



Educação em saúde como estratégia de cuidado para mulheres com transtornos mentais, com enfoque no uso de medicamentos e plantas medicinais

Health education as a care strategy for women with mental disorders, focusing on the use of medications and medicinal plants

G. G. Borcard¹; E. M. C. Abreu²; G. Del-Vechio-Vieira¹; O. V. Sousa^{1*}

¹Departamento de Ciências Farmacêuticas/Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 36036-900, Juiz de Fora-Minas Gerais, Brasil

²Departamento de Fundamentos, Métodos e Recursos em Fisioterapia/Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 36036-900, Juiz de Fora-Minas Gerais, Brasil

*orlando.sousa@ufjf.br

(Recebido em 25 de janeiro de 2025; aceito em 27 de agosto de 2025)

A educação em saúde fortalece o vínculo entre profissionais e a comunidade, promovendo as políticas do SUS na Atenção Primária à Saúde. Este estudo avaliou o impacto de ações voltadas ao uso de medicamentos e plantas medicinais (PM) no cuidado à saúde mental de mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família de Juiz de Fora (MG), Brasil. Rodas de conversa abordaram temas como medicamentos, PM e hortas domiciliares, e questionários foram aplicados para avaliar os conhecimentos adquiridos e os motivos da não adesão. Das 142 convidadas, 32 mulheres (22,5%) participaram dos encontros, enquanto 110 (77,5%) não compareceram. O perfil sociodemográfico revelou mulheres acima de 61 anos, casadas, com filhos, aposentadas e com ensino fundamental incompleto. Entre as participantes, 84,4% sentiam segurança no uso de medicamentos, 87,5% relataram uso correto e 40,6% citaram efeitos adversos. Apesar de 65,6% desconhecerem as propriedades de PM, a maioria as utilizava, destacando alecrim, camomila e capim-cidreira pelos efeitos calmantes (29%), melhora do sono (19,3%) e ânimo (13%). Enquanto 59,4% possuíam hortas medicinais, 76,9% das demais demonstraram interesse, e 100% avaliaram a palestra como motivadora. Motivos da não adesão incluíram 'ser cuidadora' (26,4%), 'serviços externos' (23,6%), 'dificuldades de locomoção' (19,1%) e 'falta de tempo' (18,2%). Ainda assim, 90,9% destacaram benefícios como maior conhecimento (28%) e melhorias no bem-estar (25%). Portanto, as ações de educação em saúde sobre medicamentos e plantas medicinais fortalecem o vínculo com o SUS, promovendo acessibilidade e empoderamento, especialmente para pacientes com transtornos mentais.

Palavras-chave: educação em saúde, saúde mental, terapias complementares.

Health education strengthens the bond between professionals and the community, promoting SUS policies within Primary Health Care. This study evaluated the impact of actions focused on the use of medications and medicinal plants (MP) in mental health care for women attended at a Family Health Unit in Juiz de Fora (MG), Brazil. Discussion groups covered topics such as medications, MP, and home gardens, and questionnaires were administered to assess knowledge gained and reasons for non-adherence. Of the 142 women invited, 32 (22.5%) participated, while 110 (77.5%) did not attend. The sociodemographic profile revealed women over 61 years old, married, with children, retired, and with incomplete primary education. Among participants, 84.4% felt confident in their use of medications, 87.5% reported correct usage, and 40.6% mentioned adverse effects. Although 65.6% were unaware of the properties of medicinal plants (MP), most reported using them, highlighting rosemary, chamomile, and lemongrass for their calming effects (29%), improved sleep (19.3%), and enhanced mood (13%). While 59.4% had medicinal gardens, 76.9% of those without expressed interest, and 100% found the lecture motivating. Reasons for non-adherence included 'being a caregiver' (26.4%), 'external work commitments' (23.6%), 'mobility issues' (19.1%), and 'lack of time' (18.2%). Nevertheless, 90.9% recognized benefits such as increased health knowledge (28%) and improved well-being (25%). Thus, health education initiatives on medications and medicinal plants strengthen the connection with the SUS, promoting accessibility and empowerment, particularly for patients with mental disorders.

Keywords: health education, mental health, complementary therapies.

1. INTRODUÇÃO

A educação em saúde envolve práticas pedagógicas e sociais destinadas a apresentar e esclarecer as políticas de saúde aplicáveis ao contexto específico, além de divulgar as ações e serviços de assistência oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Seu principal objetivo é fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Para que essa abordagem seja eficaz, é fundamental que os profissionais assumam a responsabilidade pelo cuidado integral das famílias da área adscrita, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa estratégia prioriza a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a recuperação do bem-estar, garantindo um atendimento mais humanizado e acessível [1, 2].

Sobre esse aspecto, Alves e Aerts (2011) [3] relatam que a educação em saúde possibilita a formulação de estratégias e ações que reorientam práticas, promovendo a construção de conhecimentos em saúde e a melhoria da qualidade de vida de forma democrática. Esse enfoque rompe com o modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente na cura e na prescrição, ao valorizar a cultura e a realidade dos pacientes. Diferentemente das consultas individuais, a educação em saúde se destaca por sua abrangência e pelo fortalecimento da corresponsabilidade, resultante de um diálogo horizontal entre profissionais e pacientes. Esse processo coloca os pacientes como protagonistas do próprio cuidado, fomenta a interprofissionalidade e promove a integração entre saberes científicos e a cultura popular, ampliando as possibilidades de promoção da saúde [3, 4].

A Unidade de Saúde da Família (USF), como porta de entrada prioritária do sistema de saúde e estratégia de consolidação da APS no Brasil, representa um ambiente propício para a implementação efetiva e consistente da educação em saúde, especialmente no cuidado de pacientes com transtornos mentais [5, 6]. Nesse contexto, a proximidade com os pacientes e com suas redes de convivência facilita o monitoramento, o diagnóstico preciso e o tratamento adequado. Desse modo, através da atuação da equipe multiprofissional, o cuidado ao sofrimento psíquico é abordado de maneira integral, levando em consideração os aspectos sociais, políticos e culturais e não se limitando apenas à sintomatologia psicopatológica ou ao diagnóstico psiquiátrico. Além disso, as ações educativas complementam as abordagens terapêuticas, contribuindo para intervenções mais eficazes e humanizadas [6, 7].

No cenário da saúde mental no Brasil, as mulheres apresentam índices significativamente mais elevados de sofrimento psíquico, com destaque para transtornos como depressão e ansiedade, frequentemente acompanhados de diversas comorbidades [8]. Essa realidade demanda uma abordagem mais abrangente e uma avaliação cuidadosa das opções terapêuticas disponíveis. Nesse sentido, ações educativas voltadas para práticas integrativas e complementares, como o uso de plantas medicinais (PM), têm se mostrado alternativas naturais, acessíveis e eficazes na promoção do bem-estar emocional e na melhoria da qualidade de vida [9]. Entre os principais benefícios proporcionados pelas PM, destacam-se: a promoção do equilíbrio emocional, a redução de efeitos colaterais em comparação aos medicamentos sintéticos, a acessibilidade e inclusão, o resgate dos saberes culturais e tradicionais, a complementação aos tratamentos convencionais e o estímulo ao autocuidado [10, 11]. Dessa forma, as PM se consolidam como uma estratégia valiosa para o cuidado integral e humanizado, oferecendo suporte efetivo e sustentável à saúde mental.

Com base nos aspectos mencionados, este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de atividades educativas relacionadas ao uso de medicamentos e plantas medicinais no cuidado à saúde mental de mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família em Juiz de Fora (MG), Brasil. A proposta buscou identificar potenciais benefícios e interferências no contexto terapêutico, contribuindo para o aprimoramento das práticas de cuidado em saúde mental.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme o parecer nº 5.964.946. Todas as participantes consentiram formalmente sua participação ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Amostra e critérios de inclusão e exclusão

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

Os critérios de inclusão foram: mulheres pertencentes à área adscrita da USF, maiores de 18 anos, diagnosticadas e em tratamento de transtorno mental que apresentavam sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória/concentração, queixas somáticas e outros sintomas associados.

Como critério de exclusão, foram excluídas mulheres que não atendiam aos propósitos da pesquisa ou que possuíam um estado de saúde e/ou alguma condição que as excluísse desse grupo como, por exemplo, condições específicas da gravidez, mudança de endereço e pacientes com dificuldade cognitiva.

2.3 Ferramentas metodológicas aplicadas

A educação em saúde, com foco na saúde mental, foi estruturada em quatro encontros realizados na Unidade de Saúde. Durante esses encontros, foram abordados temas essenciais para o cuidado em saúde mental, utilizando dinâmicas, palestras e rodas de conversa como ferramentas metodológicas [12]. Os tópicos incluíram: uso racional de medicamentos, especialmente os psicotrópicos, e interações medicamentosas; apresentação de sete espécies de PM com potencial terapêutico para transtornos mentais, como depressão e ansiedade, e orientações sobre o uso seguro e correto dessas plantas; além de orientações teórico-práticas para o cultivo de hortas medicinais domiciliares.

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

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

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

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

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

O objetivo dos encontros foi conscientizar sobre os riscos do uso de medicamentos sem orientação adequada e as possíveis interações medicamentosas, além de educar sobre o uso correto de PM como apoio à saúde mental e estimular o cultivo domiciliar como estratégia de autocuidado.

2.4 Procedimentos e instrumentos para coletas de dados

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

Após os quatro encontros, as participantes responderam a um questionário semiestruturado (Questionário 1) para avaliar os conhecimentos adquiridos e obter informações relevantes [13]. O instrumento investigou a segurança no uso de medicamentos, a adesão às orientações recebidas, e a ocorrência de efeitos adversos. Sobre os segundo e terceiro encontros, avaliou-se o conhecimento sobre propriedades farmacológicas e usos terapêuticos das plantas medicinais, além de hábitos, frequência de uso, acesso e benefícios percebidos. No quarto encontro, explorou-se a presença de hortas medicinais nas residências e o interesse em cultivá-las.

De maneira mais abrangente, as participantes relataram como as PM contribuíram para sua qualidade de vida, avaliaram a relevância das palestras e indicaram sua segurança em compartilhar o conhecimento adquirido com outras pessoas. Elas também avaliaram as atividades realizadas, atribuindo notas, e descreveram sua experiência de aprendizado.

Considerando que as mulheres apresentavam transtornos mentais que poderiam dificultar o convívio social e a adesão às atividades, foi aplicado um questionário específico (Questionário 2) às participantes ausentes para identificar os motivos da não adesão. Além disso, as ausentes compartilharam suas opiniões sobre a importância dos encontros e refletiram se as consultas deveriam ser o único meio de cuidado em saúde ou se outros tratamentos poderiam ser integrados.

Os dados coletados foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Excel® para análise matemática das variáveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Relato das dinâmicas de aproximação

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

No segundo encontro, a dinâmica “*Construindo nossa árvore*” refletiu sobre o conceito de “*construção*”. Com tinta guache nas cores amarela, azul e vermelha, as participantes marcaram seus polegares em um cartaz, criando coletivamente uma árvore. O resultado simbolizou o processo de construção da vida, com fases intensas e sutis, e momentos significativos. A árvore,

formada por marcas coloridas e únicas, representou escolhas e emoções, fortalecendo o engajamento, a participação e o protagonismo das participantes no aprendizado.

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

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

3.2 Perfil sociodemográfico

Para a pesquisa, foram consideradas tanto as participantes das atividades (32; 22,5%) quanto as não participantes (110; 77,5%), que responderam aos questionários aplicados (Questionário 1 e Questionário 2, respectivamente), totalizando 142 mulheres. O perfil identificado revelou um predomínio de idosas acima de 61 anos, casadas, com filhos, aposentadas e com ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes.

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

Com base nos dados apresentados, ficou evidente a baixa adesão às atividades educativas (22,5%), que pode ser atribuída, entre outros fatores, às barreiras de acesso, à falta de interesse percebido, às questões logísticas, às limitações físicas, às responsabilidades familiares e à ausência de atratividade ou relevância das ações propostas [14]. Por outro lado, é importante ressaltar que a participação em atividades educativas pode desempenhar um papel crucial na promoção do empoderamento comunitário, particularmente em grupos historicamente subrepresentados [15, 16]. Assim, os 22,5% que participaram podem ser vistos como agentes multiplicadores de conhecimento na comunidade, o que reforça a importância de estratégias para aumentar a adesão em novas atividades.

O perfil identificado no estudo, com predominância de mulheres idosas acima de 61 anos, casadas, com filhos, aposentadas e com ensino fundamental incompleto, é consistente com o que a literatura apresenta sobre a feminização do envelhecimento no Brasil [17]. Mulheres idosas frequentemente possuem baixa escolaridade e vivem em contextos de vulnerabilidade econômica, o que influencia diretamente as necessidades e preferências no desenvolvimento de atividades educativas. Por exemplo, mulheres com baixa escolaridade podem apresentar maior resistência ou dificuldade em compreender conteúdos técnicos sem mediações adequadas [15, 18, 19]. Além disso, a condição de aposentadas e casadas pode significar que essas mulheres têm mais tempo disponível, mas podem enfrentar barreiras relacionadas às expectativas sociais e culturais de cuidado com a família, especialmente netos, que frequentemente recaem sobre elas [18, 20].

3.3 Percepção sobre o uso de medicamentos

Considerando os conhecimentos adquiridos após a palestra intitulada "O uso racional de medicamentos com ênfase nos psicotrópicos e nas interações medicamentosas", apresentada durante o primeiro encontro, observou-se que 84,4% das mulheres relataram sentir-se seguras no uso de seus medicamentos, enquanto 87,5% acreditam utilizá-los de forma adequada, seguindo as orientações recebidas. No entanto, 40,6% mencionaram já ter experimentado algum efeito adverso relacionado ao uso de medicamentos. Entre os relatos, destacaram-se casos de queda acentuada da pressão arterial devido ao uso combinado de dois anti-hipertensivos e episódios de sonolência excessiva associados à combinação de dois medicamentos psicotrópicos (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação sobre o uso de medicamentos pelas participantes.

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

Os resultados apresentados evidenciam tanto avanços quanto desafios no manejo seguro de medicamentos entre as participantes. A percepção de segurança no uso (84,4%) e a adesão às orientações recebidas (87,5%) refletem a eficácia inicial da atividade educativa em promover maior conscientização sobre a importância do uso correto de medicamentos. No entanto, a ocorrência de efeitos adversos relatados por 40,6% das participantes destaca a necessidade de uma abordagem mais aprofundada e contínua em programas educativos e de acompanhamento [21]. Entre os efeitos colaterais mais citados, destacam-se dor abdominal, náusea, enjoos, tontura,

boca seca, emagrecimento, agitação, desânimo, diarreia e dor no peito. Além disso, os relatos de efeitos adversos refletem problemas relacionados à polifarmácia e à falta de monitoramento adequado, pois interações medicamentosas são frequentes em pacientes idosos, especialmente mulheres, devido ao uso concomitante de múltiplos medicamentos prescritos para tratar condições crônicas [22].

3.4 Conhecimentos sobre plantas medicinais

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

Tabela 3: Conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais pelas participantes.

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

A ausência de conhecimento relatada pelas participantes sobre os benefícios do uso de PM pode refletir não apenas uma falta de informação, mas também uma dificuldade em perceber

efeitos positivos, possivelmente por um uso esporádico ou inconsistente. A baixa frequência semanal do uso, como apontado pela maioria, pode limitar a experiência prática com PM, dificultando a identificação de resultados e, consequentemente, desestimulando o uso contínuo. Esse ciclo reforça a importância de ações educativas e de orientação sobre o uso adequado e os possíveis benefícios de PM [23].

O uso popular de PM está presente no cotidiano das participantes e tem sido amplamente estudado [24, 25]. Na saúde mental, muitas mulheres recorrem a essas plantas como complemento ao tratamento convencional, influenciadas por fatores culturais, dificuldades de acesso à saúde ou preferência por abordagens naturais. Entre as mais utilizadas para alívio dos sintomas psiquiátricos, destacam-se camomila (*Matricaria chamomilla*), capim-cidreira (*Cymbopogon citratus*) e valeriana (*Valeriana officinalis*), além de passiflora (*Passiflora incarnata*), alecrim (*Rosmarinus officinalis*) e lavanda (*Lavandula angustifolia*) pelos seus efeitos no bem-estar emocional [9, 26].

3.5 Interesse em horta medicinal

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

A prática de hortas medicinais contribui de forma benéfica para a inclusão de mulheres em seu meio social, pois, não só favorece a difusão do conhecimento, mas também o desejo do cuidado de seus familiares. A presença de espécies medicinais nos quintais inspira familiares e vizinhos, que acompanham todo o processo, desde o cultivo até o uso terapêutico [25]. No entanto, cabe destacar que esse cenário está relacionado à estrutura de uma sociedade patriarcal, na qual a mulher desempenha um papel central no cuidado do lar e da família, incluindo tarefas como o cultivo de PM [27]. Desse modo, incentivar o plantio doméstico de PM, seja em vasos ou quintais, colabora tanto para sua preservação quanto para a integração social e comunitária das mulheres e seus familiares.

Tabela 4: Interesse em horta medicinal.

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

3.6 Avaliação e aprendizados das participantes

De acordo com a Tabela 5, 96,9% das participantes afirmaram acreditar que as PM podem contribuir para sua qualidade de vida, e 100% consideraram esse tema relevante para uma melhor compreensão de suas propriedades e usos terapêuticos. Além disso, 81,3% das entrevistadas relataram sentir-se seguras para transmitir os conhecimentos adquiridos a outras pessoas. A avaliação dos encontros também foi bastante positiva, pois 93,8% das participantes atribuíram nota máxima às atividades realizadas, enquanto 90,6% deram a mesma avaliação aos folhetos informativos distribuídos. De maneira subjetiva, cada participante teve a oportunidade de expressar os principais aprendizados adquiridos, destacando-se os temas "manuseio, cuidado e

uso de PM" (43,75%), "uso correto de medicamentos" (25%) e, em menor proporção, "interação medicamentosa", "autocuidado" e "qualidade de vida" (6,25% cada).

Os resultados apresentados evidenciam a relevância das PM na promoção da qualidade de vida e na ampliação do conhecimento popular sobre seus usos terapêuticos. A alta porcentagem de participantes que reconhecem os benefícios das PM (96,9%) e que consideram o tema relevante para compreensão de suas propriedades (100%) está alinhada com estudos que destacam o papel das PM na atenção primária à saúde e na educação em saúde [28, 29]. Além disso, os programas educativos que abordam o uso correto das PM são essenciais para evitar a automedicação inadequada e a interação medicamentosa prejudicial [23].

Por outro lado, o alto percentual de entrevistadas que se sentem seguras para transmitir os conhecimentos adquiridos (81,3%) evidencia a eficácia das atividades educativas, pois fortalece a troca de informações entre pares, amplia a conscientização sobre práticas de saúde e incentiva o uso seguro das PM [30]. Nesse sentido, a educação em saúde é essencial para a emancipação dos indivíduos e a construção de comunidades mais informadas e autônomas [31], o que se confirma na alta aprovação das atividades (93,8%) e dos folhetos informativos (90,6%), reforçando a efetividade das metodologias adotadas [32]. Essa abordagem multidimensional também se reflete nos principais temas mencionados pelas participantes, como manuseio e uso de PM (43,75%), uso correto de medicamentos (25%), interação medicamentosa, autocuidado e qualidade de vida (6,25% cada), destacando a importância do conhecimento sobre interação medicamentosa na redução de riscos à saúde [33] e a relação direta entre autocuidado, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida [34].

Tabela 5: Avaliação e aprendizados das participantes.

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

3.7 Percepções de mulheres que não compareceram aos encontros

Em decorrência do baixo índice de participantes, foi possível compreender os motivos dessa baixa adesão após a aplicação do questionário 2 em 110 mulheres que foram convidadas, mas não compareceram aos encontros. Observou-se que essas mulheres desempenham diversas atividades no dia a dia, como cuidar de crianças e/ou idosos (26,4%), exercer serviços externos (23,6%) ou

enfrentar dificuldades de locomoção (19,1%), além de relatarem falta de tempo (18,2%) e outros fatores (Tabela 6). No entanto, 90,9% consideraram essas atividades importantes, principalmente por proporcionarem maior conhecimento sobre saúde (28%) e trazerem benefícios para a saúde mental ou bem-estar (25%), além de possibilitarem o compartilhamento de experiências e a melhoria do convívio social (16%) (Tabela 6). Apesar desse reconhecimento, algumas mulheres relataram dificuldades em expor seus problemas pessoais devido a sentimentos como “vergonha”, “timidez”, “limitações” e “tristeza profunda”, o que as levou a evitar maior aproximação e vínculo com a equipe. Essas barreiras comprometem o autocuidado, fazendo com que essas mulheres permaneçam restritas à convivência com a doença e sem acesso a tratamentos complementares que poderiam aprimorar sua qualidade de vida.

Tabela 6: Percepção de mulheres que não compareceram aos encontros.

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

Quando o tema das consultas foi abordado como a única ferramenta para o cuidado da saúde, 61,8% das entrevistadas afirmaram que são suficientes, enquanto 38,2% consideraram as consultas insuficientes para um tratamento eficaz, destacando que o acompanhamento por uma equipe multiprofissional (92,86%) seria mais satisfatório (Tabela 6). Apesar disso, a presença de profissionais como educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e psiquiatra (18,19%),

assim como a realização de confraternizações e momentos de convívio social (14,55%), foram apontadas como fatores que poderiam motivar a participação nos encontros. No entanto, um percentual significativo das entrevistadas (46,37%) preferiu não opinar sobre o assunto (Tabela 6).

Os resultados do questionário 2 reforçam a necessidade de compreender as múltiplas barreiras que dificultam a adesão a programas de educação em saúde na APS. A sobrecarga de atividades cotidianas, como os cuidados com familiares e compromissos profissionais, juntamente com dificuldades de locomoção e gestão de tempo, são desafios que refletem desigualdades estruturais e demandam estratégias específicas de intervenção [35]. Além disso, a relutância em compartilhar questões pessoais devido a sentimentos de vergonha, timidez ou tristeza aponta para a importância de ações que promovam um ambiente acolhedor e empático, capaz de estimular a construção de vínculos e confiança com a equipe de saúde [36].

Embora 90,9% das participantes reconheçam a relevância dos encontros e seus benefícios, a baixa adesão destaca um paradoxo frequente que é a valorização da iniciativa contraposta por limitações práticas e emocionais que impedem o envolvimento ativo. Esse cenário demonstra que programas de educação em saúde precisam ser mais flexíveis e acessíveis, ajustando-se às realidades locais e promovendo a integração entre saúde e contexto social [31]. Adicionalmente, a percepção das consultas como insuficientes aponta para a necessidade de ampliar o cuidado por meio de equipes multiprofissionais, o que é corroborado pela preferência expressa por uma abordagem integrada com profissionais de diferentes áreas, como nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. A presença desses especialistas, aliada a momentos de convívio social e atividades comunitárias, foi indicada como um fator motivador para a participação nos encontros. Essa demanda por atenção integral está alinhada com os princípios da APS e reforça a relevância de investir em ações intersetoriais e na humanização do cuidado [37].

Por fim, o fato de uma proporção expressiva das entrevistadas (46,37%) não ter opinado sobre questões relacionadas à estrutura e aos encontros pode indicar insegurança ou desinteresse em participar ativamente do processo de construção das ações. Essa apatia, possivelmente relacionada à falta de representatividade ou ao histórico de experiências negativas, deve ser tratada como um alerta para gestores e equipes de saúde, que precisam buscar meios de incluir as usuárias como protagonistas de seu cuidado [38].

4. CONCLUSÃO

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

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

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

5. AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG – nº: APQ-03302-18), à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFJF).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro MA, Silva NF, Aquino SKV, Bayma JCS, Valerio FR, Santos S SG, et al. Educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Braz J Implantol Health Sci.* 2024 Jun;6(6):1812-23. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p1812-1823
2. Costa DA, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. *Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”.* 2020 Set;6(3):1-9. doi: 10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012
3. Alves GG, Aerts DA. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2011 Jan;16(1):319-25. doi: 10.1590/S1413-81232011000100034
4. Fittipaldi ALM, O’dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface.* 2021;25:1-16. doi: 10.1590/interface.200806
5. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018 Set;42(1):244-60. doi: 10.1590/0103-11042018S116
6. Zorzi VN, Martins SS, Macedo DA, Sangioni LA. Promoção de saúde mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. *Interface.* 2014;28:1-15. doi: 10.1590/interface.230447
7. Ramos WT, Praxedes TO, Lima PAL, Oliveira CSC, Costa EPD, Motta AC, et al. Atenção em saúde mental dentro de uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. *Rev Eletrônica Acerva Saúde.* 2024 Mai;24(5):1-8. doi: 10.25248/reas.e15997.2024
8. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc Saúde Colet.* 2018 Ago;23(8):2543-54. doi: 10.1590/1413-81232018238.13652016
9. Correa RMS, Moysés DA, Barros LSC, Pantoja ALG, Moysés DA, Vale VS, et al. Saúde mental e atenção farmacêutica: uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos transtornos de ansiedade. *Res, Soc Dev.* 2022 Mai;11(6):1-11. doi: 10.33448/rsd-v11i6.28930
10. Cotta BA, Garcia RMA. Os benefícios do uso das plantas medicinais e fitoterápicos no tratamento da ansiedade em universitários no Brasil. *Rev FITOS.* 2024 Jan;18(1):1-13. doi:10.32712/2446-4775.2024.1268
11. Cherobin F, Buffon MM, Carvalho DS, Rattmann YD. Plantas medicinais e políticas públicas de saúde: novos olhares sobre antigas práticas. *Physis.* 2022;32(3):1-17. doi: 10.1590/S0103-73312022320306
12. Manzini EJ. Considerações sobre a organização de rodas de conversa e mesas redondas. *Rev Bras Pós-Graduação.* 2024 Nov;19(40):1-18. doi: 10.21713/rbpg.v19i40.2185
13. Bastos JES, Sousa JMJ, Silva PMN, Aquino RL. O uso do questionário como ferramenta metodológica: potencialidades e desafios. *Braz J Implantol Health Sci.* 2023 Jun;5(3):623-36. doi: 10.36557/2674-8169.2023v5n3p623-636
14. Moura SGF, Montenegro FMB, Ramos ALBP, Costa Neto JF, Torres ADM, Costa DAV, et al. Caracterização das barreiras de acesso aos programas e serviços de saúde: Uma análise das iniquidades do contexto brasileiro. *Rev Pol Pública Cid.* 2024 Ago;13(2):1-17. doi: 10.23900/2359-1552v13n2-92-2024
15. Amaral AJ, Dutra GF, Rodríguez LS. Educação e empoderamento feminino: uma crítica ao terceiro “Objetivo de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) sobre igualdade de gênero. *Prisma Jur.* 2018 Jul/Dez;17(2):254-71. doi: 10.5585/PrismaJ.v17n2.8231
16. Nobre FAP, Rodrigues MKS, Costa RMA, Albuquerque EVS, Romão CMSB, Nascimento CCC, et al. Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente. *Braz J Hea Rev.* 2020 Set/Out;3(5):14584-8. doi: 10.34119/bjhrv3n5-253
17. Sobrinho LCSL, Mendes ALAC, Lima AAMR, Vieira FC, Mendes MSOC, Cavalcanti TAS, et al. Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil. *Braz J Hea Rev.* 2024 Mar/Abr;7(2):1-13. doi: 10.34119/bjhrv7n2-207
18. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. *Rev Saúde Pública.* 2021 Mai;55:1-9. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002856

19. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015 Abr/Jun;39(105):480-90. doi: 10.1590/0103-110420151050002015
20. Antunes MH, Moré CLOO. Repercussões da aposentadoria na dinâmica relacional das redes sociais significativas de aposentados. *Rev Bras Orientac Prof*. 2020 Jan/Jun;21(1):95-106. doi: 10.26707/1984-7270/2020v21n109
21. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015 Jan/Fev;68(1):144-54. doi: 10.1590/0034-7167.2015680120p
22. Godoi DRS, Nascimento KBR, Nunes KJF, Silva TTA, Silva TKA. Polifarmácia e ocorrência de interações medicamentosas em idosos. *Braz J Dev*. 2021 Mar;7(3):30946-59. doi: 10.34117/bjdv7n3-697
23. Pedroso RS, Andrade G, Pires RH. Plantas medicinais: uma abordagem sobre o uso seguro e racional. *Physis*. 2021;31(2):1-19. doi: 10.1590/S0103-73312021310218
24. Faustino TT, Almeida RB, Andreatini R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Dez;32(4):1-8. doi: 10.1590/S1516-44462010005000026
25. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, Helena ETS. Use of medicinal plants as home remedies in Primary Health Care in Blumenau – State of Santa Catarina, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 Ago;22(8):2703-12. doi: 10.1590/1413-81232017228.18892015
26. Mendonça Neto IJ, Costa SSL, Barboza VN, Vale CMGC, Nunes FVA, Aires CAM, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos no cuidado da saúde mental em tempos de pandemia: uma revisão da literatura. *Rev Med (São Paulo)*. 2022 Mai/Jun;101(3):1-13. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-183634
27. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psic Soc*. 2006 Abr;18(1):49-55. doi: 10.1590/S0102-71822006000100007
28. Ceolin S, Ceolin T, Casarin ST, Severo VO, Ribeiro MV, Lopes ACP. Plantas medicinais e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*. 2017 Jul;20(1):81-8. doi: 10.34019/1809-8363.2017.v20.15812
29. Patrício KP, Minato ACS, Brolio AF, Lopes MA, Barros GR, Moraes V, et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2022 Fev;27(2):677-86. doi: 10.1590/1413-81232022272.46312020
30. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Mar;45(1):47-54. doi: 10.1590/S0080-62342011000100007
31. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 Mar;19(3):847-52. doi: 10.1590/1413-81232014193.01572013
32. Sebastián-Heredero, E. Diretrizes para o desenho universal para a aprendizagem (DUA). *Rev Bras Educ Espec*. 2020 Out/Dez;26(4):733-68. doi: 10.1590/1980-54702020v26e0155
33. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017 Out;51(Supl 2):1s-12s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007136
34. Reis DA, Pereira VS, Furtado MAS. Prática de autocuidado do idoso longevo no Brasil: uma revisão integrativa. *Revisa*. 2024 Abr/Jun;13(2):420-33. doi: 10.36239/revisa.v13.n2.p420a433
35. Marcondes MM, Araújo MAD, Lima ARC, Nascimento CCC. Desigualdades e ações públicas para seu enfrentamento: uma proposta de abordagem conceitual para o campo de públicas. *Adm Pública Gest Soc*. 2022 Jul/Set;14(3):1-18. doi: 10.21118/apgs.v14i3.13914
36. Goulart BNG, Chiar BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Colet*. 2010 Jan;15(1):255-68. doi: 10.1590/S1413-81232010000100031
37. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Mai;23(5):1437-50. doi: 10.1590/1413-81232018235.14162016
38. Silveira JLGC, Kremer MM, Silveira MEUC, Schneider ACTC. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. *Interface*. 2020;24:1-17. doi: 10.1590/Interface.190499