



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA
E INDÍGENA

CARLIENE SOUSA DE JESUS

MEMÓRIAS ANCESTRAIS:

Uso de práticas tradicionais em saúde na comunidade
quilombola Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba)

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2022

Biblioteca do Centro de Saúde – CCS/UFRB

J58

Jesus, Carliene Souza de

Memórias ancestrais: uso de práticas tradicionais em saúde na comunidade quilombola Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba)/ Carliene Souza de Jesus– Santo Antônio de Jesus, 2022.

98 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Raquel Souzas.

Dissertação (Mestrado Profissional– Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena)- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, 2022.

1. Medicina tradicional Africana. 2. Comunidades quilombolas. 3. Quilombo Tabuleiro da Vitória (Cachoeira, BA). 4. Decolonialidade. I. Souzas, Raquel. II. Título.

CDD: 615.53

CARLIENE SOUSA DE JESUS

MEMÓRIAS ANCESTRAIS:

Uso de práticas tradicionais em saúde na comunidade
quilombola Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba)

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da População Negra e Indígena.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:

Dra. Raquel Souza, UFBA- presidente

Dra. Liliane de Jesus Bittencourt, examinadora externa, UFBA

Dr. Djanilson Barbosa dos Santos, examinador interno, UFRB- titular

Dra. Amália Nascimento do Sacramento Santos, examinadora suplente, UFRB

Santo Antônio de Jesus

2022

Dedico à minha mãe Elianeide Dias de Sousa e
à minha avó Maria Dias de Sousa (*In
memoriam*).

“Só sabemos quem nós somos se soubermos de onde viemos. É preciso olhar para o passado para entender o presente. Só sabendo de onde viemos e quem nós somos, conseguiremos olhar e construir coletivamente o futuro emancipatório do e para o nosso povo”
(SANKOFA, filosofia africana).

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a mim mesma, por não ter desistido deste ciclo de formação em nível de mestrado, que é tão importante para minha trajetória profissional, acadêmica e pessoal; por ter insistido mesmo quando por diversas vezes pensei que não seria capaz. Cada passo dado no percurso do mestrado foi obtido pela tenacidade e persistência para, no final, ser conquistado. Pude descobrir e redescobrir o significado de tudo que me fez chegar até aqui, para no final deste ciclo constatar que posso muito mais, do que é traçado para mulheres negras neste país. Agradeço a minha ancestralidade espiritual africana, que me alimenta e me dá força e a Deus; às mulheres da minha vida, minha mãe Elianeide Dias de Sousa, minha irmã gêmea Carliane Sousa de Jesus e Louise de Sousa Conceição (irmã) pela paciência, companhia e amor. Aos amigos pessoais e colegas de mestrado, que me ouviram, me incentivaram. Agradeço especialmente a Marina Mendes, amiga constante durante a pós-graduação.

Agradeço a cientista, intelectual, mulher, negra, Prof. Dra. Raquel Souzas, minha orientadora. Ela segurou minha mão e construiu a pesquisa junto comigo. Nossos encontros, apesar de virtuais, sempre muito acolhedores. Em breve espero agradecer pessoalmente. Sou muito grata também a Deise Queiroz, professora, amiga da UFRB que me incentivou a fazer a seleção para o mestrado me lembrando da importância de ocuparmos os espaços acadêmicos. A prof. Dra. Denize Ribeiro e ao grupo de pesquisa NEGRAS e a todos os professores do mestrado profissional em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB, por todo aprendizado e convívio intelectual instigante.

Agradeço especialmente ao Quilombo Tabuleiro da Vitória que me recebeu tão bem, com tanto carinho, mesmo durante a emergência sanitária da pandemia causada pela COVID-19. À Maria de Totó, que me recebeu em sua casa e desde o primeiro contato, apoiou e incentivou a construção dessa pesquisa, destacando a importância de visibilizar a comunidade Tabuleiro da Vitória. Agradeço a cada uma das mulheres, interlocutoras, que deram corpo e sentido a memória e ancestralidade do povo negro quilombola.

Por fim, agradeço a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia que incentiva a capacitação de seus servidores.

RESUMO

Os conhecimentos tradicionais em saúde, com uso de plantas, são disseminados por meio de práticas de cuidado nas comunidades tradicionais quilombolas. A rede de cuidados é tecida no cotidiano por rezadeiras, parteiras e curadores, reconhecidos em seu território por seu conhecimento. É parte do acervo de práticas e tecnologias de cuidado em saúde auto gestados. A presente dissertação tem como objetivo geral conhecer as práticas de cuidados e de saberes tradicionais e ancestrais em saúde utilizados na comunidade quilombola Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba) , a partir de uma metodologia de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, como e em que circunstâncias são usadas as plantas na Comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória, do município de Cachoeira-Ba. Os dados foram obtidos por meio da interlocução com praticantes da medicina tradicional que fazem o uso de plantas para o autocuidado e cuidado à saúde. A análise de conteúdo temático foi utilizada para obtenção das informações que permitiram a descrição das práticas de cuidado à saúde, os elementos de contexto, bem como os sentidos atribuídos aos cuidados. Como resultado foi possível mapear e reconstituir a rede de cuidados e de cuidadores, inventariar ervas, assim como técnicas de cuidados, tais como rezas, banhos de folhas, xaropes, defumação e beberagem baseados em conhecimento e práticas tradicionais. A partir do escrutínio das técnicas e conhecimentos das plantas, partimos para o diálogo com perspectivas decoloniais e interculturais, com intuito de intensificar o debate sobre saberes comunitários auto gestados. Com isso pôde-se concluir que os conhecimentos, via recursos da tradição oral e memória coletiva, ancoram o sagrado na comunidade. Tais conhecimentos associados à ancestralidade negra-indígena, demarcam o pertencimento ao território quilombola e subsidiam um amplo e variado conjunto de técnicas com uso de plantas cultivadas no território comunitário. A rede de conhecimentos de plantas medicinais e seu uso, em circunstâncias de recursos econômicos escassos, são a base de sustentação e autogestão dos cuidados à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidades quilombolas; Medicina tradicional Africana; Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba); Decolonialidade.

ABSTRACT

Traditional health knowledge with the use of plants is disseminated through care practices in traditional quilombola communities. The care network is created in a daily life by professional mourners, midwives and healers that are recognized in their territory for their knowledge and this network takes part in self-managed health care practices and technologies. This work aimed to study the care practices and traditional and ancestral knowledge in health employed in the quilombola community of Tabuleiro da Vitória (Cachoeira-Ba). It describes, using an exploratory and qualitative approach, how and under what circumstances plants are used in the community. Data were obtained through dialogue with practitioners of traditional medicine who use plants for self-care. Thematic content analysis was used to obtain information that allowed the description of health care practices, context elements, as well as the meanings attributed to care. As a result, it was possible to map and reconstitute the network of care and caregivers, do an inventory of the herbs used, as well as the care techniques, such as prayers, leaf baths, syrups, incenses and beverages based on the traditional knowledge and practices. From the analysis of techniques and knowledge of plants, we started to dialogue under decolonial and intercultural perspectives in order to intensify the debate about self-generated community knowledge. It could be concluded that knowledge, via resources of oral tradition and collective memory, anchors the sacred in the community. Such knowledge, associated with African and indigenous ancestry, marks the feeling of belonging in the quilombola territory and subsidizes a wide and diversified set of techniques using plants cultivated in the common territory. The knowledge network of medicinal plants and their use, in circumstances of scarce economic resources, are the basis for sustaining and self-managing health care.

Key words: Quilombola communities; African traditional medicine; Tabuleiro da Vitoria (Cachoeira- Ba); Decoloniality.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMQTV	Associação de Mulheres do Quilombo Tabuleiro da Vitória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença viral por SARS-Cov-2
EPI	Equipamento de proteção individual
FEBRAICA	Formação e especialização brasileira e internacional de Apeliania- LTDA
HIPERDIA	Programa de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS
RTID	Relatório Técnico de Identificação e Delimitação
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19
SEPROMI	Secretaria de Promoção da Igualdade Racial
SISGEN	Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UFRB

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Associação de Mulheres Quilombolas do Tabuleiro da Vitória.	22
Figura 2. Rua de acesso a casa de Maria de Totó, Quilombo Tabuleiro da Vitória.	22
Figura 3 Vista da casa de D. Bibita. Cachoeira /BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória.	23
Figura 4. Limpeza dos mariscos na porta da casa de D. Ângela e caranguejo mariscado por D. Bibita.	23
Figura 5. Maria de Totó, Liderança Quilombola, Associação de Mulheres Quilombolas Tabuleiro da Vitória.	35
Figura 6. Mirante Tabuleiro da Vitória- Rio Paraguaçu.	36
Figura 7. Quarto-república para receber pesquisadores e turistas na casa de Maria de Totó.	36
Figuras 8. D. Vandinha no quintal de sua casa.	37
Figura 9. D. Rosa.	38
Figura 10: D. Maria da Conceição.	38
Figura 11: Quintal da casa da mãe de D. Balbina.	39
Figuras 12: D. Ângela.	40
Figura 13: D. Pirrucha me mostrando seu cachimbo e dizendo que é o segredo de sua saúde.	40
Figura 14. D. Bibita me rezando de olhado.	41
Figura 15: D. Vandinha me rezando de olhado.	51
Figura 16: Pião, planta utilizada para reza de olhado.	55
Figura 17: D. Balbina em terreno em frente à sua casa mostrando as plantas utilizadas no xarope.	56
Figura 18: Quintal da casa de D. Vandinha.	57
Figura 19: D. Vandinha coletando plantas em seu quintal.	58
Figura 20: Altar na sala de D. Balbina.	59
Figura 21: Cartilha, página 1.	67
Figura 22: Cartilha, página 2.	68
Figura 23: Cartilha, página 3.	69
Figura 24: Cartilha, página 4.	70
Figura 25: Cartilha, página 5.	71

Figura 26: Cartilha, página 6.	72
Figura 27: Cartilha, página 7.	73
Figura 28: Cartilha, página 8.	74
Figura 29: Cartilha, página 9.	75
Figura 30: Cartilha, página 10.	76
Figura 31: Cartilha, página 11.	77
Figura 32: Cartilha, página 12.	78
Figura 33: Cartilha, página 13.	79
Figura 34: Cartilha, página 14.	80
Figura 35: Cartilha, página 15.	81

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Descrição das práticas realizadas pelas terapeutas tradicionais do Tabuleiro da Vitória. 62
- Quadro 2.** Descrição das plantas medicinais citadas e suas funcionalidades. 64

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo Geral	17
1.2 Objetivos Específicos	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Saberes tradicionais em saúde: memórias vivas e ancestrais	18
2.2 Quilombo Tabuleiro da Vitória: certificação, um mecanismo de sobrevivência	19
2.3 Plantas medicinais	24
2.4 Plantas medicinais e aplicabilidade no SUS	26
2.5 Colonialidade do Saber: Decolonizando práticas tradicionais em Saúde	28
3. MÉTODO DA PESQUISA	32
3.1 Contexto da Pesquisa	32
3.2 Sujeitos da Pesquisa	42
3.3 Técnicas de Produção de Dados	43
3.4 Tratamento dos Dados Coletados	43
3.5 Aspectos Éticos	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Ser Quilombola	46
4.2 Itinerário de cuidado em saúde	48
4.3 Práticas de cuidado em saúde: Saberes tradicionais	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	90
Apêndice A- Cronograma de Execução do projeto	91
Apêndice B- Orçamento	92
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
Apêndice D- Termo de Autorização de Áudio e Imagem	97
Apêndice E- Roteiro de Entrevista Semiestruturada	98

1. INTRODUÇÃO

A população negra sofre com maiores taxas de morbimortalidade por causas e agravos evitáveis, quando comparada à população autodeclarada branca e os dados epidemiológicos da pandemia por COVID- 19 evidenciam esta realidade. A pandemia atingiu o mundo em março do ano de 2020 e a população negra foi gravemente acometida pela doença (ARAÚJO et al, 2020). A variável raça/cor só foi inserida nos dados epidemiológicos sobre a pandemia após pressão de movimentos sociais negros. Uma outra evidência de que a população negra sofre mais com agravos evitáveis é a alta taxa de mortalidade materna associada ao percurso reprodutivo de mulheres negras com abortamento durante a gestação; são mais vulneráveis e enfrentam dificuldades no acesso à atenção à saúde hospitalar em um pós-aborto ou ao acompanhamento gestacional como o pré-natal nas unidades de atenção primária a saúde (GOES, 2018; COELHO et. al, 2022). Tais agravos à saúde estão intimamente relacionados ao racismo institucional, que se caracteriza pela ausência de abordagem antirracista nas instituições e que oferecem serviços de baixa qualidade, sem um real impacto nas condições de vida das pessoas e comunidades negras, quilombolas e tradicionais. Segundo Jurema Werneck (2016), a saúde da população negra sofre com os efeitos do racismo, principalmente quando se trata de saúde das mulheres negras. Sem agregar o conceito de raça, linguagem, cultura, crença, orientação sexual, local onde se vive, noção de cuidado à saúde, se produz e perpetua os privilégios, estabelecendo assim métodos de exclusão, onde quem não domina a linguagem, técnica, procedimentos e cultura institucional, quem não tem condições de se deslocar, seja pela distância, seja pelo custo, se torna uma pessoa impedida de ter acesso ao modelo oficial de assistência à saúde, centrada no modelo biomédico.

O peso e a hegemonia dos saberes instituídos pela sociedade ocidental, impõe um regime de exclusão e de discriminação às comunidades. Seus saberes, localizados num outro espectro de conhecimento, escapam à racionalidade e aos regimes de legitimação da ciência moderna ocidental. A exclusão sistemática e estruturada das pessoas e suas comunidades dos serviços de saúde faz com que os cuidados à saúde, via saberes tradicionais, permaneçam como o único recurso disponível às pessoas das comunidades negras, quilombolas, por ser auto gestado. As práticas subsidiadas pelo saber comunitário adquirem sentido e força por sua capacidade de promover autonomia às pessoas. As mulheres “resistem” com seus conhecimentos históricos, tradicionais e ancestrais, orientando não apenas a cura dos corpos, mas do próprio espírito.

O cuidado está intrinsecamente relacionado aos recursos socioambientais do território em que vivem. E daí decorre uma compreensão específica de saúde e bem-estar que dialoga com os recursos potenciais existentes ali, que cria condições para uma autogestão da saúde conectada a coletividade. A perenidade do uso de práticas tradicionais para o cuidado à saúde está associada à própria forma de transmissão de conhecimentos, de educação dos afetos e de constituição de um tipo de pensamento produzido na e pela comunidade. O processo de individuação, inerente a cultura ocidental, traz como consequência a ruptura com o modo de existência, com a rede de afetos e de coexistência com outras formas de ser dadas pela natureza do lugar. O esgarçamento das relações comunitárias é continuamente alimentado pelo alheamento de si e da vida na e em comunidade, reiteradamente alimentado pelo processo de colonização do ser, do saber e do pensamento, como afirma Quijano (2002).

Para Boaventura de Sousa (2009) compreender uma cultura a partir de outra, não é algo fácil, por isso ele propõe a ideia de hermenêutica diatópica, que trata de incompletudes. Há na história da ciência inúmeras tentativas, fracassadas, de formulação de teorias que tentam abarcar tudo.

Pensar teorias científicas a partir da concepção de completude é um objetivo inatingível e, somente através do reconhecimento mútuo de incompletudes, é possível abrir espaços para o diálogo intercultural. A premissa da completude é equivocada frente a própria natureza da ciência. O autor também apresenta como problemática o legado narcísico dos colonizadores. No Brasil tal herança é traduzida por um conjunto de privilégios de determinados grupos, que só podem ser questionados no embate ético-político e nas disputas por legitimidade e poder. É preciso criar ações que impactem no âmbito da justiça cognitiva. Boaventura (2009) destaca que a opção pelo fechamento cultural de certas nações, frente ao avanço das transformações sociais, pode na prática ser uma medida autodestrutiva. A insistência no diálogo intercultural é o que impossibilita a completa dominação e subserviência colonial. A ecologia dos saberes questiona a monocultura de um tipo de conhecimento e de rigor científico, parte do princípio da incompletude inerente aos saberes instituídos. O diálogo entre saberes distintos faz superar a monocultura científica e o apagamento dos outros. É preciso, do ponto de vista ético-político, superar a conotação de subalternidade comumente atribuída a medicina tradicional (BOAVENTURA, 2009). Diante disso, faz-se o seguinte questionamento: como se constituem as práticas de cuidados e saberes tradicionais em saúde na Comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória, no município de Cachoeira-BA?

1.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer as práticas de cuidados e de saberes tradicionais e ancestrais em saúde utilizados na Comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar quais saberes e práticas tradicionais são empregadas no cuidado de si e das pessoas da comunidade;
- Conhecer o contexto de uso de saberes e práticas tradicionais no cuidado à saúde de uma comunidade quilombola;
- Analisar o discurso de usuários e produtores de práticas tradicionais quanto à eficácia do tratamento com plantas medicinais;
- Identificar quais os principais atores da rede de cuidado tradicionais em saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saberes tradicionais em saúde: memórias vivas e ancestrais

O corpo é a memória ancestral. É através do corpo que as culturas, os valores e as práticas são transmitidos e preservados no ato de cuidar, na relação com os outros e com a natureza “*Em nossos corpos estão grafados o nosso acordo, a nossa história ancestral que não é apenas de DOR. É conhecimento e potência de vida, vitalidade, criatividade e encantamento*” (MACHADO; OLIVEIRA, p. 9, 2022). Os saberes ancestrais surgem da experiência de cada corpo e podem ser expressados pelo olhar sensível, pela escuta, vivência e oralidade e os territórios se evidenciam como os locais onde as raízes ancestrais e saberes se expressam.

Os saberes tradicionais, por vezes, retomam memórias e histórias da escravidão e o uso de plantas curativas para cuidar de si e curar doentes e feridos. É um dispositivo social que ativa memórias e inscreve no tempo presente os saberes antigos. Denize Ribeiro (2018) traz a afetividade como o elemento que tece as relações do cotidiano e que faz das práticas de cuidado à saúde o fio condutor da resistência por meio do cuidar/ cuidado.

O autocuidado através do uso de chás caseiros, raízes e outras práticas culturais e religiosas como as rezas, conecta a necessidade de preservação do meio ambiente, de alimentação adequada, dando prioridade aos alimentos produzidos pela comunidade (RIBEIRO et al, 2020). As práticas terapêuticas enraizadas nas memórias são disseminadas através de cuidados com os filhos, familiares, chegam aos vizinhos e à comunidade tornando-se uma rede de saberes e cuidados, onde é possível o reconhecimento de pessoas com habilidade de rezar, parteiras e curadoras. Borges (p.8, 2019) cita os saberes tradicionais em saúde como um processo visto até hoje para muitos pesquisadores com desconfiança e ironia, incluindo a ideia do estudo da temática de saberes tradicionais como um tipo de estudo folclórico:

Porém, indo na contramão dessas concepções, percebemos que esse universo se constitui como parte de um legado histórico [...], testemunho da permanência das culturas africana e indígena que ao longo dos séculos sofreram forte combate seja pela vertente religiosa, onde sobreviveu aos ataques de cristãos, ou dos sistemas oficiais de saúde, onde foram criminalizadas a partir do movimento higienista surgido no século XIX. (OLIVEIRA, 1985 apud BORGES, 2019, p.8).

Ainda para Borges (2009), mesmo com intervenções e tentativas de apagamento dos saberes tradicionais, a população não deixa de buscar serviços com benzedeadas e rezadeiras. Essas mulheres ainda conseguiam exercer o status de curandeiras mesmo contra as leis e decretos oficiais. Como diz o próprio autor:

Chama a atenção o fato de elas se apresentarem-se como verdadeiros arquivos vivos das experiências do passado indígena e afrodescendente da sociedade brasileira. Muitas experiências nomeadas pejorativamente como “primitivas” ou “inferiores”, incluindo-se as práticas voltadas para o universo da saúde física e psíquica do ser humano, continuam levando bem estar e amenizando o sofrimento de muitas pessoas. Porém, ainda se constitui desafio considerável rastrear a história religiosa dessas comunidades. Representadas por seus anciãos e anciãs que guardam as memórias ancestrais, individuais e coletivas, das realizações e práticas culturais, torna-se imprescindível o estudo da oralidade desses representantes para se compreender o contexto em que estão inseridos, bem como este os influencia (BORGES, 2019, p.8).

Em alguns trechos do seu livro “*Colonização, Quilombos. Modos e Significações*”, Santos (2019, p.9) apresenta como o catolicismo promoveu *um verdadeiro genocídio cultural*. A escravidão no Brasil tentou a todo custo destituir os valores socioculturais, identitário, religioso e coletivo dos colonizados. De forma que é notório hoje, em pleno século XXI, a negação e resistência cultural contra qualquer forma de apresentação do uso de saberes e práticas ancestrais, com uso de conhecimento com plantas medicinais, mesmo dentro dos quilombos. O apagamento realizado quer promover a descrença, desvalorização, demonização de práticas tradicionais de nossos ancestrais, e é um dos traços mais perversos da colonização (SANTOS, 2019). O cuidado à saúde é uma prática histórica e ancestral e tem como base conhecimentos de origem afro-indígena. As plantas podem e estão envolvidas geralmente em práticas ritualizadas no cotidiano; como banhos de purificação, comidas, remédios, rezas, incensos, defumadores e ligadas a algum orixá ou divindade espiritual, que determina o poder mágico e curativo para cada planta. Essa ligação, em parte, conecta-se ao sagrado e a religiosidade, soma-se ao conhecimento empírico, um tipo de medicina leiga. O discurso segundo Santos (2019) faz com que dentro da própria comunidade quilombola o uso dos saberes e práticas com uso de plantas medicinais parte do processo de resiliência e de um movimento contra o apagamento e demonização da cultura negra.

2.2 Quilombo Tabuleiro da Vitória: certificação, um mecanismo de sobrevivência

Até a Lei Áurea, em 1888, os quilombos eram vistos como espaços de organização criminosas e a palavra *quilombo* não foi usada por muito tempo por ter sido associada ao crime. Havia também a criminalização de práticas como a capoeira e qualquer atividade que remetesse à cultura afro, como falar a própria língua, praticar cultos e festas no período Republicano (1889-1930). O enfrentamento dessas questões foi o início da trajetória de luta e resistência para sobrevivência dos povos dos quilombos após o fim da escravidão (SANTOS, 2019).

A palavra *quilombo* foi trazida para o Brasil pelos africanos remetendo a povos de *língua bantu*, como os *Imbangala*, os *Mbundu*, os *Kongo*, os *Ovimbundu* e os *Lunda*, apesar de ser

originariamente da língua umbundu (CALHEIROS; STADTLER, 2010, p.3). No Brasil, o Quilombo dos Palmares marcou a história de lutas negras e se tornou a principal referência, quando se fala em “quilombo”. As comunidades negras permanecem como alvos de ataques ao seu modo de vida, expressão cultural, identidade e território. As tentativas de apagamento e substituição de saberes tradicionais e da cultura afro-brasileira foi um processo sangrento, com confrontos físicos e muitas mortes. Brandão (2018), traz a discussão sobre a definição das comunidades remanescentes quilombolas e apresenta a portaria nº 98/2007 da Fundação Palmares que permite às comunidades quilombolas acesso às políticas públicas voltadas para as mesmas e o artigo 2º do Decreto Federal nº 4887/2003 que as define como “comunidades de grupos étnico-raciais”. O reconhecimento oficial possibilitou, segundo a autora, a identificação dessas comunidades para a fim de delimitação, demarcação e reconhecimento de titulação das terras ocupadas pelos remanescentes quilombolas, visto que a regulamentação é baseada neste decreto.

Com isso, fazer referência a quilombo é falar de resistência, de luta política e de ancestralidade. Os quilombos atualmente se referem a espaços de participação de grupos étnico-raciais com relações territoriais específicas e resistência à opressão histórica, política e governamental. A questão de raça/etnia e economia influenciam nas condições de saúde das pessoas e, em territórios como os quilombos essa influência está voltada para a precarização ou a falta de oferta de serviços de saúde (SANTOS; SILVA, 2014).

O território quilombola está associado à sua relação com a religiosidade, produção coletiva, cultura e ancestralidade sendo esta última característica o fio que tece a identidade quilombola, muitas vezes visto de forma estereotipada, remetido a abolição da escravidão em 1888 (FURTADO, 2013).

A luta pela manutenção do território é incessante, mesmo entre aquelas comunidades que detêm toda a documentação comprobatória e reconhecida a sua posse pelos órgãos governamentais. As comunidades quilombolas ao longo dos anos vêm sofrendo com perdas de territórios e recursos naturais com o avanço industrial, rodovias e desmatamento. Somado a isso, também apresentam renda familiar insuficiente, escolaridade baixa, pobreza extrema e serviços de saúde ineficazes. Alguns povos quilombolas estão em uma disputa que já dura anos para que suas terras sejam reconhecidas e obtenham titulação. Enquanto isso, a falta de recursos básicos se torna cada vez mais evidente.

O conceito de povos e comunidades tradicionais surgiu da existência da diversidade e coletividade e sua relação com os recursos da natureza, estratégias de organização em grupos/povos, identidade coletiva e lutas políticas no âmbito étnico racial por direitos da

coletividade, forma de ocupação territorial, conservação ambiental, práticas de conhecimentos tradicionais e culturais como meio de sobrevivência.

A comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória, fica em Cachoeira (Ba) é uma das diversas comunidades quilombolas que carregam esse histórico de luta, resistência e manutenção de suas memórias vivas ancestrais. Possui em torno de 324 famílias, segundo a líder Quilombola Maria de Totó e usam a agricultura familiar e mariscagem como principal fonte de renda e subsistência (Figuras 1 a 4). O produto da mariscagem e agricultura familiar são vendidos na feira livre de Cachoeira e para consumo entre moradores. Tanto a mariscagem como a agricultura familiar são atividades que são realizadas em coletivo e a divisão dos ganhos é feita de acordo com a produção e coleta. Caranguejo, mexilhão, sururu, aipim, batata, feijão, verduras são alguns dos produtos responsáveis pelo sustento dos quilombolas do Tabuleiro da Vitória. Muitos moradores contam também com ajuda de projetos sociais e recursos captados por editais, que só foram possíveis após a certificação e reconhecimento do Tabuleiro da Vitória em 2013 pelo INCRA. Dona Maria de Totó, como fundadora e presidente da associação moradores, inscreve a comunidade em projetos que sejam voltados o desenvolvimento local. O processo de certificação e reconhecimento do Quilombo Tabuleiro da Vitoria foi moroso, sofrido e com muitos conflitos, mas no momento é a única forma legal para que a comunidade tenha um mínimo de direitos garantidos pelo Estado.



Figura 1: Associação de Mulheres Quilombolas do Tabuleiro da Vitória, Quilombo Tabuleiro da Vitória, Cachoeira-BA. FOTO: Carliene Sousa, 18/08/22.



Figura 2: Rua de acesso a casa de Maria de Totó, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 18/08/22.



Figura 3: Vista da casa de D. Bibita. Cachoeira /BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 18/02/22.



Figura 4: Limpeza dos mariscos na porta da casa de D. Ângela e caranguejo mariscado por D. Bibita. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 18/02/22.

2.3 Plantas medicinais

O uso de plantas e ervas como prática de cuidado à saúde e a variedade de sua utilização pode ser influenciada também pela carência dos serviços de saúde (FREITAS et al, 2018). Existem registros do uso de plantas medicinais desde 2.800 AC (Pen Ts'ao escrito por Shen Numg) na China, assim como também no Egito em 1.500 a. C (Papiro de Ebers) (ALMEIDA, 2011). Já o estudo com extração de substâncias com potencial terapêutico de espécies vegetais começa a ser realizado no século XVI por Paracelso, um físico suíço, sendo provavelmente o início da noção da existência de princípio bioativo das plantas, entretanto só no século XVIII surgiram os primeiros fitofármacos (ALMEIDA, 2011). Antes mesmo da humanidade desenvolver tecnologias e conhecimento científico para estudar e avaliar os princípios ativos das plantas e comprovar sua eficácia, as plantas já eram utilizadas por povos através de suas culturas e saberes seja para alimentação, para cura de enfermidades ou rituais religiosos.

A RESOLUÇÃO-RDC 14/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA- define plantas medicinais como:

Espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos e droga vegetal como “planta medicinal, ou suas partes, que contenham as substâncias, responsáveis pela ação terapêutica [...] podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada” (ANVISA, 2010 p.1).

As plantas medicinais, ao contrário dos fitoterápicos não são manipuladas e possuem em um ou mais órgãos (folhas, raízes, caules, flores) princípios ativos com propriedades terapêuticas. O potencial bioativo de uma planta é confirmado através de uma triagem fitoquímica, podendo apresentar compostos bioativos como fenólicos, flavonoides, óleos essenciais, alcaloides, carotenoides, taninos, terpenóides ou outros compostos oriundos do metabolismo secundário das plantas (PERES, 2004).

O uso elevado de determinada planta medicinal em uma comunidade pode apontar, por exemplo, a deficiência de recursos básicos, como o acesso a água potável. Em um estudo sobre o uso de plantas para tratamento de transtornos gastrointestinais (diarreia, enjoos, dor no estômago, úlceras, verminoses) feito na comunidade Rio Urubueua de Fátima em Abaetetuba no Pará, foi verificado que de 74 receitas mais citadas pelos membros da comunidade para o trato gastrointestinal, 24 foram voltadas para diarreia. Nove plantas citadas constam na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) sendo estas o hortelã (*Mentha* sp.), caju (*Anacardium occidentale* L.), goiaba (*Psidium guajava* L.), boldo (*Vernonia condensata* Baker.), marupazinho (*Eleutherine plicata* Herb.), arruda (*Ruta graveolens* L.),

jucá (*Libidibia ferrea* (Mart. ex. Tul.), barbatimão (*Stryphnodendron* sp.) e mastruz (*Chenopodium ambrosioides* L.) (GOIS et. al, 2016).

Além de atividades anti-inflamatórias, antimicrobianas, antioxidantes e cicatrizantes, estudos apontam também atividade antitumoral em algumas ervas medicinais, inibindo o crescimento e proliferação de células tumorais como é caso do extrato da calêndula (MOREIRA, 2015). Embora haja discussão sobre o uso de plantas para o tratamento ou controle dos efeitos colaterais em pacientes oncológicos, é importante destacar sobre a interação medicamentosa do uso de plantas medicinais e o tratamento quimioterápico e medicamentoso. O que pode ser levado em consideração não somente para o tratamento do câncer, como para qualquer outra patologia. Desmistificar a ideia de que o consumo de produtos naturais, como as plantas medicinais, pode não fazer mal ao organismo é de suma importância, por isso se fazem necessárias pesquisas voltadas para uso seguro das plantas e para a capacitação de profissionais de saúde para orientar quantos aos riscos, reações e interações adversas (OLIVEIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2014).

A emergência de saúde pública iniciada em janeiro de 2020 causada pelo vírus SARS-CoV-2 responsável pela doença COVID-19, que mais tarde foi caracterizada como pandêmica, forçou o Brasil e o mundo a parar por quase dois anos. Universidades, comércios, empresas foram obrigados a fechar e iniciar um novo formato de estudo, trabalho e rotina. Alguns setores só voltaram a funcionar presencialmente após dois anos da pandemia, e com início da vacinação da população. A terapia tradicional recebeu destaque e ocorreu um aumento de sua procura a fim de fornecer mais uma opção de cuidado, autocuidado, conforto aos profissionais de saúde que estavam na linha de frente no processo de cuidar dos doentes hospitalizados por COVID-19, e aqueles que viviam a quarentena em casa (NASCIMENTO; PRADE, 2020).

O uso de plantas medicinais como remédio caseiro para fortalecer a imunidade e alívio de sintomas gripais como prática tradicional é muito comum e a maioria das pessoas que optam por esse tipo de cuidado cultivam plantas em sua própria casa, pedem a vizinhos ou compram em feiras livres ou em lojas de produtos naturais. Durante a pandemia houve um crescimento do consumo de chás de plantas como hortelã, camomila, gengibre, canela, alho de 2 a 3 vezes por semana (BRAGA; SILVA, 2021), plantas essas que tem eficácia comprovada e estão descritas no RENISUS para alívio de sintomas gripais e fortalecimento da imunidade.

Diante desse cenário, pode-se inferir que a eficácia das plantas medicinais está associada a diversos fatores, existe uma lacuna entre os saberes populares e sua incorporação científica, e essa lacuna é ainda maior entre as políticas públicas e os saberes tradicionais. Para atender as

demandas da população negra e os povos quilombolas, as políticas públicas e os profissionais que atuam na saúde precisam pensar em termos de interculturalidade no processo de cuidar.

2.4 Plantas medicinais e aplicabilidade no SUS

O uso de plantas medicinais pode ser benéfico ou nocivo dependendo da quantidade ou dose utilizada (MATOS, 2021). É necessário salientar a importância de respeitar os saberes tradicionais e culturais dos povos acerca do uso das plantas. E entender que as plantas medicinais estão inseridas há séculos em algumas comunidades, sendo que para alguns povos esta é a única opção de tratamento devido ao baixo custo em contraposição à dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade. A interação entre plantas e comunidades é influenciada pelo déficit dos serviços públicos de saúde e os altos valores dos medicamentos (CAVALCANTI; ANDRADE; LIMA, 2020).

Os estudos etnobotânicos em consonância com o saber popular para utilização das plantas medicinais com segurança, permitem a compreensão das interações fisiológicas, bioquímicas e ecológicas presentes no uso da planta. É importante salientar que o meio onde a planta está inserida influencia na qualidade de seus princípios ativos, assim como o clima, forma de coleta e armazenamento interferem no poder medicinal da planta. Existe uma preocupação quanto a perda dessa memória ancestral sobre o conhecimento das plantas nas comunidades. Por isso é importante fomentar o diálogo, a valorização e o estímulo aos jovens para estudos etnobotânicos para que a pluralização dos saberes tradicionais seja possível.

Os mais velhos, figuras importantes nas comunidades, detêm o conhecimento sobre o saber tradicional. Geralmente são as pessoas mais respeitadas pela sua memória e saber e a preservação desses conhecimentos são passados por gerações (BATTISTI et al., 2013). O saber popular é importante para a ciência porque fornece informações relevantes para pesquisas acadêmicas, gerando novos conhecimentos apontando ainda para a importância da Portaria nº 648/2006, que implementou a Política Nacional de Atenção Básica que inclui as plantas medicinais no SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

A PNPMF garante o uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Dentro de suas diretrizes está a inserção do uso de plantas medicinais no SUS com segurança e eficácia e o reconhecimento dos saberes tradicionais como possibilidade de prevenção e tratamento. Além disso, apontam a necessidade da formação e qualificação de profissionais de saúde do SUS, citando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a inserção na grade curricular dos cursos de formação de profissionais de saúde de matérias específicas que falem sobre a produção e uso de plantas medicinais

(BRASIL, 2006). Essa é uma Política Pública aprovada pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. O que reforça a importância de uma prática intercultural associada ao conhecimento dos saberes tradicionais de saúde com uso de plantas, a fim atender as pessoas, respeitando suas vivências, cultura e crenças.

A partir da PNPMF o Ministério da Saúde (MS) criou em 2009 a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), com a finalidade de produzir fitoterápicos e de plantas medicinais no SUS com eficácia comprovada em estudos científicos. A RENISUS atualmente é composta por 71 espécies descritas com nomes científicos. As espécies escolhidas de diversas regiões do Brasil, possuem potencial de realização de cadeia produtiva gerando produtos como os fitoterápicos (BRASIL, 2009).

Em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) surge com o intuito de usar recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais para prevenir e tratar doenças, entretanto o uso desses recursos é visto como tratamentos paliativos. Atualmente essa política possui 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (homeopatia, yoga, auriculoterapia, cromoterapia, entre outras) dentre eles a fitoterapia definida como *“terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”* (BRASIL, 2006, p.18). Segundo o Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, publicado em julho de 2020, os dados parciais do ano de 2019 mostram que *“as PICS estiveram presentes em 17.335 serviços de saúde do SUS, sendo 15.603 (90%) da Atenção Primária à Saúde (APS)”* (BRASIL, 2020, p. 3) e *“na Bahia 1369 estabelecimentos ofereceram serviços de PICS”* (BRASIL, 2020, p. 9), sendo 44 procedimentos voltados à fitoterapia. O relatório traz a problemática da subnotificação dos procedimentos que interferem na avaliação do fornecimento de serviços, problema considerado crônico no SUS assim como também aponta a necessidade de criação de indicadores, que avaliem os resultados das PICS e os impactos das mesmas na saúde pública.

Embora as PICS apresentem para o profissional que executa ações de saúde a humanização nos cuidados em saúde, são poucas as instituições que as executam. E isso depende muito mais do perfil do profissional do que uma prática institucionalizada nas unidades de atenção primária, como programa de HIPERDIA, planejamento familiar e pré-natal. Apesar de ter como proposta multiprofissional, a maioria dos profissionais que oferecem as PICS são médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Tratando-se da fitoterapia, é possível ver pelo Relatório de Monitoramento Nacional das PICS que em dados parciais em 2019 houveram apenas 44

procedimentos ligados a fitoterapia no Brasil, o que pode indicar a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, nas unidades e instituições de saúde sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

Pensando em possíveis ligações entre as práticas de cuidados de saúde com conexões de afetos e sentidos, próprios de uma determinada comunidade, é importante deslocar o olhar para além das dimensões fisiológicas ou relacionadas a fatores biológicos. Conhecendo as práticas tradicionais utilizadas, é possível adequá-las ao tratamento de saúde quando elas ajudam no processo de cura, e reorganizá-las a fim de resgatar sua saúde sem oprimir a religiosidade (SANTOS; SILVA, 2014). Apesar das PICS não apresentarem a discussão da importância da preservação da cultura, memória ancestral de saberes tradicionais em cuidado à saúde da população brasileira, especificamente a cultura afro-indígena, nota-se a necessidade de um debate aprofundado sobre práticas e conhecimentos produzidos pela população negra, quilombola e indígena em seus territórios.

2.5 Colonialidade do Saber: Decolonizando práticas tradicionais em saúde

O colonialismo estruturou a dominação, exploração e escravização não desapareceu completamente da cultura e das práticas institucionais no Brasil. A colonialidade é um fenômeno que estrutura novas formas de poder e aprimora o sistema econômico capitalista. Associado a modernidade nos países subdesenvolvido, busca alinhar as antigas colônias do sul-global aos projetos de desenvolvimento das metrópoles do norte-global, sendo o “eurocentrismo” sua principal característica (QUIJANO, 2005). Para Quijano (2005) a colonialidade é um elemento constitutivo do capitalismo/modernidade, e se reproduz mantendo o controle sobre sul-global, a partir da dominação cultural e submetimento a ordem econômica do Norte-global.

A elaboração intelectual do processo de modernidade produziu uma perspectiva de conhecimento e um modo de produzir conhecimento que demonstram o caráter do padrão mundial de poder: colonial/moderno, capitalista e euro centrado. Essa perspectiva e modo concreto de produzir conhecimento se reconhecem como eurocentrismo (QUIJANO, 2005, p. 11).

Para Mignolo (2017) a colonialidade é a pauta oculta da modernidade e fruto da primeira. É através da ideia de modernidade que o conhecimento elaborado por uma matriz colonial de poder controla, dinamiza e movimenta as engrenagens do capitalismo-moderno-ocidental. A ideia de raça, criada pelo racismo científico moderno-ocidental, constitui-se como uma mola propulsora da dominação cultural e simbólica, em suas diferentes dimensões e níveis da realidade social. A colonialidade do poder subordina e heterodetermina o destino dos povos

colonizados a uma forma de produção de conhecimento e intelectualidade subservientes e revestidos em narrativa ficcional fundada na ideia raça. A dinâmica relacional entre colonizador e colonizado é histórica e socialmente determinada e constitui-se como uma característica importante das relações de poder ainda hoje. Descritas como colonialidade do poder, colonialidade do ser e colonialidade do saber, a identificação deste fenômeno contemporâneo nas estruturas e instituições sociais, é uma etapa importante para a pensar um mundo decolonizado.

Decolonizar o poder é antes reconhecer que vivemos ainda sob herança colonial. É uma iniciativa de rompimento com as estruturas e arquiteturas coloniais de poder, ser e saber. Este processo, também dialético, implica inflexão dos agentes sociais envolvidos na constituição de projetos políticos auto gestados. O pensamento decolonial questiona os espaços de poder, as relações, os territórios geopolíticos e o conhecimento estabelecido por práticas de verificação e de sustentação de noções de verdade.

Contrapondo a ideia de Anibal Quijano (2002), Castro-Gómez (2012) diz que a colonialidade do saber e do ser não são variações da colonialidade do poder. Para ele podem haver articulações entre elas, mas não compartilham das mesmas técnicas e racionalidades e apresentá-las como variações da colonialidade do poder não permite que se possa perceber o *modus operandi* da herança colonial. É possível entender o pensamento de Castro-Gómez (2012), porém para este trabalho será seguido a perspectiva do pensamento de Anibal Quijano.

la colonialidad del poder, que hace referència à la dimensión económico-política de las herencias coloniales; la colonialidad del saber, que hace referència à la dimensión epistémica de las mismas, y la colonialidad del ser, que hace referència a su dimensión ontológica (Castro-Gómez, 2012, p.7).

Antes mesmo das definições de colonialidade e decolonialidade já era possível encontrar teorias que giravam em torno desses conceitos em movimentos sociais e por intelectuais. Grosfoguel (2016) diz que essa denominação de humanidade e classificação de povos, presentes em discursos coloniais, que hoje é apresentado como colonialidade, não se restringiu ao controle de trabalho, mas envolveu também o controle do conhecimento, num processo de esquecimento e silenciamento de outras formas de saberes de povos e sociedades diferentes do que eles acreditam ser o ideal. “*É nessas fronteiras, marcadas pela diferença colonial, que atua a colonialidade do poder, bem como é dessas fronteiras que pode emergir o pensamento de fronteira como projeto decolonial*” (GROSFOGUEL, 2016 p.5). No mesmo texto o autor destaca a importância de pensar que a decolonialidade não deve ser apenas um projeto ou uma

teoria acadêmica, caso assim seja estaríamos criando um novo tipo de colonialismo intelectual não mais na Europa, mas na América Latina.

A decolonialidade do saber tenta romper com o conhecimento hegemônico herdado da ciência colonial e europeia que se impôs, apropriando-se dos conhecimentos dos povos colonizados e estabelecendo-se como um tipo de conhecimento científico universal. Além disso estabeleceu um modelo de desenvolvimento atrelado ao desenvolvimento científico moderno-ocidental. Desse modo opera a colonialidade nos campos do saber (QUIJANO, 2002).

Para Grosfoguel é quase impossível escapar das hierarquias impostas pelo padrão colonialista, capitalista/moderno e patriarcal associadas às hierarquias de raça, classe, gênero, linguísticas, sexuais, espirituais e geográficas (GROSFOGUEL, 2008). E é através dessas hierarquias que até hoje vemos o conhecimento ser produzido e reproduzido, inclusive no campo da saúde, onde as políticas públicas são construídas.

É notória a importância das políticas públicas para a saúde de povos em situação de vulnerabilidade. Alguns povos e comunidade sofrem mais, por escassez de oferta de alguns serviços, dentre eles os serviços de saúde. A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhece que existe racismo nos espaços e instituições que ofertam serviços de saúde e apresenta diretrizes para fomentar a equidade e igualdade no acesso à saúde à população negra (BRASIL, 2013).

Para Jurema Werneck (2016) o reconhecimento do racismo nos espaços de saúde é um passo importante para discutir seus impactos na saúde de pessoas negras e apresenta a mulher negra como principal usuária dos serviços públicos de saúde. As políticas públicas criadas com intuito de reparar ou minimizar os efeitos do racismo e desigualdades sofridos pela população negra, são necessárias para a formação de gestores para a produção de mudanças na ampliação do acesso de serviços de saúde, e uma maior aproximação física e cultural entre comunidade e profissionais de saúde.

Decolonizar o saber nos espaços de saúde é sobretudo reconhecer o impacto do racismo nas vidas de pessoas negras, desde o acesso aos serviços de saúde ao respeito da vivência, cultura e a forma de pensar a saúde do outro. É valorizar a interculturalidade criando e abrindo espaços para diferentes tipos de saberes e práticas de cuidar em saúde.

Apesar dos avanços alcançados em termos de formulação de políticas públicas no SUS, tais como a PNSIPN, PICS, PNPMF é possível perceber a necessidade do debate em torno dos saberes e práticas tradicionais em saúde dos povos afro-indígenas dentro dessas políticas que executam um modelo biomédico, hierarquizado e centralizado no saber colonial e eurocêntrico, consequentemente causando a exclusão e apagamento do conhecimento dos povos tradicionais,

que inclusive praticam e são detentores do saber originário. Tais políticas públicas criam fissuras no edifício monolítico dos saberes instituídos. O reconhecimento da existência desses saberes tradicionais em saúde não impede a criação pelo modelo biomédico de critérios para seu uso e definição de quem pode oferecê-los ou indicá-los (GUIMARÃES, 2020). A cientificação dos saberes tradicionais também contribui para a invisibilização das práticas tradicionais em saúde e das memórias ancestrais em comunidades quilombolas.

A decolonização do saber, das memórias e das práticas ancestrais em saúde traz consigo o respeito à história, o pertencimento, vivências, resistência política e social, de forma que potencializa a vida e saúde de corpos e memórias negras. Ballestrin (2013), destaca que pensar em decolonialidade não é negar ou rejeitar a ciência, é questionar o conhecimento etnocêntrico, eurocêntrico, teórico e metodológico que reproduz aspectos da colonialidade do poder e desvaloriza o conhecimento tradicional.

3. MÉTODO DA PESQUISA

Para dar conta do objetivo pretendido, qual seja, analisar os discursos e sentidos no processo de uso de práticas tradicionais em saúde foi preciso investir em metodologias que permitiram uma aproximação com os temas. Para Minayo (2012) a pesquisa qualitativa leva em conta a singularidade da pessoa, mas também o contexto que ele está envolvido, o coletivo. Para a autora, "compreender" é o verbo principal desse tipo de abordagem já que a subjetividade pode ser expressada através da história, experiência, linguagem e cultura. A autora também informa que a interpretação, que se sucede a compreensão, é um processo contínuo e que cria possibilidades através do que é compreendido: "*A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante*" (MINAYO, 2001, p.4).

A metodologia utilizada para acessar os saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde no quilombo Tabuleiro da Vitória foi uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa que auxiliou no acesso aos saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde. Para intermediar o particular e o universal, o campo e o mundo foram usados a pesquisa de campo e entrevista semiestruturada com diversos moradores. A fala possibilita a construção de conhecimento e estudo do que propõe o investigador pois contém informações subjetivas como ideias, crenças, sentimentos e opiniões, tornando a entrevista uma interlocução privilegiada já que possibilita a observação de outros elementos constituintes durante a entrevista (MINAYO; COSTA, 2018).

3.1 Contexto da Pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada na Comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória, localizada na zona rural da cidade de Cachoeira, Recôncavo da Bahia, Noroeste da Baía do Iguape e Oeste do Rio Paraguaçu. Nesta mesma localização encontram-se mais duas comunidades Quilombolas: Comunidade Quilombola Brejo do Engenho da Guaíba e a Comunidade Quilombola Engenho da Vitória, que não foram incluídas no objeto dessa pesquisa. As três comunidades possuem a certificação pela Fundação Cultural Palmares, sendo que o Tabuleiro da Vitória foi a terceira, comunidade Quilombola a obter a certificação - Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID)- emitido em 2013 pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

O primeiro contato, no dia 26 de março de 2021, com a comunidade Tabuleiro da Vitória se deu por telefone com a presidente da Associação de Mulheres do Quilombo Tabuleiro da

Vitória e Adjacências – AMQTVA e líder do mesmo quilombo, Sr.^a Maria das Graças da Silva de Brito, conhecida por todos da região como Maria de Totó, forma como ela se apresenta e faz questão de dizer que Totó é sua mãe. Maria de Totó é uma mulher negra, mãe, quilombola, advogada, foi outorgada Doutora Honoris Causa pela Faculdade FEBRAICA- Formação e Especialização Brasileira e Internacional de Capelania-Ltda e Ordem dos Capelães do Brasil. A conversa por telefone durou em torno de 40 min na qual falei sobre o projeto de pesquisa. Falamos sobre ancestralidade, resistência da cultura e saber tradicional, desinteresse dos mais novos em aprender as práticas de cura e cuidar do quilombo, que é patrimônio do um povo que luta diariamente para não perder espaço e suas terras. Ao final, Maria de Totó me convida para participar da reunião do Conselho Quilombola da Bacia de Vale do Iguape, Conselho esse que reúne 14 comunidades quilombolas do entorno da Baía do Iguape, no município de Cachoeira, onde o projeto desta pesquisa deveria ser apresentado para todos, já que ela sozinha não poderia decidir sobre a viabilidade da execução da pesquisa no Tabuleiro da Vitória.

No dia 28 de março às 9h participei da reunião virtual do Conselho Quilombola, que ocorreu através da plataforma *Google Meet*, no intuito de apresentar o projeto de pesquisa. Entretanto, como não foi solicitado com antecedência, foi indicado que eu apresentasse o projeto na reunião que aconteceria no mês seguinte. De forma que, no dia 24 de abril de 2021 às 11h apresentei o projeto de pesquisa para pouco mais de 50 pessoas, em reunião virtual, para os membros do Conselho Quilombola e alguns moradores dos quilombos.

Foi trazido como sugestão e contrapartida para a aprovação da pesquisa que esta pesquisa seja apresentada novamente no Conselho antes da defesa, que a defesa seja realizada no Quilombo Tabuleiro da Vitória e que os participantes da pesquisa sejam visibilizados com seus nomes registrados na pesquisa. Além de ser solicitada uma apresentação voltada à prática de cuidado e cura na escola do Tabuleiro da Vitória em prol de fortalecer o discurso e a importância dos saberes tradicionais.

Como pesquisadora e profissional da saúde informei que questões como ir à escola e a defesa da tese no Quilombo estaria atrelada à condições favoráveis de segurança por causa da pandemia de COVID-19, entendendo que ações como essa poderiam gerar aglomeração e risco aumentando a proliferação e contaminação pelo vírus nos membros da comunidade. Após tais considerações e levado à votação, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho por unanimidade.

A distância entre Santo Antônio de Jesus e o Tabuleiro da Vitória é em média 90/100 km. Ir de carro particular foi a melhor maneira encontrada para facilitar o processo de chegada ao Tabuleiro, já que ir de transporte intermunicipal traria uma dificuldade maior por não haver

transporte com frequência e direto entre Santo Antônio e Cachoeira, sendo que entre a cidade de Cachoeira e o Tabuleiro da Vitória esse fluxo de transporte é muito menor. De forma que minhas idas ao Tabuleiro sempre foram acompanhadas por alguém já que não dirijo em autoestrada.

Antes do encontro para a entrevista, no dia 02 de novembro de 2021, fui com minha mãe e mais dois amigos conhecer Maria de Totó (Figura 5) e o Tabuleiro da Vitória. Conversamos sobre a pesquisa, sobre os saberes tradicionais que ela também é praticante e bastante conhecedora, falamos sobre os projetos que o Tabuleiro participa e já participou e as possíveis pessoas que ela contactaria para as entrevistas. Quando combinamos o encontro ela me convidou para almoçar e ofereceu um almoço delicioso feito por ela com os mariscos do Tabuleiro e a galinha caipira criada em seu quintal. Após o almoço fizemos uma caminhada pelo quilombo, onde ela nos apresentou a Associação de Mulheres que atualmente ela preside e o mirante de onde é possível ver o rio Paraguaçu (Figura 6). Maria desde o primeiro contato telefônico sempre foi bastante solícita, acolhedora, oferecendo inclusive sua casa para pernoite para os dias da entrevista, ela tem um quarto que chama de república (Figura 7) que montou para estudantes, turistas, visitantes e pesquisadores.



Figura 5: Maria de Totó, Liderança Quilombola, Associação de Mulheres Quilombolas Tabuleiro da Vitória, Cachoeira/BA. FOTO: Filippo Sciascia, 18/02/22.



Figura 6: Mirante Tabuleiro da Vitória- Rio Paraguaçu. FOTO: Carliene Sousa, 02/11/2021.



Figura 7: Quarto-república para receber pesquisadores e turistas na casa de Maria de Totó. FOTO: Carliene Sousa, 18/08/22.

O primeiro dia de entrevista ocorreu no dia 22 de janeiro de 2022 com a participação de 4 pessoas entrevistadas, Sizélia Caetano da Cruz Santana, conhecida como D. Vandinha (Figura 8), 69 anos, mãe de 20 filhos, casada, mulher negra e rezadeira; Rosângela da Cruz Souza (Figura 9), conhecida como D. Rosa, 50 anos, mãe de 5 filhos, viúva, mulher negra, aposentada, trabalhadora rural, dona de uma casa de farinha e rezadeira; Maria da Conceição Santos da Silva (Figura 10), conhecida como D. Maria, 45 anos, mãe de 4 filhos, casada, mulher negra, dona de casa e rezadeira; Balbina dos Santos, conhecida como D. Balbina (Figura 11), 56 anos, mãe de 10 filhos, solteira, mulher negra, marisqueira.



Figura 8: D. Vandinha no quintal de sua casa. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Filippo Sciascia, 22/01/22.



Figura 9: D. Rosa. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 22/01/22.



Figura 10: D. Maria da Conceição. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Filippo Sciascia, 22/01/22.



Figura 11: Quintal da casa da mãe de D. Balbina. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 22/01/22.

O segundo encontro foi realizado no dia 18 de fevereiro de 2022 com a participação de 3 pessoas entrevistadas, Ângela Maria da Silva (Figura 12), conhecida como D. Ângela, 55 anos, mãe de 8 filhos, solteira, mulher negra, marisqueira; Maria das Virgens Viana Rocha, conhecida como D. Pirruca (Figura 13), 99 anos, mãe de 8 filhos, divorciada, mulher negra, aposentada, rezadeira; Francisca Dias Ferreira, 56 anos, conhecida como D. Bibita, mãe de 10 filhos, casada, mulher negra, marisqueira e rezadeira. Os dias e as pessoas que participaram do processo de entrevistas foram escolhidos de acordo com a agenda de Maria de Totó, já que ela precisou me acompanhar nas residências das participantes desse estudo porque além de não conhecer o Tabuleiro as pessoas entrevistadas foram indicadas por ela.



Figura 12: D. Ângela. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Filippo Sciascia, 18/02/22.



Figura 13: D. Pirrucha me mostrando seu cachimbo e dizendo que é o segredo de sua saúde. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTOS: Filippo Sciascia, 18/02/22.



Figura 14: D. Bibita me rezando de olhado. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Filippo Sciascia, 18/02/22.

É importante destacar que o intervalo entre a apresentação da proposta do projeto de pesquisa ao conselho quilombola e o início das entrevistas se deu por conta dos tramites entre a submissão e a aprovação do comitê de ética e a disponibilidade de agenda de Maria de Totó para me receber no Tabuleiro.

O acesso às pessoas entrevistadas só foi possível pelo fato de a indicação ser feita por Maria de Totó e pela sua presença, não só por eu não conhecer o Tabuleiro e as pessoas, mas também pela resistência dos moradores em participar de pesquisas e entrevistas. O histórico de

idas de pesquisadores em comunidades quilombolas com promessas, inclusive financeiras, gerou e gera desgaste dos moradores que já veem pesquisadores como pessoas que chegam para buscar informações, ganhar créditos por tais informações, fazer promessas para comunidade e não cumprir e isso não é diferente no Tabuleiro.

A coleta de dados se deu através de pesquisa de campo envolvendo a aplicação de entrevista semiestruturada no formato presencial. Entende-se que a observação participante teria um papel fundamental, já que acompanhando as atividades cotidianas, seria possível obter confiança e respeito tornando mais fácil o processo entre as conversas, observações e respostas das questões realizadas pelo pesquisador. Porém, dada a gravidade e o contexto da pandemia pela COVID-19, a observação participante não fez parte do processo de coleta de dados, já que demandava convívio prolongado com a comunidade.

Como medida de prevenção e segurança para o combate à COVID-19, durante as entrevistas, foi seguido o protocolo de biossegurança preconizado pela Organização Mundial da Saúde- OMS - que trata do distanciamento mínimo ao se ter contato com outra pessoa e uso de EPI como máscara cirúrgica. Ao assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE (Apêndice C) as entrevistadas e a pesquisadora afirmaram que seguiram o protocolo de distanciamento, mantendo distância de no mínimo um metro e meio, com uso de máscara apropriada cobrindo o nariz e boca durante a entrevista. As entrevistas foram em lugares abertos com ventilação natural com duração de no máximo 30 minutos com intervalos de 26 dias entre as duas entrevistas.

3.2 Participantes da Pesquisa

Participaram dessa pesquisa mulheres que residem do Quilombo Tabuleiro da Vitória que usam práticas tradicionais com plantas medicinais para o autocuidado e cuidado à saúde dos moradores da comunidade. Foram identificadas interlocutoras, produtoras ou fornecedoras de cuidado tradicional.

Integraram a investigação todas as pessoas que se enquadraram no objeto deste estudo e que aceitaram participar mediante consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e o Termo de Autorização para o uso de Áudio e Imagem (Apêndice D). A definição da composição do universo de informantes foi estabelecida pela líder do Quilombo Tabuleiro da Vitória, que indicou previamente as pessoas que se utilizam de práticas tradicionais com plantas medicinais para o autocuidado e cuidado à saúde, sendo que este formato de composição de informantes foi definido e aprovado pelo Conselho Quilombola

da Bacia e Vale do Iguape. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes.

3.3 Técnicas de Produção de Dados

A produção de dados foi realizada no período entre janeiro e fevereiro de 2022, constituída de entrevistas semiestruturadas (ANEXO E). Para esse estudo, os dados coletados foram analisados através da análise de conteúdo temático de Bardin.

A análise de conteúdo é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e; tratamento dos resultados onde se faz a inferência e a interpretação. Fazer uma análise de conteúdo temática é “*descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido*” (BARDIN, p. 105, 1977). A autora fala da importância da enumeração ou codificação, categorização e separação do conteúdo por tema ou resposta.

Nesse contexto, os discursos provenientes das entrevistas orais foram fundamentais para compreender de que forma estas pessoas dialogam sobre o autocuidado e também sobre a profilaxia das suas possíveis infecções e doenças através dos saberes tradicionais com uso de plantas medicinais. Foram abordadas interlocutoras consideradas relevantes para a constituição dos dados dessa pesquisa, visando reconstituir a história de vida, buscando narrativas significativas para o estudo.

3.4 Tratamento dos Dados Coletados

Após a gravação das entrevistas no aplicativo de celular chamado Gravador de Voz, baixado gratuitamente no *Play store*, os dados foram transferidos e armazenados em HD externo para segurança e sigilo de informações. No processo interpretativo, foi feita a escuta e transcrição das entrevistas sem ajuda de aplicativo ou programa específico. A análise empreendida na pesquisa tomou como substrato tanto as narrativas produzidas nas cenas dialógicas com as pessoas, quanto às observações e impressões registradas no diário de campo, quando da produção dos dados. Desta forma foram criadas três categorias de análises: Ser quilombola, Itinerário de cuidado de saúde e Práticas de saúde métodos tradicionais. As tabelas com nomes de plantas e forma de uso foi elaborada a partir da análise de conteúdo. A designação e forma de uso foi extraída *ipsis literis*.

3.5 Aspectos Éticos

Para o cumprimento dos aspectos éticos em pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no dia 14 de junho de 2021, seguindo os parâmetros éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado após cumprimento de ajustes solicitados pelo mesmo CEP sob Parecer: 5.051.764/2021.

A pesquisa também foi cadastrada no Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado SISGEN, em atendimento ao previsto na Lei nº 13.123/2015 e seus regulamentos tendo como código de cadastro A560B8D.

Todas as participantes assinaram o TCLE e o termo de autorização de uso de imagem e áudio. Durante o processo das entrevistas foi questionado como as participantes gostariam de ser identificadas na pesquisa e assim como dito na reunião do conselho quilombola, foi repetido durante as entrevistas: as participantes optaram por ter seus nomes inseridos na pesquisa, assim como a comunidade identificada em todo o processo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os dados e as análises feitas a partir das categorias estabelecidas após as entrevistas semiestruturadas. É importante destacar que no processo das entrevistas e no formulário (Apêndice- E) houve a opção de as entrevistadas escolherem como gostariam que fossem identificadas.

Em anexo consta a cartilha elaborada que será divulgada na página oficial do mestrado após catalogação e inscrição do ISBN, versões impressas serão disponibilizadas na biblioteca do Centro de Ciências da Saúde UFRB e para o acervo do Tabuleiro da Vitória, assim como também serão disponibilizadas na unidade de saúde da comunidade.

4.1 Ser Quilombola

Cada comunidade quilombola tem sua diversidade, construção histórica e formas de manifestar sua ancestralidade e isso vai de acordo com a sua forma de aquilombamento, processo de reconhecimento formas de organização, assumindo assim suas próprias características. A resistência e embates contra as explorações, racismo, opressões e lutas por políticas públicas específicas e funcionantes, territorialidade, assim como a memória, sabedoria ancestral e crenças são em sua maioria aspectos comuns às comunidades quilombolas (DEALDINA, 2020).

O processo de aquilombamento e pertencimento do ser quilombola é coletivo e também individual. Essa categoria traz o conceito “ser quilombola”, baseada nas perguntas 1 a 5 do roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice E) e formatam a construção dessa categoria. Conforme apresentadas nas falas a definição do que é ser quilombola é baseado em suas trajetórias de vida, sentimentos, crenças:

É a gente que vive na roça... o quilombola é gente que vive em uma roça, gente que faz um azeite, a gente que faz uma farinha, faz um beiju... isso pra mim é ser um quilombola (D. Ângela, 55 anos).

Quilombola é... são os povos negros que trabalhou muito e não teve a liberdade deles e agora nesse momento é que tá reconhecendo os direitos da gente (D. Balbina, 56 anos).

Quilombola sabe o que é? É a pessoa que trabalha, que não fica parado, planta as coisas e tudo faz... por que a gente aqui planta roça, feijão, planta arroz... e tem tudo... tudo... é aipim... é tudo a gente planta. Agora mesmo meu marido foi arrancar aipim pra eu poder levar amanhã pra vender... eu vendo... vendo lá em Cachoeira... vendo caranguejo, sururu (D. Bibita, 56 anos).

As falas demonstram “ser quilombola” como alguém que trabalha com a terra e produz seu próprio alimento, assim como também há o reconhecimento da luta travada para conquista de direitos. O processo de apagamento da memória e história da população negra traz ainda a problemática que Lélia González apresenta quando diz que a identidade negra é construída, *não nascemos negros, nos tornamos negros*. A construção da identidade negra é política e rompe com ciclo de sermos definidos pelo sistema branco “*a gente nasce preta, mulata, parda, marrom, roxinha, etc. mas tornar-se negra é uma conquista*” (GONZALEZ, 1988d, p. 2 apud CARDOSO, 2014, p. 9).

Pra mim é uma novidade, né? Por que tem poucos anos que a gente se considera quilombola... e... pra mim eu acho ótimo, né? Tem mais vantagens, mais direitos que a gente não sabia que tem, né? Pra mim tá bom... tá ótimo (D. Rosa, 50 anos).

[...] Porque eu mesma nem sabia o que era isso, vim saber depois de Maria pra cá. Eu ouvia falar, mas eu não sabia o que era [...] depois que Maria chegou pra cá e colocou aquela Associação ali foi que a gente veio saber e a gente passou tudo a ser daqui. Porque a gente era, mas não sabia. Desde que a gente nasceu... a avó da gente tudo era isso (D. Vandinha, 69 anos).

[...] no meu tempo, quando eu me entendia por gente não tinha... pode ser desses tempos pra cá, “entonce” não posso dizer que sei, né (D. Pirrucha, 99 anos).

A obtenção do Relatório Técnico de Identificação e Delimitação reconhecendo o Tabuleiro da Vitória como comunidade remanescente quilombola se apresenta como um marco

importante para o reconhecimento do “ser quilombola”. Nas falas é apresentada como essa discussão foi inserida na comunidade a partir da criação da Associação de Mulheres e da luta pela certificação feita pela líder e presidente da Associação Maria de Totó. De forma que Maria se tornou a precursora pela busca dos direitos do Tabuleiro da Vitória assim como apresentou para a comunidade a importância de se reconhecer como quilombola.

Assim como “raça” se tornou um modelo político e social para enfrentamento do racismo e de busca por direitos (QUIJANO, 2005), a construção identitária dos quilombos também é um processo de ressignificação de luta e resistência por direitos sociais e territoriais, para a sobrevivência e manutenção de sua cultura, crenças e saberes.

A identidade quilombola tem relação com o pertencimento daquele território, auto afirmação de sua forma de viver, cultura e tradição assim como a relação com a etnicidade existente naquele território que é estabelecida pela história de seus antepassados e direitos pela terra conquistados. Tornando-se então a identidade quilombola interligada com a identidade territorial, já que ambas são processos de luta, resistência, sobrevivência e continuidade das tradições juntamente com a busca pelo direito à terra e moradia digna (ROCHA; SANTOS, 2016).

[...] pra mim ser quilombola é tipo assim a gente ir passando de tradição em tradição, de pai pra filho. Pra mim quilombola é isso (D. Maria da Conceição, 45 anos).

Quando D. Maria traz em sua fala a tradição como definição do que é ser quilombola, ela apresenta a ancestralidade e a manutenção de saberes por gerações. O povo negro vive tentando manter sua história e memória dos seus ancestrais através da tradição. Infelizmente é possível perceber o desinteresse dos mais novos em aprender e seguir com os ensinamentos e tradições usadas para cuidar da saúde através de saberes ancestrais.

O ser quilombola é a identificação individual e coletiva sobre a preservação da memória, tradição e forma de organização da comunidade. É o sentimento de pertencimento daquele lugar e daquela terra, sua cultura, história e de seus antepassados e a busca por seus direitos e reconhecimento do Estado para efetivação de políticas que garantam territorialização e efetivação de políticas públicas voltadas para a comunidade quilombola suas necessidades e modo de vida (CARVALHO, 2015).

É importante destacar que o processo de legitimidade identitária quilombola também perpassa por um processo de enfrentamento para garantia do que lhe é de direito, uma luta

política que não é fácil. O processo político e social de identidade das comunidades quilombolas após a legislação da Constituição Federal de 1988, conquista realizada diante de muita luta de movimentos sociais, movimento negro e quilombola, traz consigo a desmitificação folclórica do que é o quilombo e o ser quilombola (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020). O reconhecimento desses espaços como espaços que foram e são marginalizados permitiu a criação de políticas públicas específicas para as comunidades e povos de quilombo, passo importante contra apagamento da história e da cultura dessas identidades, porém ainda há muito que ser conquistado, tais como o reconhecimento pelo Estado acerca das tradições e da cultura afro-brasileira já que estas influenciam cada dia mais economicamente e cientificamente a evolução deste país.

4.2 Itinerário de cuidado em saúde

Para a construção dessa categoria as questões de 6 a 9 do questionário foram norteadoras para compreender a concepção de saúde e as possíveis formas de obtê-la dentro da comunidade Tabuleiro da Vitória.

O itinerário terapêutico busca entender os recursos, as formas e caminhos percorridos para a escolha do cuidar em saúde, entendendo que esse percurso está ligado à concepção de saúde e doença da pessoa e do valor sociocultural que ele esteja inserido. Para além disso o acesso aos serviços de saúde e as condições sanitárias disponíveis para aquela comunidade ou família também interferem e/ou auxiliam nas escolhas terapêuticas, atrelados a isso o conhecimento tradicional sobre tratamentos terapêuticos aprendidos através de gerações (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Saúde é a gente não sentir nada... todo tempo a gente tá no equilíbrio da gente. Eu não sinto problema nenhum... eu faço tudo nessa idade, eu lavo, eu cozinho... faço tudo minha filha. Eu sento, levanto, não “percurso” dificuldade pra sentar e nem pra levantar. Se eu sinto uma dorzinha aqui “nos quartos” é de força... força de lua... força de lua... passou a força de lua pronto... quando a lua tá nova cá quem sente de fluxo... sente aquela dorzinha “nos quartos”... só o que eu sinto (D. Pirrucha, 99 anos).

Ter saúde é a pessoa ficar na boa, ser forte, corado, ter bem força na vida aí a saúde é essa, minha filha. É essa que é a saúde por que se a gente não tiver saúde não tem nada (D. Bibita, 56 anos).

Minha filha, aí agora tá... saúde acho que é a paz, né?... a pessoa ter a paz a tranquilidade, não viver se aborrecendo, não viver se angustiando. Porque eu acho pra mim que o coração é da paz. Se você viver...todo dia se aborrece, todo dia ficando nervoso... todo dia... todo dia se “aporrinha” com uma coisa, se “aporrinha” com outro... eu acho que aquele coração sempre não vai ficar mais bom, você vai ficar doente (D. Vandinha, 69 anos).

Nas narrativas das entrevistadas pode-se perceber que o conceito de saúde varia entre o “não sentir nada”, “ser forte e corado”, até o “não se aborrecer”, “ter paz e tranquilidade”. O que sugere que o ter saúde para além da ausência de doença é sentir-se bem fisicamente, mentalmente. O autocuidado também apareceu nas falas como um processo para se obter saúde, seja seguindo indicações médicas ou usando a cultura e o próprio conhecimento tradicional, assim como a espiritualidade também foi citada como um dos requisitos ligados à saúde.

Ter saúde é a gente se cuidar, viu? Tomar algum chá, tomar banho das folhas, se rezar... isso é muito bom (D. Balbina, 56 anos).

A gente ter saúde, ser saudável acho que é a gente tá sempre no médico, tomando nosso remediozinhos na hora certa, comendo coisa que não é pra fazer mal, certo? Pra mim saúde é isso (D. Ângela, 55 anos).

Prudêncio (2017) diz que a concepção de saúde e doença dos quilombolas está interligada com sua vivência individual e meio social que está inserido, diante disso a busca pelo acesso a saúde pode se dar através da concepção de autocuidado e por meio do setor familiar, popular e profissional.

Aqui podemos incluir a interculturalidade, o respeito às escolhas e formas de cuidar, para compreender que a forma que o ser decide cuidar de sua saúde, inclui suas crenças e sua cultura e que são importantes no processo do cuidar. Embora a biomedicina, que cada dia que passa centraliza seu poder e conhecimento, esqueça-se por diversas vezes que não se trata uma doença isolada, ao contrário, se trata, cuida, cura uma pessoa e sua complexidade, história, vivência e crenças.

As dimensões geográfica, cultural, funcional e econômica podem interferir no acesso aos serviços de saúde, já que essas podem reduzir ou dificultar este acesso (PEREIRA; MUSSI,

2020). As comunidades quilombolas geralmente estão localizadas em zonas rurais, em locais de difícil acesso seja pela distância ou por transporte quase inexistente na região, de forma que paralelo à questão geográfica o fator cultural e econômico em uma comunidade quilombola podem reduzir consideravelmente a procura pelo serviço. Mesmo sendo evidenciado nas narrativas das entrevistadas uma boa relação com os serviços de saúde, o uso deste só é feito quando o uso de chás, e rezas não foram suficientes, o que denota que o estado de saúde da pessoa também é um fator que é levado em consideração ao buscar pelo serviço de saúde especializado.

Eu não vou assim todo mês... mas só... sempre que preciso. Porque eu estou com um problema de saúde aí quando eu estou muito precisando eu vou. Quando eu faço chá, chá e chá em casa e não resolve (risos)... aí corro pra procurar o médico, mas, enquanto o chá resolve em casa eu não vou procurar médico (D. Maria, 45 anos).

Eu vou no posto. Eu vou no posto faço preventivo, exame de mama. As vezes eles passam quando eu to sentindo uma dor eles passam um remédio aí eu pego lá no posto. Quando eu to sentindo uma dor que não aguento aí eu vou... fora isso é o chá... faço os chás tomo, os banhos de folha que também é muito bom. Se der jeito o meu chá... eu não vou (D. Balbina, 56 anos).

É notório que a percepção de saúde das entrevistadas está imersa nas suas crenças, culturas e conhecimento em saúde como uso de ervas medicinais. As participantes do estudo em sua maioria (cinco entre sete participantes) se declaram como rezadeiras e todas usam de seus conhecimentos tradicionais em saúde com uso de plantas medicinais para o autocuidado, cuidado de seus familiares e vizinhos que as procuram seja para serem rezados ou pedir indicação de uso de folhas de acordo com os sinais e sintomas que apresentam no momento (Figura 11).



Figura 15: D. Vandinha me rezando de olhado. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Filippo Sciascia, 22/01/22 e 18/02/22.

4.3 Práticas de cuidado em saúde: saberes tradicionais

Essa categoria apresenta as práticas de cuidados tradicionais em saúde utilizadas pelas mulheres entrevistadas e o contexto em que são utilizadas. Das sete mulheres entrevistadas para este estudo, todas usam plantas medicinais para o cuidado e autocuidado em saúde e o aprendizado do uso das ervas foi dito em sua maioria que foi adquirido pela observação dos seus mais velhos e também como um dom.

Oh minha filha por que tudo só bate em minha cabeça, aquilo que bate em minha cabeça... se você aí, por exemplo você tá aí... eu sei (risos)... eu sei... eu conheço qualquer coisa... se você por exemplo tiver eu sinto (D. Bibita, 56 anos).

Foi meu tio que me ensinou, então eu botei na memória e não esqueci. Tudo que ele me ensinou eu botei na memória e... e tudo que eu dou, tudo que eu dei de grandes e pequenos que dou aqui o Tabuleiro todo, todos eles ficam bom aqui, graças ao meu bom Deus, rezo hoje, passo um banho, passo o chá... quando é amanhã ou depois quando eu

vou acabar de rezar já tá bem, graças a Deus... de neto a todo mundo (...) (D. Vandinha, 69 anos).

Das práticas mais citadas e habituais no Tabuleiro da Vitória os chás de diversos tipos de ervas medicinais foram citados por todas as entrevistadas como um processo de cuidado e prática em saúde, assim como as rezas, banhos de folhas, banhos de assento, xaropes, defumação e beberagem. A reza é considerada por todas as participantes do estudo como algo sagrado e forte que requer responsabilidade e nem todo mundo pode fazer. Algumas rezas são mais fortes que outras e demandam energia de forma que a rezadeira deve estar bem de saúde e forte para realizá-la, por isso duas das participantes dizem saber rezar, mas não praticam o saber por acreditar na responsabilidade que uma rezadeira possui.

Quem me ensinou essas besteiras foi minha avó, mas eu estava pequeninha e ela me disse que não ia me ensinar outras rezas porque era pesada pra mim, por causa da minha idade... só me ensinou essas mais leves (D. Pirruca, 99 anos).

É chá... eu faço chá pra inflamação... o xarope também eu faço pra canseira... eu sei rezar mas não rezo não (D. Balbina, 56 anos).

(...) ser for ar do vento que os médicos diz que é derrame aí eu vou rezo... aí eu mesmo passo o xarope, faço o chá, faço os banhos e dou o defumador... levo folha do meu quintal, pra dá os banhos, pra dá o defumador...tanto rezo como dou (D. Vandinha, 69 anos).

(...) faço chá pra minhas sobrinhas quando pedem, mas faço. Faço chá e xarope... outro dia eu fiz um mas, já acabou. Tem hora que eu invento de fazer meus xarope e faço e tudo dá certo graças a Deus (D. Ângela, 55 anos).

O conhecimento das plantas medicinais está intrinsecamente associado ao autocuidado, ao cuidar dos filhos e familiares e também os membros da comunidade. Os vizinhos consultando essas mulheres quanto ao uso de ervas para o tratamento de algum sintoma, o que evidencia a oralidade como principal forma da transmissão do saber tradicional com plantas.

(...) Se vier alguém aqui rezar eu rezo e, se perguntar: Maria, meu filho tá sentindo tal coisa o que eu dou? Daí eu ensino a folha, mas não faço pra dá (D. Maria, 45 anos).

(...) Faço pra gente aqui... pra minha família... pra consumir a gente aqui dentro de casa (D. Ângela, 55 anos).

(...) eu peguei a rezar eu estava com quatorze anos quando meu tio me ensinou... eu estava com quatorze anos...aí tomei conta de casa e meu tio sempre ficava mais eu, ele sempre mais eu me ajudando, me avisando, me mostrando as folhas, como é que faz, como é que não faz...como é que tirava, como é que não tirava... desde os quatorze anos... (D. Vandinha, 69 anos).

As memórias ancestrais produzidas e reproduzidas por essas mulheres mantêm, através de seus corpos, a tradição e a cultura de quem veio antes delas, de nós. A preservação dessas memórias contribui para a manutenção da formação identitária do território, das crenças e do conhecimento tradicional (SOUZA; SOUZA, 2011).

As plantas medicinais que são usadas para o cuidado e terapia em saúde podem ser encontradas nos quintais (Figuras 12 e 13). Algumas ervas para chá podem sumir com a estação ou são mais difíceis de encontrar nos dias de hoje, como a folha da costa que foi citada diversas vezes como uma folha muito poderosa, mas que hoje em dia pouco se vê. Algumas plantas são cultivadas e outras simplesmente nascem no quintal. Além do poder e respeito às plantas utilizadas, a fé é um elemento importante para que a terapêutica, a reza e o cuidado funcionem (Figura 14). D. Bibita e D. Vandinha deixaram isso bem claro quando lhes foi questionado sobre acreditar no poder plantas medicinais:

(...) ô Deus vou pegar uma dessas folhas aqui que é pra Deus ajudar meus filhos que é pra meus filhos ficar bom... pronto... a gente faz o chá dá a eles e eles ficam bom... se a pessoa... a gente tem que... se a gente for rezar qualquer pessoa a gente tem que chamar por Deus, por que se a gente não chamar por Deus, minha filha, nada... não cura. A fé... se você tiver fé, eu lhe rezando e você tiver fé você cura. Agora

se eu lhe rezar e você não tiver fé daquilo você não vai ficar boa, não fica boa (D. Bibita, 56 anos).

(...) se você vai ali no mato tira uma folha a pessoa já chama por Deus aí aquela folha que você der aquela pessoa já cura aquela pessoa... já cura (D. Bibita).

(...) que graças a Deus todos que eu rezo primeiro eu peço licença a Deus pra depois eu rezar. Se eu tirar uma folha primeiro eu peço licença a Deus por que é ele que guia a gente, ele dá tudo a gente então a gente não pode chegar em qualquer lugar meter a mão sem pedir licença porque tudo tem seu dono, né? (...) Então é que nem as folhas também a gente tem que pedir licença pra depois tirar pra fazer chá, pra fazer banho... pra tudo... pra defumador, pra tudo... (D. Vandinha, 69 anos).

(...) sei lá acho que é um anjo de guarda que eu tenho... sei lá que me diz, né? Me avisa...as vezes pergunto a alguma pessoa cadê fulano tá melhor, tá melhor já ficou bom?... as vezes em casa mesmo eu sinto... eu sinto aquele negócio assim comigo que me diz... ó rezei fulano e fulano ficou bom (D. Vandinha, 69 anos).



Figura 16: Pião, planta utilizada para reza de olhado. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 22/01/22.



Figura 17: D. Balbina em terreno em frente à sua casa mostrando as plantas utilizadas no xarope. FOTO: Carliene Sousa, 18/02/22.



Figura 18: Quintal da casa de D. Vandinha. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 18/02/22.



Figura 19: D. Vandinha coletando plantas em seu quintal. Cachoeira/BA, Quilombo Tabuleiro da Vitória. FOTO: Carliene Sousa, 18/02/22.



Figura 20: Altar na sala de D. Balbina. Tabuleiro da Vitória, Cachoeira-BA. 18/08/22.

Em um estudo realizado nos territórios quilombolas de Cachoeira, inclusive no Tabuleiro da Vitória, foram entrevistadas pessoas com conhecimentos tradicionais com uso de plantas medicinais. Nesse estudo, alguns moradores relataram sobre como o conhecimento das folhas estão ficando no passado e que inclusive algumas rezadeiras deixaram de rezar por conta da conversão à igreja evangélica. A preocupação com o futuro dos conhecimentos com uso de plantas medicinais é uma realidade. Dos motivos citados para o risco da extinção e para a manutenção desses saberes destaca-se o desinteresse dos jovens para o aprendizado, sendo que algumas rezadeiras justificam que não basta saber rezar, é preciso ter o dom da reza. Outro motivo é a conversão às religiões evangélicas, como já foi citado, que demonstram oposição às práticas tradicionais em saúde, principalmente às rezas por conta de associarem tais práticas à religiões de matriz africana. Soma-se a isso a regulamentação biomédica dessas práticas, que são tratadas como paliativas ao cuidado à saúde, fazendo com que as pessoas deixem de utilizá-las e passem a utilizar remédios que fariam o mesmo efeito das ervas (TAVARES et al.; 2019).

(...) Só eu dos quatorze irmão aprendi a rezar com minha mãe. Ela não rezava alto, rezava baixo e aí dos quatorze irmãos só eu aprendi a rezar (D. Maria da Conceição, 45 anos).

(...) hoje em dia tá meio fraco era a tradição do pessoal fazer caruru quando era setembro, quando era dezembro... “quasemente” todo mundo aqui rezava São Cosme e fazia caruru grande de 3 mil, 4 mil, 5 mil quiabos... fazia samba até de manhã. De antes tinha reis aqui... ali na casa de minha mãe mesmo a gente já cansou de... o povo já cansou de trazer reis... hoje em dia tem mais de cinco anos que não tem um reis mais por aqui... isso aí está acabando aqui dentro, viu? (D. Rosa, 45 anos).

Antigamente tinha muito rezador que rezava do ar do vento e hoje em dia bem pouco que tá tendo... a maioria das meninas não tá se interessando a aprender... já ta acabando. Quem mais reza aqui do vento é Vandinha e Bibita lá do brejo (D. Balbina).

Parteiras um dia foram oficiais em fazer partos e elas foram proibidas de exercer o ofício justamente por ser considerado mais seguro e benéfico para a gestante e para o bebê o parto acompanhado por profissionais, especialmente em hospitais. Trago isso como exemplo de como as práticas tradicionais também correm o risco de um dia serem proibidas de serem realizadas pelos detentores originários desses saberes. A biomedicina é sim um avanço para a humanidade e seu acesso nas comunidades quilombolas trouxeram benefícios para seus moradores, mas é preciso fazer a crítica de que algumas regulamentações podem fomentar o apagamento da história de povos negros. E é em espaços como os quilombos que se pode perceber a resistência da manutenção desses saberes tradicionais.

Esta dissertação mostra que esses saberes ainda resistem na comunidade quilombola Tabuleiro da Vitória. Foram entrevistadas sete mulheres, porém existem muito mais terapeutas, inclusive homens, dentro do Tabuleiro da Vitória, que praticam e exercem o conhecimento tradicional com plantas medicinais. Faz-se notar que a observação participante seria de elemento importante para enriquecer este estudo, mas o contexto pandêmico pela COVID-19 foi um fator limitante no que tange esse aspecto. Os quadros 1 e 2 abaixo descrevem algumas práticas tradicionais citadas durante as entrevistas e as plantas utilizadas. Das plantas

medicinais descritas no quadro 2 as que possuem o símbolo “*” constam no banco de dados da Fiocruz que reúne informações bibliográficas a partir do conhecimento tradicional. A plataforma foi criada com intuito de valorizar o conhecimento tradicional e a pesquisa etnobotânica além de estimular os desenvolvimentos de políticas públicas de saúde que valorizem a biodiversidade brasileira (BRASIL, 2023).

Quadro 1: Descrição das práticas realizadas pelas terapeutas tradicionais do Tabuleiro da Vitória		
PRÁTICA TERAPEUTICA	PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS	PREPARO
CHÁS	Capim santo, boldo, quioiô, manjerição, folha da costa, candeinha branca com gengibre e cravo, sabugueiro, alfavaca com palha de alho, capeba com folha do abacate seca, jamelão, folha da moringa, terramicina, cipó cruz, folha da insulina, folha da canela, corama com romã.	Algumas folhas são associadas com outras para o fim terapêutico desejado. O chá é feito através da infusão das folhas.
BANHO	Quioiô, manjerição, sabugueiro, arruda, alecrim, bom prado, guiné com aroeira.	As folhas são esfregadas com as mãos dentro de uma bacia com água e deixadas para descansar ou é feita a infusão. O banho pode ser feito do pescoço para baixo ou da cabeça para baixo dependendo da finalidade terapêutica.
BANHO DE ASSENTO	Aroeira, tanchagem.	As folhas são esfregadas com mão dentro da bacia com água e deixadas para descansar ou é feita a infusão, coa ante de usar com a água morna.
BEBERAGEM/ XAROPE/ LAMBEDOR	<ul style="list-style-type: none"> • Canela velho, aquibarri, mastruz, alfavaca, folha de sesé, raiz de marcapasso, fedegoso, sabugueiro, folha de moringa, folha de melão, alumã, folha de graviola, folha de amora. • Coração da banana, aroeira, mastruz, folha de café, raiz de jurubeba, folha santa/maria preta, folha da laranja da terra, açúcar. • Capim santo, carro santo e cecé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as folhas são secas, trituradas e transformadas em pó para o preparo da bebida/xarope/ lambedor e conservadas em garrafas na geladeira. • Corta e cozinha, coa, coloca no fogo novamente com açúcar até ficar um caldo grosso. • Bate tudo com mel ou açúcar; • Bate tudo com mel ou açúcar;

	<ul style="list-style-type: none"> • Fruto do none com açúcar ou mel. Geleia da babosa com açúcar ou mel. 	
DEFUMADOR	Girassol, castanha, fedegoso, folha do café, palha de alho, arruda, mamona da branca, velame branco.	Utilizado durante rezas como ar do vento, radiação de morto.
REZA	Olhado, ar do vento, cobreiro, dor de cabeça, ventre caído, engasgo, erisipela, animais, torção, frieira roedeira, radiação de morto.	Algumas rezas são acompanhadas com indicação de banhos, chás e defumador, além do retorno. A reza de olhado por exemplo, é necessário ser rezado três vezes para que a reza tenha efeito. As rezas são realizadas antes do pôr do sol, após esse horário não se reza.
SUMO	Sabugueiro, folha da costa, cardo santo.	Aquece a folha, coloca em pano limpo e espreme. O sabugueiro e o cardo santo são utilizados por via oral com açúcar com a finalidade de expectorante. A folha da costa o sumo é pingado uma gota em cada nariz para alívio da congestão nasal.
SUCO	Suco de uva integral com a geleia da babosa; suco de uva integral com semente de sucupira.	Bater no liquidificador e tomar sem açúcar. A geleia da babosa com açúcar é chamada de lambedor. Todos esses servem para abscesso, miomas.

Fonte: Criado por Carliene Sousa


Quadro 2: Descrição das plantas medicinais citadas e suas funcionalidades	
PLANTAS MEDICINAIS	USO/FUNCIONALIDADE
arruda*	Reza, banho para olhado
alfavaca* com palha de alho	Gripe (difusada), tosse
alfavaca*/ quioiô*/tioiô*	Gripe (expectorante)
arocira* com guiné*	Banho para olhado, reza de olhado
boldo*	Dor de barriga, má digestão
bom pra tudo	Dor de barriga, má digestão, reza
caičara*	Reza
candeinha branca, gengibre*, cravo* (associadas)	Imunidade, diabetes, emagrecimento
capeba* com folha do abacate* seca	Fígado e rim (antioxidante e diurética)
capim santo*	Hipertensão, gripe (expectorante)
carqueja*	Gripe
cardo santo*	Asma
casca da laranja da terra*	Pneumonia, tosse, expectorante
castanha	Defumação durante a reza
cipó cruz	Coração
corama* e romã* (associadas)	Mioma
erva cidreira*	Insônia

erva-doce*	Hipertensão
folha da amescla*	Dor de espinhela caída, dor de cabeça
folha aroeira*	Banho de assento (inflamação)
folha da babosa* (geleia)	Abcesso, cicatrizante
folha da canela*	Diabetes
folha da costa	Rinite, congestão nasal (sumo da folha)
folha da graviola*	Asma
folha da insulina*	Diabetes
folha da malva* branca	Antibiótico
folha da moringa	Emagrecer
folha de algodão*	Diarreia
folha de couve* com leite	Gastrite, úlcera, abcesso
folha de embaúba branca*	Diabetes
folha de hortelã grosso*	Gripe, tosse, expetorante
folha de loro da safra	Dor na coluna
folha de mamona branca	Banho de assento (inflamação)
folha de manga*	Asma
folha de Ogum	Reza
folha de São Roque	Dor de cabeça, dor de barriga

folha de araçá/goiaba*	Hipertensão, diabetes
folha santa/Maria preta*, pitanga* e fedegoso* (associadas)	Gripe, tosse
girassol	Defumação
jamelão*	Colesterol alto
jurubeba (raiz)*	Gripe
lírio de santa bárbara (uso da folha e da flor)	Dor de cabeça, dor de barriga (folha)
manjericão*	Hipertensão, banho, chá
noni (fruto)*	Abcesso
quebra-pedra*	Cálculo renal
sabugueiro*	Gripe, caroço no corpo
semente de sucupira*	Inflamação
taguço (coração) da banana	Gripe (expectorante)
tanchagem*	Banho de assento (inflamação)
terramicina*	Antibiótico, coração
vassourinha*	Reza

Fonte: Criado por Carliene Sousa.

Memórias ancestrais: uso de práticas tradicionais em saúde



Quilombo Tabuleiro da Vitória

Figura 21: Cartilha, página 1. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde - UFRB

J58 Jesus, Carliene Sousa de

Memórias ancestrais : uso de práticas tradicionais em saúde : Quilombo Tabuleiro da Vitória / Carliene Sousa de Jesus, Raquel Souza. - Santo Antônio de Jesus, BA: UFRB, 2022.
12 f. : il.

Cartilha desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena pela Universidade Federal da Bahia no Centro de Ciências da Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia.

1. Plantas medicinais. 2. Medicina alternativa. 3. Comunidades terapêuticas - Quilombo Tabuleiro da Vitória. 4. Patrimônio cultural. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Souza, Raquel. III. Título.

CDD : 581.634

Ficha elaborada por: Elaine Batista Sampaio CRB-5/1831

Figura 22: Cartilha, página 2. Catalogação bibliográfica.

Quilombo Tabuleiro da Vitória

Localizada na zona rural da cidade de Cachoeira, Recôncavo da Bahia, Noroeste da Baía do Iguape e Oeste do Rio Paraguaçu, a comunidade quilombola **Tabuleiro da Vitória** é uma, dentre as diversas , comunidades quilombolas da região. Há nestes territórios memória viva de saberes e um histórico de lutas por direitos, no encontro da ancestralidade.

A certificação pela Fundação Cultural Palmares e o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID)- emitido em 2013 pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) conferiu a **Associação de Mulheres do Quilombo Tabuleiro da Vitória e Adjacências - AMQTVA**, fundada em 13 de janeiro de 2013, o acesso à políticas públicas e a outras iniciativas voltadas para comunidades rurais e/ou quilombolas e aldeados.



Após quase 10 anos, o reconhecimento do Tabuleiro da Vitória como território remanescente quilombola, trouxe acesso à direitos , concessão de bolsas-permanência para os jovens quilombolas que ingressaram na universidade, participação em projetos sociais nas comunidades quilombolas. Recentemente 16 km de estrada, que dá acesso ao Tabuleiro, foi pavimentada e melhorou o fluxo de idas e vindas ao quilombo.

Figura 23: Cartilha, página 3. Catalogação bibliográfica.

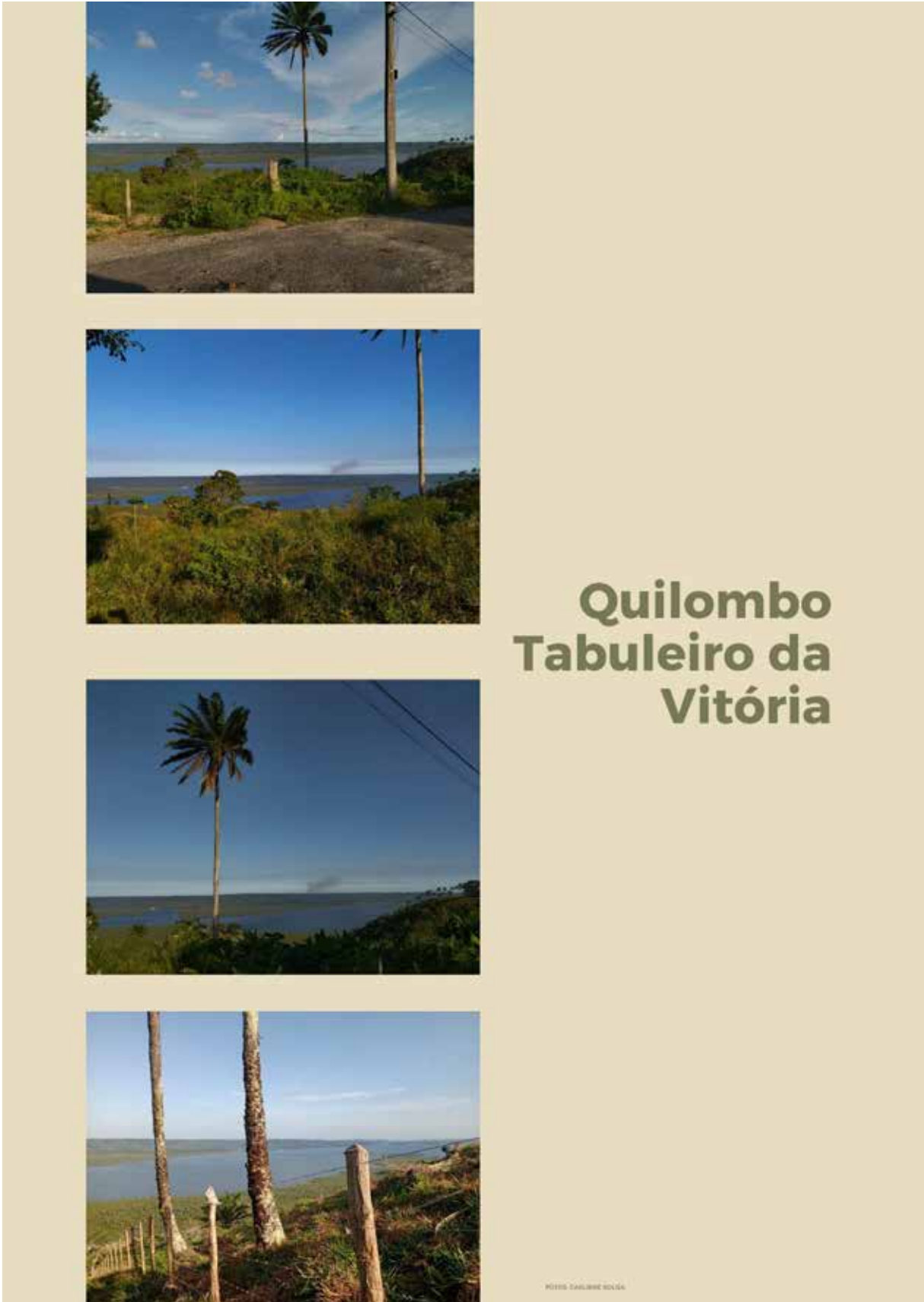


Figura 24: Cartilha, página 4. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souzas.

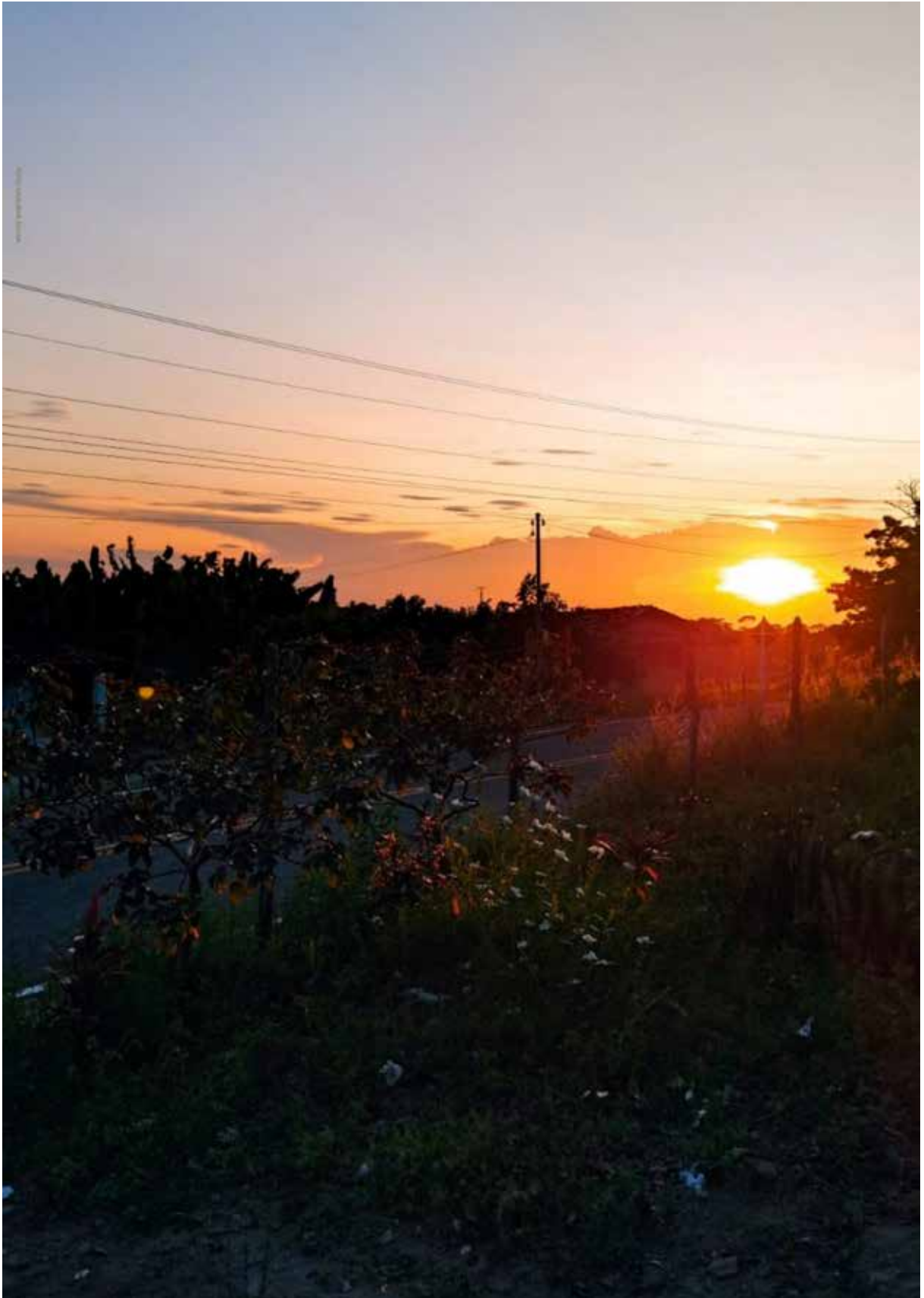


Figura 25: Cartilha, página 5. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souzas.

Plantas medicinais

São plantas utilizadas com propósitos de cura e de cuidados à saúde.

Podem ser utilizadas uma ou várias partes da planta: folhas, raízes, caules, flores.



O uso de plantas para tratamento de afecções e cuidados à saúde é fartamente documentado na História e está presente em diferentes comunidades. São consideradas medicinais as plantas cuja eficácia foi comprovada para alimentação, cura de doenças ou rituais religiosos.

O conhecimento sobre as plantas medicinais, quase sempre, é obtido em estudos sobre a memória e tradições orais. O estímulo ao conhecimento sobre plantas medicinais é importante para o desenvolvimento da pesquisa, como uma atividade científica do cotidiano das comunidades.



A criação de Políticas Públicas voltadas para o incentivo da medicina tradicional com uso de plantas medicinais no âmbito do SUS fortalece a confiança sobre o poder terapêutico de determinada planta, facilita o conhecimento sobre possíveis malefícios existente em determinadas ervas, desmistificando a ideia do que é natural não faz mal.



Figura 26: Cartilha, página 6. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Plantas medicinais e o SUS



Reconhece que existe racismo nos espaços e instituições que ofertam serviços de saúde e apresenta formas para estimular a igualdade no acesso à saúde à população negra.



Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) traz como objetivo geral a garantia de acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, além de promover o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Dentro de suas diretrizes está a inserção do uso de plantas medicinais no SUS, com segurança e eficácia e reconhecimento dos saberes tradicionais como possibilidade de prevenção e tratamento.



Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) surge com o intuito de usar recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos e saberes comunitários para prevenir e tratar doenças, o uso desses recursos é visto como tratamento paliativo. As PICs mais difundidas, nem sempre são aquelas produzidas em/na e pelas comunidades. As praticas comunitárias, por vezes, são estigmatizadas no cotidiano das práticas de assistência à saúde oficiais, nem sempre acessíveis e por vezes onerosas às pessoas das comunidades



Figura 27: Cartilha, página 7. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Decolonizar práticas em saúde



Apesar dos avanços alcançados em termos de formulação de políticas públicas no SUS é necessário fortalecer o debate em torno dos saberes e práticas tradicionais em saúde da população negra dentro das instituições de saúde, destacando a importância das práticas em saúde com uso de plantas medicinais produzidas na e pelas comunidades.



A decolonização do saber e das memórias e práticas ancestrais em saúde traz consigo o respeito à história, o pertencimento, vivências, comunitárias, potencializa a vida e saúde de corpos e memórias negras.

É necessário pensar o cuidado em saúde potencializado como prática do cotidiano e não como algo excepcional.

Figura 28: Cartilha, página 8. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Ao profissional de saúde:



As práticas dos conhecimentos tradicionais com uso de plantas medicinais para o tratamento da saúde, seja física, espiritual ou mental, nas comunidades quilombolas fortalece e valoriza a ancestralidade e o respeito ao sagrado e a uma medicina empírica.

As políticas públicas criadas a fim de promover equidade em saúde para a população negra e, que tratam do uso de plantas medicinais no cuidado à saúde, por vezes, sofrem com o apagamento frente às práticas de saúde convencionais..



A orientação e conhecimento das ervas por parte dos profissionais de saúde traz segurança ao paciente, conecta-se à terapêutica da assistência à saúde oficial.

Figura 29: Cartilha, página 9. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Farmácia Viva

Através da Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, o Ministério da Saúde instituiu a **Farmácia Viva no SUS** sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal.

As Farmácias vivas realizam a produção desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. Não é permitida a comercialização.



Dentre as regulamentações técnicas à atenção farmacêutica envolve "conjunto de ações e serviços relacionados com o medicamento, destinada a apoiar **as ações de saúde demandadas por uma comunidade**. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, **a segurança e a eficácia terapêutica** dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a **educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade** para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2013, p.1)"

Figura 30: Cartilha, página 10. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Vivências de práticas de cuidado à saúde Tabuleiro da Vitória



Banhos de folha e banhos de assento



Rezas (de santo e de gente)



Secagem de folhas para xaropes, chás e pastas de cicatrização



Defumação



Sumo das folhas



Chás

(Imagens ilustrativas)

Figura 31: Cartilha, página 11. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Tabuleiro da Vitória: território de afeto, fé e memórias

As plantas medicinais são usadas para o cuidado e terapia em saúde podem ser encontrados nos quintais. Algumas ervas para chá podem sumir sazonalmente, com a estação ou são mais difíceis de encontrar nos dias de hoje, como a folha da costa, que foi citada diversas vezes como uma folha muito poderosa e hoje em dia pouco se vê. Algumas plantas são cultivadas e outras simplesmente nascem no quintal, outras são fornecidas pelos vizinhos. Além do poder de cura das plantas utilizadas, há uma memória afetiva, social e coletiva, viva, no uso terapêutico. A escuta é, então, fundamental.



Figura 32: Cartilha, página 12. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Tabuleiro da Vitória: território de afeto, fé e memórias

As memórias e saberes ancestrais das práticas em saúde, com uso de plantas medicinais, é uma característica marcante do Quilombo Tabuleiro da Vitória. Tais saberes sobrevivem por meio da escuta e observação das aflições que atingem as pessoas, que vivem na comunidade e lá tecem o fio das memórias e afetos, que produzem a vida e o cotidiano.

Os saberes e práticas persistem porque há uma forma de ciência empírica, que sustenta a manutenção das práticas de cuidado. A conexão destes conhecimentos, com uma forma de pensar ciência colaborativa, autogestados, são importantes para o desenvolvimento das comunidades quilombolas

Foto: https://www.foto.com.br/

Figura 33: Cartilha, página 13. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souzas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - 2. ed. - Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2013. P- 1-35.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS- RENISUS**. 2009. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/plantas-mediciniais-e-fitoterapicas/ppnmpf/plantas-mediciniais-de-interesse-ao-sus-2013-renisus>> .

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 886, DE 20 DE ABRIL DE 2010**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html>

_____, Ministério da Saúde, **RESOLUÇÃO - RDC Nº 18, DE 3 DE ABRIL DE 2013**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html> .

Figura 34: Cartilha, página 14. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

Realização:

**MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE DA POPULAÇÃO
NEGRA E INDÍGENA**



Equipe:

Carliene Sousa de Jesus, Mestranda em Saúde da População Negra e Indígena/UFRB, carlienesousa@ufrb.edu.br
Dr. Raquel Souza, Prof. da Universidade Federal da Bahia/UFBA, rsouzas@ufba.br

Figura 35: Cartilha, página 15. Elaborada por Carliene Sousa e Raquel Souza.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas dos conhecimentos tradicionais com uso de plantas medicinais para o tratamento da saúde, seja ela física, espiritual ou mental, nas comunidades quilombolas, fortalecem a identidade, valorizam a ancestralidade e o respeito com o sagrado, reforçando o pertencimento com aquele território. A naturalização do saber biomédico, eurocêntrico e capitalista como única via legal para reconhecimento dos saberes tradicionais põe em risco e é uma ameaça para a extinção dos saberes, práticas e conhecimentos tradicionais em saúde, não só em comunidades quilombolas.

As políticas públicas criadas a fim de promover equidade em saúde para a população negra, que tratam sobre o uso de plantas medicinais e saberes tradicionais em saúde são conquistas para esta população já que reconhecem a existência de saberes tradicionais para o cuidado em saúde. Porém é preciso ser assumida a postura crítica para a consolidação e efetivação da redução das iniquidades em saúde e do racismo estrutural e institucional dentro dos espaços de saúde além da valorização das terapêuticas e conhecimento tradicional de matriz africana nas comunidades quilombolas.

A orientação e conhecimento das ervas por parte dos profissionais de saúde traz segurança ao paciente, mas devem estar ligados a evitar riscos e/ou prejuízos à terapêutica que a pessoa está sendo tratado e submetido, respeitando as crenças e saberes e história da pessoa. A inserção de práticas tradicionais no SUS e de políticas que tratem deste assunto é importante no que diz respeito ao reconhecimento dos saberes tradicionais em saúde, mas é preciso ter cuidado nas armadilhas do sistema colonial, do saber colonial onde concentra o poder em suas mãos. Os saberes e práticas tradicionais devem e podem estar inseridos nas instituições de saúde, o que devemos evitar que aconteça é que se tire das mãos de quem é detentor originário dessas práticas, o poder, a crença, a memória e o saber fazer saúde e cuidar de sua própria saúde através da medicina tradicional.

Foi possível reconstituir a rede de cuidados, descrever práticas e inventariar ervas, assim como técnicas de cuidado, tais como rezas, banhos de folhas, xaropes, defumação e beberagem. Concluiu-se que as práticas dos conhecimentos tradicionais, fundamenta-se no amplo uso de plantas cultivadas no seu próprio território, estão associadas à ancestralidade negra-indígena e estão ancoradas no acervo de recursos via tradição oral e na memória coletiva. Neste âmbito, o sagrado demarca o pertencimento ao território quilombola.

Os resultados dessa dissertação serão apresentados à comunidade Tabuleiro da Vitória, em um momento que será agendado com Maria de Totó, líder do quilombo, na Associação de Mulheres, local onde ocorre os encontros e reuniões da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais: abordagem histórico-contemporânea.** In: *Plantas Medicinais* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2011, SciELO Books. Disponível em < <https://books.scielo.org/id/xf7vy> > Acessado em 28 de jul. de 2022.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO-RDC No- 14, DE 31 DE MARÇO DE 2010.** DOU Nº 63, 5 de abril de 2010. Disponível em <- <https://crfce.org.br/wp-content/uploads/2018/09/RDC-14-2010-de-31-de-mar%C3%A7o-de-2010.pdf>>.
- ARAÚJO, E.M.; CALDWELL, K. L.; SANTOS, M. P. A.; SOUZA, I. M.; ROSA, P. L. F. S.; SANTOS, A. B.S.; BATISTA, L.E. **Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 44, especial 4, p. 191-205, Dez. 2020. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NtPTmkFcTgxwZ5mGfYgNJFx/?lang=pt> > Acessado em 29 de jun. de 2022.
- BALLESTRIN, L. **América Latina e o giro decolonial.** Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 89-117. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/abstract/?lang=pt> >.
- BATTISTI, C.; GARLET, T. M. B.; ESSI, L.; HORBACH, R. K.; ANDRADE, A.; BADKE, M. R. **Plantas medicinais utilizadas no município de Palmeira das Missões, RS, Brasil.** R. bras. Bioci., Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 338-348, jul./set. 2013. Disponível em: < https://redib.org/Record/oai_articulo1141576-plantas-medicinais-utilizadas-munic%C3%ADpio-de-palmeira-das-miss%C3%B5es-rs-brasil >
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Disponível em <<https://docero.com.br/doc/s05v0ne>>. Acesso em março de 2021.
- BORGES, M.A.V. **Saberes e Práticas de Rezadeiras e Benzedoras em Comunidades de Camaçari: diálogos entre saberes populares e educação formal.** In: V encontro estadual de ensino de história ANPUH, Bahia, 2019.
- BRANDÃO, A. C. **Processo de Reconhecimento Quilombola: um estudo sobre a Comunidade Palmas (RS).** 2018. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018. Disponível em <<http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/5272>>.
- BRAGA, J. C.B; SILVA, L.R. **Consumo de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: perfil de consumidores e sua relação com a pandemia de COVID-19.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.1, p.3831-3839, jan./feb.2021. Disponível em < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/25393/20265> > Acessado em 01 de ago. de 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2013. P- 1-35.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS- RENISUS. 2009. Disponível em:** <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/plantas-medicinais-e-fitoterapicas/ppnpmf/plantas-medicinais-de-interesse-ao-sus-2013-renisus>>.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde, 2020.** Disponível em: <<http://observapics.fiocruz.br/oferta-de-pics-cresce-na-atencao-primaria-e-especializada/>>

_____, Fundação Oswaldo Cruz, Coleção Botânica de Plantas Medicinais, Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2023. Disponível em: < <http://cbpm.fiocruz.br/index?ethnobotany>>.

CALHEIROS, F.P.; STADTLER, H.H.C. **Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras.** Revista Katálysis, 13(1), 133-139, 2010. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802010000100016&script=sci_arttext>

CARDOSO, C.P. **Amefricanizando o feminismo: O pensamento de Lélia Gonzalez.** Estudos Feministas, Florianópolis, 22(3): 320, set.-dez., 2014.

CARVALHO, F. F. S. **Cultura e Tradições dos remanescentes do Quilombo Mesquita e o projeto político pedagógico da Escola Municipal Aleixo Pereira Braga I.** Trabalho de Conclusão de Curso, 62p. Especialização em Educação em e para os Direitos Humanos no Contexto da Diversidade Cultural Universidade de Brasília (UnB), 2015. Disponível em <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14632/1/2015_FabianaFerreiradosSantosCarvalho_tcc.pdf>. Acessado em 03 de jun. de 2022.

CAVALCANTI, C. A; ANDRADE, Y. V. S; LIMA, C. G. **Estudo Etnobotânico Sobre A Contribuição Do Uso De Plantas Medicinais Utilizadas No Sítio Frexeira Velha, Pertencente Ao Município De Pesqueira – PE.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n.12, p. 94929-94940 dec. 2020. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21083/16802>>

COELHO, R.; MREJEN, M.; REMÉDIOS, J.; CAMPOS, G. **Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020.** Nota Técnica n.27, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Ago., 2022.

DEALDINA, S.S. (Org). **Mulheres quilombolas: territórios de existências negras femininas**. São Paulo: Sueli Carneiro; Jandaíra, 2020.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. **Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano**. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019 v. 39 (n.spe), e222592, 38-52. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/NnKPPcZyyp6gV3zX9rrybGD/abstract/?lang=pt>> Acessado em 03 de jun. 2022.

FERNANDES, S. L.; GALINDO, D. C.G; VALENCIA, L.P. **Identidade Quilombola: Atuações no cotidiano de mulheres quilombolas no Agreste de Alagoas**. *Psicol. estud.*, v. 25, e45031, 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pe/a/HQ9q3vV8g3GmkDxDmVjpM6k/?lang=pt#>> Acessado em 06 de jun. de 2022.

FURTADO, M. B. **Cultura, identidade e subjetividade em uma comunidade quilombola: uma etnografia na comunidade Kalunga/2013**. Disponível em <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/13729>>

FREITAS, I. A.; RODRIGUES, I. L. A; SILVA, I. F. S.; NOGUEIRA, L. M. V.; **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira**. *Revista Cuidar* 2018; 9(2): 2187-200. Disponível <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/521>> Acesso em abril de 2021.

GÓES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia./UFBA - Salvador, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29007/1/TESE%20Emanuelle%20Freitas%20Goes.%202018.pdf>>.

GÓMEZ, S. C. **Los avatares de la crítica decolonial**. Entrevista a Santiago Castro-Gómez realizada por el Grupo de Estudios sobre Colonialidad —GESCO. *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, No.16: 213-230, enero-junio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n16/n16a12.pdf>>.

GOIS, M.A.F.; LUCAS, F.C.A.; COSTA, J.C.M.; MOURA, P.H.B. DE; LOBATO, G. DE J.M. **Etnobotânica de espécies vegetais medicinais no tratamento de transtornos do sistema gastrointestinal**. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas, v.18, n.2, p.547-557, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbpm/a/RCHJ6BPY5YVhvD5PZ7sXjqB/?lang=pt&format=html>> Acessado em 29 de jul. de 2022.

GUIMARAES, M.B; NUNES, J., A.; VELLOSO, M.; BEZERRA, A.; SOUSA, I. M. **As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.29, n.1, e190297, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B4xk3VVgGdNcGdXdH3r4n6C/?lang=pt>>

GROSGOUEL, R. **Decolonialidade e perspectiva negra**. Traduzido por COSTA, J. B. *Revista Sociedade e Estado* – Volume 31 Número 1 Janeiro/Abril 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/wKkj6xkzPZHGcFCf8K4BqCr/>>.

GROSGOUEL, Ramón. **Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global.** Tradutor: FERREIRA, I. M. Epistemologias do sul. Revista Crítica de Ciências Sociais [Online], 80 | 2008. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/697>>.

MACHADO, A. F; OLIVEIRA, L.S. **Memórias ancestrais e filosofias africanas forjando caminhos para uma educação afrorreferenciada.** Práxis Educativa, Ponta Grossa, v. 17, e2219478, p. 1-15, 2022. Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/19478>>. Acessado em 30 de março 2022.

MATOS, S. F. **PLANTAS MEDICINAIS NO NORDESTE BRASILEIRO: biodiversidade e os seus usos. Monografia graduação** do Centro Universitário AGES (62 fls). Licenciatura em Ciências Biológicas. Paripiranga, jul.,2021. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14860/1/SIMONE%20TCC.pdf>>

MIGNOLO, W. D. **COLONIALIDADE: O lado mais escuro da modernidade.** Tradução de Marco Oliveira. RBCS Vol. 32 n° 94 junho/2017: e329402. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVk/abstract/?lang=pt>>

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.3 Rio de Janeiro mar. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt>>

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf>

MINAYO, M. C.S; COSTA, A.P. **Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa.** Revista Lusófona de Educação, 40, 139-153, 2018. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/328403919_Fundamentos_Teoricos_das_Tecnicas_de_Investigacao_Qualitativa>

MOREIRA, S.C.F.C. **Estudo da aplicabilidade de pétalas de *Calendula officinalis* L. em produtos alimentares enriquecidos.** Dissertação Mestrado, da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015

NASCIMENTO, A.;PRADE, A.C.K. **Aromaterapia: O poder das plantas e dos óleos essenciais.** Cuidado integral na Covid-19. - Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2020. 1 recurso online (33 p.): PDF. — (Cuidado integral na Covid; n. 2).

OLIVEIRA, L.A.R; MACHADO, R.D.; RODRIGUES, A.J.L. **Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis.** Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v.16, n.1, p.32-40, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbpm/a/jKhkwSbmj6FG98NT3kJtQg/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em 01 de ago. de 2022.

PEREIRA, R.N.; MUSSI, R. F. F. . (2020). **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica.** ODEERE, 5(10), 280-303. Disponível em <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938>> Acessado em 08 de jun. de 2022.

PERES, Lázaro E. P.. **Metabolismo secundário**. Escola Superior de Agricultura, USP – São Paulo, 2004. Disponível em <<http://www2.ufpel.edu.br/biotecnologia/gbiotec/site/content/paginadoprofessor/uploadsprofessor/ce5449dfcf0e02f741a5af86c3c5ae9a.pdf?PHPSESSID=e32d8df36f08f86ef80010a253f33762>> Acessado em 28 de jul. de 2022.

PRUDÊNCIO, L. S. **Itinerários terapêuticos de quilombolas: um olhar bioético sobre a atenção e o cuidado à saúde**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/178311>> Acessado em 07 de jun. 2022.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade, poder, globalização e democracia**. Novos Rumos, Marília – SP, a. 17, n. 37, p. 4-28, 2002. Disponível em <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2192>> Acessado em 28 de abril 2022.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**”. In: LANDER, Edgardo. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Colección Sur. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 107-130.

RIBEIRO, D.A. **Feminismo Negro e as Mulheres de Axé**. XX Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas Sobre Mulher e Reações de Gênero, Salvador, p.1-12, 2018.

RIBEIRO, L.S; MODESTO, C.M.S; MARTINHO, N. J.; MENDONÇA, M.G.S; MARTA, C.B; BARTHUS, D. M. S; NUNES, J. R. S. **Cultura e saúde: desvelando o autocuidado entre mulheres quilombolas**. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(58), 3831-3840, 2020.

ROCHA, I.A; SANTOS, M. A. **O território e o processo de construção da identidade quilombola**. 2016. Disponível em <https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina-2016/259-440-1-RV_2016_10_09_00_58_43_345.pdf> Acessado em 01 de jun. 2022.

SANTOS, A. B. **COLONIZAÇÃO, QUILOMBOS: Modos e Significações**. Ed. 2a. Editora: AYÔ. Brasília, 2019.

SANTOS, B. S. (2009). **Direitos humanos: o desafio da interculturalidade**. Revista Direitos Humanos, 2, 10-18. Disponível em <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Direitos%20Humanos_Revista%20Direitos%20Humanos2009.pdf> Acessado em 15 de nov. de 2022.

SANTOS, R.C.; SILVA, M. S. **Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás**. *Saúde Sociológica*, São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063, 2014.

SOUZA, F.R.; SOUZA, M. L. G. **A arte da benzeção e da cura na memória e identidade das mulheres das comunidades quilombolas de Caiana dos Crioulos e do Grilo**. III seminário nacional gênero e práticas culturais, olhares diversos sobre a diferença. João Pessoa-PB, Out. 2011. Disponível em <<https://docplayer.com.br/45940238-A-arte-da-benzencao-e-da-cura-na-memoria-e-identidade-das-mulheres-das-comunidades-quilombolas-de-caiana-dos-crioulos-e-do-grilo.html>> Acessado em 09 de jun. de 2022.

TAVARES, F.; CAROSO, C.; BASSI, F.; PENAFORTE, T.; MORAIS, F. **Saberes e fazeres terapêuticos quilombolas. Cachoeira, Bahia. 2ª edição, Salvador, EDUFBA, 2019.**

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saúde sociológica, São Paulo, v.25, n.3, p. 535 -549, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE B- ORÇAMENTO

Observação: esta pesquisa não recebeu patrocínio ou financiamento, público ou privado.

Material	Valor unitário	Total	Fonte
Computador	R\$ 4,000	R\$4,000	Recurso próprio
Impressora	R\$ 500, 00	R\$ 500, 00	Recurso próprio
Caderno	R\$ 30.00	R\$ 30.00	Recurso próprio
10 Canetas	R\$ 0,70	R\$ 7,00	Recurso próprio
Bloco de folhas A4- 500p	R\$ 20.00	R\$ 20,00	Recurso próprio
Prancheta	R\$ 15,00	R\$15,00	Recurso próprio
Álcool em Gel à 70%	R\$ 23, 00	R\$ 23, 00	Recurso próprio
Máscara cirúrgica descartável- cx 50 uni	R\$ 60,00	R\$60,00	Recurso próprio
Translado Santo Antônio x Cachoeira/ Cachoeira x Santo Antônio	R\$ 125,00	R\$ 375,00	Recurso próprio

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Dra. Raquel Souza - Pesquisadora-Orientadora e, Carliene Sousa de Jesus- Pesquisadora-Orientanda, vimos nos apresentar, como responsáveis pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa que tem como título “MEMORIAS ANCESTRAIS: Uso de práticas tradicionais em saúde” vinculado ao *Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena* no Centro de Ciências da *Saúde (CCS)* da *Universidade Federal do Recôncavo da Bahia* (UFRB) e, convidá-lo (a) à participar como voluntário (a) na referida pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos conforme instituído na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem.

Esta pesquisa tem como **objetivo geral** investigar redes de cuidados e de saberes e práticas de saúde baseadas em conhecimentos tradicionais e ancestrais para o cuidado à saúde, utilizados na Comunidade Quilombola Tabuleiro da Vitória, no município de Cachoeira, Recôncavo Baiano.

Nesse contexto, a escolha por essa pesquisa se deu por entender a importância do uso de práticas tradicionais para o cuidado à saúde, em território quilombola, território esse que traz a memória e a forte ancestralidade de um povo que foi escravizado e teve parte de sua cultura esquecida pela história. É importante salientar que os conhecimentos tradicionais são seculares e transmitidos pela oralidade entre as gerações em um dado contexto cultural.

Para ser participante desta pesquisa você precisa ser residente do Quilombo Tabuleiro da Vitória, ser maior de 18 anos e, usar práticas tradicionais com plantas medicinais para o autocuidado e cuidado à saúde dos moradores da comunidade. O aceite do convite se dará através do consentimento e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e o Termo de Autorização para o uso de Áudio e Imagem (Apêndice D). Todos os documentos de autorização e consentimento tais como: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização para o uso de Áudio e Imagem devem ser assinados em duas vias. O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice E) será apresentado a você no momento da assinatura do TCLE para que tenha conhecimento do que será perguntado na entrevista. Durante a entrevista, se você não se sentir confortável com algum tipo de pergunta, poderá escolher não continuar ou não responder à pergunta em questão.

Como medida de prevenção e segurança para o combate à COVID-19, seguindo as orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, ao assinar este Termo o

entrevistado e o pesquisador se comprometem a seguir o protocolo de biossegurança e distanciamento mínimo de um metro e meio, com uso de máscara apropriada que cubra nariz e boca. A entrevista ocorrerá em um lugar aberto ou que forneça ventilação natural e deve durar no máximo 30 min, será fornecido pelo pesquisador álcool à 70% e máscara cirúrgica.

Será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as suas fases, com a utilização de nome fictício a ser definido durante o processo de transcrição das entrevistas (Apêndice E). Os dados colhidos serão armazenados em computador de uso do pesquisador responsável, o acesso será definido através de senha, pelo período de cinco (05) anos, sendo deletado após este período. Todos os participantes da pesquisa receberão uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para o uso do Áudio e Imagem para garantir seus direitos. Caso os dados fornecidos necessitem ser utilizados em eventos ou artigos científicos, serão adotados meios de identificação por nomes fictícios, a ser definido no campo “nome fictício”. Essa identificação poderá ser alterada pela pesquisadora responsável para preservar a confidencialidade dos dados. O resultado da pesquisa será analisado e divulgado no âmbito acadêmico e na comunidade envolvida. A identidade, como nome e outras formas de identificação pessoal dos participantes, será mantida também nesta etapa.

Ao assinar o Termo de autorização de uso de áudio e imagem (Apêndice D), você autoriza a título gratuito, o uso da imagem em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) Redes Sociais (IV); divulgação em geral sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à sua imagem ou a qualquer outro.

Dentre os riscos, identificam-se possíveis constrangimentos, desconforto ao expor sua privacidade, sentimentos, percepções e vivências pessoais e culturais, frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo. Ressalta-se que, caso seja verificada presença de manifestações de mobilização emocional durante o período de coleta de dados, você será acolhido (a) pela entrevistadora e poderá pausar a entrevista, cancelar ou remarca-la.

Os participantes desta pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito a recorrer à indenização, conforme Artigo 927 Código Civil "**Art. 927:** Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, é obrigado a repará-lo”.

Você poderá questionar ou solicitar informações sobre a pesquisa quando achar necessário, mesmo depois de realizada a entrevista, por meio do contato das pesquisadoras que

constam no final deste documento. Não haverá nenhum custo a você relacionado a este estudo, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre. Se por alguma excepcionalidade, surgir custos não previstos no orçamento desta pesquisa, incluindo despesas do participante, estes serão de responsabilidade da pesquisadora principal. A presente pesquisa está baseada na resolução nº 510/2016 e os pesquisadores declaram expressamente que se comprometem a cumprir essa resolução e demais orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

A devolutiva dos resultados da presente pesquisa ocorrerá por meio de apresentação para comunidade, após a conclusão da mesma em data a ser agendada.

Quanto aos aspectos éticos e legais, as pesquisadoras se comprometem a iniciar essa pesquisa somente após aprovação da mesma, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano, no sistema CEP/CONEP.

A partir da metodologia proposta para o desenvolvimento dessa pesquisa, espera-se alcançar resultados capazes de mapear e constituir a rede de cuidados que usam de práticas tradicionais em saúde para o autocuidado e cuidado. Trazendo para a academia a importância da interculturalidade em saúde entendida como um processo de respeito de visões tradicionais e institucionais sobretudo culturais que afetam a saúde, sem preconceito e imposição de uma sobre a outra.

Consentimento:

Eu, _____, por me considerar devidamente informados (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento e do Termo de Autorização para o uso de Áudio e Imagem. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo. Fui informado também sobre o e-mail das pesquisadoras e terei acesso a uma cópia deste termo assinado pelas pesquisadoras.

Em caso de dúvida, denúncia ou descumprimento do que está posto nesse termo de consentimento você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Centro. (prédio da Reitoria). – Cruz das Almas-Bahia. – CEP:44380-000 E-mail: eticaempesquisa@comissao.ufrb.edu.br Fone: (75) 9 9969-0502.

Assinatura do participante:

_____ Data: ____/____/____

Carliene Sousa de Jesus/ Pesquisadora Principal

Contato: carlienesousa@ufrb.edu.br

Raquel Souza/ Pesquisadora Responsável

rsouzas@ufba.br

APÊNDICE D-TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ÁUDIO E IMAGEM

Eu, _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos ou filme e gravação de áudio sem finalidade comercial, para ser utilizada no projeto de pesquisa que tem como título “MEMORIAS ANCESTRAS: Uso de práticas tradicionais em saúde”. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) Redes Sociais (IV); divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Assinatura

APÊNDICE E- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome completo:		
Idade:	Naturalidade:	Gênero: Feminino () Masculino () Não binário ()
Trabalho/Ocupação:		
Cor/etnia:	Preto () Pardo () Indígena () Branco () Amarelo ()	
Estado civil: Solteira/o () Casada/o () Divorciada/o/ separada/o/ desquitada/o () Viúva/o () União Estável ()		
Escolaridade: Fundamental Completo () Fundamental Incompleto Ensino Médio () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Outro _____		
Filhos: Sim () Não () Quantos? _____		
Nome fictício:		

Perguntas:

1. O que é ser quilombola?
2. Você se reconhece como quilombola?
3. Quanto tempo vive no quilombo?

4. Existe uma liderança na comunidade?
5. A comunidade possui uma Associação? Quais eventos ocorrem todo ano aqui na comunidade? Como é a organização?
6. Quais atividades são realizadas na comunidade? Poderia falar um pouco sobre essas atividades? Como são definidas e por quem?
7. Pensando em saúde, para você o que é ter saúde?
8. Você vai ao hospital ou posto de saúde com frequência??? Em que momento e situação você decide que precisa ir a um hospital ou posto de saúde?
9. Você prepara remédios para cuidar da sua saúde e da sua família? Ou usa os medicamentos fornecidos pela unidade de saúde?
10. Como você cuida de sua saúde em casa?
11. Como você definiria o saber tradicional em saúde?
12. Você acredita no poder medicinal das plantas?
13. Você usa o saber tradicional para cuidar de sua saúde ou já cuidou de alguém aplicando seus conhecimentos?
14. Em que situação você usa ou usaria métodos tradicionais para o cuidado em saúde?
15. As pessoas te procuram para receber cuidados, orientações com uso de plantas?
16. Como você percebe que o remédio preparado teve efeito, foi bom, curou?
17. Quais métodos e materiais/plantas você utiliza nos cuidados tradicionais para o tratamento da saúde?