



A FITOTERAPIA NO TRABALHO EM SAÚDE: DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DE UMA PRÁTICA NÃO-HEGEMÔNICA

PHYTOTHERAPY IN HEALTHCARE PRACTICE: CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION OF A NON-HEGEMONIC THERAPEUTIC APPROACH

LA FITOTERAPIA EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD: DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA NO HEGEMÓNICA

Jael Bernardes da Silva¹

RESUMO

Objetivo: analisar o processo de implantação e desenvolvimento de um programa que oferta plantas medicinais e fitoterápicos como um recurso de saúde. Métodos: Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com uso de entrevistas com informantes-chave e análise documental. Resultados: O programa surgiu a partir de um projeto local, cuja oficialização e os investimentos municipais possibilitaram sua ampliação e manutenção. A trajetória foi marcada por oscilações e percalços técnicos e políticos, mudanças na gestão impactaram sua estrutura e funcionamento. A perda da dimensão cuidadora, intrínseca à fitoterapia como ferramenta do cuidado integral, foi identificada nos discursos de alguns informantes e em documentos analisados. Conclusão: a fitoterapia é uma tecnologia viável para o cuidado, apesar da complexidade de garantir sustentabilidade e continuidade da oferta.

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas medicinais; Processo de Trabalho em Saúde; Política Pública.

ABSTRACT

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Doutora e Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), com período de doutorado sanduíche na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL). Possui especialização em Saúde da Família, vivência assistencial em Atenção Primária à Saúde e Hospital de Campanha do COVID. Experiência na docência do ensino superior na área de Saúde Coletiva e Enfermagem. Criou e é titular do registro de software (Pictomedic®) focado na geração de materiais visuais de prescrição para comunicação e adesão terapêutica. Cargo atual, docente no Centro Universitário UNA Uberlândia e UNIFATRA Uberlândia.

ORCID:0000-0001-9615-7405

jael@alumni.usp.br 34 991676083

Objective: To analyze the implementation and development process of a program that provides medicinal plants and herbal medicines as a healthcare resource. **Method:** Exploratory-descriptive study with a qualitative approach, based on key-informant interviews and document analysis. **Results:** The program emerged from a local initiative, and its formalization together with municipal investments enabled its expansion and maintenance. Its trajectory was marked by fluctuations and technical and political setbacks; changes in local management affected the program's structure and operation. The loss of the caring dimension—intrinsic to the conception of phytotherapy as a tool for comprehensive care—was identified in the discourse of some informants and in the analyzed documents. **Conclusion:** Phytotherapy is a feasible care technology, despite the challenges related to ensuring sustainability and continuity of its provision.

Keywords: Phytotherapy; Plants Medicinal; Healthcare Work Process; Public Policy.

RESUMEN

Objetivo: analizar el proceso de implantación y desarrollo de un programa que ofrece plantas medicinales y fitoterápicos como recurso de salud. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo, basado en entrevistas con informantes clave y análisis documental. **Resultados:** El programa surgió a partir de un proyecto local, cuya oficialización y las inversiones municipales permitieron su ampliación y mantenimiento. Su trayectoria estuvo marcada por oscilaciones y obstáculos técnicos y políticos; los cambios en la gestión impactaron su estructura y funcionamiento. La pérdida de la dimensión cuidadora, intrínseca a la concepción de la fitoterapia como herramienta del cuidado integral, fue identificada en los discursos de algunos informantes y en los documentos analizados. **Conclusión:** la fitoterapia es una tecnología viable para el cuidado, a pesar de la complejidad de garantizar la sostenibilidad y la continuidad de la oferta.

Palabras clave: Plantas Medicinales; Fitoterapia; Proceso de Trabajo en Salud; Política Pública.

1 INTRODUÇÃO

A inserção e o acesso às práticas tradicionais de cuidado à saúde, como a fitoterapia e plantas medicinais, nos sistemas de saúde, pode ser entendida como uma ampliação das possibilidades terapêuticas, contemplando e incluindo um saber que

se aproxima do conhecimento popular, fortalecendo a cultura e o autocuidado(MERHY, 2007; LUZ, 2005).

A busca pela superação do modelo hegemônico que orienta as práticas médicas impulsionou a Organização Mundial de Saúde a estimular os países membros a desenvolverem novas tecnologias de saúde, modelos ligados à medicina tradicional (LUZ, 2005). Diante disso, muitos países se organizaram e incluíram em seu sistema de saúde práticas tradicionais e complementares (ROSSI et al., 2008; MENDOZA, 2009; CHO, 2000).

No Brasil, em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) - que inclui a fitoterapia – e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que tem como o objetivo geral viabilizar a população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais, com vistas à integralidade e valorização de saberes populares. Em 2008, para efetivação da PNPMF elaborou-se ainda o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos(BRASIL, 2006a; BRASIL,2006b; BRASIL 2009).

Alguns estados e municípios brasileiros regulamentaram os serviços de fitoterapia na rede pública mesmo antes da publicação da PNPIC e da PNPMF, tais como: CE, MG, RN, ES, RS, RJ e SP e dentre os municípios, Campinas-SP(BRASIL, 2012). Outro movimento para estimular o uso desse recurso foi a Farmácia Viva, programa instituído no âmbito do SUS, para a operacionalizar todas as etapas da cadeia produtiva das plantas medicinais e dos fitoterápicos (BRASIL, 2012).

Na literatura científica os trabalhos sobre plantas medicinais e fitoterápicos concentram-se nos estudos farmacológicos (FIGUEIREDO-MUNIZ et al., 2023 e ACIMA, ANDA-JÁUREGUI; 2025) e etnofarmacológicos (PATAXÓ-HÃHÃHÃI e RODRIGUES, 2025; MAGHNI et al., 2025) . Outra abordagem sobre o tema têm sido as pesquisas de opinião; estas geralmente tratam dos conhecimentos e da percepção dos trabalhadores e estudantes da saúde acerca do assunto (Carvalho et al., 2023; IUKAVA et al., 2021).

A implantação, permanência e desfechos dos programas de fitoterapia no país ainda são pouco exploradas, e nesse sentido alguns autores sinalizam que uma das

dificuldades da implementação destes recursos no SUS é o profundo desconhecimento dos seus fundamentos e formas de atuação (ZENI et al., 2022; ANTONIO et al., 2014; CONTATORE et al., 2015; CACCIA-BAVA et al., 2017; RIBEIRO, 2019). Reforçando tal percepção a revisão de escopo de COTA e Luz (2025) identificou escassez de pesquisas referentes ao financiamento, a institucionalização e gestão estratégica e logística; a carência de capacitação profissional; a baixa oferta de serviços no SUS; dados heterogêneos sobre práticas, prescrição e falta de acompanhamento de usuários, aspectos que serão discutidos no presente estudo.

Considerando que a implantação de serviços de fitoterapia não é obrigatória, e ainda, que alguns estados e municípios brasileiros já haviam regulamentado e implementado o fornecimento de plantas medicinais e/ou fitoterápicos na rede pública antes da publicação da PNPIC e da PNPMF, a existência destes programas levou ao questionamento de como esta oferta se origina e se mantém.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de implantação e desenvolvimento de um programa que oferta plantas medicinais e fitoterápicos como um recurso de saúde.

MÉTODOS

O estudo teve abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo (MINAYO et al., 2007), no qual obteve-se dados a partir de entrevistas com informantes-chaves, documentos de gestão - de acesso público, e ainda, documentos municipais sobre fitoterapia. Procedeu-se assim, a triangulação dos dados, ampliação da descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo (MINAYO et al., 2007). A análise documental e as entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, ocorreram entre os meses de janeiro e julho de 2012.

O município de Campinas foi escolhido por contar com ações e serviços de fitoterapia há mais tempo no estado de São Paulo. Quanto aos documentos específicos sobre o programa de fitoterapia de Campinas foram obtidos no Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde, em um agrupamento identificado como Caderno 0159, pasta 020 (CAMPINAS,[2005–2010]). Foram analisados também instrumentos

de gestão, como Planos Plurianuais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas, referentes ao período de 1994 a 2011, totalizando 16 documentos, dentre os quais 10 faziam menção ao Programa de Fitoterapia. Tais documentos são de acesso público e foram obtidos na página da SMS, aqueles que continham informações sobre a fitoterapia receberam um código alfanumérico, e estão

Quadro 1 - Relação de documentos utilizados para obtenção de dados.

Documento de gestão	Identificação
Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2003	Doc 1
Plano Municipal de Saúde 2006-2007	Doc 2
Relatório de Gestão 2006	Doc 3
Relatório de Gestão 2007	Doc 4
Relatório Anual 2008	Doc 5
Relatório Anual 2009	Doc 6
Programação Anual 2010	Doc 7
Plano Municipal de Saúde 2010-2013	Doc 8
Relatório de Gestão 2010	Doc 9
Relatório de Gestão 2011	Doc 10

Fonte: Silva, BS (2026); dados extraídos do site da SMS, <https://campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/planejamento-em-saude>.

Os informantes-chave foram selecionados por seu envolvimento com a gestão da fitoterapia no município, e que ocuparam essa posição em diferentes instâncias e períodos (I-1, I-2 e I-3). O primeiro informante-chave procurado foi o gestor do programa na ocasião, que indicou 2 profissionais que poderiam contribuir com o estudo. Dos entrevistados, um era farmacêutico e dois médicos. Destes, dois estavam na gestão em instâncias da coordenação direta do programa e o outro fez parte da implantação do programa como gestor do mesmo em sua origem. As entrevistas, conduzidas a partir de um roteiro previamente elaborado, foram audiogravadas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Protocolo nº 1419/2011.

Os dados obtidos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática (MINAYO et al., 2007). Nos documentos de gestão (relatórios e planos), indentificou-se informações referentes à fitoterapia; já nos documentos específicos foram elencados finalidade, objetivos, dificuldades e ações que possibilitaram a implantação da fitoterapia no município.

RESULTADOS

A implantação da fitoterapia em Campinas teve início em 1989, com um projeto acadêmico que propôs hortas medicinais em unidades de saúde. A primeira experiência ocorreu em 1990, em uma unidade rural, com atividades integrando plantas cultivadas às atividades de educação em saúde (I-1).

A formalização pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ocorreu em 1991, com a proposta de ter um programa para disponibilizar fitoterápicos a partir de plantas de uso popular e respaldo científico, direcionadas às demandas da atenção primária. Além disso, buscava-se valorizar o saber popular, estimular o cultivo de plantas medicinais e sensibilizar trabalhadores por meio de grupos de estudo e pesquisas (CAMPINAS, [2005–2010]). Diversas hortas medicinais foram construídas nas unidades de saúde e a perspectiva de valorização do conhecimento popular era forte entre os que aderiram à prática (I-2).

Em 1992, a parceria com o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) permitiu ampliar a capacitação dos profissionais aumentando a quantidade de unidades de saúde aderentes ao programa. Contexto no qual elaborou-se e difundiu-se um Memento Fitoterápico (I-1; CAMPINAS, [2005–2010]).

O Programa foi regulamentado em 2001, pela Portaria nº 13/01, que definiu como seus objetivos o fornecimento de medicamentos fitoterápicos e a realização de ações educativas (CAMPINAS, 2001). Em 2002, instituiu-se a Semana da Fitoterapia pela Lei 11.385 (CAMPINAS, 2007).

Para o fornecimento dos fitoterápicos, a produção inicial se deu pela parceria com o Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas Biológicas e Agrícola (CPQBA-Unicamp). Após o fim da parceria, os medicamentos passaram a ser adquiridos de farmácias

privadas, até a criação da Botica da Família - a farmácia de manipulação do município, inaugurada em 2004 (CAMPINAS, [2005–2010]).

Quanto à gestão do programa de Fitoterapia, a Lei nº 13.888/2010 atribuiu essa atividade à Assistência Farmacêutica, ao Departamento de Saúde Integrativa e ao Distrito Sudoeste, em modelo de co-gestão (CAMPINAS, 2010; I-2; I-3).

Os documentos de gestão mencionam o tema a partir de 2001, especificamente mencionando-se a Botica da Família, e as metas de fornecimento de insumos, não alcançadas em alguns destes documentos. Nesse sentido, um dos informantes-chave mencionou entre as dificuldades de manutenção do programa o abastecimento irregular de fitoterápicos, decorrente de escassez de insumos, demora nas compras para produção do recurso e exigência de planejamento anual (I-2).

Outros fatores foram apontados como fragilidades do programa como, a ausência de cadeia de produção completa (da planta ao fitoterápico embalado), a variação de investimentos financeiros - alterados por fatores políticos, a falta de padronização dos medicamentos - já que a farmácia manipulava conforme prescrição, e a inexistência de laboratório de controle de qualidade (I-1, I-2, I-3, Doc 10).

No quesito qualidade, a reforma e automatização da Farmácia de Manipulação, para atender às normas da ANVISA, foram relatadas entre 2007 a 2011 (Doc 4, Doc 6, Doc 10).

A qualificação dos profissionais para uso dos fitoterápicos como recurso de saúde emergiu como desafio nos documentos analisados e relatos dos informantes, esse assunto esteve presente no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, mas não foi efetivado, conforme o Plano anual de 2010 e o Relatório de gestão de 2010. De acordo com a percepção dos gestores do programa, muitos médicos prescreviam por afinidade, sem preparo específico para a prática (I-1, I-2).

Diante dos desafios colocados, a maior articulação entre o departamento de Assistência Farmacêutica e a Botica da Família, foi apontada como um dos caminhos para o aprimoramento dos fluxos gerenciais e operacionais da disponibilização dos fitoterápicos, em Doc 5, e ainda, no Plano Municipal de Saúde 2010–2013 propôs-se

o acompanhamento das atividades do programa de Fitoterapia pela Câmara Técnica de Saúde Integrativa.

DISCUSSÃO

O Programa de Fitoterapia de Campinas pode ser considerado parte de um movimento de vanguarda no Brasil, do qual também fizeram parte municípios como Rio de Janeiro, Distrito Federal, Curitiba e Fortaleza (BRASIL, 2012). Esses municípios, assim como Campinas, iniciaram seus programas antes da publicação da PNPIC e da PNPMF, evidenciando que o estímulo às práticas integrativas não foi determinado exclusivamente por diretrizes nacionais. Isso, contudo, não diminui a relevância das políticas públicas federais, que são fundamentais ao estabelecer diretrizes estratégicas para o fortalecimento da cadeia produtiva de fitoterápicos, para a regulamentação e para sua inserção de forma qualificada nos serviços de saúde.

A criação do programa em Campinas demonstra ressonância com o movimento da Reforma Sanitária, que ampliou o olhar sobre o processo saúde-doença e favoreceu a incorporação de práticas integrativas no SUS. No cenário internacional países como a Itália e as Filipinas, a partir de 1996 e 1997, também passaram a adotar políticas para normatizar a prática da fitoterapia, conhecida como medicina herbal (ROSSI et al., 2012; MENDOZA, 2009). No caso das Filipinas, entre os fatores que favoreceram a adoção da política, como a biodiversidade, o potencial farmacológico e a existência de centros de pesquisa, também estavam presentes no Brasil.

O início do programa em Campinas foi marcado por atividades de educação em saúde e hortas medicinais, buscando incentivar o uso racional das plantas, valorizar o conhecimento popular e estimular o autocuidado e a autonomia dos usuários. Essas perspectivas não são exclusivas do contexto de tal prática, no Brasil, as políticas de Atenção Básica, Humanização e Promoção da Saúde postulam valores como integralidade, singularidade, inserção sociocultural e corresponsabilidade (BARROS et al., 2011), os quais também fundamentaram a PNPMF e se refletiram na estruturação

dos programas locais, como o estudado (BARROS et al., 2011; DINIZ, 2006; GRAÇA, 2004; REIS, et al., 2004; VILLAS e GADELHA, 2007).

As parcerias estabelecidas ao longo da estruturação do programa em Campinas reforçam o caráter interdisciplinar e colaborativo da fitoterapia, e dialogam com as orientações desta prática na PNPIC e na PNPMF (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011). Experiências semelhantes foram observadas em outros municípios: no Rio de Janeiro, com institutos de agronomia; em Curitiba, com secretarias municipais, universidades e empresas públicas; e em Londrina e Itapipoca, por meio de cooperações institucionais para garantir a continuidade dos programas (DINIZ, 2006; GRAÇA, 2004; REIS, et al., 2004). Internacionalmente, na região da Toscana, Itália, parcerias com universidades e ordens médicas, além da cooperação internacional em projetos conjuntos com Cuba, Senegal, Sérvia e países do Saara possibilitaram a oferta do recurso (ROSSI et al., 2008).

Em Campinas, as mudanças de gestão resultaram no enfraquecimento ou encerramento de parcerias, comprometendo especialmente o fornecimento dos fitoterápicos. Como alternativa, adotaram-se hortos medicinais, aquisição de fitoterápicos em farmácias privadas e adequação da farmácia municipal de manipulação. Apesar desses esforços, os problemas de abastecimento persistiram, sobretudo pela ausência de matéria-prima de qualidade confiável.

Esse cenário evidenciou a fragilidade estrutural e a dependência de arranjos políticos e administrativos para a sustentabilidade dos programas e políticas. E se constitui um paradoxo, uma vez que o Brasil é detentor de cerca de um terço da flora mundial, e pouco avançou na transformação desse potencial em produtos patenteáveis ou em cadeias produtivas sustentáveis (VILLAS e GADELHA, 2007). Apesar de a PNPMF reconhecer a fitoterapia como ferramenta para uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006b), o país ainda importava a quase totalidade da matéria-prima utilizada na produção de fitoterápicos (ADAME, 2006).

Corroborando com os achados da pesquisa, e ainda que com distanciamento temporal destes, a revisão de escopo de COTA e LUZ (2025) apontou que

“A escassez de dados sobre financiamento, institucionalização e gestão corrobora o cenário de fragilidade no apoio a projetos de fitoterapia no País. Dados recentes mostram que o Ministério da Saúde apoiou apenas 49 projetos entre 2019 e 2023 para estruturar a AF em fitoterapia, abrangendo menos de 1% dos municípios brasileiros. Essa conexão destaca a importância de os programas de fitoterapia incorporarem os princípios de sustentabilidade, uma questão que vai além do aspecto financeiro, abrangendo, também, aspectos estruturais essenciais para sua consolidação (p. 14)”.

Outra questão relevante refere-se à mudança na lógica de inserção da fitoterapia na rede municipal. O que inicialmente foi concebido como resgate da dimensão cuidadora passou a ser reduzido a uma opção farmacológica complementar (I-1). Essa perspectiva se confirma tanto pela interrupção do fornecimento em momentos de crise de recursos, quanto pela ausência de investimentos em capacitação profissional. Não por acaso, nos documentos analisados, a fitoterapia aparece mais vinculada à Assistência Farmacêutica do que à Saúde Integrativa, refletindo uma apropriação biomédica da prática. Nesse sentido, a revisão de COTA e LUZ (2025) apontou que capacitações em fitoterapia ocorrem de forma limitada, e destacam que as ações de educação nesse tema devem fortalecer a confiança dos profissionais em suas práticas e incorporar práticas de vivências, de forma contextualizada

Esse movimento encontra paralelo na literatura, que alerta para os riscos de reduzir a fitoterapia a uma prática estritamente farmacológica, desconsiderando valores, crenças e saberes populares (TOMAZZONI et al., 2006). Alguns autores sustentam que a relação entre a biomedicina e a medicina alternativa e complementar é marcada por tensões: a primeira se apropria dos conhecimentos da segunda para legitimá-los, enquanto esta se apoia em conceitos biomédicos para manter-se nos serviços (SPADACIO et al., 2010).

A experiência de Campinas, ao enfatizar inicialmente a dimensão relacional da fitoterapia, pode ser compreendida como contra-hegemônica, na medida em que se propôs a superar a racionalidade biomédica dominante. Essa característica, entretanto, também explica os inúmeros desafios enfrentados na sua consolidação (I-1). Estudos destacam que a institucionalização das práticas integrativas é permeada por disputas paradigmáticas e que a regulamentação legal, por si só, não

garante qualidade ou continuidade da oferta. Faz-se necessário criar espaços de debate acadêmico e nos serviços para discutir os estranhamentos diante de novos paradigmas de cuidado (ROSA et al., 2011). Dificuldades semelhantes, relacionadas à tensão entre práticas tradicionais e a lógica biologicista, foram identificadas também na Coreia (CHO, 2000) e nas Filipinas, onde há resistência de médicos e da indústria farmacêutica (MENDOZA, 2009).

Nesse sentido, a baixa inserção da fitoterapia e de outras práticas integrativas nas universidades é um dos principais entraves à sua consolidação no SUS (SOUSA et al., 2012), assim, é necessário ampliar a formação profissional em saúde integrativa, de modo a incluir a fitoterapia como recurso legítimo na “caixa de ferramentas” dos trabalhadores. Quanto maior a diversidade de recursos disponíveis, maior a capacidade de compreender problemas de saúde em sua complexidade e de oferecer respostas mais adequadas (MERHY, 2007).

Entre as limitações do presente estudo, pontua-se que a análise documental depende da completude e da consistência dos registros oficiais, que podem refletir mais as prioridades da gestão do que a realidade da prática cotidiana. Do mesmo modo, os depoimentos dos informantes, embora fundamentais, carregam subjetividades, interpretações pessoais e possíveis vieses de memória. Outra limitação é que não foram incorporados dados quantitativos de impacto do programa sobre os usuários, o que restringe a avaliação da efetividade assistencial da fitoterapia em Campinas. Essas limitações, contudo, não invalidam os achados, mas devem ser consideradas na interpretação dos resultados e no planejamento de futuras pesquisas.

CONCLUSÃO

O processo de implantação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Campinas e o esforço da gestão em suprir a rede com fitoterápicos, demonstraram uma inserção frágil da iniciativa nos serviços de saúde diante da força do modelo hegemônico. Apesar do esforço em manter o fitoterápico presente na rede, entende-se que um empenho da mesma dimensão deve ser empreendido para

a qualificação dos trabalhadores, uma vez que as políticas e os programas são efetivados quando há trabalhadores engajados nestes. As parcerias também mostraram-se favorecedoras quanto à superação de entraves em relação ao fornecimento dos medicamentos fitoterápicos para a rede. A troca de experiências, envolvendo municípios e países que oferecem a fitoterapia à população, seria profícuo para que os desafios existentes, por se tratar de uma prática não hegemônica, fossem compartilhados e as alternativas adotadas por cada um fossem socializadas fortalecendo a prática. Mesmo com todos os desafios, a institucionalização e permanência do recurso até a presente data, 2025, demonstram que a fitoterapia é uma tecnologia viável para o cuidado, apesar da complexidade de garantir sustentabilidade e continuidade da oferta.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa na modalidade: Mestrado - GM , projeto nº *****.

À Profa Dra **** pela orientação do trabalho.

REFERÊNCIAS

ACIMA, María José Cambero; DE ANDA-JÁUREGUI, Guillermo. Network pharmacognosy of *Galphimia glauca*: Mapping the molecular landscape of a traditional Mexican medicinal plant. **PLOS One**, 2025; 20(7):e0317546.

ADAME, Alcione Adame; JACCOUD, Cristiane Vieira; COBRA, Elton Abreu. Biodiversidade, biopirataria e aspectos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: **Direito, Sociobiodiversidade e Soberania na Amazônia**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2006; 15:29-648.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pamela; OTANI, Márcia Aparecida Padovani (Orgs.). **O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares**: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec, 2011; 1:15-25.

BRASIL. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.



BRASIL. Departamento de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPINAS. **Lei nº 13.045, de 29 de agosto de 2007**. Acrescenta Dispositivos à lei 11.385, de 15 de outubro de 2002, que "Institui a Semana da Fitoterapia no Município de Campinas e dá outras Providências". Diário Oficial do Município, Campinas, SP, 2007.

CAMPINAS. **Lei nº 13.888, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre a implantação do programa municipal de fitoterapia na rede pública de saúde. Campinas, SP, 2010.
CAMPINAS. **Portaria nº13/01, de 12 de novembro de 2001**. O Secretário municipal de saúde no âmbito de suas atribuições legais institui o Programa de Fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde. Campinas, SP, 2001.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CEDOC Centro de Documentação**. Campinas: [2005-2010]. Caderno 0159, pasta 020.

Carvalho, Amanda Mayra de Sousa et al. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde de Mossoró – RN. **Rev. Ciênc. Plural**. 2023; 9(3):1-21.

CHO, Byong-Hee. The politics of herbal drugs in Korea. **Social Science & Medicine**. 2000; 51(4):505–9.

COTA, Betania Barros; LUZ, Tatiana Chama Borges. O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise. **Saúde debate** [Internet]. 2025;49(147):e10102.

DINIZ, Rui Cépil. Programa municipal de fitoterapia do município de Londrina, no Paraná (PR). **Divulgação em Saúde para Debate**. 2006; 34:73-80.

FIGUEIREDO-MUNIZ, Vitória Ribeiro Garcia de; et al. Fridericia chica (Bonpl.) L.G. Lohmann: An Overview of Medicinal Plant Studies. **Journal of Medicinal Food**. [S.l.], 2025; 28(8) 727-742.

GRAÇA, Carlos. Treze anos de fitoterapia em Curitiba. **Divulgação em Saúde para Debate**. 2004; 30:36-41.

IUKAVA, Lidia Kazue; et al. Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Farmácia sobre plantas medicinais e fitoterápicos. **Arch Health Invest**. 2021; 10(7):1134-40.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2005; 15(Suplemento):145-76.

MAGHNI, Benchohra; MERAH, Othmane; ADDA, Ahmed. Taxonomy and ethnobotanical study of medicinal plants used by the local population of the Algerian highlands. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas**. 2025; 24(3):479-505.

MENDOZA, Roger Lee. Is it really medicine? The traditional and alternative medicine act and informal health economy in the Philippines. **Asia Pac J Public Health**. 2009; 21(3):333-45.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007; 145 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.), **DESLANDES SF, GOMES R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007; 108 p.

PATAXÓ HÃHÃHÃI, Hemerson Dantas dos Santos; RODRIGUES, Eliana. Participatory Ethnobotany in indigenous health: study conducted by a Pataxó Hãhãhã ethnobotanist among his people, Brazil. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**. 2025; 21(1):34.

REIS, Maria Carmen Pirassinunga; LEDA, Paulo Henrique de O; PEREIRA, Maria Teresa Castro de Lima; TUNALA, Eduardo André Miranda. Experiência na implantação do programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro. **Divulgação em Saúde para Debate**. 2004; 30:42-9.

ROSA, Caroline da; CÂMARA, Sheila Gonçalves; BÉRIA, Jorge Umberto. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011 Jan; 16(1):311-8.



ROSSI, Elio; et al. Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system. **Homeopathy**. 2008; 97(2):70-5.

SOUZA, Islândia Maria Carvalho; et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**. 2012 Nov; 28(11):2143-54.

SPADACIO, Cristiane; et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**. 2010 Jan; 26(1):7-13.

TOMAZZONI, Marisa Ines; NEGRELLE, Raquel Rejane Bonato; CENTA, Maria de Lourdes. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto contexto - enferm**. 2006 Mar; 15(1):115-21.

VILLAS BÔAS, Glauco de Kruse; GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros: bases para a discussão de uma política nacional. **Cad. Saúde Pública**. 2007 Jun; 23(6):1463-71.

DATA DE SUBMISSÃO: janeiro de 2025

DATA DE ACEITE: agosto de 2026