



ALTERNATIVAS DE VIABILIZAÇÃO DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS ATRAVÉS DO SUS EM CAMPINA GRANDE - PB¹

ALTERNATIVES OF VIABILIZATION OF THE USE OF MEDICINAL PLANTS THROUGH THE SUS IN CAMPINA GRANDE - PB

Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior
Docente do curso de Geografia
<https://www.gidsufcg.com.br/>
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Martha Priscila Bezerra Pereira
Docente do curso de Geografia
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
mpbcila@yahoo.com.br

Ana Denise Félix da Silva Paiva
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

RESUMO: O uso de plantas medicinais remonta ao início da humanidade sendo utilizada como forma de cura pela maioria dos povos. Apesar de seu arrefecimento com o desenvolvimento medicina científica na segunda metade do século XX, o incentivo da Organização Mundial da Saúde ao defender a revalorização das práticas tradicionais, fez emergir o uso das plantas medicinais tanto que em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Brasil. Este estudo teve como objetivo identificar alternativas para a utilização de plantas medicinais através do SUS (Sistema Único de Saúde). Para a realização da pesquisa recorreu-se aos seguintes procedimentos metodológicos: a) levantamento de referências; b) levantamento documental; c) Trabalho de campo exploratório e; d) Trabalho de campo. Como principais resultados observou-se que em Campina Grande o uso de plantas medicinais de forma tradicional continua existindo tanto pela questão cultural como por falta de profissionais qualificados e conhecidos pela população para fazer a prescrição e que é possível o uso de plantas medicinais no SUS principalmente a partir das Unidades Básicas de Saúde sendo, portanto, viável (política e economicamente) a sua institucionalização no âmbito da política urbana.

Palavras-chave: plantas Medicinais; SUS; Campina Grande.

ABSTRACT : The use of medicinal plants goes back to the beginning of the human being as a form of cure by the majority of the peoples. Despite its cooling with scientific medicine development in the second half of the twentieth century, the encouragement of the World Health Organization in defending the revaluation of traditional practices has led to the emergence of the use of medicinal plants so much that in 2006 the National Policy of Medicinal Plants and Phytotherapeutics in Brazil was approved. This study aimed to identify alternatives for the use of medicinal plants through SUS (Sistema Único de Saúde). For the accomplishment of the research the following methodological procedures were used: a) survey of references; b) documentary survey; c) Exploratory field work and; d) Fieldwork. As main results it was observed that in Campina Grande the use of medicinal plants in a traditional way continues to exist both for the cultural issue and the lack of qualified professionals known by the population to make the prescription and that it is possible to use medicinal plants in the SUS from the Basic Health Units, and it is therefore feasible (politically and economically) to institutionalize it in urban policy.

¹Este trabalho apresenta os resultados de iniciação científica (PIVIC/UFCG) realizada no período de 2017 e 2018 que resultou em um TCC e de um trabalho de campo pela disciplina Geografia da Saúde no período 2018.2 junto a UFCG.



Keywords: medicinal plants; SUS; Campina Grande.

Introdução:

Dentre as várias formas de cura, as plantas medicinais tem exercido um papel evidenciado desde o início da humanidade em várias culturas, dentre elas a indígena brasileira, a europeia e a africana (MIRANDA, 2004), sendo arrefecida com o desenvolvimento da medicina científica.

Os rebatimentos do desenvolvimento da ciência no Brasil teve início com a vinda da família real para o Brasil no início do século XIX, quando a medicina científica passa a ser considerada a oficial, sendo as outras formas de cura submissas ou mesmo entendidas como contravenção ou crime. Associado ao desenvolvimento posterior da indústria farmacêutica, o uso das plantas medicinais passou a ser ainda mais desacreditado, para atender aos interesses em vencer determinadas bases culturais (CHALOUB, MARQUES, SAMPAIO e GALVÃO SOBRINHO, 2003). Outra situação que diminuiu o uso de plantas medicinais foram as consequências da publicação do relatório Flexner em 1910, que introduziu a ideia de especialização médica, valorizando o ensino da arte médica por meio da individualização do paciente (CHRISTENSEN & BARROS, 2011). Desta forma, ao invés de um pajé, um curandeiro ou uma rezadeira, tem-se um médico, que tem o apoio de um boticário (farmacêutico), que cada vez mais se especializou e passou a recomendar o uso de remédios comprados como forma de cura de determinada doença, capitalizando a saúde. Apesar de tantos acontecimentos, esta coibição não foi capaz de extinguir completamente as várias artes de cuidar da saúde já existente no Brasil, dentre elas, através do uso de plantas medicinais.

Em 1978, em Alma-Ata – URSS, a Organização Mundial de Saúde - OMS (OMS, 1978) defende a revalorização das práticas de medicina tradicional e valorização das medicinas complementares e alternativas (MT/MCA) na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, fazendo emergir, dentre outras práticas, o uso das plantas medicinais.

Em 2002, com a publicação da OMS intitulada “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” (OMS, 2002) houve maior impulso para a abertura a práticas diversas de cura, dentre elas a cura pelas plantas medicinais.

Em 2006 é implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006b). Essas práticas abrangeram inicialmente a acupuntura, a homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. Ainda em 2006 foi também aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a), depois desta surgiram outras legislações relacionadas.

Esse reconhecimento conjunto do uso das plantas medicinais com o de fitoterápicos impulsionou a revalorização do uso de ervas medicinais, seja através da coleta e utilização direta da planta ou a partir de um medicamento elaborado com matérias-primas ativas vegetais, como é o caso dos fitoterápicos. Todavia, nas legislações posteriores o direcionamento esteve voltado para a maior valorização dos fitoterápicos em detrimento do uso de plantas medicinais devido principalmente a eliminação de impurezas e controle da quantidade dos princípios ativos (SILVA, 2014).

Apesar de todo esse incentivo ao uso de fitoterápicos, as cidades brasileiras convivem com o comércio de plantas medicinais. Em Campina Grande estão presentes em supermercados, mercadinhos, farmácias, lojas de produtos naturais, feiras, mercados públicos e arcas, estas, segundo Paiva (2018) são construções que surgiram com o objetivo de retirar das calçadas os camelôs do centro da cidade, se caracterizando como um comércio bastante variado. A comercialização é realizada por comerciantes, ou por raizeiros que se tornaram comerciantes.

Caracterização do comércio e uso de plantas medicinais em Campina Grande - PB:

Campina Grande – PB é considerada a segunda cidade mais importante no território paraibano, sendo estratégica no contexto regional devido a sua influência socioeconômica em diferentes setores da economia. Localiza-se no estado da Paraíba, tem como coordenadas base 7°13'50"S e 35°52'52"W, situa-se na ponte oriental do Planalto da Borborema, está sob o domínio do clima tropical chuvoso, com chuva de outono a inverno, apresentando temperatura média de 25°C (PEREIRA, MOURA e RODRIGUES, 2016).

Em relação ao comércio de plantas medicinais, considerando apenas os setores trabalhados por Paiva e Pereira (2018) e Paiva (2018), as feiras livres, mercados públicos, arcas e lojas de produtos



naturais, estão em pontos estratégicos, onde se pode perceber que tanto nos bairros como no centro da cidade existe um amplo comércio de plantas e seus derivados.

Quanto mais próximo do centro ou no centro da cidade, o comércio tem uma característica mais complexa, sendo possível o uso do cartão de crédito, havendo empregados trabalhando para o dono do estabelecimento e dificilmente sendo possível a negociação do preço, dentre outras características. Enquanto na periferia a tendência foi uma comercialização mais simples, onde se tem contato direto com o dono, há a possibilidade de negociar o preço, pode-se levar o produto para pagar depois, etc. Havendo outros tipos de estabelecimentos de comércio de plantas medicinais que são intermediários nessas características.

Os raizeiros que também são vendedores são pessoas que já conhecem plantas e para que determinados fins as mesmas tem, pois na maioria das vezes o consumidor chega com um problema de saúde e é o raizeiro/vendedor que orienta, por conhecer os sintomas e a planta mais propícia para a cura.

No que diz respeito às plantas medicinais citadas como as mais comercializadas, existe uma tênue relação entre essas plantas e seus respectivos princípios ativos e os tipos de doenças mais relatados pela população consumidora, nos instigando a ampliar nossos conhecimentos sobre as mesmas e o processo saúde-doença associado.

O consumidor que mais compra/usa as plantas medicinais são aqueles que já possuem um conhecimento prévio, empírico e geralmente são de classes sociais menos abastadas da cidade (pessoas que recebem até 2 salários mínimos e/ou moram na periferia da cidade).

Quanto às plantas comercializadas, são principalmente as mais conhecidas popularmente, estando relacionadas a uma utilização pela tradição² e não devido à política de fitoterápicos, resultado de Paiva e Pereira (2018) que é corroborado pelas pesquisas de Afuso e Pereira (2018) e Souto e Pereira (2018), em que não foi encontrado nenhum profissional que se autodenominasse fitoterapeuta.

Metodologia:

Para viabilizar este trabalho realizaram-se os seguintes procedimentos: a) levantamento de referências; b) levantamento documental; c) trabalho de campo exploratório; d) trabalho de campo.

O levantamento de referências foi realizado a partir de consulta em livros e artigos, os quais serviram para elaborar a problemática, fundamentação teórica e metodológica. No que diz respeito à problemática destacaram-se Miranda (2004) e Pimenta (2003). Com relação à fundamentação teórica foram importantes a consulta de Santos (1979), Queiroz e Azevedo (2012), Salvador (2012), Silveira (2009) e Lefebvre (2001). Acerca da metodologia foram utilizados principalmente Dantas (2007) e Bailey (1982).

O levantamento documental foi realizado a partir de pesquisa na internet, da legislação relacionada a plantas medicinais e/ou fitoterapia.

O trabalho de campo exploratório foi realizado no âmbito da pesquisa de Pereira e Paiva (2018) entre outubro e dezembro de 2017. Visitaram-se os locais de venda, registrou-se as coordenadas geográficas e fez-se um registro fotográfico da fachada a uma distância que os sujeitos pesquisados não fossem reconhecidos.

O trabalho de campo foi realizado durante os meses de Novembro de 2017 a Março de 2018 a partir da técnica de bola de neve com o objetivo aplicar os formulários para os comerciantes (perfil do comerciante, indicação das plantas medicinais mais vendidas) e consumidores (perfil do consumidor e de uso das plantas medicinais) e quando fosse permitido, fazer registros fotográficos da área interna do comércio.

Com relação ao trabalho de campo da disciplina Geografia da Saúde, foram realizados registros fotográficos e anotações na caderneta de campo. Este fazia parte também do trabalho de campo

² As principais plantas utilizadas apontadas por Paiva e Pereira (2018) foram: Amora (*Brosimum gaudichaudii*); Aroeira (*Myracrodruon urundeuva*); Barbatimão (*Stryphnodendron adstringens*), Boldo (*Peumus boldus*); Cajueiro (*Anacardium occidentale*); Camomila (*Matricaria camomila*); Canela (*Laurus cinnamomum*); Canela de velha (*Conia albicans*); cebola branca (*Allium cepa*); Endro (*Anethum graveolens*); Erva cidreira (*Melissa officinalis*); Erva doce (*Pimpinella anisum*); Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*); Gengibre (*Zingiber officinale*); Jato (*Maytenus coubaril*); Macela (*Egletes viscosa*); Malva Rosa (*Geranium erodifolium*); Moringa (*Moringa oleifera*); Quixaba (*Brumelia sartorium*); Unha de gato (*Uncaria tomentosa*); Romã (*Punica granatum*).



exploratório do projeto intitulado “Práticas complementares e integrativas em saúde em Campina Grande – PB: experiências em unidades básicas de saúde nos distritos sanitários 4, 5 e 6” (PEREIRA, 2018) que está sendo realizado a partir de demanda do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande.

Fundamentação teórica:

O ponto de partida da análise da espacialização das práticas comerciais das plantas medicinais foi proposto por Paiva (2018) relacionando-as como expressão e vínculos aos Circuitos da Economia Urbana proposta por Santos (1979). De acordo com a autora, por serem regulamentadas pelo Estado e comercializadas nas grandes redes supermercado as Plantas Medicinais teriam sua comercialização estruturada nos princípios do Circuito Superior (CS) da Economia Urbana proposto por Santos entre os quais a movimentação de Capital Social e articulações globais segundo o amparo das corporações comerciais e instituições financeiras. Por outro lado, por estarem simultaneamente vinculadas a práticas informais evidenciadas nas periferias e nas feiras livres as Plantas estariam restritas aos critérios apontados por Santos (1979) sendo parte do Circuito Inferior (CI) da Economia Urbana. Entenda-se Circuito Inferior da Economia Urbana como tendo as seguintes características: formas de fabricação não-capital intensivo, serviços não modernos fornecidos à varejo e comércio não moderno e de pequena dimensão.

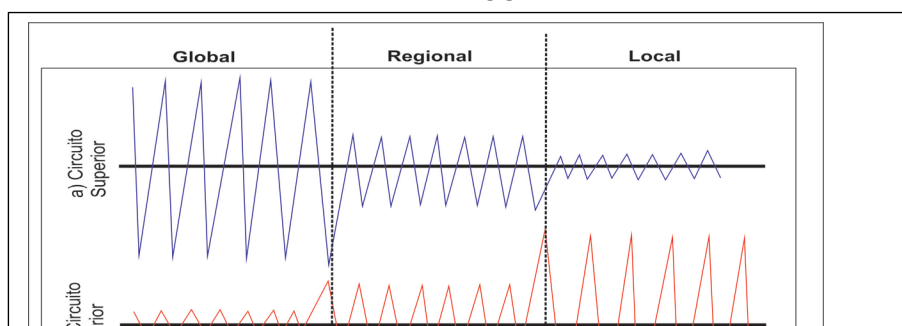
Contudo, nas análises realizadas por pesquisadores do grupo de Pesquisa Pró-saúde Geo a partir das observações de campo identificou-se que tal relação dicotômica aplicada na atualidade limitaria muito o Estudo das Plantas Medicinais uma vez que forneceria uma supervalorização dos fluxos em detrimento da reestruturação dos fixos, excluindo-se as conexões escalares na qual o próprio Estado regulamentador da comercialização encontra-se inserido e da capacidade de diferentes seguimentos sociais conseguirem articulações em diferentes escalas independente das redes propostas pelas articulações comerciais inerentes do Circuito Superior.

De fato, na atualidade, as plantas são comercializadas tanto em redes de supermercados ou lojas com grande articulações escalares como por pequenos comerciantes que negociam em espaços públicos da cidade. Tal constatação associada a inclusão do espaço como variável nos remeteu a necessidade de repensarmos as considerações de Santos (1979) e Paiva (2018) associando-as as de Lefebvre (2001) quanto a análise espacial dos espaços urbanos considerando-se a existência de uma Ordem Próxima (OP) e de uma Ordem Distante (OD), especialmente se considerarmos que a conjuntura (político, econômica e social) vivida por Santos existia uma relação direta entre o governo e as pessoas é atualmente substituída por uma relação mais complexa através das quais as práticas comerciais são constituídas mais pelas condições de articulação espacial do que pelas condições financeiras e tecnológicas. Tem-se, assim, uma alteração na análise da comercialização das plantas medicinais no contexto projetado para economia urbana ao concebermos como existente nessa relação um conceito que poderíamos classificar como de ordem complexa (OC).

As relações das práticas de apropriação espacial da comercialização das plantas relacionadas a uma ordem distante é, portanto, impulsionada pelas corporações, estados e instituições enquanto as relações dessas práticas na ordem próxima seriam condicionadas por relações mais subjetivas estruturada por laços afetivos.

Evidenciam-se, dessa forma, frequências equivalentes nas escalas locais e globais sendo uma frequência menor do circuito superior na escala local uma vez que as relações da economia urbana estariam sendo representadas pelas cidades de pequeno porte, ou nas periferias conforme evidenciado por Paiva (2018) na qual os sujeitos da ordem distante teriam pouca ou nenhuma atuação. Por outro lado, nas cidades intermediárias e de grande porte ou nas áreas centrais dos aglomerados urbanos se evidenciam uma redução da importância dos representantes da ordem próxima em detrimento de influência mais intensa dos representantes da ordem distante (corporações e Estado) sendo as redes de desenvolvimento e as relações escalares atributos relevantes na compreensão da espacialização do comércio das plantas medicinais na cidade (figura 1).

FIGURA 1





IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE - 2019

BLUMENAU - SANTA CATARINA

DATA 19 A 21 DE JUNHO



Diante disso, os tradicionais circuitos da economia propostos por Santos na atual conjuntura sócio-política-econômica remete a existência de um outro circuito: o circuito da ordem complexa definido pela capacidade dos espaços serem influenciados simultaneamente pelos sistemas de redes de desenvolvimento inerentes tanto a espacialização das relações socioeconômica na ordem próxima como nas relações socioeconômicas da ordem distante. A escala regional e a observação de um circuito complexo estruturado na superposição dos fixos e fluxos, considerando-se a intensidade das ondas dos circuitos, se apresentam como o recorte teórico mais adequado para análise da espacialização das plantas medicinais (Figura 1).

No que diz respeito ao produto comercializado, as plantas medicinais, o seu uso tem relação com um perfil epidemiológico próprio do local, que sofre interferência de vários fatores se considerarmos a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

De acordo com essa teoria, que serve como uma das bases para os nossos estudos, esclarecendo que, a determinação social do processo saúde/doença também se pode levar em consideração os fatores, políticos, econômicos, sociais, ambiente de trabalho, habitação, alimentação e comportamentais que serão relacionados ao modo de vida dos indivíduos e das populações para Ceballos (2015). Segundo a autora “Os determinantes sociais são importantes para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funcionam como um elemento de justiça social, sendo assim um importante desafio da saúde coletiva”. (CEBALLOS, 2015. p.12)

Analisando dos pontos de vista da autora em sua pesquisa, podemos afirmar que nosso meio social, tanto pode determinar a saúde da população, observando e estudando o meio em que o indivíduo faz parte e/ou convive, levando tais males para sua saúde ao ponto de comprometê-la.

Para Bastos (2013), o capitalismo é uma das maiores influências da doença nesse processo, tendo em vista que há uma hierarquia entre o patrão e o empregado, e que gera assim uma exploração do homem para o homem, levando assim a uma economia centralizada a poucos, e força de trabalho intensa para muitos.

Para melhor compreensão *Dahlgreen e Whitehead* (2006 apud LIMA E SANTOS, 2018, p.51) elaboraram um modelo que caracteriza melhor esses determinantes dos fatores sociais do processo saúde-doença, pois detalha o ciclo em que ocorre as condições desse processo e de certa forma interfere na saúde do indivíduo, no ambiente de trabalho que podem acarretar ao estresse e levando ao uma situação que irá originar alguma doença, ressaltando que o nosso corpo tem um elo e assim qualquer problema social seja ele de habitação, trabalho, alimentação, entre outros, irá ampliar a origem de cada doença. Portanto, esse modelo elaborado por estes autores pode caracterizar o modo de cada indivíduo e o tratamento para a tal doença.

Com base na análise neste modelo da determinação social da saúde, devemos entender que há um conjunto de fatores interligados que interferem na saúde do indivíduo, tais como: A idade, seu sexo e fatores hereditários; Seu estilo de vida (pratica exercícios? Dorme na hora correta? Alimenta-se adequadamente? ; O tipo de moradia, a sua escolaridade, a localização de sua casa e se próxima a mesma a saneamento básico e coleta de lixo, o seu trabalho e principalmente seu fator socioeconômico que abrange todas as características citadas acima e que levam a esse impacto e/ou consequências na saúde e modo de vida deste indivíduo.

Legislação que ampara o uso de plantas medicinais e fitoterápicos pelo SUS

Quando se observa a legislação do SUS, há vários documentos que apoiam o uso das plantas medicinais e fitoterápicos. Parte dele está relacionada às classes profissionais (que tem habilitação para prescrever); outro grupo tem relação com o incentivo do desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e à pesquisa de formas diversas.

No que diz respeito às classes profissionais, há possibilidade de profissionais existentes na cidade se especializarem e terem habilitação em fitoterapia (quadro 1). O enfermeiro esteve habilitado desde 1997 (COFEN, 1997), porém foi revogado este direito no ano de 2015 (COFEN, 2015).

PROFISSÃO	LEGISLAÇÃO QUE AMPARA	OBSERVAÇÕES
Farmácia	Resolução n.477/2008 (CFF, 2008), n. 546/2011(CFF, 2011)	Pode ser responsável por uma farmácia magistral, comunitária, serviço público de fitoterapia, etc.



Fisioterapia	Resolução 380/2010 (COFFITO, 2010)	O profissional precisa comprovar carga horária na graduação ou na especialização e pode prescrever de acordo com seu exercício profissional.
Medicina	Instrução Normativa n.5 de 12/12/2008 (CREMEC, 2008)	Apenas os médicos estão autorizados à prescrever os medicamentos fitoterápicos apresentados na referida legislação. Mas é aceito apenas fitoterápicos.
Medicina veterinária	Ozaki e Duarte (2006) e Monteiro (2010)	Pode prescrever apenas fitoterápicos com indicação veterinária.
Nutrição	Resolução CFN n. 525/2013 (CFN, 2013) e n. 556/2015 (CFN, 2015)	O graduado pode prescrever plantas medicinais e chás medicinais. O especialista pode prescrever também medicamentos fitoterápicos, produtos tradicionais e de preparações magistrais de fitoterápicos como complemento de prescrição dietética.
Odontologia	Resolução CFO 82 de 25/09/2008	Podem prescrever fitoterápicos e drogas vegetais. Devem prescrever plantas que tenham poder anti-inflamatório, antimicrobiano e ansiolítico na área de Odontologia.

Fonte: Moraes (2014) e atualização através de pesquisa na internet em 02 de fevereiro de 2019.

Observando a legislação nessas classes profissionais na área da saúde, o farmacêutico seria o profissional mais próximo da ideia de auxiliar na possibilidade prática da horta medicinal em Unidades Básicas de Saúde - UBS ou outros espaços comunitários dentro de um bairro. O nutricionista e o odontólogo poderiam fazer parte desta parceria prescrevendo as plantas medicinais, pois os outros estariam mais direcionados aos fitoterápicos.

Quanto à legislação mais geral, uma das mais recentes é a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2016). Dentre outros assuntos, estão incluídos nos objetivos a promoção do desenvolvimento sustentável da cadeia produtiva de plantas medicinais e o uso sustentável da biodiversidade, repartindo benefícios do acesso aos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado. Em suas diretrizes estão a regulamentação do cultivo, manejo, produção, distribuição e uso das plantas medicinais; a garantia da qualidade do acesso às plantas medicinais; reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; inclusão da agricultura familiar, dentre outras coisas.

Esse documento, associado às outras legislações dariam aporte a inclusão dos comerciantes informais na rede de distribuição mediante qualificação no manejo dessas plantas e melhor garantia da origem e fidedignidade da erva medicinal, problema detectado na pesquisa de Paiva e Pereira (2018).

Outra possibilidade seria a qualificação aos profissionais que tem habilitação legal através de especializações e da própria população, com cursos de extensão, no sentido de popularizar o uso de forma consciente.

Uma outra possibilidade seria como ocorre na Unidade Básica de Saúde Aluísio Salviano Farias, que se localiza em um bairro de baixa renda de Campina Grande e aproveitou o espaço no terreno da UBS para implantar uma horta comunitária e uma horta medicinal. Os que produzem na horta podem levar para casa o que for produzido e o excedente é vendido a um preço simbólico por kg (UFCG, 2018)

Considerações finais:

Apesar dos avanços na legislação e no incentivo à pesquisa as questões práticas ainda estão muito precárias, ainda que estejam se delineando, devido tanto a profissionais qualificados quanto à vontade individual de algumas pessoas que representam toda uma coletividade.

A pesquisa desenvolvida em Campina Grande evidenciou que a localização das práticas alternativas, complementares e integrativas seguiram as regras de mercado em buscar locais com grande circulação de pessoas e que ao mesmo tempo fosse possível o acesso e/ou que estivesse próximo à população com média de renda mais alta. O setor privado teve grandes avanços nestes últimos anos. Todavia, na porção de renda mais baixa essas práticas estão presentes de maneira precária em algumas Unidades Básicas de Saúde, que atende a uma porção do território definida e com uma prática específica, ficando essa demanda pendente para grande parcela da população de baixa renda da cidade.

A institucionalização das práticas comerciais das plantas medicinais regulamentada pelo SUS proporcionou uma superposição das mesmas tanto no circuito superior como no circuito inferior. Porém,



as diversidades socioespaciais nos ambientes urbanos tornam mais complexas a espacialização dessas práticas.

Embora este quadro precise ainda ser analisado em outras realidades espaciais, os resultados obtidos em Campina Grande servem como referência para analisar uma relação escalar do uso das plantas medicinais.

Referências:

AFUSO, Paulo Ginjo; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Expansão das práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde no município de Campina Grande - PB**. Campina Grande – PB: 2018. Relatório de Iniciação Científica. (PIVIC-CNPq/ UFCG). Campina Grande – PB: PROPEX, 2018, 15p.

BAILEY, Kenneth D. **Methods of Social Research**. 2.ed.New York: Macmillan, 1982, 539p.

BASTOS, Jota. **Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde**. Botucatu-SP, Revista da Coordenação de Educação em Saúde n° 1. p. 33, 2013.

BRASIL. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica, 2016, 190p.

BRASIL. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006, 61p. (a)

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006, 92p. (b)

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. UNA-SUS UFPE – Recife: [s.n.], 2015. 20 p. Acesso em: 09 de setembro de 2018

CFF. **Resolução CFF n. 477, de 28 de maio de 2008**. Brasília – DF: Conselho Federal de Farmácia, 2008, 24p.

CFF. **Resolução CFF n. 546, de 21 de julho de 2011**. Brasília – DF: Conselho Federal de Farmácia, 2011, 6p.

CFN. **Resolução CFN n. 525, de 25 de junho de 2013**. Brasília – DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2013, 7p.

CFN. **Resolução CFN n. 556, de 11 de abril de 2015**. Brasília – DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015, 3p.

CREMEC. **Parecer CREMEC n. 33 de 11 de outubro de 2008**. Fortaleza – CE: Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, 2008, 2p.

CHRISTENSEN, M.C.; BARROS, N.F. de. Práticas integrativas e complementares no ensino superior: revisão sistemática da literatura. In: BARROS, N.F. de ; SIEGEL, P.; OTANI, M.A.P (org.). **O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções**. São Paulo – SP: Hucitec, 2011, p. 29-44.

COFEN. **Resolução COFEN n. 197/1997**. Rio de Janeiro – RJ: Conselho Federal de Enfermagem, 1997, 2p.

COFEN. **Resolução COFEN n. 500/2015**. Rio de Janeiro – RJ: Conselho Federal de Enfermagem, 2015, 2p.

CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas – SP: Editora UNICAMP, 2003, 428p.



COFFITO. **Resolução COFFITO n. 380/2010**. São Paulo – SP: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2010, 2p.

DANTAS, Ivan Coelho. **O raizeiro**. Campina Grande – PB: EDUEP, 2007, 540p.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. Tradução de Rubens Eduardo Farias. São Paulo – SP: Centauro, 2001.

LIMA, Samuel do Carmo; SANTOS, Flávia de Oliveira. **Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção de territórios saudáveis**. Uberlândia – MG: EdUFU, 2018, 176p.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura**. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004, 486p.

MONTEIRO, Maria Vivina Barros. **Estudo etnoveterinário de plantas medicinais com atividade anti-helmíntica**. Fortaleza – CE: 2010. Tese de doutorado. Universidade Estadual do Ceará/ Faculdade de Veterinária/ Programa de Pós-graduação em ciências veterinárias. Fortaleza – CE, 2010, 114f.

MORAIS, Carina Almeida. **Legislação, prescrição e formas de apresentação de fitoterápicos**. Brasília – DF: UNYLEYA, 2014, 75p.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional** – 2002-2005. Genebra – Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2002, 78p. Disponível em: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Acesso em 15/06/2017.

OMS. **The promotion and development of traditional medicine**. Geneva – Switzerland: World Health Organization, 1978, 44p. Disponível em: www.apps.who.int/medicinedocs/dlcuments/s7147e/s7147e.pdf. Acesso em 15/06/2017.

OZAKI, Andréia Tiemi; DUARTE, Paula da Cunha. Fitoterápicos utilizados na medicina veterinária, em cães e gatos. **Infarma**, vol. 18, n. 11/12, p. 17-25, 2006.

PAIVA, Ana Denise Félix da Silva; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Perfil da rede de comércio de plantas medicinais em Campina Grande – PB: um estudo exploratório**. Campina Grande – PB: 2018. Relatório de Iniciação Científica. (PIVIC-CNPq/ UFCG). Campina Grande – PB: PROPEX, 2018, 20p.

PAIVA, Ana Denise Félix da Silva. **Rede de comércio de plantas medicinais em Campina Grande: pistas para a determinação Social do Processo Saúde-doença**. Campina Grande – PB: 2018. Monografia de Graduação. (Universidade Federal de Campina Grande/ Unidade Acadêmica de Geografia/ Curso de Geografia). Campina Grande – PB: 2018, 70f.

PEREIRA Thaís Mara Souza; MOURA, Débora Coelho; Rodrigues. Erimágna de Moraes. **Análise Fitogeográfica Das Plantas Medicinais Comercializadas Nas Feiras Livres De Campina Grande-Pb, Brasil**. 12f. I CONIDIS (Congresso Internacional da Diversidade do Semiárido). Campina Grande-Pb, 2016. Acesso em: 23/09/2018

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Práticas complementares e integrativas em saúde em Campina Grande – PB: experiências em Unidades Básicas de Saúde nos distritos sanitários 4,5 e 6**. Campina Grande – PB: PIBIC/UFCG, 14p. (projeto de iniciação científica – 2018/ 2019).

QUEIROZ, Thiago Augusto Nogueira de; AZEVEDO, Francisco Fransualdo de. Circuitos da economia urbana: arranjos espaciais e dinâmica das feiras livres em Natal – RN, **Revista Sociedade e Território**, Natal, vol. 24, n. 1, p. 115-133, jan/jun, 2012.

SALVADOR, Diego Salomão Cândido de Oliveira. Circuito da economia urbana: reflexões sobre a atual dinâmica da cidade de Caicó – RN. **Revista Sociedade e Território**, Natal, v. 24, n. 2, p. 167-188, jul/dez 2012, p. 181-182;



SANTOS, Milton. **O espaço dividido**: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. Tradução de Myra T. Rego Viana. Rio de Janeiro – RJ: Francisco Alves Editora S.A., 1979, 345p.

SILVA, Carolina Biz Rodrigues. **Desenvolvimento de fitoterápicos e sua utilização na saúde pública**. Brasília – DF: AVM, 2014, 67p.

SILVEIRA, Maria Laura. Finanças, consumo e circuitos da economia urbana na cidade de São Paulo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 55, p. 65-76, jan/abr 2009.

SOUTO, Gabriel Eloi Marinho; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Análise das práticas alternativas, complementares e integrativas de saúde em Campina Grande - PB**. Campina Grande – PB: 2018. Relatório de Iniciação Científica. (PIBIC-CNPq/ UFCG). Campina Grande – PB: PROPEX, 2018, 19p.

UFCG. **Trabalho de campo em Geografia da Saúde**. Campina Grande – PB: 2018. (trabalho de campo realizado em 05 de novembro de 2018 na UBS Aluísio Salviano Farias, no bairro das Três Irmãs).