CC BY NC SA

https://doi.org/10.62987/92drym04

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NOVA TERRA

# Medicina caseira nas CEBs de Caruaru: Educação Popular em Saúde e valorização dos conhecimentos tradicionais

**Paulo Ivis de Brito Moreira**
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Graduando em Farmácia. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8764-1477. E-mail: paulo.ivis@discente.univasf.edu.br.

**Alecsandra Maria de Oliveira**
Universidade de Pernambuco (UPE). Mestra em Educação. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-4954-[COMPLETAR]. E-mail: alecsandra.moliveira@upe.br.

**Resumo:** Este artigo analisa a cartilha *Medicina Caseira* como produto educativo e registro político-cultural das práticas de saúde popular ligadas às Comunidades Eclesiais de Base do Agreste de Pernambuco. A pesquisa, de ordem qualitativa, documental e de natureza descritivo-interpretativa, toma a cartilha como corpus empírico e mobiliza a análise temática de seu conteúdo. Os resultados indicam que o material não se limita a prescrever preparações caseiras: articula cuidado, participação popular, crítica à mercantilização da saúde, valorização da sociobiodiversidade e formação cidadã. Ao mesmo tempo, a leitura contemporânea evidencia a necessidade de atualizar recomendações terapêuticas e reforçar identificação botânica, dosagem, contraindicações, interações medicamentosas e acompanhamento profissional. Conclui-se que a cartilha constitui uma tecnologia social e educativa de memória e cuidado, cuja potência reside na produção compartilhada de experiências, preservando os conhecimentos comunitários e critérios de segurança e vigilância em saúde.

**Palavras-chave:** Educação Popular em Saúde. Plantas medicinais. Conhecimentos tradicionais. Comunidades Eclesiais de Base.

# Home medicine in the Basic Ecclesial Communities of Caruaru: Popular Health Education and the valorization of traditional knowledge

**Abstract:** This article analyzes the Medicina Caseira booklet as an educational product and a political-cultural record of popular health practices associated with the Basic Ecclesial Communities in the Agreste region of Pernambuco, Brazil. This qualitative, documentary, descriptive-interpretive study takes the booklet as its empirical corpus and employs thematic content analysis. The results indicate that the material is not limited to prescribing home preparations; rather, it articulates care, popular participation, criticism of the commodification of health, appreciation of sociobiodiversity, and civic education. At the same time, a contemporary reading highlights the need to update therapeutic recommendations and strengthen botanical identification, dosage, contraindications, drug interactions, and professional monitoring. It is concluded that the booklet constitutes a social and educational technology of memory and care, whose potential lies in the shared production of experiences, preserving community knowledge while incorporating health safety and surveillance criteria.

**Keywords:** Popular Health Education. Medicinal plants. Traditional knowledge. Basic Ecclesial Communities.

BY NC SA

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NOVA TERRA

# Medicina casera en las Comunidades Eclesiales de Base de Caruaru: Educación Popular en Salud y valorización de los conocimientos tradicionales

**Resumen:** Este artículo analiza el folleto Medicina Casera como producto educativo y registro político-cultural de las prácticas de salud popular vinculadas a las Comunidades Eclesiales de Base del Agreste de Pernambuco, Brasil. La investigación, de carácter cualitativo, documental y de naturaleza descriptivo-interpretativa, toma el folleto como corpus empírico y emplea el análisis temático de su contenido. Los resultados indican que el material no se limita a prescribir preparaciones caseras, sino que articula el cuidado, la participación popular, la crítica a la mercantilización de la salud, la valorización de la sociobiodiversidad y la formación ciudadana. Al mismo tiempo, una lectura contemporánea evidencia la necesidad de actualizar las recomendaciones terapéuticas y reforzar la identificación botánica, las dosis, las contraindicaciones, las interacciones medicamentosas y el seguimiento profesional. Se concluye que el folleto constituye una tecnología social y educativa de memoria y cuidado, cuya potencialidad reside en la producción compartida de experiencias, preservando los conocimientos comunitarios y, al mismo tiempo, los criterios de seguridad y vigilancia en salud.

**Palabras clave:** Educación Popular en Salud. Plantas medicinales. Conocimientos tradicionales. Comunidades Eclesiales de Base.

## Introdução

A Educação Popular no Brasil nasceu nas décadas de 1960 e 1970. Sua expansão teve como influência as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), que defendiam uma educação pautada na participação e na valorização dos conhecimentos das pessoas, especialmente aqueles que fortaleciam suas identidades e processos de fortalecimento de vínculos com o território e com suas culturas.

Portanto, o processo da Educação Popular em Saúde encontra-se vinculado ao movimento da Educação Popular, que reconhece os conhecimentos e as culturas das pessoas colocadas à margem da sociedade, subjugadas e desfavorecidas como propulsoras de um projeto político de transformação estrutural da sociedade, buscando romper o sistema socioculturalmente injusto (Centro Nordestino de Medicina Popular, 2013).

Constituída a partir de diferentes experiências de intelectuais e das comunidades, a Educação Popular em Saúde desencadeava iniciativas para fortalecer a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a participação social. Conforme Vasconcelos (1997), essa perspectiva

BY NC SA



buscava alternativas ao modelo dominante de saúde, marcado por práticas mercantilizadas e rotinizadas, valorizando as experiências de vida, práticas, memórias e conhecimentos construídos historicamente por diferentes populações. Atuando também no fortalecimento da autonomia, da participação social e da capacidade coletiva de cuidar da vida, da natureza e do território (Guerra, 2025).

Nesse contexto, o conjunto de conhecimentos, práticas e tradições existentes nas comunidades e entre diferentes povos sobre o uso de plantas medicinais ocupa lugar relevante e é amplamente valorizado. “Durante milênios mulheres e homens aprenderam a conhecer as plantas [...]” (GASPAPE, 2010, p. 4) e transmitir esses conhecimentos entre gerações. Essas experiências fazem parte da identidade cultural de comunidades e povos, seja por contribuir na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de enfermidades, sendo reconhecidos como parte do patrimônio cultural de diferentes povos; seja por representar para muitas famílias e comunidades uma importante estratégia de cuidado construída nas experiências cotidianas.

Nessa perspectiva, o conhecimento sobre plantas medicinais ultrapassa sua dimensão terapêutica, configurando-se como uma expressão cultural que articula conhecimentos tradicionais, experiências coletivas e práticas de cuidado, aspecto também reconhecido pelas políticas públicas brasileiras voltadas às plantas medicinais e às práticas integrativas (Brasil, 2006). No Agreste Pernambucano, essas experiências estão relacionadas a uma história de organização comunitária, resistência e formação política proporcionadas pelas CEBs.

Na região Agreste de Pernambuco, as CEBs constituíram importantes espaços de encontros, reflexões e mobilizações populares. Esse movimento contribuiu para a formação política de trabalhadores e trabalhadoras, agricultores e agricultoras, lideranças, moradores e moradoras de diferentes comunidades. Nesses espaços, as questões relacionadas às condições de vida e à saúde eram discutidas de forma coletiva, articulando fé, organização comunitária, participação social e busca por melhores condições de vida do povo empobrecido (Boudens; Guedes, 2025).

BY NC SA



As experiências desenvolvidas por estas comunidades também favoreceram a circulação e a valorização de conhecimentos relacionados à medicina caseira e ao uso tradicional das plantas medicinais, fortalecendo práticas de cuidado construídas cotidianamente na vida comunitária. É nesse percurso de diálogo entre memória, território, cultura e cuidado que se insere a cartilha *Medicina Caseira*, corpus documental de nosso estudo. Seu conteúdo resulta de processos educativos junto a animadores e animadoras comunitários que atuam em favor da saúde como direito humano e reconhecem as diferentes experiências tradicionais como fontes fundamentais de conhecimento.

As práticas e experiências reunidas na cartilha não são apresentadas como conhecimentos isolados, mas como parte de uma trajetória coletiva de ensino e aprendizagem, organização e cuidado. Diante disso, pergunta-se: de que maneira a cartilha *Medicina Caseira* sistematiza princípios da Educação Popular em Saúde e contribui para valorizar conhecimentos tradicionais, promover autonomia comunitária e afirmar a saúde como direito? O objetivo geral é analisar a cartilha como produto educativo e registro político-cultural das práticas de saúde popular ligadas às CEBs do Agreste de Pernambuco.

A cartilha *Medicina Caseira* foi publicada pelo Grupo de Articulação de Saúde Popular do Agreste de Pernambuco (GASPAPE) em 2010. O GASPAPE é uma associação civil sem fins econômicos, fundada em 19 de outubro de 2003, em Caruaru, a partir da articulação de ações populares de saúde desenvolvidas no Agreste pernambucano. Seu Estatuto define como missão ampliar conhecimentos populares e científico-pedagógicos para formar, articular e acompanhar lideranças comunitárias, enquanto o Projeto Político-Pedagógico enfatiza a defesa do direito humano à saúde pública, universal e de qualidade. A organização atua por meio de processos formativos, mobilização social, controle social das políticas públicas, medicina caseira, segurança alimentar e cuidado ambiental, articulando conhecimento comunitário, conhecimento técnico-científico e participação cidadã (GASPAPE, 2008a; 2008b; 2008c).

Além desta introdução, o artigo organiza-se em quatro partes. A primeira discute os fundamentos históricos e metodológicos da Educação Popular em Saúde e sua relação com as

BY NC SA



CEBs. A segunda aborda os saberes tradicionais sobre plantas medicinais e a cartilha como registro político-cultural. A terceira apresenta o percurso metodológico da pesquisa documental. A quarta desenvolve seis eixos de análise e, ao final, sistematiza as contribuições, os limites sanitários e as possibilidades de atualização do material.

**Educação Popular em Saúde nas CEBs: fundamentos históricos e metodológicos**

Nas décadas de 1950 e 1960, consolidou-se no Brasil um modo de educação comunitária centrado no diálogo e na problematização da realidade. Nos círculos de cultura, palavras e temas geradores extraídos da vida cotidiana organizavam a alfabetização como leitura da palavra e do mundo, transformando educandos em sujeitos do processo educativo. A Educação Popular buscava, assim, alternativas ao modelo transmissivo na alfabetização de jovens e adultos: não bastava decodificar textos, era necessário interpretá-los criticamente e relacioná-los às condições concretas de existência. Mais do que uma técnica pedagógica, ela se constituiu como horizonte ético e sociopolítico orientado pela emancipação humana, pela garantia de direitos e pela justiça social (Freire, 2025).

Portanto, orientada "[...] na teoria dialógica da ação os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em colaboração" (Freire, 2025, p. 226). Não se trata, porém, de uma educação para os pobres, excluídos do sistema escolar, tampouco se reduz a uma metodologia mais sensível ou envolvente de ensinar. Sua essência reside na construção coletiva de um projeto sociopolítico libertador, no qual o diálogo, a participação e o reconhecimento dos conhecimentos que florescem nos territórios e nas experiências da vida comunitária tornam-se sementes de transformação (Centro Nordestino de Medicina Popular, 2013).

Logo, o movimento da Educação Popular no Brasil passou a ser perseguido pela Ditadura Militar de 1964, ocasionando novas formas de resistência, principalmente contra a tirania ditatorial da época. Nesse contexto, as CEBs nasceram no Brasil. Conforme destacam Boudens e Guedes (2025, p. 23), as CEBs "[...] surgiu depois da realização do Concílio

BY NC SA



Vaticano II (1962-1965), principalmente na América Latina, encantou milhares de pessoas pelo mundo afora [...]", incluindo o Brasil.

Portanto, nesse novo momento de democratização da Igreja Católica, os grupos Eclesiais de Base, formados por grupos de cristãos que se reuniam nas comunidades, principalmente no campo e nas periferias, passavam a discutir questões religiosas, mas também questões sociais, como os problemas que atingiam a vida das comunidades. Articuladas estreitamente com o processo de educação, nas quais fé e vida passam a ser pautadas numa ótica crítica e libertadora, inclusive, para superar as amarras ditatoriais, o patriarcado, a opressão sobre o povo (Oliveira; Andrade, 2025).

Nesse contexto, as CEBs passaram a constituir um caminho educativo, buscando promover a participação ativa da população na construção do conhecimento, valorizando as experiências e a realidade das comunidades, principalmente entre trabalhadoras e trabalhadores do campo, moradores e moradoras de periferias e movimentos sociais (Guerra, 2016). Essa perspectiva, no entanto, entende a educação como mecanismo que vai além da transmissão de informações, mas como meio de estimular o diálogo, a reflexão crítica e a transformação social.

Todo esse processo foi acontecendo dentro de uma metodologia própria: no ver, julgar e agir. Ou seja, ver os problemas que afetam a vida do povo, a partir de relações dialógicas estabelecidas com as comunidades; julgar os problemas elencados, refletindo sobre a origem desses problemas e agir coletivamente para transformar a realidade vivenciada.

É na escuta sensível das dificuldades e dos clamores das comunidades que as políticas de saúde passam a ser discutidas nas CEBs, contexto em que em vez de enxergar a doença apenas como questão individual, ela aparece como um problema social e político. Esse

> [...] processo de reflexão e ação, ajudando as comunidades a descobrirem que a doença é um efeito gerado pela falta de condição para plantar e produzir, água suficiente de boa qualidade para o consumo humano e dos animais, alimentação adequada e suficiente, educação, moradia, segurança, lazer, transporte e tranquilidade (Guerra, 2016, p. 109).

BY NC SA



Logo, as discussões sobre saúde não eram uma pauta formal dos grupos Eclesiais de Base, mas nasciam das discussões comunitárias sobre as condições concretas de vida e foi se transformando em reivindicação por direitos e participação social. Contudo, a educação popular em saúde ganhou força a partir das décadas de 1970 e 1980, estimulada pelo movimento das CEBs, que atuavam na formação e articulação de diferentes lideranças comunitárias e grupos sociais, durante os movimentos de luta contra a ditadura militar, pela democratização do país e pela reforma sanitária. Esses movimentos defendiam que a saúde deveria ser um direito de todos e um dever do Estado, princípio que foi consolidado na Constituição Federal de 1988 e mais tarde na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Progressivamente, a atuação das CEBs se espalhou por todas as regiões do Brasil, e, no Agreste pernambucano, não foi diferente, os encontros de saúde popular nas Comunidades Eclesiais de Base, surgiram dentro de um processo amplo de organização comunitária, formação religiosa e luta por melhores condições de vida no Agreste pernambucano. Contudo, as CEBs passaram a valorizar os problemas concretos vividos pelas comunidades, entre eles doenças, falta de atendimento médico, alimentação, saneamento, água de qualidade e condições de trabalho. A saúde deixou de ser entendida apenas como atendimento médico ou caridade e passou a ser discutida como uma questão relacionada à qualidade de vida, aos direitos sociais e à organização popular.

As CEBs do Agreste pernambucano destacaram-se pela visão comunitária da saúde, registrada sua atuação com “o trabalho de Saúde Popular, assumido pelas Irmãs Cordimarianas do Grupo da Inserção nos Meios Populares [...]” (Guerra, 2016, p. 105). Elas participaram da fundação de comunidades de base em municípios como Santa Cruz do Capibaribe, Riacho das Almas, São Caetano e Caruaru. Nesses municípios ocorriam encontros nas comunidades, funcionando como espaços de diálogos, trocas de experiências e formação. A preocupação com a formação de lideranças comunitárias é parte intrínseca das CEBs. Portanto, “a presença das Irmãs no meio do povo, as visitas às famílias, a todos os setores da cidade e à zona rural,

BY NC SA



possibilitaram um real conhecimento da situação de carência e condições inadequadas para que a população gozasse de saúde" (Guerra, 2016, p. 105).

Nos encontros ocorriam círculos de conversas, nos quais moradoras e moradores relatavam os principais problemas que assolavam os locais onde viviam, compartilhavam conhecimentos tradicionais sobre cuidados com a saúde, plantas medicinais, alimentação e prevenção de doenças. Aprendiam e ensinavam a produção de medicamentos caseiros, fitoterápicos, ao mesmo tempo em que refletiam sobre as causas sociais dos problemas de saúde. Essa prática se aproximava do que posteriormente ficou conhecido como educação popular em saúde, baseada na participação da própria comunidade.

Em Caruaru, os encontros de saúde popular nas CEBs nasceram da necessidade de unir fé, vida comunitária e enfrentamento dos problemas sociais. A partir das reuniões das comunidades, a saúde passou a ser debatida de forma coletiva, valorizando os conhecimentos populares e estimulando a organização de homens e mulheres a reivindicar melhores condições de vida e acesso aos serviços públicos em conferências municipais e estaduais de saúde (Guerra, 2016). Nisso, visando melhor organização, estratégias de funcionamento e aprofundamento das reflexões sobre temas ligados à vida e às políticas públicas de saúde, as CEBs articuladas em Caruaru, reunindo diferentes municípios do Agreste, decidiram fundar o Grupo de Articulação de Saúde Popular do Agreste de Pernambuco.

O GASPAPE, sediado no município de Caruaru, foi fundado para fortalecer a formação, articulação e organização de lideranças comunitárias e/ou ligadas a grupos de saúde (Pastorais da saúde, agentes comunitários etc.). Suas ações permitiram trocas de experiências, conhecimentos e tecnologias sociais por meio de reuniões de estudos, oficinas práticas sobre o uso e cultivo das plantas medicinais, produção de metodologias e de material didático. Surgiram desse trabalho, várias cartilhas de formação, porém, neste artigo, focalizamos a cartilha de "*Medicina Caseira*", por apresentar questões referentes às políticas públicas de saúde. Seu conteúdo foi elaborado a partir de indagações e dos conteúdos vivenciados em oficinas com diferentes grupos.

BY NC SA



Na apresentação da cartilha, o grupo afirma que as questões foram selecionadas com base em conteúdos vivenciados em oficinas com "estudantes, lideranças comunitárias, mulheres e homens agricultores do Agreste de Pernambuco" (GASPAPE, 2010, p. 3). O próprio modo de produção do impresso, portanto, indica uma pedagogia baseada na sistematização da experiência e na circulação comunitária dos conhecimentos.

A Educação Popular não se confunde com uma educação simplificada "para os pobres". Ela se constitui na relação entre leitura crítica do mundo, diálogo entre sujeitos e ação transformadora. Quando transposta ao campo da saúde, desloca a centralidade exclusiva do especialista e transforma experiências, perguntas, memórias e práticas comunitárias em pontos de partida do processo educativo. Pedrosa (2024) compreende o cuidado, nessa perspectiva, como ato político comprometido com a superação de opressões.

A revisão de Rückert et al. (2018) mostra que populações do campo mobilizam práticas diversificadas de cuidado, entre elas plantas medicinais, alimentação, apoio familiar, religiosidade e redes comunitárias. Tais práticas não são simples resíduos de um passado pré-científico: respondem à vida no território, ao acesso desigual aos serviços e às formas culturais que dão sentido ao corpo e à doença. Reconhecê-las exige superar tanto a idealização romântica quanto a desqualificação dos conhecimentos não acadêmicos.

**Conhecimentos tradicionais que curam: as plantas medicinais**

Os conhecimentos sobre plantas medicinais são produzidos em longas cadeias de observação, experimentação, memória e transmissão. Famílias e comunidades reconhecem espécies, partes utilizadas, épocas de coleta, formas de preparo e situações em que o cuidado caseiro é considerado apropriado. Essas práticas articulam heranças indígenas, africanas, sertanejas, camponesas e europeias, formando repertórios heterogêneos. A medicina popular nas caatingas, conforme Camargo (2019), evidencia relações entre ambiente, história cultural, disponibilidade vegetal e modos locais de interpretar o adoecimento.

BY NC SA



A transmissão é marcadamente intergeracional e atravessada pelo trabalho das mulheres. Patrício et al. (2022) identificam mulheres idosas, de menor renda e escolaridade, como principais usuárias e transmissoras de conhecimentos sobre plantas na Atenção Primária. Santana et al. (2023), ao revisar estudos em comunidades quilombolas, também demonstram a diversidade de espécies, indicações e racionalidades envolvidas. Deste modo, o uso da flora brasileira como remédio era feito há muito tempo por indígenas, sem registros conhecidos (Argenta et al., 2011).

Portanto, os conhecimentos presentes na cartilha, não se reduzem a um manual de receitas e prescrições de chás caseiros, mas se revelam como um registro político das comunidades. Nele a linguagem da cura também traduz relações de poder, escolhas institucionais e projetos de saúde. Pois, além de orientar sobre o uso das plantas medicinais, maneiras de tratamento, cultivo, uso, manipulação, também apresenta concepções de saúde, as prioridades do estado presentes em determinados contextos.

Portanto, a cartilha define a saúde como direito humano fundamental, indica quais doenças devem ser enfrentadas, quais remédios são recomendados, quem terá acesso e quais são os responsáveis, além de tecer discussões de que, “como direito, à saúde pretendida tem que ser integral, ou seja, envolver o bem-estar físico e mental de todas as pessoas e não apenas se preocupar com medidas curativas” (GASPAPE, 2010, p. 12).

BY NC SA

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
NOVA TERRA

**Figura 1 – Capa da cartilha *Medicina Caseira***




Fonte: GASPAPE (2010).

Ao afirmar que, "o desenvolvimento no uso e no cultivo das plantas medicinais também é um direito de cada pessoa humana e não pode ser negado em nome das indústrias farmacêuticas" (GASPAPE, 2010, p. 12), o documento expressa escolhas políticas e sociais, evidenciando que as práticas de saúde estão diretamente relacionadas às condições econômicas, às políticas públicas e aos interesses da sociedade. Assim, o documento ultrapassa a dimensão estritamente terapêutica, tornando-se testemunho das disputas, dos valores e das concepções que orientam o acesso ao cuidado, evidenciando que, por trás de cada medicamento recomendado, manipulado, há também uma determinada visão de mundo e de sociedade.

BY NC SA



O documento também expressa a identidade cultural e a memória coletiva das comunidades, os conhecimentos nela contidos representam uma estratégia de cuidado humano historicamente construída, vivida e voltada à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao tratamento de enfermidades. Ao reunir os conhecimentos comunitários, a cartilha fortalece o diálogo entre diferentes formas de compreender e cuidar da saúde, reconhecendo que o cuidado humano também se constrói nos quintais, nos roçados, nas comunidades, enfim, nas relações entre as pessoas.

Dessa maneira, a cartilha *Medicina Caseira* constitui não apenas um produto educacional, mas também um registro de experiências e conhecimentos coletivamente produzidos, advindos do cotidiano comunitário, reafirmando a Educação Popular em Saúde como caminho para valorização da cultura, da autonomia comunitária, da defesa dos direitos em saúde e de modos de viver solidários, autônomos e mais saudáveis.

**Metodologia**

Trata-se de pesquisa qualitativa, documental, de caráter descritivo-interpretativo. O corpus principal é a cartilha *Medicina Caseira*, caderno de formação produzido pelo GASPAPE e publicado em Caruaru em 2010. O arquivo possui dezoito páginas numeradas no projeto gráfico, e reúne apresentação, contextualização histórica, orientações sobre plantas, cultivo, coleta, preparo, fichas de espécies e fórmulas básicas.

A cartilha foi tratada como documento socialmente produzido, e não como repositório neutro. Consideraram-se autoria institucional, público, contexto, linguagem, organização interna, silêncios e finalidades declaradas. A materialidade também integrou a leitura: ilustrações, boxes como “Se ligue!”, perguntas mobilizadoras, instruções em passos e alternância entre explicação política e orientação prática revelam escolhas pedagógicas destinadas a facilitar a apropriação coletiva.

A análise ocorreu em quatro movimentos. No primeiro, realizou-se leitura integral e descrição das seções. No segundo, foram recortadas unidades de sentido relacionadas a direito,

BY NC SA



participação, conhecimento, autonomia, cooperação, ambiente, ciência e segurança. No terceiro, os recortes foram agrupados por aproximação temática. No quarto, os eixos foram interpretados à luz da produção científica de 2018 a 2026 sobre Educação Popular em Saúde, práticas de cuidado no campo, plantas medicinais, atenção primária e saberes tradicionais.

**Análise dos dados**

A análise apresenta os resultados em seis eixos inter-relacionados. Em vez de tratar a cartilha apenas como repertório terapêutico, examinam-se sua forma de produção, os sujeitos a quem se dirige, a concepção de saúde que mobiliza e as relações estabelecidas entre memória, formação, território, participação e segurança sanitária.

Foram constituídos seis eixos analíticos: (1) saúde como direito humano e participação; (2) democratização do conhecimento e crítica à mercantilização; (3) autonomia e cooperação comunitária; (4) cultivo, território e sustentabilidade; (5) diálogo entre saber popular e ciência; e (6) segurança, limites e atualização das recomendações. Os excertos são apresentados com indicação das páginas da cartilha e analisados como enunciados pedagógico-políticos, sem finalidade de confirmar eficácia clínica.

**A cartilha como tecnologia social de memória, formação e cuidado**

A estrutura do documento traduz uma concepção de educação que parte de perguntas. Na apresentação, “Como garantir Saúde? Por que usar plantas medicinais? Como e quais plantas?” são indicadas como questões vivenciadas em oficinas (GASPAPE, 2010, p. 3). A pergunta não funciona apenas como recurso retórico: recupera o movimento problematizador da Educação Popular, em que o conteúdo emerge de situações reconhecidas pelos participantes e retorna à comunidade na forma de material sistematizado.

A cartilha também explicita sua intenção de ampliar a circulação: “organizar estas questões e publicá-las tem a intenção de possibilitar a mais pessoas e organizações que se familiarizem com a temática de maneira [a] exigir os seus direitos” (GASPAPE, 2010, p. 3).

BY NC SA



Sistematizar significa transformar experiências dispersas em memória compartilhável, sem apagar a origem coletiva. O impresso amplia o alcance das oficinas e oferece suporte para novas conversas em casas, escolas, pastorais e associações.

Essa função formativa encontra respaldo nos documentos institucionais. O Estatuto atribui ao GASPAPE a missão de "ampliar conhecimentos populares e científico-pedagógicos" e inclui entre seus objetivos a promoção de cursos, oficinas, plenárias e conferências, bem como a produção de conhecimentos sobre medicina popular e plantas medicinais (GASPAPE, 2008a, arts. 3º-4º). O Regimento Interno organiza grupos temáticos de *Medicina Caseira*, Políticas Públicas, Segurança Alimentar e Nutricional, Gênero e Meio Ambiente e lhes confere a tarefa de produzir e disseminar informações, articular conhecimentos populares e científicos e elaborar conteúdos e procedimentos formativos (GASPAPE, 2008c, arts. 14-16). Desse modo, a cartilha materializa uma política institucional de sistematização da experiência: não é peça isolada, mas parte de uma arquitetura de formação, memória e intervenção social.

**Saúde como direito humano e participação popular**

O primeiro eixo aparece já na apresentação: para o GASPAPE, "intervir nas políticas de Saúde é garantir a efetivação do Direito Humano à Saúde e favorecer a qualificação dessa política" (GASPAPE, 2010, p. 3). O verbo intervir desloca a comunidade da posição de beneficiária para a de sujeito político. Saúde é algo a ser exigido, debatido e qualificado por meio da participação, e não uma concessão de especialistas ou governantes.

Na sequência, a cartilha afirma que "como direito, à saúde pretendida tem que ser integral, ou seja, envolver o bem-estar físico e mental de todas as pessoas e não apenas se preocupar com medidas curativas" (GASPAPE, 2010, p. 12). A formulação aproxima-se da integralidade do SUS e ultrapassa a equivalência entre saúde e medicamento. Embora o restante do documento se concentre em plantas e preparações, esse enunciado estabelece o horizonte interpretativo: remédios caseiros são uma parte do cuidado, não sua totalidade.

BY NC SA



A perspectiva institucional converge com os princípios constitucionais do SUS. O Projeto Político-Pedagógico define como missão articular grupos sociais para fortalecer práticas populares e efetivar o direito humano à saúde pública, universal e de qualidade; também prevê monitoramento das políticas e participação em espaços de cogestão (GASPAPE, 2008b). No plano normativo, universalidade, integralidade e participação da comunidade estruturam o SUS, e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde reconhece diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com o projeto democrático e popular como princípios de ação (Brasil, 2013b).

Assim, a integralidade evocada pela cartilha não significa substituir serviços por remédios domésticos, mas relacionar promoção, prevenção, tratamento, condições de vida e controle social. A participação organizada transforma necessidades territoriais em demanda pública e aproxima a experiência do GASPAPE dos debates contemporâneos sobre democracia sanitária (Paim, 2023).

**Democratização do conhecimento, crítica à mercantilização e bem comum**

O segundo eixo emerge da crítica à indústria farmacêutica. No início, o texto afirma que, embora a indústria se aproxime da natureza e ofereça produtos tecnológicos baseados em plantas, “o objetivo que está por trás desta indústria é apenas o lucro e não a saúde” (GASPAPE, 2010, p. 4). O enunciado é generalizante e deve ser contextualizado, mas revela uma questão legítima: quem controla recursos terapêuticos, define prioridades de pesquisa e se apropria economicamente de conhecimentos produzidos por comunidades?

Mais adiante, a cartilha formula que “o desenvolvimento no uso e no cultivo das plantas medicinais também é um direito de cada pessoa humana e não pode ser negado em nome das indústrias farmacêuticas” (GASPAPE, 2010, p. 12). O conhecimento aparece como bem comum. A produção comunitária de mudas, hortas e preparações reduz dependências, preserva espécies e mantém conhecimentos circulando. Essa democratização, contudo, não equivale a

BY NC SA



negar regulação sanitária: reivindica que normas e evidências não sejam instrumentos de exclusão ou monopolização.

A crítica da cartilha deve ser lida como contestação à transformação do medicamento e do conhecimento tradicional em mercadoria, e não como recusa indistinta da pesquisa farmacêutica. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos busca conciliar acesso seguro e uso racional, reconhecimento das práticas populares, desenvolvimento científico, sustentabilidade e inserção da agricultura familiar na cadeia produtiva (Brasil, 2006). Esse marco é relevante porque a apropriação econômica da biodiversidade pode coexistir com barreiras de acesso e apagamento dos detentores de conhecimentos tradicionais.

Ao mesmo tempo, medicamentos industrializados submetidos a controle de qualidade e avaliação de eficácia são indispensáveis ao cuidado. Uma formulação analiticamente mais rigorosa, portanto, desloca o problema do "lucro" em abstrato para as assimetrias na definição das agendas de pesquisa, na proteção dos conhecimentos comunitários, na formação de preços e no acesso equitativo às tecnologias de saúde (Cherobin et al., 2022).

**Autonomia, cooperação e fortalecimento comunitário**

A autonomia proposta pelo material é relacional. Ela não descreve um indivíduo isolado que se automedica, mas uma comunidade que cultiva, estuda, consulta conhecedores, troca experiências e busca serviços quando necessário. Na seção sobre cultivo, recomenda-se uma "Farmácia Viva" para consumo próprio e sugere-se conversar com a vizinhança para organizar uma horta comunitária. O texto define essa prática como "um exercício de coletividade" que fortalece laços de fraternidade (GASPAPE, 2010, p. 7).

A horta comunitária opera como espaço pedagógico, sanitário e político. Nela, participantes aprendem identificação, manejo, época de colheita, conservação e limites do uso. Também podem discutir água, resíduos, alimentação, agroecologia e acesso à atenção básica. Experiências recentes com agentes populares mostram que hortas de plantas medicinais podem

BY NC SA



integrar ações de territórios saudáveis e sustentáveis, articulando resposta comunitária e formação em saúde (Patrício et al., 2022).

No SUS, no contexto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que inclui terapêuticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais, a Farmácia Viva configurou-se como um serviço organizado que envolve cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de preparações sob responsabilidade técnica e segundo normas sanitárias (Brasil, 2013a). Por isso, não deve ser confundida com qualquer horta doméstica. As hortas comunitárias têm reconhecido valor educativo, ambiental e cultural, mas a indicação terapêutica exige identificação botânica correta, qualidade da matéria-prima, dose adequada e avaliação de contraindicações e interações.

Estudos na Atenção Primária mostram, simultaneamente, potencial para ampliar integralidade e autocuidado e insuficiente formação de profissionais e usuários para o uso seguro (Mattos et al., 2018; Patrício et al., 2022). A autonomia defendida pela cartilha torna-se mais consistente quando se articula à assistência farmacêutica, à equipe de Saúde da Família e à farmacovigilância, em uma relação complementar e não substitutiva.

**Cultivo, território, sustentabilidade e sociobiodiversidade**

O quarto eixo reúne orientações que vinculam cuidado e ambiente. A cartilha recomenda retirar apenas as partes necessárias, evitar colher grande quantidade de uma mesma planta e respeitar momentos do ciclo vegetal. Também orienta manter hortas distantes de fossas, ruas e resíduos químicos, irrigá-las com água potável e rejeitar agrotóxicos (GASPAPE, 2010, p. 7). Esses recortes expressam uma ética de manejo que protege simultaneamente pessoas, planta e território.

A noção de sociobiodiversidade ajuda a compreender essa relação. As plantas não são recursos isolados; fazem parte de ecossistemas, práticas agrícolas, nomenclaturas locais, memórias e redes de troca. A perda de áreas naturais, a urbanização e a desvalorização dos

BY NC SA



conhecimentos entre gerações reduzem tanto a diversidade biológica quanto a cultural. Estudos contemporâneos apontam Farmácias Vivas, hortas comunitárias e agroecologia como estratégias capazes de articular promoção da saúde, preservação e educação ambiental (Macedo et al., 2026).

Os documentos do GASPAPE reforçam essa articulação. Seu Projeto Político-Pedagógico associa medicina caseira, preservação ambiental, segurança alimentar, práticas democráticas e formação técnico-científica e propõe disseminar conhecimentos "políticos e científico-populares" sobre saúde pública, meio ambiente e controle social (GASPAPE, 2008b). Essa concepção dialoga diretamente com a Agenda 2030: o cultivo seguro e comunitário relaciona-se ao ODS 3 (saúde e bem-estar); o acesso à água de qualidade, ao ODS 6; práticas agroecológicas e consumo sustentável, ao ODS 12; proteção da biodiversidade, ao ODS 15; e participação social e instituições democráticas, ao ODS 16 (Nações Unidas, 2015). A aproximação não deve ser anacrônica – os documentos precedem a Agenda 2030 –, mas evidencia a atualidade de uma abordagem que integra saúde, ambiente, alimentação e cidadania.

**Entre o conhecimento popular e a ciência: complementaridade, tradução e conflito**

A cartilha procura explicar as plantas em linguagem próxima da farmacologia: define princípios ativos, drogas vegetais e diferentes formas de extração. Ao mesmo tempo, sustenta que a medicina caseira utiliza a planta integralmente, em contraposição à molécula isolada. Essa comparação busca legitimar práticas comunitárias, mas simplifica relações complexas entre dose, composição, eficácia e efeitos adversos. Plantas integrais também contêm múltiplas substâncias ativas e podem produzir toxicidade ou interações.

O valor analítico do trecho está menos em sua precisão farmacológica do que na tentativa de tradução entre regimes de conhecimento. O texto não recusa a ciência: menciona estudos, Organização Mundial da Saúde, Atenção Primária e SUS. Também orienta consulta a especialistas e reconhece que certos agravos exigem outros tratamentos. Trata-se de uma

BY NC SA



posição de complementaridade crítica, na qual a comunidade reivindica participação na definição do que conta como cuidado válido.

**Segurança no uso das plantas: limites do documento e exigências de atualização**

O sexto eixo é indispensável porque a cartilha inclui indicações, doses e preparações para condições diversas. Algumas recomendações, como duchas vaginais, uso em crianças, tratamento de diabetes e pressão alta, exigem revisão rigorosa. A análise documental não autoriza reproduzi-las como prescrição. Passados dezesseis anos da publicação, evidências, nomenclaturas, regulamentações e alertas sanitários podem ter mudado; uma nova edição precisa ser tecnicamente revisada.

O próprio documento oferece bases para essa atualização. Na seção “Desvantagens”, afirma que o uso deve ser acompanhado por especialista, que plantas podem ser tóxicas ou causar efeitos colaterais e que remédios caseiros não tratam todas as doenças (GASPAPE, 2010, p. 6). Em “Usando corretamente”, alerta para espécies parecidas e nomes populares diferentes (p. 7). Esses trechos devem ganhar maior destaque, antecedendo qualquer ficha terapêutica e incluindo sinais de alarme e orientação para procurar serviço de saúde.

Do ponto de vista farmacêutico, a expressão “natural” não equivale a “inócuo”. Plantas medicinais contêm substâncias bioativas cuja concentração varia conforme espécie, parte utilizada, ambiente, cultivo, colheita, secagem, armazenamento e modo de preparo. Erros de identificação, contaminação microbiológica ou química, doses inadequadas e uso concomitante com medicamentos podem provocar falha terapêutica, toxicidade e interações. Pedroso, Andrade e Pires (2021) ressaltam que o uso seguro depende de informação sobre eficácia, efeitos adversos, contraindicações e interações; Patrício et al. (2022) também apontam lacunas de conhecimento na Atenção Primária.

Consequentemente, uma nova edição da cartilha deve separar memória histórica de recomendação clínica atual, submeter cada monografia vegetal à revisão farmacêutica e botânica, adotar nomenclatura científica, explicitar grupos de risco – gestantes, lactantes,

BY NC SA



crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas – e orientar notificação de eventos adversos e procura imediata do serviço de saúde diante de sinais de alarme.

**Considerações finais**

A análise evidenciou que a cartilha *Medicina Caseira* sistematiza uma experiência educativa vinculada às CEBs e ao GASPAPE, articulando uso de plantas medicinais, formação cidadã e organização comunitária. O documento afirma a saúde como direito humano, valoriza saberes construídos no cotidiano e transforma o cultivo e o preparo em oportunidades de participação, cooperação e cuidado com o território.

Seu conteúdo ultrapassa a dimensão terapêutica. Ao criticar a mercantilização, defender acesso ao conhecimento, propor hortas comunitárias e reconhecer limites do cuidado caseiro, a cartilha registra disputas sobre autoridade, autonomia e políticas de saúde. Ela pode ser compreendida como tecnologia social de memória e formação, produzida por sujeitos que não apenas recebem orientações, mas sistematizam e fazem circular seus próprios conhecimentos.

A leitura atual também revelou limites que precisam ser enfrentados. Indicações e dosagens não devem ser reutilizadas automaticamente; recomendações para grupos vulneráveis e doenças crônicas exigem revisão especializada. Uma reedição deve atualizar nomes científicos, contraindicações, interações, evidências e sinais de alarme, além de incorporar proteção dos conhecimentos, gênero, sustentabilidade e avaliação das práticas.

A principal contribuição do estudo reside em demonstrar que a cartilha opera simultaneamente como documento de memória, dispositivo pedagógico e instrumento de ação política. Essa tríplice função permite compreender a medicina caseira não como oposição simples à biomedicina, mas como campo de negociação entre experiência comunitária, ciência, regulação e direito à saúde. Estudos futuros podem ampliar o corpus com entrevistas de lideranças, comparação entre edições e análise da recepção do material nos territórios, preservando a distinção entre valor histórico-cultural e validade terapêutica contemporânea.

BY NC SA



**Referências**

ARGENTA, S. C.; ARGENTA, L. C.; GIACOMELLI, S. R.; CEZAROTTO, V. S. Plantas medicinais: cultura popular versus ciência. **Vivências**, Erechim, v. 7, n. 12, p. 51-60, 2011.

BOUDENS, Hermínia; GUEDES, Adauto. Formação de comunidades: o horizonte da história das CEBs do Agreste de Pernambuco. *In*: NASCIMENTO, José Almir do; SILVA, Delma Josefa da; MALVEZZI, Amarildo Muniz; MOYA, Thaís Santos (org.). **Ecologia de saberes em perspectivas**: sujeitos, diversidades, fé e política. Recife: UFPE, 2025. p. 23-43.

BRASIL. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 18, de 3 de abril de 2013**. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Anvisa, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 nov. 2013b.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. Medicina popular nas caatingas do Geopark Araripe, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, 2019.

CENTRO NORDESTINO DE MEDICINA POPULAR. **Direito humano à saúde e participação popular.** Olinda: CNMP, 2013.

CHEROBIN, Fabiana et al. Plantas medicinais e políticas públicas de saúde: novos olhares sobre antigas práticas. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e320306, 2022. DOI: 10.1590/S0103-73312022320306.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 92. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2025.

GASPAPE – GRUPO DE ARTICULAÇÃO DE SAÚDE POPULAR DO AGRESTE DE PERNAMBUCO. **Medicina caseira**: caderno de formação. Caruaru: GASPAPE, 2010.

GASPAPE – GRUPO DE ARTICULAÇÃO DE SAÚDE POPULAR DO AGRESTE DE PERNAMBUCO. **Estatuto social**. Caruaru: GASPAPE, 2008a.

BY NC SA



GASPAPE – GRUPO DE ARTICULAÇÃO DE SAÚDE POPULAR DO AGRESTE DE PERNAMBUCO. **Projeto político-pedagógico**. Caruaru: GASPAPE, 2008b.

GASPAPE – GRUPO DE ARTICULAÇÃO DE SAÚDE POPULAR DO AGRESTE DE PERNAMBUCO. **Regimento interno**. Caruaru: GASPAPE, 2008c.

GUERRA, Maria Áurea. As comunidades Eclesiais de Base do Agreste de Pernambuco e o cuidado com a saúde e o meio ambiente. In: NASCIMENTO, José Almir do; SILVA, Delma Josefa da; MALVEZZI, Amarildo Muniz; MOYA, Thaís Santos (org.). **Ecologia de saberes em perspectivas**: sujeitos, diversidades, fé e política. Recife: UFPE, 2025. p. 138-151.

GUERRA, Maria Áurea. **Vida e missão na saúde:** Congregação das Filhas do Coração Imaculado de Maria 1916-2016. João Pessoa: UFPB, 2016.

MACEDO, Suzane Barreiros de; REZENDE, Eliane Garcia; CAMBRAIA, Rosana Passos; MURTA, Nadja Maria Gomes. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2026.

MATTOS, Gerson et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3735–3744, 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: Nações Unidas, 2015.

OLIVEIRA, Alecsandra Maria de; ANDRADE, Julyana Nascimento de. As metodologias da vida em comunidade: uma experiência a partir da vivência nas CEBs do Agreste de Pernambuco. *In*: NASCIMENTO, José Almir do; SILVA, Delma Josefa da; MALVEZZI, Amarildo Muniz; MOYA, Thaís Santos (org.). **Ecologia de saberes em perspectivas**: sujeitos, diversidades, fé e política. Recife: UFPE, 2025. p. 59-69.

PAIM, Jairnilson Silva. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 34-47, 2023.

PATRÍCIO, Karina Pavão et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 677–686, 2022.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular em Saúde e democracia: um posicionamento na perspectiva da educação popular. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, 2024.

BY NC SA



PEDROSO, Reginaldo dos Santos; ANDRADE, Géssica; PIRES, Regina Helena. Plantas medicinais: uma abordagem sobre o uso seguro e racional. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310218, 2021.

RÜCKERT, Bianca et al. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903–914, 2018.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Plantas medicinais em comunidades quilombolas: revisão integrativa. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2023.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.