



Uso de plantas medicinais no tratamento das dislipidemias: um enfoque etnofarmacológico na atenção primária à saúde

Use of medicinal plants in the treatment of dyslipidemias: an ethnopharmacological approach in primary health care

Uso de plantas medicinales en el tratamiento de las dislipidemias: un enfoque etnofarmacológico en la atención primaria de salud

Daiane Correia Leal¹, Fábio Alves de Souza¹, Clara Bianca de Souza Barreto¹, Tatiane Pires de Oliveira Andrade¹, Caio Neves Santos¹, José Xavier de Oliveira Neto¹, Higor Rair Ribeiro das Santos¹, Jociele de Souza Gloeden¹, Victória de Lacerda Souza¹, Leandro Dobrachinski¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o uso de plantas medicinais no tratamento de dislipidemias em pacientes atendidos na atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo quantitativo descritivo, exploratório e transversal realizado em 10 unidades de Atenção Primária à Saúde. Participaram 1.337 pacientes com diagnóstico de dislipidemia. A coleta de dados incluiu características demográficas, uso de plantas medicinais e características clínicas. **Resultados:** Dos 1.337 pacientes, 63% eram do gênero masculino e 37% do feminino. A maioria (50%) tinham entre 50 e 59 anos. A zona urbana foi a procedência predominante (85%). A renda familiar de até um salário-mínimo foi reportada por 37% dos participantes. Houve variação na utilização de plantas medicinais, sendo a alcachofra, manga, chá-verde, berinjela e cajueiro as mais citadas devido às suas propriedades hipolipemiantes. **Conclusão:** O estudo confirma a relevância do uso de plantas medicinais no manejo de dislipidemias, destacando a necessidade de maior integração desses tratamentos na atenção básica. Recomenda-se a implementação de políticas públicas que promovam o uso racional e seguro das plantas medicinais, aliando saberes tradicionais e evidências científicas.

Palavras-chave: Plantas medicinais, Terapia, Dislipidemias, Etnofarmacologia, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the use of medicinal plants in the treatment of dyslipidemias in patients treated in primary health care. **Methods:** A quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study conducted in 10 primary health care units. A total of 1,337 patients diagnosed with dyslipidemia participated. Data collection included demographic characteristics, use of medicinal plants, and clinical characteristics. **Results:** Of the 1,337 patients, 63% were male and 37% were female. The majority (50%) were between 50 and 59 years old. The urban area was the predominant origin (85%). A family income of up to one minimum wage was reported by 37% of the participants. There was variation in the use of medicinal plants, with artichoke, mango, green tea, eggplant, and cashew tree being the most cited due to their hypolipidemic properties. **Conclusion:** The study confirms the relevance of the use of medicinal plants in the management of dyslipidemias, highlighting the need for greater integration of these treatments in primary care. It is recommended to implement public policies that promote the rational and safe use of medicinal plants, combining traditional knowledge and scientific evidence.

Keywords: Medicinal plants, Therapy, Dyslipidemias, Ethnopharmacology, Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el uso de plantas medicinales en el tratamiento de dislipidemias en pacientes atendidos en la atención primaria de salud. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal realizado

¹ Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Departamento de Medicina. Barreiras – BA.

en 10 unidades de atención primaria de salud. Participaron 1.337 pacientes diagnosticados con dislipidemia. La recolección de datos incluyó características demográficas, uso de plantas medicinales y características clínicas. **Resultados:** De los 1.337 pacientes, el 63% eran hombres y el 37% mujeres. La mayoría (50%) tenían entre 50 y 59 años. El área urbana fue el origen predominante (85%). Un ingreso familiar de hasta un salario mínimo fue reportado por el 37% de los participantes. Hubo variación en el uso de plantas medicinales, siendo la alcachofa, el mango, el té verde, la berenjena y el anacardo las más citadas por sus propiedades hipolipemiantes. **Conclusión:** El estudio confirma la relevancia del uso de plantas medicinales en el manejo de las dislipidemias, destacando la necesidad de una mayor integración de estos tratamientos en la atención primaria. Se recomienda la implementación de políticas públicas que promuevan el uso racional y seguro de las plantas medicinales, combinando conocimientos tradicionales y evidencia científica.

Palabras clave: Plantas medicinales, Terapia, Dislipidemias, Etnofarmacología, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como as dislipidemias, tem aumentado globalmente, constituindo um dos principais desafios de saúde pública. Dislipidemias, caracterizadas por alterações nos níveis de lipídios plasmáticos, como colesterol e triglicerídeos, estão fortemente associadas ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a principal causa de mortalidade mundial (SANTOS HV, et al., 2015; OMS, 2020).

O tratamento convencional envolve mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos como estatinas que, embora eficazes, podem causar efeitos adversos e representar um custo elevado para o sistema de saúde e para os pacientes, porém, a fitoterapia surge como uma alternativa promissora, oferecendo tratamentos mais naturais e culturalmente integrados (SANTOS RD, et al., 2013).

Nesse contexto, as plantas medicinais emergem como uma alternativa viável e culturalmente aceita, especialmente em comunidades com acesso limitado a tratamentos convencionais. A etnofarmacologia, que estuda o uso tradicional de plantas medicinais e suas propriedades terapêuticas, valida cientificamente diversas espécies vegetais com potencial hipolipemiante (SANTOS HV, et al., 2015).

Estudos demonstram que várias plantas medicinais possuem compostos bioativos capazes de reduzir os níveis de colesterol e triglicerídeos no sangue, oferecendo uma alternativa ou complemento ao tratamento farmacológico convencional (LAMEIRA CN, et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva a integração das práticas de medicina tradicional nos sistemas de saúde pública, reconhecendo a importância das plantas medicinais como uma opção terapêutica complementar (BRASIL, 2022). A abordagem etnofarmacológica valoriza o conhecimento tradicional e proporciona uma base científica para o uso de plantas medicinais no tratamento de dislipidemias, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (OLIVEIRA DMS e LUCENA E, 2018).

A incorporação dessas terapias na atenção básica promove uma abordagem holística e integrativa da saúde, respeitando os saberes tradicionais e promovendo a autonomia das comunidades locais (RAUBER AC, et al., 2020). Ao combinar os conhecimentos científicos da farmacologia com os saberes tradicionais e culturais das comunidades locais, é possível analisar de forma abrangente as plantas medicinais e seus usos terapêuticos, respeitando e valorizando a sabedoria acumulada ao longo do tempo (ZENI ALB, et al., 2017).

A integração bem-sucedida da fitoterapia na atenção básica exige a superação de vários desafios, como a escassez de estudos epidemiológicos sobre o uso de plantas medicinais pela população, a eficácia e segurança dessas práticas, além da falta de conhecimento entre os profissionais de saúde (CARVALHO AC, et al., 2021).

Portanto, diante da crescente popularidade do uso de plantas medicinais entre a população e dos desafios relacionados à sua integração na atenção básica, torna-se essencial investigar mais profundamente essa prática. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o uso de plantas medicinais no tratamento das dislipidemias em pacientes atendidos na atenção primária à saúde, contribuindo para o

entendimento da efetividade e das práticas seguras, além de oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas que promovam a integração adequada da fitoterapia no sistema de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal no município de Barreiras, situado na região oeste do estado da Bahia. O município conta com 31 unidades de Atenção Primária à Saúde, porém foram selecionadas 10 unidades, considerando a quantidade de pacientes cadastrados. A amostra foi selecionada de forma não probabilística por conveniência.

Para determinar o tamanho amostral, utilizou-se o software PASS (*Power Analysis and Sample Size*), considerando um erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Dado que a população com diagnóstico de dislipidemia no município com cadastro ativo nas unidades de saúde é de 3.897 pessoas, estabeleceu-se um número mínimo de amostra de 350 pacientes para garantir representatividade. No entanto, o estudo contou com a participação de 1.337 pacientes cadastrados nas unidades de saúde e que recebiam acompanhamento regular.

Realizou-se uma entrevista na qual foi aplicado um formulário composto por 26 perguntas, distribuídas em três partes: dados sociodemográficos; informações sobre a patologia, tratamento e adesão à medicação convencional; e dados relativos ao uso de plantas medicinais. A coleta de dados ocorreu nas unidades básicas de saúde entre janeiro de 2021 e janeiro de 2024.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram pacientes com diagnóstico clínico-laboratorial de dislipidemia há pelo menos seis meses, independentemente da classificação laboratorial e etiológica, que estivessem cadastrados no sistema E-SUS e recebendo acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Foram excluídos pacientes com alguma condição que prejudicasse a compreensão adequada das informações, e menores de 18 anos.

Durante as consultas, os pesquisadores abordaram aleatoriamente os pacientes que aguardavam atendimento multiprofissional nas salas de espera, explicaram os objetivos do estudo e os convidaram a participar da pesquisa. Os participantes que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas em consultórios destinados às consultas de enfermagem, conforme a estrutura física e o cronograma de cada serviço.

Durante a coleta de dados, foram registradas informações sociodemográficas (como sexo, idade, estado civil, escolaridade e perfil econômico), indicadores de saúde (incluindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, tempo de diagnóstico, tratamento farmacológico e outras comorbidades) e dados relacionados ao uso e conhecimento de plantas medicinais pelos pacientes (incluindo uso, local de aquisição, indicação, frequência, toxicidade, motivo de uso e modo de preparo).

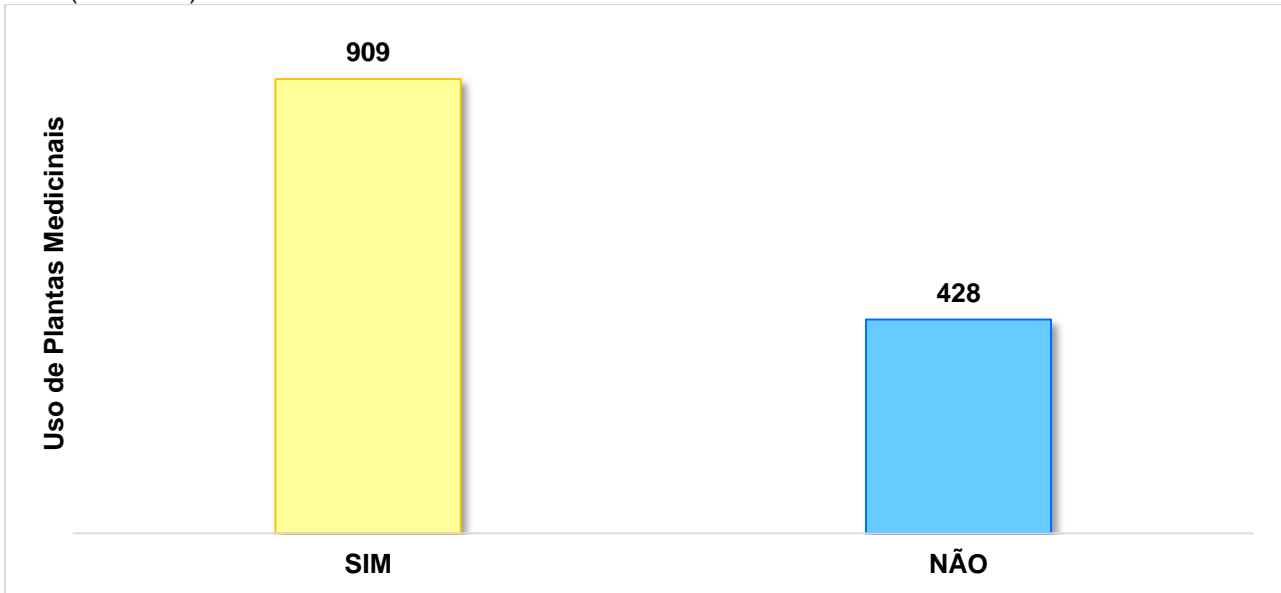
A análise estatística foi conduzida utilizando o software SPSS® STATISTICS versão 17.0. Foram calculadas as frequências das variáveis estudadas e aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson para avaliar as associações e os desfechos das variáveis.

Foi adotado um intervalo de confiança de 95%, considerando um valor de $p \leq 0,05$ como indicativo de associação significativa. De acordo com os critérios estabelecidos na Resolução 466/12, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer número 3.480.252 e CAAE número 16188319.0.0000.5026.

RESULTADOS

Dos 1.337 pacientes com diagnóstico de dislipidemia, observa-se que 909 (67,9%) participantes relataram usar plantas medicinais, enquanto 428 (32,1%) participantes indicaram que não as utilizam. Esses números revelam que a maioria dos participantes faz uso de plantas medicinais, sugerindo uma prevalência significativa dessa prática no grupo estudado, conforme apresentado no **Gráfico 1**.

Gráfico 1 - Uso de plantas medicinais por pacientes com diagnóstico de dislipidemias, no período de 2021 a 2024 (n = 1.337)



Fonte: Leal DC, et al., 2024.

Os resultados do presente estudo revelam uma prevalência significativa do uso de plantas medicinais entre pacientes com diagnóstico de dislipidemia, com 67,9% dos entrevistados relatando essa prática. Esse achado está em consonância com estudos anteriores que destacam a ampla utilização de terapias complementares e alternativas para o manejo de condições crônicas. Por exemplo, Rezende HA e Cocco MIM (2002) relataram que 66,6% da população rural de Minas Gerais utilizava plantas medicinais para fins terapêuticos, corroborando a alta prevalência observada neste estudo. Além disso, Macedo AF, et al. (2007) identificaram que 96% dos entrevistados em Cascavel faziam uso de plantas medicinais, sugerindo que essa prática está profundamente enraizada em diferentes contextos regionais.

No entanto, a discrepância observada em outros estudos, como o realizado por Tomazzoni MI, et al. (2006) em Marília-SP, onde apenas 19,34% da população declarou utilizar plantas medicinais, indica variações significativas na adoção dessas práticas. Esses contrastes podem ser atribuídos a fatores socioeconômicos, culturais e ao acesso aos serviços de saúde convencionais. A percepção de eficácia e segurança das plantas medicinais, aliada ao fácil acesso e baixo custo, são fatores que sustentam a manutenção dessa prática. Em consonância com o estudo de Silva BQ e Hahn SR (2011), é evidente que a utilização de plantas medicinais representa uma importante estratégia de autocuidado para indivíduos com dislipidemia, especialmente em contextos onde o acesso a tratamentos farmacológicos é limitado.

A amostra total incluiu 842 homens (63%) e 495 mulheres (37%). Entre os homens, 530 (58,3%) relataram usar plantas medicinais, enquanto entre as mulheres, 379 (41,7%) mencionaram fazer uso dessas plantas. A distribuição por faixa etária mostrou que a maioria dos usuários de plantas medicinais está na faixa etária \geq 60 anos, com 421 (46,3%) usuários. A maioria dos participantes, cerca de 1139 (85,2%), residia na zona urbana, com 784 (86,2%) relatando o uso de plantas medicinais. Em relação à cor da pele, a maioria dos participantes negros (561, 61,7%) usava plantas medicinais. Dos participantes casados ou em união estável, 633 (69,6%) relataram usar plantas medicinais. No que tange à escolaridade, a maioria dos participantes (616, 46,1%) tinha ensino fundamental completo, com 408 (44,9%) usando plantas medicinais. Considerando a atividade remunerada, 231 (25,4%) dos participantes com emprego formal usavam plantas medicinais. A maioria dos participantes com renda familiar abaixo de um salário mínimo (500, 37,4%) usava plantas medicinais, enquanto entre aqueles com renda familiar superior a três salários mínimos, 194 (21,3%) utilizavam plantas medicinais e 184 (43%) não as utilizavam.

As variáveis Gênero (0.00351*), Faixa Etária (0.00263*), Cor da Pele (0.00124*), Estado Civil (0.00859*), Escolaridade (0.00684*), Atividade Remunerada (0.009*), e Renda Familiar (0.00169*) apresentam uma

associação significativa com o uso de plantas medicinais, rejeitando assim a hipótese nula, enquanto a variável Procedência (0.132) não foi rejeitada a hipótese nula, indicando que não há evidência suficiente para afirmar que existe uma associação significativa entre as variáveis, conforme apresentado na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com diagnóstico de dislipidemias e o uso de plantas medicinais, no período de 2021 a 2024 (n = 1.337).

Variáveis	Amostra Total		Uso de Plantas Medicinais				X ²	p
			Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%		
Gênero								
Masculino	842	63	530	58,3	312	72,9	25.95	0.00351*
Feminino	495	37	379	41,7	116	27,1		
Faixa Etária (anos)								
18 - 29	215	16,1	21	2,3	194	45,3	649.76	0.00263*
30 - 39	182	13,6	65	7,2	117	27,3		
40 - 49	191	14,3	123	13,5	68	15,9		
50 - 59	311	23,3	279	30,7	32	7,5		
≥ 60	438	32,8	421	46,3	17	4,0		
Procedência								
Zona Urbana	1139	85,2	784	86,2	355	82,9	2.26	0.132
Zona Rural	198	14,8	125	13,8	73	17,1		
Cor da Pele								
Amarela	29	2,2	21	2,3	8	1,9	20.65	0.00124*
Branca	103	7,7	78	8,6	25	5,8		
Negra	879	65,7	561	61,7	318	74,3		
Parda	326	24,4	249	27,4	77	18,0		
Estado Civil								
Solteiro(a)	194	14,5	109	12,0	85	20	16.59	0.00859*
Casado(a) / União estável	896	67,0	633	69,6	263	61		
Divorciado(a) / Separado(a)	133	9,9	94	10,3	39	9		
Viúvo(a)	114	8,5	73	8,0	41	10		
Escolaridade								
Analfabeto	33	2,5	25	2,8	8	1,9	28.73	0.00684*
Fundamental incompleto	98	7,3	65	7,2	33	7,7		
Fundamental completo	616	46,1	408	44,9	208	48,6		
Médio incompleto	373	27,9	279	30,7	94	22,0		
Médio completo	116	8,7	78	8,6	38	8,9		
Superior incompleto	66	4,9	42	4,6	24	5,6		
Superior completo	35	2,6	12	1,3	23	5,4		
Atividade Remunerada								
Formal	344	25,7	231	25,4	113	26,4	11.57	0.009*
Informal	548	41,0	358	39,4	190	44,4		
Desempregado	114	8,5	71	7,8	43	10,0		
Aposentado / pensionista	331	24,8	249	27,4	82	19,2		
Renda Familiar								
<1 salário-mínimo	500	37,4	408	44,9	92	21	91.06	0.00169*
1 – 3 salários-mínimos	459	34,3	307	33,8	152	36		
> 3 salários-mínimos	378	28,3	194	21,3	184	43		

Fonte: Leal DC, et al., 2024.

O uso de plantas medicinais constitui, muitas vezes, a única fonte viável para o tratamento de doenças mais comuns ou manutenção da saúde em várias comunidades (TEIXEIRA AH, et al., 2014). Nesse contexto, destaca-se, além da grande biodiversidade existente no país, o baixo custo e o fácil acesso a esses produtos,

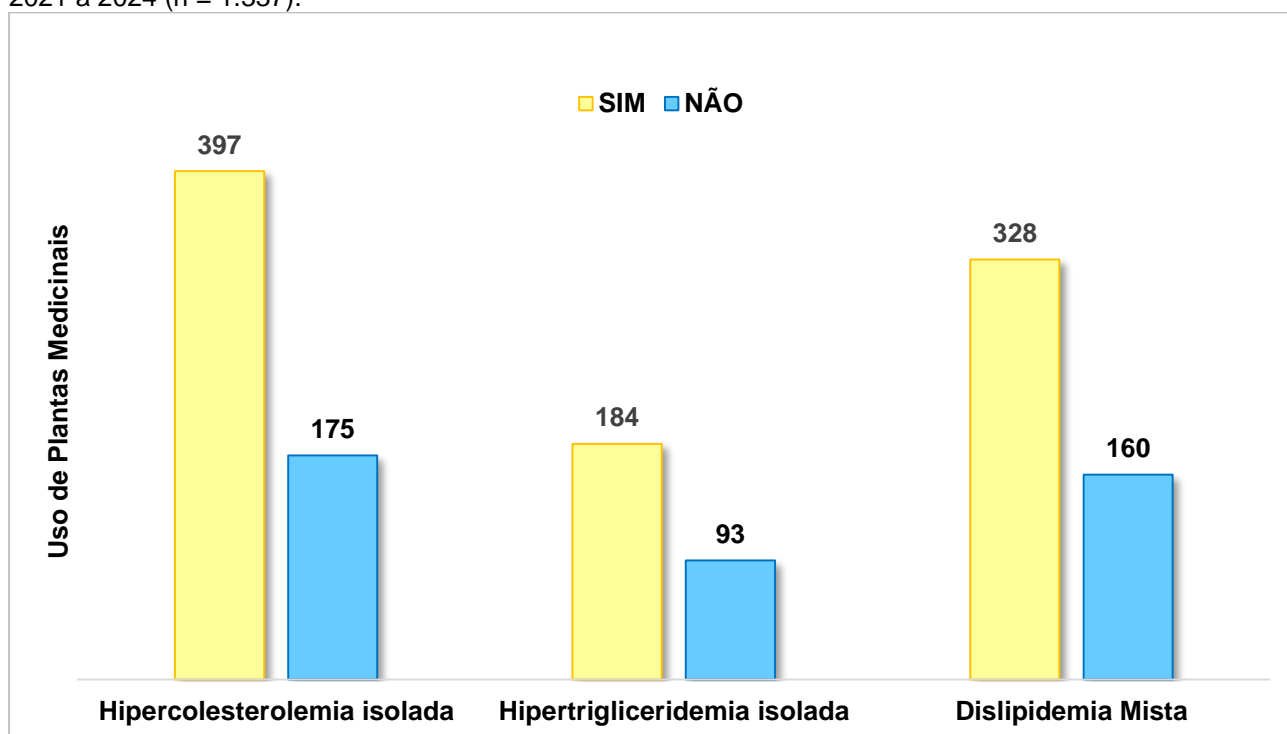
que consolida a prática em diversas populações (GADELHA CS, et al., 2013). Além disso, Patrício KP, et al., (2022) demonstrou que os principais usuários são mulheres, idosas, com baixa renda e escolaridade, tanto no Brasil quanto em outros países. Em associação com o presente estudo, os resultados mostram confluência a essas evidências, com a maior frequência do uso de plantas medicinais ocorrendo especialmente no público com menor condição financeira e nível de escolaridade.

Em um estudo realizado por Silva BQ e Hahn SR (2011), no qual avaliou-se o uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias em um grupo de 125 pessoas, um percentual de 62,4% relatou fazer uso de plantas medicinais com finalidade terapêutica. Além disso, os participantes do estudo apresentaram média de idade de 68,54 anos, sendo a grande maioria composta por mulheres (78,4%). De modo semelhante, em relação ao uso de plantas medicinais, a distribuição da faixa etária do presente estudo concentrou-se em ≥ 60 anos, no entanto, a proporção de indivíduos do sexo masculino (58,3%) foi maior em comparação ao sexo feminino (41,7%). Esses dados evidenciam um maior uso de plantas medicinais com o aumento da idade, que pode estar associado à maior prevalência de comorbidades nessa população, tais como as dislipidemias.

Em se tratando especificamente do perfil feminino, Gelatti GT, et al., (2015) encontraram que das 51 mulheres participantes de um estudo, 37,2% relataram fazer uso de plantas medicinais para controle de peso, dislipidemias, glicemia e pressão arterial. Paralelamente, no presente estudo, obteve-se uma porcentagem semelhante, uma vez que, a partir de uma amostra de 495 mulheres, 41,7% relatou fazer o uso de plantas medicinais.

O **Gráfico 2** apresenta a classificação laboratorial das dislipidemias conforme o uso de plantas medicinais. Para os participantes com hipercolesterolemia isolada, 397 relataram usar plantas medicinais, enquanto 175 não as utilizam. Entre aqueles com hipertrigliceridemia isolada, 184 participantes relataram o uso de plantas medicinais, enquanto 93 não utilizam essas práticas. No grupo com dislipidemia mista, 328 participantes indicaram o uso de plantas medicinais, em contraste com 160 participantes que não utilizam plantas medicinais. Esses dados destacam uma maior prevalência do uso de plantas medicinais entre os indivíduos com diferentes tipos de dislipidemias.

Gráfico 2 - Classificação laboratorial das dislipidemias, conforme o uso de plantas medicinais, no período de 2021 a 2024 (n = 1.337).



Fonte: Leal DC, et al., 2024.

Os dados deste estudo revelam uma alta prevalência do uso de plantas medicinais entre pacientes com dislipidemias, especialmente entre aqueles com hipercolesterolemia isolada. Cerca de 69% dos participantes com essa condição relataram o uso de plantas medicinais, em contraste com 31% que não as utilizavam. Este padrão é consistente com os achados de Gelatti GT, et al. (2015), que identificaram o uso diário de plantas medicinais por 63,2% das mulheres em Catuípe/RS para tratar doenças crônicas, incluindo dislipidemias. A maioria dos pacientes iniciou o uso dessas plantas antes do diagnóstico, sugerindo um manejo preventivo. A análise estatística do estudo indica uma correlação significativa entre o uso de plantas medicinais e o diagnóstico de dislipidemias, corroborando os achados de Rezende HA e Cocco MIM (2002), que observaram um comportamento semelhante em Minas Gerais, onde 66,6% da população utilizava plantas medicinais com fins preventivos.

A eficácia percebida das plantas medicinais é consistentemente positiva entre os pacientes e profissionais de saúde. Mattos G, et al. (2016) destacaram que 84,7% dos profissionais de saúde em Blumenau já prescreveram ou sugeriram o uso de plantas medicinais em algum momento, e 68,8% apoiam o uso combinado de medicação prescrita e plantas medicinais. No entanto, a maioria não apoia a substituição completa dos tratamentos convencionais pelas plantas medicinais. Pacientes com hipercolesterolemia isolada, em particular, demonstram uma percepção mais positiva sobre os benefícios das plantas medicinais. Esses dados ressaltam a necessidade de mais estudos clínicos para avaliar a eficácia e segurança das plantas medicinais no tratamento das dislipidemias e padronizar orientações sobre seu uso na prática clínica, reforçando o potencial das plantas medicinais como uma abordagem complementar no manejo dessas condições.

A análise dos resultados da **Tabela 2** revela que a maioria dos pacientes iniciou o uso de plantas medicinais antes do diagnóstico de dislipidemias. Especificamente, 134 pacientes (33,75%) relataram o início do uso antes do diagnóstico de hipercolesterolemia isolada, enquanto 60 pacientes (32,61%) iniciaram antes do diagnóstico de hipertrigliceridemia. Para hipercolesterolemia mista, 102 pacientes (31,10%) começaram a utilizar plantas medicinais antes do diagnóstico.

A análise estatística demonstrou um qui-quadrado (X^2) de 14,084 com um valor de p de 0,0034, indicando significância estatística ($p < 0,05$). Isso sugere uma correlação significativa entre o uso de plantas medicinais e o diagnóstico de dislipidemias, com a maioria dos pacientes adotando essa prática antes do diagnóstico clínico.

A relação entre variáveis e a classificação laboratorial das dislipidemias revela informações importantes em três áreas: conhecimento sobre riscos, segurança no uso e obtenção das plantas. Os dados indicam que o conhecimento sobre riscos, a percepção de segurança e os métodos de obtenção de plantas medicinais são consistentes entre as diferentes classificações laboratoriais de dislipidemias. Nenhuma das variáveis analisadas apresentou significância estatística em relação à classificação laboratorial, conforme indicado pelos valores de p, todos superiores a 0,05.

No que diz respeito à "Frequência de Uso" e à "Prescrição/Recomendação por Profissionais Médicos" em relação à classificação laboratorial das dislipidemias, os resultados indicam consistência na frequência de uso e na origem das recomendações para o uso de plantas medicinais entre os diferentes tipos de dislipidemias, sem diferenças estatisticamente significativas. Entretanto, houve uma diferença estatisticamente significativa na prescrição ou recomendação por profissionais médicos, sugerindo uma variação na influência médica de acordo com a classificação laboratorial das dislipidemias.

Sobre a orientação de profissionais de saúde e o efeito terapêutico em relação à classificação laboratorial das dislipidemias, os resultados indicam variações significativas na orientação por profissionais de saúde para o uso de plantas medicinais entre as diferentes classificações laboratoriais, evidenciado pelo valor de p significativo. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na percepção do efeito terapêutico ou na distribuição dos tipos de profissionais que forneceram orientação, sugerindo consistência na eficácia percebida e no tipo de profissional orientador entre as diferentes classificações laboratoriais de dislipidemias.

Quanto aos "Efeitos Indesejados" em relação à classificação laboratorial das dislipidemias, os resultados indicam que a ocorrência e os tipos de efeitos adversos experimentados pelos pacientes são semelhantes independentemente da classificação laboratorial. A maioria dos pacientes não relatou efeitos indesejados, e entre aqueles que o fizeram, problemas gastrointestinais foram os mais comuns, seguidos por reações alérgicas, com incidência menor de hipo/hiperglicemia, hipo/hipertensão e efeitos no sistema nervoso.

Por fim, os resultados indicam que a maioria dos pacientes continua utilizando terapia farmacológica, com poucos substituindo essa terapia pelo uso de plantas medicinais, independentemente da classificação laboratorial de dislipidemias. A necessidade de suspender o uso de plantas medicinais não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, houve uma maior disposição para indicar o uso de plantas medicinais em pacientes com hipercolesterolemia isolada em comparação aos outros grupos, sugerindo uma percepção mais positiva sobre os benefícios das plantas medicinais no tratamento das dislipidemias.

Tabela 2. Classificação laboratorial das dislipidemias e o uso de plantas medicinais, no período de 2021 a 2024 (n = 909).

Variáveis	Classificação Laboratorial						X ²	p
	Hipercolesterolemia isolada		Hipertrigliceridemia		Hipercolesterolemia mista			
	n	%	n	%	n	%		
Início da utilização								
Antes do Diagnóstico	134	34	60	33	102	31	14,084	0,0034*
Depois do Diagnóstico	263	66	124	67	226	69		
Finalidade do Uso								
Tratamento da Dislipidemia	308	77,6	121	65,8	268	81,7	78,306	0,1658
Outras finalidades	89	22,4	63	34,2	60	18,3		
Conhecimento sobre Riscos								
Sim	165	41,6	75	40,8	186	56,7	45,83	0,2357
Não	232	58,4	109	59,2	142	43,3		
Segurança com relação ao uso								
Sim	352	88,7	148	80,4	313	95,4	49,653	0,7938
Não	45	11,3	36	19,6	15	4,6		
Obtenção da planta								
Cultivo próprio	146	37	43	23	58	18	79,282	0,2392
Feira / Comércio	251	63	141	77	270	82		
Frequência de uso								
1x / semana	26	6,5	13	7,1	31	9,5	47,738	0,2362
2 – 4x / semana	92	23,2	49	26,6	64	19,5		
5 – 7x / semana	279	70,3	122	66,3	233	71,0		
Prescrição / Recomendação por profissionais médicos								
Sim	29	7,3	20	10,9	17	5,2	26,518	0,0021*
*Não	368	92,7	164	89,1	311	94,8		
*Indicação para uso								
Outro profissional	11	3,0	7	4,3	9	2,9	58,371	0,2281
Auto prescrição	248	67,4	125	76,2	219	70,4		
Familiares	86	23,4	19	11,6	54	17,4		
Amigos / conhecidos	23	6,3	13	7,9	29	9,3		
Orientação de profissionais da saúde								
Sim	37	9,3	14	7,6	24	7,7	11,321	0,0017
Não	360	90,7	170	92,4	287	92,3		

Variáveis	Classificação Laboratorial						X ²	p
	Hipercolesterolemia isolada		Hipertrigliceridemia		Hipercolesterolemia mista			
	n	%	n	%	n	%		
*Profissionais								
Farmacêutico	17	45,9	4	28,6	7	29,2	49,433	0,1853
Enfermeiro	7	18,9	2	14,3	4	16,7		
Nutricionista	13	35,1	8	57,1	13	54,2		
Efeito terapêutico								
Sim	148	37,3	63	34,2	104	31,7	57,216	0,1673
Não	249	62,7	121	65,8	224	68,3		
Efeitos indesejados								
*Sim	48	12,1	19	10,3	52	15,9	86,034	0,1239
Não	349	87,9	165	89,7	276	84,1		
*Tipos de efeitos indesejados								
Reação alérgica	13	28,3	3	15,8	16	30,8	77,873	0,2211
Problemas gastrointestinais	22	47,8	12	63,2	28	53,8		
Hipo / Hiperglicemia	2	4,3	2	10,5	4	7,7		
Hipo / Hipertensão	7	15,2	2	10,5	4	7,7		
Efeitos no Sistema Nervoso	2	4,3	0	0,0	0	0,0		
Uso de terapia farmacológica								
Sim	369	92,9	165	89,7	311	94,8	68,098	0,5634
Não	28	7,1	19	10,3	17	5,2		
Substituição da terapia farmacológica pelo uso de plantas								
Sim	16	4	13	7,1	27	8,2	75,564	0,3663
Não	381	96	171	92,9	301	91,8		
Necessidade de suspensão do uso das plantas								
Sim	33	8,3	17	9,2	59	18	56,567	0,3482
Não	364	91,7	167	90,8	269	82		
Indicam a utilização das plantas medicinais								
Sim	394	99,2	176	95,7	324	98,8	15,132	0,0011*
Não	3	0,8	8	4,3	4	1,2		

Fonte: Leal DC, et al., 2024.

O uso de plantas medicinais é uma prática usada há séculos, sendo valorizado por suas diversas aplicações na promoção do bem-estar e no tratamento de doenças. Ao longo das décadas, o aumento no consumo dessas plantas tem sido impulsionado pelo conceito de "naturalidade", que atrai muitas pessoas por serem vistas como uma alternativa segura para a saúde (CARVALHO AC, et al., 2021). Fitoterápicos são amplamente utilizados por serem facilmente cultivados em casa e encontrados à venda, o que facilita o acesso. Por meio de entrevistas com usuários de unidades de saúde em Ijuí (RS), descobriram que a maioria dos entrevistados utilizavam plantas medicinais, principalmente por indicações de familiares. A maior parte desses usuários encontram-se na faixa etária de 40 a 59 anos e possui renda de até um salário-mínimo e meio (COLET CF, et al., 2015).

Um estudo realizado em uma unidade de saúde em Passo fundo (RS) revelou uma alta prevalência de uso de plantas medicinais para fins terapêuticos pela maioria dos participantes, cerca de 62,4% da população pesquisada utilizou plantas medicinais com esse propósito, sendo que um estudo semelhante em Cascavel mostrou uma adesão ainda maior, com 96% dos entrevistados utilizando plantas medicinais para tratamento ou prevenção de condições de saúde. Quanto ao conhecimento sobre as plantas utilizadas, a maioria dos entrevistados, (98,4%) relatou não possuir conhecimento científico sobre elas. Apenas 14,4% dos entrevistados buscam alguma informação. As enfermidades mais frequentemente tratadas com plantas

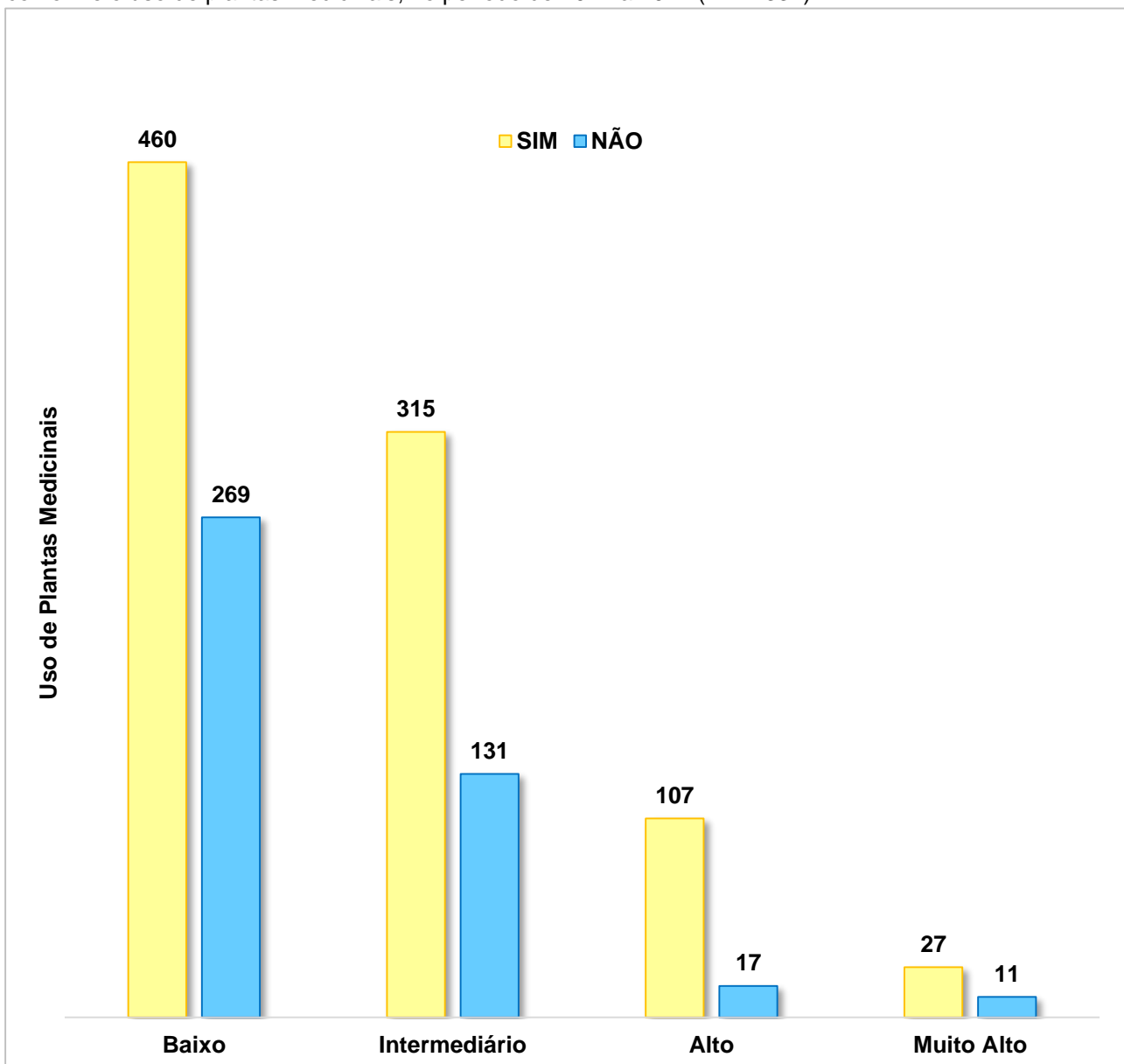
medicinais pelos entrevistados incluem distúrbios digestivo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, nervosismo, e problemas do trato urinário e próstata (SILVA BQ e HAHN SR, 2011).

O **Gráfico 3** apresenta a estratificação do risco cardiovascular, segundo o Escore de Risco Global (ERG) de Framingham. Entre os participantes com risco cardiovascular baixo, 460 relataram usar plantas medicinais, enquanto 269 não as utilizam.

No grupo com risco intermediário, 315 participantes indicaram o uso de plantas medicinais, enquanto 131 não utilizam essas plantas. Para os participantes classificados com risco alto, 107 relataram usar plantas medicinais, em contraste com 17 que não as utilizam.

Finalmente, entre aqueles com risco muito alto, 27 participantes usam plantas medicinais, enquanto 11 não fazem uso dessas práticas. Esses resultados indicam uma maior prevalência do uso de plantas medicinais entre indivíduos com diferentes níveis de risco cardiovascular, com destaque para aqueles com risco baixo e intermediário.

Gráfico 3 - Estratificação do Risco Cardiovascular, segundo o Escore de risco global (ERG) de Framingham, conforme o uso de plantas medicinais, no período de 2021 a 2024 (n = 1.337).



Fonte: Leal DC, et al., 2024.

Os resultados apresentados indicam uma clara tendência de uso de plantas medicinais entre indivíduos com diferentes níveis de risco cardiovascular, conforme o Escore de Risco Global (ERG) de Framingham. Observa-se que a maior prevalência de uso de plantas medicinais ocorre entre os participantes com risco cardiovascular baixo (460 participantes) e intermediário (315 participantes).

Esse padrão sugere que indivíduos com risco cardiovascular mais baixo e intermediário são mais propensos a adotar práticas de medicina complementar, possivelmente devido à percepção de um menor risco associado ao uso de terapias não convencionais.

Esses achados são consistentes com a literatura existente, como o estudo de Barnes PM, et al. (2008), que destaca a alta prevalência do uso de medicina complementar entre adultos nos Estados Unidos, especialmente aqueles com doenças crônicas não transmissíveis.

Além disso, a presença significativa do uso de plantas medicinais entre participantes com risco cardiovascular alto (107 participantes) e muito alto (27 participantes) aponta para a busca de abordagens integrativas mesmo em cenários de maior gravidade. Isso sugere uma necessidade crescente de integração de práticas etnofarmacológicas na atenção primária à saúde.

Estudos como o de Hasani-Ranjbar S, et al. (2010) enfatizam a eficácia das plantas medicinais específicas no manejo da hiperlipidemia, corroborando a importância de incluir essas práticas no tratamento convencional.

A comunicação eficaz entre pacientes e profissionais de saúde é crucial para garantir a segurança e eficácia dessas terapias combinadas, conforme discutido por Ekor M (2014), que aborda as questões de reações adversas e a necessidade de monitoramento de segurança no uso crescente de medicamentos herbais. Esses resultados, portanto, sublinham a importância de um diálogo aberto e informativo no contexto da atenção primária, promovendo uma abordagem holística e personalizada no cuidado à saúde cardiovascular.

O **Quadro 1** apresenta uma análise detalhada das plantas medicinais citadas pelos participantes do estudo e suas respectivas propriedades hipolipemiantes. Os participantes do estudo mencionaram 76 espécies diferentes de plantas medicinais utilizadas como terapia complementar no tratamento das dislipidemias.

Contudo, de acordo com a literatura, apenas 30 dessas espécies (39,4%) possuem publicações científicas que destacam suas propriedades hipolipemiantes. As plantas mais citadas foram *Cynara cardunculus* var. *scolymus*, seguidas por *Mangifera indica*, *Camellia sinensis* (L.) Kuntze, *Solanum melongena* L., *Anacardium occidentale* L. e *Hibiscus sabdariffa*.

***Cynara cardunculus* var. *scolymus* (Alcachofra)** - Conhecida por suas propriedades hipolipemiantes, antidiabéticas, antidispépticas e diuréticas. As folhas são utilizadas em infusão, citada por 909 participantes (100%). ***Mangifera indica* (Manga)** - Conhecida por suas propriedades hipolipemiantes, antioxidantes, antimicrobianas e digestivas. Os frutos e folhas são preparados em infusão e suco, citada por 894 participantes (98,3%). ***Camellia sinensis* (L.) Kuntze (Chá-verde)** - Conhecida por suas propriedades hipolipemiantes, antiobesidade, antitumorais e anti-diarréicas. As folhas são utilizadas em infusão, citada por 890 participantes (97,9%). ***Solanum melongena* L. (Berinjela)** - Utilizada por suas propriedades hipolipemiantes, anti-hipertensivas, antioxidantes e anti-inflamatórias. O fruto é consumido in natura, em infusão e suco, citado por 878 participantes (96,6%). ***Anacardium occidentale* L. (Cajueiro)** - Usada por suas propriedades hipolipemiantes, anti-infecciosas, antidiabéticas e anti-inflamatórias. As cascas são utilizadas em infusão, citada por 875 participantes (96,3%). ***Hibiscus sabdariffa* (Hibisco, Vinagreira)** - Utilizada por suas propriedades hipolipemiantes, anti-hipertensivas, hipoglicemiantes, antiescorbútics, antioxidantes e diuréticas. As flores, folhas, sementes e raízes são preparadas em infusão e decocção, citada por 867 participantes (95,4%).

Dentre as plantas com propriedades hipolipemiantes, 9 (30%) estão incluídas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 11 (36,6%) são listadas no anexo da RDC 10/2010 e 9 (30%) estão descritas na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS).

Quadro 1 - Descrição das plantas citadas pelos pacientes com diagnóstico de dislipidemias, no período de 2021 a 2024 (n = 909).

Nome científico	Nome popular	Indicação terapêutica	Parte utilizada	Forma de preparo	Frequência de citações		A	B	C	Referência científica
					n	%				
<i>Achyrocline satureioides</i>	Macela	Hipolipemiante , Anti-inflamatório, Antiespasmódico, Antiviral, Hepatoprotetor, Gastroprotetor	Flores, Ramos	Infusão, Compressas	775	85,3				BARATA LES, et al., 2013
<i>Allium sativum</i>	Alho	Hipolipemiante , Hipertensão, Diabetes, Bronquite crônica, Asma, Expectorante	Bulbo	Maceração	784	86,2				SILVA RMJ, et al., 2022
<i>Anacardium occidentale L.</i>	Cajueiro	Hipolipemiante , Anti-infeccioso, Diabetes, Anti-inflamatório	Cascas	Infusão	875	96,3				AMINU A, et al., 2023
<i>Baccharis trimera</i>	Carqueja-amarga, Vassoura	Hipolipemiante , Dispepsia, Obesidade, estimulante das funções hepáticas, antidiabética, antidiarreica	Partes aéreas	Infusão, Maceração	467	51,4				SOUZA SP, et al., 2012
<i>Bauhinia forficata</i>	Pata-de-vaca	Hipolipemiante , diurética, Diabetes, cálculos renais, cistites, diarreias	Folhas	Decocção	851	93,6				GARLET TMB, 2019
<i>Brassica oleracea L.</i>	Couve	Hipolipemiante , Anti-inflamatório, Imunoestimulador, Antitumoral	Folhas	Infusão	568	62,5				PIZZIOLO VR, et al., 2011
<i>Camellia sinensis (L.) Kuntze</i>	Chá-verde	Hipolipemiante , Antiobesidade, Antitumoral, Antidiarréica, Prevenção de Cárie Dental	Folhas	Infusão	890	97,9				PINHEIRO JN, et al., 2013
<i>Capsicum annuum</i>	Pimentão	Hipolipemiante , Digestivo, Antioxidante, Anti-inflamatório	Frutos	Infusão, Consumo	690	75,9				MANDAL SK, et al., 2023
<i>Carya illinoensis</i>	Noz-pecã	Hipolipemiante , Antioxidante, Anti-inflamatório, Digestivo	Sementes	Consumo in natura, Óleo, Infusão	183	20,1				LYU YZ, et al., 2023
<i>Caryocar brasiliense</i>	Pequi	Hipolipemiante , Anti-inflamatório, Antioxidante, Antiulceroso, Cicatrizante	Polpa e Semente do fruto	Consumo in natura, Óleo, Infusão, Tintura	87	9,6				REINECKEN JL, et al., 2018
<i>Citrus limon</i>	Limão	Hipolipemiante , Antioxidante, Antimicrobiano, Anti-inflamatório, Digestivo, Imunoestimulante	Folhas, Cascas, Fruto	Infusão, Decocção, Suco	419	46,1				GELATTI GT, et al., 2015
<i>Coriandrum sativum</i>	Coentro	Hipolipemiante , Diurético, Anti-hipertensivo, Hipoglicemiante	Folhas	Infusão	782	86,0				SOBHANI Z, et al., 2022
<i>Cuminum Cuminum</i>	Cominho	Hipolipemiante , Antidiabético, Digestivo, Antimicrobiano, Antioxidante, Antiespasmódico	Sementes	Infusão, Decocção, Pó	843	92,7				SINGH N, et al., 2021

Nome científico	Nome popular	Indicação terapêutica	Parte utilizada	Forma de preparo	Frequência de citações		A	B	C	Referência científica
					n	%				
<i>Cuphea carthagenensis</i>	Sete-sangrias	Hipolipemiante , Anti-hipertensiva, Diurética, Depurativa	Folhas	Infusão - Xarope	544	59,8				GARLET TMB, 2019
<i>Curatella americana L.</i>	Lixeira	Hipolipemiante , Antioxidante, Anti-hipertensivo, Analgésico	Cascas do Caule, Raízes	Maceração, Infusão, Decocção	231	25,4				LIMA CAH, 2009
<i>Cymbopogon citratus Spreng</i>	Capim-cidrô	Hipolipemiante , Antiespasmódica, ansiedade, insônia	Folhas	Maceração, Infusão	492	54,1				GARLET TMB, 2019
<i>Cynara cardunculus var. scolymus</i>	Alcachofra	Hipolipemiante , Antidiabética, Antidispéptica, Diurética	Folhas	Infusão	909	100				BOTSARIS AS e ALVES LF, 2013
<i>Echinodorus grandiflorus</i>	Chapéu-de-couro	Diurética, Antirreumática, Anti-hipertensiva, Anti-inflamatória	Folhas	Maceração, Infusão	671	73,8				GARLET TMB, 2019
<i>Equisetum arvense</i>	Cavalinha	Diurético, Antioxidante, Anti-inflamatório, Cicatrizante, Hemostático	Partes aéreas	Infusão, Decocção	575	63,3				GELATTI GT, et al., 2015
<i>Hibiscus sabdariffa</i>	Hibisco, Vinagreira	Hipolipemiante , Anti-hipertensivo, Hipoglicemiante, Antiescorbútica, Antioxidante, Diurética	Flores, Folhas, Sementes, Raízes	Infusão, Decocção	867	95,4				CANCELLARA RJS, et al., 2021
<i>Ilex paraguariensis</i>	Erva-mate	Hipolipemiante , Vasodilatadora, Diurética, Antioxidante, Lipolítica	Folhas	Infusão	543	59,7				CARDOZO AGL, et al., 2021
<i>Linum usitatissimum L.</i>	Linhaça	Hipolipemiante , Anti-inflamatório, Laxante, Antioxidante, Anticancerígeno	Sementes	Farinha, Óleo, Infusão	776	85,4				SILVA RMJ, et al., 2022
<i>Mangifera indica</i>	Manga	Hipolipemiante , Antioxidante, Antimicrobiano, Digestivo, Obesidade	Frutos, Folhas	Infusão, Suco	894	98,3				AL-SNAFI AE, et al., 2021
<i>Maytenus ilicifolia</i>	Espinheira-santa	Hipolipemiante , Analgésica, Antisséptica, Antimicrobiana, Anticonceptiva, Antitumoral, Úlceras gástricas, Feridas externas	Folhas	Infusão, Decocção	712	78,3				COSTA KV, et al., 2020
<i>Phyllanthus niruri</i>	Quebra-pedra	Hipolipemiante , Hipoglicemiante, Anti-inflamatório, Antiespasmódica, Antibacteriano, Antiviral	Planta inteira	Infusão, Decocção	235	25,9				GELATTI GT, et al., 2015

Nome científico	Nome popular	Indicação terapêutica	Parte utilizada	Forma de preparo	Frequência de citações		A	B	C	Referência científica
					n	%				
<i>Plantago ovata</i>	Psyllium	Hipolipemiante , Laxante, Anti-inflamatório, Hipoglicemiante, Fibra dietética	Sementes	Cápsula, Pó, Suco	443	48,7				WASEEM KHALID, et al., 2021
<i>Silybum marianum (L) Gaertn</i>	Cardo-mariano	Hipolipemiante , Hepatoprotetor, Antioxidante, Anti-inflamatório	Sementes	Infusão, Decocção	626	68,9				MARMOUZI L, et al., 2021
<i>Solanum melongena L.</i>	Berinjela	Hipolipemiante , Anti-hipertensivo, Antioxidante, Anti-inflamatório	Fruto	Infusão, Suco, Consumo in natura	878	96,6				SANTOS HV, et al., 2015
<i>Vaccinium arctostaphylos</i>	Mirtilo, Blueberry	Hipolipemiante , Antioxidante, Anti-inflamatório, Antimicrobiano	Fruto	Suco, Infusão, Decocção	93	10,2				SOLTANI R, et al., 2014
<i>Vernonia condensata</i>	Boldo-de-árvore	Hipolipemiante , Antidispéptica, Analgésica, Gastroprotetora, Hepatoprotetora	Folhas	Infusão	137	15,1				LORENZI H e MATOS FJA, 2008

Nota: **A** – Plantas medicinais presentes na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS; **B** – Plantas medicinais presentes no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira; **C** – Plantas medicinais descritas na RDC nº 10, de 9 de março de 2010;

Fonte: Leal DC, et al., 2024.

O alho (*Allium sativum*) é uma planta herbácea com um bulbo dividido em dentes, rica em alicina, que possui propriedades antivirais, antifúngicas e antibióticas, e contém selênio, um ótimo antioxidante (FONSECA GM, et al., 2014).

Em razão à alicina, o alho é muito utilizado para tratar e prevenir várias condições de saúde. Seus usos comuns incluem a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, como a doença arterial coronariana, e cânceres de cólon, reto, estômago e mama. Possui propriedades antimicrobianas e anti-inflamatórias, sendo bastante eficaz no controle de hipertensão, diabetes, osteoartrite e febre do feno. Fortalece o sistema imunológico e combate resfriados, gripes, febres, dores, congestão sinusal, asma, bronquite e reumatismo, além de ajudar na função hepática e no controle dos níveis de açúcar no sangue (ANDRADE DR, et al., 2022).

O *Anacardium occidentale* L. é uma espécie do gênero *Anacardium*, conhecida popularmente no Brasil como “caju”, “acajaíba”, “cajueiro”, “cajuí” ou “caju-anão” (SOUZA RT, et al., 2022). Estudos etnobotânicos e etnofarmacológicos realizados em diversos países demonstram que o *Anacardium occidentale* é amplamente utilizado no tratamento de condições como diabetes, malária, diarreia, inflamação e para melhorar a cicatrização. Essa planta é muito conhecida por suas propriedades anti-inflamatórias, antidiabéticos e antidiarreicas, destacando-se como um recurso valioso na medicina tradicional (PIO IDSL, et al., 2019).

A *Bauhinia*, pertencente à família Fabaceae. Popularmente conhecida como “pata de vaca”, “unha de vaca”, “casco-de-vaca”, “mororó”, “pata-de-boi” e “unha-de-boi” (LÓPEZ RE e SANTOS BC, 2015). Tem sido amplamente utilizada na medicina tradicional para o tratamento de várias condições, devido às suas propriedades hipocolesteremiantes, anti-inflamatórias e diuréticas, sendo essas atribuídas ao uso do extrato aquoso de suas folhas e raízes (PONTES MA, et al., 2017). É uma das principais plantas antidiabéticas utilizadas no Brasil, principalmente depois que pesquisadores da área da bioquímica detectaram nesta planta a insulina, substância hormonal reguladora do nível de glicose no sangue, antes só encontrada no pâncreas (MAFFIOLETTI NS, et al., 2012).

A popularmente conhecida Alcachofra (*Cynara cardunculus* var. *scolymus*) apresenta algumas propriedades que favorecem o seu uso no cuidado à saúde, isso, demonstrado em vários estudos clínicos e pré-clínicos. Nesse sentido, destacam-se as suas ações hepatoprotetora, antioxidante, redutora de colesterol e estimulante do sistema hepatobiliar, sendo indicada em dietas hipocalóricas com fins de emagrecimento (SANTOS TM, et al., 2007). Essas ações e propriedades advêm, principalmente, dos compostos flavonoides e polifenóis, que possuem atividades antioxidantes (BOTSARIS AS e ALVES LF, 2007). Uma revisão sistemática realizada por Wider B, et al., (2013) avaliou o extrato da folha de alcachofra para o tratamento da hipercolesterolemia, obtendo um efeito positivo modesto sobre os níveis de colesterol.

É válido destacar também a *Equisetum arvense*, popularmente Cavalinha, uma das plantas de uso muito comum no país, especialmente devido a seu potencial ação diurética, sendo importante como auxiliar no tratamento da hipertensão, edemas, cálculos renais e de infecções do trato urinário (SILVA LET, et al., 2022). Em paralelo, Jesus FC e Cavalcanti DSP (2019) evidenciaram, a partir da análise de outros estudos, as propriedades medicinais dessa planta, constatando ação no organismo em favor do emagrecimento, sendo, porém, fundamental realizar associação com um estilo de vida saudável. Sobre os aspectos de segurança, em um estudo clínico abordado por Carneiro DM (2012), o extrato da *E. arvense* (900 mg/dia) obteve efeito diurético superior ao placebo e comparável à hidroclorotiazida (25 mg/dia), sem manifestações de toxicidade aguda hepática, renal, hematológica ou cardíaca.

A *Maytenus ilicifolia*, de nome popular Espinheira-santa, é uma planta medicinal bastante conhecida na medicina popular, tendo em vista as suas diversas atividades terapêuticas, tais como cicatrizante, anti-inflamatória, gastroprotetora e antioxidante (SILVA ADN, et al., 2023). Essas ações decorrem principalmente da presença de compostos como flavonóides e taninos, que conferem, sobretudo, um alto potencial antioxidante (HAIDA KS, et al., 2012). Em um estudo realizado por Barbosa ES, et al., (2024), a partir comprovações científicas, concluiu-se que a *M. ilicifolia* constitui-se como uma opção terapêutica eficaz, apesar de que seu uso necessita cautela e supervisão médica, especialmente em se tratando de possíveis riscos e interações medicamentosas.

CONCLUSÃO

Os resultados confirmam a relevância do uso de plantas medicinais no manejo das dislipidemias, evidenciando que a utilização dessas plantas, como alcachofra, manga, chá-verde, berinjela e cajueiro, possui propriedades hipolipemiantes que contribuem para a melhoria dos níveis de colesterol e triglicérides nos pacientes. Contudo, é essencial a integração desses tratamentos na atenção básica, promovendo uma abordagem mais holística e acessível para os pacientes. A implementação de políticas públicas que incentivem o uso racional e seguro dessas plantas, aliando conhecimentos tradicionais e evidências científicas, é recomendada para otimizar os benefícios terapêuticos e minimizar possíveis riscos e interações medicamentosas.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE DR, et al. Propriedades terapêuticas do *Allium sativum*: uma revisão sistemática da literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, 2022; 8(12): 78986-78999.
2. BARBOSA ES, et al. Uso da espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*) no tratamento de pacientes portadores de transtornos gastrointestinais. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 2024; 7(2): 01-11.
3. BARNES PM, et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, 2008; 10(12): 1-23.
4. BOTSARIS AS, ALVES LF. *Cynara scolymus* L. (Alcachofra). *Revista Fitos*, 2007; 3(2): 51-63.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acessado em: 24 de fevereiro de 2024.
6. CARNEIRO DM. Avaliação da atividade diurética e segurança do uso da *Equisetum arvense* L. (Cavalinha) em humanos saudáveis. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012; 111 p.
7. CARVALHO AC, et al. Plantas medicinais utilizadas no tratamento do Diabetes Mellitus. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 12873-12894.
8. COLET CF, et al. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde no município de Ijuí/RS. *Revista Brasileira Med Farm comum*, 2015; 10(36): 1-13.
9. EKOR M. The growing use of herbal medicines: issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety. *Frontiers in Pharmacology*, 2014; 4: 177.
10. FALUDI AA, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2017; 109(2): 1-76.
11. FONSECA GM, et al. Avaliação da atividade antimicrobiana do alho (*Allium sativum* Liliaceae) e de seu extrato aquoso. *Rev. Bras. Pl. Med*, 2014; 16(3): 679-684.
12. FRANÇA ISX, et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2008; 61(2): 201-208.
13. GADELHA CS, et al. Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. *Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável*, 2013; 8(5): 208-212.
14. GELATTI GT, et al. Estudo exploratório do uso de plantas medicinais para o controle de fatores de risco cardiometabólico em mulheres pós-menopausa. *Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada*, 2015; 36(3): 467-476.
15. HAIDA KS, et al. Atividade Antioxidante e Compostos Fenólicos de *Maytenus ilicifolia* e *Maytenus aquifolium*. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2012; 5(2): 360-368.
16. HASANI-RANJBAR S, et al. The efficacy and safety of herbal medicines used in the treatment of hyperlipidemia; a systematic review. *Current Pharmaceutical Design*, 2010; 16(26): 2935-2947.
17. JESUS FC, CAVALCANTI DSP. Propriedades Medicinais do *Equisetum arvense*, *Zingiber officinale* e *Camellia sinensis* que Auxiliam no Emagrecimento. *Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*, 2019; 5: 40-54.
18. LAMEIRA CN, et al. Plantas medicinais utilizadas no tratamento de dislipidemias: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2022; 11(13): e125111335220.
19. LÓPEZ RE, SANTOS BC. *Bauhinia forficata* Link (Fabaceae). *Revista Fitos*, 2015; 9(3): 161-252.
20. MACEDO AF, et al. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília-SP. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2007; 28: 123-128.
21. MAFFIOLETTI NS, et al. *Bauhinia forficata* link (fabaceae) no combate ao diabetes mellitus: aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos. *Revista Tecnologia e Ambiente*, 2012; 18: 1-18.

22. MATTOS G, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 23(11): 3735–3744.
23. OLIVEIRA DMS, LUCENA EMP. O uso de plantas medicinais por moradores de Quixadá-Ceará. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, 2015; 17(3): 407-412.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Acessado em: 24 de fevereiro de 2024.
25. PATRÍCIO KP, et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(2): 677-686.
26. PIO IDSL, et al. Traditional knowledge and uses of medicinal plants by the inhabitants of the islands of the São Francisco river, Brazil and preliminary analysis of *Rhaphiodon echinus* (Lamiaceae). *Brazilian Journal of Biology*, 2019; 79(1): 87-99.
27. PONTES MA, et al. *Bauhinia forficata* L. e sua ação hipoglicemiante. *Arch Health Invest*, 2017; 6(11): 509-512.
28. RAUBER AC, et al. Plantas medicinais de uso agropecuário pelas famílias agricultoras do Núcleo Luta Camponesa da Rede Ecovida de Agroecologia no estado do Paraná. *Rev Verde Agroecol Desenvolv Sustentável*, 2020; 15(3): 274-283.
29. REZENDE HA, COCCO MIM. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2002; 36(3): 282-288.
30. SANTOS HV, et al. Caracterização laboratorial das dislipidemias e o uso de fitoterápicos. *Revista Multitexto*, 2015; 3: 21-28.
31. SANTOS TM, et al. Investigação do efeito hipolipemiante do extrato aquoso de folhas de alcachofra (*Cynara scolymus* L.) em associação à atividade física intensa. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu*, 2007; 9(3): 76-81.
32. SILVA ADN, et al. Ações farmacológicas e aplicações clínicas da *Maytenus ilicifolia* (Espinheira Santa). *Research, Society and Development*, 2023; 12(1): e4812139393.
33. SILVA BQ e HAHN SR. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 2011; 2(3): 36-40.
34. SILVA LET, et al. Análise de metabólitos secundários em amostras de cavalinha (*Equisetum arvense* L.) disponíveis no comércio da Região do Sul de Minas Gerais. *Brazilian Journal of Health and Pharmacy*, 2022; 4(3): 45-51.
35. SOUZA, et al. Estudo prospectivo de *anacardium occidentale* L. (Anacardiaceae): Aplicações e aspectos econômicos. *Revista humanidades e inovações*, 2022; 62(8): 307-320.
36. TEIXEIRA AH, et al. Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais no município de Sobral-Ceará, Brasil. *Sanare, Sobral*, 2014; 13(1): 23-28.
37. TOMAZZONI MI, et al. Fitoterapia popular: A busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Texto Contexto Enfermagem*, 2006; 15: 115–121.
38. WIDER B, et al. Artichoke leaf extract for treating hypercholesterolaemia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013; (3): 1-28.
39. ZENI ALB, et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(8): 2703-2712.