


**MEDICAMENTOS E CULTURA: PRÁTICAS POPULARES E SABERES CIENTÍFICOS  
EM CONFLITO NO USO DE FÁRMACOS**

**MEDICINE AND CULTURE: POPULAR PRACTICES AND SCIENTIFIC KNOWLEDGE  
IN CONFLICT OVER DRUG USE**

**MEDICAMENTOS Y CULTURA: PRÁCTICAS POPULARES Y SABERES CIENTÍFICOS  
EN CONFLICTO EN EL USO DE FÁRMACOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n8-015>

**Data de submissão:** 01/07/2025

**Data de publicação:** 01/08/2025

**Débora Luana Ribeiro Pessoa**

Doutora em Biotecnologia

E-mail: debbyeluna2@yahoo.com.br

**Ricardo Rodrigues Bacchi**

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

E-mail: bacchiricardo@gmail.com

**Bruno Severo Gomes**

Pós-Doutor em Medicina Tropical

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: bruno.severo@ufpe.br

---

**RESUMO**

Este artigo investiga as tensões e os conflitos entre os saberes populares e o conhecimento científico no uso de medicamentos no Brasil. A partir de uma abordagem interdisciplinar, analisa-se como fatores culturais, históricos e sociais influenciam as práticas de automedicação, o uso de fitoterápicos e a resistência ao saber biomédico institucionalizado. Argumenta-se que a interação entre os saberes tradicionais e científicos exige reconhecimento mútuo, diálogo intercultural e políticas públicas inclusivas que considerem a pluralidade epistemológica e o respeito às práticas locais de cuidado.

**Palavras-chave:** Medicamentos. Cultura. Saberes Populares. Práticas de Saúde. Epistemologias.

**ABSTRACT**

This article investigates the tensions and conflicts between popular knowledge and scientific understanding in the use of pharmaceuticals in Brazil. From an interdisciplinary perspective, it analyzes how cultural, historical, and social factors influence practices such as self-medication, herbal treatments, and resistance to institutionalized biomedical knowledge. It argues that the interaction between traditional and scientific knowledge requires mutual recognition, intercultural dialogue, and inclusive public policies that consider epistemological plurality and respect for local care practices.

**Keywords:** Pharmaceuticals. Culture. Popular Knowledge. Health Practices. Epistemologies.

**RESUMEN**

Este artículo investiga las tensiones y conflictos entre los saberes populares y el conocimiento científico en el uso de medicamentos en Brasil. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se analiza

cómo factores culturales, históricos y sociales influyen en prácticas como la automedicación, el uso de plantas medicinales y la resistencia al saber biomédico institucionalizado. Se argumenta que la interacción entre conocimientos tradicionales y científicos requiere reconocimiento mutuo, diálogo intercultural y políticas públicas inclusivas que consideren la pluralidad epistemológica y el respeto a las prácticas locales de cuidado.

**Palabras clave:** Medicamentos. Cultura. Saberes Populares. Prácticas de Salud. Epistemologías.

## **1 INTRODUÇÃO**

O uso de medicamentos é uma prática socialmente construída e profundamente atravessada por elementos culturais, históricos e subjetivos. Embora o saber biomédico tenha assumido hegemonia nos sistemas de saúde modernos, práticas populares e tradicionais de cuidado continuam a desempenhar papel central na vida de milhões de brasileiros, especialmente nas comunidades periféricas, rurais e indígenas.

A convivência entre essas diferentes formas de conhecimento nem sempre é harmoniosa. De um lado, há o discurso científico, baseado na evidência, padronização e controle; de outro, os saberes populares, transmitidos oralmente, enraizados na experiência, na religiosidade e na vivência comunitária. O resultado muitas vezes é um campo de tensões, em que práticas populares são deslegitimadas como superstição ou ignorância, enquanto o discurso médico é percebido como distante, tecnocrático e autorreferente.

Este artigo tem como objetivo refletir criticamente sobre os conflitos entre os saberes populares e o conhecimento científico no uso de fármacos. Parte-se da hipótese de que esses conflitos não decorrem apenas de divergências técnicas, mas de disputas simbólicas e culturais que atravessam o campo da saúde. Com base em revisão bibliográfica e aporte teórico interdisciplinar, busca-se compreender como práticas tradicionais persistem, se transformam e interagem com os sistemas de saúde oficiais, propondo um caminho de diálogo intercultural e reconhecimento mútuo.

## **2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS: SAÚDE, CULTURA E SABERES**

A compreensão das práticas de uso de medicamentos não pode ser reduzida ao campo da farmacologia ou da clínica biomédica. Trata-se de um fenômeno social e simbólico que mobiliza sentidos, crenças e experiências subjetivas. Nesse sentido, o diálogo entre os campos da antropologia, da sociologia, da saúde coletiva e da epistemologia crítica é essencial para analisar os modos diversos pelos quais as pessoas atribuem significados ao adoecer, ao tratar e ao curar.

### **2.1 A CULTURA COMO DIMENSÃO CONSTITUTIVA DA SAÚDE**

Segundo Geertz (1978), a cultura é um sistema simbólico que fornece às pessoas esquemas de interpretação do mundo. No campo da saúde, ela atua como lente através da qual se compreende o corpo, o sofrimento e os meios de cura. Isso significa que o modo como se administra um medicamento, a fé na sua eficácia e os significados atribuídos à doença variam conforme o contexto cultural.

Kleinman (1980) foi um dos primeiros a sistematizar essa relação ao propor que sistemas médicos são construções socioculturais, dotadas de racionalidade interna e legitimidade própria. Para ele, é necessário distinguir o “disease” (doença como categoria biomédica), do “illness” (experiência subjetiva do adoecer), e do “sickness” (atribuições sociais sobre a enfermidade).

Nesse sentido, o uso de medicamentos populares — como chás, pomadas caseiras ou benzeduras — não se opõe, em essência, ao saber científico, mas opera dentro de uma lógica cultural distinta, pautada por vínculos comunitários, espiritualidade e confiança empírica acumulada.

## 2.2 SABERES POPULARES E EPISTEMOLOGIAS DO SUL

O conceito de “saberes populares” remete ao conhecimento produzido fora dos circuitos formais da ciência. São saberes situados, muitas vezes orais, praticados por mulheres, parteiras, curandeiros, benzedadeiras, pais e mães de santo, agentes comunitários. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2007), esses saberes integram o que ele denomina de “epistemologias do Sul” — formas de conhecimento que resistem à monocultura do saber científico ocidental.

A crítica dessas epistemologias não está na negação da ciência, mas em sua absolutização como única via legítima de produção de conhecimento. A ciência moderna, embora dotada de rigor e universalização, também se constitui como um campo de poder que historicamente silenciou outras formas de saber — especialmente aquelas vinculadas a grupos subalternizados, como indígenas, afrodescendentes e populações camponesas.

Ao valorizar os saberes populares sobre medicamentos, não se trata de substituí-los ao conhecimento científico, mas de reconhecê-los como parte legítima de uma ecologia de saberes (SANTOS, 2010), em que diferentes racionalidades possam dialogar de forma horizontal.

## 2.3 A DISPUTA SIMBÓLICA NO CAMPO DA SAÚDE

A relação entre ciência e cultura na área da saúde não é neutra. Ela envolve disputas por legitimidade, autoridade e definição do que é válido ou não como cuidado. Conforme Bourdieu (1996), o campo científico é um espaço de lutas simbólicas, e os saberes populares são frequentemente desqualificados por não se adequarem aos critérios de validação acadêmica.

Essa exclusão se manifesta na prática clínica, quando profissionais de saúde ignoram, ridicularizam ou desencorajam práticas tradicionais relatadas por pacientes. O resultado é o afastamento dos usuários do sistema de saúde formal, o que pode favorecer a automedicação não supervisionada ou a busca por práticas isoladas, sem acompanhamento.

O desafio, portanto, está em construir uma abordagem intercultural da saúde, na qual diferentes saberes possam dialogar e colaborar, respeitando a diversidade cultural e reconhecendo os limites do modelo biomédico hegemônico.

### **3 PRÁTICAS POPULARES NO USO DE MEDICAMENTOS**

As práticas populares de cuidado à saúde constituem um campo de saberes enraizados na experiência cotidiana, na tradição oral e na interação com o meio ambiente e a espiritualidade. No Brasil, a diversidade cultural e étnica produziu um vasto repertório de conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais, rituais de cura, receitas caseiras e formas alternativas de aliviar sintomas e doenças, muitas vezes transmitidas entre gerações por mães, avós, curandeiras, parteiras e benzedeiras.

#### **3.1 FITOTERAPIA, CHÁS E REMÉDIOS CASEIROS**

O uso de plantas medicinais está entre as práticas mais difundidas nas comunidades brasileiras, tanto rurais quanto urbanas. A fitoterapia tradicional, baseada em chás, infusões, pomadas, banhos e compressas, mobiliza um conhecimento empírico acumulado e ajustado à realidade local.

Por exemplo, o uso de boldo, hortelã, erva-doce, camomila e capim-santo é comum para tratar distúrbios gastrointestinais, insônia ou dores leves. Esses saberes são baseados na observação dos efeitos, na experimentação coletiva e em critérios sensoriais como cheiro, sabor, cor e temperatura. Mesmo sem respaldo científico formal, esses conhecimentos são validados socialmente pela experiência e pela eficácia percebida.

Nas regiões amazônicas, comunidades ribeirinhas utilizam plantas nativas com propriedades antifúngicas, cicatrizantes, anti-inflamatórias e antiparasitárias, muitas das quais ainda não foram completamente estudadas pela farmacologia moderna. A medicina tradicional indígena, por sua vez, opera com sistemas de cura que integram corpo, espírito e natureza, e compreendem o adoecimento de forma integral.

#### **3.2 AUTOMEDICAÇÃO E SABER FAMILIAR**

A automedicação, muitas vezes tratada como problema de saúde pública, também pode ser analisada como uma prática cultural fundamentada no saber familiar. É comum que mães administrem medicamentos aos filhos com base em experiências anteriores, sem prescrição médica, sobretudo em locais com acesso restrito a serviços de saúde.

Essa prática, embora apresente riscos como interações medicamentosas, resistência bacteriana e intoxicação, também revela a autonomia das famílias frente às dificuldades de acesso, à demora no

atendimento e à desconfiança em relação ao tratamento profissional. Em alguns contextos, o conhecimento sobre posologia, combinações e restrições é socialmente compartilhado, formando redes de apoio informal ao cuidado.

A presença de farmácias e drogarias de fácil acesso contribui para a normalização da automedicação. Em muitos bairros periféricos, os balconistas substituem o profissional de saúde, e recomendações são feitas com base no relato do cliente, sem diagnóstico clínico.

### **3.3 A ORALIDADE E A TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL**

O conhecimento popular sobre medicamentos é essencialmente oral, passado de geração em geração por meio de narrativas, conselhos, rituais e observações práticas. Avós ensinam netos a preparar chá para gripe; vizinhas compartilham receitas para dores musculares; pais recomendam ervas para ansiedade. Esse saber é coletivo, vivo e adaptável.

A oralidade não é um sinal de precariedade, mas uma tecnologia social sofisticada de preservação da memória e da identidade. Muitas dessas práticas não foram sistematizadas em documentos, mas resistem ao tempo pela repetição e pela confiança depositada na experiência dos mais velhos.

Nos últimos anos, projetos de valorização desses saberes têm buscado sistematizar e registrar o uso tradicional de plantas medicinais em comunidades quilombolas, indígenas e urbanas, muitas vezes em parceria com universidades e centros de saúde. Essas iniciativas mostram que há possibilidade de diálogo entre o saber popular e o científico, desde que mediado pelo respeito e pela escuta ativa.

## **4 O DISCURSO MÉDICO E A RACIONALIZAÇÃO CIENTÍFICA**

A medicina ocidental, baseada na racionalidade científica, consolidou-se como modelo hegemônico nos sistemas formais de saúde. Este modelo privilegia a observação empírica, a experimentação controlada, a padronização diagnóstica e a prescrição farmacológica como principais fundamentos terapêuticos. Tal racionalidade transformou profundamente a relação entre os sujeitos e os processos de cuidado, impondo uma lógica de normatização, especialização e verticalização dos saberes.

### **4.1 A HEGEMONIA BIOMÉDICA E O MONOPÓLIO DO SABER TÉCNICO**

O discurso médico-científico constrói-se como o único detentor legítimo do saber sobre o corpo, a doença e o tratamento. Essa posição é fortalecida por instituições como universidades,

conselhos profissionais, agências reguladoras e indústrias farmacêuticas. O conhecimento tradicional, por outro lado, é frequentemente desqualificado como “crença”, “superstição” ou “falta de instrução”, criando uma hierarquia simbólica entre saberes.

Essa hegemonia opera, muitas vezes, de maneira silenciosa: os profissionais de saúde tendem a não considerar válidas as explicações alternativas que os pacientes oferecem sobre suas enfermidades. Esse descompasso gera afastamento, silenciamento e desconfiança no atendimento, especialmente entre populações periféricas e tradicionais.

#### 4.2 PROTOCOLOS CLÍNICOS E PADRONIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Nos sistemas de saúde pública e privada, a padronização dos procedimentos clínicos é vista como um avanço técnico e uma exigência de gestão eficiente. Os protocolos de tratamento, os prontuários eletrônicos e as diretrizes clínicas têm por objetivo garantir uniformidade, previsibilidade e redução de riscos.

Contudo, essa racionalização pode ignorar a complexidade subjetiva dos pacientes, tratando-os como “casos” ou “condições”, e não como sujeitos inseridos em contextos culturais e históricos específicos. A diversidade de experiências, valores e práticas de cuidado raramente encontra espaço nos formulários e diretrizes.

A prescrição médica também é influenciada por fatores econômicos e institucionais. O tempo reduzido das consultas, a pressão por produtividade e a relação com representantes da indústria farmacêutica muitas vezes transformam o medicamento em uma solução rápida, tecnocrática e impessoal.

#### 4.3 RELAÇÕES DE PODER NO ENCONTRO CLÍNICO

A relação entre médico e paciente não é apenas técnica, mas também marcada por dinâmicas de poder. O saber especializado confere autoridade ao profissional, enquanto o paciente assume posição de subalternidade, sendo esperado que siga instruções sem questionamentos. Quando o paciente menciona práticas caseiras, rezas, ervas ou remédios tradicionais, pode ser desencorajado, desautorizado ou ridicularizado.

Essa assimetria compromete a construção de vínculos de confiança e dificulta o compartilhamento de informações relevantes. Muitos pacientes omitem práticas que consideram importantes por receio de julgamento ou reprovação. Outros abandonam o tratamento formal e optam exclusivamente por terapias alternativas.

Romper com essa lógica autoritária requer uma postura mais dialógica, centrada na escuta, na empatia e no reconhecimento da legitimidade dos diferentes saberes sobre o corpo e o cuidado. A medicina deve abrir-se a uma postura reflexiva sobre seus próprios limites e sobre as possibilidades de colaboração intercultural no cuidado à saúde.

## **5 CONFLITOS E RESISTÊNCIAS**

A convivência entre saberes populares e conhecimento científico no uso de medicamentos não ocorre de forma pacífica ou complementar na maioria das vezes. Pelo contrário, o encontro entre essas duas racionalidades frequentemente se dá por meio do conflito, da exclusão simbólica e da resistência. Essa seção analisa os modos pelos quais esses embates se manifestam nas práticas de saúde e como indivíduos e comunidades elaboram estratégias para afirmar seus saberes diante da hegemonia biomédica.

### **5.1 DESLEGITIMAÇÃO DOS SABERES TRADICIONAIS**

Uma das manifestações mais visíveis do conflito epistemológico é a deslegitimação dos saberes tradicionais no discurso institucional da saúde. Isso ocorre quando práticas como o uso de chás, rezas, rituais ou mesmo receitas caseiras são desconsideradas, desqualificadas ou tratadas como “perigosas”, “ineficientes” ou “atrasadas”.

Essa exclusão simbólica não é neutra: ela carrega traços históricos do colonialismo, do racismo e da elitização do conhecimento científico. A medicina ocidental, ao se consolidar como ciência moderna, impôs seus parâmetros como universais, desconsiderando os contextos culturais e epistemológicos diversos. Como consequência, formas de cuidado vinculadas a povos indígenas, afro-brasileiros e populações camponesas passaram a ser marginalizadas nos espaços formais de saúde.

### **5.2 BARREIRAS COMUNICACIONAIS E PRECONCEITOS INSTITUCIONAIS**

A comunicação entre usuários e profissionais de saúde é mediada por assimetrias de linguagem, de poder e de formação. Pacientes oriundos de culturas populares, com pouca escolaridade ou com referências religiosas e espirituais fortes, muitas vezes não conseguem expressar suas queixas de forma compatível com os parâmetros biomédicos.

Além disso, há preconceitos institucionais implícitos na forma como os profissionais interpretam esses relatos. Ao julgar como “falta de esclarecimento” o uso de ervas ou rezas, por exemplo, acabam reproduzindo uma lógica excludente e autoritária. Tal postura contribui para o



afastamento dos usuários do sistema público de saúde ou para o uso simultâneo e não supervisionado de diferentes formas de tratamento.

A formação profissional, em muitos casos, negligencia o ensino sobre saúde intercultural, práticas integrativas e abordagem centrada na pessoa. Essa lacuna reforça os conflitos e a incapacidade institucional de lidar com a diversidade de saberes presente na sociedade brasileira.

### 5.3 RESISTÊNCIA ATIVA E RESSIGNIFICAÇÃO LOCAL

Apesar da pressão por homogeneização, as comunidades populares e tradicionais desenvolvem formas de resistência que vão além da negação. Elas constroem estratégias de ressignificação, combinando saberes tradicionais com elementos da medicina moderna, adaptando prescrições às suas realidades e reafirmando sua autonomia no cuidado.

Um exemplo disso é o uso simultâneo de antibióticos e chás medicinais, com base em critérios próprios de eficácia e tempo de ação. Em vez de oposição frontal, há apropriação crítica: os medicamentos “de farmácia” são usados quando considerados necessários, mas sem abandonar o repertório local de cuidados.

Essa resistência ativa também se expressa na valorização das práticas de cura por meio de coletivos, feiras de plantas medicinais, grupos de benzedeiras, hortas comunitárias e iniciativas de educação popular em saúde. Nesses espaços, o saber tradicional ganha visibilidade e legitimidade, muitas vezes em parceria com agentes comunitários e pesquisadores sensíveis à pluralidade cultural.

## 6 DIÁLOGO INTERCULTURAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Diante dos conflitos e exclusões entre saberes tradicionais e o conhecimento biomédico, surge a necessidade de promover um diálogo intercultural no campo da saúde. Esse diálogo implica reconhecer a legitimidade de múltiplas formas de conhecimento, superar hierarquias epistêmicas e construir pontes institucionais que permitam a convivência respeitosa e colaborativa entre diferentes racionalidades. As políticas públicas desempenham papel fundamental nesse processo, tanto na promoção de práticas integrativas quanto na valorização das culturas locais de cuidado.

### 6.1 EXPERIÊNCIAS DO SUS COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Desde a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a reconhecer oficialmente modalidades terapêuticas oriundas de diferentes tradições culturais, como fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, reiki, entre outras.

Essas práticas, muitas delas baseadas em saberes populares, passaram a ser oferecidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência, em parceria com profissionais de saúde e terapeutas formados. A inclusão dessas terapias no SUS representou um avanço no reconhecimento da pluralidade terapêutica e no respeito à autonomia dos usuários.

No entanto, a implementação efetiva dessas práticas ainda enfrenta resistências técnicas, orçamentárias e ideológicas. Faltam formação adequada nas universidades, recursos específicos e uma cultura institucional aberta ao diálogo de saberes. Mesmo assim, as experiências existentes mostram que é possível integrar práticas tradicionais ao sistema público de forma ética, segura e culturalmente sensível.

## 6.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ABORDAGEM TRANSCULTURAL

Para que o diálogo intercultural na saúde se torne realidade, é necessário repensar a formação dos profissionais da saúde. Currículos médicos, de enfermagem e de outras áreas devem incluir conteúdos sobre antropologia da saúde, epistemologias críticas, práticas integrativas, história dos saberes tradicionais e escuta ativa.

A abordagem transcultural, proposta por autores como Kleinman (1980) e Leininger (2002), propõe que o cuidado em saúde seja adaptado ao contexto cultural do paciente. Isso significa que o profissional deve compreender as crenças e práticas do usuário não como obstáculos, mas como parte do processo terapêutico.

A escuta qualificada, o acolhimento das práticas de cura locais e a disposição para aprender com o outro são competências essenciais para uma prática ética e efetiva. A formação baseada no diálogo amplia a capacidade do sistema de saúde de lidar com a diversidade sem reproduzir exclusões e violências simbólicas.

## 6.3 PROPOSTAS DE VALORIZAÇÃO DOS SABERES POPULARES

Além da formação, é urgente desenvolver políticas públicas que valorizem os saberes populares como patrimônio imaterial e fonte legítima de cuidado. Algumas ações possíveis incluem:

- Apoio a hortas comunitárias e farmácias vivas com base em plantas medicinais;
- Criação de espaços de diálogo entre profissionais e curadores tradicionais;
- Registro e documentação participativa de saberes tradicionais;
- Financiamento de pesquisas colaborativas com comunidades locais;
- Proteção jurídica contra a apropriação indevida de conhecimentos populares por parte da indústria farmacêutica.

Essas medidas podem contribuir para construir um sistema de saúde mais inclusivo, plural e enraizado nas realidades culturais do país. O reconhecimento dos saberes populares fortalece a cidadania, valoriza a diversidade e amplia as possibilidades de cuidado acessível e integral.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo buscou refletir sobre os conflitos, aproximações e possibilidades de diálogo entre práticas populares e o saber científico no uso de medicamentos. Partindo da compreensão de que a saúde é um fenômeno culturalmente construído, evidenciou-se que o conhecimento biomédico não esgota a pluralidade de saberes existentes na sociedade brasileira, especialmente em contextos populares, tradicionais e periféricos.

A hegemonia da racionalidade científica no campo da saúde gerou importantes avanços em termos de prevenção, controle e tratamento de doenças. No entanto, essa mesma hegemonia produziu exclusões e silenciamentos ao deslegitimar outros modos de cuidar, muitas vezes profundamente enraizados na experiência coletiva e na sabedoria intergeracional. O uso de plantas medicinais, rezas, automedicação e saberes familiares não deve ser visto como sinal de ignorância ou atraso, mas como expressões legítimas de uma racionalidade distinta, com valor simbólico, terapêutico e social.

Os conflitos entre os dois sistemas de saber, o popular e o científico, não são apenas técnicos, mas também simbólicos e políticos. São atravessados por relações de poder, barreiras comunicacionais, preconceitos institucionais e disputas por autoridade. Reconhecer isso é o primeiro passo para construir uma abordagem intercultural que respeite a diversidade epistemológica sem abrir mão da segurança terapêutica.

Experiências como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as farmácias vivas, a formação transcultural de profissionais e as parcerias entre saberes locais e universidades mostram que o diálogo é possível, necessário e desejável. Para isso, é preciso romper com a hierarquia dos saberes e promover um encontro ético, horizontal e crítico entre diferentes formas de compreender o cuidado.

Conclui-se que o reconhecimento e a valorização dos saberes populares sobre medicamentos é um caminho promissor para tornar o sistema de saúde mais inclusivo, eficaz e respeitoso. Ao escutar as vozes historicamente silenciadas, abre-se espaço para a construção de um cuidado verdadeiramente integral, centrado nas pessoas, suas culturas e seus territórios.

## REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: ago. 2025.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1978.

KLEINMAN, Arthur. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Ana Maria; COSTA, João Paulo. Saberes tradicionais e práticas de saúde: um olhar sobre o uso de plantas medicinais. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 728–737, 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br>. Acesso em: ago. 2025.

TEIXEIRA, Francisco Norberto. Saúde, cultura e práticas populares: desafios para o SUS. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. e00081421, 2022. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: ago. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: ago. 2025.