



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB**  
**FACULDADE DE AGRONOMIA E MEDICINA**  
**VETERINÁRIA - FAV**

Laura Silva Prado  
Letícia Bandeira Araújo

Levantamento da Comercialização e Consumo das Plantas  
Medicinais no Distrito Federal

Brasília, 2022

Laura Silva Prado  
Letícia Bandeira Araújo

## Levantamento da Comercialização e Consumo das Plantas Medicinais no Distrito Federal

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária da Universidade de Brasília - UnB, como requisito para a conclusão do curso de graduação em Agronomia.

Orientadora: **Ana Maria Resende  
Junqueira**

**BRASÍLIA/DF**

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela vida, por ter nos ajudado a alcançar nossos objetivos ao longo da graduação, trilhando o caminho em prol da construção de uma agricultura mais sustentável e agroecológica no Brasil, se preocupando sempre com todos os seres que habitam o planeta e que são essenciais para o equilíbrio e bom funcionamento da vida na terra. Agradecemos a natureza, de onde vem as plantas medicinais que tanto contribuem para saúde física e mental das pessoas, e que possuem grande importância na formação de culturas e hábitos milenares, sendo assim uma fonte de riqueza e conhecimento para manutenção da vida de toda população, que merece mais reconhecimento e atenção.

Agradecemos aos nossos familiares e amigos que nos acompanham ao longo de nossas vidas, nos dando sempre todo o apoio e incentivo que precisamos nos momentos em que acreditamos ser incapazes. Obrigada pelo carinho, pelo amor e por acreditarem no nosso potencial.

Agradecemos aos professores que tanto contribuíram para formação das futuras profissionais que seremos, em especial agradecemos a professora Ana Maria Junqueira, ao grupo PET - Agronomia e todas as pessoas que compõe o grupo, o qual nos abriu muitas portas de conhecimento ao longo da graduação e também na vida. O PET nos deu a oportunidade de estar em contato com as Plantas Medicinais e também com a incrível ciência que é a Agroecologia, estamos levando na bagagem essa grande experiência que tanto contribuiu para nossa formação, nos proporcionando o contato na prática com a sociedade, que é tão essencial para formação humana de qualquer profissional.

Por fim, agradecemos a Universidade de Brasília, essa instituição de excelência que tanto contribui para educação pública de qualidade e para ciência, em prol do crescimento e desenvolvimento do nosso país e de nossa gente. Obrigada universo por contribuir e fazer parte de tudo isso.

# Levantamento da Comercialização e Consumo das Plantas Medicinais no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária da Universidade de Brasília, como parte das exigências do curso de Graduação em Agronomia, para obtenção do título de Engenheiras Agrônomas.

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Dra. Ana Maria Resende Junqueira, PhD**

Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, UnB  
(Orientadora)

---

**Prof. Dr. Jean Kleber de Abreu Mattos**

Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, UnB  
(Examinador)

---

**Profa. Dra. Juliana Martins de Mesquita Matos**

Faculdade CNA  
(Examinadora)

---

**Mestranda Juliane Alves de Araujo Pereira**

PROPAGA-UnB  
(Examinadora)

BRASÍLIA, DF

30/09/2022.

Prado, Laura Silva & Araujo, Leticia Bandeira

PP8961 Levantamento da Comercialização e Consumo das Plantas Medicinais no Distrito Federal / orientadora Ana Maria Resende Junqueira. -- Brasília, 2022.

80 p.

Monografia (Graduação - Agronomia) -- Universidade de Brasília, 2022.

1. Fitoterapia. 2. Etnobotânica. 3. Conhecimento tradicional. I. Junqueira, Ana Maria Resende, orient. II. Título

## RESUMO

A pesquisa teve como objetivo conhecer os elos da comercialização e consumo de plantas medicinais no Distrito Federal e gerar informações que possam contribuir para o fortalecimento da cadeia produtiva de fitoterápicos na região. Foi realizada uma pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas presenciais junto aos vendedores em feiras permanentes do Distrito federal, com o auxílio de questionário semiestruturado. As feiras permanentes estão nas seguintes cidades satélites: Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante e Gama. Foi realizada coleta de dados junto aos consumidores com o uso de questionário semiestruturado no formato *googleform*. Foram entrevistados de forma presencial 24 feirantes e 177 consumidores responderam ao questionário enviado pela *internet*. A maior parte dos feirantes está satisfeita com a atividade porque acreditam que é algo que ajuda e contribui muito na vida e na saúde das pessoas, entendem que o negócio está em crescimento. A maioria dos comerciantes não possui treinamento nem formação na área, porém, possuem interesse, principalmente, na área de gestão e administração dos negócios. As plantas mais vendidas pelos comerciantes nas feiras do DF foram espinheira-santa e canela de velho com o objetivo de tratar dores estomacais e dores musculares, respectivamente. A maior parte dos vendedores costuma fazer indicações quando são consultados, mas a maioria comentou que grande parte dos clientes sabem o que querem consumir quando vão às bancas. Os consumidores usam mais as plantas medicinais de forma terapêutica e de lazer, na forma terapêutica utilizam mais espécies como alho, açafrão e gengibre para gripe e fortalecimento da imunidade. Na forma de lazer e terapêutico, as plantas mais consumidas foram alecrim, capim-limão e camomila, utilizadas na forma de chás. Outra forma de uso muito citada foi o uso na culinária, as plantas mais comentadas foram orégano e manjerição. Os consumidores são predominantemente mulheres que estão nos extremos de formação e renda. O conhecimento tanto dos vendedores quanto dos consumidores a respeito das plantas medicinais é em sua maioria oriundo do ambiente familiar, o que demonstra que a tradição familiar de passar esse tipo de conhecimento de geração em geração é um hábito milenar de extrema importância para a preservação dessas espécies e no descobrimento de novos medicamentos fitoterápicos.

**Palavras-chave:** Fitoterapia; Etnobotânica; Conhecimento tradicional.

## **Lista de Figuras**

Figura 1. Feira de Brazlândia	32
Figura 2. Feira de Brazlândia	32
Figura 3. Feira do Núcleo Bandeirante	33
Figura 4. Feira do Núcleo Bandeirante	33
Figura 5. Feira do Gama	34
Figura 6. Feira do Gama	34
Figura 7. Feira da Ceilândia	35
Figura 8. Feira da Ceilândia	35
Figura 9. Feira do Guará	36
Figura 10. Feira do Guará	36

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1. Plantas mais consumidas para tratamento de saúde	40
Tabela 2. Resultado da pesquisa em frequência do uso de plantas medicinais em relação aos incômodos	43
Tabela 3. Principais plantas utilizadas com finalidade terapêutica e lazer	46
Tabela 4. Algumas espécies verificadas nas feiras	58

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Principais modos de preparo das plantas medicinais	46
Gráfico 2. Satisfação de compras dos consumidores que adquirem as plantas nas feiras	52

# SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2.JUSTIFICATIVA</b>	<b>4</b>
<b>3.OBJETIVOS DO ESTUDO</b>	<b>4</b>
3.1Objetivo geral:	5
3.2Objetivos específicos:	5
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>5</b>
4.1. Plantas medicinais - Definição, utilização no âmbito mundial e brasileiro, e importância econômica e social para a saúde.	5
4.2. Políticas Públicas e a Legislação das Plantas Medicinais	12
4.3. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPICS)	16
4.4. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)	19
4.5Aspectos de Controle de qualidade e comercialização das plantas medicinais em feiras livres	22
4.6. Canais de distribuição das plantas medicinais e a importância das feiras livres	25
<b>5. MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>28</b>
5.1. Caracterização da pesquisa	28
5.3. Dificuldade para coleta de dados	30
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>31</b>
6.1. Caracterização das Feiras	31
6.2. Análise dos achados junto aos Consumidores	37
6.2.1. Dados sociodemográficos	37
6.3. Consumo das plantas	39
6.3.1. Consome ou não plantas medicinais	39
6.3.2. Reações alérgicas	40
6.3.3. Tratamento de saúde	40
6.4. Formas de uso	42
6.4.1. Uso terapêutico	42
6.5. Conhecimento popular	47
6.6. Profissionais da saúde	49
6.7. Local de compras	51
6.8. Vendedores	54
6.8.1. Dados sociodemográficos	54
6.8.2. Conhecimento sobre plantas medicinais	56
6.8.3. Comercialização das feiras, canais de distribuição e perfil do consumidor	57
6.8.4. Perfil do vendedor	59
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>61</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), planta medicinal é “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos” (OMS, 1998). A área da ciência que utiliza as plantas medicinais para curar doenças é chamada fitoterapia, e significa o estudo das plantas medicinais e suas aplicações terapêuticas, desconsiderando o uso de princípios ativos isolados, mesmo que de origem vegetal (Ministério da Saúde, 2006). A fitoterapia pode suprir a necessidade de medicamentos sintéticos, que é o que comumente acontece entre populações de diversas comunidades em todo o mundo.

A etnobotânica, é uma área da ciência que estuda a inter-relação direta entre pessoas de culturas viventes e as plantas do seu meio, aliando-se fatores culturais e ambientais, bem como as concepções desenvolvidas por essas culturas sobre as plantas e o aproveitamento que se faz delas (Gadelha et al. 2013). Dentro da linha do uso de plantas medicinais, é através da etnobotânica que se descobre espécies que possuem potencial medicinal, e isso é resultado do conhecimento que é passado de geração em geração, sendo este conhecimento tradicional de extrema relevância para o surgimento de novos medicamentos fitoterápicos, bem como para preservação de espécies nativas, visto que são plantas das quais as pessoas do meio tem o hábito de consumir e cultivar.

Durante a Idade Moderna, no século XX até a década de 70, houve um aumento do uso de medicamentos sintéticos principalmente após a descoberta dos antibióticos durante a Segunda Guerra (Silva, 2002). No entanto, o aumento dos preços desses medicamentos, os efeitos colaterais que eles causam e a falta de acesso a serviços de saúde da população, fez com que as pessoas ficassem insatisfeitas e passassem a recorrer a métodos alternativos como a fitoterapia (Rocha et al. 2021), e isso incentivou pesquisas sobre o tema, além de estimular as indústrias a produzirem medicamentos fitoterápicos.

Em meio a essas mudanças que passaram a acontecer com mais força após a década de 70 no mundo, somava-se também no contexto de Brasil os movimentos de contracultura que surgiram e que reivindicavam uma maior democratização da atenção à saúde básica e melhores condições de saúde das populações, principalmente aquelas socioeconomicamente mais vulneráveis, além de pedir a introdução de práticas integrativas e tradicionais nos sistemas oficiais de saúde pública do país (Castro & Figueiredo, 2019). A institucionalização

dessas práticas só veio ocorrer no final da década de 70 quando a OMS e a OPAS se interessaram pelo uso das plantas medicinais e criaram o “Programa de Medicina Tradicional” cujo o principal objetivo era estimular a criação de políticas públicas que fossem voltadas para integralização da medicina tradicional com a medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde (Castro & Figueiredo, 2019), e isso se deu principalmente devido ao fato de que 80% da população de países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde, e 85% destes utilizava plantas ou preparações destas (Ministério da Saúde, 2006).

O Brasil é um país muito rico e biodiverso, e é signatário da Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB) na ONU, portanto, possui como um dos objetivos conservar a diversidade biológica e utilizar seus componentes de forma sustentável, além de repartir de maneira justa e equitativa os benefícios derivados da utilização dos recursos genéticos. Fora isso, também deve-se levar em consideração os conhecimentos tradicionais de povos indígenas e comunidades locais para alcançar seus objetivos e garantir a esses povos e comunidades o direito de decidir sobre os usos desses saberes (Ministério da Saúde, 2006). Levando isso em consideração, após a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o setor de saúde no país tomou outros rumos que culminaram na criação do SUS, e em seguida, após muitas discussões, debates e movimentação da comunidade ligada ao setor da saúde, foram criadas uma série de políticas a fim de desenvolver o setor, até chegar em 2006 e o Ministério da Saúde lançar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPICS) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), as quais contemplam os saberes oriundos da medicina tradicional popular e o uso das plantas medicinais como remédio para o tratamento de doenças e enfermidades.

As feiras livres e mercados populares são consideradas uma das principais formas de comercialização de plantas medicinais e geralmente são localizados em grandes cidades brasileiras e regiões mais pobres do país (TRESVENZOL et al., 2006). Esses espaços, são espaços antigos de comercialização, sendo implementados aqui no Brasil pela primeira vez através dos colonizadores a fim de incentivar trocas de produtos entre os povos nativos e os novos habitantes, promovendo assim o abastecimento das colônias que estavam se formando (DANTAS, 2006). Atualmente, as plantas comercializadas nas feiras são diversificadas e oriundas de diversos locais do país.

Para comercialização de plantas medicinais é necessário que se mantenha um padrão de qualidade, tanto para manter as ações terapêuticas, aumentar a qualidade, oferecer

segurança ao consumidor final e reduzir as interferências causadas por fatores externos do processo produtivo das plantas medicinais. Assim, a Embrapa (2010) aponta padrões de qualidade que devem ser seguidos no processo de produção/plantio, de colheita e de pós-colheita, que se baseiam na escolha genética da espécie, nos cuidados agrônômicos como o preparo do solo, e nos cuidados tecnológicos que envolvem as etapas de pós-colheita e comercialização. A respeito da pós-colheita/beneficiamento, os processos podem mudar de acordo com o modelo de comercialização, podendo seguir três meios distintos: uso direto do material fresco, extração dos princípios ativos e material fresco em forma desidratada (MARTINS et. al, 2003).

Sendo assim, para comercialização de plantas medicinais é necessário ter alguns cuidados como se atentar a nomenclatura correta das plantas, visto que o nome popular pode variar de região para região (ANVISA, 2022); na pós-colheita/beneficiamento é importante se atentar a limpeza correta do material vegetal antes e após a secagem, que deve ser feita no mesmo dia da colheita. Após a secagem deve-se armazenar o material em um local seco, ventilado e higienizado, em sacos específicos e identificados, e posteriormente colocados em prateleiras ou estrados para evitar a contaminação de insetos e roedores (EMATER, 2013).

De acordo com a Anvisa (2021), a venda de espécies medicinais deve ser feita com as plantas secas, embaladas e com identificação botânica, porém sem informações terapêuticas ou bulas, pois não são regulamentadas como medicamento. No entanto, a maior parte das plantas medicinais vendidas em feiras não se encontram no padrão regulamentado, por isso é importante que o vendedor tenha esse conhecimento prévio ou treinamento/capacitação acerca das demandas desses produtos para oferecer um produto com mais qualidade e eficiência. Esse controle de qualidade e comercialização de plantas medicinais no Brasil, tem como base legislações específicas, como as portarias da Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA (EMBRAPA, 2010).

No entanto, vale ressaltar que a utilização de plantas com a finalidade medicinal/terapêutica é uma prática antiga, que muitas vezes é a única nas quais muitas comunidades tradicionais têm acesso, utilizando as espécies medicinais para o tratamento/prevenção de enfermidades (VIANA, 2019). O ambiente das feiras possui uma diversidade de público com diversas profissões e classes sociais, e isso contribui para a construção de uma identidade diversa onde pessoas com maior e menor poder aquisitivo convivem em um só local (Silva, 2015), e isso proporciona uma grande troca de conhecimentos entre as pessoas que ocupam esses espaços diariamente.

Considerando as questões levantadas, este trabalho buscou analisar/estudar o comércio de plantas medicinais em feiras livres, com o foco na percepção dos comerciantes de plantas medicinais em feiras do Distrito Federal (DF), em diferentes regiões, bem como na percepção dos consumidores de plantas medicinais no DF. Com este trabalho, busca-se contribuir com informações acerca dos aspectos de comercialização, conhecimento, formas de utilização, principais plantas utilizadas, para o que são utilizadas, aspectos da qualidade, a transmissão de conhecimento de geração em geração e aspectos socioeconômicos e culturais no âmbito dos elos da venda e consumo de plantas medicinais no Distrito Federal.

## 2. JUSTIFICATIVA

Diante das inúmeras possibilidades de feiras permanentes no Distrito Federal, foram trabalhadas as feiras permanentes do Guará, do Núcleo Bandeirante, de Ceilândia, de Brazlândia e do Gama, considerando os seguintes critérios: representatividade na comercialização de plantas medicinais, tempo de surgimento das regiões administrativas às quais cada feira pertence e fluxo de pessoas que frequentam semanalmente a feira. Houve o pressuposto de que as mais antigas possuíam também uma população com mais idosos, mais bem estabelecida, com tradições e que o conhecimento das pessoas dessas RA's seria muito agregador no quesito do conhecimento tradicional o que está intrinsecamente ligado ao consumo de plantas medicinais.

Tendo em vista que as plantas medicinais são utilizadas pela população de países em desenvolvimento como uma saída para manutenção da saúde, e que a sua comercialização em feiras livres é uma prática comum porque é mais acessível e envolve saberes tradicionais muito enraizados entre as pessoas, decidimos abordar o assunto das plantas medicinais com enfoque na comercialização em feiras livres no Distrito Federal dialogando com as perspectivas dos consumidores dessas plantas e dos vendedores, a fim de construir um panorama sobre esse cenário, identificar os gargalos e os principais pontos envolvidos nesse tema, além de contribuir para discussão sobre o uso de plantas medicinais e fomentar as pesquisas ligadas a esse assunto, as quais são precárias.

### 3. OBJETIVOS DO ESTUDO

#### 3.1. Objetivo geral:

Realizar diagnóstico dos elos da comercialização e consumo de plantas medicinais no Distrito Federal e gerar informações que possam contribuir com a cadeia produtiva de fitoterápicos no Distrito Federal.

#### 3.2. Objetivos específicos:

1. Caracterizar o perfil socioeconômico dos vendedores de plantas medicinais em feiras livres, especificamente, Núcleo Bandeirante, Brazlândia, Ceilândia, Gama e Guará, em regiões administrativas do DF.
2. Caracterizar o perfil socioeconômico dos consumidores, de plantas medicinais em Brasília, sob a ótica da tradição e cultura.
3. Identificar as principais plantas medicinais utilizadas pelos consumidores.
4. Identificar as principais plantas medicinais comercializadas nas feiras livres, volume, qualidade, aplicação e uso.
5. Identificar e analisar aspectos da relação consumidor-vendedor de plantas medicinais.

### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Plantas medicinais - Definição, utilização no âmbito mundial e brasileiro, e importância econômica e social para a saúde.

O Brasil é um país muito rico em questões ambientais, possui a maior biodiversidade do mundo e é responsável por aproximadamente 20% da flora mundial, isso nos torna favoráveis no quesito do desenvolvimento de novas metodologias terapêuticas baseadas em produtos naturais, sendo o campo da fitoterapia uma área interessante de estar se explorando tanto com

o fim de desenvolver nossa ciência e o campo da saúde descobrindo novas plantas capazes de curar e tratar enfermidades, quanto no quesito de retorno econômico para o desenvolvimento do país (CALIXTO, 2003).

De acordo com o decreto nº 2.519, a Convenção da Diversidade Biológica (CDB), define biodiversidade como a variabilidade de seres vivos presentes nos ecossistemas terrestres ou aquáticos, englobando a diversidade presente dentro de espécies, entre espécies e entre ecossistemas (Brasil, 1992)

A diversidade ecológica compreende as relações entre os organismos com o ambiente, e entre seus semelhantes, possibilitando uma heterogeneidade de comunidades e relações ecológicas (Amorim & Chow, 2016). Sendo assim, a diversidade ecológica abrange as comunidades e os ecossistemas, sendo a interação planta-ambiente um dos fatores responsáveis pela diversidade dos constituintes químicos presentes nas plantas (Rodrigues & Guedes, 2006). A diversidade de espécies corresponde ao número de espécies diferentes, ou seja, a riqueza de espécies (Amorim & Chow, 2016). Estima-se que no mundo existam mais de 279 mil espécies de plantas superiores, no entanto grande parte dessa diversidade ainda não foi analisada do ponto de vista terapêutico (Peixoto & Morim, 2003; Pereira Júnior, 2005; Silva, A. F, 2014). Por fim, a diversidade genética é a variabilidade de material genético entre diferentes espécies e diferentes indivíduos de uma mesma espécie. A diversidade genética e os fatores ambientais proporcionam diferenças morfológicas, fisiológicas e químicas nos organismos (Amorim & Chow, 2016).

Tendo em vista que as plantas medicinais constituem a biodiversidade, vale ressaltar aqui alguns conceitos importantes a respeito do tema: Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), planta medicinal é “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos" (OMS, 1998). De acordo com Phillipson, 2001 citado por Rocha (2021), os princípios ativos presentes em diversas partes das plantas medicinais como as sementes, as folhas, os frutos e as raízes, é que configuram a elas esse potencial medicinal e terapêutico e proporcionam respostas fisiológicas em organismos vivos, e segundo Filho & Yunes (1998) citados por Rocha (2021), entre as atividades biológicas encontradas em plantas medicinais, pode-se citar: atividade antifúngica, antimicrobiana, antiespasmódica, anti-inflamatória, antialérgica, antitumoral, analgésica, antioxidante, fotoprotetora, entre outros.

Historicamente as plantas medicinais são utilizadas desde a antiguidade por diversas civilizações em todo mundo. FLOR & BARBOSA (2015) citando Saad et al. (2009), comentam que a história humana está intrinsecamente ligada à relação com o meio natural, pois sempre nos relacionamos com as plantas seja através da alimentação, da confecção de moradias, vestimentas, artefatos e remédios. Além do fato de que os registros de utilização de plantas como remédio datam da era paleolítica, pela identificação de pólen de plantas medicinais em sítios arqueológicos, e relatos escritos mais sistematizados foram encontrados na Índia, na China e no Egito e datam de milhares de anos antes da civilização cristã. Enquanto Gadelha et al (2013) citando Silva (2002), pontua que o uso de plantas medicinais é tão antigo que existe registro na Bíblia, tanto no Antigo como no Novo Testamento, como por exemplo, o aloés, o benjoim e a mirra, e na Antiguidade, na Grécia e em Roma, a medicina sempre esteve estreitamente dependente da Botânica. Hipócrates, na obra - Corpus Hippocraticum, fez uma síntese dos conhecimentos de seu tempo, indicando, para cada enfermidade, um remédio à base de vegetais.

O mesmo processo tradicional de utilização das plantas medicinais para tratar a saúde, também acontecia aqui no Brasil pelos povos indígenas que aqui viviam. CASTRO & FIGUEIREDO (2019) citando FREITAS (2014) comentam que quando os colonizadores chegaram aqui, ainda no século XV, encontraram os povos autóctones que já possuíam suas próprias práticas de saúde. Dentre elas, estava o uso das plantas medicinais que eram facilmente encontradas no seu entorno. Os povos autóctones que aqui viviam, eram denominados tupiniquim que, posteriormente, devido ao crescimento demográfico e as disputas de território que ocorreram entre eles, foram divididos em duas etnias maiores: os tupis e os guaranis, e depois futuramente, estes deram origem a outras etnias.

Esses povos, que também são denominados de indígenas, já possuíam comunidades formadas com suas próprias formas de organização, costumes, modos de vida, e uma relação com a natureza que muito se diferenciava da relação dos portugueses, dentre essas relações existia a relação que tinham com as plantas medicinais, que muito tinha a ver com seu modo de vida que cotidianamente os colocava em contato direto com a natureza, o que fazia com que tivessem uma de relação de pertencimento e dependência da natureza, detendo conhecimentos de cultivos e ciclos da natureza como a época de plantio e colheita, pesca e o saber sobre as plantas medicinais (DIEGUES et al., 1999).

Castro, M.R. & Figueiredo, F.F. (2019) citando BRAJ e MALUF (1990), contam que quando os colonizadores europeus chegaram, tiveram de se adaptar aos costumes indígenas

como uma forma de sobrevivência no território desconhecido. No entanto, na Europa renascentista, por Hipócrates ser considerado o pai da medicina na Grécia Antiga, seus estudos e ensinamentos a respeito do corpo e da saúde é que eram considerados pelos portugueses como verdade e levados em consideração pelos europeus no período do descobrimento. Segundo Freitas (2014), nas teorias hipocráticas o organismo humano era compreendido com base em quatro humores corporais (sangue, fleugma ou pituíta, bÍlis amarela e bÍlis negra). E nesta concepção de corpo e saúde, a doença era concebida como o desequilÍbrio desses lÍquidos, sendo, portanto, algo estritamente relacionado ao orgânico e simplificado ao perfeito funcionamento do organismo humano.

Essas teorias se diferenciavam muito das concepções de saúde, doença e tratamento que eram praticadas pelas comunidades indÍgenas que habitavam o Novo Mundo, porque enquanto Hipócrates lançava as bases de uma abordagem racional para medicina, cujo os tratamentos e remédios eram baseados em extensos estudos científicos, a etnomedicina (ALHO, 2012) praticada pelas comunidades indÍgenas se baseava em concepções/definições tais como os sÍmbolos do adoecimento atravessando o fator estritamente orgânico e biológico corporal, perpassando pelas dimensões espirituais e transcendentais. Ou seja, as formas como ambas as sociedades (os indÍgenas do Brasil e os europeus) se relacionavam com a medicina, a saúde e de modo geral com as plantas, em muito se opunha, e o fato dos europeus terem chegado ao Brasil com o objetivo de colonizar essas terras que já eram habitadas por povos com costumes, cultura e tradições prÓprias, teve também uma enorme influêncÍa sobre como se formou nosso sistema de saúde (CASTRO & FIGUEIREDO, 2019).

No sÉculo XV, na Europa, a Igreja CatÓlica tinha uma grande influêncÍa sobre o sistema de saúde dos portugueses, visto que era em mosteiros e conventos o local onde as pessoas recebiam esse tipo de assistêncÍa para tratar enfermidades. Não havia médicos e os cuidados aos enfermos eram realizados por botânicos e físicos, enquanto no mesmo perÍodo, no Brasil, os pajés das comunidades indÍgenas cumpriam o papel do cuidado aos doentes (FREITAS, 2014). No entanto, assim como em Portugal, a Igreja CatÓlica também teve influêncÍa no sistema de saúde do Brasil ColÓnia através dos JesuÍtas, que vieram inicialmente com a missão de evangelizar os povos pagãos, mas que acabaram também tendo contato com as plantas conhecidas aqui e fundaram as Santas Casas de MisericÓrdia ajudando nos tratamentos de saúde de índios afetados pelas novas enfermidades trazidas pelos europeus (CASTRO & FIGUEIREDO, 2019), e assim, segundo Blaj e Maluf (1990) os portugueses chegaram até a criar uma farmacopeia popular, unindo o conhecimento indÍgena sobre as

plantas, em uma fusão de saber com a natureza e a alquimia europeia, numa relação de oposição e poder do homem sobre a natureza.

De acordo com Castro & Figueiredo (2019) citando Freitas (2014), aos poucos os elementos da cultura europeia como os costumes, a cultura, os saberes e as práticas passaram cada vez mais a fazer parte do cotidiano da colônia, e segundo Lander (2005) o legado da colonização e conseqüentemente o eurocentrismo, afetaram além das relações culturais e sociais, também o campo epistemológico da vida na colônia, fazendo com que as formas de sociabilidades fossem afetadas por aquilo que era cotidiano, implicando no rompimento com as heranças e costumes ditos primitivos. Nos séculos seguintes ao início da colonização, (XVI e XVII), os interesses pela anatomia e a influência cartesiana e cristã dominaram o campo médico no velho continente (DONATELLI, 2003). E nos séculos XVIII e XIX, devido ao contexto da época em que estava acontecendo uma Revolução Científica e Revolução Industrial, a medicina na Europa teve grande influência positivista e conseguiu grande expansão devido ao incentivo do uso de implementos tecnológicos (QUEIROZ, 1986). A partir de então, as demais práticas medicinais que possuíam suas sistemáticas próprias e cujos princípios não fossem comprovados de acordo com os métodos científicos da medicina dominante da época, passaram a ser classificadas como tradicionais.

Vale então destacar agora alguns conceitos importantes para o seguimento desse tópico: a etnofarmacologia, a etnobotânica e a fitoterapia. Existe um campo da ciência denominado etnofarmacologia, que trata do estudo das preparações medicinais utilizadas no processo saúde-doença pelas comunidades tradicionais e possui grande importância por fornecer informações essenciais à elaboração de estudos químicos e farmacológicos sobre plantas, objetivando o desenvolvimento de medicamentos ou isolamento de princípios ativos de interesse industrial (Miranda et al, 2013).

Já a fitoterapia é o estudo das plantas medicinais e suas aplicações terapêuticas, desconsiderando o uso de princípios ativos isolados, mesmo que de origem vegetal (Ministério da Saúde, 2006). Ela pode ser configurada como uma ferramenta integrativa útil, devido a suas características únicas, como a fácil acessibilidade, eficácia, baixo custo e a facilidade de incorporação em preparos caseiros, podendo assim ser utilizada para suprir a ausência de medicamentos sintéticos, ou até mesmo em substituição a estes (Santos et al, 2011). Enquanto a etnobotânica, de acordo com Gadelha et al (2013) citando Albuquerque (2005) pode ser definida como sendo o estudo da inter-relação direta entre pessoas de culturas viventes e as plantas do seu meio, aliando-se fatores culturais e ambientais, bem como as

concepções desenvolvidas por essas culturas sobre as plantas e o aproveitamento que se faz delas.

Com isso, entende-se que o conhecimento oriundo da medicina tradicional se dá através da relação que as pessoas que vivenciam determinada cultura possuem com as plantas do meio em que vivem, e que esse saber é válido e se perpetua por décadas, perpassando de geração para geração na nossa sociedade, além de possuir uma enorme importância frente ao desenvolvimento de novos medicamentos, visto que muitas comunidades fazem uso de plantas medicinais para o tratamento, a cura e a prevenção de doenças, sendo considerada como uma prática milenar e ainda hoje empregada nas mais diversas regiões do país (MACIEL et al. 2002).

Os remédios fitoterápicos são medicamentos oriundos de plantas medicinais que são industrializados ou processados, onde recebem uma legislação específica que lhe garante conhecimento de sua eficácia e risco de uso (MENDES, MENTZ, SCHENKEL, 2001), e segundo Rocha et al. 2021 citando Filho e Yunes (1998) há uma maior probabilidade de se encontrar atividades biológicas em plantas quando a sua utilização na medicina popular é considerada, do que quando estas são escolhidas ao acaso, dado este corroborado por Oliveira; Simoes & Sassi (2006), que afirmam que 85% dos fitoterápicos têm origem nos arredores de comunidades tradicionais. No entanto, ainda no que concerne o uso de plantas medicinais no âmbito popular, de acordo com Rocha et al. (2021) citando Matos (1994) este por si só não é capaz de validar cientificamente as plantas medicinais como potenciais produtos fitoterápicos, fazendo-se assim necessária a constatação da eficácia destes por meio de dados experimentais, o que nos leva a pensar que o conhecimento tradicional apesar de ter sido muitos anos desvalorizado em comparação ao conhecimento científico fazendo com que o consumo de plantas medicinais como remédio para a cura de enfermidades não fosse levado em consideração, nada mais é do que a base para o desenvolvimento de pesquisas a respeito dessas plantas através da fitoterapia, visto que por se tratar de um conhecimento milenar não lhe faltam provas nem evidências concretas sobre sua validade, o que lhes falta na verdade é atenção dos pesquisadores para testar sua verdadeira eficácia.

Segundo Silva (2002) citado por Gadelha et al. (2013), foi na Idade Moderna durante o século XX até a década de 70, principalmente, depois da segunda Guerra Mundial, com a descoberta de antibióticos e o incremento cada vez maior de remédios à base de drogas sintéticas que houve um relativo abandono e inclusive certo ceticismo a respeito das drogas naturais. Diante desse contexto, Rocha et al. (2021) citando Batista & Valença (2012)

comenta que em decorrência do alto custo e inúmeros efeitos colaterais presentes em medicamentos sintéticos, assim como a inacessibilidade da população aos serviços de saúde, têm sido crescente a insatisfação da população, que acaba por recorrer a métodos terapêuticos alternativos, como a fitoterapia, além do fato de que as plantas medicinais tem uma grande importância na manutenção da saúde em países em desenvolvimento por esta ser a única forma de acesso dessas populações à saúde básica (Oliveira et al, 2006; Rodrigues & Gomide, 2019). E assim, devido aos preços dos medicamentos que gradativamente foram se elevando, além dos efeitos colaterais dos fármacos sintéticos, entre outros fatores, as pesquisas sobre drogas de origem vegetal voltaram a ser restabelecidas.

Em consequência disso, Gadelha et. al (2013) citando SILVA (2012) e MING (2002) relatam que nas últimas décadas vem se intensificando estudos em etnobiologia na tentativa de conhecer e divulgar as estratégias usadas pelos seres humanos e suas relações com os recursos biológicos, assim como para fortalecer conceitos e metodologias de trabalhos na área, e estudos nesse cunho tem grande importância em todo o mundo porque proporcionam o conhecimento das espécies que são utilizadas, servindo como instrumento para delinear estratégias de utilização e conservação das espécies nativas e seus potenciais, sendo de grande destaque especialmente no Brasil, uma vez que o seu território abriga uma das floras mais ricas do globo, da qual 99,6% são desconhecidas quimicamente.

Guerra et al. (2010) ressalta que existe muitas pessoas que no seu dia a dia, estão preocupadas com a saúde e a qualidade de vida e desta maneira vem buscando nas plantas uma forma alternativa de cura para diversas doenças, através do uso de espécies medicinais com estas propriedades. Em diversas comunidades rurais há o predomínio do uso de plantas medicinais devido ao hábito tradicional das pessoas buscarem a cura de enfermidades nos recursos existentes em seu ambiente. Esse advento se dá, também, em virtude da pouca disponibilidade de recursos financeiros para deslocamento até a cidade mais próxima, elevado custo de consultas médicas e a compra de medicamentos em farmácias convencionais. Há ainda, entre essas pessoas residentes em zonas rurais, a afirmação: remédios da mata são mais saudáveis e não têm venenos, considerados por suas funções curativas tão eficazes quanto os de farmácia.

De acordo com Gadelha et al. (2013) citando Silva et al. (2010) e SILVA (2012), explica que o uso recorrente de espécies florestais com fins terapêuticos e de cura de doenças decorre das civilizações na pré-história, pois desde a antiguidade que os homens primitivos ingeriam as plantas para garantir sua sobrevivência, pelo fato da caça nem sempre estar disponível à

captura. Com a ingestão dessas plantas foi possível identificar o que era medicamento, veneno alucinógeno ou alimento, sendo as informações sobre os efeitos dessas plantas observadas e transmitidas através das gerações, chegando até os dias atuais, sendo amplamente utilizada por grande parte da população mundial como eficaz fonte terapêutica. Vale lembrar ainda que atualmente nas regiões mais pobres do país e até mesmo nas grandes cidades brasileiras, plantas medicinais são comercializadas em feiras livres, mercados populares e encontradas em quintais residenciais.

Tendo isso em vista, Gadelha et al. (2013) citando SILVA et al. (2010), aponta que atualmente muitas indústrias farmacêuticas vêm buscando utilizar na composição de seus medicamentos substâncias extraídas dos vegetais, buscando desta forma, diminuir os custos com medicamentos sintéticos, tentando desta maneira, beneficiar um público maior, já que os medicamentos sintéticos muitas das vezes circulam com preços inacessíveis nas farmácias e drogarias do nosso país. Isso nos leva a perceber que o Brasil sendo um país tão biodiverso com um vasto conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais, possui um papel de destaque mundial no desenvolvimento de fármacos e de pesquisas científicas voltadas a essa área, onde as plantas medicinais aqui presentes possuem grande potencial genético para o desenvolvimento de drogas, sendo assim uma ótima alternativa na assistência a saúde de uma grande quantidade de comunidades brasileiras (OLIVEIRA et al. 2006).

#### 4.2. Políticas Públicas e a Legislação das Plantas Medicinais

A fim de contextualizar como se deram as primeiras discussões acerca das políticas públicas voltadas para o consumo de plantas medicinais com o fim de melhorar a questão da saúde da população brasileira, é que citaremos alguns fatores que ocorreram na segunda metade do século XX no mundo. Durante as décadas de 60 e 70, se formavam nos países ocidentais movimentos de contracultura que questionavam o modelo de reprodução da vida na sociedade capitalista, que é basicamente fundamentada pela produção e consumo de bens e serviços, formas de vida padronizadas e uma elevada contaminação ambiental global (FIGUEIREDO, 2018). No âmbito da saúde, foram marcantes a atuação de diversos coletivos, entre eles o “Movimento Social Urbano” que se iniciou nos anos 1960 e se prolongou na década seguinte nos Estados Unidos e na Europa (LUZ, 2005).

Já no Brasil, em plena ditadura militar, ocorria um movimento social e democrático denominado “Reforma Sanitária Brasileira (RSB)” que dentre suas pautas, pedia por melhorias nas condições de saúde da população, e de acordo com Paim (2008), o RSB contemplava a ideia de saúde como direito social, o que alicerçou a democratização da saúde no país com a Constituição Federal de 1988, sistematizando princípios e proposições políticas que posteriormente seriam as bases do atual sistema de saúde público do país. De modo geral, no que tange a saúde, esses movimentos de contracultura reivindicavam pela universalização e maior democratização da atenção à saúde básica e por melhores condições de saúde das populações, principalmente aquelas socioeconomicamente mais vulneráveis, além de pedir a introdução de práticas integrativas e tradicionais nos sistemas oficiais de saúde pública dos seus países (CASTRO, M.R. & FIGUEIREDO, M.F. 2019).

A institucionalização dessas práticas só veio ocorrer no final dos anos 70 quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) se interessaram pelo uso das plantas medicinais e criaram o “Programa de Medicina Tradicional”, cujo objetivo era estimular a formulação e implementação de políticas públicas nessa área para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde e também promover o uso racional dessa integração (CASTRO, M.R. & FIGUEIREDO, M.F. 2019). Isso se deu, devido ao fato da OMS reconhecer que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, visto que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas (Ministério da Saúde, 2006).

O Programa de Medicina Tradicional foi então resultado da conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata (Genebra, 1978) promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com o objetivo de promover a saúde dos povos no mundo, e nessa conferência foi recomendado aos estados-membros proceder a: *formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente (OMS, 1979).*

Sendo assim, os estados-membros deveriam desenvolver políticas públicas que facilitassem a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos

sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração (Ministério da Saúde, 2006), pois, tendo em vista que o uso de plantas medicinais para tratar doenças e enfermidades faz parte da tradição e do conhecimento popular de diversos povos ao redor do mundo, viu-se necessário a existência de políticas que pudessem atrelar esse conhecimento tradicional com a medicina e os cuidados básicos de saúde, reconhecendo a colaboração dos praticantes das medicinas tradicionais nos cuidados primários na saúde.

Segundo a OMS, a Medicina Tradicional corresponde ao conjunto de conhecimentos e habilidades, baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, utilizadas para a manutenção da saúde, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas ou mentais. Os termos "medicina complementar" e "medicina alternativa", usados como sinônimos de "medicina tradicional" em alguns países, referem-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não são integrados no sistema de saúde. O uso tradicional de medicamentos à base de plantas refere-se ao longo histórico de uso desses medicamentos, de forma segura e eficaz, podendo ser aceito pelas autoridades nacionais (GONÇALVES et al. 2020).

Por isso, é recomendado que os estados-membros garantam a segurança das práticas de MTC através de diretrizes formuladas em uma Política Nacional, pois assim se previne de riscos que possam existir em tais práticas, a fim de zelar pela saúde da população. Pensando nisso, a Assembleia Mundial de Saúde, em 1987, reiterou as recomendações que foram feitas pela Alma-Ata e recomendou enfaticamente aos estados-membros iniciar programas amplos relativos à identificação, avaliação, preparo, cultivo e conservação de plantas usadas em medicina tradicional; e assegurar a qualidade das drogas derivadas de medicamentos tradicionais extraídas de plantas, pelo uso de técnicas modernas e aplicação de padrões apropriados e de boas práticas de fabricação (BPF) (Ministério da Saúde, 2006).

Assim, em 1991 a OMS reiterou a importância da Medicina Tradicional na prestação de assistência social, e reforçou que os estados-membro intensificassem a cooperação entre praticantes da medicina tradicional e da assistência sanitária moderna, além de sugerir que todos os remédios fossem aproveitados plenamente e que os produtos naturais, principalmente os derivados de plantas, fossem úteis para o descobrimento de novas substâncias terapêuticas (Ministério da Saúde, 2006).

O documento sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde (2006) cita CALIXTO (2001); RATES (2001) e WHO (2001) para dizer que se estima que aproximadamente 40% dos medicamentos atualmente disponíveis foram

desenvolvidos direta ou indiretamente a partir de fontes naturais, assim subdivididos: 25% de plantas, 12% de microorganismos e 3% de animais. Das 252 drogas consideradas básicas e essenciais pela OMS, 11% são originárias de plantas e um número significativo são drogas sintéticas obtidas de precursores naturais. Além disso, nas últimas décadas, o interesse populacional pelas terapias naturais tem aumentado significativamente nos países industrializados e acha-se em expansão o uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

Embora o nosso país possua a maior diversidade vegetal do mundo, com cerca de 60.000 espécies vegetais superiores catalogadas, apenas 8% foram estudadas para pesquisas de compostos bioativos e 1.100 espécies foram avaliadas em suas propriedades medicinais. Isso significa que existe um vasto campo a ser explorado a respeito do uso de plantas medicinais, que precisa de mais atenção para que possamos desenvolver melhores soluções frente às problemáticas sociais e econômicas que nos rodeiam.

O Brasil é signatário da (Convenção sobre Diversidade Biológica) (CDB), acordo estabelecido no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) e integrado por 188 países cujos objetivos são a conservação da diversidade biológica, a utilização sustentável de seus componentes e a repartição justa e equitativa dos benefícios derivados da utilização dos recursos genéticos. A mesma Convenção ressalta a importância dos conhecimentos tradicionais de povos indígenas e de comunidades locais para o alcance destes objetivos, delegando aos seus signatários o dever de garantir a esses povos e comunidades o direito de decidir sobre os usos desses saberes e de também perceber os benefícios decorrentes de seu uso (Ministério da Saúde, 2006). Sendo assim, o país possui um amplo patrimônio genético, e sua diversidade cultural tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano na área de saúde e uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

Outro fator de grande relevância para o desenvolvimento do setor é que o Brasil possui 4,8 milhões de estabelecimentos agropecuários e, desse total, mais de 4,1 milhões (85,1%) são de agricultores familiares. A Agricultura Familiar possui como vantagem a disponibilidade de terra e trabalho, a detenção de conhecimentos tradicionais, a experiência acumulada na relação com a biodiversidade e as práticas agroecológicas voltadas ao atendimento dos mercados locais e regionais, bem como potencial de agregação de valor e renda nas cadeias e nos arranjos produtivos de plantas medicinais e fitoterápicos (Ministério da Saúde, 2006).

Isso se configura como uma ótima alternativa para o desenvolvimento das cadeias produtivas das plantas medicinais e dos fitoterápicos, levando-se em consideração que os

fitoterápicos constituem importante fonte de inovação em saúde, sendo objeto de interesses empresariais privados e fator de competitividade do Complexo Produtivo da Saúde, o que pode ser uma estratégia para o governo federal de fortalecer a base produtiva e de inovação local e a competitividade da indústria nacional ao mesmo tempo em que enfrenta as desigualdades regionais existentes em nosso país, podendo prover a necessária oportunidade de inserção socioeconômica das populações de territórios caracterizados pelo baixo dinamismo econômico e indicadores sociais precários (Ministério da Saúde, 2006).

Tendo esses pontos em vista, voltemos ao contexto da década de 80 quando as discussões sobre a formulação de políticas nacionais voltadas para plantas medicinais e fitoterápicos se intensificaram logo após a recomendação da OMS de incorporação da medicina tradicional nos sistemas de saúde de seus países membros. No âmbito brasileiro, no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento considerado de fundamental importância para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal de 1988. A partir de então, o setor de saúde ganhou novos rumos, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO, M.R. & FIGUEIREDO, F.F., 2019).

Com a recomendação da introdução de práticas alternativas no SUS como a fitoterapia, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1991, reconheceu a atividade de fitoterapia, desde que desenvolvida sob a supervisão de profissional médico. Em 1992, formalizou essa prática como método terapêutico, enquanto a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos no ano de 1995. Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a incorporação, no SUS, das práticas de saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares. Em 1998 foi aprovada A Política Nacional de Medicamentos que possui como diretriz “Desenvolvimento Científico e Tecnológico” e prevê a continuidade e expansão do apoio a pesquisas para o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais (Ministério da Saúde, 2006).

A partir de então, medidas administrativas foram tomadas pelo Ministério da Saúde com fins de desenvolver mais o setor através de Conferências Nacionais e diversas políticas. Dentre as conferências cabe listar: Os fóruns para a discussão da Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, em 2001, e o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que trouxeram subsídios para a normatização das ações governamentais na área de saúde para

plantas medicinais e fitoterápicos. Através disso, a partir de 2004, se concretizaram as políticas, dentre as quais temos: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). E por fim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS), publicada em 2006, foi a última do grande ciclo de políticas nesse tema (Ministério da Saúde, 2006).

#### 4.3. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPICS)

A formulação dessa política iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, reuniram-se com o então Ministro da Saúde para criar um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a Política Nacional (Ministério da Saúde, 2006).

Criaram então subgrupos para dialogar sobre a especificidade de cada área, e posteriormente, discutir os planos de ação de cada subgrupo para consolidação de um documento técnico único referente a Política Nacional, tudo isso levando-se em consideração o contexto do SUS, como capacidade de instalação dessas práticas, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços, entre outras questões, contando também com a supervisão e colaboração de diversos órgãos, instituições e entidades de saúde no país (Ministério da Saúde, 2006).

Após a consolidação dos trabalhos dos subgrupos e a elaboração da proposta da PNPICS, o documento foi submetido à avaliação pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, em fevereiro de 2005. Em setembro de 2005 o documento foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e submetido à Comissão de Vigilância Sanitária e

Farmacoepidemiológica para avaliação e recomendações. Após muitas discussões entre técnicos do Ministério da Saúde, ele foi novamente submetido ao CNS onde recomendaram algumas restrições e alterações no documento contando com a participação de representantes do Conselho Nacional de Saúde, técnicos do Ministério da Saúde e consultores externos, que decidiram em uma reunião agendada para fevereiro de 2005 a proposta final do referido documento para ser avaliada pela CNS. Assim, em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (Ministério da Saúde, 2006).

Essa política foi inserida na Rede de Atenção do SUS em seus mais de nove mil estabelecimentos que possuem Práticas Integrativas Complementares (PICS), onde no Brasil, esse tipo de atenção à saúde só conseguiu ter legitimação e institucionalização na década de 80 após a criação do SUS, onde teve a descentralização e maior participação popular, e os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo já a implantar experiências pioneiras. Sendo assim, a PNPIC contempla sistemas e recursos que envolvem abordagens que buscam através de mecanismos naturais prevenir agravos e recuperar a saúde da população através de tecnologias eficazes e seguras que possuem ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, além de possuir uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente o autocuidado (Ministério da Saúde, 2006).

No que tange às plantas medicinais, essa política possui uma série de diretrizes que implicam em diversas medidas que devem ser implementadas a fim do bom funcionamento dela. As diretrizes são:

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos;
- Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia;
- Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS;

- Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social;
- Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS;
- Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país;
- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS;
- Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Após a aprovação no CNS, em fevereiro de 2006, da PNPIC no SUS (BRASIL, 2006a), a luta política se transferiu do CNS para o âmbito do Ministério da Saúde (MS), daí porque somente em maio e junho de 2006, a proposta aprovada transformou-se na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), esta mais abrangente (BRASIL, 2011b), do que aquela no que diz respeito à Fitoterapia, por definir objetivos, diretrizes mais amplas, formas de monitoramento e avaliação e responsabilidades institucionais (BRASIL, 2006a). Essas políticas têm como objetivo garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde com ênfase na atenção básica à saúde e visa contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social (BARROS, 2006; BRASIL, 2011b) (FIGUEREDO, C.A. et Al. 2014).

#### 4.4. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

Diante de tudo exposto aqui acerca do histórico de Políticas voltadas para as plantas medicinais e fitoterápicos, o governo federal instituiu, por meio do Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, uma comissão interministerial que envolveu transversalmente, de forma participativa e democrática, todos os níveis e instâncias do governo e da sociedade na coleta sistemática de subsídios para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Ministério da Saúde, 2006).

Essa política tem como premissas a conciliação do desenvolvimento socioeconômico e a conservação ambiental, tanto no âmbito local como em nacional, além do respeito às diversidades e particularidades regionais e ambientais. Por isso, o modelo de desenvolvimento

almejado deve reconhecer e promover práticas comprovadamente eficazes, a grande diversidade de formas de uso das plantas medicinais, desde o uso caseiro e comunitário, passando pela área de manipulação farmacêutica de medicamentos até o uso e fabricação de medicamentos industrializados. Respeitando a diversidade cultural brasileira, reconhecendo práticas e saberes tradicionais e contemplando diversos interesses e formas de uso, desde aqueles de comunidades locais até os de indústrias nacionais (Ministério da Saúde, 2006).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos possui como objetivo geral: Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional; e tem como objetivos específicos:

- Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais;
- Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países;
- Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva;
- Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo;
- Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

Além de possuir 17 diretrizes as quais são:

1. Regulamentar o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização;
2. Promover a Formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;

3. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos;
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos;
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações Não Governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;
7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos;
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;
15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;
16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado;
17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional

#### 4.5. Aspectos de Controle de qualidade e comercialização das plantas medicinais em feiras livres

As plantas medicinais possuem diversos compostos químicos/substâncias diferentes efeitos atuando em conjunto para obter a ação terapêutica, assim permitindo auxiliar na prevenção, tratamento ou cura de doenças, se utilizado da forma correta, como também são utilizadas como remédios por grande parte da população, que habitualmente fazem uso na forma de chás e infusões (ANVISA, 2022).

Vale ressaltar que as plantas medicinais são influenciadas pela crença popular são “naturais” e não trazem nenhum malefício à saúde humana. No entanto, podem causar reações diversas quando ingeridas de forma incorreta como: intoxicação, enjoos e irritação (AVISA, 2020). Portanto, deve-se destacar a importância de verificar a nomenclatura científica, no qual é o nome botânico, padronizado mundialmente, antes de fazer o uso de qualquer planta medicinal. Visto que, “o nome comum” varia de acordo com a regionalidade (ANVISA, 2022).

Os compostos químicos, princípios ativos, disponíveis nas plantas sofrem a interferência dos fatores intrínsecos e extrínsecos como: altitude, latitude, temperatura, umidade, comprimento do dia e disponibilidade de água, forma de cultivo, colheita, secagem e armazenamento das plantas medicinais (EMATER, 2013). Sendo necessário haver padrões de qualidade, tanto para manter as ações terapêuticas, aumentar a qualidade, oferecer segurança para o consumidor final e reduzir as interferências causadas por fatores extrínsecos do processo produtivo das plantas medicinais.

Segundo a Embrapa 2010, os padrões de qualidade tanto na produção/plantio, colheita quanto na pós-colheita é definido em três abordagens em que se baseiam na escolha genética da espécie, agrônômica que é delimitado pelas ações desde o preparo do solo até a colheita e por fim tecnológica em que se englobam as etapas de pós-colheita e comercialização.

A etapa de pós-colheita/beneficiamento da produção de plantas medicinais varia conforme o modelo de comercialização. Podendo seguir três meios distintos: uso direto do material fresco, extração dos princípios ativos e material fresco em forma desidratada (MARTINS et. al, 2003). Embora exista um padrão de beneficiamento para cada modelo de comercialização, mas de forma geral, recomenda-se que após o recolhimento do material

vegetal é necessário realizar uma pré-limpeza de acordo com a espécie para facilitar na operação de secagem, quando requerido (EMATER, 2013).

A secagem do produto é indicada para ser realizada no mesmo dia da colheita em local com disponibilidade de luz, assim, mantendo a estabilidade química e reduzindo o desenvolvimento de microorganismos (EMATER, 2013). Os métodos de secagem são classificados em naturais e artificiais. Os métodos naturais consistem em secagem a temperatura ambiente e artificiais utilizam secadores. Sendo necessário haver controle na temperatura de acordo com cada espécie, com a finalidade de promover a concentração dos princípios ativos, possibilitando a conservação do material por um período maior, como também facilitar o manuseio e a comercialização (MENGUES et al., 2001; EMATER, 2013). É importante ressaltar que as operações de pós-colheita dependem também do nível tecnológico de produção (EMATER, 2013).

Após a secagem é realizado operações de pós secagem que consiste na separação das partes indesejadas das espécies, limpeza, corte, peneiramento, embalagem e classificação da espécie (EMATER, 2013). Posteriormente são realizadas operações de armazenagem em que as espécies vegetais são armazenadas em local seco, ventilado e higienizado. As espécies vegetais devem ser armazenadas em sacos específicos e identificados, como também colocados em suportes como prateleiras ou estrados para evitar contaminação de insetos e roedores (EMATER,2013).

Vale ressaltar que uma das principais formas de contaminação das espécies medicinais é a microbiana, que ocorre em todas as etapas do processo produtivo e comercialização. Ocorre pela manipulação inadequada dos materiais/operações de beneficiamento como por meio de contato com materiais contaminados. Nesta situação uma das principais formas de diminuir o contágio é por meio de higienização, dispensando métodos de limpeza caros. A fim de reduzir a contaminação de bactérias é possível aumentar a qualidade do produto além de fornecer maior segurança ao consumidor (EMBRAPA, 2010).

Embora a etapa de pós-colheita seja essencial na cadeia produtiva de plantas medicinais, os principais cuidados em relação a manter o teor do princípio ativo são nas etapas de cultivo e colheita. Sendo necessário maiores estudos para o desenvolvimento de metodologias eficientes e com viabilidade de produção, como também o custo-benefício das operações visando minimizar danos ao consumidor e meio ambiente (EMBRAPA, 2010).

No que se refere aos padrões de comercialização a Anvisa 2021, solicita que a venda de espécies medicinais em farmácias e ervanarias das plantas devem ser secas, embaladas e

identificadas pelo nome botânico, como não são regulamentadas como medicamento não se deve constar nas embalagens informações terapêuticas e nem bulas. No entanto, a maior parte das plantas comercializadas in natura ou embaladas encontram-se fora do padrão. Podendo não conter as propriedades terapêuticas devido a contaminação de impurezas como: terra, outras espécies de plantas e coliformes fecais (EMATER, 2013).

No Brasil, apesar de mantermos a tradição da utilização de espécies medicinais, verificamos a baixa disponibilidade de dados estatísticos acerca do comportamento de mercado e consumo das plantas medicinais oposto ao cenário de países europeus, asiáticos e Estados Unidos (SOUZA et al, 2012).

Sendo assim, a importância do conhecimento prévio e capacitação/treinamento acerca da demanda dos produtos e os padrões de qualidade com o objetivo oferecer segurança para o consumidor final, quanto para o produtor, podendo tomar decisões acerca do planejamento de gestão da produção, por consequência fornecendo um produto de qualidade para o mercado.

O controle de qualidade e comercialização de plantas medicinais no Brasil, tem como base legislações específicas, como as portarias da Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA. Como também a Farmacopeia Brasileira nos quais há um conjunto de regras que norteiam a produção e avaliação do controle de qualidade (EMBRAPA, 2010).

De acordo com Barros (2007), a comercialização pode ser compreendida como um processo social, no qual, é sucedido por interações entre agentes econômicos por meio de instituições apropriadas. O mercado é uma importante instituição no sistema de comercialização, nas quais operam as forças de oferta e demanda, através dos vendedores e consumidores. As feiras livres e mercados populares são consideradas uma das principais formas de comercialização de plantas medicinais, geralmente são localizados em grandes cidades brasileiras e regiões mais pobres do país (TRESVENZOL et al., 2006).

As plantas medicinais comercializadas em feiras livres, abrange diversas espécies de diversos locais do país. Segundo o Art. 9º da Resolução - RDC nº 10, de 9 de março de 2010 da ANVISA, destaque que a embalagem da planta/droga vegetal deve ser protegida contra contaminações e efeitos da luz, umidade e deve apresentar lacre que assegure a inviolabilidade do produto.

Sendo assim, a maior parte das espécies comercializadas estão fora dos padrões de qualidade como: embalagem inadequada em sacos plásticos e caixas plásticas abertas sem vedação e ausência do nome científico contendo só o nome popular, por vezes, podendo haver

contaminação cruzada de outros produtos que muitas vezes são comercializados juntos, como condimentos e especiarias (FREITAS et al., 2021).

Embora a comercialização das espécies medicinais nas feiras não apresenta os padrões mínimos de qualidade estabelecidos pela ANVISA, foi verificado em um trabalho realizado nas feiras livres de Arapiraca - AL (LIMA et al. 2016), que os comerciantes locais apresentavam um padrão de comercialização seja na forma de aquisição dos produtos, indicação de uso dessas espécies e na disposição dos produtos para a venda.

Diante deste cenário, vale ressaltar que a qualidade do produto comercializado nas feiras livres e mercados municipais está intimamente ligada a problemas socioeconômicos e estruturais, como aumento da taxa de desemprego sendo natural que as pessoas busquem alternativas de geração de renda (ARAÚJO et al. 2017).

Desta forma, a qualidade do produto pode ser afetada pela falta de cuidados com o produto e a falta de capacitação das pessoas que trabalham com esse segmento, visto que, as pessoas podem não conhecer suficientemente a forma de aplicação, modos de uso e armazenamento. Por consequência, provoca a perda dos princípios ativos e diminuição de sua eficácia (ETHUR et al., 2011). Embora exista a preocupação acerca da qualidade destes produtos, as feiras livres exercem um papel importante para preservação e difusão do saber popular/tradicional atrelado às plantas medicinais (MONTEIRO et al., 2010).

#### 4.6. Canais de distribuição das plantas medicinais e a importância das feiras livres

De acordo com Stern et al (1996), os canais de distribuição podem ser considerados organizações compostas por agentes/atores intermediários, nos quais são envolvidos no processo a fim de disponibilizar seja um produto ou serviço para consumo. Os canais de distribuição não se restringem a só fornecimento/distribuição de mercadorias, manutenção de qualidade do produto, quantidade e preços adequados, mas como também são responsáveis por estimular os consumidores através de promoções de atividades LOURENZANI et al. (2004).

Segundo o trabalho de Lourenzani et al. (2004), observou-se que a distribuição e comercialização das plantas medicinais são organizadas em quatro principais canais de distribuição (A, B, C e D). Os atores que compõem esses canais são: extratores, intermediários, atacadistas, varejistas e indústria de medicamentos fitoterápicos. São

classificados como: A) Informal, B) Farmácia de manipulação, C) Indústria e por fim D) Feiras livres/ comércio varejista.

O canal D é o canal de distribuição que ilustra a comercialização de espécies medicinais entre produtores e o mercado varejista, nos quais são os mercados municipais, feiras livres e como também supermercados. Neste canal de comercialização realizado nas feiras livres as espécies medicinais são adquiridas através de um fornecedor direto ou um atravessador. O preço das mercadorias geralmente é feito por transações denominadas spots, ou seja, o preço é negociado no momento da comercialização dependendo da oferta e demanda do produto (LOURENZANI et al., 2004).

As feiras livres são espaços antigos de comercialização, no Brasil as primeiras feiras livres foram implementadas pelos colonizadores a fim de incentivar trocas de produtos entre os povos nativos e novos habitantes. Dessa forma, promovendo o abastecimento das colônias que estavam se formando (DANTAS, 2006). O surgimento das feiras também é justificado pelo crescimento das cidades onde artesãos e agricultores vendiam os seus produtos (CARVALHO, 2002). Deste modo as feiras livres foram desenvolvidas inicialmente como um espaço de troca de produtos in natura/frescos, em que os principais produtos comercializados/trocados eram de origem agrícola.

Vale ressaltar que as feiras, além de ser um ponto de comercialização de produtos, também há uma grande troca de conhecimento entre os consumidores e vendedores. As relações entre os vendedores (agentes econômicos) não se limitam só a comercialização, resultando em interações socioeconômicas mais complexas (DANTAS, 2006).

Segundo Silva 2015, às relações socioeconômicas entre os agentes das feiras demonstram diversidade de público, incluindo diversas profissões e classes sociais. Assim, contribuindo para construção de uma identidade diversa, de forma a envolver as pessoas com maior e menor poder aquisitivo em um só local.

Para além da interação entre os vendedores e consumidores, vale relatar também que a maior parte do conhecimento dos comerciantes acerca das plantas medicinais comercializadas tinha vínculo consanguíneo, ou seja, as informações dos produtos como forma de utilização eram adquiridas através do convívio social como avós e pais. Em menores casos, o conhecimento tinha sido adquirido através de livros, cursos e outras formas de adquirir as informações (ROCHA et. al, 2013).

A relação do consumo de plantas medicinais na perspectiva do consumidor também tem vínculo consanguíneo, ou seja, o aprendizado acerca das ervas e a utilização, e quando

usar possui base na tradição familiar e ao longo do tempo se tornou uma prática bastante utilizada na medicina popular, sendo considerada terapia complementar e alternativa para melhorar a qualidade de vida (VIANA, 2019).

A utilização de plantas, com a finalidade medicinal/terapêutica é uma prática antiga, que muitas vezes é o único, nas quais muitas comunidades tradicionais têm acesso. Utilizando as espécies medicinais para o tratamento/prevenção de enfermidades (VIANA, 2019). Considera-se que o cuidado realizado por meio de plantas medicinais traz benefícios à para saúde humana, contanto que o usuário possua conhecimento prévio acerca da finalidade, contraindicações e benefícios. Sendo assim, reduziria a dependência medicamentosa, com a utilização de remédios alopáticos, como também concedendo autonomia para o usuário (MACHADO et al., 2006).

As observações e relatos populares acerca da utilização das plantas medicinais colaboram para a divulgação das propriedades terapêuticas dessas plantas que normalmente são utilizadas de forma experimental baseada em experiências e relatos tradicionais e muitas dessas espécies, capazes de causar efeitos terapêuticos e possuem componentes químicos desconhecidos pela comunidade científica (CALIXTO, 2000; LORENZI; MATOS, 2002, ROSSATO et al., 2012).

De acordo com Filho e Yunes (1998), há maior probabilidade de encontrar propriedades terapêuticas com espécies utilizadas pelo senso comum e as comunidades tradicionais quando comparadas à pesquisa ao acaso aumentam. Cerca de 85% dos fitoterápicos são originados em comunidades tradicionais, as propriedades terapêuticas dessas espécies medicinais são importantes para países em desenvolvimento, atuando de forma a contribuir com tratamento e prevenção de doenças, muitas vezes sendo a única forma de acesso à saúde básica (Oliveira et al, 2006; Rodrigues & Gomide, 2019).

Sendo assim, importante analisar/estudar o comércio das plantas medicinais em feiras livres, tanto no aspecto do consumidor, quanto dos vendedores. Com a finalidade de ouvir os atores inseridos e relatar a realidade deste setor de plantas medicinais, assim contribuir com o conhecimento científico acerca do tema, como também, incrementar informações que auxiliem na sua compreensão. Neste trabalho, pretende-se contribuir com informações acerca dos aspectos de comercialização, conhecimento dessas plantas, formas de utilização, principais plantas utilizadas, para que são utilizadas e qualidade das plantas medicinais nas feiras livres do Distrito Federal.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1. Caracterização da pesquisa

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo, quantitativo e qualitativo. Foi realizada a técnica de entrevistas de campo nas feiras do Distrito Federal para os feirantes. Para os consumidores, foram aplicados questionários semiestruturados com o uso do googleforms. Os instrumentos utilizados para o trabalho como um todo foram entrevistas, observações e aplicação de questionários semiestruturados. Os questionários foram aplicados no período de abril a agosto de 2022.

### 5.2 Caracterização da Coleta de dados e instrumentos utilizados

A coleta de dados junto aos vendedores nas feiras iniciou-se em abril e foi finalizada em agosto de 2022. O levantamento e coleta de dados junto aos consumidores iniciou-se no mês de abril e finalizou em maio de 2022. Os instrumentos utilizados para o trabalho foram entrevistas, observações sistemáticas e aplicação de questionários semiestruturados. Trata-se de pesquisa exploratória, qualitativa/quantitativa e tem como intuito analisar dois grupos complementares, os consumidores e feirantes de plantas medicinais do Distrito Federal.

Dessa maneira, foram elaborados questionários semiestruturados diferentes para esses dois grupos e a forma de aplicação também. O roteiro dos vendedores foi aplicado de maneira presencial nas feiras e consumidores digitalmente. Para a elaboração dos dois questionários foi necessário realizar revisão bibliográfica para verificar os estudos na área e assim delimitar os objetivos da pesquisa.

A aplicação/entrevista dos questionários para os vendedores ocorreu de maneira presencial nas feiras permanentes de Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará e Núcleo Bandeirante, cidades satélites do Distrito Federal, totalizando a participação de vinte e cinco (25) feirantes entrevistados.

O propósito da aplicação dos questionários na feira foi compreender a relação venda e a percepção de negócio de plantas medicinais, assim como analisar o espaço onde essas relações são estabelecidas. A estrutura do roteiro foi dividida em dois blocos, sendo o primeiro os dados sociodemográficos, para entendermos o perfil dos vendedores, e o segundo sobre os aspectos de conhecimento, vendas e avaliação do negócio.

O primeiro bloco foi organizado com o objetivo de observar os aspectos gerais dos vendedores, assim as informações de dados sociodemográficos auxiliam a compreender o perfil de cada feirante como também a estrutura social. Sendo assim, os dados coletados foram: faixa etária; gênero; estado de origem; onde reside; quantas pessoas residem na casa; quantas pessoas trabalham; renda familiar; grau de escolaridade; tempo de trabalho com plantas medicinais; tempo que o vendedor estava trabalhando naquela feira; se exerce atividade remunerada além das feiras e se recebia algum tipo de auxílio governamental.

A estrutura/perguntas do segundo bloco do questionário foi organizada com o objetivo de coletar informações para avaliar as particularidades com relação ao: aprendizado das plantas medicinais/onde e com quem aprendeu; indicação e a procura das espécies medicinais; fornecimento das plantas medicinais; formas de utilização, principais problemas de saúde e plantas; perfil do consumidor e avaliação do negócio. O questionário completo dos vendedores está disponível no anexo 1 desta pesquisa.

A primeira coleta de dados dos vendedores foi realizada na feira do Guará - DF, onde realizamos três visitas e entrevistamos 9 (nove) feirantes. Durante a primeira visita observamos a organização ambiente de estudo, a dinâmica da feira, quantas bancas comercializavam produtos medicinais, forma de abordagem e a disposição dos produtos. Sendo fundamental também para recolher o feedback da aplicação do questionário, nos quais adaptamos algumas perguntas de acordo com a percepção inicial da primeira visita. Embora toda feira possua uma dinâmica e sua própria organização, a primeira visita foi fundamental para nos habituarmos com o espaço e delimitar estratégias para as próximas visitas.

A segunda coleta de dados foi realizada na feira do Núcleo Bandeirante - DF, onde entrevistamos 2 (duas) feirantes. A terceira visita foi realizada na feira permanente de Brazlândia e entrevistamos 2 (dois) vendedores. A quarta visita foi realizada na feira da Ceilândia - DF, sendo o local, no qual, entrevistamos mais feirantes totalizando 16 (dezesesseis). Por fim, a última visita foi realizada na feira do Gama e entrevistamos 3 (três) feirantes.

A aplicação dos questionários semiestruturados dos consumidores foi feita digitalmente utilizando a plataforma Google Forms. Totalizando cento e setenta e sete (177) consumidores entrevistados. O link do questionário foi disponibilizado em plataformas de redes sociais divulgando em diversos grupos da universidade, amigos e familiares.

O questionário dos consumidores foi dividido em dois blocos, similar ao roteiro aplicado para os feirantes. Os dados sociodemográficos têm a finalidade de entender o perfil

dos consumidores a partir das informações das quais são: faixa etária; região de origem; sexo; local de residência; escolaridade; renda média da família e o tempo de consumo com as plantas medicinais.

A segunda parte do roteiro as perguntas estruturadas tiveram a finalidade de analisar os aspectos gerais de consumo das plantas medicinais, bem como as especificidades no que se refere aos: aspectos de consumo das plantas medicinais; formas de utilização; aprendizado das plantas medicinais/conhecimento popular; acesso à informação de saúde e qualidade/segurança nos locais de compras ou adquirir as plantas. O questionário completo dos consumidores está disponível em anexo 2.

### 5.3. Dificuldade para coleta de dados

Houve dificuldade em abordar alguns vendedores porque nem todos aceitaram participar da entrevista. Alguns alegavam falta de tempo, outros se diziam desinteressados e alguns diziam que não saberiam responder as perguntas, mas esta última dificuldade foi contornada após explicação detalhada da pesquisa. A recusa dos vendedores ocorreu com maior frequência nas feiras do Guará e do Núcleo Bandeirante, isso fez com que ficasse limitada a amostra de vendedores nessas feiras. Outro fator foi os dias e horários de visitas às feiras, porque nem todas as feiras tinham a mesma dinâmica de fluxo de pessoas.

Na pergunta que se refere à renda da família, muitos alegaram se sentir incomodados em passar esse tipo de informação. Esse tipo de dificuldade não ocorreu no questionário dos consumidores, visto que foi aplicado sem identificação das pessoas.

Sobre o questionário dos consumidores não foram encontradas dificuldades, apenas na adaptação de algumas perguntas, mas muitas pessoas que responderam ao questionário do googleforms nos deram no final algumas sugestões e críticas.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1. Caracterização das Feiras

#### **Brazlândia**

Brazlândia possui 55.879 mil habitantes e abrange uma área de 474,8 m<sup>2</sup>. Com 89 anos, Brazlândia é uma das Regiões Administrativas mais antigas do Distrito Federal sendo responsável pelo abastecimento de 30% do mercado do Distrito Federal. É uma região muito conhecida pela grande produção de morangos, sendo a maior produtora da fruta no Centro-Oeste, e possui a produção de hortifrutigranjeiros como sua principal fonte econômica.

A Feira Permanente de Brazlândia localiza-se ao lado da rodoviária da cidade, e possui uma grande variedade de produtos. Nela encontramos bancas de condimentares, cachaças, utensílios e objetos agropecuários, vestimentas, plantas ornamentais e mudas, insumos agrícolas, acessórios, vestimentas, lanchonetes e uma pastelaria. Aos domingos, feirantes que vendem hortaliças e produtos beneficiados montam bancas provisórias na feira, portanto só se encontra esses produtos lá nos domingos pela manhã. Ao visitar a feira, observou-se duas bancas que vendiam plantas medicinais, a primeira banca possuía plantas medicinais desidratadas em saquinhos para chás, condimentos, cachaças, mel, licores e utensílios diversos como vasilhas, panelas e buchas. Nela, apesar das plantas medicinais serem muito vendidas, elas não eram o único produto de venda.

A outra banca possuía como único produto de venda as plantas medicinais, era uma loja que ocupava duas bancas, uma com saquinhos com plantas desidratadas, garrafadas e xaropes caseiros. Na banca ao lado ficavam penduradas no teto diversas cascas de árvores medicinais do cerrado, além de grandes garrafas com extrato de algumas plantas nativas. A feirante, que possui especializações na área de fitoterapia e plantas medicinais, relatou que eles conseguiam as plantas com um raizeiro de uma região próxima a Brazlândia, e esse foi o ponto que mais chamou atenção na banca pois possuíam uma grande variedade de plantas medicinais que eram nativas do cerrado e essa era uma banca muito conhecida pela população local.



### **Núcleo Bandeirante**

O Núcleo Bandeirante possui 26.089mil habitantes e abrange uma área de 80,43 km<sup>2</sup>. Com 65 anos, foi a primeira ocupação dos candangos e era conhecida como “Cidade Livre”, posteriormente foi urbanizada e tornou-se uma RA do Distrito Federal.

A Feira Permanente do Núcleo Bandeirante atualmente encontra-se em reforma e é dividida por três grandes setores: bancas de eletrônicos, utensílios domésticos e diversas ferramentas; bancas de roupas; restaurantes e lanchonetes com uma variedade de pratos típicos de diversos locais do país e em outro setor encontram-se as bancas de plantas medicinais e condimentos.

O setor das bancas medicinais é onde a estrutura estava mais precária pois ainda estava em reforma, por este motivo, os feirantes relataram que o movimento nas bancas estava em baixa, fato que também foi observado ao visitar a feira. Muitos se recusaram a ser entrevistados, mas a área de plantas medicinais na feira era muito rica. Havia muitas bancas cujo principal produto de venda era de fato plantas medicinais, e o mais interessante é que eram expostas muitas plantas in natura, assim como também condimentos in natura. Algumas bancas possuíam também artesanatos de palha como chapéus e bolsas, e havia dentre elas apenas uma banca de produtos agropecuários. Apesar de estar em reforma e por isso a estrutura das bancas era apenas de palete, o setor era organizado.

Dentre os feirantes, que em sua maioria eram constituídos por mulheres, apenas um aceitou ser entrevistado. Uma das feirantes do Núcleo Bandeirante, era uma senhora idosa muito conhecida no Núcleo Bandeirante e por outras pessoas de fora, por possuir muito conhecimento na área de plantas medicinais, isso faz com que muita gente vá a feira a procura especificamente dela e de seus conhecimentos.



Figura 3. - Feira Núcleo Bandeirante

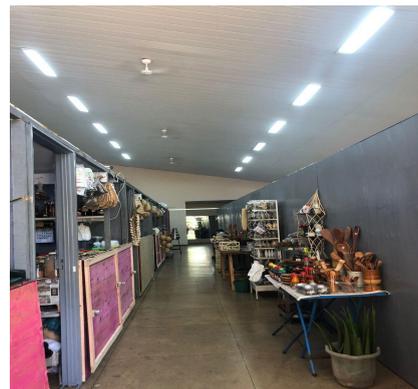


Figura 4. - Feira Núcleo Bandeirante

## Gama

O Gama possui 134.136 mil habitantes e abrange uma área de 276,05 km<sup>2</sup>. Com 61 anos, a cidade do Gama, assim como as outras, foi criada para abrigar a população que veio construir a capital do Brasil. Anteriormente a região pertencia às fazendas do Ipê, Alagado da Suzana, Ponte Alta e Gama, e após a mudança da capital para o interior do país, essas quatro fazendas foram desapropriadas pelo estado de Goiás para criação da cidade-satélite Gama. A cidade possui um parque recreativo chamado “Prainha” e é cortado por corredeiras e cachoeiras do Ribeirão do Gama, que possui uma rica diversidade de plantas e animais.

A Feira Permanente do Gama, também é conhecida pela população da cidade como “Feira Azul” devido a cor da estrutura da feira. É uma feira muito grande e não possuía divisão certa de setores e por isso houve dificuldade para andar pela feira pois algumas bancas ocupavam espaços que iam além da estrutura coberta da feira. Nela havia animais à venda como pets, pequenos roedores, galinhas e peixes, produtos agropecuários, bancas de condimentos, bancas de eletrônicos, tabacarias, verdurão, frutaria, lanchonetes e bares. No entanto, devido ao dia, muitas bancas fechadas e o movimento na feira não estava muito alto.

As bancas de plantas medicinais não eram muitas, dentre as cinco encontradas, apenas 3 feirantes aceitaram ser entrevistados. Nessas bancas existia uma variedade de produtos in natura e em saquinhos desidratados e garrafadas. Na primeira banca, a feirante era uma jovem farmacêutica que possuía em sua banca além de diversas plantas medicinais in natura e garrafadas, possuía também cosméticos e produtos para suplementos. A segunda banca era de um homem de meia idade que possuía plantas in natura, plantas desidratadas em saquinhos, garrafadas, sementes, cascas e raízes medicinais. A terceira banca localizava-se em um espaço maior e era mais afastada, o feirante é muito conhecido por todos que visitam a feira e

também pela população do Gama e do Distrito Federal, possuía plantas in natura mas havia muitos preparados de extratos vegetais e de livros relacionados a fitoterapia e plantas medicinais espalhados em estantes na banca.



Figura 5 - Feira do Gama



Figura 6 - Feira do Gama

## Ceilândia

A Ceilândia é considerada a maior cidade satélite do Distrito Federal, segundo dados da Codeplan, foi realizado um estudo em 2018 e possui de 432.927 habitantes. A Ceilândia começou a ser construída/ocupada em 1971, pois a cidade surgiu devido ao um projeto que visava a realocação de pessoas que moravam em áreas não regulares e se deu por meio da campanha de erradicação de invasões - CEI, em que, surge o nome da cidade.

A feira da Ceilândia surgiu informalmente em conjunto a ocupação da cidade em 1971, um ano depois em 1972 a feira foi estruturada e legalizada. A feira recebe destaque pela expressão da cultura nordestina, visto que, grande parte dos proprietários são nordestinos. Vieram para capital em busca de uma oportunidade melhor de vida. Foi realizada uma visita à feira da Ceilândia, com entrevista a 9 feirantes similar a feira do Guará. Os feirantes eram bem receptivos quando comparado a outras visitas.

As bancas que comercializavam plantas medicinais também vendiam outros produtos como condimentos, xaropes, garrafadas e castanhas. Outra característica similar as feiras de Brazlândia e Núcleo Bandeirante foram as plantas in natura, algumas bancas desidratam os próprios produtos no mesmo local de vendas. Possui grande variedade de plantas do cerrado,

quando comparado a feira do Guará. Os produtos das feiras estavam fora dos padrões de comercializao, no entanto, boa parte estava em boas condies.

O nico fator diferente foi a desidratao sem nenhum cuidado com contaminaes. Com relao a estrutura da feira era antiga e muitos comerciantes estavam reclamando sobre a falta de investimento da administrao da feira com reformas estruturais e planos de marketing para de alguma forma poder aumentar o número de vendas. Segundo os entrevistados as vendas caíram bastante com a pandemia Covid - 19. A distribuio dos produtos era similar a das outras feiras. Com as plantas armazenadas nos saquinhos transparentes também se tinha disponível garrafadas, xaropes e extratos. Grande parte da comercializao é feita através da planta desidratada. Os vendedores eram bastante atenciosos. Não participaram da pesquisa 5 feirantes.



Figura 7 - Feira da Ceilândia



Figura 6 - Feira da Ceilândia

## Guará

O Guará possui cerca de 134.002 mil habitantes e abrange uma área de XX. O Guará começou a ser implementado em 1967 com o objetivo inicial de abrigar os trabalhadores do setor de indústrias - SIA. O local onde o Guará foi implantado pertencia à antiga Fazenda Bananal, então pertencente ao município de Planaltina-GO. O nome da região administrativa tem como origem o Córrego Guará, que banha a região, e se origina do Lobo Guará, espécie comum no cerrado brasileiro. A cidade de Guará  interceptada pelas principais rodovias que conectam os principais centros urbanos e regionais do Distrito Federal. Sendo assim, uma das cidades mais autnomas do Distrito Federal quando comparada ao Plano Piloto, sendo um ponto estratégico que estimulou o crescimento do comércio e oferta de serviços e lazer.

A feira permanente do Guará foi criada em 1983 é considerada como um dos símbolos da cidade, como também, é um dos centros de compras mais tradicionais no Distrito Federal, possui uma ótima localidade próxima a estcao de metrô. Foram realizadas três visitas, pois tivemos bastante dificuldade para falar com os feirantes e aplicar os questionários. O motivo pelos quais alguns vendedores não quiseram participar da pesquisa foi na percepção deles falta de conhecimento para responder as perguntas. A aplicação dos questionários foi realizada em 9 bancas.

A maioria das bancas que vendiam plantas medicinais comercializavam outros produtos naturais como: condimentos, castanhas, frutas secas entre outros. Nenhuma loja comercializa plantas medicinais in natura, todo material era desidratado e comercializado em embalagem transparente, apenas alguns em embalagem escura, apesar dos produtos estarem fora dos padrões pré-estabelecidos pela Anvisa de forma geral as espécies medicinais aparentavam boas condições. De maneira geral os feirantes possum o conhecimento básico acerca das plantas medicinais auxiliando os consumidores quando necessário.



Figura 9 - Feira do Guará



Figura 10 - Feira do Guará

## 6.2. Análise dos achados junto aos Consumidores

### 6.2.1. Dados sociodemográficos

De acordo com as respostas do questionário sobre os dados socioeconômicos, a maior parte dos entrevistados possuía entre 18 e 30 anos de idade, totalizando uma porcentagem de 62,7% dos entrevistados. O restante dos entrevistados se dividiu em 13,6% que responderam

ter acima de 60 anos, 11,3% de 51 a 60 anos, 7,9% de 31 a 40 anos e 4% de 41 a 50 anos de idade. Correlacionado a esse resultado, temos os dados a respeito do grau de escolaridade das pessoas entrevistadas, onde a maior porcentagem dos entrevistados respondeu que possuía o ensino superior incompleto (34,5%) e que tinha pós-graduação (32,8%), enquanto o resto se dividiu em 26% com o ensino superior completo, 6,2% com o ensino médio completo e 0,6% com ensino médio incompleto. Somando os resultados de idade e grau de escolaridade, podemos deduzir que a maior parte dos entrevistados eram jovens estudantes de graduação e idosos que possuem pós graduação, presumimos que isso se deu pelo fato de termos usado o ambiente da universidade como um dos locais de coleta de entrevistas, assim como também grupos de whatsapp e as redes sociais onde os amigos e conhecidos compartilharam o forms a fim de alcançar o maior número de pessoas, além disso 72,3% das pessoas que responderam ao questionário eram mulheres.

A respeito da renda média familiar dos entrevistados a maior parte respondeu ter a renda acima de dez salários-mínimos, cuja porcentagem foi de 19,8%, e a renda acima de um até dois salários-mínimos, cuja porcentagem também foi de 19,8%. O restante se dividiu em 16,9% acima de três até cinco salários-mínimos; 16,4% acima de cinco até dez salários-mínimos; 8,5% acima de cinco até sete salários-mínimos e 3,4% até um salário-mínimo. Além das porcentagens de renda dos entrevistados, também tivemos a pergunta “Quantas pessoas residem na casa” que complementou as respostas sobre as rendas e nos deu uma maior ideia sobre a situação socioeconômica dos entrevistados. Nesse caso, 28,8% dos entrevistados responderam que residiam 4 pessoas em sua residência; 25,4% responderam que residiam 3 pessoas; 20,9% que residiam 2 pessoas; 14,1% que residia 1 pessoa; 7,3% que residiam 5 pessoas e 4% responderam que residiam mais de 5 pessoas em sua residência. Correlacionando o fator “Renda familiar” e “Quantas pessoas residem na casa”, pode-se notar alguns pontos interessantes que chamam a atenção: as duas maiores porcentagens (as quais curiosamente deram valores iguais) da renda deram alternativas opostas e extremas, de um lado a menor alternativa de renda (renda acima de um até dois salários-mínimos) e do outro a maior alternativa (renda acima de dez salários-mínimos). Paralelo a isso, temos as porcentagens de quantas pessoas residem na casa do entrevistado, as quais variaram e se dividiram bastante, mas se distribuíram em sua maioria em quantidade quase igual entre as alternativas de 4, 3 e 2 pessoas que residiam na residência, o que nos leva a deduzir que existe uma grande chance da maior parte dos entrevistados que possuem a menor e a maior renda, estarem enquadrados em alguma dessas alternativas, seja uma família

com 4 pessoas sobrevivendo com um até dois salários mínimos ou uma família de 2 pessoas vivendo com uma renda acima de dez salários mínimos (e vice versa).

Sobre o estado de origem dos entrevistados tivemos respostas de estados de todas as regiões do Brasil, os quais foram: DF (17), BA (2), TO (1), GO (7), PI (2), MA (2), AL (1), PR (2), PB (2), RJ (5), PE (1), SC (1), SP (3), MT (1), RS (1), RN (1), MG (3), CE (2), PA (2), SE (1); além de duas respostas do exterior, mas a grande maioria dos entrevistados era daqui do Distrito Federal. Quando perguntados sobre a quanto tempo residiam no DF, 81 pessoas responderam e as respostas variaram bastante, sendo 1 ano o menor tempo e 62 anos o maior. A respeito das Regiões Administrativas que essas pessoas vivem atualmente, foram citadas as seguintes RA's: Ceilândia; Plano piloto; Jardim Botânico; Luziânia; Vila Planalto; Águas Claras; Núcleo Bandeirante; Brazlândia; Lago Sul; Itapoã; Ocidental; Guará; Lúcio Costa; Altiplano Leste; Candangolândia; Recanto das Emas; Mangueiral; Cruzeiro Novo; Cruzeiro Velho; Planaltina; Lago Norte; Areal; Vicente Pires; Estrutural; Riacho Fundo 1; Riacho Fundo 2; Samambaia; São Sebastião; Taguatinga Norte; Taguatinga Sul; Sobradinho 2; Paranoá; Santa Maria; Sudoeste e Gama. Por fim, 132 pessoas responderam que consumiam plantas medicinais, totalizando 74,6% dos entrevistados.

Diante dos resultados aqui expostos, pode-se delimitar dois perfis socioeconômicos principais dos nossos consumidores entrevistados: a maior parte dos nossos consumidores são mulheres, de um lado temos jovens entre 18 e 30 anos que não concluíram o ensino superior (presume-se que sejam estudantes de graduação), e do outro lado adulto com idade maior que 30 anos que possuem pós-graduação. Temos um perfil cuja renda familiar é de um até dois salários-mínimos e outro cuja renda é superior a dez salários-mínimos. A maior parte das famílias dos entrevistados são compostas por mais de uma pessoa residindo na mesma casa, e a origem dos entrevistados é variada, abrange todas as regiões do país do Norte ao Sul, e isso exemplifica bem o perfil da população que vive em Brasília visto que aqui moram pessoas de diversos estados do Brasil. O local onde os entrevistados residem abrangeu diversas RA's do DF, e mais da metade dos entrevistados (74,6%) consumiam plantas medicinais, resultado contrário do que foi encontrado por Macedo et al. (2007) onde 80,66% dos entrevistados não faziam uso de plantas medicinais. Desconsiderando os diferentes contextos de ambas as pesquisas, isso pode ser explicado pelo fato da demanda por fitoterápicos vir crescendo cada vez mais em decorrência do alto custo e dos inúmeros efeitos colaterais presentes em medicamentos sintéticos que vem causando insatisfação na população (Batista & Valença, 2012). Além disso, em países em desenvolvimento como o Brasil, as plantas medicinais têm

grande importância na manutenção da saúde das pessoas por essa ser a única forma de acesso dessas populações à saúde básica (Oliveira Et al, 2006; Rodrigues & Gomide, 2019).

### 6.3. Consumo das plantas

#### 6.3.1. Consome ou não plantas medicinais

A respeito do consumo das plantas medicinais, podemos observar que cerca de 74,6% consomem plantas medicinais. Apenas um quarto dos entrevistados não consomem as plantas medicinais. Segundo o estudo de Viana (2019), a utilização das plantas medicinais tem uma base familiar, ou seja, o hábito de consumo das espécies se inicia por influência familiar, sendo complementar ao resultado dos entrevistados, quando perguntamos em relação ao tempo de consumo. Cerca de 90% dos consumidores começaram a utilizar as espécies medicinais na infância. O restante dos entrevistados teve o primeiro contato em outras fases da vida, mas também por influência familiar ou amigos próximos.

Por volta de um quarto dos entrevistados não consomem plantas medicinais. Resultado bem menor quando comparado ao estudo realizado por Macedo et. al (2007), onde 80,44% dos entrevistados não utilizam plantas medicinais. Os aspectos analisados pelo não consumo foram: a falta de conhecimento acerca das espécies medicinais, baixa eficiência terapêutica e nenhum interesse acerca do consumo. Aproximadamente 86,7% não consomem as plantas medicinais pelo desconhecimento a respeito do assunto, por consequência gerando uma certa insegurança na hora de consumir. Também correlaciona com o restante da parcela que não consome por desacreditar na eficiência da espécie medicinal aliado à falta de interesse. A falta de estudos na área de plantas medicinais influencia com a falta de informação acerca das plantas, atrelado com a falta de interesse dos consumidores são os motivos pelos quais 25,4% não consomem as plantas medicinais.

#### 6.3.2. Reações alérgicas

De acordo com a Anvisa 2020, as plantas medicinais podem causar efeitos colaterais como reações alérgicas, irritações na pele e enjoos. Embora não tenha sido encontrado na literatura nenhuma porcentagem/monitoramento das reações alérgicas que as plantas

medicinais podem causar, aproximadamente 97,7% dos consumidores não apresentaram nenhum tipo de reação alérgica. Apenas 3% dos consumidores apresentaram reações alérgicas como mal-estar a mastruz e poejo.

### 6.3.3. Tratamento de saúde

A utilização das plantas medicinais com a finalidade de tratamento, prevenção ou até mesmo cura de alguma enfermidade é um hábito bastante antigo utilizado em diversos momentos na história (MORAES; SANTANA, 2001). Sendo assim, esse estudo exemplifica o hábito dos consumidores utilizarem as plantas medicinais para cuidar da saúde. Observamos que, 91,7% dos consumidores entrevistados utilizam as espécies medicinais com o intuito de cuidar da saúde nos aspectos gerais, seja prevenir ou tratar algum tipo de desconforto.

O restante dos entrevistados, aproximadamente 8,3% não utilizam as plantas medicinais com o intuito de tratar a saúde. Os motivos mais citados foram a baixa eficiência e porque desconhecem sobre o assunto, então se sentem inseguros de fazer a utilização. Dessa maneira, a insegurança é um dos principais motivos pelos quais os entrevistados não consomem as espécies.

De acordo com os dados da tabela 1, as espécies mais citadas para o tratamento da saúde possuem diversas finalidades. A maioria das espécies citadas é bastante conhecida em diversas regiões do Brasil. As plantas mais citadas para cuidar da saúde foram as plantas demonstradas conforme a indicação terapêutica (Tabela 1). As espécies mais utilizadas pelos usuários destacam-se o Açafrão (15 citações), Alho (10 citações) e Gengibre (15 citações). Sendo assim, destacam-se as espécies que possuem indicações terapêuticas para gripe e aumento da imunidade.

**Tabela 1.** Plantas mais consumidas para tratamento de saúde no Distrito Federal.

Nome comum	Família	Nome científico	Indicação terapêutica	Parte da planta utilizada
Abacate	Lauraceae	<i>Persea americana</i>	Problemas nos rins e diurético	Folha
Algodão	Malvaceae	<i>Gossypium</i>	Inflamações e	Folha

		<i>arboreum L.</i>	auxilia na saúde da mulher	
Açafrão	Zingiberaceae	<i>Curcuma longa</i>	Aumento da imunidade	Rizoma
Alho	Alliaceae	<i>Allium sativum L.</i>	Controle da pressão arterial, gripe e tosse	Bulbo
Arnica	Asteraceae	<i>Arnica montana</i>	Contusões musculares e machucados na pele	Flores/Capítulos
Barbatimão	Fabaceae	<i>Stryphnodendron adstringens</i>	Circulação, inflamação, gastrite	Cascas
Boldo do chile	Monimiaceae	<i>Peumus boldus</i>	Alívio de dores no estômago	Folhas
Camomila	Asteraceae	<i>Matricaria recutita</i>	Calmente	Capítulos florais
Cavalinha	Equisetaceae	<i>Equisetum arvense</i>	Controle de diabetes e má digestão	Partes aéreas
Erva Cidreira	Lamiaceae	<i>Lippia alba (Mill.)</i>	Calmente e alívio de dores no estômago	Folhas
Espinheira Santa	Celastraceae	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Alívio de dores no estômago, próstata e úlcera.	Folhas
Hortelã	Lamiaceae	<i>Mentha piperita.</i>	Alívio de dores abdominais e cólicas infantis	Folhas
Gengibre	Zingiberaceae	<i>Zingiber officinale</i>	Gripe e tosse	Rizoma
Laranja	Rutaceae	<i>Citrus sinensis (L.) Osbeck.</i>	Dor de cabeça, febre, gripe e má	Cascas

			digestão	
Limão	Rutaceae	<i>Citrus limon (L.) Burm.</i>	Gripe, digestão e limpeza do sangue	Cascas e flores
Mastruz/ erva de santa maria	Chenopodiaceae	<i>Chenopodium ambrosioides L</i>	Gastrite, cicatrizante, verme e antiinflamatório	Folhas

As informações a respeito de solicitar ou não indicações; qual planta utilizar; quando utilizar e para qual finalidade; observamos que 93,9% dos entrevistados sabem qual planta irá usar e para qual finalidade. No entanto, quando necessitam de auxílio na escolha, 95% dos consumidores solicitam a indicação geralmente para os familiares e pessoas de confiança. Em relação aos familiares, observamos que 70% geralmente solicita indicação para figuras maternas da família, em sua maioria avós e mães. O restante da porcentagem cerca de 6% solicitam indicação para os vendedores ou consultam a internet. O resultado das entrevistas é similar aos estudos citados por MACHADO et al., 2014; JÜTTE et al., 2017; SZERWIESKI et al., 2017; WEGENER, 2017; DIAS et al., 2018, em que as indicações para familiares, são hábitos antigos repassados durante as gerações. Portanto, a influência maternal seja pela avó ou mãe é bastante presente no que se refere à indicação das plantas.

#### 6.4. Formas de uso

##### 6.4.1. Uso terapêutico

No aspecto terapêutico perguntamos ‘qual a frequência do uso das plantas medicinais’ para determinados incômodos pré-estabelecidos no questionário. As frequências analisadas são demonstradas na tabela 2. conforme os seguintes parâmetros: uso mais frequente, frequente, menos frequentes e nenhuma frequência, ou seja, não é utilizada em nenhum momento para essas enfermidades.

As alegações pré-estabelecidas foram: gripe; alívio da tensão pré-menstrual; controle da pressão arterial; melhoria da imunidade; alívio em dores: estomacais, musculares e compressas para dor de forma geral; com objetivo de emagrecimento; alívio da ansiedade; insônia; depressão e auxílio na concentração.

**Tabela 2.** Resultado da pesquisa em frequência do uso de plantas medicinais em relação aos incômodos.

<b>Alegações</b>	<b>Uso mais frequente</b>	<b>Uso frequente</b>	<b>Uso menos frequente</b>	<b>Nenhuma frequência</b>
Gripe	73	31	22	5
Alívio da tensão pré-menstrual	26	24	38	43
Auxílio da melhoria da imunidade	59	33	23	6
Controle da pressão arterial	8	8	61	54
Alívio de dor no estômago	50	34	39	8
Alívio para dor de cabeça	31	31	47	22
Alívio para dor muscular	22	25	59	25
Diminuição da febre	27	14	57	33
Objetivo de emagrecimento	16	12	56	55
Compressas para dor	24	26	52	31
Auxílio para concentração	20	28	50	40
Alívio da ansiedade	45	30	38	18
Auxílio da insônia	35	34	42	20
Depressão	18	12	58	43

Aproximadamente 98,8% dos consumidores utilizam as plantas medicinais com a finalidade terapêutica, ou seja, a maioria dos entrevistados. No estudo publicado por Zucchi et. al (2013), no qual, 37,5% dos entrevistados que residem em uma comunidade de Ipameri em Goiás, não utilizava as plantas com fins medicinais, mais ou menos um quarto dos entrevistados. Sendo assim, verificamos que existe uma maior aderência no Distrito Federal ao consumo com fins terapêuticos. De acordo com a tabela 2, a obtenção dos resultados da frequência em relação às alegações, se deu a partir do somatório da porcentagem de respostas que obtivemos para os dois grupos de consumidores. Verificamos 43,5% fazem uso das espécies apenas com finalidade medicinal e 55,3% utilizam as espécies medicinais com o propósito terapêutico e de lazer.

Os dados analisados demonstram que 73,8% dos consumidores utilizam as plantas medicinais com mais frequência para tratar os sintomas da gripe. No trabalho publicado por Zucchi et al. (2013), também foi constatado que os entrevistados também utilizam as plantas medicinais com maior frequência como remédio para gripe. O uso de plantas medicinais para aumento da imunidade foi a alegação mais citada, posteriormente cerca de 59% dos consumidores utilizam as espécies com esse objetivo.

A alegação que menos ocasiona uso é para auxiliar no emagrecimento cerca de 55% das pessoas não utilizam as plantas com esse propósito seguida para o controle da pressão arterial cerca de 54%. Em relação à saúde mental boa parte dos consumidores utilizam as plantas para essa finalidade, especificamente para auxílio com ansiedade cerca de 45%.

Quanto à utilização das espécies com a finalidade só para lazer, houve apenas uma resposta, correspondendo a 0,8% dos participantes. Desta maneira 55,3% fazem uso das plantas medicinais para lazer também. Tendo em vista esses pontos, perguntamos aos participantes qual é a principal forma de consumo das plantas medicinais, quando o propósito é lazer. O preparo de bebidas é a forma mais comum de consumo, 91,8% preparam chás e 53,4% preparam sucos.

O uso de plantas medicinais para vaporizar o ambiente também foi bastante citado, aproximadamente 41,1%. O restante dos participantes em sua minoria realiza outras práticas com as plantas medicinais como: óleos essenciais, banho de ervas e incensos. Não foram encontrados trabalhos na literatura a respeito da utilização das plantas medicinais com a finalidade de lazer.

O modo de preparo, tanto para uso terapêutico quanto para lazer, foi avaliado de acordo com as suas prioridades, maior, menor prioridade ou não utilizam esse modo de preparo. Os dados do gráfico 1, demonstram que o principal modo de preparo foram os chás, cerca de 98,8% dos entrevistados. Resultado semelhante ao trabalho de Pires et al. (2014) em que 94,8% dos entrevistados utilizam o chá como o principal modo de preparo. Vale ressaltar que os modos de preparo das plantas medicinais variam de acordo com os objetivos dos usuários.

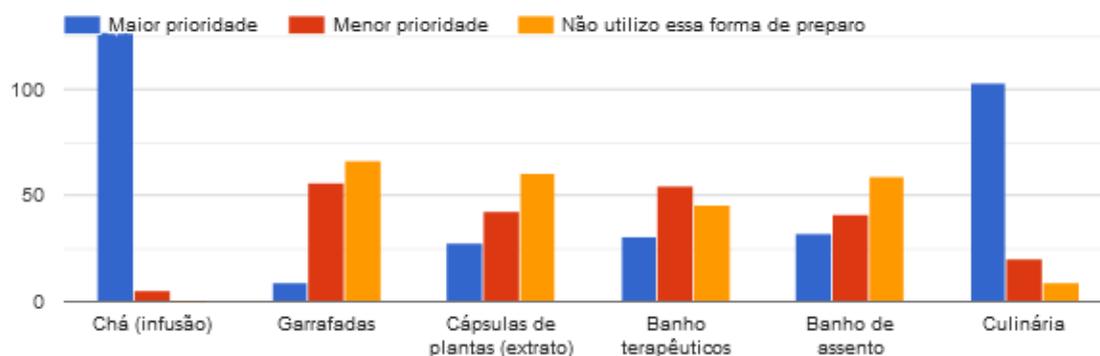
As plantas condimentares são bastante utilizadas na culinária e apresentam diversas propriedades medicinais e aromáticas, realçando o sabor do alimento (Anvisa 1978). Observamos que 80% dos usuários priorizam o uso das plantas medicinais no preparo dos alimentos.

A utilização de garrafadas demonstrou menor prioridade de consumo, com apenas 56% dos participantes, e foi o produto que demonstrou nenhuma utilização, cerca de 67% das pessoas consomem garrafadas. As garrafadas, lambedores e tinturas são ‘preparos comuns’ na medicina tradicional. A base desses produtos é realizada por meio de extração alcoólica, exigindo atenção com a dosagem das plantas medicinais, podendo oferecer riscos de interações indesejáveis do material extraído da planta em conjunto com o meio alcoólico. Nesse contexto, no momento de fabricação desses produtos existe o risco de adulteração das fórmulas, oferecendo diversas reações como: intoxicações e enjoos (CAPASSO et al., 2000; ROCHA, 2007; ROCHA, 2009).

Vale ressaltar que no Brasil não existe regulamentação sanitária submetida pela Anvisa para a fabricação de garrafadas. No trabalho publicado por Veiga 2008, verificou-se que apesar dos riscos oferecidos os 82% dos usuários optaram pela utilização de garrafadas e tinturas. Portanto, não houve grande diferença nos resultados obtidos quando comparados ao trabalho de Veiga 2008, observamos 9% de preferência e 56% utilizam, mas não priorizam. Apesar do processo de fabricação apresentar um cenário inseguro para os consumidores.

As outras formas alternativas de utilização foram banhos de assento terapêuticos e cápsulas de extratos de plantas. Os dados demonstram a utilização mediana dessas alternativas. Aproximadamente, 28% dos entrevistados priorizam o uso de cápsulas, número maior de adesão quando comparado ao trabalho de Viana 2008, em que apenas 2,4% dos usuários fazem uso das cápsulas. Os banhos com propósito terapêutico e de assento apresentaram 62% de prioridade no momento de preparo.

**Gráfico 1.** Principais modos de preparo das plantas medicinais



Quanto às plantas mais utilizadas, seja com finalidade terapêutica ou lazer as mais citadas foram as representadas na tabela 3. No tópico anterior, analisamos as plantas utilizadas em tratamento de saúde, ou seja, só com intuito terapêutico. E observamos que as plantas mais citadas foram: alho, açafrão e gengibre, plantas utilizadas para tratar gripe e aumentar a imunidade. Quando observamos as plantas utilizadas com a finalidade terapêutica quanto para lazer notamos que os usuários demonstram maior liberdade na escolha das plantas optando por espécies mais “saborosas” para fazer chás, sendo o principal modo de preparo.

As plantas mais citadas neste tópico foram: alecrim (12 citações), camomila (8 citações) e capim limão (8 citações), entre outras, os usuários também ressaltaram que as escolhas das espécies dependem muito da necessidade/finalidade. A culinária também foi um modo de preparo em destaque, cerca de 80% utilizam as plantas condimentares no preparo dos alimentos, destacando orégano e manjeriço com 12 citações.

**Tabela 3.** Principais plantas utilizadas com finalidade terapêutica e lazer

Nome popular	Família	Nome científico	Parte utilizada	Modo de preparo
Alecrim	Lamiaceae	<i>Rosmarinus officinalis L.</i>	Folha	Infusão
Babosa	Xanthorrhaceae	<i>Aloe vera (L) Burm. F.</i>	Folha	In natura
Boldo do chile	Monimiaceae	<i>Peumus boldus</i>	Folha	Maceração/infusão
Camomila	Asteraceae	<i>Matricaria Recutita</i>	Folha/flores	Infusão

Canela	Lauraceae	<i>Cinnamomum verum</i>	Casca	Decocção
Capim Santo, Capim Limão	Poaceae	<i>Cymbopogon citratu</i> s D.C	Folha	Infusão
Cravo-da- Índia	Myrtaceae	<i>Syzygium aromaticum</i> (L.)	Folha	Infusão
Erva Cidreira	Lamiaceae	<i>Lippia alba</i> (Mill.)	Folha/flor	Infusão
Erva Doce	Apiaceae	<i>Pimpinella anisum</i> L.	Frutos e sementes	Infusão
Guaco	Asteraceae	<i>Mikania glomerata</i> Spreng	Folha	Infusão
Hortelã - pimenta	Lamiaceae	<i>Mentha piperita</i>	Folha	Infusão
Lavanda, Alfazema	Lamiaceae	<i>Lavandula sp.</i>	Folha/flor	Infusão
Manjerição	Lamiaceae	<i>Ocimum basilicum</i>	Folha	Infusão
Orégano	Lamiaceae	<i>Origanum vulgare</i> L.	Folha	Infusão
Passiflora, Maracujá azedo	Passifloraceae	<i>Passiflora edulis</i>	Folha	Infusão

### 6.5. Conhecimento popular

Desde os primórdios, várias civilizações dão às plantas diversos usos que são resultado de uma série de influências culturais como a dos colonizadores europeus, dos indígenas nativos, e dos africanos trazidos no período da colonização (Amorim et al., 2003). De acordo com a OMS, grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, visto que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas, fato este que também é comentado em outros estudos como Oliveira; Simoes & Sassi, (2006) que afirmam que 85% dos fitoterápicos tem origem nos arredores de comunidades tradicionais.

Segundo Macedo et al. (2007), o conhecimento tradicional das comunidades acerca das plantas medicinais é muito rico porque em muitos casos esse é o único recurso para

tratamento da saúde que as populações rurais de países em desenvolvimento têm ao seu alcance. Tendo esses pontos em vista, ao perguntarmos se os entrevistados acreditavam que seu estado de origem tinha influência no seu conhecimento sobre plantas medicinais, tivemos 132 respostas, das quais 55,3% das pessoas negaram que tinha influência e 44,7% afirmaram a influência. Dentre os entrevistados que estão na porcentagem de 44,7%, ao perguntarmos qual influência eles acreditavam ter seu estado de origem nos seus conhecimentos sobre plantas medicinais, as respostas giraram em torno de algumas palavras-chave como: tradição popular, costumes, influência dos familiares (em destaque mãe e avó), e biodiversidade.

As respostas exemplificam bem o que foi aqui comentado por Macedo et. al (2007) e por Amorim et al. (2003), porque pudemos notar como a tradição popular e os costumes de consumir plantas medicinais das pessoas em diversos estados no Brasil de fato influenciam no conhecimento acerca das plantas medicinais das pessoas que estão inseridas nesses locais, e sendo o Brasil um país tão biodiverso, com biomas que possuem uma gama de espécies vegetais com potencial medicinal, é comum que as diferentes gerações de pessoas que viveram em cada estado brasileiro tenham adquirido conhecimentos acerca dos diferentes usos que as plantas disponibilizadas nos seus locais de origem possuem, principalmente porque como a maior parte das respostas apontaram a influência de mães e avós nos seus conhecimentos sobre as plantas medicinais, presume-se que essas pessoas mais velhas na família tenham crescido em ambientes rurais e também adquiriram seu conhecimento com os seus antepassados.

Corroborando com essa linha de pensamento, perguntamos aos entrevistados onde ou com quem eles tiveram o primeiro contato com as plantas medicinais: 132 pessoas responderam, das quais 86,4% responderam que aprenderam com parentes consanguíneos, 4,5% responderam que aprendeu com amigos, 3% que aprenderam com profissionais da saúde, 1,5% que aprenderam na internet, 0,8% que aprendeu na escola, 0,8% que aprendeu com fitoterapeutas, 0,8% que aprendeu no trabalho, 0,8% que aprendeu estudando sozinho ao longo da vida, 0,8% que aprendeu em terreiros de umbanda e no Santo Daime, e 0,8% que aprendeu com mãe adotiva. No trabalho desenvolvido por Rocha et al. (2013), no município de Lagoa Nova - RN, encontramos um resultado semelhante acerca da origem do conhecimento sobre as plantas medicinais onde 80% dos entrevistados também responderam ter aprendido no âmbito familiar, ou seja, com parentes consanguíneos. Essa relevância do conhecimento transmitido no âmbito familiar também foi ressaltada no trabalho de Araújo et

al. (2009) em Maceió - AL, onde em 56,54% dos casos a transmissão do conhecimento etnobotânico se deu através de pais ou avós.

A maior parte dos entrevistados responderam que aprenderam com parentes consanguíneos, e totalizaram 114 pessoas. Ao serem questionados sobre qual parente consanguíneo lhes ensinou, responderam em sua maioria: mães, avós, tias e pais. Grande parte relatou a influência no conhecimento sobre plantas medicinais de figuras femininas na família, poucas respostas foram figuras masculinas. Esse resultado vai de acordo com o trabalho feito por Ribeiro et al. (2005), em Belo Horizonte - MG, que relata que as mulheres possuem maior aceitabilidade por fitoterápicos (75%), assim como Bertoldi et al. (2004), comenta que as mulheres apresentam maior prevalência no consumo de medicamentos convencionais, sendo 20% superior aos homens. Mesmo que este resultado não se trate especificamente de plantas medicinais, pode-se relacionar uma maior aderência das mulheres a medicamentos e cuidados com a saúde e entender por que a maior parte dos entrevistados citaram influência das mulheres da sua família no conhecimento acerca das plantas medicinais.

#### 6.6. Profissionais da saúde

Em 2006 no Brasil, foi lançado pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que ofereceu aos usuários do SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde, o acesso à fitoterapia. No entanto, Fontenele et al. (2013), aponta que parte dos profissionais da APS apresentaram baixa aceitação, e que os gestores declararam resistência dentro das administrações públicas municipais. Diante disso, perguntamos aos entrevistados se haviam recebido informações sobre o uso de plantas medicinais dos profissionais da UBS de sua cidade e recebemos 132 respostas, das quais 87,1% das pessoas disseram não ter recebido e 12,9% afirmaram já ter recebido.

Dentro dos 12,9% das pessoas que afirmaram já ter recebido informações de profissionais da saúde das UBS, perguntamos qual informação haviam recebido e se essa informação tinha sido colocada em prática. Dentre as 17 respostas, as informações mais citadas foram a respeito da indicação de uso das plantas e principalmente indicação de chás. Os chás comentados foram: chás diuréticos, chá de camomila para dor de cabeça, chá para dor de garganta, chá para gripe, chá de alho para dor de garganta e chá de guaco. E as plantas que foram comentadas foi alecrim, guaco e erva-baleeira. A respeito de terem colocado essas informações em prática, 100% dos entrevistados afirmaram ter colocado em prática.

Esses resultados corroboram com o estudo de Gadelha et al. (2015), onde dentro de uma amostra de 60 entrevistados usuários de plantas medicinais, apenas 3,3% relataram que fazem uso de plantas medicinais indicadas por médicos. O resultado também dialoga com o trabalho de Júnior et al. 2016, que aponta que apenas 36,5% dos profissionais de saúde entrevistados costumam prescrever medicamentos fitoterápicos a seus pacientes. Em contrapartida, no estudo de Mattos et al. 2018, 84,7% dos profissionais da saúde responderam que já prescreveram/sugeriram aos pacientes o uso de plantas medicinais. Nesse mesmo estudo, é mencionado que 47,5% dos entrevistados não se recordavam das práticas integrativas que fazem parte da PNPIC, ou seja, tinham desconhecimento acerca dessa política, e esse fato também foi mencionado nos estudos de Fontenelle et al. (2013) e Thiago & Tesser (2011).

A ausência de atuação dos profissionais de saúde na fitoterapia, pode ser explicada pela falta de conhecimento dos profissionais que muitas vezes não tiveram contato com disciplinas que abordam esse assunto em suas formações e não tiveram orientação nem incentivo do governo para especialização nesta área. Esse fato é comentado no estudo de Brunning et al. (2012), Júnior et al. (2016) e Mattos et al. (2018). No estudo de Júnior et al. (2016) inclusive é comentado sobre o desconhecimento dos profissionais sobre a diferença entre medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, e no estudo de Fontenelle et al. (2013), é comentado que 92,6% dos entrevistados baseiam seus conhecimentos em plantas medicinais apenas na cultura popular. Nesses estudos, Brunning et al. (2012), Júnior et al. (2016) e Mattos et al. (2018), quando esses profissionais são questionados sobre a necessidade de adquirir conhecimentos sobre as políticas dessa área e sobre os medicamentos fitoterápicos e as plantas medicinais, além de serem questionados se essas práticas são importantes para o SUS, a grande maioria dos entrevistados responderam positivamente para ambos os questionamentos, evidenciando aí um problema no nosso sistema de saúde que precisa de mais atenção, visto que a PNPIC existe há 16 anos.

A respeito dos profissionais que são favoráveis ou contrários a introdução das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, Glória (2012), comenta que as opiniões se divergem de acordo com as categorias profissionais pois enquanto fisioterapeutas, farmacêuticos e odontólogos se posicionam 100% favoráveis, entre os médicos o percentual é de apenas 17%, entre os enfermeiros 65% se posicionaram favoráveis e os técnicos de enfermagem 86% foram favoráveis, mas em contrapartida, na pesquisa de Thiago & Tesser (2011), aponta que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados concordam com a inclusão da homeopatia

no SUS. A única concordância observada nesses dois estudos, no entanto é que os enfermeiros são os profissionais que mais aderem ao uso das plantas medicinais, e no estudo de Thiago & Tesser (2011), é trazida à reflexão de que muitos profissionais da saúde consideram que a recomendação de plantas medicinais é útil para problemas pequenos e simples, principalmente porque seu uso não contém tantas contra indicações, e por isso enxergam a aplicabilidade dessa prática mais eficaz apenas na atenção primária.

### 6.7. Local de compras

Em relação ao local onde os consumidores adquirem as plantas medicinais foi bastante diversificado. Analisamos os locais de acordo com o grau de prioridade, classificado em: maior, menor e nenhuma das prioridades, nessa alternativa o consumidor pode assinalar mais de uma opção. Os locais escolhidos como objeto de estudo foram: feiras; farmácias; plantio próprio em casa; jardins comunitários em quadras das regiões administrativas próximo ao local de casa; internet; alguma pessoa de confiança; loja de produtos naturais;

Observamos que 83% dos consumidores priorizam o cultivo das plantas medicinais em sua residência sendo a alternativa mais priorizada, 22% apresentam menor prioridade e apenas 27% dos usuários não fazem plantio em casa. O resultado corrobora com as pesquisas de Veiga (2008) e G. Oliveira et al. (2011), onde os entrevistados das pesquisas também optaram pelo cultivo em casa como um método mais acessível e seguro. As feiras foi o segundo local com maior prioridade, aproximadamente 82% dos usuários compram as espécies nas feiras, 38% menor prioridade e apenas 12% não compram. Não encontramos dados na literatura especificando o perfil do consumidor das feiras, geralmente os trabalhos englobam como comércio informal. Nos trabalhos desenvolvidos por Ethur Lz et. al (2011) e Rocha et al. (2013) caracterizam as feiras como um mercado informal. Nos resultados do trabalho de Ethur Lz. (2011), observou-se que 25% dos consumidores adquirem as plantas por meio do mercado informal. No que se refere a adquirir com alguém de confiança/amigo ou parente houve 62% de prioridade, 39% menor prioridade e 31% não adquirem dessa maneira. Não obtivemos respostas em relação a compras pela internet, nenhum dos consumidores dessa pesquisa enxergam como prioridade como também não compram.

Apenas 14% dos usuários realizam compras de plantas medicinais em farmácias, resultado superior à pesquisa de Oliveira et al. (2011) em que 1,4% dos usuários compram

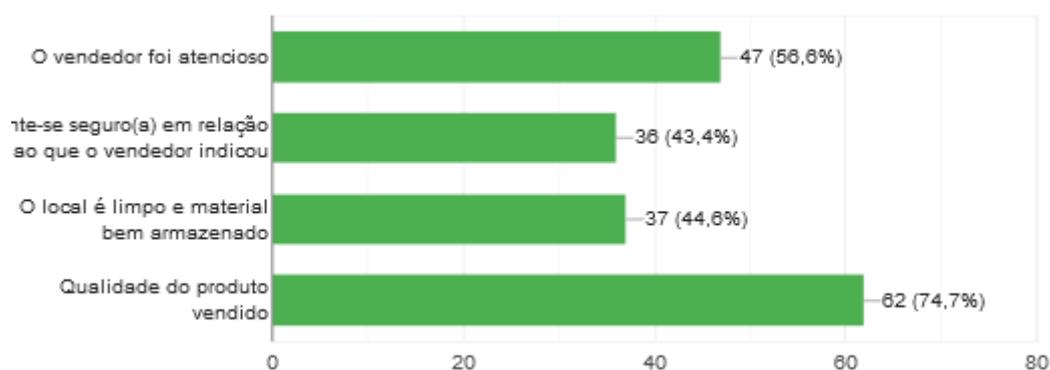
em farmácias, vale ressaltar que não especificamos se era farmácia de manipulação. Quanto às compras em casas de produtos naturais, 53% dos usuários compram nesses locais 46% com menor prioridade e 33% não optam por comprar. No que se refere ao resultado de compras das espécies em casas de produtos naturais observamos um aumento quando comparamos ao estudo realizado por Oliveira et al. (2011), em que, 10,4% dos usuários fazem compras neste local. Por fim, observamos pouca adesão na busca de plantas medicinais em jardins comunitários apenas 29% adquirem dessa maneira.

Observamos que os consumidores em sua maioria têm certeza sobre qual planta adquirir e sua finalidade no momento de compra, cerca de 93,3%, e 72% pedem auxílio na escolha, geralmente para parentes como mãe e avó, em concordância ao que já foi citado neste trabalho. Por fim, 30% dos usuários recorrem ao auxílio de vendedores, internet e especialistas no assunto.

Quanto às compras nas feiras livres do Distrito Federal, 72% dos consumidores adquirem as plantas medicinais nas feiras e optam por serem próximas a suas residências; 28% dos consumidores realizam compras nas feiras, nas quais, utilizamos como objeto de estudo. A feira do guará representou o maior número de citações, cerca de 15%, seguida pela feira da Ceilândia 5%, Gama 4%, Núcleo Bandeirante 3% e Brazlândia representando 1% dos consumidores. As outras feiras citadas como preferência são localizadas em diversas cidades satélites do Distrito Federal como Cruzeiro 4%, Planaltina, São Sebastião 2%, Vicente Pires 1%, 2% Jardim Botânico e 3% Núcleo Bandeirante. O restante dos consumidores realiza compras em feiras de outros estados, geralmente quando vão viajar para seu estado de origem, obtivemos duas respostas nesse contexto.

Em relação satisfação ao local de compras 87,4% a maioria se sente satisfeito com o serviço fornecido nas feiras. Cerca de 12,4% dos usuários apresentaram insatisfação, eles citam a falta de diversidade das espécies e a falta de informação com relação a procedência das plantas medicinais. Quanto à satisfação do local de compras podemos verificar no gráfico 2 que 74,4% dos consumidores se sentem satisfeitos com a qualidade das plantas vendidas, um dos motivos mais citados por adquirirem as plantas nas feiras é o fortalecimento da agricultura familiar. Em relação ao armazenamento 44,6% estão satisfeitos com a estrutura da feira e forma de armazenagem.

**Grafico 2.** Satisfação de compras dos consumidores que adquirem as plantas nas feiras



Embora as plantas comercializadas nas feiras estão fora dos padrões de qualidade pré-estabelecidos pela Anvisa (2022), com embalagem inadequada e a nomenclatura apresentando só o nome comum, ao que se observa não é um fator limitante para efetuar a compra.

Ao que se refere aos padrões de atendimento e segurança no momento de indicação, os usuários apresentam satisfação com o jeito que os vendedores tratam 56,6% e a indicação 43,4% se sentem seguros em seguir as orientações dos vendedores, um dos motivos mais citados a respeito da segurança no momento da indicação é a interação/confiança a anos que o usuário possui com o feirante, nota-se que o consumidor adquire as plantas geralmente com a mesma pessoa. Verificamos também a falta de estudos na literatura detalhando o perfil dos consumidores utilizando as feiras e outros locais como objeto de estudo, por este motivo houve falta de comparações com pesquisas anteriores.

Por fim, no final do questionário perguntamos aos consumidores se eles gostariam de fazer sugestões aos vendedores de plantas medicinais em feiras ou aos elaboradores da pesquisa. As sugestões mais citadas para os vendedores foram: mais disponibilidade de informações sobre o modo de preparo no rótulo ou sobre a procedência; aumento na segurança no armazenamento e embalagens mais adequadas; e aos elaboradores da pesquisa as citações foram referentes a importância de haver mais pesquisas disponíveis com temas que envolvem plantas medicinais.

## 6.8. Vendedores

### 6.8.1. Dados sociodemográficos

Foram visitadas ao todo 5 feiras, sendo elas: Guará (n = 9), Ceilândia (n = 9), Brazlândia (n = 2), Gama (n = 3) e Núcleo Bandeirante (n = 1); que totalizaram 24

vendedores entrevistados. Sobre a faixa etária, 33,3% dos entrevistados possuíam de 31 a 40 anos; 29,2% de 41 a 50; 20,8% de 18 a 30 anos; 8,3% de 51 a 60 anos e 8,3% acima de 60 anos. Sendo assim, as maiores porcentagens ficaram em torno de 31 a 50 anos, resultado também encontrado por Lima et al. (2011), que evidencia a faixa que é economicamente ativa. No entanto, o percentual de jovens entre 18 e 30 anos também se mostrou relevante nos resultados, ao contrário do que foi mostrado nesse mesmo trabalho e no trabalho de Medeiros et al. 2019.

A maioria dos entrevistados é do gênero feminino, com porcentagem de 62,5%, e esse resultado foi comum na maior parte dos trabalhos como o de Lima et al. (2011), Medeiros et al. (2019) e Lima et al. (2016). A respeito da origem dos entrevistados, 54,2% são do Distrito Federal; 12,5% da Bahia; 8,3% da Paraíba; 8,3% de Goiás; 4,2% do Piauí; 4,2% Minas Gerais e 4,2% do Ceará. Sobre o local onde eles residem atualmente no Distrito Federal, 50% dos entrevistados residem na Ceilândia; 8,3% no Gama; 8,3% em Brazlândia; 8,3% na Santa Maria; 8,3% no Guará; 4,2% em Taguatinga e 4,2% em Samambaia, e com relação a esse resultado a maior parte reside na Ceilândia, pois esta foi a feira que apresentou uma maior quantidade de entrevistados.

Sobre quantas pessoas residem na casa, 29,2% dos entrevistados moram com mais de 5 pessoas; 29,2% residem três pessoas na casa; 20,8% residem quatro pessoas; 8,3% residem cinco; 8,3% residem duas e 4,2% residem apenas uma. Sendo assim, a maior parte dos entrevistados vivem com mais de cinco pessoas na mesma casa ou com três pessoas na mesma residência. A respeito de quantas dessas pessoas que vivem na mesma casa trabalham, 58,3% disseram que duas pessoas trabalham na casa; 16,7% disseram três pessoas; 16,7% disseram mais de três pessoas e 8,3% disseram uma pessoa. E sobre a renda familiar desses indivíduos, 33,3% dos entrevistados não forneceu; 20,8% disseram que tem uma renda acima de dois até três salários-mínimos; 20,8% disseram renda acima de três até cinco salários-mínimos; 8,3% disseram renda acima de cinco até sete salários-mínimos; 4,2% disseram renda acima de dez salários-mínimos; 4,2% disseram renda até um salário-mínimo; 4,2% disseram renda acima de um até dois salários-mínimos e 4,2% disseram renda acima de sete até dez salários-mínimos. Tendo esses dados em vista, pode-se notar que a maioria dos entrevistados possuem baixa renda, e isso corrobora com o encontrado no estudo de Santos et al. (2021) em Parnaíba - PI onde 82% dos entrevistados recebem mais de um salário-mínimo, e com o que foi encontrado por Lima et al. (2016) onde a maior parte dos entrevistados possuem renda baixa.

Sobre o grau de escolaridade 41,7% relataram ter o ensino médio completo; 16,7% relataram ter o ensino fundamental completo; 16,7% relataram ter o ensino superior completo; 8,3% relataram ter o ensino superior incompleto; 8,3% relataram ter ensino fundamental incompleto e 8,3% relataram ter pós-graduação. Esses dados divergem dos trabalhos de Rocha et al. 2013 no Rio Grande do Norte, de Araújo et al. 2011 em Alagoas, e o de Santos et al. 2021 no Piauí. Nenhum entrevistado alegou não ter escolaridade e dois entrevistados relataram ter até pós-graduação, o que nos mostra que não é baixo o grau de escolaridade dos vendedores em feiras no Distrito Federal.

A respeito do tempo de trabalho com plantas medicinais 16,7% (4) disseram dez anos; 12,5% (3) vinte anos; 12,5% (3) um ano; 8,3% (2) quinze anos; 8,3% (2) dois anos; 8,3% (2) quarenta anos; 8,3% (2) sete anos; 8,3% (2) seis anos; 4,2% (1) vinte e cinco anos; 4,2% (1) dez meses; 4,2% (1) cinco anos e 4,2% (1) três anos. Então temos um intervalo de tempo de trabalho com plantas medicinais que vai de no máximo quarenta anos até no mínimo dez meses, e uma média de 10 anos de trabalho com plantas medicinais entre os entrevistados, sendo esse resultado semelhante ao encontrado em outros trabalhos (Araújo et al. 2009; Lima et al. 2011; Medeiros et al. 2021). No que tange o tempo de trabalho na feira em que foram entrevistados, a grande maioria foi de acordo com o tempo em que trabalha com plantas medicinais com algumas poucas exceções encontradas na feira do Gama, Guará, Ceilândia e Brazlândia, sendo que a relação entre tempo de trabalho com plantas medicinais e tempo de trabalho em determinada feira não interferir visto que alguns trabalham a mais tempo com plantas medicinais do que estão trabalhando em determinada feira.

Quando perguntados se exercem alguma outra atividade remunerada além da feira, 83,3% disseram que não e 16,7% disseram que sim. As atividades relatadas foram: plantio; plantio no sítio e criação de peixes; esteticista e técnica de higiene dentária. E quando perguntados se recebem algum auxílio do governo, a maioria das pessoas disse que não, e apenas uma entrevistada na feira da Ceilândia disse que sim (auxílio gás), não foi questionado o motivo pelo qual não recebem e/ou buscam receber. Sendo assim, a renda da maioria dos entrevistados é oriunda da comercialização de plantas medicinais em feiras, e considerando a média de tempo de trabalho em feiras é possível corroborar com o estudo de Santos et al. (2021), que reflete que a comercialização de plantas em mercados públicos desempenha importante contribuição na renda familiar, o que desestimula a mudança de atividade.

Tendo esses dados em vista, é possível delimitar o perfil socioeconômico dos nossos vendedores entrevistados, que se resumem em sua maioria como mulheres de 31 a 50 anos de

idade, com renda acima de dois até cinco salários mínimos, que residem numa casa com três a cinco pessoas onde duas pessoas na casa trabalham, com tempo médio de trabalho com plantas medicinais de uma década, com ensino médio completo, que não exercem outras atividades remuneradas além da feira e que não recebem auxílio governamental.

#### 6.8.2. Conhecimento sobre plantas medicinais

O conhecimento sobre plantas medicinais é milenar e transmitido de geração para geração. A respeito desse conhecimento, perguntamos aos vendedores de plantas medicinais nas feiras do Distrito Federal com quem eles haviam aprendido sobre a utilização de plantas medicinais e 66,7% dos entrevistados responderam que foi através da tradição familiar; 20,8% deram outros motivos dos quais foram: aprendeu na faculdade, aprendeu com amigos, aprendeu no próprio trabalho na feira e aprendeu através da medicina popular, ao passo que o restante dos entrevistados (12,5%) disseram ter aprendido na internet.

Quando perguntamos aqueles que haviam aprendido através de tradições familiares qual parente consanguíneo lhes havia ensinado, as respostas em sua maioria foram: pais e avós. E a respeito do local onde os entrevistados aprenderam sobre as plantas medicinais, a maior parte das respostas apontaram que foi no Distrito Federal e na internet. A influência do ambiente familiar no conhecimento dos comerciantes também foi encontrada no trabalho de Rocha et al. (2013) onde 80% dos entrevistados relataram ter aprendido no ambiente familiar, e foi constatado esse fato nos estudos de Lima et al. (2011) e de Medeiros et al. (2019). Em contrapartida, no trabalho de Santos et al. (2021) realizado com comerciantes em Parnaíba - PI, 88% dos comerciantes relataram ter adquirido conhecimento com consumidores e outros vendedores de plantas medicinais, fato este que também se apresentou no nosso trabalho, porém, com menor relevância.

#### 6.8.3. Comercialização das feiras, canais de distribuição e perfil do consumidor

Sobre as informações quanto às indicações das plantas medicinais, analisamos que 24 dos entrevistados, ou seja, 100% dos vendedores fornecem indicações para os consumidores quando é necessário. Embora, todos os consumidores relatados por eles já sabem o que consumir e para qual finalidade. Este resultado corrobora com o estudo de Lima et. al (2016), no qual, os usuários já sabem qual planta adquirir no momento de compra.

As plantas comercializadas nas feiras utilizadas como objeto de estudo vinham de terceiros, geralmente, atravessadores de diversos locais do país, em concordância ao estudo realizado por Lima et. al (2016). No trabalho desenvolvido por Lourenzani et al. (2004), podemos notar que em geral, as plantas medicinais são cultivadas por agricultores familiares ou extratores distribuídos em vários locais do país, então eles repassam os produtos para os atravessadores ou fornecedores diretos, nos quais distribuem para os mercados municipais e feiras livres, caracterizando assim o um mercado informal. Dessa forma, não há segurança em relação ao cultivo dessas plantas.

Destacam-se São Paulo, Goiás, Bahia, Piauí, Minas Gerais e Paraíba como os principais estados fornecedores de plantas para os entrevistados. Todos os feirantes possuíam mais de um fornecedor, geralmente, de um estado diferente. A justificativa para este resultado é a diversidade das espécies, cada local oferta determinadas plantas diferentes, dado que, o Brasil é um país que possui uma rica biodiversidade. O estado de Goiás foi o mais citado, 19 feirantes adquirem plantas desse estado o que é justificado pela proximidade, resultando em um produto com maior custo-benefício.

Quanto à forma de indicação de uso terapêutico destaca-se o chá, cerca de 84% dos consumidores adquirem as plantas medicinais para o preparo de chás. Tendo em vista que, o resultado foi semelhante ao obtido nas entrevistas dos consumidores, também sendo a principal forma de preparo cerca de 98,8%. Outra forma de utilização citada são os banhos terapêuticos, cerca de 16%. Similar ao questionário dos consumidores, pré-estabelecemos possíveis alegações de problemas de saúde em que as pessoas utilizam as plantas medicinais para tratá-las. As alegações pré-estabelecidas foram: melhoria da imunidade; dor/qual; controle da pressão arterial; gripe; emagrecimento e outras alegações.

As dores são as principais alegações descritas pelos feirantes, especificamente dor no estômago cerca de 64%, seguida de dor muscular representando 52%, gastrite também foi um problema bem relatado 36%, a gripe apresentou 22%, a utilização das plantas para auxílio da imunidade 8% e por fim o restante das alegações classificadas como: outros representaram 24% sendo impotência sexual, artrite/artrose e tosse. Não foi citada nenhuma alegação para controle de pressão arterial.

Nota-se que a maior alegação dos consumidores entrevistados neste trabalho foi a gripe e nas feiras destacam-se as dores de estômago e muscular. Os dados demonstram que os consumidores dão prioridade a espécies para tratar a gripe e os vendedores relatam haver maior procura para plantas medicinais que auxiliam nas dores de estômago. O relato dos

vendedores corrobora com os resultados do estudo de Macedo et al. (2007) em que o maior número de espécies citadas possui a finalidade de tratar as dores estomacais.

As plantas medicinais que obtiveram destaque como as mais vendidas são: espinheira santa (*Maytenus ilicifolia Mart. ex Reissek*) 40% , canela de velho 28% e hibisco 20%. Sendo as plantas mais comuns utilizadas para os problemas mais citados como as dores de estômago e muscular e emagrecimento. No trabalho de Lima et. al 2016, a espinheira santa também foi uma das espécies mais citadas e encontradas no objeto de estudo.

Na tabela 4 destaca-se as comercializadas espécies/nomes populares de acordo com as feiras do Distrito Federal. Nota-se grande diversidade de plantas medicinais em cada feira visitada. Cada feira possui uma característica diferente, notamos que as feiras de Brazlândia, Núcleo Bandeirante, Ceilândia e Gama ofertavam mais variedades de cascas e espécies in natura por vezes desidratadas no próprio local de compras fora dos padrões de comercialização estabelecidos pela Anvisa.

**Tabela 4.** Algumas espécies verificadas nas feiras

<b>Feiras</b>	<b>Nome popular - espécies</b>
Brazlândia	sucupira; folha de amora; fedegoso; imburana; manacá; coroa de frade; ipê roxo; carobinha; erva doce; batata pingo;
Ceilândia	guatambu; bardana; hibisco; canela de velho; alecrim do campo; pariparoba; cipó de azogue; losna; sabugueiro;
Guará	pau tenente; chapéu de couro; erva baleeira; moringa; erva de são joão; guatambu; guiné; crajiru; centella asiática e pata de vaca;
Gama	aroeira; espinheira santa; jurema, jasmim; malva; ginseng; uxi amarelo; sene; endro; calunga;

Núcleo Bandeirante	cana do brejo, tansagem; camomila; bardana; espinheira santa; passiflora; canela de velho; guaco; melissa; melão de são caetano; mastruz;
--------------------	---

Quanto ao perfil dos clientes de cada feira perguntamos se a maior parte dos clientes era formada por homens ou mulheres e qual a faixa etária aproximada. Nota-se um número variado de clientes entre homens e mulheres. Cerca 56% dos vendedores informaram que é representado pelos dois gêneros. A respeito da faixa etária, que 52% dos vendedores denominaram como variada, ou seja, havia demanda do público jovem, adulto e idoso. Os vendedores relataram que houve aumento na procura de plantas medicinais pelo público jovem tendo aproximadamente entre 18 e 30 anos. A idade é bastante variada, destaca-se os consumidores com faixa etária de 20 a 30 anos. Adultos com idade aproximada de 31 a 40 anos representam 16% e idosos 20%.

#### 6.8.4. Perfil do vendedor

Ao perguntarmos se o entrevistado já havia realizado algum curso ou treinamento para melhoria de seu negócio, 66,7% disseram que não e 33,3% que sim. Aqueles que realizaram treinamento, em sua maioria fizeram cursos online na área de plantas medicinais e de manipulação, outros relataram cursos do Sebrae sobre culinária e chás e sobre gestão, e apenas uma entrevistada relatou um curso sobre plantas medicinais oferecido por uma escola na cidade em que reside. Aqueles que negaram, ao serem questionados do motivo de não terem feito, a maioria se justificou dizendo que não tinha interesse, uma pessoa disse que não se sentia confortável e outra pessoa alegou ter interesse em outra área. Quando questionados sobre qual treinamento e em que área gostariam de ter, a maioria demonstrou ter interesse por treinamentos na área de plantas medicinais e de gestão/administração, e apenas uma pessoa disse que gostaria de treinamento na área de psicologia. Vale ressaltar que a respeito dessas questões no questionário, nem todos os entrevistados responderam a todos os questionamentos, a maioria não demonstrou muito interesse em responder.

Sobre a satisfação com relação à atividade que exercem, 83,3% disseram que estavam satisfeitos e 16,7% disseram que estavam insatisfeitos. Ao pedirmos para que justificassem

essa resposta, as respostas dos comerciantes satisfeitos giraram em torno dos motivos: gosta do que faz; gosta porque muda a vida das pessoas e ajuda na saúde delas; gosta da área; garante o sustento de sua família e suas necessidades; acha legal ter um conhecimento passado de geração para geração e gosta porque tem o contato humano. As respostas de quem disse estar insatisfeito foram 4, das quais foram: gostaria de fazer outra coisa; gostaria de ter o próprio negócio (é apenas funcionária); gostaria de ser concursado público; acha ruim porque a feira em que trabalha está em reforma e as vendas caíram.

A respeito de como os vendedores avaliavam seu negócio, 54,2% (13) disse achar estar em crescimento; 29,2% (7) acha que está em baixa; 4,2% (1) não forneceu; 12,5% (3) acha que está estagnado. Sendo assim, a maioria dos vendedores acredita que seu negócio está em crescimento. No fim do questionário quando perguntado se gostariam de dar alguma sugestão ao governo, aos pesquisadores, administrados e etc, 14 pessoas não quiseram dar sugestões; 4 pessoas sugeriram a administração da feira citando a necessidade de reformas para atrair mais pessoas e mais divulgação da feira, e uma pessoa comentou que as taxas da feira estavam muito altas, que eram incompatíveis com o retorno que viam na feira no quesito de melhorar a estrutura; 3 pessoas sugeriram ao governo pedindo que melhore problemas estruturais da cidade e que crie programas de incentivo à compra de produtos nas feiras pois a procura está baixa, além de cobrarem um olhar mais de perto das autoridades nas feiras a fim de melhorar o comércio; 2 pessoas sugeriram aos consumidores que possam dar mais valor as ervas e reconhecer a fitoterapia e o trabalho das pessoas que mexem com isso (dar mais credibilidade); e 1 pessoa sugeriu a anvisa que ela passe a fiscalizar fornecedores de garrafadas ao invés dos vendedores.

Assim, temos um perfil dos vendedores com relação a seu negócio: a maioria dos vendedores não possui treinamento para melhoria de seu negócio, muitos não possuem interesse em fazer e os poucos que possuem interesse mostraram querer se capacitar mais a respeito de gestão e administração dos negócios, e de aprender mais sobre plantas medicinais. A maioria dos vendedores estão satisfeitos com a atividade que exercem porque isso ajuda na saúde da população, e a maior parte deles avaliam que seu negócio está em crescimento.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comercialização de plantas medicinais em feiras no Distrito Federal é predominantemente dominada por mulheres na faixa de 31 a 50 anos de idade. Os vendedores

possuem renda acima de dois até cinco salários-mínimos, habitam em casas com três a cinco pessoas onde apenas duas pessoas da família trabalham, concluindo que a maior parte dos vendedores possuem uma renda mensal baixa. Apesar disso, a maior parte deles está satisfeita com a atividade que exercem porque acreditam que é algo que ajuda e contribui muito na vida e na saúde das pessoas, além de que visualizam que seu negócio está em crescimento, mesmo que a maioria tenha sugerido que o que precisa ser melhorado é a divulgação das feiras para atrair mais clientes e a reforma da estrutura das feiras. Além disso, a maioria dos comerciantes não possuem treinamento nem formação na área, porém, possuem interesse, principalmente na área de gestão e administração dos negócios.

Os consumidores de plantas medicinais possuem perfil socioeconômico divergente ao dos vendedores, e isso exemplifica como as feiras livres são caracterizadas por reunir pessoas de diferentes classes e escolaridades trocando conhecimentos em um mesmo ambiente, visto que a troca com os consumidores também se mostrou relevante no conhecimento de muitos vendedores. Os consumidores são predominantemente mulheres e podem se dividir em dois perfis diferentes: jovens entre 18 e 30 anos que não concluíram o ensino superior (presume-se que sejam estudantes de graduação), e do outro lado, adultos com idade maior que 30 anos que possuem pós-graduação. Temos um perfil cuja renda familiar é de um até dois salários-mínimos e outro cuja renda é superior a dez salários-mínimos, que vivem com mais de uma pessoa residindo na mesma casa.

O conhecimento tanto dos vendedores quanto dos consumidores a respeito das plantas medicinais é em sua maioria oriundo do ambiente familiar, o que demonstra que a tradição familiar de passar esse tipo de conhecimento de geração em geração é um hábito milenar de extrema importância, porque é através desse conhecimento popular que se perpetua o uso de diversas plantas medicinais nativas contribuindo para a preservação dessas espécies e no descobrimento de novos medicamentos fitoterápicos.

As plantas mais comentadas e vendidas pelos comerciantes nas feiras do DF foram espinheira-santa e canela de velho com o objetivo de tratar dores estomacais e dores musculares, respectivamente. A maior parte dos vendedores costuma fazer indicações quando são consultados, mas a maioria comentou que grande parte dos clientes já sabem o que querem consumir quando vão às bancas. Esse fato foi exemplificado na entrevista com os consumidores, onde a maioria deles já sabia qual planta e para qual finalidade iria consumir quando ia comprar em uma feira.

A respeito de onde adquirem plantas medicinais, muitos o fazem em feiras, inclusive nas feiras que foram objeto de estudo deste trabalho, mas muitos também consumiam de seu plantio próprio, e isso pode ser justificado devido à falta de informação com relação a procedência das plantas vendidas em feiras, visto que as plantas comercializadas estão fora dos padrões estabelecidos pela Anvisa. No entanto, observamos que este não foi um fator relevante para diminuir o consumo em feiras. Os consumidores usam mais as plantas medicinais de forma terapêutica e de lazer, na forma terapêutica utilizam mais espécies como alho, açafrão e gengibre para gripe e fortalecimento da imunidade. Na forma de lazer e terapêutico, as plantas mais consumidas foram alecrim, capim-limão e camomila, utilizadas na forma de chás. Outra forma de uso muito citada foi o uso na culinária, as plantas mais comentadas foram orégano e manjeriço.

Observou-se também que as políticas que abordam o consumo de plantas medicinais e os conhecimentos da medicina tradicional no SUS não são bem difundidas pelos profissionais que atuam nessa área, principalmente aqueles que atuam na atenção primária, visto que a maioria dos consumidores nunca foi orientada por um profissional a respeito disso em uma UBS, e isso exemplifica uma lacuna grande no incentivo ao consumo dessas plantas.

Com isso, concluímos que para melhorar o comércio de plantas medicinais nas feiras do Distrito Federal, é de extrema importância que os vendedores possam ter mais incentivo e acesso a treinamento e capacitação nessa área, pois assim melhorariam alguns aspectos a respeito do beneficiamento das plantas, da higienização do local de venda e da forma de identificação dos produtos, poderiam ajudar aquelas pessoas que não consomem plantas medicinais em feiras porque não sentem segurança no produto, a passarem a consumir. Além disso, é preciso também mais incentivo a pesquisa de plantas medicinais em diversas áreas do conhecimento como na agronomia, na medicina, na enfermagem, na odontologia e na farmácia, aliando esses estudos ao conhecimento popular porque é assim que se descobre novas espécies nativas que possuem potenciais medicinais, e isso contribui muito para melhoria da saúde da população, para economia do país e para a preservação da nossa biodiversidade.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALHO, C. Importância da Biodiversidade para a saúde humana: uma perspectiva ecológica. **Rev. estudos avançados**, 26 (74), 2012.

AMORIM, A. M., & CHOW, F. (2016). Biodiversidade: que diversidade é essa? O exemplo das macroalgas. **Instituto de Biociências**, Universidade de São Paulo.

ANVISA, 2010. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução. **RDC Nº 10 9 de Março de 2010**.

ANVISA, 2020. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medicamentos e fitoterápicos**.

ANVISA, 2022. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais**.

ARAÚJO, A.C.; SILVA, J.P.; CUNHA, J.L.X.L.; ARAÚJO, J.L.O. Caracterização socioeconômico-cultural de raizeiros e procedimentos pós-colheita de plantas medicinais comercializadas em Maceió-AL. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. 2009.

ARAÚJO, FERNANDES, LIRA & ARAÚJO (2017). Caracterização socioeconômico cultural e procedimentos pós-colheita de plantas medicinais comercializadas por raizeiros em quatro cidades do Rio Grande do Norte. **Revista Hols**, Ano 33, vol. 07.

BARROS, G. S. C.; Economia da Comercialização Agrícola Universidade de São Paulo – USP. **Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz” – ESALQ**. Piracicaba. 2007. 221p.

BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D.; HALLAL, P.C.; LIMA, R.C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**. Abril, 2004.

BORGES, F. V. & SALES, M.D.C. Políticas Públicas de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Brasil: sua história no Sistema de Saúde. **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 16, n. 1, p. 13-27, janeiro-junho, 2018.

BRASIL. Decreto n. 2.519, de 16 de Março de 1998. Promulga a Convenção sobre a Diversidade biológica, assinada no Rio de Janeiro, em 5 de Junho de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão: 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUNING, M.C.R., MOSEGUI, G.B.G., VIANNA, C.M.M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Outubro, 2012.

CALIXTO, J.B. Biodiversidade como fonte de medicamentos. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.55, n. 3, p. 37-39, july/sept. 2003.

CARVALHO, A.F. Ervas e temperos: cultivo, processamento e receitas. Viçosa, **Aprenda Fácil**, 2002, 296 p.

CASTRO, M. R.; FIGUEIREDO, F. F. Saberes Tradicionais, Biodiversidade, Práticas Integrativas e Complementares: O uso de plantas medicinais no SUS. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p. 56-70, mar. 2019.

DANTAS, I. C. D.; GUIMARÃES, F. R. Perfil dos raizeiros que comercializam plantas medicinais no município de Campina Grande, PB. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**. v. 6, n. 1, p. 39-44, 2006.

DIEGUES. A. C (org.), ARRUDA, R. S. V., SILVA, V. C. F., FIGOLS, F. A. B. e ANDRADE, D. Biodiversidade e comunidades tradicionais no Brasil. São Paulo: NUPAUB-USP/PROBIO-MMA/CNPq, 1999.

DONATELLI, M. A necessidade da certeza na explicação científica cartesiana e o recurso à experiência. Ilhéus: **Cadernos de História e filosofia da ciência**, 2003.

EMATER, 2013. Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Paraná. Boas Práticas Agrícolas (BPA) de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares. / Cirino Corrêa Júnior, Marianne Christina Scheffer. Curitiba: Instituto Emater, 2013. 52 p. (Série Informação Técnica, n. 88)

EMBRAPA, 2010. Embrapa Tabuleiros Costeiros- Aracaju. Qualidade em plantas medicinais. / Carvalho, Luciana Marques, Jennifer Anne Martins da Costa, Marcelo Augusto

Gutierrez Carnellosi – Aracaju: 2010. p. 43. (Documentos / Embrapa Tabuleiros Costeiros, ISSN 1517-1329; 162).

ETHUR, L. Z.; JOBIM, J. C.; RITTER, J. G.; OLIVEIRA, G.; TRINDADE, B. S. (2011). Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaqui - RS. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, 13, (2), 121--128.

FIGUEIREDO, F. F. A agenda político-ambiental no Brasil. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, p. 106-115, 2018.

FIGUEREDO, C. A. et. al. A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [ 2 ]: 381-400, 2014.

FLOS, A. S. S. O.; BARBOSA, W. L. R. Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá - PA. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Campinas, v.17, n.4, p. 757-768, 2015.

FONTENELE, R.P.; SOUSA, D.M.P.; CARVALHO, A.L.M.; OLIVEIRA, F.A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Agosto, 2013.

FREITAS, P.G.A.; ALCÂNTARA, A.G., Análise das condições de qualidade das amostras vegetais mais comercializadas nas barracas informais de feiras livres do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p. 14892-14901 jul./aug. 2021

FREITAS, S. M. A Saúde no Brasil: do descobrimento aos dias atuais. São Paulo; INDHS. 2014.

GADELLHA, C.S.; JUNIOR, V.M.P.; BEZERRA, K.K.S.; MARTINS, D.S.S. Utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**. v.10, n. 3, p. 01-15, jul/set, 2015.

GADELHA, C. S. et. al. Estudo Bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Mossoró, v. 8, n. 5, p. 208-212, dez. 2013.

GLÓRIA, M. Plantas Medicinais Fitoterápicos e Saúde Pública: Um diagnóstico situacional entre profissionais da área da saúde em Anápolis, Goiás. **Revista do Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente**. Vol. 1, n. 2, 2012.

GONÇALVES, R. N. et. al. Os marcos legais das políticas públicas de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. **Rev. APS**. 2020; jul./set.; 23 (3).

GUERRA, A. M. N. et al. Utilização de plantas medicinais pela comunidade rural Moacir Lucena, Apodi-RN. *Biosci. J.*, Uberlândia, v. 26, n. 3, p. 442-450, ma/jun., 2010.

JÚNIOR, B.J.N.; TÍNEL, L.O.; SILVA, E.S.; RODRIGUES, L.A.; FREITAS, T.O.N.; NUNES, X.P.; AMORIM, E.L.C. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Rev. bras. plantas med.** Jan-Mar, 2016.

LANDER, E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino americanas. Buenos Aires: **Clacso**, 2005.

LIMA, I.E.O.; NASCIMENTO, L.A.M. e SILVA, M.S. Comercialização de Plantas Medicinais no Município de Arapiraca-AL. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. 2016, v. 18, n. 2, pp. 462-472.

LOURENZANI, A.E.B; et al. Barreiras e oportunidades na comercialização de plantas medicinais provenientes da agricultura Familiar. **Revista informações econômicas**, SP, V.34, n.3, mar, 2004.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX. **Rev. estudos avançados**, 2005.

MACEDO, A.F.; OSHIWA, M.; GUARIDO, C.F. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília - SP. **Rev. Ciên. Farm. Básica Apl.** v.28,n.1, p.123-128, 2007.

MACIEL, M. A. M.; et al. Plantas Medicinais: A Necessidade de Estudos Multidisciplinares. **Química Nova**, v.25, p. 429-438, 2002.

MARTINS, E.R.; CASTRO, D. M.; CASTELLANI, D. C.; DIAS, J. E. (2003). Plantas medicinais. Faculdade Federal de Viçosa: UFV.

MATTOS, G.; et al. Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: Percepção dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**. Novembro, 2018.

MENDES, S.S; MENTZ, L.A; SCHENKEL, E.P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. V.11, n.1: p. 21-35, 2001.

MENGUES, S. S; et al., Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. V. 11, n.1, p. 21-35, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: 2006.

MIRANDA, G. S., et. al. Avaliação do conhecimento etnofarmacológico da população de Teixeiras - MG, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, 34, 2013.

MONTEIRO, J. M.; ARAÚJO, E. de L.; AMORIM, E. L. C.; ALBUQUERQUE, U. P. de (2010). Local Markets and Medicinal Plant Commerce: A Review with Emphasis on Brazil. **Economy Botany**, 64, 352–366.

MORAES, M.E.A.; SANTANA, G.S.M. Aroeirado-sertão: um candidato promissor para o tratamento de úlceras gástricas. **Funcap**, v. 3, p. 5-6, 2001

OLIVEIRA, M. J. R., et. al. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.** 8(2):39-41, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1979. 64p.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2008.

PEIXOTO, A. L.; MORIM, M. P. (2003). Coleções botânicas: documentação da biodiversidade brasileira. **Ciência e Cultura**, 55, 21-24.

PEREIRA, J.; RAIMUNDO, C. (2005). **Estudo fitoquímico e avaliação da potencialidade farmacológica de extratos de *Crateva benthamii* (Capparaceae)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) – Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2005.

PIRES, I.F.B.; SOUZA, A.A.; FEITOSA, M.H.A.; COSTA, S.M. Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. Campinas: v.16, n.2, supl. I, p.426-433, 2014.

QUEIROZ, M. D. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de saúde pública**, 20, 309-317, 1986.

RIBEIRO, A.Q.; LEITE, J.P.V.; BARROS, A.M.D. Perfil de utilização de fitoterápicos em farmácias comunitárias de Belo Horizonte sob a influência da legislação nacional. **Rev. Brasileira de Farmacognosia**. Março, 2005.

ROCHA, F.A.G. et. al. Características do comércio informal de plantas medicinais no município de Lagoa Nova/RN. **Holos**, Ano 29, vol. 5, 2013.

ROCHA, L.P.B. et. al. Uso de plantas medicinais: Histórico e relevância. Research, **Society and Development**, v. 10, n. 10, jul/ago. 2021.

RODRIGUES, A. C., GUEDES, M. L. (2006). Utilização de plantas medicinais no Povoado Sapucaia, Cruz das Almas - Bahia. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, 8, 1-7.

RODRIGUES, M. D., GOMIDE, M. Acesso à fitoterapia na atenção básica em saúde através da Análise de Redes Sociais (ARS). Redes: **Revista Hispana para el análisis de redes sociales**, 30, 244-253, 2019.

SANTOS, R. L., et. al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, 13, 486-491, 2011.

SILVA, G.M.B., **Porque comprar peixe na feira do Guará?** Dissertação (Mestrado em Agronegócios), Universidade de Brasília, 2015.

SOUZA, M. R. M. et al. Comercialização de plantas medicinais no contexto da cadeia produtiva em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.14, n. esp., p.242-245, 2012.

STERN, L. W. et al. Marketing channels. Englewood Cliffs: Prentice – Hall, 1996.

THIAGO, S.C.S., TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**. 2011.

TRESVENZOL, L. M et al. Estudo sobre o comércio informal de plantas medicinais em Goiânia e cidades vizinhas. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v. 3, n. 1, p. 23-28, 2006

VEIGA JUNIOR, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.18, n.2, p.308-13, 2008.

## **ANEXO 1. Questionário dos vendedores**

Dados Sociodemográficos:

1. Faixa etária: Menor de 18 ( ) 18 à 30 ( ) 31 à 40 ( ) 41 à 50 ( ) 51 a 60 ( ) acima de 60 ( )
2. Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )
3. Estado de origem: \_\_\_\_\_
4. Onde reside? \_\_\_\_\_
5. Quantas pessoas residem na casa: 1( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) +6 ( )
6. Quantas pessoas na família trabalham: 1( ) 2 ( ) 3 ( ) +3 ( )
7. Renda média da família: (Valor do salário mínimo R\$ 1.212)  
( ) Até um salário mínimo  
( ) De um a dois salários mínimos  
( ) De dois a três salários mínimos  
( ) De três a cinco salários mínimos  
( ) De cinco a sete salários mínimos  
( ) Acima de sete salários mínimos
8. Grau de escolaridade:

- Não Alfabetizado
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-Graduação

9. Tempo de trabalho com plantas medicinais: \_\_\_\_\_ -

10. Você exerce alguma atividade remunerada além das feiras? Se sim, qual?

---

11. Você recebe algum auxílio do governo? Se sim, qual?

---

Questionário quanto às vendas das plantas medicinais:

1. Com quem aprendeu sobre a utilização de plantas medicinais?

Amigo  Tradição familiar, quem? \_\_\_\_\_

Profissional da Saúde  Outro \_\_\_\_\_

2. Onde aprendeu sobre a utilização das plantas? Qual estado?

3. Você auxilia na escolha das plantas medicinais para quem te procura?

Sim  Não

4. Quem mais procura já sabe o que quer consumir? Ou precisa de orientação/indicação?

5. . Onde você obtém as plantas medicinais que você comercializa?

Plantio próprio  Compra de um fornecedor

6. De quem você adquire as plantas medicinais que você comercializa?

7. Qual a principal forma de indicação terapêutica, que você faz?

Chás

Cápsulas

Banhos terapêuticos

Garrafadas

Outros , quais?

8. Qual o principal problema de saúde que as pessoas querem tratar, com os remédios que buscam aqui?

Imunidade

Dor, qual?

Pressão alta

Estômago

Emagrecimento

Outros, quais?

9. A maior parte dos clientes é formada por homens ou mulheres?

10. Qual idade da maioria das pessoas vem aqui?

11. Quais são as espécies com que trabalha? (Anotar até 10 espécies)

11.1 Qual é a planta medicinal mais vendida? Para qual problema de saúde

Planta: \_\_\_\_\_ Problema: \_\_\_\_\_

12. Você já realizou algum tipo de treinamento para melhorar seu negócio?

Sim. Com quem: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Não. Se não, que tipo de treinamento você gostaria de ter? Em qual área?

13. Você está satisfeito com a atividade que você exerce?

Sim. Por quê? \_\_\_\_\_

Não. Por quê? \_\_\_\_\_

14. Como você avalia seu negócio/atividade?

Em crescimento

Em baixa

Estagnado

Outro: \_\_\_\_\_

15. Gostaria de fazer alguma sugestão? (À administração da feira, Secretaria de saúde, ao governo, aos órgãos de pesquisa, à universidade ..)

## **Anexo 2. Questionário do consumidor - realizado digitalmente utilizando a plataforma google forms.**

### Dados Sociodemográficos

1. Faixa etária: Menor de 18 ( ) 18 à 30 ( ) 31 à 40 ( ) 41 à 50 ( ) 51 a 60 ( ) acima de 60 ( )
2. Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )
3. Estado de origem: \_\_\_\_\_
- 3.3 Se não for do Distrito Federal, há quanto tempo reside aqui?
4. Onde reside, qual unidade administrativa? \_\_\_\_\_
5. Quantas pessoas residem na casa: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) +6 ( )
6. Quantas pessoas na família trabalham: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) +3 ( )
7. Renda média da família: (Valor do salário mínimo R\$ 1.212)  
( ) Até um salário mínimo  
( ) De um a dois salários mínimos  
( ) De dois a três salários mínimos  
( ) De três a cinco salários mínimos  
( ) De cinco a sete salários mínimos  
( ) Acima de sete salários mínimos

8. Grau de escolaridade:

- Não Alfabetizado
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-Graduação

1. Consumo das plantas medicinais

1.1 Você consome plantas medicinais?  Sim  Não

1.2 Por que não consome?

1.3 Há quanto tempo você consome plantas medicinais?

1.4 Você já teve alguma reação alérgica com o uso de plantas medicinais? Se sim, qual?

2. Influência do seu estado de origem

2.2 Seu estado de origem teve influência no seu conhecimento sobre as plantas medicinais? Se sim, qual a influência?

3. Tratamento de saúde

3.1 Você já fez uso de plantas medicinais para tratamento de saúde? Se sim, quais plantas você utilizou? Se não, porque você não usa as plantas medicinais para cuidar da sua saúde?

4. Contato com as plantas

4.1 Onde ou com quem você aprendeu/teve primeiro contato com as plantas? Qual foi o parente que lhe ensinou sobre a utilização?

5. Informações de profissionais de saúde

5.1 Você já recebeu informações sobre o uso de plantas dos profissionais da UBS da sua cidade? Se sim, qual informação?

5.2 A informação recebida pelos profissionais de saúde foi colocada em prática? Se não, porquê?

6. Forma de uso das plantas

6.1 Para qual finalidade você consome as plantas medicinais?

Terapêutico

Lazer

Ambos

## 7. Frequência de utilização das plantas medicinais

7.1 Caso você utilize as plantas medicinais para fins terapêuticos, marque para qual finalidade você mais as utiliza. No formulário colocamos diversas alternativas para serem assinaladas de acordo com a frequência e as alegações. com uso mais frequente, frequente menos frequente e nenhuma frequência

- Gripe  Alívio da tensão pré menstrual  Auxílio da melhoria da imunidade  
 Controle da pressão arterial  Alívio de dor de estômago  Alívio de dor de cabeça  
 Com objetivo de emagrecimento  Compressas para dor  Auxílio na concentração  
 Alívio da ansiedade  Auxílio na insônia  Depressão

## 8. Uso para lazer

8.1 No caso de uso para lazer, como você as utiliza?

8.2 Uso das plantas/quais plantas medicinais/ervas/garrafadas você mais utiliza?

## 9. Forma de preparo das plantas

9.1 Qual é a sua principal forma de preparo/consumo das plantas medicinais? Marque de acordo com seu grau de prioridade./gráfico com o grau de prioridade: maior, menor ou nenhuma.

## 10. Local de compras

10.1 Onde você mais adquire/compra as plantas medicinais? Marque de acordo com o grau de prioridade na sua forma de adquirir as plantas. O grau de maior prioridade é o que você mais adquire.

10.2 Quando você recorre ao uso de plantas medicinais, você sabe qual planta irá utilizar? Ou pede auxílio? Se pede auxílio geralmente para quem você pede?

## 11. Consumo em feiras

11.1 Você compra as plantas em feiras? Se sim, qual? Se não porquê?

11.2 Você se sente satisfeito com o local de compras? Se não porquê? Se sim, porquê?

## 12. Qualidade do produto consumido em feiras

12.1 Você se sente seguro com relação a qualidade das plantas medicinais que está comprando nas feiras? Por que?

## 13. Sugestões

Gostaria de dar alguma sugestão aos vendedores de plantas medicinais em feiras? Ou gostaria de dar alguma sugestão aos elaboradores da pesquisa?

