATHERDALE, B.A. **Cerasee, a traditional treatment for diabetes. Studies in normal and streptozotocin diabetic mice.** *Diabetes Research*, 2, 81–84. 1985.

BARBOSA, M.A. et al. Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina. **Revista Eletrônica de Enfermagem** - Vol. 03, n. 02, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Goiânia. 2001. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/718/778>. Acesso em Set.2012.

BARROS, F. M. C.; PEREIRA, K. N.; ZANETTI, G. D.; HEINZMANN, B. M. **Plantas de Uso Medicinal no Município de São Luiz Gonzaga, RS, Brasil.** *Latin American Journal of Pharmacy*, 26 (5): 652-62. 2007.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** Barueri, São Paulo: Manole, p.20-32. 2006.

BAUM H.M., SANDERS R.G., STRAUB G.J., **The occurrence of a diphenyl isatin in California prunes.** *Journal of American Pharmacists Association*.; 40(7):348-9. July 1951.

BEN-ARYE, *et al.* **Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners.** *Patient Educ Couns*. 70(3):395-402. 2008.

BERGERON, MF. **Heat cramps during tennis: a case report.** *International Journal of Sports Nutrition*. 6:62–68. 1996.

BEZERRA, S.B. **Atividade gastroprotetora e antimicrobiana do extrato seco de Matricaria recutita (camomila) e do alfa bisabolol: possíveis mecanismos de ação.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Fortaleza – Ceará, 2009.

BLANK, A.F.; FONTES, S.M.; OLIVEIRA, A.S.O.; MENDONÇA, M.C.; SILVA-MANN, R.; ARRIGONI-BLANK, M.F. **Produção de mudas, altura e intervalo de corte em melissa.** Horticultura Brasileira, 23: 780-784. 2005.

BLUMENTHAL M. **The Complete Commission E Monographs.** Boston: Integrative Medicine Publications; pp.135-136. 1998.

BOORHEM, R.L. et al. **Segredos e virtudes das Plantas Mediciniais.** Reader's Digest Brasil Ltda, RJ, 416p. 1999.

BORGES, K. B.; BAUTISTA, H. B.; GUILERA, S. Diabetes – utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento. **Revista Eletrônica de Farmácia.** Vol. 5.p. 12 – 20. 2008. Disponível em <www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/download/5149/4256> Acesso em jan.2013.

BOUNOUS G, GOLD P. **The biological activity of undenatured dietary whey proteins: role of glutathione.** Clin Invest Med. 14(4). p. 296-309. 1991.

BRACA, A. et al. **Chemical composition and antimicrobial activity of Momordica charantia seed essential oil.** Fitoterapia, v.79, n.2, p.123-125, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 148. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: ANVISA, p.126, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 48, de 16 de março de 2004.** Dispõe sobre o registro de medicamentos Fitoterápicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 mar. Seção 1. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares - PMNPC. **Decreto N° 5.813**, de 22 de junho de 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 212, de 11 de setembro de 1981**. Define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1. Set. 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Gestação de alto risco**. 4ª ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 302 p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria da SVS n. 519 de 26 de junho de 1998**. Regulamentos técnicos para fixação de identidade e qualidade de chás – plantas destinadas à preparação de infusões ou decocções. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun. 1998.

BRESCIA, SM. **Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas**. Arch Argent Pediatr. 102(2):88-95. 2004.

BRINKER, F. Herb Contraindications and Drug Interactions. **Ecletic Medical Publications**. Sandy, Oregon, 2013. Disponível em

<<http://www.eclecticherb.com/emp/HCDI4%20UPDATES%20AND%20ADDITIONS.pdf>>
Acesso em fev.2013.

BRYER E. A literature review of the effectiveness of ginger in alleviating mild-to-moderate nausea and vomiting of pregnancy. **Journal of Midwifery Womens Health**. V.50.n.01. p. e1 – e3. 2005.

CALAM, D.H.; DAVIDSON, J.; HARRIS, R. **High performance liquid chromatographic investigation on some enzymes of papaya latex**. *Journal of Chromatography* 326, 103–111, 1985.

CAMACHO, R.S., et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 33: 92-102. 2006.

CAMARGO, M.T.L.A. **Plantas Medicinais e de Rituais Afro-brasileiros II**. São Paulo: Ícone editora. 1998.

CAMPEDELLI, LUIZ (2012). <http://www.minhavidade.com.br/saude/materias/14155-mude-12-habitos-para-prevenir-a-azia>. Acesso em 21 de janeiro de 2013, às 15h20.

CAMPESATO VR. **Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênitas [Tese]**. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

CASSILETH B., LUCARELLI C. **Herb-Drug Interactions in Oncology**. London: BC Decker; 2003.

CASTLEMAN, M. **The New Healing Herbs**. 2 ed. Emmaus, Pennsylvania: Rodale Press; 2001.

CARRICONDE, C. **Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS**. Olinda: Centro Nordeste de Medicina Popular; 2002.

CHAN, W.T., TAM, P.P., YEUNG, H.W. **The termination of early pregnancy in the mouse by beta-momorcharin**. *Contraception* 29(1):91-100. 1984.

CHAN, W.T, TAM, P.P.; SO, K.K.; YEUNG, H.W. **The inhibitory effects of beta-momorcharin on endometrial cells in the mouse**. *Contraception* 31(1):83-90

CHANDRA, K., EINARSON, A., KOREN, G. **Taking ginger for nausea and vomiting during pregnancy.** Can Fam Physician. 48:1441-1442. 2002.

CHERBULIEZ, T. **The medicine from the bees.**CD-ROM. 2001.

CHERBULIEZ, T.; DOMEREGO R. **L'apithérapie: médecine des abeilles.** Bruxelles : Amyris, 255p. 2003.

CHERIAN, T. **Effect of papaya latex extract on gravid and non-gravid rat uterine preparations in vitro.** Journal of Ethno pharmacology. 70(3):205-12. 2000.

CHESKIN, L.J et al. **A Naturalistic, Controlled, Crossover Trial of Plum Juice versus Psyllium versus Control for Improving Bowel Function.** The Internet Journal of Nutrition and Wellness. Volume 7 Number 2. DOI: 10.5580/974. 2009.

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, n. 1/2, p. 41-49. 2007.

CONSONNI, E.B. **Repercussões de um programa multidisciplinar de preparo para o parto e maternidade: ansiedade materna e resultados perinatais.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.; 24: 205. 2002.

CORDEIRO, C.H.G, et al. **Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: Hypericum perforatum e Piper methysticu.** Revista Brasileira de Farmacognosia. 15(3): 272-278, Jul./Set. 2005.

CORREA JUNIOR, C.; MING, L. C.; SCHEFFER, M. C. **Cultivo de plantas medicinais, condimentares e aromáticas.** 2 ed. Jaboticabal: FUNEP, 162p. 1994.

COSTA, A. F. Farmacognosia. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenbian, 1986.v.1.
DEUS quer a cura pelas plantas. Equipe de saúde das pequenas fraternidades do agente e sertão de Pernambuco e Alagoas. Garanhuns: [s.n.], p.5, 1981.

COSTA, E.A. **Nutrição e Fitoterapia. Tratamento alternativo através de plantas.** Editora Vozes, Petrópolis, RJ. 2011a.

- COSTA, M.C.C.D. **Uso popular e ações farmacológicas de *Plectranthus barbatus* Andr. (Lamiaceae): revisão dos trabalhos publicados de 1970 a 2003.** Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, v. 8, n. 2, p. 81-88, out. 2006.
- COSTA, V.P.; MAYWORM, M.A.S. **Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil.** Revista Brasileira de Plantas Mediciniais. vol.13 no.3 Botucatu 2011b.
- COUTINHO, D.F. et al. **Estudo farmacobotânico das folhas de *Momordica charantia* L. (cucurbitaceae).** Visão Acadêmica, Curitiba, v.10, n.1 - ISSN 1518-5192. Jan. - Jun./2009.
- DAMASCENO, D. C., et al. **Effect of *Bauhinia forficata* extract in diabetic pregnant rats: maternal repercussions.** Phytomedicine. 11(2-3): 196-201. 2004.
- DANS, A.M. et al. **The effect of *Momordica charantia* capsule preparation on glycemic control in type 2 diabetes mellitus needs further studies.** Journal of Clinical Epidemiology.v.60, n.6, p.554-559, 2007.
- DEDOV, V.N. et al. **Gingerols: a novel class of vanilloid receptor (VR1) agonists.** British Journal of Pharmacology, v.137, n.6, p.793-8, 2002.
- DE MARINI, Z.; TRAVAGLINI, D.A.; OKADA, M.; QUAST, D.G.; HASHIZUMET, T. **Processamento: produtos, caracterização e utilização. Série Frutas Tropicais nº3 – Banana.** ITAL, Campinas, 1990.
- DE SOUSA, D.P., DE FARIAS NÓBREGA, F.F., DE ALMEIDA, R.N. **Influence of the chirality of (R)-(-)- and (S)-(+)-carvone in the central nervous system: a comparative study.** Chirality 19, 264–268. 2007.
- DICIONÁRIO AURÉLIO. Dicionário Aurélio online 2008 – 2013. Disponível em <http://74.86.137.64-static.reverse.softlayer.com/>
- DI STASI, L.C., HIRUMA-LIMA, C.A. **Plantas Mediciniais na Amazônia e na Mata Atlântica.** 2 ed. São Paulo, Ed UNESP.2002.
- DI STASI, L.C., OLIVEIRA, G.P., CARVALHAES, M.A., QUEIROZ-JUNIOR, M., TIEN, O.S., KAKINAMI, S.H., REIS, M.S. **Medicinal plants popularly used in the Brazilian Tropical Atlantic Forest.** Fitoterapia 73, 69–91. 2002.

- DUARTE, M.C.T., FIGUEIRA, G.M., SARTORATTO, A., REHDER, V.L.G., DELARMELINA, C., **Anti-Candida activity of Brazilian medicinal plants.** Journal of Ethnopharmacology 97, 305–311. 2005.
- DUKE, J. **Handbook of Medicinal Herbs.** Boca Ranton., p.677. 1985.
- ELPO, E.R.S.; NEGRELLE, R.R.B. **Zingiber officinale roscoe: aspectos botânicos e ecológicos.** Visão Acadêmica, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 27-32, Jan.- Jun./2004.
- EMLY, M.; ROCHESTER, P. **A new look at constipation management in the community.** British Journal of Community Nursing., v. 11, n. 8, p. 326, 328-326, 332, ago. 2006.
- ERNST, E; DE SMET, P.A.G.M. **Risk associated with complementary therapies.** Meyler's Side Effects of Drugs. 13ed. Amsterdam: Elsevier Science, p.1584. 1986.
- ERNST, E., PITTLER MH. **Efficacy of ginger for nausea and vomiting: a systematic review of randomized clinical trials.** Br J Anaesth. 84(3):367-371. 2000.
- ERNST E, SCHMIDT K. **Health risks over the Internet: advice offered by "medical herbalists" to a pregnant woman.** Wien Med Wochenschr. 152(7-8):190-192. 2002.
- FALCONE, V.M., MÄDER, C.V.N., NASCIMENTO, C.F.L., SANTOS, J.M.M., NÓBREGA, F.J. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Revista de Saúde Pública.; 39: 171-8. 2005.
- FAISAL-CURY, A., MENEZES, P.R. **Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 28: 171-8. 2006.
- FARIA PG, et al. **O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde.** Acta Scientiarum Health Sciences.26(2)287-94. 2004.
- FARMACOLOGIA pré-clínica e toxicologia do capim-cidrao, *Cymbopogon citratus*. Brasília: CEME, 52p. 1985.
- FARMACOPÉIA dos Estados Unidos do Brasil. 2.ed. São Paulo: Siqueira, 606 p. 1959.
- FERNANDES, N.P. et al. **An experimental evaluation of the antidiabetic and antilipidemic properties of a standardized Momordica charantia fruit extract.** BMC Complement Altern. Med., v.7, p.29, 2007.

FERREIRA, S. H. (Org.). **Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, p.131. 1998.

FERRO, DEGMAR. **Fitoterapia: conceitos clínicos**. São Paulo: Atheneu. p. 211, 214. cap.XV. 2008.

FERRO, V. O.; OLIVEIRA, I.; JORGE, L. J. F. **Diagnose comparativa de três espécies vegetais comercializadas como “ervas cidreiras” Lippia alba (MILL) N.E.Br ex Britt & Wilson. Cymbopogon citratus (D.C.) Stapf e Melissa officinalis L.** Lecta, Bragança Paulista. v. 14,n. 2, p. 53-63. 1996.

FERRO-LUZZI, E.G. **Food avoidance of pregnant women in Tamil Nadu**. In Food, Ecology and Culture: Readings in the Anthropology of Dietary Practices, pp. 101–108. New York, NY: Gordon and Breach Science Publishers, 1980.

FISCHER-RASMUSSEN W, KJAER SK, DAHL C, ASPING U. **Ginger treatment of hyperemesis gravidarum**. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 38(1):19-24. 1991.

FONSECA, M. et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.205-12, 2002.

FRANCO, E.A.P., BARROS, R.F.M. **Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D’água dos Pires, Esperantina Piauí**. Revista Brasileira de Plantas Mediciniais 8, 68–88. 2006.

FRANCO, I.J.; FONTANA, V.L. **Ervas e Plantas - A Medicina dos Simples**. 8 ed. Erechim, Editora Edelbra. 2003.

FUCHS, F.D. et al. **O efeito do chá de chuchu (Sechium edule) sobre a pressão arterial e outros parâmetros em voluntários jovens normotensos**. Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre,v.6, n.2, p.61-4, 1986.

GAZZANEO, L.R.S., DE LUCENA, R.F.P., DE ALBUQUERQUE, U.P., **Knowledge and use of medicinal plants by local specialists in a region of Atlantic Forest in the state of Pernambuco (Northeastern Brazil)**. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 1, 1–8, doi:10.1186/1746-4269-1-9. 2005.

- GIRÓN, L.M., FREIRE, V., ALONZO, A., CÁCERES, A. **Ethnobotanical survey of the medicinal flora used by the Caribs of Guatemala.** *Journal of Ethnopharmacology* 34, 173–187. 1991.
- GOMES, E. C. et al. **Plantas utilizadas na medicina popular em Morretes, PR – estudos preliminares de um projeto de extensão.** *Universidade e Sociedade, Maringá*, v. 12, n. 16, p. 18-23, 1997.
- GOMES, K. et al. **Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e reações com as características maternas.** *Rev. Saúde Pública*, 33 (3): 246-54. 1999.
- GOMES, L.B; MERHY, E.E. **Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(1):7-18, jan, 2011.
- GORDON, E.A.; GUPPY, L.J.; NELSON, M. The antihypertensive effects of the Jamaican Cho-Cho (*Sechium edule*). **West Indian Medical Journal**, v.49, n.1, p.27-31, 2000.
- GOULART, R.M.N; BRICARELLO, L.P. **Aspectos nutricionais na gravidez.** *Revista Brasileira de Medicina*, vol 56:12-17, 2000.
- GROVER, J.K., YADAV, S.P. **Pharmacological actions and potential uses of *Momordica charantia*: a review.** *Journal of Ethnopharmacology*, 93, 123–132. 2004.
- GRUENWALD, J. **PDR for Herbal Medicine.** 3 ed. Montvale, NJ: Thomson PDR; 2004.
- GUERRA, A.M.N.M. Plantas medicinais e hortaliças usadas para cura de doenças em residências da cidade de Mossoró – RN. **Revista Verde.** Mossoró , Rio Grande do Norte) v.2, n.1, p.70-77 Janeiro/Julho de 2007.
- GUERRA, P. M.; NODARI, O. R. **Biodiversidade: aspectos biológicos, geográficos, legais e éticos.** In: Simões C.M.O. (Org.) *Farmacognosia: da planta ao medicamento.* Porto Alegre: UFRGS; p. 14-28. 2003.
- GUPTA, M.P. **Plantas Medicinales Iberoamericanas.** Bogotá, p.617.1995.
- HABER, L.L.; LUZ, J.M.Q.; ARVATIDÓRO, L.F.; SANTOS, J.E. **Diferentes concentrações de solução nutritiva para o cultivo de *Mentha Piperita* e *Melissa officinalis*.** *Horticultura Brasileira*, 23: 1006-1009. 2005.

HABSAH, M.; AMRAN, M.; MACKEEN, M. M.; LAJIS, N. H.; KIKUZAKI, H.; NAKATANI, N.; RAHMAN, A. A.; GHAFAR; ALI, A. M. **Screening of Zingiberaceae extracts for antimicrobial and antioxidant activities.** J. Ethnopharmacol., v. 72, n. 3, p. 403-410, 2000.

HEINRICH, M., RIMPLER, H., BARRERA, N.A. **Indigenous phytotherapy of gastrointestinal disorders in a lowland Mixe community (Oaxaca, Mexico): ethnopharmacologic evaluation.** Journal of Ethnopharmacology 36, 63–80. 1992.

HELGE, J.W.; WATT, P.W.; RICHTER, E.A.; RENNIE, M.J.; KIENS, B. **Partial restoration of dietary fat induced metabolic adaptations to training by 7 days of carbohydrate diet.** Journal of Applied Physiology, 93, 1797-805. 2002.

HENNEBELLE T, et al. Ethnopharmacology of *Lippia alba*. **Journal of Ethnopharmacology.** Mar 5;116(2):211-22. 2008.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** V.01, no.02. Rio de Janeiro, 1991.

HIRSCHORN, H. H. Botanical remedies of the former Dutch East Indies (Indonésia). Part 1 : Eumycetes, Pteridophyta, Gmnospermae, Angiospermae (Monocotyledones only). **Journal of Ethnopharmacology**, Lausanne, v. 7, p. 123-56, 1983.

JOURNAL OF MEDICINAL PLANTS RESEARCH. Disponível em <http://www.academicjournals.org/jmpr/E-books/April/JMPR-%2030%20April,%202012%20Issue.pdf>. Acesso dia 27/11/2012.

JULIANE, C. **Ação hipoglicemiante da unha-de-vaca.** Rev Med Pharm Chim Phys 2: 165-169. 1929.

JUNG, A.P. et al. **Influence of Hydration and Electrolyte Supplementation on Incidence and Time to Onset of Exercise-Associated Muscle Cramps.** Journal of Athletic Training. Apr-Jun; 40(2): 71–75. 2005.

JÚNIOR, V.F. **Estudo do consumo de plantas medicinais na região Centro-Norte do estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população.** Revista Brasileira de Farmacognosia., vol.18, nº02, João Pessoa. Jun, 2008.

KAWAGUTI, F.S, et al. **Constipação na gravidez. Revista Brasileira de Coloproctologia.** Vol 28, n.01. Rio de Janeiro. Jan/Março, 2008.

KEHARO, J.; BOUQUET, A. **Plantes Medicinales et Toxiques de la Cote d'Ivoire Haute Volta** (Medicinal and Poisonous Plants in the Ivory Coast Upper Volta). Paris: Vigot Freres. 1950.

KENNEDY, D.O.; SCHOLEY, A.B.; TILDESLEY, N.T.J.; PERRY, E.K.; WESNES, K.A. **Modulation of mood and cognitive performance following acute administration of *Melissa officinalis* (lemon balm).** Pharmacology Biochemistry and Behaviour.72: 953-964. 2002.

KONISHI, T. et al. **Inhibitory effect of a bitter melon extract on the P-glycoprotein activity in intestinal Caco-2-cells.** British Journal of Pharmacology. v.143, n.3, p.379-387, 2004.

KRAFT, K.; HOBBS, C. **Pocket Guide to Herbal Medicine.** Stuttgart: Thieme; pp. 70-71. 2004.

KRELL, R. **Value-added products from beekeeping.** Rome: FAO Agricultural Services, cap.2, cap.8. Bulletin n. 124.1996.

LACERDA, A; VALLA, V.V. **Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 279-92. 2005.

LEITE, JOÃO. **Fitoterapia: bases científicas e tecnológicas.** São Paulo: Atheneu. p.4. cap I. 2009.

LEONETTI, A.O. **Complicações Nutricionais Associadas ao Câncer e ao Tratamento Antitumoral.**2010.

LEONTI, M., STICHER, O., HEINRICH, M. **Antiquity of medicinal plant usage in two Macro-Mayan ethnic groups (Mexico).** Journal of Ethnopharmacology 88, 119–124. 2003.

LEVY, A. S.; SIMON, O.; SHELLY, J.; GARDENER, M. **6-Shogaol reduced chronic inflammatory response in the knees of rats treated with complete Freund's adjuvant.** BMC Pharmacology. England, v.6, p. 6-12, 2006.

LIBERALLI, C. H.; HELOU, J. H.; FRANÇA, A. A. **Contribuição ao estudo das gramíneas aromáticas.** O “capim limão” (*Cymbopogon citratus* Stapf). 1946.

LIBSTER M. **Herbal medicine in pregnancy.** Pinn and Pallett. Complement Ther Nurs Midwifery. Re: The article in Vol. 8 No. 2 (pp. 77-80). 9(1):49. 2003.

LIMA, A. **Plantas Medicinais no Tratamento de Feridas.** Petrópolis, RJ. 2009.

LINO, C. S.; DIOGENES, J. P.; PEREIRA, B. A.; FARIA, R. A.; ANDRADE-NETO, M.; ALVES, R. S.; QUEIROZ, M. G. **Antidiabetic activity of *Bauhinia forficata* extracts in alloxan-diabetic rats.** Biological and Pharmaceutical Bulletin.v. 27, n. 1, p. 125-127, 2004.

LOPEZ, F. A.; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica.** São Paulo: Atheneu, cap. 14. 2004.

LORENZI, H.; MATOS, F.J.A. **Plantas Medicinais no Brasil - Nativas e Exóticas.** Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 544 p. 2008.

LORENZI, H.; MATOS, F.J.A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas.** Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, p.512. 2002.

LUZ, M.T. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; p. 9-20. 2005.

MACEDO, M.; CARVALHO, J.M.K.; NOGUEIRA, F.L. **Plantas medicinais e ornamentais da área de aproveitamento múltiplo de Manso, Chapada dos Guimarães, Mato Grosso.** Cuiabá: Ed. da UFMT, 188p. 2002.

MAHABIR, D.; GULLIFORD, M. L. Use of medicinal plantas for diabetes in Trinidad e Tobago. **Revista Pan-americana de Salud Publica** ,Washington, v. 1, n. 3,p. 174-179, 1997.

MAIA, L.F.; CASTRO, Q. J. T.; RESENDE, F. M. F.; RODRIGUES-DAS-DORES, R. G. Plantas medicinais e hipertensão. **Farmácia Revista**, p.24-25, fev – mar, 2011. Disponível

em http://www.ufop.br/downloads/farmacia_revista24_artigo_tecnico.pdf, acessado em 12.03.2013.

MARINS, J.C.B, et al. **Hábitos de Hidratación em um colectivo de desportistas de pruebas de resistência.** Selección: Revista Española e Iberoamericana de la Educación Física, 13, 18-28. 2004.

MARQUES, L. C.; PETROVICK, P. R. **Normatização da produção e comercialização de fitoterápicos no Brasil.** In: SIMÕES, C.M.O. et al. (org.) Farmacognosia: da planta ao medicamento. 3.ed., Florianópolis: Ed. UFSC, p.261-299, 2001.

MARTINS, E. et al. **Plantas medicinais.** Viçosa: UFV. p.19 - 159. cap.I, II e III. 2000.

MARYLAND, B. **Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy.** Am J Obstet Gynecol. 2000.

MATERNINADE SANTA CASA – disponível em <http://santacasasaocarlos.com.br/page.php?name=maternidade>. Acesso dia 20 de novembro de 2011, às 16h40.

MATOS, F. **Plantas medicinais: guia de seleção de plantas em fitoterapia no Nordeste do Brasil.** 3. ed. Fortaleza: Imprensa Universtária. p. 21-41;161, cap I. 2007.

MATOS, P. J. A .et al. **Plantas medicinais de uso popular no Ceará.** In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, 7., 1982, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: UFMG, 1982.p. 119.

MATTOS , J. K. A.; DAS GRAÇAS, M. A. Coleção viva de ervas medicinais na Universidade de Brasília. Primeiro ano de observações. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 33, p. 96-103, 1980.

MATSUMOTO, H. et al. **New Biological Function of Bovine alfa-lactalbumin: Protective Effect against Ethanol and Stress induced Gastric Mucosal Injury in Rats.** Biochemical Research Laboratory. 2001. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440124>. Acesso em nov.2012.

MCCANN, J. **Herbal Medicine Handbook.** 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.

MEDA, A. et al. **Therapeutic uses of honey and honeybee larvae in central Burkina Faso.** J. Ethnopharmacol., v. 95, n. 1, p. 103-107, 2004.

MENDONÇA FILHO, R.F.W.; MENEZES, F.S. Estudo da utilização de plantas medicinais pela população da Ilha Grande (RJ). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.13, supl., p.55-8, 2003.

MENEZES, F.S; et al. Atividade hipoglicemiante de duas espécies de *Bauhinia* brasileira: *Bauhinia forficata* L. and *Bauhinia monandra* Kurz. **Revista Brasileira de farmacognosia**. v.17 n.1. João Pessoa. jan./mar. 2007.

MENGUE, S.S.; MENTZ, L.A.; SCHENKEL, E.P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. p. 21-35. 2001.

MERHY E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: CAMPOS, C.R; MALTA, D.C; REIS, A.T; SANTOS, A.F; MERHY, E.E, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

METZ, C., CUPP, M. **Toxicology and Clinical Pharmacology of Herbal Products.**GINGER. In: Cupp, M (Editor). Totowa, New Jersey: Humana Press; 2000.

MEZZARROBA, L.F.H. **Ação da μ -lactalbumina e seus hidrolisados na inibição da úlcera gástrica induzida por diferentes agentes ulcerogênicos [dissertação].** Campinas: Faculdade de Engenharia de Alimentos, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

MILLER, K.C. Plasma potassium concentration and content changes after banana ingestion in exercised men. **Journal of Athletic Training**. p. 648-654. 2012.

MIMICA-DUKIC, N.; BOZIN, B.; SOKOVIC, M.; SIMIN, N. Antimicrobial and antioxidant activities of *Melissa officinalis* L. (*Lamiacea*) essential oil. **Journal of Agriculture and Food Chemistry**.52: 2485-2489. 2004.

MIRAGLIO, A. M. M. **Honey-health and therapeutic qualities.**Disponível em: <http://www.nhb.org/techfood>. Acesso em: 11 mai. 2012.

MOLAN, P. C.; BETTS, J. **Using honey dressings: the practical considerations.** Nurs.Times, v. 96, n. 49, p. 36-37, 2000.

- MOLAN, P. C. **The role of honey in the management of wounds.** J. Wound Care, v. 8, n. 8, p. 415-418, 1999.
- MONTELES, R., PINHEIRO, C.U.B. **Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica.** Revista de Biologia e Ciência da Terra. 7(2):39-40. 2007.
- MORAES, M.B; MAFFEI, H.V. **Constipação intestinal.** Jornal de Pediatria - Vol. 76, Supl.2, 2000.
- MOREIRA, R.C.T.; COSTA, L.C. B.; COSTA, R.C.S. e ROCHA E.A. **Abordagem Etnobotânica acerca do Uso de Plantas Medicinais na Vila Cachoeira, Ilhéus, Bahia, Brasil.** Acta Farm. Bonaerense 21 (3): 205 - 11. 2002.
- NERURKAR, P.V.; et al. **Lipid lowering effects of Momordica charantia (bitter melon in HIV-1- protease inhibitor-treated human hepatoma cells, HepG2.** British Journal of Pharmacology., v.148, n.8, p.1156-1164, 2006.
- NEUWALD, C.; SILVA, M. **Fatores Associados ao uso de Medicamentos sem Prescrição Médica entre Gestantes.** Unigran, 2007.
- NEWALL C.A.; ANDERSON, L.A.; PHILLIPSON, J.D. **Plantas Medicinais: guia para profissional de saúde.** São Paulo: Premier, 308p. 2002.
- NOGUEIRA, M. J. C. **Fitoterapia popular e enfermagem comunitária.** São Paulo, 1983. Tese (Livre docência em Enfermagem) -Departamento de Enfermagem Médico- cirúrgica, Universidade de São Paulo.
- NORTON, R.C.; PENNA, F.J. **Refluxo gastroesofágico.** Jornal de Pediatria - Vol. 76, Supl.2, 2000.
- O'HARA, et al. **A review methods used to compare dissolution profile data.** Pharm Science Technology Today, v.1, n.5, p.214-223. 1998.
- OLANIYI, A. A.; SOFOWORA, E.A.; OGUNTIMENIN, B.O. Phytochemical investigation of some nigerian plants used against fevers. II Cymbopogon citratus. Planta Médica, Stuttgart, v. 28, p.186-189,1975.

OLIVEIRA, A.G.B; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R. **Saúde mental na saúde da família: Subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho D'água; 2006a.

OLIVEIRA, D.R., et al. Ethnopharmacological study of two *Lippia* species from Oriximiná, Brazil. **Journal of Ethnopharmacology**. 108, 103–108. 2006b.

OLIVEIRA, F.; AKISUE, G.; AKISUE, M. K. Farmacognosia. São Paulo: Atheneu, 412 p. 1991.

OLIVEIRA, F.; SAITO, M. L. Práticas de morfologia vegetal. São Paulo: Atheneu, 115 p. 1991.

PACHECO, M.T.B. et al. **Efeito de um hidrolisado de proteínas de soro de leite e de seus peptídeos na proteção de lesões ulcerativas da mucosa gástrica de ratos**. Revista de Nutrição, Campinas, 19(1):47-55, jan./fev., 2006.

PALHARIN, et al. **Estudo sobre gengibre na medicina popular**. Revista Científica Eletrônica de Agronomia. Ano VII – Número 14 – Dezembro, 2008.

PASCUAL, M.E. et al. ***Lippia*: traditional uses, chemistry and pharmacology: a review**. Journal of Ethnopharmacol76: 201 - 214. 2001.

PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. Automedicação. **Revista da Associação Médica Brasileira**. vol.47 no.4, São Paulo Oct./Dec. 2001. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000400001>. Acesso em dez.2012.

PAVIANI, T. I. Algumas considerações acerca da anatomia foliar de *Cymbopogon citratus* (D.C.) Stapf. **Revista da Faculdade de Farmácia de Santa Maria**, Santa Maria, v. 10, p. 97-108, 1964.

PEPATO, M.T. et al. **Anti-diabetic activity of *Bauhinia forficata* decoction in streptozotocin-diabetic rats**. Journal of Ethnopharmacology, v.81, n.2, p.191-7, 2002.

PEPATO, M. T., et al. **Evaluation of toxicity after one-months treatment with *Bauhinia forficata* decoction in streptozotocin-induced diabetic rats**. *BMC Complement. Altern. Med.* Jun 8; 4: 7. 2004.

- PEREIRA, A.; BERTONI, B. **Plantas como fonte de matéria prima para produção de fitoterápicos**. In: Ferro, Degmar. Fitoterapia: conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu. p. 57-54. cap. IV. 2008.
- PEREIRA, P.; TYSCA, D.; OLIVEIRA, P.; SILVA, B.L.F.; PICADA, J.N.; ARDENGHI, P. **Neurobehavioral and genotoxic aspects of rosmarinic acid**. *Pharmacology Research*, 52: 199-203. 2005.
- PEREZ DE ALEJO, J. L.; MIRANDA, R.; RODRIGUEZ, G. **Accion estimulante del extracto fluido del zingiber officinale Rosc**. *Rev. Cuba. Plantas Med.*, v. 1, n. 1, p. 42-45, 1996.
- PINHEIRO, R., LUZ, M.T. **Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UREJ/IMS/ABRASCO; p. 9-36. 2007.
- PINO ALEA, J.A., ORTEGA LUIS, A.G., ROSADO PÉREZ, A., RODRÍGUEZ JORGE, M., BALUJA, R. **Composición y propiedades antibacterianas del aceite esencial de *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown**. *Revista Cubana de Farmacia* 30, 0–10. 1996.
- PINTO, E.P.P., AMOROZO, M.C.M., FURLAN, A. **Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de Mata Atlântica—Itacaré, BA, Brasil**. *Acta Botânica Brasílica* 20, 751–762. 2006.
- PIRES, A.M; ARAÚJO, P.S. **Percepção de risco e conceitos sobre plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos alopáticos entre gestantes**. *Revista baiana de saúde pública*, v.35, nº02, p.320-333, abr/jun 2011.
- PIVETTA, M. **Fitoterápicos: As lições dos Krahô**. Pesquisa FAPESP, nov/dez: 14-18,2001. Programa Estadual de Plantas Mediciniais (PROPLAN). Disponível em: www.saúde.rj.gov.br/proplan, 2004.
- PONTES, R.M.F., MONTEIRO, P.S., & RODRIGUES, M.C.S. **O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal**. *Comunicação em Ciência da Saúde*, v. 17, n. 2, p. 129-139, jul. 2006.

PORTNOI, G. et al. **Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol. 189(5):1374-7. 2003.

POTTER, P. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar.** 3. ed. Santos: Livraria Editora, p. 29-49; 271-295; 297-311. 2002.

QUEIROZ, M.S. **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde.** *Cad Saude Publica.* 16(2):363-75. DOI:10.1590/S0102-311X2000000200007. 2006.

QUISUMBING, E.A. **Medicinal Plants of the Philippines.** Department of Agricultural and Natural Resources Technical Bulletin. Philippines: Manila Bureau of Printing, 1951.

REZENDE MF. **Obstetrícia fundamental.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES Nº1757, de 18 de fevereiro de 2002.** Contraindica o uso de Plantas Medicinais no Âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2002, Ano XXVII. Nº33. Parte I. 2002.

RIO DE JANEIRO (Estado). Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Coletiva. **Programa de Assistência Integral à Mulher, Criança e Adolescente.** Programa de Plantas Medicinais. Fitoterapia na Assistência à Gestante - Protocolo para Atendimento de Enfermagem, 2000.

RAMAKERS, G. et al. Estudo das plantas utilizadas como medicinais no Estado do Ceará.. In: SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS DO BRASIL, 13, Fortaleza. Anais ...Fortaleza: UFCE, 1994. p. 214. 1994.

RANGEL, M., BRAGANÇA, F.C.R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas Medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais.** vol.11 no.1 Botucatu. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722009000100016>. 2009. Acesso em jan. 2013

REITZ, R. Flora ilustrada catarinense. Itajaí: [s.n] p. 1309-1314. 1982.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental.** 11ed. , Rio de Janeiro: Guanabara koogan, p.73-87. 2007.

- RODRIGUES, A.C.C., GUEDES, M.L.S. **Utilização de plantas medicinais no Povoado Sapucaia, Cruz das Almas—Bahia.** Revista Brasileira de Plantas Mediciniais 8, 1–7. 2006.
- RODRIGUES VD, SILVA AG, CÂMARA CS, LAGES RJ, AVILA WRM. **Prática de exercício físico na gestação.** Brasil. Revista Digital - Buenos Aires. 2008.
- RODRIGUEZ, F. M.; MOURELLE, J. F. & GUITIERREZ, Z. P. **Actividad espasmolítica del extracto fluido de *Matricaria recutita* (manzanilla) em organos aislados.** Rev. Cubana Plant. Med., v.1, n. 1, p. 19-24, 1996.
- ROSANELI, C.F. **Atividade anti-ulcerogênica de um concentrado de soro de leite bovino em modelos experimentais em ratos. 2002.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Engenharia de Alimentos Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2002.
- 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.
- SAINI, S.; DAVAR, V. **Calcium Content of Locally and Commonly Consumed Foods of Kurukshetra.** International Research Journal of Biological Sciences. Haryana, India. Vol. 1(8), 1-6, December.2012.
- SALIMENA, F.R.G. **Revisão taxonômica de *Lippia L.*, sect. *Rhodolipia* Schauer (Verbenaceae).** Doutorado (Tese) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.
- SALLES, S. **Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações.** São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2008.
- SANTOS, H.S. **Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão.** Rev Bras Cancerol. 48(2):263-69. 2002.
- SANTOS, J.F.L.; AMOROZO, M.C.M.; MING, L.C. **Uso popular de plantas medicinais na comunidade rural da Vargem Grande, Município de Natividade da Serra, SP.** Revista Brasileira Plantas Mediciniais, Botucatu, v.10, n.3, p.67-81, 2008.
- SARTÓRIO, M. et al. **Cultivo orgânico de plantas medicinais.**(Local): Aprenda fácil, p.93-13. cap VI.(Volume). 2000.

- SAWNI, A.; THOMAS, R. **Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey.** BMC Complementary and Alternative Medicine. 7:18. DOI:10.1186/1472-6882-7-18. 2007.
- SCARPA, G.F. **Medicinal plants used by the Criollos of Northwestern Argentine Chaco.** Journal of Ethnopharmacology 91, 115–135. 2004.
- SGARBIERI, V.C.; PACHECO, M.T.B. Alimentos funcionais fisiológicos. **Brazilian Journal of Food Technology.** p.07-19. 1999.
- SGARBIERI, V.C. Propriedades fisiológicas-funcionais da proteína do soro do leite. **Revista de Nutrição**, vol.17, n.4, Campinas. Out/Dez 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400001. Acesso em jan.2013
- SGARBIERI, V.C. **Proteínas em alimentos proteicos: propriedades-degradações-modificações.** São Paulo: Varela; p. 517. 1996.
- SILVA, F.S.; RAMOS, M.A.; HANAZAKI, N.; ALBUQUERQUE, U.P. **Dynamics of traditional knowledge of medicinal plants in a rural community in the Brazilian semi-arid region.** Brazilian Journal of Pharmacognosy21: 382 - 391. 2011.
- SILVA, G. A.; BAUER, L. O óleo essencial de *Cymbopogon citratus* no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 193-196, 1971.
- SILVA, J. et al. **Plantas utilizadas como abortivas no município de Bom Jardim PE.** Biofar. Paraíba, v.4, n° 1, p. 128-117. 2010.
- SILVA JUNIOR, A. A. et al. Plantas medicinais, caracterização e cultivo. Florianópolis: EPAGRI, 1995. 71p.
- SILVA, L. S. V. et al. **Micronutrientes na gestação e lactação.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 7, n. 3, p. 237-244, 2007.
- SILVA, N.C.B ; REGIS, A.C.D.; ESQUIBEL, M.A.; SANTOS, J.E.S.; ALMEIDA, M.Z. **Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II – Bahia, Brasil.** Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas. 2012a.

SILVA, M.L.; FILHO, V.C. **Plantas do gênero Bauhinia: composição química e potencial farmacológico.** Química Nova, v.25, n.3, p.449-454, 2002.

SILVA, R.A et al. **Composição e propriedades terapêuticas do mel da abelha.**

Alimentação e Nutrição, vol.17, n.1, p.113 a 120. Araraquara. Jan-Março 2006.

SILVA, R.C; SANTANA, A.D; SANTOS, A.A.P.; CERQUEIRA, G.S. **Plantas medicinais utilizadas na saúde da mulher: riscos na gravidez.** Diálogos & Ciência, no 32, dezembro de 2012b.

SILVEIRA, D. M. I. **Gestação de alto risco.** Manual Técnico. 3. ed Brasília: MS, 164p. 2000.

SIMÕES, C.M.O. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul.** 5.ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 173p. 1998.

SIVASWAMY, S.N.; BALACHANDRAN, B.; BALANEHRU, S.;

SIVARAMAKRISHNAN, V.M. **Mutagenic activity of south Indian food items.** Indian Journal Experimental Biology; 29(8):730-737. 1991.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: situações especiais: gravidez. Arq Bras Cardiol. 89: e24-e79. 2007. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>. Acesso em jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus:** diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, et al. **Uso de plantas medicinais na região de Alto Paraíso de Goiás, GO, Brasil.** Acta Botânica Brasilica. 20(1): 135-142. 2006.

SOUZA, L.F. Recursos vegetais usados na medicina tradicional do Cerrado (comunidade de Baús, Acorizal, MT, Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.9, n.4, p.44-54, 2007.

SPETHMANN, C. N. **Medicina Alternativa de A a Z.** Uberlândia, MG. p. 392. 2003.

STACEWICZ-SAPUNTZAKIS, M., et al. Chemical composition and potential health effects of prunes: a functional food? **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**. May; 41(4):251-86. 2001. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11401245>> Acesso em jan.2013.

STONOGA, V.I. & FREITAS, R.J.S.D. **Conteúdo de água e açúcares em mel de abelhas**. Bd. Ceppa, Curitiba, v.9, n.1, p.9-16, 1991.

SURH, Y.J.; PARK, K.K.; CHUN, K.S.; LEE, L.J.; LEE, S.S. **Anti-tumor promoting potential of selected spice ingredients with antioxidative and antiinflammatory activities: a short review**. Food Chemical Toxicology, Seoul, v.40, p.1091-1097, 2002.

TAN, M.J. et al. Antidiabetic activities of triterpenoids isolated from bitter melon associated with activation of the AMPK pathway. **Chemistry and Biology**. v.15, n.3, p.263-73, 2008.

TANG, C.S. **Macrocyclic piperidine and piperidine alkaloid in Carica papaya**. Food Chemistry and Nutrition 1, 55–68, 1979.

TEIXEIRA MZ. **Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. 31(1):15-20. DOI:10.1590/S0100-55022007000100003. 2007.

TESKE, M.; TRENTINI, A.M.M. **Compêndio de fitoterapia: herbarium**. 2. ed. Curitiba: Herbarium Laboratório Botânico, p.317. 1995.

TESKE, M.; TRENTINI, A.M.M. **Herbarium**. 2. Ed. Curitiba: Laboratório Botânico, p.410. 1997.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. **Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde**. Rev Saude Publica. 42(5):914-20. DOI:10.1590/S0034-89102008000500018. 2008.

THIAGO, S.C; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**. vol.45 n.2 São Paulo Apr. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>. Acesso em out. 2012.

TOSCANO-GONZÁLEZ, J.Y. **Uso tradicional de plantas medicinales en la vereda San Isidro, municipio de San José de Pare-Boyacá: un estudio preliminar usando técnicas cuantitativas**. Acta Biologica Colombiana 11, 137–146. 2006.

TRUCOM, C. **O poder da cura do limão**. São Paulo: Alaúde, p. 200. 2004.

TZERMIAS, A.P.; PORTELLA, C.F.S., SABBAG, S.H.F. **Memento Terapêutico de Bolso**. Monografias de conclusão da graduação modulada de Fitoterapia, 2005.

USTULIN, M. et al. **Plantas medicinais comercializadas no Mercado Municipal de Campo Grande-MS**. Revista Brasileira de Farmacognosia. Brazilian Journal of Pharmacognosy. 19(3): 805-813, Jul./Set. 2009.

VALDEMIRO C. S. **Propriedades fisiológicas-funcionais das proteínas do soro de leite**. Revista de Nutrição. vol.17 no.4 Campinas Oct./Dec. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400001>. 2004.

VALE, T.G., FURTADO, E.C., SANTOS JR., J.G., VIANA, G.S.B. **Central effects of citral, myrcene and limonene, constituents of essential oil chemotypes from *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown**. Phytomedicine 9, 709– 714. 2002.

VALE, T.G., MATOS, F.J.A., LIMA, T.C.M., VIANA, G.S.B. **Behavioral effects of essential oils from *Lippia alba*(Mill.) N.E. Brown chemotypes**. Journal of Ethnopharmacology 167, 127–133. 1999.

VALLA, V.V., et al. **Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 103-17. 2006.

VANACLOCHA A, CAÑIGUERAL, S. **Fitoterapia: Vademécum de Prescripción**. 4a edición. Barcelona: Masson; pp. 310-311. 2003.

VAN DENBERG, E. Contribuição à flora medicinal do Mato Grosso. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 33, p. 163-170, 1980.

VASCONSCÉLOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro. 14:67-83. 2004.

VASCONSCÉLOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

VASCONSCÉLOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

VASCONSCÉLOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Caderno de Saúde Pública**. 14 Suppl 2:39-57. 1998.

VASCONSCÉLOS, E.M. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira**. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; p. 73-100. 2001.

VEIGA, J.V.F; Maciel, M.A.M.; PINTO, A.C. **Plantas medicinais: cura segura?** Quim Nova 28: 519-528. 2005 .

VENDRUSCOLO, G.S.; MENTZ, L.A. **Estudo da concordância das citações de uso e importância das espécies e famílias utilizadas como medicinais pela Comunidade do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, RS, Brasil**. Acta Botânica Brasílica. 20(2): 367-382. 2006.

VIANA, G.S.B., DO VALE, T.G., RAO, V.S.N., MATOS, F.J.A. **Analgesic and antiinflammatory effects of two chemotypes of *Lippia alba*: a comparative study**. Pharmaceutical Biology 36, 347–351. 1998.

VITOLO, M. R. **Avaliação nutricional da gestante**. In: VITOLO, M. R. (Eds.). Nutrição da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, p. 57-65. 2008.

WADHWA, P.D.; SANDMAN, C.A.; PORTO, M.; SHETTER-DUNKEL, C.; GARITE, T.J. **The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation.** American Journal of Obstetric & Gynecology. 169: 858-65. 1993.

WAITZBERG, D.N. **Dieta, Nutrição e Câncer.** 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

WANG, H.; CAO, G.; PRIOR, R. L. Oxygen radical absorbing capacity of anthocyanins. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**, Easton, v.45, n.2, p.304-309, 1997.

WELIHINDA, J., KAUNANAYAKE, E.H., SHERIFF, M.H.R., JAYASINGHE, K.S.A. Effect of Momordica charantia on the glucose tolerance in maturity onset diabetes. **Journal of Ethnopharmacology**, 17, 277– 282. 1986.

WENDHAUSEN, A.L.P., RODRIGUES, I.F. **Concepções de saúde de conselheiros municipais de Saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho.** Ciência, cuidado e saúde. Maringá, v. 5, n. 2, p. 166-174, maio/ago. 2006.

WICHTL M. **Herbal Drugs and Phytopharmaceuticals** 3 ed. Boca Raton, FL: CRC Press; pp. 653-656. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bulletin of the world health organization.** Regulatory situation of herbal medicines. A worldwide review. Geneva: WHO, 49p. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medicina tradicional: necesidades crecientes y potencial.** Policy perspectives on medicines, Geneva, n. 2, p. 1-6, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monographs on selected medicinal plants.** Geneva, v.1, p.277-287, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global survey.** Geneva: WHO, 156p. May 2005.

WROBLEWSKI, D. **Equilíbrio ácido-básico.** Natur and Medizin. Deimelsberg Alemanha, 2 ed. p.183. 2007.

YOSHIKAWA, M., et al. **Phenylethanoid oligoglycosides and acylated oligosugars with vasorelaxant activity from *Cistanche tubulosa***. *Bioorganic and Medicinal Chemistry* 15, 7468–7475. 2006.

ZIMMER-GEMBECK MJ, HELFAND M. **Low birth-weight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention**. *Soc Sci Med.* 43: 187-97. 1996.

7.1. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALJADI, A. M.; KAMARUDDIN, M. Y. **Evaluation of the phenolic contents and antioxidant capacities of two Malaysian floral honeys**. *Food Chem.*, v. 85, p. 513-518, 2004.

ALMEIDA, E. R., MELO, A. M. AND XAVIER, H. **Toxicological Evaluation of the Hydro-alcohol Extract of the Dry Leaves of *Peumus boldus* and Boldine in Rats**. *Phytotherapy Research.* 14, 2, 99. 2000.

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. American Dietetic Association & Dietitians of Canada. Nutrition and Athletic Performance. Joint position statement. **Journal of the American Dietetic Association.** p. 509-527. 2009.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. **Resolução nº 5 de 08 de março de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Constituição 1998**: texto constitucional de 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de revisão nº. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal; 2000.

BRASIL. Lei n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília – DF2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. Acessado em março de 2013. Disponível em: conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata160.doc

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília. **Relatório.** 95p. 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (**Res. CNS n.o 196/96 e outras**) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 254, de 31 janeiro de 2002. Aprova a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 fev. Seção 1. p. 46. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2008/153304-r-saude-da-familia.html>. acesso em 04/10/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica: preparatório à conferência nacional de medicamentos e assistência farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, p.11. Relatório Técnico. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos: versão sistematizada.** Brasília, DF, 31p. Documento não publicado. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria n.º 665, de 25 de agosto de 1998. Institui a subcomissão nacional de assessoramento em fitoterapia (CONAFIT) da CONATEM, vinculada à SVS.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 ago. 1998.

BUDÓ M. L.; MATTIONI, F.C.; MACHADO, T.S.; RESSEL, L.B.; BORGES, Z.N. **Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural.** Texto contexto - enferm. v.16 n.3 Florianópolis jul./set. 2007.

CAMARA, C.C., NASCIMENTO, N.R., MACEDO-FILHO, C.L., ALMEIDA, F.B., FONTELES, M.C. **Antispasmodic effect of the essential oil of *Plectranthus barbatus* and some major constituents on the guinea-pig ileum.** *Planta Medica* 69, 1080–1085. 2003.

CASTRO, M.S.; BARROS, N.F.; ALEGRE, S.M.; HOEHNE, E.L. **O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2.** *Brasília Médica*; 47(1):17-25; 2010.

COIMBRA-TEIXEIRA C, et al. **Plants employed in the treatment of diabetes mellitus: results of an ethnopharmacological survey in Porto Alegre, Brazil.** *Fitoterapia* 63: 320-323. 1992.

COSTA, G. D; *et al.* **Saúde da Família: Desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** *Rev Bras Enferm*, Brasília, jan-fev; 62(1): 113-8. 2009.

DUKE, J.C.R.C. **Handbook oh medicinal herbs.** Boca Raton: CRC, 677p. 1985.

FREITAS, E.S.; BOSCO, S.M.D.; SIPPEL, C.A.; LAZZARETTI, R.K. **Recomendações nutricionais na gestação.** *Revista destaques acadêmicos*, ano 2, n. 3 - CCBS/UNIVATES. 2010.

HAMILL, F.A., APIO, S., MUBIRU, N.K., BUKENYA-ZIRABA, R., MOSANGO, M., MAGANYI, O.W., SOEJARTO, D.D. **Traditional herbal drugs of Southern Uganda (II). Literature analysis and antimicrobial assays.** Journal of Ethnopharmacology 84, 57–78. 2003.

IBGE, 2007. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=961.

Acesso dia 24/02/2011, às 00h40.

ISOPPO, T.R. **Avaliação do conhecimento popular do *Peumus boldus* em uma região do sul do estado de Santa Catarina, visando seus aspectos terapêuticos e tóxicológicos.** Criciúma, Universidade do extremo sul catarinense. Novembro 2011.

JANG, Y. Y. et al. **Protective Effect of Boldine on Oxidative Mitochondrial Damage in Streptozotocin-induced Diabetic Rats,** Pharmacol. Res., 42, 4, 361. 2000.

JARRETT.P. **barbatus Andr. Herbarium specimen held at K collected from Uganda.** 1950.

JIMENEZ, I., GARRIDO, A., BANNACH, R., GOTTELAND, M. AND SPEISKY, H. **Protective Effects of Boldine Against Free Radical-induced Erythrocyte Lysis.**Phytotherapy Research. 14, 5, 339. 2000.

JOHNS, T., KOKWARO, J.O., KIMANANI, E.K. **Herbal remedies of the Luo of Siaya District, Kenya: quantitative criteria for consensus.** Economic Botany 44, 369–381. 1990.

KOKWARO, J.O. **Medicinal Plants of East Africa.** Second ed. Kenya Literature Bureau, Nairobi.1993.

KRAUSE, M.V.; MAHAN, L.K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 8th ed. São Paulo: Roca; 2005.

MARCHESE, J. A. *et al.* **Perfil dos consumidores de plantas medicinais e codimentares do município de Pato Branco (PR).** Horticultura Brasileira, v.22, n.2, Brasília, Abril – junho, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Culture and Health: Orientation Texts: World Decade for Cultural Development 1988-1997,** Document CLT/DEC/PRO. Paris, 129 p. 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (ONU/ID). *Agreement between the International Labour Organisation and the United Nations Industrial Development Organization*. [S.l.],1987.

REINEGER, I. W. et al. **Boldine Action against the Stannous Chloride Effects**. *Journal of Ethnopharmacology*, 68, 1-3, 345. 1999.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. v.47 n.4 São Paulo out./dez. **Automedicação**. 2001.

ROUNCE.P. **Barbatus Andr. Herbarium specimen held at K collected from Tanzania**. 1933.

SANTOS, M. R.; LIMA, M. R.; FERREIRA, M. G. **Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia**. *Hortic. Bras.* v.26 n.2 Brasília abr./jun. 2008.

SCHMEDA, G. H. et al. **Free-radical Scavengers and Antioxidants from *Peumus boldus* Mol. (Boldo)**. *Free Radical Research.*, 37, 4, 447. 2003.

SILVA, D.G.; BEZERRA, A.L.Q; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.A.; FONSECA, K.C. **Crenças alimentares como hábitos de vida**. *Rev. enferm. UERJ*. 15(2):255-60. 2007.

SIMON, MOLLEL. **P. barbatus Andr. Herbarium specimen held at K collected from Tanzania** 1999.

SOARES, S.M. **Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos** [thesis]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP; 2000.

YOUN YC, KWON OS, HAN ES, SONG JH, SHIN YK, LEE CS. **Protective effect of boldine on dopamine-induced membrane permeability transition in brain mitochondria and viability loss in PC12 cells**. *Biocheical Pharmacology*. 63: 495-505. 2002.

WEIDNER MS, SIGWART K. **Investigation of the teratogenic potential of a zingiber officinale extract in the rat**. *Reprod Toxicol*. 15(1):75-80. 2001.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa de Trabalho para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade denominada: **“Práticas alternativas nutricionais(plantas medicinais, receitas caseiras e alimentos específicos) utilizadas por gestantes”**, sob a orientação da Profa Elaine Gomes da Silva, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCAR.

A sua participação consistirá em responder um questionário, com questões relativas ao tema de estudo. Lembro-lhe que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

O objetivo principal deste estudo é conhecer as práticas alternativas utilizadas pelas gestantes atendidas no ambulatório de alto risco da maternidade Santa Casa de São Carlos.

Esclarecemos para você que os riscos decorrentes desta pesquisa podem ser o fato de você sentir-se obrigado a participar da pesquisa, mediante isto esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, a decisão em não participar não acarretará em prejuízo da continuidade de seu atendimento e de sua relação com o serviço. Outro risco refere-se ao fato de você considerar a possibilidade de suas informações serem divulgadas de maneira ilícita, quanto a isto esclarecemos que sua participação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Será mantido sigilo das respostas sem identificação nominal dos participantes. Outro risco decorre do fato de você sentir-se desconfortável em algum momento durante a entrevista, assim esclarecemos que você poderá solicitar a interrupção da mesma. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação à pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Já os benefícios relacionados com a sua participação são: conhecer quais são as práticas utilizadas pelas gestantes atendidas no ambulatório de alto risco, possibilitar o conhecimento dessas práticas pelos profissionais de saúde, fortalecer as Políticas Públicas que fundamentam a adoção de práticas alternativas, e sem a sua participação este projeto de pesquisa universitária não seria concretizado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Liane Kiyomi Suzuki

Nutricionista residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade UFSCAR

CRN: 31028/P

RG: 44.171.433-X

Qualquer duvida para esclarecimentos, entrar em contato com Liane Kiyomi Suzuki pelo telefone (16) 8108-9286, endereço: Rua Profa Alice Josefina Danna Juliana, 77, apto 12 B – Jardim Paraíso. CEP: 13561-080. São Carlos/SP. E-mail: liane.ks@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do participante da pesquisa / RG

ANEXO 2 – Questionário**QUESTIONÁRIO**

1. Idade: _____

2. Idade Gestacional: _____

3. Ocupação: _____

4. Local de residência:

5. Composição familiar:

6. Você se considera:

indígena () negro (a) () pardo (a) () amarelo (a) ()

branco (a) () mulato (a) ()

7. Região de origem:

Sul () Sudeste () Centro-Oeste ()

Nordeste () Norte ()

8. Anos de estudo:

9. Renda familiar (valor):

10. Sobre sua experiência religiosa, você pertence a alguma religião?

Sim () Não ()

10.1. Se sim, qual?

11. Utiliza práticas alternativas como plantas medicinais, receitas caseiras ou alimentos específicos para prevenir ou tratar doenças ou em alguma situação específica?

Sim () Não ()

11.1. Se sim, quais e para quais sintomas/ocasiões?

Práticas alternativas	Indicações

12. Qual é o objetivo principal?

Inchaço () Náuseas () Azia () Cãimbras ()
 Cólica () Enjôo () Diabetes () Hipertensão arterial () Constipação
 Intestinal () Outros () _____

13. De que maneira essa forma de tratamento foi transmitida?

Livros/Revistas () Televisão () Gerações passadas ()
 Amigos/parentes () religião () Região de origem () Outros ()

14. Você relata aos profissionais de saúde que utiliza tais práticas populares?

Sim () Não ()

15. Se sim, qual profissional de saúde?

16. O que falam sobre essa prática?

Nada () Reforço positivo () Reforço negativo ()

OBS:

**ANEXO 3 - Tipos de práticas populares utilizadas por gestantes relacionado com a idade;
Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012**

	<i>15 a 19 anos</i>	<i>20 a 29 anos</i>	<i>30 a 39 anos</i>	<i>> 40 anos</i>
Água com açúcar	0	1	0	0
Água com bicarbonato	0	0	1	0
Água com gás	0	0	1	0
Água gelada	1	2	2	1
Alho cru	0	0	1	0
Ameixa	0	0	1	0
Aveia	0	1	0	0
Bagaço da laranja	1	0	0	0
Banana	0	1	3	0
Batata Yacon	0	0	1	0
Bicarbonato com água e limão	0	1	0	0
Café, manteiga e sal	0	0	1	0
Caldo de batata crua	0	0	1	0
Casca de romã no refrigerante diet	0	0	1	0
Chá de alecrim	0	0	1	0
Chá de alho picado	0	0	1	0
Chá de ameixa	0	1	1	0
Chá de ameixa	0	1	0	0
Chá de boldo	0	0	3	0
Chá de camomila	1	6	3	1
Chá de capim santo	0	1	0	0
Chá de carqueja	0	0	1	0
Chá de chapéu de couro	0	0	1	0
Chá de erva cidreira	0	5	3	0
Chá de erva doce	0	3	3	0
Chá de folha de abacate	0	0	1	0
Chá de folha de amora	0	0	1	0
Chá de gengibre	0	0	1	0
Chá de gengibre	0	0	1	0
Chá de hortelã	0	4	0	0
Chá de hortelã com mel e limão	0	1	0	0
Chá de limão, mel, alho, cebola	0	0	1	0
Chá de marcelinha	0	0	2	0
Chá de melão de São Caetano	0	1	0	0
Chá de pata de vaca	0	0	2	0
Chá de pata de vaca com barba de milho com malva	0	0	1	0
Chá de raíz de salsa	0	0	1	0
Chá de transage	0	1	0	0
Chá mate	0	1	0	0

	<i>15 a 19 anos</i>	<i>20 a 29 anos</i>	<i>30 a 39 anos</i>	<i>> 40 anos</i>
Cheirar limão	0	0	1	0
Chuchu	0	2	1	0
Chupar gelo	0	0	3	0
Chupar laranja azeda	0	1	0	0
Comer pó de café	0	0	2	1
Couve	0	0	2	0
Farinha de casca de maracujá	0	0	1	0
Gelo	0	0	1	0
Limão	0	2	4	0
Limão com mel	0	1	1	0
Limão com sal	0	2	0	0
Mamão	0	5	0	1
Mastigar broto de cana	0	0	1	0
Mastigar cravo	0	0	1	0
Mel	0	1	0	2
Mingau de aveia	0	1	0	0
Pêra	1	1	0	0
Própolis	1	0	0	0
Semente de abóbora	0	0	1	0
Soro caseiro	0	0	1	0
Sorvete	0	1	0	0
Suco de limão	0	0	1	0
Tomar alimentos gelados	0	1	0	0
Tomar leite gelado	0	5	5	1
Xarope de cebola	1	0	0	0
Xarope de guaco	0	0	1	0
Xarope de guaco com alho e hortelã	0	1	0	0
Xarope de guaco com poejo e hortelã	0	0	1	0
Xarope de limão com guaco e gengibre	0	0	1	0
Xarope de mel com abacaxi	0	0	1	0
Total	6	55	71	7

ANEXO 4 – Tipos de práticas populares utilizadas por gestantes relacionado com trimestre gestacional; Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

	<i>1º Trimestre</i>	<i>2º Trimestre</i>	<i>3º Trimestre</i>
Água com açúcar	0	1	0
Água com bicarbonato	0	0	1
Água com gás	0	1	0
Água gelada	0	2	4
Alho cru	0	0	1
Ameixa	0	0	1
Aveia	0	0	1
Bagaço da laranja	0	0	1
Banana	1	1	2
Batata Yacon	0	0	1
Bicarbonato com água e limão	0	1	0
Café, manteiga e sal	0	1	0
Caldo de batata crua	0	0	1
Casca de romã no refrigerante diet	0	0	1
Chá de alecrim	0	0	1
Chá de alho picado	0	0	1
Chá de ameixa	0	1	1
Chá de ameixa	1	0	0
Chá de boldo	0	2	1
Chá de camomila	0	7	4
Chá de capim santo	0	1	0
Chá de carqueja	0	1	0
Chá de chapéu de couro	0	1	0
Chá de erva cidreira	0	5	3
Chá de erva doce	1	4	1
Chá de folha de abacate	0	1	0
Chá de folha de amora	0	0	1
Chá de gengibre	0	0	1
Chá de gengibre	0	1	0
Chá de hortelã	0	2	2
Chá de hortelã com mel e limão	0	0	1
Chá de limão, mel, alho, cebola	0	1	0
Chá de marcelinha	0	0	2
Chá de melão de São Caetano	1	0	0
Chá de pata de vaca	0	2	0
Chá de pata de vaca com barba de milho com malva	0	0	1
Chá de raíz de salsa	0	0	1
Chá de transage	0	1	0
Chá mate	1	0	0

	<i>1º Trimestre</i>	<i>2º Trimestre</i>	<i>3º Trimestre</i>
Cheirar limão	0	1	0
Chuchu	0	3	0
Chupar gelo	0	1	2
Chupar laranja azeda	0	1	0
Comer pó de café	0	1	2
Couve	0	1	1
Farinha de casca de maracujá	0	1	0
Gelo	0	1	0
Limão	0	3	3
Limão com mel	0	0	2
Limão com sal	0	1	1
Mamão	1	1	4
Mastigar broto de cana	0	1	0
Mastigar cravo	0	0	1
Mel	1	0	2
Mingau de aveia	1	0	0
Pêra	0	0	2
Própolis	0	1	0
Semente de abóbora	0	0	1
Soro caseiro	0	0	1
Sorvete	0	1	0
Suco de limão	0	0	1
Tomar alimentos gelados	0	1	0
Tomar leite gelado	0	3	8
Xarope de cebola	0	0	1
Xarope de guaco	0	1	0
Xarope de guaco com alho e hortelã	0	0	1
Xarope de guaco com poejo e hortelã	0	0	1
Xarope de limão com guaco e gengibre	0	0	1
Xarope de mel com abacaxi	0	1	0
Total	8	61	70

ANEXO 5 – Práticas populares utilizadas por cada gestante; Maternidade Santa Casa de Misericórdia – São Carlos – SP; abril-julho de 2012

<i>Gestante</i>	<i>Idade</i>	<i>Idade Gestacional</i>	<i>Nº de Práticas utilizadas</i>	<i>Quais Práticas Populares utilizadas</i>
1	33	2º trimestre	0	Nenhuma
2	39	2º trimestre	2	Chupar gelo; xarope de guaco.
3	24	2º trimestre	4	Tomar alimentos gelados; sorvete; bicarbonato com água e limão; chá de ameixa.
4	33	2º trimestre	11	Chá de erva doce, chá de camomila, chá de erva cidreira, chá de boldo, chá de pata de vaca; farinha de casca de maracujá; limão; limão; gelo; cheirar limão; couve.
5	40	3º trimestre	4	Mel; chá de camomila; água gelada; mamão.
6	35	3º trimestre	6	Chá de erva cidreira; mastigar cravo; banana; suco de limão gelado; semente de abóbora; couve.
7	32	3º trimestre	0	Nenhuma
8	25	1º trimestre	0	Nenhuma
9	25	2º trimestre	1	Chá de camomila.
10	37	3º trimestre	4	Xarope de limão com guaco e gengibre; limão com mel; chupar limão; tomar leite gelado.
11	23	3º trimestre	1	Chá de hortelã
12	30	2º trimestre	0	Nenhuma
13	28	1º trimestre	4	Mingau de aveia; mamão; chá de ameixa; banana.
14	31	3º trimestre	1	Chupar gelo
15	34	3º trimestre	0	Nenhuma
16	23	3º trimestre	0	Nenhuma
17	22	2º trimestre	1	Chá de camomila
18	23	3º trimestre	1	Leite gelado
19	30	2º trimestre	0	Nenhuma
20	23	2º trimestre	0	Nenhuma
21	34	2º trimestre	0	Nenhuma

<i>Gestante</i>	<i>Idade</i>	<i>Idade Gestacional</i>	<i>Nº de Práticas utilizadas</i>	<i>Quais Práticas Populares utilizadas</i>
22	28	2º trimestre	0	Nenhuma
23	27	3º trimestre	2	Chá de erva cidreira; mel com limão
24	27	3º trimestre	4	Chá de hortelã com mel e limão; água gelada; leite gelado; mamão.
25	32	2º trimestre	3	Chá de camomila; chá de erva doce; xarope de mel com abacaxi.
26	28	2º trimestre	1	Chá de camomila
27	41	3º trimestre	1	Mel
28	37	3º trimestre	1	Casca de romã no refrigerante diet
29	30	2º trimestre	3	Água com gás; chá de pata de vaca; chá de carqueja.
30	23	3º trimestre	1	Mamão
31	29	3º trimestre	0	Nenhuma
32	24	3º trimestre	0	Nenhuma
33	36	3º trimestre	3	Batata Yacon; leite gelado; chá de folha de amora.
34	35	3º trimestre	1	Chá de ameixa
35	29	2º trimestre	2	Água com açúcar; mamão
36	22	2º trimestre	1	Chá de erva cidreira
37	33	3º trimestre	2	Água gelada; caldo de batata crua
38	24	3º trimestre	0	Nenhuma
39	30	3º trimestre	10	Chá de gengibre; alho cru; chá de alho picado; chá de alecrim; chá de boldo; chá de marcelinha; chá de marcelinha; chá de pata de vaca com barba de milho com malva; comer pó de café; ameixa.
40	28	3º trimestre	0	Nenhuma
41	42	2º trimestre	2	Leite gelado; comer pó de café.
42	31	3º trimestre	2	Xarope de guaco com poejo e hortelã; soro caseiro
43	37	2º trimestre	5	Chá de limão, mel, alho, cebola; café, manteiga e sal; chá de gengibre; chá de chapéu de couro; água gelada.
44	25	1º trimestre	4	Mel; chá de erva doce; chá mate; chá de melão de São Caetano.
45	26	3º trimestre	1	Leite gelado

<i>Gestante</i>	<i>Idade</i>	<i>Idade Gestacional</i>	<i>Nº de Práticas utilizadas</i>	<i>Quais Práticas Populares utilizadas</i>
46	28	2º trimestre	0	Nenhuma
47	20	3º trimestre	1	Mamão
48	27	3º trimestre	0	Nenhuma
49	29	2º trimestre	3	Chuchu; chá de capim santo; limão com sal.
50	31	2º trimestre	0	Nenhuma
51	22	2º trimestre	3	Chá de erva doce; chá de camomila; chupar limão.
52	37	2º trimestre	0	Nenhuma
53	19	3º trimestre	2	Chá de camomila; bagaço da laranja
54	16	2º trimestre	1	Água gelada
55	26	3º trimestre	3	Água gelada; leite gelado, pêra
56	31	3º trimestre	4	Chupar gelo; Chá de erva cidreira; chá de camomila, Chá de raiz de salsa.
57	26	2º trimestre	0	Nenhuma
58	34	2º trimestre	3	Chá de boldo; leite gelado; banana
59	33	2º trimestre	0	Nenhuma
60	21	3º trimestre	0	Nenhuma
61	15	2º trimestre	0	Nenhuma
62	34	3º trimestre	4	Leite gelado; leite gelado; banana; comer pó de café.
63	19	2º trimestre	0	Nenhuma
64	25	3º trimestre	2	Xarope de guaco com alho e hortelã; aveia
65	34	3º trimestre	2	Água com bicarbonato; limão.
66	29	3º trimestre	0	Nenhuma
67	15	3º trimestre	2	Xarope de cebola, pêra
68	27	3º trimestre	1	Limão
69	29	3º trimestre	0	Nenhuma
70	33	3º trimestre	0	Nenhuma
71	18	2º trimestre	1	Própolis
72	22	2º trimestre	7	Chá de hortelã; chá de hortelã; chá de erva cidreira; chuchu; chupar laranja azeda; leite gelado; chá de transage.

<i>Gestante</i>	<i>Idade</i>	<i>Idade Gestacional</i>	<i>Nº de Práticas utilizadas</i>	<i>Quais Práticas Populares utilizadas</i>
73	38	2º trimestre	4	Chá de erva doce; mastigar broto de cana; chá de folha de abacate; chuchu.
74	32	2º trimestre	0	Nenhuma
75	23	3º trimestre	1	Limão com sal
76	23	2º trimestre	3	Chá de erva cidreira; chá de erva cidreira; chá de camomila.
77	29	3º trimestre	3	Chá de camomila; chá de hortelã; chá de erva doce.
78	30	1º trimestre	0	Nenhuma