



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E TERRITÓRIOS
MESTRADO ACADÊMICO**

JAMILE FERNANDA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA

**SAMBA DE RODA E SAÚDE: NARRATIVAS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE DAS SAMBADEIRAS DE CACHOEIRA-BA**

**CACHOEIRA – BA.
2024**

JAMILE FERNANDA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA

**SAMBA DE RODA E SAÚDE: NARRATIVAS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE DAS SAMBADEIRAS DE CACHOEIRA-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social e Território, Centro de Artes Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (POSTERR/CAHL/UFRB) como requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social e Territórios.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA, BAHIA.
2024

O482n Oliveira, Jamile Fernanda Conceição.

Samba de Roda e Saúde: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba. / Jessica Souza da Silva Santana. Cachoeira, BA, 2024.

123f., il.; color.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila

Relatório de Produção (Mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes Humanidades e Letras, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios, 2024.

1. Samba de roda – Bahia. 2. Sambadeiras – Saúde e Higiene - Bahia. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes, Humanidades e Letras. II. Título.

CDD: 362.1098142

Ficha elaborada pela Biblioteca do CAHL - UFRB.

Responsável pela Elaboração – Juliana Braga (Bibliotecária – CRB-5/ 1396)
(os dados para catalogação foram enviados pelo usuário via formulário eletrônico)

JAMILE FERNANDA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA

**SAMBA DE RODA E SAÚDE: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das
sambadeiras de Cachoeira-Ba**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social e Território,
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (POSTERR/UFRB) como requisito para
obtenção do título de Mestre em Política Social e Territórios.

Cachoeira/Ba, 20 de maio de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
HELENI DUARTE DANTAS DE ÁVILA
Data: 24/09/2024 12:30:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila (Orientadora)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Documento assinado digitalmente
SILVIA DE OLIVEIRA PEREIRA
Data: 24/09/2024 13:33:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira (Membro Interno)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos (Membro Externo)
Membro Externo – Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

“E aonde nós mulheres negras estivermos, nos mais diversos espaços,
a gente lembra que tem todo um contingente, um coletivo que nos
sustenta e que também precisa da gente”.
Conceição Evaristo (Depoimento de 2016)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gratidão a Deus e a toda espiritualidade pela proteção e oportunidades que me mantiveram firme na caminhada e me trouxeram até aqui.

À minha “mainha” Auxiliadora e minha Vó Marlene minha eterna gratidão pelo incentivo aos estudos, apoio, confiança e orações, sem os quais, com certeza, não poderia sequer iniciar esta caminhada. E através delas estendo meus agradecimentos a toda minha família.

A construção da vida não é solitária, somos condicionados ao amor e afeto dos outros, com quem compartilhamos experiências e construções de conhecimento. Agradeço aos meus amigos e amigas, a todas as pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, em minha jornada evolutiva e acadêmica (em especial Lola, Jessi, Dan e Clarinha). Gratidão pelas reflexões, pelas partilhas, pelo auxílio, carinho e paciência, por não reconhecerem a distância física como um empecilho para estarem presentes.

Gratidão as Sambadeiras do Recôncavo – por dividir suas histórias de vida e memórias, advindas do inegável valor da ancestralidade, da oralidade e da resistência para a preservação de saberes.

Gratidão a todos as minhas mestras e os meus mestres da escola, da universidade e da vida, pessoas que influenciaram e influenciam minha busca por conhecimento e aprendizado, com certeza vocês foram extremamente relevantes para meu percurso acadêmico.

Gratidão a quem luta para que a equidade de direito e deveres seja uma prática social permanente. Gratidão os pesquisadores e as pesquisadoras que me antecedem por me oportunizar construir essa dissertação por meio dos seus estudos e práticas.

Agradeço em especial à minha orientadora, a professora Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila, que embarcou nesta jornada ainda na especialização e acreditou que este estudo seria possível. Gratidão pelo incentivo, paciência, acolhida afetiva e física durante as pesquisas de campo, pelas orientações, e por entender minhas marés cheias e vazias, sendo colo em todos os momentos.

Agradeço à professora Dra. Silvia e ao professor Dr. Maurílio pelas contribuições na qualificação, sem as quais o contorno desta dissertação não seria possível! Obrigada a UFRB, ao CAHL e ao POSTERR pelos anos de crescimento e aprendizado, principalmente aos docentes que fizeram parte da minha história.

À ESSP-BA pelo amor que construí pela Saúde Coletiva.

À minha mãe Yemanjá, dona do meu Orí, por toda força e energia que carrego, sinto e através da qual me refaço. Obrigada por guiar meus passos e pensamentos. *Omí Yalodde!*

“Ter estudo às vezes não significa muita coisa não
Tem tanta gente que tem conhecimento e é uma ignorância.
Se você não pode oferecê-lo às pessoas a sua volta. Não serviu.
O conhecimento tem que ser dividido, partilhado, ofertado, doado
generosamente.”
Dalva Damiana de Freitas – Dona Dalva (Depoimento – 2010)

Oliveira, Jamile Fernanda Conceição de. Samba de Roda e Saúde: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba. 123 p. 2024. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Política Social e Territórios, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Salvador, 2024.

RESUMO

O Samba de Roda do Recôncavo surgiu na Bahia, uma das regiões do Brasil de maior incidência de escravizados africanos. O ritmo festivo é um dos mais antigos estilos de sambas tocados nos contextos populares da região. A presente dissertação, ora estruturada, constitui-se pela busca dos conhecimentos tradicionais da realidade, para compreender através dos elementos teóricos de que forma as sambadeiras produzem o cuidado em saúde, na cidade de Cachoeira, situada no Recôncavo Baiano. Para tal, me disponho a construir análises sobre o lugar onde essas mulheres vivem, a história e a importância social do samba para elas, tendo em vista o entendimento da preservação dos saberes tradicionais na produção de cuidado em saúde, a fim de consolidar a proposta norteadora do trabalho. O estudo aqui proposto decorrerá de uma pesquisa qualitativa. A metodologia escolhida utiliza da observação simples, a pesquisa documental de fontes primárias, as legislações vigentes, a entrevista com roteiro de perguntas, bem como a construção do referencial teórico de pesquisa bibliográfica. Para a obtenção de dados foram empreendidas análises orientadas pelo método materialista histórico-dialético. Aliado a leitura de realidade gramsciana realizada a partir da perspectiva de indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade social. Os dados obtidos visam contextualizar o samba de roda por uma perspectiva multirreferencial. Ao correlacionar a formação social do Recôncavo Baiano, com a história de resistência do samba de roda e a preservação das memórias de práticas de cuidado em saúde, à luz das explanações das sambadeiras de Cachoeira, constatei que tal manifestação cultural é um espaço de produção de resistências, e, sociabilidade contra hegemônica na produção de cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Samba de Roda; Formação Social do Recôncavo da Bahia; Iniquidade em Saúde; Modelos de Atenção à Saúde; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Oliveira, Jamile Fernanda Conceição de. Samba de Roda e Saúde: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba. 123 p. 2024. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Política Social e Territórios, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The Samba de Roda of the Recôncavo region originated in Bahia, one of the areas in Brazil with a high concentration of enslaved Africans. This festive rhythm is one of the oldest styles of samba played in the popular contexts of the region. The present dissertation, now structured, seeks to explore traditional knowledge of reality to understand how the sambadeiras (female samba musicians) contribute to healthcare in the city of Cachoeira, located in the RecôncavoBaiano. To achieve this, I am committed to analyzing the environment where these women live, the history, and the social significance of samba for them. The goal is to comprehend the preservation of traditional knowledge in healthcare production, ultimately aligning with the guiding proposal of this work. The proposed study follows a qualitative research approach. The chosen methodology involves simple observation, documentary research of primary sources, analysis of existing legislation, interviews with structured questionnaires, and the development of a theoretical framework through bibliographic research. To obtain data, analyses were conducted guided by the historical-dialectical materialist method. Coupled with a Gramscian reality reading from the perspective of the inseparability of the constitutive spheres of social reality, the collected data aims to contextualize the Samba de Roda from a multi-referential standpoint. By correlating the social formation of the RecôncavoBaiano with the history of samba de roda resistance and the preservation of memories related to healthcare practices, as illuminated by the explanations of the sambadeiras from Cachoeira, I have observed that this cultural expression serves as a space for resistance and counter-hegemonic sociability in healthcare prevention.

KEYWORDS: Samba de Roda; Social Formation of the Recôncavo da Bahia; Health Inequity; Healthcare Models; Integrative and Complementary Health Practices.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 01 – Cidade de Cachoeira-Ba.

Fotografia 02 – Charuteiras do Dannemann.

Fotografia 03 – Festa da Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte.

Fotografia 04 – Festa de Nossa Senhora D’Ajuda – Terno do Acarajé.

Fotografia 05 – Apresentação da Esmola Cantada no São João de Cachoeira.

Fotografia 06 – Live o Samba de Cosme e Damião.

Fotografia 07 – Participantes da Esmola Cantada em frente a Santa Cruz.

Figura 01 – Samba de Roda

Figura 02 – A Dança

Figura 03 – Complexo DEP (Doença-Enfermidade-Patologia) – Modelo de Kleinman-Good-Young.

Figura 04 – Complexo DEP e Modos de Saúde – Modelo de Canguilhem (Adaptado).

Figura 05 – Bahia de Todos os Santos (Bahia Brasil).

Figura 06 – Bahia de Todos os Santos (Bahia Brasil).

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA – Associação Brasileira de Antropologia (ABA),
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANPOCS - Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais
BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DEP – Doença-Enfermidade-Patologia
IMS – Instituto de Medicina Social
LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS – Organização Mundial da Saúde
PICS – Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
POSTERR – Programa de Pós graduação em Política Social e Território
RBS – Reforma Sanitária Brasileira
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCIELO – Scientific Eletronic Library Online
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico, Artístico e Nacional

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1 Abordagem teórico metodológica	16
1.1.1 Conjecturas analíticas: a indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade	20
1.2 Pressupostos da pesquisa	24
1.3 Trajetória da pesquisa	27
1.4 Nos abra a porta, devoto! Quem são os sujeitos da pesquisa?	30
 2. AFINAL, O QUE É SAÚDE? Notas sobre um conceito ampliado e pouco difundido.	 36
 3. “CACHOEIRA, FOI DE LUANDA QUE ENTENDI SUA REALIDADE”: território e iniquidades em saúde.	 43
 4. SAMBA DE RODA NO RECÔNCAVO BAIANO	 59
4.1 Batuques da resistência	61
4.2 Samba de Roda: a sociabilidade que produz saúde	70
4.3 Por uma saúde fora das caixinhas e dos protocolos	84
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 96
 POSFÁCIO	
Entre a pandemia de Covid-19, o CEP/UFRB e a itinerância: os desafios para tornar-me mestra	101
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
 APÊNDICES	



1

1. INTRODUÇÃO

¹Figura 01 – Samba de Roda. Pintura de autoria do artista plástico João Barcelos. Fonte: www.joao-barcelos.art.br/pinturas.html

Escrever não é uma tarefa fácil. É um ato de fé. Fé em seu sentido amplo, não apenas religioso. A escrita requer disciplina, concentração, decodificação das teorias em simetria com a decodificação de mim mesma, do meu cotidiano, trajetória de vida, sensibilidade, empatia. Ao escrever reafirmo que corpo, mente e espírito fazem parte da nossa história, e que nesta dissertação de mestrado, sou instrumento de visibilidade para as interlocutoras desta pesquisa. Aqui me proponho a confiar na capacidade de romper com saberes hegemônicos, que invisibilizam muitas vezes mulheres negras, por meio de todo um sistema de saberes embranquecidos, lidos como metódico e “científico”.

A escolha pela pesquisa “Samba de Roda e Saúde: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba” forjou-se atravessada por diversas vivências, emoções e ideias. Nasceu anteriormente a inserção no Programa de Pós-graduação em Política Social e Território - POSTERR/UFRB.

Era início do ano de 2016, acabara de concluir o bacharelado em Serviço Social, na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em Cachoeira-BA, e já iniciava o Curso de Especialização em Saúde Pública, na Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto (ESSP-BA). O contato com os estudos em Saúde Pública marcou o início de um processo de afeição com o universo epistêmico. Um ano após o início da especialização comecei a atuar como assistente social na Secretaria de Saúde da minha cidade de origem, Itaparica-BA. A cada disciplina da especialização descortinava-se um universo até então não explorado e que despertava mudanças, crescimento, novas lentes para encarar a realidade e meu processo de trabalho. Foi entre a imersão na especialização em Saúde Pública e as vivências em Cachoeira, que os diálogos entre a saúde pública e o samba de roda começaram a ser forjados.

A relevância desse estudo diz respeito a seu caráter inovador. Com um contorno moldado ao longo da disciplina optativa de Política de Saúde ofertada no POSTERR-UFRB. O processo afetivo-político me levou a narrar como as sambadeiras “guardiães da cultura e história” de Cachoeira – Bahia – cidade pela qual nutro memórias tantas afetivas – produzem saúde – para ecoar suas vozes, para além das letras dos Sambas de Roda.

O processo da pesquisa me apresentou um universo completamente distinto, fertilizei minha caminhada com as memórias do povo negro, e da resistência necessária para produzir e salvaguardar práticas de saúde ancestrais. Foi por meio da interseccionalidade² que pude

²O termo interseccionalidade utilizado para designar as diferenças entre as diferenças foi sugerido pela filósofa negra estadunidense Kimberlé Crenshaw, o que auxiliou muito na identificação de diferentes formas de opressão vividas por mulheres.

compreender como esses corpos femininos produziram saúde em um território culturalmente rico, e contraditoriamente desigual.

Ao evidenciar minha trajetória, em alguma medida, assumo o meu lugar e a minha posicionalidade neste campo, demonstrando que meu interesse não circunda o desejo de reproduzir relações de poderes existentes, principalmente entre pesquisadora e sujeitos de pesquisa. Reconhecendo a importância das discussões sobre “lugar de fala” que ganharam relevância nas discussões culturais brasileiras nestas primeiras décadas do século XXI (RIBEIRO, 2017), no campo da saúde pública/coletiva, ‘lugar de fala’ pode ser potente à medida que desestabilize práticas que sempre estiveram no diagrama saber-poder, inaugurando espaços para escutar, e que postulam que não se deve falar *por* alguém ou reivindicar legitimidade ao tratar sobre realidades que não são nossas próprias. Corroborando com Clifford (2014), posiciono-me de forma dialógica e acentuada. Compreendo não haver possibilidade literal de se colocar no lugar de ninguém, melhor dizendo, tudo que aqui foi escrito diz respeito a essa categoria relacional salientada. Não falo por, e nem de outro lugar, a não ser desse lugar de relação. Dito isso, evidencio alguns pontos.

Qual é o meu lugar de fala? Falo do lugar de pesquisadora. Eu, Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, identifico-me como mulher negra, Assistente Social, militante, trabalhadora e usuária do Sistema Único de Saúde. Nascida em Salvador-Ba, e criada à beira-mar, em Amoreiras, um distrito localizado na ilha de Itaparica, Bahia. A formação na UFRB, oportunizou-me transitar em diferentes lugares, potencializando a amplitude de relações, experiência e entendimentos de vida. Sem esquecer das características e dos lugares que me conformaram, em diversos momentos, enquadrada pelo discurso dominante, como parte das minorias, um lugar de subalternidade atribuído a quem não se adequa a determinados padrões da moral burguesa, racista e patriarcal.

Toda escrita é um recorte daquilo que almejamos falar. A nossa intencionalidade pressupõe produzir conhecimento resultante dos encontros, como nos apontou Deleuze (2011), esse posicionamento que considera um conjunto de afetos e uma economia do contato, permitiu-nos driblar a neutralidade clássica.

Descrever as circunstâncias em que o trabalho foi construído faz parte de um compromisso científico de enunciar o lugar de que se fala, por atravessamentos entre teorias e vivências, de como uma mulher negra pode tornar-se mestra. Sigo diante das inquietudes e desafios, pois percebi que este trabalho ao propor compreender de que forma as sambadeiras de Cachoeira – BA produzem cuidado em saúde já nasceu de uma tentativa de ruptura. Ao

negar a neutralidade, reivindico novas leituras epistemológicas sobre a Saúde Pública, e comprometo-me durante a escrita a dar voz e vez a sujeitos sociais historicamente excluídos.

Ao escrever esta dissertação anseio ecoar as narrativas das sambadeiras de Cachoeira – BA, encorajá-las a falarem sobre si, imprimirem suas marcas e não apenas reproduzir um conhecimento/pensamento que já está pronto. As vozes dessas mulheres nortearão a construção de novas epistemologias, ampliando os horizontes e adotando uma nova perspectiva de pesquisa em Saúde.

1.1 Abordagem teórico metodológica

Entendendo a metodologia como um instrumento de abordagem da realidade, iluminado pela teoria de análise marxiana, visamos desvendar a produção de cuidado em saúde inserida no movimento de resistência / aquilombamento dos sambas de rodas. O percurso metodológico adotado refere-se à pesquisa de abordagem qualitativa, muitas questões fundamentais na investigação constituem o universo subjetivo das sambadeiras, desta forma, a tentativa de quantificar qualquer aspecto da realidade perquirida comprometeria a capacidade analítica em assimilar com profundidade os elementos distintivos do objeto.

Como destaca Minayo, “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.” (MINAYO, 1994). Isso significa compreender e desvendar os processos nos quais o meu objeto está inserido, captando os elementos que não se manifestam de imediato na fala dos entrevistados, requer uma maior argúcia em torno das categorias analíticas eleitas. Ainda segundo Goldenberg,

A pesquisa qualitativa dá vida às percepções e aos sentimentos dos entrevistados sobre o fato investigado, além de possibilitar o estudo de fenômenos que não podem ser quantificados. Ela ainda se caracteriza pela profundidade na investigação, indo para além da aparência (GOLDENBERG, 2009).

Ao investigar como as sambadeiras de Cachoeira – BA produzem saúde, exploramos a subjetividade como forma de construção de conhecimento, ao tempo em que resgatamos as muitas dimensões da vida social, e o processo de sua constituição na totalidade. Para Jarry Richardson, o método qualitativo, difere, em princípio, do quantitativo, à medida que não

empregamos um diferencial estatístico com base no processo de análise de um problema. Não planeamos medir ou enumerar categorias homogêneas (RICHARDSON, 2012, p. 79). Muitas questões fundamentais na investigação constituem o universo subjetivo das sambadeiras de Cachoeira – BA, desta forma, qualquer tentativa de quantificar qualquer aspecto da realidade perquirida comprometeria a capacidade analítica em assimilar com profundidade os elementos distintivos do objeto.

As observações acerca do samba de roda como uma possível prática promotora de saúde começaram desde a graduação, porém não com um olhar atento e sistemático de pesquisadora. Foi no curso do Mestrado em Política Social e Territórios da UFRB que me descobri pesquisadora, com um olhar atento às sambadeiras, suas histórias de vida, suas crenças, sua relação com a cidade, suas formas de resistência e cuidado em saúde. Mesmo residindo na minha cidade natal Itaparica-Ba, as visitas à Cachoeira sempre foram periódicas. Em algumas circunstâncias por motivos puramente acadêmicos, e em outras com finalidades religiosas, principalmente as idas ao terreiro Oiá Mucumbi no bairro da Faceira. As recordações da casa de Mãe Dionísia (in memoriam), também são atravessadas pelo samba. Os pés descalços a sambar nas trezenas de Santo Antônio, que antecederiam a Festa de Ogum, ou mesmo os sambas de caboclo. Se fechar os olhos consigo escutar Tupinambá cantarolar o samba: *“Pisa caboclo quero ver você pisá / Pisa caboclo quero ver você pisá / A pisada de caboclo faz areia levantar”*.

A escrita aqui apresentada representa também o olhar do vivido de quem cruzou o mar e as estradas para chegar em Cachoeira. Recorrendo a Souza (2013), compreendo que meu discurso vem de um lugar, e que, dessa mesma maneira, a produção do conhecimento científico também reflete meu lugar de enunciação, minha própria escolha. Para escrever como as sambadeiras de Cachoeira-Ba produzem saúde, precisamos levar a sério o desafio de escrever narrativas que se formaram tanto da memória, como do cotidiano, do aqui e agora. Desta forma, relacionamo-nos com o conceito de escrevivências³, proposto pela autora do termo, Conceição Evaristo. Nas leituras sobre a escrevivência, observamos que ela pode ser compreendida como uma relação de "(re)incluir o corpo do sujeito subalterno em sua própria história"(LEITE; NOLASCO, 2021, p.6).

³A relação com o conceito de escrevivências, que se busca estabelecer na pesquisa, indica um processo de fortalecimento epistemológico com os escritos de mulheres negras.

Para realizar tais análises utilizamos como técnica complementar a observação simples⁴, uma vez que o contato com a realidade analisada permite adentrar no campo de investigação, captando uma diversidade de situações e fatos. Esses elementos foram importantes e se mostraram como instrumentos fundamentais para verificar os aspectos da pesquisa.

O desdobrar da pesquisa nos seus aspectos metodológicos, circunstanciais, bem como a análise dos dados colhidos, articulando-os em temas centrais de análise previamente selecionados por ocasião da pesquisa à luz das categorias estudadas se guiaram através da coleta de dados, prossegue-se então a interpretação dos mesmos, a partir do materialismo histórico dialético. A função da dialética segundo Gil:

Fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos (GIL,2008, p.14).

O método a ser utilizado em nossa pesquisa é o materialista histórico-dialético. O movimento do método caracterizado por Marx tem como ponto de partida a realidade concreta, vislumbrando sua transformação. Esse enfoque tende a analisar o real a partir do seu desenvolvimento histórico, da sua gênese e desenvolvimento, captando as categorias mediadoras que possibilitam a sua apreensão numa totalidade⁵. O cuidado de observar a relação dos elementos circunscritos em realidades de menor e maior abrangência, através de suas mediações necessárias, possibilitará a compreensão do real em seu conjunto de

⁴Por observação simples entende-se aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. Daí por que pode ser chamado de observação-reportagem, já que apresenta certa similaridade com as técnicas Por observação simples entende-se aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. Daí por que pode ser chamado de observação-reportagem, já que apresenta certa similaridade com as técnicas empregadas pelos jornalistas.

⁵O conceito dialético de totalidade é dinâmico, refletindo as mediações e transformações que podem mudar no decorrer da realidade objetiva. No método crítico-dialético, a totalidade pode ser compreendida como um princípio epistemológico, ou seja, a perspectiva de totalidade objetiva apreender o objeto no marco das relações sociais concretas. Ou seja, trata-se de um conjunto de relações (historicizadas) existente na realidade, mas que pode ser apreendido pelo pensamento.

condicionantes e determinações. Se não concebermos a realidade em sua totalidade podemos cair na armadilha de restringir suas dimensões, desprezando a perspectiva do todo (NETO, 2011).

Optamos por privilegiar a dimensão histórica do método por acreditar que o ser social é transformador e protagonista de sua história, desse modo, o retorno ao passado vivido suscita novas reflexões e interpretações a partir do momento atual, ou seja, um momento superior ao estágio antecedente. Para Hobsbawm (1995, p. 253): “A maioria dos seres humanos atua como historiadores: só em retrospecto reconhece a natureza de sua experiência”. O método marxista nos permitirá sair do imediatismo para uma compreensão mediada da realidade, que busca uma apreensão do “real” que vai do simples ao complexo, da parte ao todo, do singular ao universal, do abstrato ao concreto e da aparência à essência das coisas.

Dessa maneira, a principal fonte de respostas aos problemas que nos propomos elucidar são as vozes das sambadeiras, cujo olhar sobre o Recôncavo, o samba de roda e sobre a saúde, se torna indispensável para vislumbrarmos como este espaço de sociabilidade produz cuidados em saúde. Segundo GRAMSCI (1995), o marxismo em seu estágio mais recente de desenvolvimento, “consiste precisamente em afirmar o momento da hegemonia como essencial à sua concepção do Estado e dar ‘peso total’ ao fator cultural, à atividade cultural, à necessidade de uma frente cultural junto às frentes meramente econômicas e meramente políticas.”

Ao aliarmos o método crítico-dialético da realidade na perspectiva gramsciana,⁶ utilizaremos a conceito de filosofia da práxis⁷ para pensar a indissociabilidade na articulação da realidade, com o concreto, e com a experiência. Dito de outra maneira, ao olhar de Antônio Gramsci. A cidade de Cachoeira se concretiza no âmago das relações sociais e ao longo do seu processo histórico: desigual e contraditório. Compreender tais contradições sociais torna-se um imperativo para desvelar como o Samba de Roda se articula na construção das subjetividades destas mulheres.

⁶Antônio Gramsci (1891-1937) foi um filósofo marxista, jornalista, crítico literário e ativista político, um dos fundadores do Partido Comunista da Itália. Nasceu no período da passagem do século XIX para o século XX, marcado por uma Itália que produzia um rico debate, pois, segundo Simionatto (2011), nesse período, “o espectro ideológico da tradição positivista vai cedendo lugar à emergência de reflexões permeadas por novos matizes teóricos, por diferentes posições, que vão ganhando corpo ao longo do tempo” (Idem, p.30).

⁷Gramsci, a partir do Caderno 10, utilizou “filosofia da práxis” para substituir progressivamente “materialismo histórico” e “marxismo”. Ao utilizar a expressão “filosofia da práxis” ele buscava combater o marxismo vulgar e mecanicista, bem como fazer suas anotações de forma criteriosa, já que vivia num período fascista e havia inúmeras restrições no cárcere.

Caberá a nós “a tarefa do teórico”: “traduzir” os elementos da vida histórica em linguagem teórica, mas não vice-versa, tornando a realidade consoante um esquema abstrato. A realidade nunca se ajustará a um esquema abstrato (GRAMSCI, 1996, p. 52). Assim, em nossa busca e aproximação com as sambadeiras de Cachoeira, nos deparamos com novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra teoricamente produzido. Para isso, o processo nos requisitou uma compreensão genuinamente empática de como as sambadeiras de Cachoeira percebem a realidade em que habitam.

Em um tempo de questionamento do marxismo, diversas vezes pautado como velho e rígido, as lentes gramscianas nos oferecem um marxismo mais aberto e flexível que nos permite começar as análises não por esquemas pré-determinados, pela perspectiva de indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade social, materializada nas complexidades da realidade empírica. Ao pensar a produção de saúde, observamos haver a necessidade de reconhecimento da importância do debate de gênero, raça e etnicidade, bem como de outras formas de diferença na estruturação da desigualdade e da opressão nos diversos espaços. E assim, já não cabe as velhas certezas de que a premissa para as mudanças na sociedade capitalista partirá da organização dos trabalhadores industriais.

1.1.1 Conjecturas analíticas: a indissociabilidade das esferas constitutivas da realidade

Para captar como as sambadeiras de Cachoeira produzem cuidados em saúde, partiremos de uma análise de constituição da realidade através de uma leitura sistêmico-relacional da sociedade (ACANDA, 2010), que pressupõe a compreensão do ser social – historicamente condicionado – e da sociedade como um sistema de relações sociais que produzem um processo de produção e reprodução da vida social. Desta forma, produção e reprodução, vida material e modo de produção, formas de consciência e modos de vida na sociedade, se entrelaçam de forma concomitante. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985).

Em Gramsci, a concepção ampliada sobre a sociedade civil contribuiu para a percepção do papel determinante ocupado pelo Estado na construção do sistema hegemônico – expresso de forma dicotômica e concomitante quando assegura as condições necessárias à expansão econômica e “educa” para alcançar o consenso.⁸ É neste sentido que a função

⁸Em relação à primeira, esse estado concentra suas economias a serem postas à disposição da indústria e da atividade privada, como um investidor, tornando maior o organismo plutocrático, em suas íntimas relações com o grande capital financeiro (GRAMSCI, 1968, p.84). Contudo, ainda que tal função se constituía essencial às classes que estavam no poder, o teórico italiano observou que a direção hegemônica das referidas classes exigia

pedagógica do Estado tem um papel preponderante no estabelecimento de um sistema hegemônico, na medida em que cria e mantém um determinado padrão cultural, com vistas à

“adequar a ‘civilização’ e a moralidade das mais amplas massas populares às necessidades do desenvolvimento continuado do aparelho econômico de produção, e portanto elaborar também fisicamente novos tipos de humanidade” (GRAMSCI, 1968, p. 91)

O Estado, com suas múltiplas organizações na sociedade civil, tornou-se, assim, um “educador”, um canal de produção, difusão e afirmação de determinado modo de vida. Desta forma, torna-se necessário que a classe dirigente exerça o poder, via domínio da produção, difusão e aceitação de valores e normas de comportamento.⁹

Coutinho (2005), aponta que o Estado ampliado se vincula ao capitalismo, substancialmente, na medida em que assegura os interesses das classes dominantes. O autor defende que a construção de um novo horizonte hegemônico, com vistas a superação da hegemonia burguesa, resulta na superação de padrões civilizatórios: econômicos, sociopolíticos, culturais e ideológicos.

Acanda (2007), considera que o Estado moderno mantém sua hegemonia, ao incorporar algumas demandas das classes subalternas – estabelecendo uma correlação de forças, projetos em disputa, que impõem alguns limites à implementação dos interesses das classes dominantes, e até mesmo, em algumas situações, conquistas para as classes subalternas. Para Coutinho (2005, p.15), é por meio das lutas que os trabalhadores postulam direitos sociais. Uma vez materializados, tais direitos não se encontram protegidos de determinadas conjunturas futuras, onde podem ocupar novamente lócus de tensão e correlação de forças, já que a burguesia pode usar as políticas sociais para desmobilizar a classe trabalhadora, ou mesmo tentar cooptá-la.

Diante dos apontamentos iniciais para concepção de Estado em Gramsci, anteriormente apresentados, consideramos que as políticas sociais não são apenas espaços de confrontação de tomadas de decisão, mas constituem elementos de um processo complexo e

do Estado sua intervenção na formação e difusão de novos códigos ideológicos e novos padrões de condutas, um Estado “educador” do consenso.

⁹A constituição deste poder firma-se no controle das instituições que lhe conferem sentido: aquelas que definem e justificam o indivíduo, ensinam como pensar, indicam os valores que devem compartilhar, quais aspirações são permitidas e quais fobias são imprescindíveis (ACANDA, 2006).

contraditório de regulação política e econômica das relações sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).¹⁰

Sinalizamos que não objetivamos esgotar neste trabalho o debate sobre o conceito de Estado ampliado em Gramsci, mas consideramos que através dos seus pressupostos teóricos podemos relacionar o contexto de luta pela saúde pública brasileira. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), expressão de luta não hegemônica, alcançou diversas conquistas, sendo um marco para a atual concepção de saúde, prevista na Constituição Federal de 1988. O MRSB¹¹ contribuiu diretamente como eixo norteador para construção de políticas públicas sociais brasileiras no âmbito da saúde, tendo estado em constante tensionamento conquistando ora avanços, ora retrocessos - como o estrangulamento¹² do financiamento das políticas sociais, atrelado ao crescimento de uma agenda ultraconservadora durante o governo de Jair Messias Bolsonaro, que impôs sérios diversos desafios na arena de efetivação de direitos.

Nessa perspectiva, apreendemos as políticas sociais sob a ótica da múltipla causalidade, das conexões internas, das relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico situamos o surgimento da política social, relacionando-a com as expressões da questão social que determinaram sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, relacionamos a política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Objetivamos relacionar as políticas sociais com as determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural.

Destacamos que o conceito gramsciano de Estado ampliado, na particularidade do Estado brasileiro, coloca-se no terreno de disputa pela hegemonia por parte dos grupos organizados da sociedade civil, o MRSB foi, portanto uma estratégia política que conquista a possibilidade de construir um processo de transformação institucional, ao passo em que

¹⁰Esse item está parcialmente desenvolvido na obra Política Social: fundamentos e história (2006), de Elaine Behring e Ivanete Boschetti.

¹¹Ampliaremos o debate em torno do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB no quarto capítulo.

¹²A exemplo tivemos a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016, considerada uma das medidas de austeridade mais rígidas do mundo. Que propunha o congelamento do investimento em saúde e educação durante 20 anos, sem considerar, por exemplo, crescimento populacional ou emergências – como a pandemia de Covid-19. Ou mesmo, o atual arcabouço fiscal, já que os gastos sociais seguem pressionados e dependentes de novas receitas para sua expansão. Saímos de um engessamento total para um engessamento parcial: continuamos com travas, limitações ao gasto corrente, limitações ao investimento.

incorporou na sociedade política parte das demandas advindas dos setores contra-hegemônicos da sociedade civil, via consenso. Do ponto de vista político, observamos as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam.

Inferimos que as dimensões – história, economia e política - não devem ser entendidas como partes estanques que se isolam, superpõem ou se complementam, mas como elementos de um todo profundamente imbricado e articulado. Desta maneira, os delineamentos das políticas sociais estão profundamente articulados aos interesses gerais da (re)produção do capitalismo e com o papel que o Estado assume em cada formação sócio histórica, a partir dos conflitos e lutas entre as classes.

No chão da constituição das políticas sociais encontramos um terreno de disputa por hegemonia travado pelos diversos sujeitos sociais – Estado e sociedade – tensionam e delineiam distintas concepções de projetos societários¹³, a serem construídos, com diferentes perspectivas de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Conceber a saúde como processo social implica uma concatenação da qual a luta de classes é o elemento dinamizador. A intensidade e a direção das lutas provocam o surgimento de elementos com potencial de alterar o curso da saúde, tanto no plano teórico-prático, como na dimensão operativa.

De acordo com Ayres (1994), os delineamentos dos problemas de saúde e as formas de seu enfrentamento em cada sociedade, ao longo da história, dimanam de suas condições políticas, econômicas, sociais e – acrescentaríamos – culturais, bem como dos conhecimentos científicos acessíveis e das concepções sobre saúde e doença nela preponderantes. Em outras palavras, as discussões e práticas sobre a saúde são atravessadas por um conjunto de movimentos econômicos, políticos e sociais, com vinculações com a filosofia e as teorias sociais, bem como associadas ao nível de produção científica de cada época.

A visão gramsciana de uma nova direção política, via consenso, é um processo lento e gradual. As mudanças propostas para construção de novos padrões estabelecidos na hegemonia vigente não ocorrem de uma hora para a outra. Com a Política de Saúde não foi e não tem sido diferente. Enquanto não forem alterados substancialmente o padrão das relações

¹³O conceito de projetos societários é definido por NETTO (2006), em A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, onde ela se refere a tais projetos como um horizonte, uma imagem da sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. In: MOTA, A.E. et AL. (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 142.

de forças sociais, verificamos a incorporação paulatina e parcial das demandas sobre controle da sociedade política.

Ao estimularmos novas perspectivas epistemológicas¹⁴ via compreensão dos modelos de atenção à saúde hegemônicos e contra-hegemônicos, rompemos com a perspectiva autonomizada da totalidade da vida social, que reproduzem abordagens neutralizadoras na Política de Saúde. Partimos do pressuposto de que não existe neutralidade na produção do conhecimento, da mesma forma que nenhuma ação prática é isenta de tomadas de posições ideológicas.

A relação do setor saúde com a totalidade da vida social ocorre por meio de processos diversificados, complexos e contraditórios. Entre eles, destacamos a importância da assistência à saúde para o processo produtivo e o mercado - seu papel no sentido de amenizar os conflitos sociais – ao ser usada como forma de resposta às reivindicações das classes populares, através da viabilização do acesso aos serviços de saúde, mas que não altera o essencial da estrutura econômica; ou, enquanto componente da vida cotidiana, a saúde também está inserida na dimensão cultural, das representações sociais e, portanto, açambarcada pelos processos de busca da hegemonia.

Evidenciamos que a saúde pública, enquanto campo de atuação estatal, ao nível internacional, nos fins do século XIX, emerge como estratégia de enfrentamento ao agudizamento das expressões da questão social¹⁵ - e nesse momento histórico, ocupa lugar central no que se refere ao atendimento das demandas dos(as) trabalhadores(as) por atenção à saúde.

A constituição da saúde enquanto direito constitucional universal não assegurou a sua real efetivação na realidade brasileira pós-1988. Assim como as demais políticas sociais, foi, e ainda é tensionada por interesses privados e hegemônicos que tentam enfraquecer a estruturação de um sistema verdadeiramente universal, equânime e integral, e que dê conta de pensar e promover saúde em uma perspectiva ampliada.

¹⁴A epistemologia pode ser compreendida simplificada como a forma que se constrói o conhecimento. Nos afinamos com a perspectiva construtivista do conhecimento, cujo sujeito é carregado de pressupostos históricos e sociais. O processo de conhecimento deve ser entendido como um estado de educação baseado na relação dialética entre o sujeito do conhecimento, objeto já conhecido e o objeto a ser conhecido (FLECK, 2010). FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

¹⁵A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77).

1.2 Pressupostos da pesquisa

Segundo Lima (2002), o Samba de Roda do Recôncavo da Bahia, surgido em uma das regiões do Brasil de maior fluxo de escravizados africanos, é provavelmente o mais antigo estilo de samba, ocorrendo até hoje em contextos tradicionais. Através dos anos o samba proporcionou um processo de afirmação social do negro brasileiro, não apenas individual, mas da população afro-brasileira como grupo social, que via nele uma identificação, uma forma de viver, um produto da sua cultura, de valorização do seu espaço geográfico e social, de elevação da autoestima. E que por sua importância histórica, foi a primeira prática musical brasileira a ser registrada como patrimônio cultural imaterial pela UNESCO¹⁶, em 2005.

Apesar de toda a sua importância histórica, o Samba de Roda cumpre um papel fundamental nas comunidades do Recôncavo da Bahia.

O samba é a vida, é a alma, é a alegria da gente (...) lhe digo, eu estou com as pernas travadas de reumatismo, a pressão circulando, a coluna também, mas quando toca o pinicado do samba eu acho que eu fico boa, eu sambo, pareço uma menina de 15 anos. Dalva Damiana de Freitas, Cachoeira – BA.¹⁷

Nos dizeres de Dona Dalva, o samba de roda possui uma multirreferencialidade¹⁸. Como cultura, o samba é plural, rico e complexo. Para Lima (2002), ele tem em torno de si uma rede de significados, símbolos, costumes, memória coletiva, hábitos e valores, que ultrapassam a mera expressão musical.

É toda uma história que a gente traz na hora que a gente entra na roda, e cada um tem a sua característica própria. Cada um. Não existe uma forma certa de sambar. Cada, se você observar, cada pessoa tem aquela caracteristicazinha especial que é dela! E aí, com aquilo, a gente anima o corpo, anima a alma, e, aí, a gente vai que esquece tooodos [ênfase] os problemas! Na hora que a gente tá sambando, a gente não consegue lembrar de outra coisa, que não seja tá ali se entregando a dá toda essa história que o samba carrega. Entrevista I. [dezembro, 2022].

¹⁶Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial. Paris, 2003.

¹⁷Epígrafe retirada do Dossiê Iphan 4 - Samba de Roda do Recôncavo Baiano.

¹⁸Segundo Ardoino (1995), A perspectiva multirreferencial, à medida que postula que o conhecimento das situações, das práticas, dos fenômenos e dos fatos, deverá ser construído através de uma leitura plural dos objetos, sob diferentes ângulos e em função de sistemas de referências, os quais se inscrevem num universo dialético e dialetizante, no qual o pensamento e o conhecimento são concebidos em contínuo movimento, num constante ir e vir, que possibilitará a construção do conhecimento.

Samba, palavra que designa o evento, a dança, a letra, a música e o conjunto musical que a executa, é referido na região como uma entidade substancial - samba é "sangue", é "vida", é "alegria de viver", entre outros ditos. (PINTO, 1991).

Sambar vai além de movimentar o corpo. O que levaria uma sambadeira com mais de 80 anos a sambar sentindo dores? O samba carrega consigo respostas emocionais, sociais, que remetem à autoafirmação, à resistência e à preservação da memória ancestral. Objetivamos nesta pesquisa compreender de que forma as sambadeiras de Cachoeira - BA produzem cuidado em saúde. Para tal, me predisponho a construir análises sobre o lugar onde essas mulheres vivem, a história e a importância social do samba para elas, e assim tentar responder através das suas condições de sociabilidade se elas preservam saberes tradicionais na produção de cuidado em saúde.

Em particular na Saúde Coletiva, conhecermos a diversidade cultural e as condições socioeconômicas pode ser um disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e demandas da população. Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde deriva, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis.

Compreendermos a produção de cuidado em saúde, à luz das narrativas das sambadeiras de Cachoeira, só é possível por meio de movimento contra hegemônico, observado sob a ótica da fundamentação ideológica do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Este movimento surge no cenário nacional na segunda metade da década de 70 encabeçado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, instituições de ensino e pesquisa e profissionais de saúde. A RSB, enquanto movimento, processo, projeto e proposta social, questionou o “paradigma biomédico” (PAIM, 1997) dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias, lançando mão da busca de paradigmas alternativos para orientação das práticas de saúde.

A concepção de saúde fundou um marco ideológico que conduz, a partir de então, as práticas em saúde ao sentido de prática política. Este novo campo teórico que sustenta a compreensão de saúde não se limita ao saber médico, este é pautado em uma metodologia “histórico-estrutural” (DÂMASO, p. 79, 2006) do processo de saúde e adoecimento de modo a elevar o reconhecimento da participação dos elementos psíquico e social na determinação da saúde abrindo espaço para produção de práticas de cuidado que considerem o saber histórico-

social. Assim, o cuidado à saúde recebe uma perspectiva humanizada, com base no reconhecimento integral dos aspectos sociais que determinam a saúde dos indivíduos.

Apesar das leituras do samba de roda carregarem em si elementos sociais, econômicos, psicológicos, artísticos e pedagógicos, elas têm sido compartimentadas em caixinhas do saber. Seria possível compreender, diante de toda multirreferencialidade de significados, sua interlocução com o campo da saúde? Desta forma, compreenderemos que forma dialógica como as sambadeiras de Cachoeira-Ba produzem cuidado em saúde. Apoiada em alicerces teóricos-epistemológicos, interagiremos conceitualmente com o método materialista-histórico-dialético, valendo-me das narrativas para dar conta destas inquietações.

(...) para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana. (AYRES, 2004, p. 27)

Nos tópicos subsequentes pudemos contextualizar o samba de roda através de uma perspectiva multirreferencial, ao correlacionarmos a formação social do Recôncavo da Bahia, com a história de resistência do samba de roda e a preservação das memórias de práticas de cuidado à saúde. À luz das narrativas das sambadeiras de Cachoeira compreendemos como a manifestação cultural do samba de roda agrega valores culturais, sociais, históricos.

Existem diversos conceitos que fazem parte do nosso cotidiano e que, apesar de evidentes para os nossos sentidos e intuição, são muito difíceis de definir, a saúde é um deles. Deste modo, no segundo capítulo apresentamos um debate sobre a evolução do conceito saúde. Em virtude da existência de uma lacuna epistemológica nos estudos conceituais da saúde, nos debruçamos sobre a abordagem conceitual de saúde.

Traçamos, no capítulo três, uma reflexão acerca do debate de território e das iniquidades em saúde, triangulando com a formação social do Recôncavo Baiano. Apresentamos a configuração proporcionada não apenas por um contexto econômico e político, mas, acrescidos de um cenário histórico e cultural sustentado em relações desiguais e hierarquizadas, e como tal contexto pode contribuir para a produção de iniquidades em saúde.

Já no quarto capítulo abordamos a totalidade do Samba de Roda do Recôncavo Baiano, para compreendermos as particularidades de quem são essas sambadeiras, e as singularidades que são as formas com que essas mulheres produzem cuidado em saúde, a partir da análise das suas próprias narrativas. Apresentamos neste capítulo a construção sócio-

histórica e significados atribuídos à saúde e a produção de práticas de cuidado em saúde contra hegemônicas, referenciadas à memória ancestral das sambadeiras.

1.3 Trajetória da pesquisa

Iniciamos o caminho metodológico deste estudo pela observação simples dos espaços de sociabilidade onde ocorrem as rodas de samba, possibilitando uma revisão contínua face ao real apreendido, mas atentando a necessidade de buscar novos rumos. A investigação do tema perpassou pela pesquisa documental através de fontes primárias, como dissertações de mestrado e doutorado, livros que abordassem a temática, legislações vigentes, documentos oficiais produzidos pelo governo, e por fim pesquisa qualitativa através do roteiro de perguntas respeitando a liberdade narrativa das sambadeiras, pois acredito que eles contribuíram sobremaneira na análise da construção textual, onde tento trazer detalhes do vivido. No itinerário percorrido no curso da pesquisa, a realização das entrevistas me apresentou ricas descobertas no que se refere a produção de cuidado em saúde das sambadeiras. A entrevista coloca-se nesse âmbito como um instrumento que aperfeiçoará nossa cognição, observação e apreensão da realidade.

A construção do referencial teórico deste estudo vem sendo realizado por meio de pesquisa bibliográfica¹⁹ e pesquisa eletrônica. Para a extração das informações da pesquisa eletrônica serão utilizados os Descritores: “Samba de Roda”, “Formação Social do Recôncavo da Bahia”, “Território”, “Reforma Sanitária Brasileira”, “Iniquidade em Saúde”, “Modelos de Atenção à Saúde”, “Hegemonia e Contra Hegemonia”. “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” e posteriormente a leitura acerca das categorias apresentadas no campo empírico. O levantamento de dados ocorrerá em plataformas virtuais, como: SCIELO – Scientific Electronic Library Online, LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Portal da CAPES, BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, entre outras, onde serão pesquisados artigos e legislações do SUS com os descritores citados acima, considerando o objeto de estudo e a afinidade com o tema.

¹⁹A pesquisa bibliográfica é “o primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa; sua finalidade é conhecer as diferentes contribuições científicas sobre o assunto que se pretende estudar” (GONÇALVES, 2005, p. 58). A pesquisa bibliográfica se tornou uma ferramenta importante para trazer opiniões dos estudiosos no tema e suas experiências vivenciadas. Nesse momento o meu papel principal foi o de conectar as categorias estudadas na tentativa de buscar respostas para as questões levantadas, que foi a problematização de qual forma as sambadeiras de Cachoeira-Ba produzem cuidado em saúde, inseridas em território repleto de desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

Optamos por realizar um roteiro de perguntas²⁰ previamente elaborado com 10 questões abertas, flexibilizadas a partir das respostas das entrevistas, este instrumento nos possibilitou realizar perguntas abertas e fechadas, dialogar mais livremente com as sambadeiras visando através dessas, apreender “as crenças, atitudes, valores, e motivações que compreendem o comportamento dos indivíduos em determinados contextos sociais” (GASKELL 2008, p. 65).

A escolha do roteiro de perguntas como o principal recurso técnico utilizado, nos possibilitou que as entrevistadas expressassem suas trajetórias de vida atravessadas pelo Samba de Roda do Recôncavo da Bahia, e como esse lugar contribui para a produção de cuidado em saúde. O roteiro de perguntas foi um instrumento de aperfeiçoamento da cognição, observação e apreensão da realidade. Ao nos aproximar do campo da pesquisa criamos novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já tínhamos produzido, ou seja, o campo nos proporcionou uma nova percepção dos fenômenos expressos no cotidiano e da própria realidade, tomando como base as teorias que fundamentaram nossa escrita.

Foram selecionadas para o estudo sambadeiras, residentes na cidade de Cachoeira e participantes de um grupo de samba de roda. Assim, o universo das entrevistadas foi constituído de 06 mulheres, com faixa etária entre 18 e 80 anos, que participam do Grupo de Samba de Roda da Esmola Cantada, na cidade de Cachoeira, e que aceitaram participar livremente da pesquisa. Inicialmente pensamos em entrevistar apenas mulheres com mais de 60 anos, remetendo a leitura de Bosi de que os mais velhos se estabelecem como detentores do saber, os quais, no momento da velhice social, têm “uma função própria, a de lembrar. A de ser memória da família, do grupo, da instituição, da sociedade” (BOSI, 1994, p. 56). Todavia, compreendemos que a memória está viva entre netas e bisnetas que guardam memórias de seus antepassados, optamos por registrar a memória das sambadeiras mais jovens para recordar as lembranças contadas pelos seus pais e avós.

O roteiro de perguntas foi composto com as seguintes questões norteadoras: “Como começou sua aproximação com o samba?”; “Como surgiu o samba de roda que você faz parte?”; “O que motivou a sua participação neste grupo de samba de roda?”; “Quais as diferenças do samba de roda de quando você era mais jovem, para o samba nos dias atuais?”;

²⁰O instrumento de pesquisa foi pré-testado, visando desenvolver os procedimentos de aplicação; testar o vocabulário empregado nas questões; assegurar-se de que as questões a serem feitas possibilitem medir as variáveis que se aspira medir para a avaliação da clareza, objetividade e pertinência das perguntas, a fim de melhor definir o instrumento (GIL, 2007).

“Qual a importância do samba de roda em sua vida?”; “Para você o que é ter saúde?”; “Você recorda de qual forma suas mães velhas (mãe, avó, tia), cuidavam da sua saúde?”

As narrativas foram gravadas em formato de áudio MP3, transcritas na íntegra e armazenadas, em arquivos digitais. Foram realizadas em torno de 10 (dez) perguntas, incluindo dados de identificação e histórias de vida, atravessadas pela relação com o samba de roda; a produção de cuidado em saúde; e significação sobre ter saúde.

Na busca pela compreensão das formas de produção de cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira, tivemos em vista articular as informações do contexto microssocial com o contexto macrossocial que organiza suas práticas e entendimentos com o intuito de desvelar algumas tramas sociais que envolvem o tema. Na análise dos dados obtidos no estudo utilizamos a técnica de análise de conteúdo. A técnica escolhida tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados, para “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2006, p. 98). Desta forma, identificamos as seguintes categorias de análise: “história de vida atravessada pelo samba”; “significados do samba de roda”; “significado atribuído à saúde”; “práticas contra hegemônicas de cuidado em saúde”.

No curso das transcrições das narrativas, utilizamos como ponto de partida o raciocínio de José Saramago, com sua técnica de narrativa que evita quebras bruscas da fala, respeita o estilo “corrido” na escrita dos diálogos. Através do estilo saramaguiano evito travar o texto com parágrafos,

Sem essa parafernália de todos os sinais, de todos os sinais que vamos pondo aí... Então, eu acho que isso aconteceu porque, sem que eu percebesse, é como se, na hora de escrever, eu subitamente me encontrasse no lugar deles, só que agora narrando a eles o que eles me haviam narrado. Eu estava desenvolvendo pelo mesmo processo, pela oralidade, o que pela oralidade, eu havia recebido deles (SARAMAGO, 1998, p. 22-23).

Conforme acreditava Saramago (1998), a oralidade escrita, a conversa, possibilita emitir um discurso inerente à realidade histórica. Como o diálogo entre pesquisadora e sambadeiras é tão importante, fiz a escolha de manter as colocações feitas por mim durante a pesquisa, ao invés de omitir a minha voz. O roteiro utilizado nas entrevistas, foi realizado através de perguntas previamente planejadas, mas, mantive a interação dando opiniões e comentários, mantendo o processo das entrevistas como uma conversa cotidiana. Para Martinelli (1999), o uso da narrativa oral considera a dimensão política da pesquisa

qualitativa “parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa” (MARTINELLI, 1999, p. 28).

Acerca dos aspectos éticos, as sambadeiras foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa, bem como de seus riscos, formas de minimização e de seus benefícios, através do TCLE, com informações gerais sobre as contribuições das entrevistadas no fornecimento de informações.

As sambadeiras entrevistadas tiveram plena liberdade de participação, sendo assegurado o direito de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Asseguramos a plena liberdade para decidir sobre sua forma de participação, bem como, não ocorreu nenhuma despesa com a realização da entrevista. A devolutiva dos resultados deste estudo ocorrerá por meio de apresentação aberta ao público após a defesa desta dissertação. Esclarecemos as sambadeiras que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados tanto para a gestão dos programas de Pós-graduação POSTERR / UFRB como através de publicação de relatórios/ artigos a serem eventos da categoria. Bem como que os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora. Estes serão armazenados em arquivos locais, assegurando confidencialidade e sigilo.

1.4 Nos abra a porta, devoto! Quem são as sambadeiras da Ladeira da Cadeia?

Se quiser sambar, Se quiser sambar / Entre na roda de samba da Esmola Cantada de Cachoeira / É de Cachoeira, É de Cachoeira / Entre na roda de samba da Esmola Cantada de Cachoeira.²¹

A Esmola Cantada da Ladeira da Cadeia é uma manifestação cultural e religiosa de influência afrodescendente do Recôncavo da Bahia. O grupo realiza apresentação em alguns bairros a fim de angariar recursos para a festa da Santa Cruz, que ocorre em setembro. Os músicos tocam pandeiros, timbau, violão, tamborim, viola, cavaquinho e visitam a casa dos moradores pedindo contribuições para a realização da festa. A festa em louvor a Santa Cruz é o que move a Esmola Cantada a angariar fundos, e ocorre em três partes: na primeira semana, a lavagem da capela da Santa Cruz, com baianas de Candomblé, quinze dias após acontece o tríduo, com três dias de oração e louvor e uma semana depois ocorre a missa, sucedida de

²¹Canção Esmola e Samba de Autoria da Esmola Cantada de Cachoeira

grande festa. O grupo é composto por homens e mulheres simples moradores da Ladeira da Cadeira²², um bairro de Cachoeira.

(..) esse grupo surgiu através de uma festa religiosa que não tinha recurso pra fazer donativos então os moradores da rua em 1959 criaram o grupo Esmola Cantada pra adquirir recursos pra realizar essa festa. O grupo é formado por homens e mulheres, os homens que tocam, cantam, fazem primeiro e segunda voz, as mulheres respondem ao samba, tocam, a maioria toca taubinha e são sambadeiras! (...) A princípio, o grupo era bem grande, era uma coisa, mas não tinha essa forma que tem hoje. O grupo era: se reunir quantas pessoas quisessem e sair pra arrecadar donativos. Era somente isso! Da festa que é no mês de setembro, que é a festa, do dia quatorze de setembro, o Dia de Exaltação a Santa Cruz. Então em mil novecentos e cinquenta e sete, moradores da rua da feira tiraram uma cruz que tinha lá na rua da feira na casanúmero 55, eu acho, e jogaram fora porque mudaram de religião. Então pessoas lá da comunidade, né, foram conversar com o padre da época, padre Fernando. O padre acatou que eles queriam levar a cruz lá pra ladeira. (...) então meu avô Germano, meu pai Ciro, minha mãe, minha avó Massur, que tá lá o nome na lápide na frente da capela, foram essas pessoas que levaram, mais Dona Lalú/Laluce, Seu Estênio Burgos, Seu Alexandre Borges, né? Seu Quenu. São pessoas que levaram a cruz pra ladeira então... Em 1959 foi criada a esmola, e saía todo mundo com vários instrumentos e todo mundo se acoplava ao grupo. Só que com o tempo, a gente faz versos cantados, que daí o nome Esmola Cantada faz versos cantados pra pedir e agradece em forma de samba. Canta-se pra o santo da devoção da pessoa da casa, e, é agradece em forma de samba, com o passar do tempo o as pessoas começaram a chamar o samba pra tocar, tocar aqui, toca ali, aí às vezes ia o grupo inteiro, às vezes não ia ninguém, aí ficou aquela coisa, né. Entrevista I. [dezembro, 2022].

As sambadeiras que participaram desta pesquisa fazem parte da Esmola Cantada. Na citação supramencionada identificamos nossa Entrevistada I, uma mulher negra de 54 anos, sambadeira, casada, que sempre estudou em escola pública, e que aos 42 anos conseguiu acessar o ensino superior público através da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Curso de Serviço Social. A Entrevistada III também cresceu na Ladeira da Cadeira, e trabalhou ao longo da vida como auxiliar de laboratório. Sobre a participação no samba, ela nos relata:

(...) cresci vendo a Esmola Cantada, ouvindo e vendo a Esmola Cantada. Mas, não fazia parte antes. Meus antepassados, né? Meu pai, minha mãe também, tudo que participaram, mas eu não fazia parte porque trabalhava no

²²O nome Ladeira da Cadeira faz menção a um prédio da Casa de Câmara e Cadeia localizada na Praça da Aclamação e no início da ladeira. Neste prédio, D. Pedro I foi aclamado Regente e Defensor do Brasil, em 1822. Durante a Sabinada foi sede do Governo Legal da Província. O prédio é edificado em dois pavimentos, no térreo localizam-se as celas da cadeia e um pórtico, de onde nasce a escada de acesso ao sobrado. Hoje no térreo funciona o Museu da Câmara e no pavimento superior às instalações da Câmara Municipal de Cachoeira. Fonte: IPAC. Disponível em: <http://patrimonio.ipac.ba.gov.br/bem/paco-municipal-cachoeira/> <Acesso em 20 de dezembro de 2022>.

hospital e não tinha muito tempo disponível pra poder. Entrevista III. [dezembro, 2022].

Assim que se aposentou, a sambadeira começou a fazer parte da Esmola Cantada, através do convite de outras participantes e do Maestro Clarício. A sambadeira conta que sempre que era convidada para participar do samba, adiava em virtude do trabalho, mas ao se aposentar disse: *“agora chegou o meu momento, aí resolvi e entrei (...) oficialmente tem três anos.”* A sambadeira nos relata a importância de participar da Esmola Cantada porque a faz rememorar seus antepassados. *“(...) minha mãe também participava. É uma coisa que, como diz o pessoal, já tá no sangue também. Ai, do da minha família.*

A nossa Entrevistada II, foi o meu primeiro contato dentre as sambadeiras do Samba de Roda Esmola Cantada em Cachoeira, a conheci através de um amigo, e assim fui conhecendo outras pessoas do grupo. A jovem sambadeira de 30 anos, natural da cidade de Cachoeira, da Ladeira da Cadeia, colheu frutos do processo de interiorização do ensino superior, ao graduar em nutrição, e cursa atualmente o mestrado em Saúde da População negra e indígena, no Centro de Ciência da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Ela começou a participar da Esmola Cantada através do maestro Clarício, o diretor musical da Esmola Cantada. Ele a convidou para realizar uma participação vocal, e desde então ela participa do grupo de forma fixa, se tornando membro oficialmente há 13 anos,

“(...) é em frente a minha casa. Então a gente sempre que o que a Esmola estava tocando a gente estava em casa sambando. Então a gente já participava de uma forma indireta. (...) eu desde pequena que moro ali em frente a associação onde aconteciam os ensaios, então estava sempre inserida nesse contexto de ensaios da esmola, de apresentações da esmola, do próprio peditório, então mesmo antes de eu fazer parte, já ia até as casas pra fazer o peditório, pra acompanhar e aí então essa relação foi ficando cada vez mais afunilada vamos dizer assim né? Até que eu passei a fazer parte oficialmente do grupo, né? (...) minha família ela é muito musical, então a gente já tem uma intimidade com a música. (...) E cresci no meio musical. Com samba também, né? Entrevista II. [dezembro, 2022].

A história do samba de roda da Esmola Cantada aparece nas narrativas sempre atrelada à vivência na Ladeira da Cadeia, e nas relações familiares. E assim não foi diferente como a Entrevistada IV, hoje aos 58 anos, a técnica agrícola, nos relata que apesar de ter nascido em Ribeira do Pombal, ela se apaixonou pela Esmola Cantada. Passou a morar em Cachoeira com seu cônjuge há mais de 40 anos. O marido da sambadeira foi presidente da associação e chegou a ser eleito vereador dos moradores da Ladeira da Cadeia, através do

trabalho realizado na Esmola Cantada, como liderança comunitária. A sambadeira tem uma relação de muita proximidade e respeito com os outros membros do grupo.

(...) Me considero como uma filha adotiva, né? Eh que desde que cheguei a aqui, existe uma participação muito de irmandade aqui na comunidade, fiz agora cinquenta e oito anos, tenho três filhos, inclusive dois já participaram do grupo Esmola Cantada. (...) Eu fiquei encantada, mas eu como não sou daqui da raiz, né? Como eu não sou daqui, eu sou eu sou do sertão de Ribeira do Pombal. Então pra mim era assim era uma novidade, mas eu me encantei com os versos, com alegria do samba que lá na minha cidade não tem samba. Então eu me apaixonei, mas eu tinha dificuldade em sambar (...) quando na hora do samba que eu ficava olhando, me colocavam na roda, mas eu ficava, tinha vergonha, porque eu não conseguia sambar. (...) eu já fui presidente aqui dessa associação, eu fui juíza também da festa. E aí, minha filha, peguei esse amor que, ninguém, essa cruz é me entregue. Eu já, teve um período mesmo, que eu precisei, meu pai ter problema de saúde, eu me afastei, aí o pessoal só ficava me ligando que saíam, mas que fazia falta eu com a cruz. Entrevista IV. [dezembro, 2022].

A nossa Entrevistada VI, a sambadeira filha de Oxum, nasceu no sertão da cidade de Araci, e se mudou para Cachoeira, ainda recém-nascida. Morou por alguns anos na avenida São Diego e depois se mudou para a Ladeira da Cadeia. Sua trajetória é entrelaçada pelo fumo, como nos conta:

Eu sou uma pessoa muito trabalhada. Trabalhei muito. Saía daqui pra Muritiba andando. Trabalhei em Cruz das Almas, andei pra Conceição de pé. Pra trabalhar. E a minha vida sempre foi assim. Mas pedir forças a Deus que Deus me ajudou que eu cheguei aonde eu cheguei.
A senhora trabalhava de quê?
- De fumo.
(...) - Na abrição e na lavoura.
Começou a trabalhar com quantos anos?
- Doze anos.
Entrevista VI. [dezembro, 2022].

Enquanto seu pai trabalhava de *“asseio, de varrer rua, esses negócios”*, ela aprendeu o ofício do trabalho com o fumo com sua mãe, que também trabalhou nas lavouras com a *abrição* de fumo, e que após o falecimento de seu pai: *“minha mãe foi que terminou de criar a gente tudo. Lavando roupa, lavando fato. Pra ajudar a gente crescer.”* Ela nos conta que deixou de trabalhar com o fumo aos 60 anos (...) *quando eu fiz sessenta ano. Pra mim já basta. Deus já me deu o que tinha que dar*”, e que devido ao trabalho não pôde estudar.

Hoje, aos 75 anos, ela nos relata que sua participação no samba de roda começou porque seus filhos tocavam, e levaram ela para um samba em Itaperuçu, depois disso ela

começou a “*tomar gosto*” pelo samba, e começou a sambar. A participação no samba de roda da Escola Cantada surgiu através do convite de uma vizinha.

“Eu tava com quatorze anos, pra quinze. Eu me lembro que ela saia pra tirar pra festejar uma porque ela era de São Roque, não tinha como ela fazer a novena de São Roque. Aí reuniu a gente tudo pra sair pra pedir, pra no dia seguinte fazer a festa. Então a gente saia daqui a quatro horas da manhã por Maragogipe, Coqueiro, Nagé, andando. Aí a gente fazia aquela farofa de carne de sertão, se não aqueles peixinho de litro. Botava em um saquinho. E pronto saía.” Entrevista VI. [dezembro, 2022].

Assim como a Entrevistada VI, a Entrevistada V, participa da Esmola Cantada a mais de 50 anos. A sambadeira nascida na Ladeira da Cadeia teve uma vida de trabalho árduo como lavadeira e charuteira. “*Trabalhei muito. Andando essa ladeira subindo e descendo (...) lavando roupa de ganho, indo pra Muritiba, andando e voltava andando pra trabalhar. Abrindo a Suerdick. Trabalhei muito, até que Deus me ajudou que me aposentei.*” Começou a participar da Esmola Cantada aos dezesseis anos, levada por familiares.

Meu tio é o cantador da Esmola Cantada chamado Dodô. Aí ele levava a gente, ele, meu pai, seu Justos, as pessoa que morava aqui né, levava a gente lá pra Belém e Alecrim. A gente ia andando. A gente ia de manhã cedo, levava um pouquinho de farinha no saco. Um pedacinho de carne né? Quando num era carne era peixinho. E lá os povo dá umas banana a gente ou qualquer coisa, e já entrava nas casa e começava a cantar. Entrevista V. [dezembro, 2022].

As seis mulheres aqui apresentadas, compartilharam ao longo desta dissertação parte do seu singular feminino, suas trajetórias e histórias, motivações e participações no samba. E representam, acima de tudo, a importância feminina na divulgação e preservação das práticas musicais tradicionais da cultura popular de Cachoeira.



23

Saúde é pra mim significa é você tá em estado de equilíbrio entre o corpo, entre a entre o físico, entre a alma, entre o psicológico. Entrevista II. [dezembro, 2022].

2. AFINAL, O QUE É SAÚDE?

Notas sobre um conceito ampliado e pouco difundido.

²³Figura 02 - A Dança. Pintura de autoria de Heitor dos Prazeres, em 1965. Disponível em: <https://www.leilaodearte.com/leilao/2013/novembro/13/heitor-dos-prazeres-a-danca-2198/>

Ao longo da vida conseguimos sentir se estamos bem ou mal, mas não conseguimos definir o que é saúde. Poucas pessoas ao longo da vida pararam para pensar o que é ter saúde. Uma forma simples de pensar a saúde seria defini-la pelo seu oposto, ou seja, pela ausência de doença. E assim, caminham para o enraizamento da concepção hegemônica de que a saúde é a ausência de doença. Mas afinal, o que é ter saúde?

Para responder essa pergunta, é importante ter um olhar mais amplo e crítico sobre as condições de saúde de um indivíduo ou mesmo de um grupo. A reflexão sobre o conceito de saúde nos possibilita repensar como se produz saúde e cuidado em saúde nos mais diferentes espaços, e neste, para um grupo de sambadeiras.

A epidemiologia não tem conseguido produzir uma referência teórica eficaz sobre o que de fato é a saúde. O conceito de saúde representa uma lacuna, um ponto cego, mas, não apenas da Epidemiologia. Em diversas disciplinas na área da saúde a concentração de energia encontra-se na reprodução de modelos biomédicos de patologia.

Emerge na contemporaneidade a necessidade de separar o binômio saúde-doença, a fim de definir o conceito de saúde. Para diversos autores, a definição de saúde passa por dois vieses: um atrelado à perspectiva de que a saúde estaria associada à morbidade e, o outro caracterizado pela possibilidade de se ter uma vida satisfatória e proveitosa, definida, em geral pela percepção de bem-estar.

A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente. Por outro lado, tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença. (COELHO e ALMEIDA, 2002).

Segundo Scliar (2007), o conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 07 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implica no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007).

Essa definição é válida oficialmente até hoje e tem recebido, desde sua formulação, críticas e reflexões de muitos profissionais, pesquisadores e outros protagonistas da área da saúde. Esses profissionais, de modo geral, classificam-na como utópica e não operacional, caracterizando-a mais como uma declaração do que propriamente como uma definição

(NARVAI et al., 2008). Por outro lado, outros estudiosos como Caponi (1997) afirmam que embora o conceito de saúde da OMS comporte crítica, esta não deveria incidir sobre seu caráter subjetivo, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela inseparável, estará presente seja em uma concepção restrita, seja em uma perspectiva ampliada de saúde.

Essa definição ganhou maior amplitude em 07 de abril de 1948, onde se passou a ser comemorado o Dia Mundial da Saúde. Aqui se faz necessário uma observação de que não se trata de um conceito ideal, mas acabou ganhando elementos importantes para sua ampliação e alcance da manutenção da saúde. Elementos estes que, posteriormente, serão oportunizados na promoção de saúde proposta pela Carta de Ottawa.²⁴

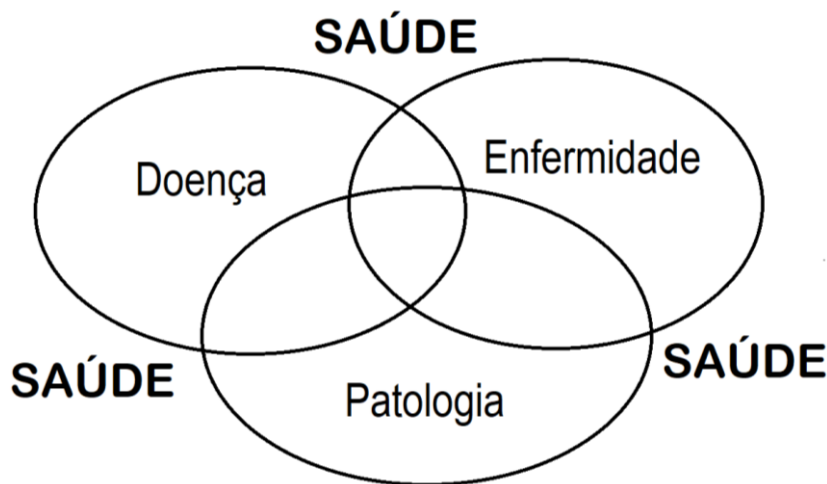
Datam da década de 70 as primeiras tentativas sistemáticas de construir teoricamente o conceito de saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse, em 1977, e sua noção pautava-se na saúde como ausência de doença (BOORSE, 1975, 1977). A língua inglesa abriga a matriz da literatura científica sobre a semântica atribuída ao conceito de saúde. Os termos em inglês: *disease-disorder-illness-sickness*²⁵; guardam sutis distinções de sentido em relação aos conceitos de doença, significando, respectivamente, patologia-transtorno-enfermidade-doença.

Kleinman, Eisenberg e Good (1978), da Harvard Medical School, foram responsáveis por aprofundar a análise dos componentes não biológicos dos fenômenos saúde-doença, ao dar ênfase aos aspectos sociais e culturais, desprezados pelas abordagens que os antecederam. Essa proposição se baseava na distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença, correspondendo a duas categorias: patologia e enfermidade (Good & Good, 1980; Kleinman, 1986).

Figura 03 – Complexo DEP (Doença-Enfermidade-Patologia) – Modelo de Kleinman-Good-Young

²⁴Ministério da Saúde. *As cartas de promoção da saúde*. Brasília, Rio de Janeiro, DF: O Ministério; 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/ 02_1221_M.pdf. Acesso em 08 setembro de 2022.

²⁵Traduzido através do Cambridge Dictionary. <https://dictionary.cambridge.org /pt/dicionario/ingles-portugues/> Acesso em: 30 de agosto de 2022.



Fonte: Elaboração própria do Modelo de Kleinman-Good-Young, 2023.

Young (1982) apresentou uma crítica pertinente a este modelo, em dois aspectos. O pesquisador defendeu a substituição do esquema [doença = patologia + enfermidade] por uma série tripla de categorias de nível hierárquico equivalente [doença, enfermidade e patologia], onde se destaca a definição (implícita) negativa de saúde como ausência de doença. Para ele, embora Keimman tenha dado destaque os determinantes sociais dos modelos explanatórios e Good tenha ressaltado as relações de poder nos discursos e nas práticas médicas, os modelos não consideraram as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais (COELHO e ALMEIDA, 2002).

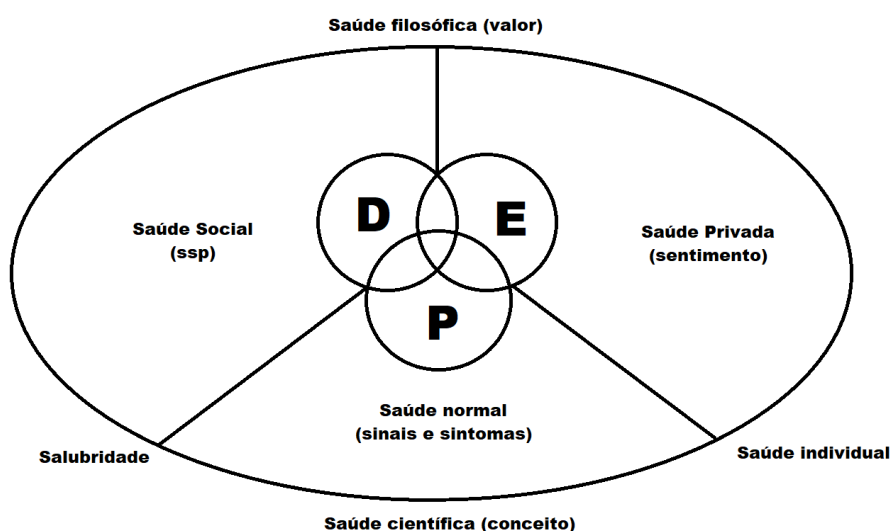
Bibeau e Corin (1994; 1995) propuseram um esquema analítico fundado em duas categorias centrais: condições estruturantes e experiências organizadoras coletivas. Para os autores, as condições estruturantes abrangem o macro contexto, ou seja, as restrições ambientais, as redes de poder político e as bases de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de existência (ou modos de vida). Enquanto, as experiências organizadoras coletivas, por sua vez, representam os elementos do universo cultural do grupo que atuam no sentido de manter a identidade grupal, os sistemas de valores e a organização social.

Aqui, a produção simbólica das comunidades é transformada em sintomas de uma dada enfermidade. Tal processo configura o que Bibeau & Corin (1994) propõem denominar de "sistema de signos, significados e práticas de saúde" (**sspS**). No geral, o conhecimento sobre a saúde localmente construído é plural, fragmentado e até contraditório, expressando-se como uma semiologia popular. Para esses autores, o conhecimento popular em torno da

problemática da Saúde (e seus contrapontos, expressos no Complexo DEP) se articula e se expressa em termos de sistemas de **sspS** construídos social e historicamente.

Há quem defenda a saúde enquanto uma questão filosófica, opondo-se à perspectiva da diferença quantitativa entre o normal e o patológico difundida no século XIX. Para o epistemólogo francês Georges Canguilhem (1990)²⁶, a saúde passa a expressar diferentes padrões e deixa de se limitar à perspectiva da adaptação. Para o estudioso, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim do contrário vital de sadio. O conceito de saúde emerge do genótipo, da história de vida do sujeito e da relação do indivíduo com o meio. Para Canguilhem (2006)²⁷, a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. A saúde é compreendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio, ou ainda um guia regulador das possibilidades de reação. O mesmo autor afirma que a saúde envolve muito mais que a possibilidade de viver conforme com o meio externo, implica a capacidade de instituir novas normas. A posição canguilhemiana pode ser incorporada a um modelo generalizado da Saúde a partir do Complexo DEP de Young.

Figura 04 – Complexo DEP e Modos de Saúde – Modelo de Canguilhem (Adaptado)



Fonte: Elaboração própria do Modelo de Canguilhem, 2023.

A noção de saúde pública canguilhemiana, resultaria, por exemplo, nas noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade, ao defender que a saúde científica poderia enfim

²⁶Canguilhem G. *La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique*. Toulouse: Sables, 1990

²⁷Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

assimilar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva, filosófica, e então não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) devem ser estudadas pela ciência, distanciando do conceito de risco em saúde pública de Ayres (1997), que se conecta à ideia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social. Integra, desta forma, a probabilidade e as chances de grupos populacionais adoecerem e falecerem por algum agravamento de saúde.

Ayres, nos apresenta, diferente dos estudos de risco, os impactos das vulnerabilidades como potenciais para adoecimento, não adoecimento e de enfrentamento dos agravos de cada indivíduo. Nesta perspectiva, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e falecer.

A evolução do conceito saúde está atrelada à evolução das contribuições provenientes das discussões que ocorreram em torno das conferências nacionais e internacionais de saúde. Como na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em 1978. Nessa conferência foram expressas as necessidades de ação urgente de todos os governos, profissionais e comunidade para promover a saúde de todos os povos, reafirmando o significado da saúde como um direito humano fundamental, sendo uma das mais importantes metas sociais mundiais. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação das pessoas e comunidades no planejamento e implantação dos cuidados à saúde (SCLIR, 2007).

Em linhas gerais, os sistemas de saúde no mundo ocidental e no Brasil, têm sido questionados por sua dependência ao modelo assistencial individualista, centrado na medicina curativa da doença. O atual conceito ampliado de saúde é pouco difundido para a população. Ele considera a saúde para além das doenças, e desloca o conceito do campo biológico, considerando junto à dimensão biológica os aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive. É indispensável, nesse contexto, entender saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente.

A saúde aqui é lida através da ruptura das concepções estabelecidas sobre o processo saúde-doença-cuidado. O conceito de saúde pautado neste estudo vai além da mera ausência de doença, entendemos saúde numa dimensão “integral multinível” de norma-valor-direito-bem-função-processo-estado, considerando-a na dimensão coletiva e individual, dialeticamente incorporando também a negatividade da doença-enfermidade-patologia (PAIM et al., 2000). Nos alinhamos também a compreensão integral, de interação entre a condição biológica do ser humano com o meio ambiente físico, cultural e social. O conceito de saúde, ora apresentado, compreende os sujeitos sociais inseridos em relações sociais. É neste peculiar registro conceitual que podemos incorporar o nosso objeto de pesquisa, formulado no sentido de compreensão da produção de cuidado em saúde, para além do discurso da saúde pública.



28

3. “CACHOEIRA, FOI DE LUANDA QUE ENTENDI SUA REALIDADE”: território e iniquidades em saúde.

“Cachoeira, foi de Luanda que entendi sua realidade. Olhem pra mim, sou de Cachoeira. Penso, falo, canto e sou sua liberdade.”²⁹

²⁸Fotografia 02 – Cidade de Cachoeira-Ba. Fonte: Registro do museólogo, fotógrafo e gestor cultural Jomar Lima (2016).

Para entender Cachoeira é preciso cachoeirar!

Estar em Cachoeira é sentir a energia vibrante da sua gente, e assim melhor compreender a sua importância histórica para a Bahia e o Brasil. Nas ruas, ladeiras e encruzilhadas, reconhecemos a influência do período colonial expressas na paisagem local: a disposição geográfica das comunidades, a presença forte das tradições de matriz africana, as rodas de samba improvisadas nas palmas da mão, atabaques, pratos, garfos ou qualquer coisa ritmada na cadência do samba, sempre presentes nas manifestações populares. Historicamente, o município foi um dos primeiros núcleos de habitação no Recôncavo Baiano. Outrora freguesia de Nossa Senhora do Rosário (1674) e, posteriormente, Vila de Nossa Senhora do Rosário do Porto da Cachoeira (1698). Foi colonizado por Paulo Dias Adorno, fidalgo português que recebeu estas terras em doação efetuada por D. Álvaro da Costa (QUEIROZ e SOUZA, 2009, p. 35 - 36).

A cidade de Cachoeira está localizada no Recôncavo baiano³⁰, às margens do Rio Paraguaçu, e situada a cerca de 120 km de Salvador, capital do Estado. A região é identificada geograficamente por rodear a Baía de Todos os Santos, ou como descreveu Milton Santos (1998), “[o Recôncavo] fica em torno da Baía de Todos os Santos aureolando Salvador”. Nessa perspectiva, o Recôncavo da Bahia constitui uma faixa em semicírculo em torno da Baía de Todos os Santos, numa designação geográfica – mas, que possui também suas características culturais, ao designar um conjunto de práticas de produção, relações de trabalho, relações sociais e patrimônio etno cultural, que identificam seu povo e sua história (BRANDÃO, 2007, p. 24). Ou, nas palavras de Costa Pinto (1998, p. 103), “o Recôncavo circunda a Bahia de Todos os Santos, formando o grande anfiteatro no qual, há mais de quatrocentos anos, se vem desenrolando um dos mais antigos capítulos da colonização do Brasil, que ali teve o seu começo”. A descrição geográfica e fisiográfica da região, possibilita compreendê-la, inicialmente, a partir de um cenário natural, conforme as figuras n.º 03 e 04 expostas a seguir:

²⁹Letra da música “Homem! O animal que fala”, de autoria do artista Mateus Aleluia, lançada em 2009, faz parte do álbum Cinco Sentidos.

³⁰O território de Identidade do Recôncavo Baiano, congrega 19 municípios do estado da Bahia. A divisão realizada pela Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia – SEPLAN, objetiva de identificar prioridades temáticas definidas a partir da realidade local, e concebe o território como espaço físico, geograficamente definido, e caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial. SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Perfil dos Territórios de Identidade. Salvador: SEI, 2016. 3 v. p. (Série territórios de identidade da Bahia, v. 2).

Figura 05 – Bahia de Todos os Santos (Bahia Brasil)³¹



Figura 06 – Bahia de Todos os Santos (Bahia Brasil)³²



A sua delimitação geopolítica varia conforme as diversas concepções. Numa perspectiva tradicional, faz sentido estabelecer os limites do Recôncavo em torno da Baía de Todos os Santos ou ao fundo do golfo. Outra classificação para determinar a delimitação territorial é a divisão política, cujo número de municípios sofre uma relativa variação de 23 a 33 municípios. Considera-se, também, uma referência importante no recorte regional, a classificação dos solos, as atividades econômicas e as relações de produção. Em virtude da região apresentar solos do tipo massapê, um tipo de terra fértil, com característica argilosa, própria para o cultivo da cana-de-açúcar.

“os primeiros núcleos do povoamento no Recôncavo, datados do século XVI, instalaram-se em terras baixas, em torno a Bahia de Todos os Santos, onde se concentrava a cultura de cana. Em séculos posteriores foram ocupadas as terras altas, compreendidas entre os rios Paraguaçu e Jaguaribe, onde se desenvolveram as culturas do fumo e de subsistência, além de atividades extrativas relacionadas a produção do açúcar – a derrubada da madeira, entre outras” (AZEVEDO, 2011, p. 23-24).

Ao tentar traçar uma localização e delimitação do Recôncavo, enquanto região, devemos considerar a sua historicidade e dinamicidade, ao invés de entendê-la como espaço (não social) estático. Santos (1998) chama a atenção para uma formação e definição de

³¹BRANDÃO, Maria de Azevedo (org.). *Recôncavo da Bahia: sociedade e economia em transição*. Salvador (BA): Fundação Casa de Jorge Amado; Academia de Letras da Bahia; Universidade Federal da Bahia, 1998, p.31.

³²Disponível em: www.diario-universal.com/tag/brasil/page/2/. Acesso em: 20 de julho de 2022.

Recôncavo muito mais dinâmica que àquela proposta pela ideia tradicional, “uma vez que o Recôncavo foi sempre mais um conceito histórico que mesmo uma unidade fisiográfica”. (SANTOS, 1998, p.62). Qualquer tentativa de delimitação precisa de um território torna-se, por demais, complexa em função dos vários aspectos que a mesma incorpora, seja do ponto de vista geográfico, econômico, político, social, cultural, histórico ou antropológico.

O território do recôncavo foi um espaço apropriado e ressignificado por essas culturas que combinadas derivaram em novas culturas, mais que precisaram desses espaços de resistência que hoje vemos em forma de roda. O lugar é a oportunidade do evento. E este, ao se tornar espaço, ainda que não perca suas marcas de origem, ganha características locais. É como se a flecha do tempo se entornasse no contato com o lugar. O evento é, ao mesmo tempo, deformante e deformado. Por isso fala-se na imprevisibilidade do evento, a que Ricoeur chama de autonomia, a possibilidade, no lugar, de construir uma história das ações que seja diferente ao projeto dos atores hegemônicos. (Santos, 2005, p. 163)

Milton Santos (2005) concebe o espaço como um elemento fundamental para a dinâmica das relações sociais, que foi sempre alternativo aos projetos coloniais e hegemônicos. O território do Recôncavo, portanto, é visto como uma unidade geográfica, econômica, histórica e cultural – concebido como uma região com características próprias.

O território pode ser lido pelas lentes utilizadas pelos pesquisadores que se apropriam, histórica e socialmente, das construções humanas, para contar fragmentos de história. (ALBUQUERQUE, 1999, p. 66). Muitas acepções são possíveis ao vocábulo “território”, diversos autores influenciam a sua definição. Para a geografia, enquanto ciência social, a expressão espaço geográfico, ou somente espaço, é vaga quando associada a porção da superfície da terra identificada pela natureza, pelo homem que ali imprimiu sua marca ou somente por ser um referencial de localização (CORRÊA, 1995).³³

Ao discutirmos as questões de região, território, espaço, penetramos num mundo extremamente diversificado de teorias e abordagens (NARDI, 2004). A ocupação de um território traz modificações de toda ordem. Se analisarmos a formação social do Brasil, e em particular do Recôncavo Baiano, perceberemos que o espaço foi sendo ocupado, de forma desigual, por pessoas organizadas social e culturalmente das mais diversas formas. A diversidade que promoveu as transformações no território brasileiro, na forma como os sujeitos se relacionam, não foram harmoniosos, e ainda hoje não são. Para a socióloga Maria

³³Não há, no presente estudo, nenhuma intenção de formar uma definição conceitual específica de um campo do saber ou interdisciplinar. CORRÊA, R. L. *O espaço urbano*. São Paulo: Ática, 1995.

de Azevedo Brandão, a história do Recôncavo é também a história das contradições. Acerca do território do Recôncavo, o Dossiê do Samba aponta que:

O Recôncavo é uma invenção histórica e uma configuração cultural que nasceu da aventura³⁴ de alguns portugueses, e do infortúnio de muitos africanos e indígenas. Por isso, trata-se de uma unidade regional que foi concebida e é situada por dentro da história dos engenhos de cana, da escravidão e da indústria açucareira no Brasil. (Dossiê do samba, 2004, p. 25)

Segundo Gil e Fernandes (2005), o território forma-se a partir das relações de poder que se estabelecem num determinado espaço - é carregado de intencionalidades que se manifestam no espaço. A intenção das pessoas ao escolherem um lugar ou optarem por ficar onde estão, imprimindo nele uma paisagem que reflete essas intenções, corresponde ao território. É por meio das relações de poder que compreendemos as dimensões do vivido na apropriação, no domínio, no controle e no uso dos seus territórios. Assim, as análises subsequentes, cujo recorte geográfico é o território das coletividades de sambadeiras da localidade de Cachoeira, no estado da Bahia, tentam inferir: Quais contradições conformaram este território e contribuem para a produção e reprodução de iniquidades em saúde?³⁵

Aqui, corroboro com Rolnik (2001), em sua concepção de território que não se limita ao espaço físico-geográfico marcado pela presença negra, mas, que busca as marcas do vivido, as práticas sócio-culturais de quem mora, trabalha ou cultua, porque são essas marcas e práticas que o singularizam e conferem aos sujeitos um sentido de pertencimento e coesão. Mas, também sinalizamos os outros diversos autores que influenciam a concepção de território, sinalizo: Saquet (2017), Santos (1985) e Abreu (2016).

O conceito de território, apreendido por Saquet (2017), reconhece a categoria território por meio da centralidade da relação espaço-tempo, sociedade-natureza e área-rede. Para o autor, a substantivação do território é material e imaterial simultaneamente, por essa razão refere-se a uma concepção (i)material de território.

Santos (1985) apreende o território como o espaço das sociabilidades cotidianas. O espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa

³⁴Criticamos o termo aventura apresentado pelo autor. O processo de colonização via exploração/domínio dos povos negros ainda perpétua uma série de violências e violações no cotidiano da população negra.

³⁵Segundo a OMS, as iniquidades em saúde são desigualdades evitáveis em saúde entre grupos de pessoas dentro de cada país e entre países. Essas desigualdades surgem de desigualdades dentro e entre as sociedades. As condições sociais e econômicas e seus efeitos na vida das pessoas determinam o risco de doenças e as ações tomadas para evitar que adoçam ou para tratar doenças quando isso ocorrer.

num território em permanente construção. Neste aspecto, um espaço contém não somente um relevo concreto com limites administrativos de um governo, mas uma construção de objetos e o estabelecimento de fluxos que passam a integrar a sua geografia. A história, a política e as relações cotidianas, simbólicas e materiais, se dão no território, que desta forma contém as marcas das construções culturais das subjetividades ali produzidas. Santos (2012), conecta o território ao cidadão em busca da construção de um projeto social, que ultrapassa o esvaziamento e a abstração do conceito de cidadania, pensando-a numa perspectiva concreta. (SANTOS, 2012, p. 151). Nas lentes do autor, o território é instrumento e potência rumo a construção de um projeto social igualitário, para o enfrentamento das desigualdades sociais, na medida em que pautamos sua realidade, e compreendemos o cidadão como um indivíduo num lugar” (SANTOS, 2012, p. 151).

Abreu (2016), se interessa pela necessidade de apurar de forma mais contundente a relação entre o território, as políticas sociais e o Serviço Social. A autora destaca que o território vem sendo pensado a partir do viés funcionalista e positivista para a gestão, administração e controle dos riscos e das vulnerabilidades sociais. Mas apesar das contradições que prevalecem na lógica social liberal adotada no país. Abreu (2016), concebe o território enquanto uma alternativa para a expropriação dos direitos das classes subalternas, uma vez que contribui para uma seletividade da pobreza, que abarca somente os segmentos mais pauperizados da sociedade.

A análise da formação econômica, sócio-histórica e política nos auxilia numa melhor compreensão do nosso lócus de pesquisa. Desta forma, observamos os processos históricos estabelecidos na cidade de Cachoeira durante o período colonial, e que influenciaram e influenciam a dinâmica da cidade e da própria região do Recôncavo.

Em um primeiro momento, entre o século XVI e início do XVII, os indígenas locais foram a mão de obra explorada pelos portugueses, na produção do açúcar, para abastecer os mercados europeus. Contudo, uma série de problemas começou a se colocar frente à escravização indígena. Em poucas décadas, o trabalho forçado, as doenças e a resistência dos indígenas contra sua escravização (o que gerou guerras entre eles e os colonizadores) dizimaram esta população e os colonos passaram a substituir os indígenas por homens e mulheres africanos (BARICKMAN, 2003, p. 38).

Diante dessas dificuldades, o tráfico negreiro possibilitou a substituição da mão de obra indígena pelos africanos escravizados. A economia baseada em *plantations*³⁶ ampliou a quantidade de engenhos instalados na região e a partir desse contexto os perfis sociais e culturais baseados no modelo de sociedade colonizador e eurocêntrico foram sendo estruturados. “Além do engenho, coexistiam a casa grande e senzala, um núcleo patriarcal onde família e trabalho se mesclam, formando o traço estrutural da vida cotidiana nos primeiros anos da colônia” (BARBOSA, 2010, p.15), pautado nas relações escravagistas de produção. O Recôncavo concentrava a maior população da província e a maior quantidade de escravizados.

A formação social e seu consequente desenvolvimento urbano estiveram baseados na economia açucareira, fumageira e de agricultura de subsistência. Sua dimensão e riqueza territorial fez com que o Recôncavo aglomerasse inúmeras pessoas, principalmente a população negra escravizada e de alforriadas (NASCIMENTO, 2010; BARBOSA, 2010).³⁷ As atividades econômicas, a divisão do trabalho, assim construíram o espaço e determinaram as relações sociais, ou seja, fizeram o Recôncavo: eis aqui, a gênese desse Recôncavo baiano contraditório, erguido a partir da produção agro mercantil, e, voltada para a exportação. Permeada, conforme Pedrão (2007), por relações escravagistas de produção que, mesmo após a abolição da escravidão, resultaram no racismo brasileiro, com marcas culturais, econômicas e institucionais que acarretam desvalorização e depreciação do homem negro e sobretudo da mulher negra.

Atentamos que a nossa história foi construída sob a égide da violência, e sobretudo de uma violência de gênero. Gilberto Freyre (2005), em sua obra intitulada *Casa Grande & Senzala: a formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*³⁸, clássico que aborda a temática dos moldes patriarcais da sociedade colonial e imperial, aponta como a ideologia patriarcal, que estruturava as relações sociais no Brasil Colônia, dava aos homens poder irrestrito sobre as mulheres, algo que justificava os atos de violência cometidos por pais e maridos. Isso disseminou entre os homens, de uma forma geral, um sentimento de posse

³⁶O *plantation* se baseava no latifúndio, na monocultura, no trabalho escravo e era voltado para atender o mercado exterior.

³⁷Data do ano de 1963 a instalação do Porto que permitiu a conexão pluvial da capital Salvador com o interior. A então Vila de Nossa Senhora do Rosário do Porto da Cachoeira, além de ver expandir o comércio local e a indústria fumageira, passa a ser via de importação e exportação, inclusive do tráfico de escravas negras contrabandeadas de países do continente africano (MARQUES, 2003). Segundo Nascimento apud Marques (2003), nesse período houve uma concentração expressiva de africanos nessa região do Recôncavo. Eram eles nagô, jeje, calabá, angola, aussá, moçambique, binino, tapa, mina, são tomé e barba.

³⁸Freyre, G. *Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global, 2005.

sobre o corpo feminino, atrelado à ideia de honra masculina. Cabia aos homens disciplinar e controlar os corpos femininos para garantir a ordem. A casa-grande representava todo o sistema econômico, social e político daquele período histórico, tornando-se o palco das relações escravistas de dominação e violência, bem como da naturalização deste status quo diante dos princípios moralizantes católicos.

Cabe enfatizar a historicidade das discriminações de raça e gênero na sociedade brasileira, estruturada na vida das mulheres negras, tanto na esfera da vida pública, quanto na privada. As opressões sofridas pelas mulheres interseccionavam a condição de escravizada, conforme a raça/etnia, a classe e o gênero.

A exploração da mulher negra extrapolava as atividades inerentes ao serviço braçal, aqui destacamos a alta incidência da violência sexual. As mulheres negras que trabalhavam na casa grande eram obrigadas a servir aos desejos sexuais de seus senhores sob risco de punição (GIACOMINI, 2013), servindo de forma brutal como objeto e mercadoria sexual dos senhores de engenho. A mulher escrava era comparada aos animais, e foi historicamente tratada como objeto sexual, a qual poderia ser utilizada por qualquer sujeito que lhe fosse superior, ou seja, qualquer homem branco. As mulheres negras levam em sua história uma carga de exploração que marcam sua força de trabalho e os seus corpos, uma vez que serviram como “uso e fonte de renda aos senhores e capatazes nas fazendas” e “as escravas foram, ao longo dos 350 anos de escravidão, utilizadas como trabalhadoras do dia e da noite – o corpo utilizado em todas as suas possibilidades” (BERTÚLIO, 2001, p.24).³⁹

No que diz respeito à saúde dos descendentes de africanos transladados para o Brasil, e em especial das mulheres negras, no contexto do final do século XIX, início do século XX, tem histórias marcadas pelas dificuldades de sobrevivência da grande maioria dos afrodescendentes, em um país organizado por formas desiguais de renda e acesso à saúde, educação, moradia, entre outros.

A escravidão foi muito mais que um sistema econômico; ela moldou pensamentos, condutas, definiu hierarquias sociais e raciais, forjou sentimentos, valores e etiquetas de mando e obediência (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p.26). Por meio da raciologia, ideologia doutrinária desenvolvida para legitimar a dominação e a supremacia da raça branca, difundiu-se no imaginário coletivo brasileiro a superioridade moral e intelectual branca. Para Kabengele Munanga, a raciologia é usada para justificar a relação de poder e

³⁹A historiografia tradicional invisibilizou os processos sociais, políticos passados pelas mulheres negras em seus estudos sobre escravidão no período colonial.

dominação de forma não proclamada. Assim, de acordo com a definição do autor, raça é um conceito etnossemântico, político-ideológico e não biológico (MUNANGA, 2004, p.22). Destarte, o racismo se estrutura como principal manifestação da colonialidade do poder.⁴⁰

Para que houvesse o interesse em se pensar nas condições de saúde da população negra, seria necessário o reconhecimento do racismo vigente, e esta falta de reconhecimento promoveu ao longo da história a não-inserção da etnia negra nas pesquisas e construção de políticas de saúde. A ideologia doutrinária racista, justificou a exclusão, com base nas diferenças culturais e fenotípicas, para manter os negros às margens da sociedade.

Segundo Quijano (2010), o Brasil deixou de ser colônia, oficialmente, em 1808, quando se tornou sede do império português. Porém, isso não significou a superação dos nossos primeiros 300 anos de colonização. O termo colonialidade se refere a uma matriz ética, política, cognitiva e material, predatória sobre a qual se erguem diferentes formas institucionais ao longo do tempo. A colonialidade não depende da existência de colônias: ela se reatualiza permanentemente, produzindo novos arranjos institucionais e formas de expropriar, dividir, subalternizar e invisibilizar grupos, incorporando e intensificando graus de opressão.

O processo de “transição” da escravidão para o trabalho livre, não se tratava de uma transição econômica, de substituição de escravizados por trabalhadores livres. Após a abolição da escravidão, a população negra do recôncavo se dedicava ao trabalho nas lavouras, pesca e mariscagem, produzindo alimentos para consumo familiar e comunitário. Datam deste período histórico, o surgimento das chamadas “lavouras de pobre”, ou mesmo “lavouras de fundo de quintal”, definidas assim por caracterizar o paradoxo em relação ao fumo: a exportação desse produto representava uma grande riqueza do Recôncavo, produzindo grandes somas de capitais em seu período de ascensão, enquanto, o agricultor⁴¹ de fumo e sua família viviam em condições de pobreza e precariedade.

Na lavoura fumageira, diferentemente da indústria, a maioria das etapas de produção dos fumos envolvia o trabalho de todos os membros da família, incluindo os agregados. O pesquisador Walter Fraga Filho (2006), observou que, para os libertos, o que conferia densidade à liberdade era o acesso à terra, e com ela, a possibilidade de escolher onde trabalhar, onde morar e como criar os filhos. Todo o trabalho estava sob a direção do chefe da

⁴⁰A colonialidade do poder pode ser entendida como o fenômeno histórico que se refere a um padrão de poder que naturaliza as hierarquias causadas ou desenvolvidas a partir dos processos do colonialismo europeu, que acarretaram domínio de territórios, na concentração de recursos, na construção social do racismo e na classificação étnico/racial e de gênero da população (QUIJANO, 2010).

⁴¹MILLER, J. C., *O Atlântico escravista: açúcar, escravos e engenhos*, Afro-Ásia, 19-20, 1997, p. 9-36.

família que, geralmente, era o homem, cabendo-lhe, também, as funções de maior responsabilidade que iam além de participar do cultivo da lavoura, como a organização do transporte e a comercialização do fumo nas casas enfardadoras dos fumos.⁴² As mulheres, de todas as idades, estavam presentes na lida agrícola, elas que, culturalmente, eram as únicas responsáveis por todo o serviço doméstico e o cuidado com as crianças – que já cresciam aprendendo o trabalho na fumicultura (MILLER, 1997). Os conflitos presentes nessa relação quando os libertos tentam viabilizar sua sobrevivência fora dos engenhos, ocupando terras devolutas, e exigindo tratamento de cidadãos livres, não admitindo castigos e controle sobre suas vidas.

Tais processos históricos remetem ao colonialismo que tomou os corpos negros como força de trabalho para o plantio de cana e fumo, mas que arrastou tais sujeitos, através do capitalismo, como força de trabalho que sai das fazendas, para as indústrias de fumo, para a construção de estradas, para os trabalhos braçais. Assim, foi constituída a história colonial, de um Recôncavo contraditório, por meio da expropriação da força de trabalho dos homens negros e das mulheres negras, sob controle/domínio de seus corpos, através de ideologias racistas, que se manteve durante o surgimento das primeiras indústrias de fumo nas novas configurações de senzalas no território.

No período da última década do século XIX e da primeira do século XX, ocorreu o surgimento das primeiras indústrias de fumo no Recôncavo, em virtude do aumento significativo do consumo mundial do tabaco e seus derivados. Apesar de muitas vezes a confecção do produto ser realizada em pequenas casas, com instalações primitivas, sem que se possam atribuir-lhes o nome de fábricas, houve também as manufaturas de maior vulto, que empregavam inúmeros operários e faziam o uso de máquinas, principalmente na fabricação de cigarros, a qual era indispensável, ao contrário da produção de charutos que poderia ser essencialmente artesanal.

As duas primeiras manufaturas de charutos datam de 1851, representadas pela Vieira de Melo e a Costa Ferreira & Pena. Entretanto, datam do início de 1870, a montagem das grandes manufaturas de fumo, que empregavam cem ou mais trabalhadores. A maioria eram propriedades de exportadores e comerciantes da sua matéria-prima, que desenvolviam a fabricação como uma atividade complementar, sobretudo as alemãs. Não é por acaso que

⁴²Estas últimas realizavam a intermediação entre o agricultor e as firmas de exportação ou de beneficiamento, tanto para exportação, como para produção de charutos.

entre 1870 e 1890, o fumo passou a ocupar o primeiro lugar na pauta de exportação do estado (KRAYCHETE SOBRINHO, 1988: 111-112)⁴³.

Dentre as várias fábricas de charutos que fortaleceram o empreendimento industrial dos fumos no Recôncavo, vale destacar mos as trajetórias da Dannemann e Suerdieck⁴⁴ – as duas maiores empresas que atuaram simultaneamente no trabalho de beneficiamento de fumos, fabricação de charutos e no comércio de importação e exportação de fumos e seus respectivos produtos – são amplas e se confundem com a própria história do tabaco e seus derivados na Bahia⁴⁵.

Fotografia 02 – Charuteiras do Dannemann⁴⁶



Fonte: Caique Fialho, 2020.⁴⁷

Destacamos neste processo a acentuada presença da mão de obra feminina e infantil. Muitas crianças precisaram abandonar os estudos e outras sequer puderam ser alfabetizadas, por ter que ajudar os pais em seus trabalhos. Uma dessas crianças foi Dalva Damiana de Freitas, a sambadeira, e ex-operária da fábrica de charutos Danneman.

⁴³Debate travado por Gabriel Kraychete Sobrinho em sua Dissertação de Mestrado em Economia intitulada: O capital Agro-Mercantil e a Indústria na Bahia: do primeiro surto industrial à crise de 1930, apresentada em 1988 na Faculdade de Ciência Econômicas da Universidade Federal da Bahia.

⁴⁴A Dannemann foi fundada em 1873 em São Félix, pelo alemão Gerhard Dannemann. Chegou a possuir fábricas em quatro cidades da região: São Félix, Muritiba, Maragogipe e Nagé. August Suerdieck registrou sua firma de exportação em 1899 que atuava em Maragogipe e em 1905 instalou a primeira fábrica de charutos da Suerdieck na mesma cidade (BORBA, 1975: 46-70). A Dannemann e a Suerdieck, cujo capital isolado, junto com a Costa Ferreira e Pena, abrangia a soma do capital de diversos estabelecimentos, são as que mais se destacam, possuindo as histórias mais registradas.

⁴⁵Destaco o artigo Clandestinidade, Trabalho Fabril e cotidiano do mundo fumageiro do Recôncavo da Bahia, para compreender as reações de trabalho na indústria fumageira do Recôncavo baiano, disponível em: <https://www.rodahistorias.pro.br/post/clandestinidade-trabalho-fabril-cotidiano-mundo-fumageiro>

⁴⁶Registro fotográfico atual das charuteiras do Danneman, uma fábrica de charutos situada em São Félix, no Recôncavo baiano. Por lá, a profissão ainda é exercida por mulheres de variadas idades.

⁴⁷Natural de Cachoeira, o jornalista Caique Fialho, trabalha como Fotojornalista, Gerenciador de Mídias Digitais e Produtor Audiovisual.

(...) minha mãe era charuteira da fábrica Danneman, e depois veio trabalhar na Suerdieck também depois que fechou a Dannemann⁴⁸. Eu comecei a trabalhar na fábrica Dannemann sendo aprendiz. A minha professora de charuto e cigarrilha, era Dona Maria Matilde. Nós tínhamos professores lá. Aí, tinha um SENAI. Eu aprendi no SENAI, com Dona Maria Matilde, que ensinava a gente a fazer as cigarrilhas de uma perna de fumo só. E por aí, eu comecei, e, quando eu terminei de fazer o charuto... que me aprendi mesmo a fazer as coisas. Eu passei para charutaria mesmo à mão. Fazia um charuto chamado número sete, um charutozinho de bojo. E por aí, comecei as minhas atividades. Porque eu estava louca pra trabalhar, porque meu pai sendo sapateiro e a minha mãe charuteira, eu tinha oito irmãos, né? Eu queria ajudar. Eu queria ver o dia de hoje, que se chama sábado, entrar em casa com as coisas: batata, farinha, o saco da farinha, as coisas de dentro de casa. Eu me senti feliz, então fui trabalhar por esse motivo, para ajudar a criar meus irmãos (Documentário: Dona Dalva – Um Doutora do Samba, 2014).

Dalva Damiana de Freitas, nasceu em Cachoeira, no dia 27 de setembro de 1927. Filha de Maria São Pedro de Freitas, e de Antônio José de Freitas. O pai era sapateiro e músico da Lira Siciliana⁴⁹. Hoje, Dona Dalva é uma das figuras emblemáticas do samba de roda em Cachoeira. Ela é sambadeira, cantora, compositora, e uma das integrantes da Irmandade da Boa Morte. A anciã foi intitulada como Dra. Honoris Causa do Samba pela UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Além dos múltiplos talentos artísticos, ela fundou o Samba de Roda Suerdieck, um dos mais representativos grupos de samba do Recôncavo. Dona Dalva contribui para o reconhecimento e a difusão da tradição oral, poética e performática do gênero musical, bem como da promoção e valorização do papel da mulher negra no impulsionamento da cultura regional a partir da cidade de Cachoeira. A sambadeira possui uma história de vida atravessada pelo trabalho nas fábricas de charuto.

⁴⁸Na década de 1920 houve a entrada de duas poderosas firmas de fumo: a Cia Générale des Tabacs e a Souza Cruz & Cia (BORBA, 1975: 51-52). Entre 1890 e 1930, as principais fábricas de charutos eram: Jegler & Hoering, Struder & Cia., Danemann, Augusto Suerdieck, Vieira de Melo & Cia., Costa Ferreira & Pena. Neste mesmo período, havia quatro importantes fábricas de cigarros: A. Guimarães, Leite & Alves, Martins Fernandes e Cia., e Souza Cruz (TAVARES, 2001: 366-367). Segundo Borba (1975), a partir da década de 30 ocorreu um deslocamento da principal região produtora do fumo para o Rio Grande do Sul, acarretando num entorpecimento gradativo das manufaturas localizadas na Bahia, principalmente na região do Recôncavo. A maior parte das empresas instaladas durante o final do século XIX foram fechadas. Borba conclui seu estudo que isso ocorreu em virtude da contradição do próprio sistema capitalista, ou seja, a concorrência é pouco a pouco destruída, e a fase de livre comércio é substituída pelo imperialismo, que tem no trust uma das formas de ações (BORBA, 1975: 73-74).

⁴⁹Segundo CAZAES (2012), as filarmônicas são sociedades civis que surgiram ao longo da segunda metade do século XIX e início do XX no Brasil, essas instituições mantinham uma banda de música e uma escola musical. Em Cachoeira a Sociedade Cultural Orpheica Lyra Ceciliana e a Sociedade Lítero Musical Minerva Cachoeirana, foram fundadas respectivamente nos anos de 1870 e 1878. As filarmônicas possuem grande relevância na vida cultural, social e política da cidade, além do aprendizado musical, elas também representam um espaço de convivência social. Cazaes, M. E. M. *No ritmo do compasso, a melodia das filarmônicas em harmonia com o tempo: um estudo sobre a Lyra Ceciliana e a Minerva Cachoeirana (1960- 1980)*. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em História. Feira de Santana, 2014. 184 f.

Fotografia 03 – Festa da Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte



Fonte: Vinícius Xavier.⁵⁰

A produção fumageira atrela-se à construção contraditória das riquezas do Recôncavo Baiano, e herda em sua formação sócio-histórica, a presença da mão de obra negra e mestiça. Cabe ressaltar: a intensa utilização da mão de obra feminina nos armazéns de fumo, em fábricas de fumo e charutos, em fabricos e/ou em suas próprias residências lidando com fumo; bem como a pauperização da população da região.

Atualmente, Cachoeira se mantém por meio do turismo cultural, destinada para quem busca conhecer a histórica e as manifestações religiosas e culturais. A cidade recebe turistas brasileiros e estrangeiros nas festividades populares, a exemplo da Festa de Iemanjá, o São João, a Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte⁵¹ e a Festa de Nossa Senhora D'Ajuda, além dos eventos literários, musicais e de cinema⁵², que compõem ao longo dos últimos anos o calendário tradicional da cidade.

⁵⁰Vinicius Xavier [1979, radicado em Salvador-Ba] desenvolve seu trabalho fotográfico autoral desde 2003. Suas narrativas fotográficas transitam pelo universo da cultura popular brasileira. Fonte: <https://www.salvadorbahia.com/festa-de-nossa-senhora-da-boa-morte/>

⁵¹ “A Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte é um coletivo de mulheres idosas, todas religiosas enquanto praticantes do candomblé e do catolicismo popular. Como grupo, a Irmandade é considerada pioneira na luta e resistência do negro contra o sofrimento e a escravidão no Brasil. As irmãs foram e são mulheres diferenciadas em vários sentidos: aos olhos da sociedade colonial eram chamadas de ‘negras do partido alto’; miticamente transgressoras da ordem masculina são consideradas ‘iamis’ e organizadas em sacerdócio religioso unindo diferentes nações são donas do axé ou ‘eleyes’. As irmãs antigas compraram as alforrias de outros sacerdotes e sacerdotisas africanos, se comprometeram em garantir funerais dignos a si mesmas e aos seus, e mantém uma festa associada aos seus antepassados femininos (eguns) e aos seus orixás durante rituais católicos públicos e do candomblé (secretos). Segundo as irmãs, elas cumprem uma promessa feita pelas mais antigas: ‘se todos os escravos fossem libertos, elas cultuariam Maria na vida e na morte’” (MARQUES, 2003, p.5).

⁵²Ressaltamos que o curso de Cinema e Audiovisual da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, localizado no Centro de Artes, Humanidades e Letras, na cidade de Cachoeira-Ba, tem dupla importância: faz parte do processo de retomada do cinema brasileira e de toda a área audiovisual do país, contribuindo também com a formação qualificada dos profissionais da área, e resgate da história sócio-cultural do Recôncavo.

Fotografia 04 – Festa de Nossa Senhora D’Ajuda – Terno do Acarajé



Fonte: Caique Fialho, 2018.

Apesar da cultura ser a mola propulsora da economia da cidade de Cachoeira, tanto nos setores comerciais, como em serviço, a região preserva ainda grandes desigualdades sociais, que fazem parte de uma herança escravocrata. A presença de algumas famílias oligárquicas e latifundiárias, reproduzem o cenário de desigualdade econômica e étnico-racial materializado na forma de: monopolização do comércio local, em paralelo à resistência dos trabalhadores da feira livre, que disputam espaço com os grandes mercados; falta de oportunidades de trabalho para a população negra; concentração de imóveis locais, deslocando a população mais pobre para a zona rural e bairros mais afastados do centro da cidade; a concentração de renda que promove uma tendência ao desnível econômico entre os grupos populacionais; além do revezamento na liderança política que contribui para a perpetuação da desigualdade social, econômica e racial, estruturada e intransponível.

Mas, qual seria o paralelo entre a materialidade das desigualdades sociais, colonialistas, capitalistas e predatórias, e as subjetividades do que chamamos cuidado em saúde – para além dos conceitos já determinados sobre o que é saúde, doença, bem-estar? As condições sociais, econômicas, políticas e culturais incidem sobre a saúde da população de formas múltiplas e diferenciadas. No caso da população negra, a inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e a invisibilidade das suas reais necessidades, vincula essa população à carência na oferta de serviços. Estas desigualdades sociais incidem também sobre as condições de saúde desta população.

Segundo França Jr., Ayres e Calazans (2000), “a identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos pode reforçar a perspectiva de que o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um Direito Humano”. A qualidade de vida depende da satisfação das necessidades básicas de todos os cidadãos e da

redução das iniquidades em saúde, que além de sistemáticas e impactantes, também são evitáveis, injustas e desnecessárias.

As iniquidades em saúde repercutem negativamente de diferentes formas nas condições de vida da população negra. Dentre os aspectos negativos relacionados estão as condições de habitação e moradia imprópria, a baixa renda familiar, a insegurança alimentar, a desigualdade de renda, o baixo desenvolvimento humano, e a assistência inadequada aos serviços de saúde. As problemáticas sociais em suas múltiplas formas de manifestação e as diferentes barreiras enfrentadas pelos mais diversos grupos requerem diagnóstico e análise mais profundos.

O reconhecimento de que o conceito substantivo de igualdade é multifatorial fez com que novas demandas fossem impostas pelos diversos grupos que compõem a sociedade, demonstrando a necessidade de direcionar um olhar mais abrangente e integral sobre a realidade. Com isso, ficou patente que as formas tradicionais de operacionalizar a intervenção pública refletiam o atendimento fragmentado e setorizado das demandas sociais, tornando-se insuficientes para dar respostas à complexa realidade da sociedade brasileira (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013)⁵³.

Nos alinhamos a perspectiva de que as estratégias de enfrentamento às iniquidades em saúde devem respeitar a diversidade cultural, aqui compreendida em seu contexto de grande complexidade, interseccionando pobreza, gênero, raça e religiosidade. O reconhecimento da diversidade de indivíduos e de grupos sociais vem desafiando as políticas públicas, que no campo da saúde demanda a necessidade de novas propostas para os serviços de atenção e cuidado, sobretudo para perceber a indissociabilidade da saúde e da cultura.

Para o antropólogo Clifford Geertz (2015), a cultura é uma teia de significados tecida pelo homem que orienta a existência humana, formada por um sistema de símbolos que interage com os sistemas de símbolos de cada indivíduo numa interação recíproca. Geertz define símbolo como qualquer ato, objeto, acontecimento ou relação que representa um significado. Compreender o homem e sua cultura, portanto, é interpretar essa teia de significados. Para nós, a cultura lida como um conjunto de produções simbólicas e materiais em permanente transformação, que organiza formas de sociabilidade, de pensar e sentir, valores, identidades, práticas sociais e comportamentos coletivos que caracterizam o estilo de vida da população. Contribui para a compreensão das representações sociais, e possibilita a

⁵³PEREIRA, K. Y. de L.; TEIXEIRA, S. M. *Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social*. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, 2013.

problematização das práticas de saúde vigentes e da promoção de ações de saúde que respeitem as particularidades territoriais e a singularidade dos indivíduos.

Quando consideramos os sujeitos como unidades estatísticas independentes, ignoramos completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. E de modo complementar, desconsideramos as determinações simbólicas e materiais como fatores determinantes e incrementadores das vulnerabilidades, contribuindo decisivamente para os processos de vulnerabilização, especialmente no que diz respeito à população negra (LOPES, 2004).

O samba de roda possui uma extensa teia de significados capazes de contribuir com a preservação de memórias de cuidado em saúde – ao preservar tais memórias, as sambadeiras, exercitam a capacidade de resistir e transformar a realidade, ao tempo em que contribuem para avanços no enfrentamento das iniquidades em saúde, e para a defesa de práticas voltadas à promoção e à proteção da saúde para além do mero adoecimento.

Traçar estratégias para o enfrentamento das iniquidades em saúde, nos requisita observar os determinantes e condicionantes destas iniquidades, com um refinamento que identifique as pessoas, nas suas relações subjetivas e intersubjetivas mediadas por valores, poderes, desejos (AMARANTE; COSTA, 2012).

Urge o reconhecimento do saber popular, dos costumes e práticas de saúde dos diversos grupos estabelecidos. Assim, será possível dar visibilidade às necessidades que nem sempre estão explícitas nos processos de gestão em saúde. Dar relevo e fomentar o debate: das diferenças socioculturais; da divisão social de classes e do racismo; torna-se fundamental para o enfrentamento da pobreza, das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

De acordo com Ayres (1994), os delineamentos dos problemas de saúde e as formas de enfrentamento em cada sociedade, ao longo da história, dimanam das condições políticas, econômicas, sociais e – acrescentaríamos – culturais, bem como dos conhecimentos científicos acessíveis e das concepções sobre saúde e doença nelas preponderantes. Em outras palavras, as discussões e práticas sobre a saúde são atravessadas por um conjunto de movimentos econômicos, políticos e sociais, com vinculações na filosofia e nas teorias sociais, bem como associadas ao nível de produção científica de cada época, fato que abordaremos com mais profundidade no último capítulo.



54

4.SAMBA DE RODA NO RECÔNCAVO BAIANO

“Dona da Casa me dê licença
Me dá seu salão para vadiar
Para vadiar, para vadiar.
Me dá seu salão para vadiar.”⁵⁵

⁵⁴Fotografia 05 - Apresentação da Esmola Cantada no São João de Cachoeira. Fonte: Registro disponibilizado pela Esmola Cantada (2022).

⁵⁵Samba de Roda cantado ao iniciar várias rodas de samba no Recôncavo.

Com essa canção começam muitas rodas de samba no Recôncavo Baiano – pedimos licença, aos mais velhos, aos mais novos e aos iguais, aos que lêem esta dissertação, e em especial as sambadeiras, representadas neste capítulo. O sentido, aqui atribuído, ao ato de vadiar, é sobretudo, compartilhar os conhecimentos do universo singular das sambadeiras que expressam através de seus corpos, da sua vida cotidiana, seja nas práticas individuais e coletivas, as memórias e histórias passadas de geração em geração, numa ligação ancestral.

Conforme exposto no capítulo anterior, o Recôncavo Baiano sofreu diversas transformações do período colonial, até os dias atuais. A região é atravessada pelas heranças transatlânticas e marcada por uma conformação social-política-econômica contraditória e desigual – que requisitou ao povo negro a resistência através de uma mente livre que preservou as memórias de seus antepassados. Assim, foi possível preservar, construir, ou reelaborar, inúmeras expressões culturais apesar das trocas culturais com outras etnias. Berço do samba brasileiro, aqui teriam surgido as primeiras manifestações do samba de roda. Além da importância histórica, o Samba de Roda cumpre um papel fundamental nas comunidades, ao representar mais mero divertimento – ele é elemento integrante e integrador de rituais tanto religiosos como seculares e, sobretudo, do cotidiano.

O samba de roda constitui uma tradição de grande importância cultural e estética, razão que o levou a ser proclamado Obra Prima do Patrimônio Oral e Imaterial pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em 2005. A salvaguarda do samba de roda como Patrimônio Imaterial da Humanidade foi um marco importante para o desenvolvimento das cidades do Recôncavo, entre elas nosso *locus* de pesquisa, a cidade de Cachoeira. Anterior ao processo de patrimonialização, os poucos grupos que existiam se reuniam como forma de resistência e perseverança, uma vez que não havia fomento ou financiamento pelo poder público local para sua manutenção. Os grupos organizavam-se, em sua maioria, por meio de tradição familiar, não possuíam sede, e suas apresentações ocorriam de forma improvisada.

O processo de patrimonialização foi guiado e conferido pelo Instituto do Patrimônio Histórico, Artístico e Nacional – IPHAN. Os títulos fazem parte das diversas promoções, realizadas pelo conjunto de políticas públicas que se propõem ampliar o campo discursivo acerca da cultura popular brasileira, proporcionando às diversas manifestações culturais, visibilidade, fazendo com que estas possam se manter ativas através de incentivos públicos. A patrimonialização oportunizou muitos grupos de samba de roda a profissionalização e inserção no mercado de consumo cultura, já que, fomentou que, muitos grupos que viviam no

anonimato, buscassem se registrar institucionalmente, a exemplo do Samba de Roda Suerdieck, vinculado à Associação Cultural do Samba de Roda Dalva Damiana de Freitas.

4.1 Batuques da resistência

O samba de roda é uma prática expressiva tradicional que guarda memórias de sujeitos que ajudaram a construir a história da sociedade brasileira. Indivíduos que estiveram à margem dos acessos às vias que poderiam lhes trazer melhores condições de vida e maior visibilidade dos valores contidos em suas tradições, que muitas vezes foram cerceadas. Para as sambadeiras do Recôncavo baiano, o samba de roda demonstra uma capacidade excepcional de produzir coletividades em contextos sociais subalternos, ou seja, é a força do samba que estrutura identidade em suas vidas.

Saído das senzalas, na forma de batuques, o samba de roda é considerado como uma música negra influenciada pelo Lundu, uma dança popular e canção folclórica “de origem afro-negra, trazida por escravizados bantos da região de Angola e do Congo”. O livro *Samba de Umbigada*, de Edison Carneiro, é um dos trabalhos mais importantes sobre o samba. A etimologia da palavra samba vem do dialeto angolano (semba) que quer dizer umbigada, o (Sam) dar e (ba) receber. Ou conforme Carneiro (1961, p. 60), “*a dança que outrora se chamava batuque damos agora, em geral, o nome de samba, talvez corruptela de semba, vênia*”.

Segundo Sandroni (2001, p. 85), a umbigada, registrada desde o século passado tanto no Brasil como na África, como um gesto em torno do qual se organizam certas danças dos negros. É através desse gesto que um dançarino designa quem irá substituí-lo. Há também quem afirme que a palavra tenha sua ligação com a língua luba e com outras línguas bantas, nas quais samba significa pular ou saltar com alegria. A palavra samba aparece pela primeira vez, identificando todas as danças de matriz afro-brasileira com as umbigadas: lundu, jongo, caxambu, os diversos tipos de coco (de cordão, de parelha, de roda, virado, bambalô) e estilos de samba (de roda, lenço, rural, maculelê, bate-baú, partido-alto e tambor de crioula).

Segundo uma pesquisa desenvolvida pela etnomusicóloga Francisca Helena Marques (2003), os batuques⁵⁶ característicos dos bailes de africanos e descendentes foram altamente

⁵⁶Döring (2006, p. 69) afirma que a diferença entre batuque e samba na Bahia é pouco esclarecida, já que não se tem fontes históricas precisas, e que os batuques aconteciam em praça pública e eram ligados às festas religiosas no calendário católico. Segundo Lordelo (2009), apesar das fontes históricas serem restritas, os Batuques

perseguidos pelo governo da Bahia na época, por aglomerar um grande número de escravizados/as e de negros/as das mesmas nações. Segundo o Dossiê do IPHAN (2006), na metade do século XX é que se encontram documentações na imprensa e registros policiais, referências em profusão ao samba da Bahia, mas todas fazendo referência ao samba de Salvador. (Dossiê do Samba de Roda, 2006, p. 30). Apenas com a influência da Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte⁵⁷, que surge no século XVIII, que o samba de roda se consolida como manifestação cultural popular negra e descendente.

No Recôncavo, o samba sem dúvida tem uma posição especial. É significativa a ligação que o samba consegue entre todas as faixas etárias e entre os sexos, como também o fato de que formas de samba são ligadas, de uma ou outra maneira a quase todas as espécies culturais importantes, e tem um papel importante nas demais festas festivas, sejam elas religiosas, de rituais ou de outra natureza. (PINTO, 1991, p.106)

Para a etnomusicóloga Katarina Döring (2013), o samba de roda sempre foi música, dança, ritual com significados multifacetados e enraizados na vida comunitária – e possui expressões, fortemente ligadas aos terreiros de candomblé, caracterizando-o como um rito.

É, como eu falei, minha mãe era uma pessoa muito alegre. E, samba é uma coisa que a gente vem, tudo é ensinado, né? Tudo é cultural, tudo é ensinado. Então, nossa cultura é uma cultura de que o samba é uma coisa que nos anima, nos alegra e faz a gente mover o corpo também! Sambando! Então, na minha vida, o samba tem uma importância muito grande, muito grande mesmo! Porque no momento em que a gente chega pra sambar, a gente tá ali cantando, tá naquele compromisso de fazer aquele compromisso, de fazer tudo certinho. Quando a gente samba, a gente liberta o corpo. É aquela coisa, que não é só um corpo se movendo. Não é só um corpo se movendo no ritmo de uma música. É toda ancestralidade. Chega me arrepiar! Entrevista I. [dezembro, 2022].

O samba de roda do Recôncavo é uma tradição ligada à casa, mais especificamente ao Santo de casa. As rodas de samba acontecem nas festas dos Santos católicos, durante as quais se reúnem as pessoas eventualmente em festas de rua, e nas casas, e associa-se às principais manifestações religiosas da cidade. Segundo a entrevistada V, ao longo dos anos também

aparecem, genericamente, e às vezes, preconceituosamente, como o nome dado pelos portugueses às danças africanas no Brasil.

⁵⁷Formada exclusivamente por mulheres negras que conquistaram sua alforria, a Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte tem até hoje preceitos secretos e surgiu com o objetivo de libertar outras negras da escravidão. Através da associação com o culto religioso católico, os festejos da Irmandade de Nossa Senhora da Boa Morte têm uma ligação forte e íntima com o samba de roda, que faz parte do ritual de celebração da Assunção de Nossa Senhora da Glória.

houve uma mudança do perfil religioso da comunidade. O que contribuiu para o distanciamento dos moradores destes espaços de fé, devoção e resistência.

(...) Hoje em dia não tem mais assim o rezar. Porque o povo não está. A maior parte agora tudo é cristã, não querem mais. Mas quando marca aí na Santa Cruz todo mundo reza. Tem três dias de festa, todo mundo reza, todo mundo samba. (...) tudo que era lugar que rezava, todo mundo sambava. Santo Antônio, São Cosme, São Roque, Santa Bárbara. Entrevista V. [dezembro, 2022].

Hoje, o samba de roda ainda é praticado numa dimensão família, nos espaços da vizinhança e comunidade, em ocasiões especiais, direta ou indiretamente religiosa. As modificações que ocorreram ao longo do tempo, transformaram um evento espontâneo e festivo, em um evento de palco – o que justifica as mudanças observadas.

Visualizamos o samba nas principais festividades da cidade de Cachoeira: Festa da Boa Morte, em agosto; São Cosme e São Damião, em setembro; e nos sambas que acontecem nas festas de caboclos nos terreiros de candomblé.

Fotografia 06 - Live o Samba de Cosme e Damião⁵⁸



Fonte: www.sambadedalva.blogspot.com/2020/09/o-mes-e-dos-eres-e-de-cosme-e-damiao.html

*São Cosme e São Damião,
Dois meninos, quer brincar*

⁵⁸A live fez parte do projeto “Uma mulher sambadeira – Reconhecimento e valorização do legado cultural de Doutora Dalva Damiana”. O projeto foi idealizado e realizado por Any Manuela Freitas, com parceria da Casa do Samba de D. Dalva, OMV – Variedades e LEAA-Recôncavo, apoio do Conselho Municipal de Política Cultural de Cachoeira e apoio financeiro do 1º Edital Setorial de Cultura de Cachoeira, do Fundo Municipal de Cultura de Cachoeira, da Secretaria de Cultura e Turismo, e da Prefeitura Municipal da Cachoeira – Tesouro Cultural da Bahia.

*São Cosme e São Damião,
Dois meninos, quer brincar
Bate palma, sereia no mar
Dois-dois, ele quer vadear
Dois- dois, ele quer vadear
Dois-dois, ele brinca no mar*

A letra da canção, entoada por Dona Dalva, no caruru de Cosme e Damião, mostra a devoção aos santos gêmeos, na relação sincrética entre o candomblé e o catolicismo popular. Na associação, São Cosme e São Damião, protetor dos médicos e farmacêuticos, eram dois homens brancos, gêmeos que vieram de uma família nobre e ao se tornarem médicos passaram a cuidar de pessoas e animais de forma gratuita. A representação católica oculta a divindade do candomblé sincretizada pelo Ibeji, divindade gêmea, ligada a tudo que se inicia e brota; orixá que rege a alegria, a inocência, a ingenuidade das crianças, que são seus protegidos.

O samba é um lugar, território, constituído pelas narrações do cotidiano e que não possui uma fixação territorial material, mas simbólica, elaborada em códigos, o que lhe permite fluidez suficiente para vencer as perseguições às quais foi submetido (SODRÉ, 1998).

Ao cantar para os santos gêmeos, Dona Dalva expressa as negociações que o povo negro foi obrigado a manter para que a cultura africana pudesse resistir, sem que fossem punidos – para isso utilizavam nome de santos católicos para invocar seus deuses. A preservação e continuidade do samba de roda têm sido “negociadas” e mantidas através de muita resistência, já que a experiência vivida pelas sambadeiras expressa a luta diária para superar as ideologias racistas dominantes e hegemônicas. Sambar no Recôncavo baiano é preservar através da dança, da música e da cultura afro-brasileira, sua memória e identidade.

O samba de roda está diretamente entrelaçado ao contexto sociocultural do Recôncavo baiano. Além de gênero musical, o samba de roda pode ser visto como um instrumento de resistência política e cultural. Considerado como uma das maiores expressões da música popular brasileira, o samba vem sendo tratado como objeto de estudo de antropólogos, geógrafos, etnomusicólogos e outros pesquisadores das ciências sociais.

Estudos como os de Cassio Nobre (2008), Francisca Marques (2003), Thiago de Oliveira Pinto (1991), Katharina Doring (2002), Raiana Alves (2009), entre outros, fazem uma importante abordagem sobre esta musicalidade. Suas relevantes contribuições através de práticas etnográficas discorrem sobre as memórias das sambadeiras e sambadores, sobre a

estética, a musicalidade, e outros elementos históricos, estruturais e particulares dos sambas de roda. A presença da etnomusicologia também se expressa na organização do Dossiê Samba de Roda do Recôncavo Baiano⁵⁹, que tem contribuições do etnomusicólogo Carlos Sandroni (2010).

Um trabalho com grande densidade, como alguns dos citados anteriormente, sobre esta rica manifestação cultural, foi produzido no ano de 2004 e publicado em 2006 com o título: Samba de Roda do Recôncavo Baiano (IPHAN, 2006). Trata-se da pesquisa coordenada pelo etnomusicólogo Carlos Sandroni – com colaboração de Ari Lima, Francisca Marques, Josias Pires, Katharina Döring e Suzana Martins –, que resultou no dossiê de Registro do Samba de Roda do Recôncavo da Bahia como Patrimônio Cultural Brasileiro. (LORDELO, 2009, p. 77)

Marcelo Braz (2013), em sua obra “Samba, Cultura e Sociedade”, tem como foco a questão social e cultural que se expressam nas criações do samba. O autor apresenta uma nova face do Samba, contemplando o estudo de sua ascendência na sociedade brasileira, relacionando-as com a “questão social”, questão cultural e racial. Alencar (2010) analisa a patrimonialização enquanto um ritual, estabelecendo conexões entre o Estado e os sambadores. Tais contribuições são importantes para atestar a pluralidade de tradições que envolvem os Sambas de Roda no estado da Bahia.

Denominados batuques, as danças ou bailes de africanos e descendentes, registrados desde o século XVIII, aconteciam em ruas, largos, casas e terreiros, representando celebrações ritualísticas negras (TINHORÃO, 1988) e estavam presentes principalmente nas situações de trabalho. As cantigas de trabalho eram uma forma de atenuar os esforços das longas jornadas de trabalho braçal, as quais mulheres negras escravizadas eram submetidas de forma extenuante. Diante de um contexto de escravidão, toda essa dimensão simbólica se tornou mecanismo de resistência.

Para Santana (2012), a exaustão e a opressão eram amenizadas através de estratégias de resistência, como a criação de grupos de resistência (quilombos) e fortalecimentos de laços de solidariedade, que contribuíram para a construção de identidade, pertencimento e enraizamento, da cultura africana e de seus antepassados.

(...) me conectar mesmo com a minha ancestralidade e as minhas origens, então, coincidiu muito é no momento em que eu estava me redescobrendo enquanto mulher negra. Então, é, mesmo que simbolicamente coincidiu ali

⁵⁹O Dossiê Samba de Roda do Recôncavo Baiano do IPHAN, foi produto do processo de patrimonialização e celebrou a construção de um vínculo entre o samba de roda e o Recôncavo.

naquele momento que eu estava em fase de transição capilar, e de fato assim, me reconhecendo como mulher negra, e aí é eu tive esse chamado pra participar do samba de roda. (...) De reconectar com minha ancestralidade, com minhas origens. (...) o samba é muito importante porque ele faz parte dessa construção identitária minha, enquanto mulher, negra, do recôncavo, de Cachoeira, ativista. Então, o samba acaba sendo um dos pilares aí nesse meu processo, nessa construção minha identitária. Entrevista II. [dezembro, 2022].

Seja nas lavouras, nas plantações de fumo e cana-de-açúcar, nas senzalas, ou nos contextos contemporâneos de resgate identitário as expressões culturais do povo negro sempre estiveram presentes, mantidas e fortalecidas como forma de resistência de um povo arrancada de suas raízes pela brutalidade do imperialismo dos conquistadores.

A ideologia da supremacia branca insistiu que os negros, sendo mais animais do que humanos, não tinham a capacidade de sentir e, portanto, não poderiam envolver-se com o campo das sensibilidades mais finas que eram o terreno fértil para a arte. Em resposta a esta propaganda, os negros do século XIX enfatizaram a importância da arte e da produção cultural, vendo-a como o mais eficaz desafio para tais afirmações. Uma vez que muitos africanos capturados e escravizados trouxeram a este país uma estética baseada na crença de que a beleza, especialmente àquela criada em um contexto coletivo, deve ser um aspecto integrado da vida cotidiana, revalorizando as formas de sobrevivência e desenvolvimento da comunidade, estas ideias formaram a base da estética afro-americana. A produção cultural e a expressividade artística também foram formas de os povos africanos deslocados manterem ligações com o passado (HOOKS, p. 01, 1995).

Quando questionamos as sambadeiras sobre as modificações que ocorreram ao longo dos anos, as entrevistadas V e VI apontam que as mudanças perpassam a musicalidade, uma vez que muitas cantigas antigas caíram no esquecimento,

(...) era umas cantigas da antiga, que botava naquele tempo. Depois agora muitas cantiga nova aí, samba novo, o samba não é mais igual aquele que a gente que era de antigamente, que antes tocava, que a gente batia o pé no chão com vontade, quanto mais eles tocava a gente tombava. A noite passava que a gente nem via, hoje em dia não está mais assim. Entrevista V. [dezembro, 2022].

Eu achei esse mudou um pouquinho, viu? Porque não era como era agora. (...) começando pelo samba que não era como era, não é como era. Então tem aquela diferença no meio. (...) antigamente era o samba mesmo da esmola e hoje em dia tem pagode no meio. Entrevista VI. [dezembro, 2022].

Segundo a Entrevistada VI, as cantigas de antigamente eram escritas pelas sambadeiras, principalmente por *“Dona Ileza, mãe de é um rapaz chamado Bureca que tocava cavaquinho.”*, pedi para que a mesma rememorasse uma dessas canções, e ela cantarolou acompanhada de esposo:

*Você é laranja azeda ou é limão?
 Você é laranja azeda ou é limão?
 Doce é, doce é, um beijinho no coração.
 Doce é, doce é, um beijinho no coração.*

*O vizinho amarrou o boi, lá no pé do araçá
 O vizinho amarrou o boi, lá no pé do araçá
 Terezinha da cais, segura as cadeiras, se não você cai
 Segura as cadeiras, se não você cai
 Segura as cadeiras, se não você cai*

Para algumas das entrevistadas o maior desafio têm sido manter o grupo ativo e organizado. *“(...)em 1996 a Esmola Cantada já estava quase se desintegrando (...) as pessoas já não estavam mais participando tanto”* (Entrevista I. [dezembro, 2022]). *“tem Clarício e aí, né? Que já tá ensinando um grupo de crianças, né? E pra que a gente mantenha é essa tradição aqui na nossa comunidade”* (Entrevista III. [dezembro, 2022].) Elas atribuem ao auxílio de Cacá [Maestro Clarício] e Lobo a “injeção de ânimo” que ajudou a organizar o grupo institucionalmente, conseguindo a constituição de CNPJ, diretoria, estatuto. A entrevistada IV corrobora ao afirmar que o maestro contribui com a preservação da cultura, através da música.

Há segundo as entrevistadas um movimento de estruturação do grupo de samba, enquanto entidade, o que permitiu a participação em festas na cidade, fora da cidade, ou seja, deu visibilidade ao grupo na mídia; mas que, ao mesmo tempo, modifica a dinâmica da sociabilidade promovida pelo samba, que deixa de ter encontros durante os encontros na comunidade, principalmente marcados pela devoção à Santa Cruz.

O protagonismo das mulheres nas rodas de samba foi uma das modificações que destacadas pela entrevistada II, já que as sambadeiras deixam o lugar de coadjuvante no samba de roda e começam a ter destaque para além da dança.

(...) antes no samba de roda e até antes mesmo na Esmola Cantada as mulheres só tinham o papel de ser de serem sambadeiras ou responsistas⁶⁰.

⁶⁰O samba de roda se apresenta de forma distinta nos diferentes municípios do Recôncavo, com variações de instrumentos, repertório, melodias, estilos coreográficos e cênicos, as duas principais variações foram agrupadas no Dossiê IPHAN 4, e são o samba “corrido” e a “chula”. A modalidade que a entrevistada se refere é a chula.

Mas agora a gente tá vendo aí um movimento mais contrário. Então a gente tem mulheres também na parte instrumental, por exemplo, minha prima ela toca violão.” Entrevista II. [dezembro, 2022].

A trajetória de vida da jovem sambadeira que saiu de casa para estudar, permite a mesma observar como no campo da cultura muitas sambadeiras são expostas a um processo de invisibilização sutil. As relações de gênero se apresentam na narrativa, ao perceber o sexismo escamoteado através do lugar que a mulher ocupa na roda de samba: quem aprende a trocar instrumentos? quem canta e quem responde os refrões?

A face do samba de roda do Recôncavo Baiano é representada através de mulheres negras. Aqui as categorias gênero⁶¹ e raça se interseccionam para podermos compreender as diversas experiências, opressão, subalternização, estereotipação, discriminação e exclusão, no contexto de escravidão brasileiro. O tráfico transatlântico de escravizados tentou sucumbir com a autonomia dessas mulheres, seu arcabouço civilizatório, que inclui concepções e valores. Em meio a exploração do período colonial, essas mulheres conseguiram criar espaços para reelaborar suas práticas religiosas, danças, músicas, modos de vestir e de falar (BOMFIM, 2009). A construção do racismo e do sexismo na cultura brasileira, se expressa como discurso dominante e oculta a memória, principalmente aquelas que não foram escritas. A memória, nesse caso, é dos povos escravizados, que ao longo da história de formação brasileira tem suas origens apagadas.

As expressões de resistência do povo negro foram reprimidas pela sociedade branca. A discriminação e o preconceito forjaram as diferenças culturais entre os dois povos, e contribuiu para a delimitação das noções e divisões culturais⁶² do que era tido como bom ou belo. Aqui disseminou-se a ideologia do que é bom e deve ser contemplado. E o que culturalmente é ruim e deve ser deslegitimado, marginalizado e proibido. A noção

Historicamente na “chula”, o canto é respeitado pelas sambadeiras, que não dançam enquanto as vozes ecoam. E no momento em que somente se escuta o som dos instrumentos, elas se revezam sambando, uma a uma, no centro da roda. Mas seja no samba corrido ou na chula, não é uma prática recorrente encontrar mulheres que toquem instrumentos. No samba chula os versos são cantados em um formato de sambistas e responsistas. Cabendo aos responsistas responderem os versos em coro. O papel assumido anteriormente apenas por homens, começa a ter modificações estruturais na Esmola Cantada, onde as sambadeiras além de sambar passam também a responder os versos, aprender alguns instrumentos, e compor sambas.

⁶¹O conceito de gênero aqui apreendido nos permitir a “ligação entre a história do passado e as práticas históricas atuais” (SCOTT, 1992, p.3), o que dá significação às relações de poder, uma vez que “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, forma primeira de significar as relações de poder” (Idem, 1992, p.21). In: SCOTT, Joan, “História das Mulheres”, in P. Burke (org.), *A Escrita da História — Novas Perspectivas*, São Paulo, UNESP, 1992.

⁶²Segundo Chauí (1990), a cultura erudita – se impõe em nossa sociedade como sendo a alta cultura, a cultura branca, européia, ligada ao entendimento positivista de uma cultura baseada na razão. Já a cultura popular – por muitas vezes é considerada ruim, vulgar – é entendida como sendo emotiva, irracional, comunitária.

etnocêntrica da existência de uma cultura superior, hegemônica e representativa do sujeito universal: o homem-branco-europeu-heteronormativo.

Por muito tempo, aos olhos da elite branca baiana/brasileira, a musicalidade e danças dos povos africanos, como o samba de roda, eram vistos como práticas sujas, bárbaras e de conotação sexual, que feria os bons costumes e a moral dos colonizadores, e da elite branca baiana/brasileira. Observemos as palavras de Dona Dalva:

Hoje todo mundo tem samba, todo mundo quer samba e todo mundo quer fazer samba. Mas, samba o povo dizia que era ponta de rua...samba o povo dizia que era dos bêbados, que samba era dos negros fedorentos. Não queria...quando passava torcia a boca, outro atravessava os olhos como se dissesse “Deus é mais”, se benzia... Hoje em dia todo mundo abraça! Os componentes do samba de roda, principalmente de Dona Dalva. O samba de Dona Dalva é o orgulho! Eu trouxe pra praça pro povo ver! O que é uma sociedade, o Samba de Roda também é uma sociedade. [...] Eu tenho orgulho de ser negra. É por isso que eu não ligo pra nada. Tanto faz eu estar bem vestida, com os trajes decentes, como de qualquer coisa...sou orgulhosa! Me sinto orgulhosa de ser cachoeirana, ser brasileira, ser negra... Sou uma negra africana! A África merece um abraço de mim, obrigado meus irmãos! Eu tenho, sou, faço...tenho capacidade...Sou irmã da Boa Morte! (Depoimento extraído do filme DALVA, 2014)⁶³

O racismo repercutia em diversas esferas da vida, e justificava as opressões vivenciadas pelos povos africanos e ameríndios, que eram vistos como inferiores, e que cabia aos colonizadores “civilizar” esses sujeitos primitivos. Embora a base (material e imaterial) destes sambas esteja ligada a referenciais africanos, em seu desenvolvimento houve uma apropriação pelas camadas pobres e marginalizadas da sociedade baiana (escravos, alforriados, crioulos, brancos pobres, mestiços, prostitutas, entre outros) (SANSONE; SANTOS, 1997).

O advento da República marginalizou tais expressões de resistência. Conforme apontamos no capítulo anterior, no início do século XX, a raciologia ganhava destaque no cenário nacional (MUNANGA, 2004). Por muito tempo toda manifestação cultural ligada aos grupos sociais pobres e marginalizados era repreendida. A transformação do samba de roda em um símbolo nacional não foi algo natural, espontâneo, e só ocorreu quando houve o reconhecimento da sua relevância cultural.

A redução da repressão às manifestações culturais afro-brasileiras é reduzida na década de 30, quando surge a ideia da miscigenação como algo positivo e definidor da

⁶³O filme “Dalva” lançado em 2014, foi dirigido por Francisca Helena Marques e Fabrício Jabar, nele Dona Dalva conta trechos de sua trajetória permeada pela música.

identidade brasileira. Datam dos anos 50 e 60, a pauta da cultura afro-brasileira como um bem simbólico do Estado, uma herança cultural brasileira (SANTOS, 2005). Sob digressão sinalizo que apesar do reconhecimento desses símbolos culturais, eles não representaram o fim do racismo e das desigualdades sociais histórias que o povo negro foi submetido.

Hoje, o samba de roda permite que mulheres negras experimentem importantes espaços sociais de protagonismo e poder. Este protagonismo, embora esteja firmemente apoiado em seus respectivos contextos locais, também habilita, para essas mulheres, conexões transregionais ou mesmo transnacionais.

4.2 Samba de Roda: a sociabilidade que produz saúde

O campo da saúde não tem ou não deveria ter como objetivo apenas a cura, a promoção e proteção da saúde, mas também a produção de cuidado (GARILIO, 2012), ou seja, o reconhecimento de espaços de produção de atos e ações com os quais possamos qualificar o modo de levar a vida. Dentro desta lógica, insiro o samba de roda, e com ele o imperativo de pensar o cuidado em saúde como a construção de uma sociabilidade produtora de interação, alívio de sofrimento ou o alcance de um bem-estar. Para Feuerwerker (2016, p. 35):

Cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida.

A concepção do samba de roda como uma sociabilidade que produz saúde foi pensada em uma perspectiva contra hegemônica de integralidade. A integralidade nos permite a identificação dos sujeitos como totalidades. Entendemos por integralidade do cuidado das sambadeiras as práticas que as compreendem como sujeito histórico, social e político, articulado-as ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A conformação do Recôncavo Baiano carrega memórias de ritos, cantos, danças, que revivem momentos passados, pessoas e até entidades que, ao mesmo tempo representam os ancestrais. São nas rodas de samba que se afirma a cultura, a sociabilidade, a resistência no sentido de conservação da memória geracional e das heranças que narram através da oralidade

um movimento de preservação de saberes. Aqui a produção de saúde sai do lugar da superioridade normalizadora e unilateral, para ser locus de reciprocidade, de experiência compartilhada, de vivências e de trocas.

As tradições culturais afro-brasileiras e indígenas possuem formas diversificadas de transmissão e representação, produzindo, desta forma, outras formas de aprendizagem e socialização. Não cabe aqui tentar entender o significado do samba de roda como música, estética e performance, e sim analisá-lo como um meio de sociabilidade, modelado pela coletividade nas práticas da vida cotidiana, ou mesmo pela transmissão da memória social das sambadeiras que preserva modos de vida que contribuem para a sua produção de saúde. A roda de samba aqui é apreendida como espaço de aprendizagem e pedagogia.

A transmissão e aquisição de conhecimento tem sido objeto de estudo de diversas teorias sociais. Para Vygotsky (2001)⁶⁴, a aquisição de conhecimentos é dada através de um processo histórico-social, pela interação do sujeito com o meio. Na Teoria Histórico-Cultural é por meio das interações sociais que o indivíduo adquire conhecimentos, e a aprendizagem ocorre por meio da mediação dos instrumentos culturais, sejam eles simbólicos ou concretos, com a ajuda de outros sujeitos.

Corroboramos com o pensamento de Vygotsky (2001), para pensar a sociabilidade e a reprodução de memórias como forma de produção do cuidado em saúde das populações de diáspora africana, neste caso das sambadeiras de Cachoeira-Ba. Após as aproximações com essas mulheres cheguei à conjectura de que, a memória corporal, expressa em dança, música e rituais, tem sido um mecanismo de conservação e reprodução das memórias ancestrais unificadas em seus corpos. O pesquisador afro-ameríndio, Zeca Ligiéro, considera a memória corporal como:

(...) conjunto de dinâmicas culturais utilizadas na diáspora africana para recuperar comportamentos ancestrais africanos. A este conjunto chamamos de práticas performativas e se refere a combinação de elementos como a dança, o canto, a música, o figurino, o espaço, entre outros, agrupados em celebrações religiosas em distintas manifestações do mundo Afro-Brasileiro (LIGIÉRO, 2011, p. 107).

As sambadeiras interiorizam nos espaços de encontro promovidos através do samba os elementos culturalmente estruturados, por meio das relações entre si; das mediações

⁶⁴O autor é uma referência para estudos de sociabilidade no processo de aprendizado das crianças. In: VYGOTSKY, L. S. *A construção do pensamento e da linguagem*. Trad. Paulo Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

principalmente da linguagem (instrumento simbólico básico de todos os grupos humanos) e dos objetos (instrumentos concretos). Assim como o candomblé configurou construção de uma coletividade fora do seu contexto territorial original, por meio preservação da memória cultural africana, patrimônio simbólico brasileiro (SODRÉ, 1988); o samba de roda também contribui para a transmissão de práticas, saberes, que promovem a reconfiguração de uma coletividade diaspórica.

A “arte de curar” e a “arte de cuidar” de matriz africana, atualmente praticada no Brasil como um campo extra médico, que representa as populações mais pobres, sobretudo em zonas rurais, representada por: curandeiras, rezadeiras, raizeiras e parteiras.

O(a) curandeiro(a) é alguém que detém um saber de curar por meio de remédios populares, de preparação caseira, utilizando preferencialmente “garrafadas”, feitas de acordo com receitas especiais e sigilosas, que são mezinhas compostas de raízes, ervas medicinais, etc. O(a) curandeiro(a) sabe quais as mezinhas adequadas (do reino vegetal, animal ou mineral) para cada doença, mas necessariamente não precisa ser um conhecedor ou preparador dos remédios O rezador ou rezadeira é alguém que possui, “de nascença”, o “dom” da cura por meio de suas orações. O(a) raizeiro(a) é uma profissão mais próxima do(a) curandeiro(a), mas é diferente. O(a) dr. (dra) Raiz é alguém que conhece profundamente e prepara os chamados “remédios do mato”, isto é, feitos de planta. (OLIVEIRA, 2001, p. 200-201).

São muitos os conhecimentos produzidos sobretudo pelas mulheres negras, e estes têm se perdido ao longo dos anos, devido ao processo de aculturação. Muitos documentos foram perdidos pelos colonizadores brancos acerca da origem e posição social dos africanos que foram escravizados e obrigados à conversão ao cristianismo, abandonando assim sua ancestralidade, configurando uma tragédia coletiva deste grupo racial que não possui a consciência quanto ao seu grupo étnico e às suas raízes de origem (Mãe Silvia in OLIVEIRA, 2001).

Urge a necessidade de promoção destes espaços de resgate de saberes esquecidos, de reencontro com uma ciência ancestral, popular, e sobretudo negra, materializada muitas vezes através de chás, tinturas, garrafadas, benzimentos, rezas, banhos; bem como o questionamento das formas hegemônicas de conhecimentos que naturalizam e legitimam hierarquização de saberes.

Observei que os encontros do Samba de Roda da Esmola Cantada tem sido um espaço de contenção cultural, um ambiente que não só é um lugar de diversão e relaxamento, como também de sustentação social, política e cultural.

Fotografia 07 - Participantes da Esmola Cantada em frente a Santa Cruz.⁶⁵



A dança e a música interagem para formar uma unidade, favorecendo a comunhão com o corpo social e individual. Nesse espaço as sambadeiras estabelecem uma comunicação através da dança, da música, do canto e das memórias. Acima e além do seu conteúdo específico, todas essas associações estão acompanhadas por um sentimento positivo, por uma satisfação pelo próprio fato de estar associado a outros, e de a solidão o indivíduo ser resolvida através da proximidade, da união com o outro (SIMMEL, citado por Gilberto Velho, 1986, p. 13). Desta forma, as sambadeiras afirmam ter uma melhora das condições de saúde ao participar do samba de roda.

(...) às vezes a gente tá cheio de problemas do dia a dia, enfim, com muitas demandas, mas quando a gente entra na roda de samba, quando a gente entra, é a gente vai fazer um show a gente esquece tudo! A gente só pensa é em levar essa mensagem, essa energia pras pessoas e a gente acaba sendo energizado também pela energia das pessoas que estão ali é apreciando e a gente acaba deixando os problemas esquecendo ali naquele momento. (...) E não só nas apresentações em si, mas em ensaios, né? Então a gente quando faz ensaios que a gente está ali, com as pessoas que a gente gosta, que a gente conhece, com nossos vizinhos, familiares, aí a gente é um momento muito dinâmico então a gente acaba esparecendo mesmo, né? Entrevista II. [dezembro, 2022].

⁶⁵Fonte: www.cultura.ba.gov.br/2018/05/15648/Samba-de-Roda-Esmola-Cantada-da-Ladeira-da-Cadeia-lanca-CD-em-Cachoeira.html. Acesso em 20/12/2022.

Me deu assim um empoderamento, eu me sinto fortalecida. (...) Eu me sentia muito insegura. (...) é uma terapia. Eu tenho filha psicóloga, eu não preciso de psicóloga. Porque eu só ando rindo, a Esmola me ensinou isso. É quando você está dançando é muita alegria. (...) Às vezes, você tá até cansada. Poxa, eu tô até cansada, mas quando você ouve ali o batuque, você já se anima. Eu mesmo sou de umas, né, Benita? Que parece que eu bebi e eu não paro (...) é muito muita alegria e muito e muito samba. Entrevista IV. [dezembro, 2022].

Samba pra mim foi muito importante nesses três anos que eu comecei porque foi um ano muito difícil. Início de pandemia e várias pessoas doente, várias pessoas morrendo, muita gente com depressão, ansiedade e eu também vi no samba uma forma de libertação. Porque depois que eu, que a gente tem muitos problemas, todo mundo tem problema de saúde, né? Eu mesmo tenho problema no joelho e tudo, quando eu chego na Esmola Cantada no samba eu esqueço totalmente as dores, entendeu? Me sinto bem, um ambiente bom, um ambiente legal, onde todos, um participa com o outro, é uma coisa assim que diferente. Eu não sei nem explicar. Mas eu me sinto muito muito bem mesmo. Pra mim está fazendo muito bem, fez bem e continua fazendo muito bem! Entrevista III. [dezembro, 2022].

Diante das inferências apresentadas, corroboramos com Geertz (2015), ao pensar que “o homem é um animal amarrado às teias de significados que ele mesmo teceu”, que a cultura é um contexto, e que por isso colocamos à disposição a significação atribuída pelas sambadeiras para pensar a saúde.

Eu trabalho na área de saúde, né? A gente sabe que hoje o conceito de saúde já não é mais ausência de doença, né? O conceito de saúde envolve muito mais do que isso. Então, a pessoa pra ser saudável, ela tem que ter qualidade de vida. Ela tem que ter um emocional equilibrado. Ela tem que ter segurança alimentar. São vários fatores que, né, que hoje é já está definido pela Organização Mundial de Saúde, né? Então tudo isso é pra produzir saúde. Tudo isso! Entrevista I. [dezembro, 2022].

Saúde é pra mim significa é você tá em estado de equilíbrio, né? Entre, entre o corpo, entre a entre o físico, entre a alma, entre o psicológico. Então assim, saúde é o conjunto de aspectos, né? Que que nos faz ter equilíbrio, é, entre todo essa atmosfera, então, assim não somente pessoal, mas entre os seres, entre, né, a cosmologia, então eu parto muito desse princípio, né? Da cosmovisão africana de saúde, né? Então saúde não é só você estar bem fisicamente, mas você está bem com o outro, você está bem com a natureza. Então se você está bem com a natureza, se você cuida da natureza, se você está bem com o outro você é automaticamente, né? Consequentemente vai estar bem consigo mesma. (...) De um modo geral a nossa saúde ela segue é um modelo eurocêntrico, né? Biomédico. Então a gente trata saúde só como antônimo de doença né? Então, assim, é pra se ter saúde é necessário que aquele indivíduo não esteja doente, né? E existem práticas, né? o samba, enfim, outras práticas, música, que são complementares que podem estar aí atuando, não só como é como cura, né? Mas também como prevenção de doenças. Entrevista II. [dezembro, 2022].

Ter saúde é a gente procurar sempre estar bem com nós mesmo. Mentalmente, claro que a gente tem que ir ao médico, né? Tem que de vez em quando é tomar um remedinho, se cuidar, mas principalmente a gente está bem com nós mesmo pra poder a gente ter saúde, procurar sempre a saúde mental, pra poder depois vim a saúde do corpo. E pra que ter essa saúde a gente precisa de quê? A gente precisa é fazer o bem. A gente precisa tá num ambiente onde todos estejam ali harmonizado, procurar uma paz, que aí eu acho que com tudo isso a saúde vai retornando. Sempre vai ter, nós vamos ter sempre saúde. Entrevista III. [dezembro, 2022].

Ao trazermos as sambadeiras e suas singularidades para compreender a significação da saúde, colocamos elas no centro da nossa análise. Ao pensar que quanto maior o conhecimento de um indivíduo sobre seu corpo, seu psiquismo, maior autonomia esse sujeito terá sobre seu processo de adoecimento, facilitando a reconstrução da sua própria saúde. Nesta dimensão o conceito de saúde é apresentado para além do biológico, segundo as sambadeiras, os determinantes sociais de saúde são fundamentais para o processo de saúde-doença-cuidado. (LUZ, 2007 apud OLIVEIRA, 2001)

A consciência dos determinantes sociais na produção de cuidado em saúde pelas sambadeiras, inspira-se numa apreensão dialética da saúde. Isso porque parte de uma concepção de “saúde” pautada como um composto de várias totalidades em permanente movimento, constituindo assim sua dinâmica (SANTOS, 2010). O método nos ajuda a compreender a saúde composta por vários determinantes – totalidade – que se movimentam e articulam para determinar a essência deste todo que é a saúde.

Focados nestas perspectivas Buss e Carvalho argumentam:

A retórica baseada nas determinações sociais e culturais do processo saúde-doença e na necessidade de estratégias de conquista da saúde baseadas em intervenções além das práticas médico-assistenciais logrou induzir práticas inovadoras, tanto no campo da intersetorialidade como no campo da educação e mobilização por mudanças de comportamentos, principalmente estas últimas. (CARVALHO E BUSS, p. 155, 2008)

Partindo do pressuposto e da percepção das potencialidades inerentes na articulação de políticas sociais para assegurar um cuidado em saúde que não seja fragmentado, e que dê conta da totalidade que integra as esferas de vida das sambadeiras. Destaco a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC, estabelecida no

Sistema Único de Saúde, através da Portaria GM/MS nº 971 de 03 de maio de 2006⁶⁶ que expressa o entrelaçamento do cuidado com a subjetividade, em sua ontologia de sociabilidade.

A gênese das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde vem de longa data. No Brasil, o debate sobre as práticas integrativas e complementares começou a despontar no final de década de 70, após a declaração de Alma Ata⁶⁷. Foi a partir de Alma Ata que a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, com a finalidade de formular políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Segundo Junior (2016), a OMS firmou o compromisso de fomentar os Estados-membro a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade.

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas práticas abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (JUNIOR, 2016, p.101).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) trazem uma perspectiva holística e podem ser ferramentas para promover saúde, pois ressignificam o processo saúde-doença e propõem maior empoderamento do usuário. Outros estudos também apontam as PICs como práticas promotoras de saúde. Ainda nesse âmbito, observa-se que o modelo de assistência complementar consiste em uma postura mais abrangente, que vai além dos procedimentos médicos comuns, pois ultrapassa os aspectos físicos e considera as questões sociais, culturais e emocionais, o que preceitua espaço para uma perspectiva multidisciplinar (AGUIAR, KANAN, MASIERO, 2019).

Sua inserção⁶⁸ vem ganhando destaque e relevância, pois, segundo Fontanella et al; Nascimento et al e Aguiar et al eles conseguem de reduzir sintomas de doenças crônicas, prevenir agravos, além de não ser uma prática medicamentosa, proporcionando um

⁶⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. *Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União, 2006.

⁶⁷Fruto da Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), onde as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares difundiram-se em todo o mundo.

⁶⁸Em 2017, a PNPIC regimentou outras 19 práticas, a partir da publicação da Portaria GM n.º 849/2017. No ano seguinte, a Portaria n.º 702/2018 regulamentou mais dez terapêuticas. Desse modo, atualmente o SUS dispõe de 29 modalidades de PICS em sua PNPIC.

atendimento humanizado, seguro, eficaz e universal, como suporte para a medicina tradicional.

A construção⁶⁹ das PICS no SUS vai de encontro com o aprofundamento da compreensão e institucionalização do conceito ampliado de saúde, dos movimentos sociais de luta pela saúde como um direito social e pela construção de um modelo de atenção em saúde mais amplo e sustentável que considera o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde – a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS.

Ao considerar os princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade que embasam a política, observamos que a incorporação de PICS nos serviços públicos de saúde significaria a utilização de um procedimento terapêutico que, além de promover o alívio dos sintomas, resgata a dimensão cultural da população, favorecendo uma íntima ligação das práticas de cuidado efetuadas à comunidade, com suas crenças, valores e conhecimentos (VARELA; AZEVEDO, 2013).

No curso dos diálogos com as sambadeiras observamos o reconhecimento da Fitoterapia como uma prática de cuidado em saúde e como recurso não convencional produtor de cuidado de si e dos outros. Para as entrevistadas V e VI, o uso das plantas faz parte das memórias de cuidado, se apresentando, em alguns momentos, como principal fonte de cuidado, ou de forma complementar:

(...) a gente arranjava folha. Agora eu não estou me lembrando as folhas assim não, só se fosse pensar antes. Mas tinha um bocado de folha aí. (...) Pra banho, pra chá. Pra banho e pra chá. É marca passo, canela de velho. Ai meu Deus não lembro dos nomes assim.

Entrevistadora: A senhora ainda toma esses banhos, a senhora ainda toma esses chás quando fica doente?

- Tomo. (...) Tomo espinheira santa.

Entrevistadora: E espinheira santa é bom para o quê?

- Pra inflamação, pra dor nas perna.

Entrevistadora: E a senhora dá para outras pessoas na sua família ou só a senhora?

⁶⁹As ações contidas na PNPIC perpassam todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A expansão na oferta desses recursos terapêuticos no SUS retrata a expressão de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde, o que reforça seu caráter interdisciplinar com a utilização de linguagens singulares. A ampliação de ofertas de cuidado em saúde contribui com a racionalização das ações de saúde à medida que incentiva alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade; impulsiona a participação social e o envolvimento continuado entre usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. De forma a contribuir com a consolidação de um sistema de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na viabilidade da prevenção dos agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral.

- Não. [risos] Estou brincando. Todo mundo toma.

Entrevistadora: E o povo acredita que cura mesmo?

- Cura sim. Aí a inflamação é que tem até uma planta aqui pede aqui eu dou inflamação assim lá, até na barriga. Ela é muito boa. Tapete de oxalá.

- (...)Minha filha, tem minha filha aí? Ela toma chá direto, faz chá direto aí. Minha irmã quando vem aqui, só toma chá.

Entrevistadora: Elas acreditam [que essas práticas curam]?

- É. No poder. Ela vai pro médico lá em Salvador né? Mas do chá ela não larga não. Entrevista V. [dezembro, 2022].

Era mais era folha. Que muitas vezes a gente tava gripada aí fazia aquele chá de Maria Preta, favaca, essas folhas, fazia aquele xarope a gente tomava. E naquele tempo não tinha médico como tem hoje em dia, né? Tudo era mais difícil. Era curado mais com folha dentro de casa. (...) Tinha tudo. Pra diarreia era cecé, uma folha chamada cecé, que a gente tomava muito. Era essas coisa. Entrevista VI. [dezembro, 2022].

O uso das folhas é uma terapêutica chamada de Fitoterapia, ela é caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As plantas medicinais são utilizadas por aproximadamente 85% da população mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, pelas camadas sociais em condições de vulnerabilidade econômica, devido à insuficiência das políticas de assistência farmacêutica em suprir o acesso da população para as suas necessidades básicas em saúde (NASCIMENTO, 2018).

Considerando a atenção primária e os serviços de média e alta complexidade, existem atualmente no Brasil 9.350 estabelecimentos de saúde, ofertando 56% dos atendimentos individuais e coletivos em Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros, compondo 8.239 (19%) estabelecimentos na Atenção Básica que ofertam PICS, distribuídos em 3.173 municípios, sendo que neste universo a oferta de 85 mil fitoterapias⁷⁰. Existem no país programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulação específica para o serviço, e implementados há mais de 10 anos.

O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de saberes ancestrais. Constituindo assim as bases para o tratamento de diversas doenças. Conforme expresso:

(...) existe, a medicina convencional e existe a medicina popular. E eu respeito muito a questão, da medicina. Respeito os médicos, respeito tudo que eles estudaram, mas jamais vou abandonar o conhecimento das pessoas que vieram, que me ergueram, que me estruturaram, que me transformaram

⁷⁰Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>

numa pessoa, na pessoa que eu sou hoje! Minha vó era benzedeira. Ela rezava. Quando a gente tava assim meio molinha, apresentando alguma coisa diferente, minha mãe imediatamente, pedia pra ela rezar a gente. Então tinha essa questão do benzimento, né, pra tirar o mau olhado. Tinha a questão dos chás. Que a gente, né, tinha, tomava os chás de acordo com o que era, com o problema, era tantos dias. É, questão de banho também. Tomar banho disso, tomar banho daquilo. Na minha rua tem muitas benzedeiras, tinha muitas benzedeiras também. É essa menina tá com isso, dá um banho disso. E aí cada um ia, né, a gente ia agregando. E minha mãe carregou isso também. E nós até hoje carregamos isso. Se você chegar na minha casa, na casa das minhas irmãs, a gente tem folha de chá, que a gente primeiro recorre a isso, não deixando de investigar, né? Através de exames e tudo mais, mas a gente não abandonou nunca essa questão. Se eu sentir que eu tô meio molinha, vou procurar uma benzedeira, vou me rezar também. Entrevista I. [dezembro, 2022].

Antigamente o pessoal, é fazia muito essas coisas, remédio que eles chamam, remédio caseiro, né? Era mais a coisa natural. E eu acho também que aí o pessoal também tinha até saúde, porque eles acreditavam muito na nas coisas naturais. Pelo menos minha mãe não era antes de estar muito de médico. (...) ainda continuo, fazendo meus chazinhos. É, me lembro muito que minha mãe sempre fazia. (...) Eu sigo, tomo remédio também, né? De farmácia, mas a gente também sempre lembra, ah vou fazer esse aqui que a minha mãe fazia esse, então eu vou fazer também um remédio pra cólica. Se você for lá em casa agora você vai achar várias folhas, um saco de folha porque eu continuo com essa mania. É remédio pra, é um chazinho pra calmante, um remediozinho pra dor de dor de barriga, uma diarreia, uma colicazinha. Lá em casa sempre tem um frasco com algumas folhinhas lá, que isso aí eu peguei dos meus antepassados, meus e de minha mãe. Entrevista III. [dezembro, 2022].

(...) a dança mesmo como um aspecto terapêutico. Eu consigo observar o samba pra além de um de um aspecto de um ritmo ou de um aspecto cultural, mas é um aspecto terapêutico também. É, eu lembro que já ouvi relatos de minhas tias, que são mais velhas que eu e que contavam que minha vó ela lavava roupa de ganho, né? Como a gente falava antigamente. E aí nesse momento de lavar roupa, de carregar água e de ir ali fazendo um trabalho que é um trabalho é braçal. Um trabalho difícil, cansativo. Mas aí, elas estavam ali cantando, dançando, sambando ou então quando estavam dentro de casa fazendo algum afazer doméstico sempre tinha esse momento da música, do samba, e parava tudo pra poder sambar. (...) eu acho que o samba ele acaba sendo em muitos momentos, inclusive, momentos de exaustão mesmo dessas mulheres, ele acaba sendo um processo terapêutico. Entrevista II. [dezembro, 2022].

Apesar de não compor o rol das práticas terapêuticas em saúde, a sambadeira e entrevistada II que a para ela a dança exerce um impacto terapêutico. Conforme observamos no relato da sambadeira existe uma dimensão implícita na representação do samba, que seria além da dança, da musicalidade, a sociabilidade, inerente à produção de espaços de diálogo,

troca de afetos, vivências, partilhas do cotidiano. Visualizamos na sambadeira o impulso na construção de um novo lócus de pensamento, materializado na defesa de formas ancestrais e alternativas, de conhecimento, seja ele corporal através da dança, ou de outras formas como a fitoterapia preservada por meio da resistência cultural destas mulheres.

Consideramos que as formas hegemônicas do conhecimento sobre as sambadeiras, operam como artefatos de legitimação e naturalização da hierarquização e exclusão social, já que, historicamente, colocam essas mulheres em um ideal pasteurizado, comercial e turístico. A descolonização do imaginário e a desuniversalização das formas coloniais do saber aparece assim como condições de toda transformação democrática radical destas sociedades (LANDER, 2005).

No diálogo com as sambadeiras as mesmas observaram uma resistência dos profissionais de saúde em lidar com outros saberes e práticas de cuidados, para além das apresentadas pelo modelo biomédico.

Alguns são muito resistentes. Eu acho que é de pessoa pra pessoa, não sei se de acordo com a cultura, com a criação de cada um. Alguns são muito resistentes e, simplesmente, excluem. Não vá atrás disso não! Fica tomando chá, fica não sei o quê. A gente fica calado, e nem responde, porque eu não vou discutir com o médico, né? Mas, é, alguns respeitam e até orientam. Tinha um médico aqui, doutor Vitor, ele orientava chás, orientava xarope de agrião. Doutor Vitor era um médico muito respeitado na cidade, ele orientava e, tem alguns médicos também, que dizem tome chá disso, tome um chazinho daquilo. Quer dizer, se eles já estão dando esse aval, a gente aí vai buscar os mais velhos, né? Que são os mais orientados com as folhas, e eles passam pra gente essa situação. Eu acho que é a falta de fé no conhecimento, na sabedoria dos mais velhos. Porque se todas as medicações são extraídas da natureza? Se você usa o produto in natura, pode ser que ele não vá fazer o mesmo efeito, da mesma forma, no mesmo tempo, né? Mas tem pessoas que só acreditam no produto industrializado, né? Até porque a indústria é um tem que ter o domínio das coisas, se você descobrir que um chá lhe cura, você não vai nem pro médico. Quanto mais, você vai comprar, vai pra farmácia fazer o que? Gastar dinheiro? Quando você pode ter a erva no seu quintal. Então alguns são, eu acho que a mente já vem sendo trabalhada, muitas vezes desde os estudos, desde as universidades, já vem sendo trabalhadas naquele sentido comercial. E aquelas pessoas que são, tem uma mente um pouco mais aberta, a gente sabe que tem pessoas, né (?) que que seguem por uma direção e seguem com a visão um pouco, né (?) fechada pra algumas coisas, nem sequer aceitam a possibilidade que aquilo pode realmente fazer algum efeito. Eu acho que é muito questão de criação, do meio em que a pessoa vive. Porque um médico, uma pessoa que vá se formar em medicina, que teve todo um passado, num lugar onde ele possa ter acesso a pessoas que tenham conhecimento de ervas, de folhas e ele vê o resultado daquilo no dia a dia, ele vê pessoas sendo às vezes curada em função daquele conhecimento, ele jamais vai desprezar esse conhecimento em função somente do que está industrializado numa cápsula. Entrevista I. [dezembro, 2022].

(...) esses debates de forma de cuidado, eles ainda estão escassos, estão restritos a determinados espaços, né? Então por exemplo se você tem um mestrado em saúde da população negra e indígena você consegue ampliar esse debate, mas se você chega de repente em uma reunião em uma reunião em uma secretaria de saúde de um município por exemplo, e a gente for debater esses assuntos a gente percebe que ainda tanto o conhecimento do profissional ainda é muito pouco sobre essas práticas, como também de fato, é essas práticas complementares, né? É, não são também colocadas em prática até por conta da falta de conhecimento mesmo dos profissionais. Entrevista II. [dezembro, 2022].

Eles acham que a gente tá certo de fazer, mas eles dá valor mais aos remédios deles, né? (...) Porque muitas vezes a gente chega pra ele e pergunta, tomou o quê? Eu tomei um chá. O dia que foi, a gente tem que dizer então está bom. Não senti mais nada. Não, não. Aí passa os remédio que ele quer e tudo bom. Entrevista VI. [dezembro, 2022].

Sinalizamos a necessidade de construção de uma proposta de atenção à saúde afrodescendente, que desestigmatize valores e saberes médicos de raiz africana. E que neste contexto específico promovem o monopólio do conhecimento, do não reconhecimento a outras práticas terapêuticas, e, questionam a legitimidade/reconhecimento da produção de conhecimento popular e ancestral, ao desconsiderar saberes e possibilidades terapêuticas, cada vez mais eficazes, para a qualidade de vida dos sujeitos, e como pudemos observar presentes no espaço de sociabilidade do samba de roda.

Apesar da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) ter sido institucionalizada no Brasil em 2006, a Bahia aprovou apenas em 2019, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPIC) por meio da Resolução CES-BA nº 22/2019 e da CIB nº 113/2019 - marco importante para o reconhecimento e fortalecimento das práticas integrativas no âmbito do estado.

Em 2020, o Ministério da Saúde realizou um levantamento utilizando o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), no qual foi identificado que, em 2018, as PICS eram ofertadas em 360 municípios baianos⁷¹. Entretanto, o resultado não necessariamente expressa se tais serviços estão em funcionamento,

⁷¹Brasil. 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 [Internet]. Brasília (DF); 2020 [citado em 2022 jan 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/do_cs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf

ofertando a prática no município. Diversos são os desafios para sua implantação e implementação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclusive considerando as especificidades regionais e locais.

Passados 05 anos da implementação da PEPIC-BA, considerando também o contexto da Pandemia pelo vírus SARS Covid-19, observamos que a garantia da oferta das PICS e do reconhecimento de outras formas e práticas de saúde ainda é insipiente e perpassa uma realidade que implica na transformação propriamente dita do modelo de atenção e na implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde⁷², tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais (no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuários dos serviços).

Diante de tais inferências contrariamos as práticas hegemônicas de saúde, pautadas no modelo de atenção à saúde biomédico, bem como suas respostas ao processo de adoecimento, seus princípios, valores imaginários e crenças, que conservam e reproduzem a concentração do poder institucional, pautado na dominação simbólica de saberes técnicos (ditos científicos), que representam interesses hegemônicos expressos de formas diversas no campo da saúde, como: a defesa do anti-SUS; o SUS das caixinhas e protocolos; do desmonte da atenção primária; a defesa de planos “populares” de saúde, da lógica do lucro com doença, da ênfase aos exames e hospitais, da degradação do meio ambiente e consequentemente das possibilidades de vida do planeta, do não reconhecimento à diversidade, do desrespeito aos movimentos sociais e ao seu conhecimento e, especialmente, à compreensão de que a saúde não é um direito, e sim um bem de mercado.

Aqui adotamos uma postura crítica quanto às normas rígidas, aos modelos fixos e fluxos centralizados que caracterizam os modos tradicionais de organização das políticas de saúde, vigentes há décadas no sistema nacional de saúde brasileiro. Avante para pensar outros espaços de aquilombamento como produtores de uma atenção integral à saúde, como polos difusores de conhecimento sobre saúde, e de combate ao racismo na saúde da população negra.

⁷²Aqui quando falamos em modelos de atenção à saúde estamos nos referindo a forma de organização dos serviços e o modo de organização das práticas de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 451). Toda prática de saúde se dá dentro de um contexto que envolve organização política, econômica e social, mas vai ser na relação entre sujeitos (profissionais e profissionais; profissionais e usuários; usuários e usuários) que ela vai se materializar, ou seja, na assistência às pessoas.

Busca-se reforçar como o quilombamento tem possibilitado a (re)existência e resistência da população negra, no Brasil, ainda hoje, e compreender o quilombamento não só como espaço de resistências, mas também como entrecruzamento de várias possibilidades e saberes, como as tecnologias de saúde que são passadas de gerações a gerações trazendo benefícios gerais para o grupo e sendo efetivas e seguras na promoção da saúde (RIMOLI, SANTOS, PIRES, MENDES, 2023).⁷³

Compreendemos aqui o quilombamento como movimento histórico, político e cultural que resgata e valoriza saberes ancestrais na resistência e sobrevivência diárias do povo negro, bem como na construção do futuro dessa população, em consonância com o pensamento de Nascimento (2018)⁷⁴, no qual a unificação e agregação do povo negro já é em si um quilombo, cujo nome significa união. Quilombamento, portanto, é compreendido como forma de unir narrativas, coletivizar dores, amores e confrontar a superioridade branca na qual o racismo se perpetua.

O samba de roda apresenta-se como centro de saber, conhecimento, método, distante dos refinamentos epistemológicos, mas que agrega uma dimensão política e cultural que constroem novos paradigmas para além das necessidades dos “detentores do saber”, colocando-se como sendo de representatividade de si, por si e para si. O samba de roda, enquanto vivência de quilombamento permite o resgate de formas individuais e coletivas de ser, em uma sociedade que por meio do racismo negou a plena existência de pessoas negras enquanto sujeitos.

Enquanto unidade socializadora e anti racista, o samba de roda, produz e reproduz conhecimento em saúde ancestral. O resgate cultural afrocentrado também fortalece e promove saúde, pois, na medida em que o indivíduo se reconhece como parte integrante de uma coletividade, pode perceber e aceitar a si mesmo, promovendo mudanças individuais e coletivas no processo de busca por mais saúde (MEDEIROS, 2008)⁷⁵.

Os saberes sobre em cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira extrapolam a racionalidade biomédica e apresentam uma ampliação da integralidade, na medida em que rompem com a perspectiva fragmentada e reducionista do sujeito focalizado na doença ou nos

⁷³RIMOLI, T. M., SANTOS, A. P. M. B., PIRES, L. J. A., MENDES, E. C. **Quilombamento como ferramenta de resistência e promoção de saúde da população negra**. Rev. Saúde Col. UEFS 2023; 13(2): e-9284.

⁷⁴NASCIMENTO, M. B. *Historiografia do Quilombo*. 1977. In: Nascimento M. B. B. **Quilombola e intelectual: possibilidades nos dias da destruição**. São Paulo: Editora Filhos da África; 2018.

⁷⁵MEDEIROS, R. P. O self e a cultura na preservação da Saúde. In: Aurilene Ley; Joia Lacerda; Rejane P. Medeiros. (Org.). **As múltiplas faces da Análise Bioenergética**. Recife: Libertas Editora, 2008. p. 61-80.

riscos, e aborda os processos de cuidado fundado em seus saberes e práticas ancestrais. Os alinhamentos dos serviços de saúde com as PICs podem contribuir para melhorar o relacionamento profissional x usuário, diminuir abordagens invasivas e insensíveis, ampliar a integralidade, tornar o processo de trabalho em saúde mais resolutivo, favorecer abordagens mais complexas, e abrir espaço para discussões, socialização de saberes e quebras de paradigmas.

Neste momento, nos convidamos a refletir como a RAS do município de Cachoeira-Ba encontra-se organizada para a construção de políticas públicas contra hegemônicas de saúde. Não vislumbramos até o momento da escrita deste estudo nenhuma oferta de serviço e/ou tentativa de ruptura, seja no campo do planejamento da política de saúde, ou dos debates nos espaços de controle social, de novas formas de fazer e pensar saúde. Caberia a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia mediar o debate alargando a visibilidade de novos enfoques ideológicos? De forma a reorganizar repertórios contra o modelo hegemônico, considerando no processo a consciência social, a construção de cidadania, a luta por causas comunitárias – e a construção de um novo projeto societário, como o do MRSB.

O movimento dialético entre o modelo hegemônico biomédico, e o modelo contra hegemônico de saberes de cuidados em saúde ancestrais, poderia promover uma conjunção sólida e criativa no campo da saúde pública. Estas relações sem dúvida contribuíram para um novo modelo de representação dos cuidados no campo da saúde, mais ligados às necessidades dos indivíduos em sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade nos processos de adoecimento, e de prevenção e promoção da saúde. Faz-se necessário assegurar a posição da saúde pública no campo da troca, da socialização de saberes e do debate de ideias.

4.3 Por uma saúde fora das caixinhas e dos protocolos

Após 35 anos da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização deste ainda é tensionada por interesses privados, ou melhor, cada vez mais as investidas neoliberais internacionais e nacionais tentam enfraquecer a estruturação de um sistema verdadeiramente universal, equânime e integral, construído cotidianamente desde a década de 1970.

Domenico Losurdo (2015) em seu livro *A contra-história do liberalismo* (grifo nosso), reflete sobre a conjuntura internacional anterior ao processo de debates sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Embora a necessidade de fomento às discussões sobre a diminuição das

desigualdades em saúde antecederam o período do golpe civil-militar, datam da década de 1970 a intensificação das discussões. No auge da Guerra Fria os blocos capitalista e comunista disputam não apenas o poderio militar, mas também uma proposta civilizatória mundial. A política internacional trouxe ao centro dos debates a pauta dos direitos humanos – assim os movimentos sociais, tanto do Brasil, como da Europa trouxeram à tona uma série de reivindicações e greves.

A conjuntura social provocou no centro do poder capitalista o processo de arrefecimento, que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social. Tal influência se estendeu até as negociações da Declaração Universal de Direitos Humanos. A emergência do Estado de Bem-Estar Social contribuiu para a construção de políticas públicas e serviços públicos com caráter universal, associados à expansão dos direitos de cidadania⁷⁶ – propiciando ganhos históricos para a classe trabalhadora; dentre eles o direito à saúde e ao bem-estar. (HERZ; HOFFMAN, 2004).

A hegemonia do modelo biomédico passa, também, a gerar um movimento de críticas que assume relevância internacional a partir dos anos de 1970, as quais também se expressam no Brasil, intensificando-se na segunda metade dos anos de 1980⁷⁷. Por um lado, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Por outro, seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e

⁷⁶A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) patrocinou durante as décadas de 1960 e 1970 diversos estudos que descreviam uma conjuntura crítica em todos os países da América Latina, diagnosticando uma baixa cobertura da assistência em saúde básica, estabelecendo uma relação direta com a pobreza, afetando – em sua imensa maioria – a população negra (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). In: PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 21, n° 1, p. 15–35, 2014.

⁷⁷Há, contudo, outro tipo de pensamento e prática que se opõe ao exercício e à forma dessa hegemonia e, que aspira à construção de outra hegemonia: solidária, justa socialmente, com respeito à diversidade e à dignidade humana, em que o valor do coletivo seja mais importante do que o desejo individual e o conhecimento científico sociocultural não, seja monopólio de um setor da população, defendendo, portanto, uma democracia radical, participativa e não a representativa financiada pelo poder econômico.

vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano.⁷⁸

O debate em torno dos modelos de atenção à saúde é recente, marcado no Brasil principalmente pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que trata da discussão sobre a organização dos serviços e das práticas de saúde. A pauta da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que conseguissem diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nasceu na conjuntura da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Sob o lema: “Saúde é Democracia”, e com o objetivo de pautar uma mudança radical do sistema de saúde excludente do Brasil, o MRSB parte de uma perspectiva contra hegemônica, a partir de uma leitura de classes (ESCOREL, 2008). O movimento sanitário contribuiu para a ruptura do regime ditatorial – ao tempo que inspirava a narrativa das classes populares – por uma transformação da arena política da saúde, em prol da democratização da saúde no Brasil.

Para Bravo e Matos (2004), a expressão Reforma Sanitária foi utilizada ao referir-se a um conjunto de ideias que tinham relação com as mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Tais mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Com a Reforma Sanitária Brasileira o conceito de saúde, passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e do acesso aos serviços de saúde, passaram a ser reconhecidos como direitos de cidadania.

Enquanto movimento, processo, projeto e proposta social, a RSB questionou o “paradigma biomédico” (PAIM, 1997) dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias, lançando mão da busca de paradigmas alternativos para orientação das práticas de saúde. A adoção deste método histórico-estrutural pela Reforma Sanitária para embasar a compreensão de saúde dá origem ao conhecimento da Saúde Coletiva. Para chegar a esta percorreu-se um processo não linear, onde se passou por momentos distintos, de disputa dos modelos curativo-higienista, médico preventivo e médico social (PAIM, 2011).

⁷⁸O Brasil abrigou dois modelos de atenção à saúde: um individual, ofertado aos trabalhadores/as formais urbanos/as, quase todos/as brancos, através dos institutos de pensão, e outro pautado em ações de caráter preventivo, direcionado às zonas rurais e aos setores mais pobres da população que estava a cargo do Ministério da Saúde. Data de 1977 a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, ao qual estava vinculado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que perpetuou a compra de serviços do setor privado no campo da saúde (FONTES, 2020).

A RSB foi grande influenciadora do reconhecimento da saúde como direito universal, e os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular. A integralidade⁷⁹ se destaca dentro do processo de reorganização da atenção à saúde, na efetivação da saúde para todas as pessoas, de modo a atender às diversas necessidades (PAIM, 2007; ESCOREL, 2008; SANTOS, 2009).

[...] foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva tais como: determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, como matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. (PAIM, 2008, p. 108)

Conceituar a determinação do processo saúde-doença foi crucial para fundamentar as construções teóricas do MRSB, como observamos sintetizado no Relatório Final da 8ª Conferência quando remete à saúde como:

[...] resultante das condições de alimentação, educação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, acesso e direito à terra, acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4)

Algumas das críticas apresentadas ao MRSB, são de que: o movimento não encontrou num primeiro momento seu sujeito político, surgindo somente com a eclosão dos movimentos sociais no período de transição democrática; restringiu suas pautas estritamente ao movimento da saúde, deixando de analisar outras pautas sociais e de atuar em outros segmentos da sociedade; além de pautar-se em um discurso médico-social de transformação da classe trabalhadora, sem que a mesma estivesse participando de forma direta deste debate⁸⁰. Ou seja,

⁷⁹Quatro perspectivas de integralidade para a Reforma Sanitária: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2006, p. 15).

⁸⁰Alguns autores advertem a respeito da pequena participação popular como uma das dificuldades encontradas para a consolidação do Sistema Único de Saúde e a transformação da sociedade. As condições materiais que fizeram com que os trabalhadores não aderissem ao movimento com a intensidade esperada pelos intelectuais, ao invés de culpabilizar a população “desorganizada e desinformada”. As opções políticas feitas pelos militares

não conseguir avançar em propostas de mudança da sociedade, em prol de um novo modelo de sociedade (BRAVO e MATOS, 2004).

Observamos a existência de um esvaziamento da pauta racial, talvez em virtude da presença de lideranças brancas, na estrutura do movimento – docentes dos departamentos de medicina preventiva, profissionais da saúde pública, movimentos estudantis dos cursos de saúde e movimentos populares progressistas organizados em prol de melhorias das condições de vida e acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde (TELLES; TEIXEIRA, 2017)⁸¹ – ou mesmo pela ausência de uma leitura sobre as relações raciais e do racismo que estruturam a sociedade brasileira⁸².

A atmosfera democrática inebriou todos/as os/as envolvidos/as, possibilitando após duas décadas de repressão do pensamento crítico brasileiro, a circulação equânime de novas perspectivas ideológicas. Para Sérgio Arouca⁸³, a luta pela saúde representava a construção da possibilidade de um projeto civilizatório e modernizador para o País⁸⁴.

As vertentes heterogêneas de disputa ideológica já presentes no curso da constituição do MRSB e na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁸⁵, perpetuam e refletem as atuais tendências de tensionamento/disputa do SUS. Rodriguez Neto apud Bravo (2011, p. 107-108, grifos originais) diferenciou as três propostas:

A proposta conservadora, que defendia basicamente a manutenção do modo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social - proposta sustentada,

fizeram com que a situação da classe trabalhadora naquele período estivesse extremamente complicada. Problemas em outros setores, tais como as questões salariais, de transportes, habitação ou posse da terra, constituíam-se prioridades desses movimentos e seu interesse no setor saúde se tornou relativo. Tal atitude das massas afirma, na ação prática, o conceito de Saúde adotado pelo movimento sanitário. Pois afirma que a Saúde, sendo determinada socialmente, depende mais de como se dá o acesso ao que foi produzido pela sociedade do que de uma organização dos Serviços de Saúde, ou seja, faz-se necessária a luta por mudança na estrutura da sociedade (GALLO & NASCIMENTO, 1989).

⁸¹TELLES, Mauricio Wiering Pinto; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. Saúde em Debate, v. 41, nº 3, p. 34-44, 2017.

⁸²Cabe a ressalva de que o MRSB se desenvolveu apartado do movimento negro.

⁸³Discurso de Sérgio Arouca (Presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986

⁸⁴A redefinição do objeto e das finalidades dos modelos hegemônicos de atenção à saúde, são um grande desafio, pois implica diretamente na mudança do perfil profissional de todos os sujeitos que estão imbricados no processo de saúde, inclusive a população organizada. A construção de ações contra hegemônicas viabiliza: criar uma nova forma ético política; alargar a visibilidade de enfoques ideológicos; reorganizar repertórios contra o modelo hegemônico, pensando desde a ampliação da consciência social, da construção de cidadania, de luta por causas comunitárias – e a construção de um novo projeto societário.

⁸⁵A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representa o marco mais importante na trajetória da política de Saúde no Brasil, ela contou com a participação de usuários dos serviços de saúde, entidades representativas da população, trabalhadores, prestadores de serviço e do governo. As propostas aqui aprovadas auxiliaram os debates para a reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO e MATOS, 2004)

principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos.

A *proposta modernizante/privatista*, que apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados. Contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde.

A *proposta racionalizadora* supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas e seus efeitos podem ser considerados expressivos e estimuladores, dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade de serviços. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como Reforma Sanitária.

Derrotadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as propostas conservadoras e modernizante/privatista, foram fortalecidas na Comissão Nacional da Reforma Sanitária⁸⁶, responsável pela defesa do conteúdo do relatório final da conferência na Assembleia Nacional Constituinte, e que culminou na construção da Constituição Federal de 1988. Para Telles; Teixeira (2017), a constituinte foi composta por disputas entre o campo da esquerda e uma série de oligarquias tradicionais. Em virtude das divergências internas (protagonizada por grupos adversos, representados por entidade e partidos políticos de interesses antagônicos) não houve coesão na defesa das propostas, resultando no encaminhamento de propostas consensuais, o que caracterizou uma derrota para a proposta racionalizadora - que manteve, por exemplo, a complementaridade do setor privado na saúde. Desta forma, apesar da saúde ter se tornado um dever do estado, a iniciativa privada não foi extinta.⁸⁷

⁸⁶Essa comissão foi composta por representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e entidades favoráveis ao MRSB, tendo como embate central a estatização e/ou privatização da saúde. Na Assembleia Constituinte, a disputa se acirrou em duas forças opostas “os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e das forças propugnadores da Reforma Sanitária”. (BRAVO, 2011, p. 111).

⁸⁷A coesão de propostas deu bases para a expansão e o consistente investimento de empresas médicas responsáveis pela execução de serviços ambulatoriais e hospitalares financiados tanto pelos planos de saúde quanto pelo SUS. Tais empresas são entidades políticas extremamente relevantes no campo das políticas de saúde atuais. Aqui localizo a gênese das futuras problemáticas enfrentadas no campo da política de saúde: financiamento insuficiente, inserção do setor privado, a falta de contato com os/as trabalhadores/as, a invisibilidade e a ausência de debate sobre as relações raciais e o problema estratégico de infiltração no Estado.

Tornar a saúde um dever do Estado não significou, entretanto, a proibição da atuação privada na área da saúde. Não obstante o Estado ficar obrigado a prestar esses serviços públicos através do SUS, o artigo 199 da Constituição de 1988 estabeleceu também que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Desse modo, foi autorizada a venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Desse modo, foi autorizada a venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Desse modo, podemos identificar no ordenamento jurídico brasileiro dois regimentos jurídicos distintos que regulamentam as atividades de saúde: os regimes públicos e privados. (GOMES, 2015, p.26)

Qualquer proposta de mudança ou permanência do status quo teria de ser conquistada na sociedade, nos marcos de regras democráticas, sob pena de inevitável fracasso (GALLO & NASCIMENTO, 1989). Todos, portanto, pareciam ser “reformistas” (PAIM, 2006), assim dizendo, mantinham suas propostas restritas à institucionalidade burguesa, não apontavam para a necessidade da derrubada do Estado Burguês e a tomada do poder político pela classe proletária.

No processo de construção e efetivação do SUS, são diversos os desafios para implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito no arcabouço legal. Urge superar o modelo hegemônico desenvolvido principalmente a partir da década de 70 foi o médico-assistencial, caracterizado por uma “racionalidade tecnológica restrita à intervenção sobre riscos e danos em indivíduos e grupos” (TEIXEIRA, 2001, p. 87-88) - e o modelo sanitarista – que ofertada a saúde pública antes do SUS.

Teixeira (2001) e Paim (2008) referem “a necessidade de traduzir para a organização dos serviços de saúde os princípios delineados na reforma sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde”. Eis aqui um dos grandes desafios advindos da ruptura com a perspectiva hegemônica de atenção à saúde: operacionalizar um modelo contra hegemônico que considere os princípios do SUS, e reconheça a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O modelo contra hegemônico é aquele pautado nas necessidades de saúde, essas são construídas socialmente e “requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como, oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudança na clínica” (PINHEIRO, et.at. 2005, p. 26).

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das

unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto “área de abrangência” de unidades de saúde, seja, como prevê a NOAS, o espaço compreendido em um “módulo assistencial” e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microrregião de saúde – prevendo a articulação das ações de prevenção, promoção, tratamento e cura, mediante uma atenção integral, universal e equânime.

Sob o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado” defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação e descentralização (MAIO; LIMA, 2009).⁸⁸ Entretanto, foi a partir da promulgação da CF de 88, que se acirraram no País o enfrentamento dos projetos neoliberal e de Reforma Sanitária, ambos com movimentos expressivos, capazes de manter os ressignificar a hegemonia das práticas do sistema de saúde brasileiro.

Para Dâmaso (1989, p. 72-73), as modificações não se tratam de um aprimoramento do sistema, mas de transformações estruturais, que invertem sua lógica de funcionamento, inserindo no planejamento de saúde a categoria das lutas de classes. O autor concebe a Reforma sanitária como base revolucionária de transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social. À luz da reflexão de Escorel (1989, p. 182) observamos a defesa de que este conceito deixa incontestável a relação com a “luta pela saúde numa luta global” comprometida em atingir a saúde em sua plenitude, de forma democrática, de forma a romper com a ordem capitalista⁸⁹.

Segundo Mendes (1986), os desafios entre os dois grupos, do ponto de vista da ideologia-saberes-práticas, se articulam como um movimento dialético de disputa desde sua gênese até os tempos atuais. As contrarreformas da saúde – alinhadas a mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, a ascensão

⁸⁸A descentralização da política de saúde foi um princípio incorporado à Constituição de 1988, imaginando-se um sistema político democrático federativo, constituído por efetivas instâncias de descentralização. Afirmava-se a importância do poder local para a construção da democracia, com ênfase no município.

⁸⁹Após o período da Ditadura Militar em 1964, o Brasil elegeu de forma direta em 1989 Fernando Collor de Melo. O governo Collor promoveu a contenção dos gastos públicos, através da narrativa de combate a corrupção. Sua gestão se limitou, no campo da saúde, à intensa adoção de uma política neoliberal (STOTZ, 2019) atrasando os recém-forjados na Constituição cidadã. A ofensiva neoliberal já vinha sendo implementada desde o governo Sarney - a partir do Consenso de Washington e da atuação ferrenha do Fundo Monetário Internacional (FMI) sobre a dívida pública latino-americana e caribenha. Tal conjuntura desencadeou a diminuição do investimento do Estado com gastos sociais, contribuindo para a privatização e a desregulação das políticas públicas, na contramão dos pressupostos básicos da Reforma Sanitária.

do pensamento pós-moderno e a contrarreforma do Estado – respondem dialeticamente, à busca pela maximização e expansão do capital, mediadas pelas particularidades e características da conformação social e do Estado brasileiro, tornando inviável a materialização da reforma sanitária e do SUS nas prerrogativas do MRSB, do seu marco constitucional e de suas leis orgânicas⁹⁰.

As contradições aparentes no sistema de saúde brasileiro são frutos das disputas de distintos e, por vezes, antagônicos projetos políticos no País, constituído em um processo marcado por contradições, continuidades e rupturas⁹¹. Esse processo histórico conformou não apenas o atual sistema de saúde, mas, também, o legado com o qual este tem que lidar. Este legado compreende, dentre outros, uma estrutura de ação vertical e centralizada no governo federal, um setor privado com forte influência na conformação das políticas públicas, predatório do Estado e a fragmentação das ações de saúde, com predomínio e privilégio das ações curativas (MENDES, 1993; 1996; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PAIM, 1997; 2007).

⁹⁰Com aprovação posterior à Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, definiram ordenamentos institucionais que, junto às Normas Operacionais Básicas nos anos subsequentes, complementaram o arcabouço legal e moldaram o processo de implantação da política. Definiram-se fóruns de negociação e deliberação com a participação dos novos atores políticos gerados pelo SUS, tais como as Comissões Intergestoras – Bipartite e Tripartite. Esses fóruns se somaram às instâncias de participação e controle social, como as conferências nacionais de saúde que tiveram seu papel redefinido a partir de 1986, e os conselhos de saúde, criados pela Constituição de 1988. Engendrou-se um complexo sistema político de representação e organização social. Apesar dos avanços no arcabouço legal, segundo Francisco Lucas de Lima et al, de em seu livro *Novas pautas de reivindicação do movimento pela reforma sanitária brasileira*, publicado em 2020, o governo Collor foi responsável pelo adiamento da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, assim como a própria regulamentação das leis supracitadas, que só foram aprovada em setembro de 1990, após intensas mobilizações dos sanitaristas. A Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Enquanto a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do mesmo e sobre os principais aspectos relacionados aos recursos financeiros. Mesmo aprovada, a lei ainda sofreu várias alterações, devido aos vetos do presidente Collor, sendo que os mais importantes foram os seguintes: (I) o que estabelecia a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências como instâncias representativas para a formulação de estratégias e o controle sobre as políticas de saúde; (II) a transferência direta de recursos para estados e municípios; (III) a criação de planos de carreiras; e (IV) a consolidação dos pisos salariais (FONTES, 2020).

⁹¹O governo de Itamar Franco seguiu uma linha mais conciliatória com as reivindicações do MRSB. Buscava-se a descentralização do poder do Estado sobre a saúde (a “municipalização é o caminho”). Era necessário que se fizessem cumprir os princípios do SUS, dentre os quais estava a territorialização e a gestão democrática do controle social. Naquele período, definiu-se uma gestão semiplena da saúde, na qual se ampliou a autonomia dos municípios. A política pública desses setores se configurou na atenção primária, principalmente pelo Programa Saúde da Família (PSF). A principal derrota decorreu da dissociação do SUS em relação ao restante das políticas e dos sistemas institucionais da seguridade social, inclusive com a perda do financiamento a partir desse orçamento. Entretanto, foi durante o governo FHC que aumentou o desafio para a implantação do SUS como política pública constitucional, pois se acreditava serem necessárias medidas de ajuste macroeconômico e das políticas de estabilização monetária, além da privatização das empresas públicas, para que o SUS pudesse receber o financiamento viável (OCKÉ-REIS, 2017). Durante o período da gestão de FHC, foi realizada maior abertura para que o pensamento neoliberal se configurasse como uma forma de governo. In: OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde em Debate*, v. 41, nº 1, p. 365–371, 2017.

Quando falamos em modelo de atenção à saúde, referimo-nos ao modo de organização das ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005), ou seja, a apreensão dos elementos presentes na formação de uma política social de saúde, mas, principalmente, como esta é operacionalizada e chega às pessoas, assim, os seus desdobramentos nas condições de saúde dos cidadãos. Teixeira (2006) aponta que mudanças nos modelos de atenção exigem ações macro e micro. Teixeira e Solla (2005); Paim (2002) (2003) apontam historicamente a parca preocupação com a discussão sobre modelos de atenção à saúde no planejamento das políticas de saúde, e maior preocupação com o financiamento, gestão e descentralização, ou seja, macropolíticas. Campos (2005) aponta que a reforma oficial (década de 1980-90) que se processava na saúde tinha grande preocupação com modificações administrativas como a descentralização e integração/unificação das instituições de saúde, o que eram medidas importantes, mas não se tinha interesse de discutir o modelo de atenção e a democratização do aparelho estatal “e, de fato, pouco se menciona nos documentos oficiais de criação do SUS críticas ao modelo de atenção à saúde ainda marcadamente biomédico” (CAMPOS, 2005, p. 144). Oficialmente, “as diretrizes para a mudança dos padrões da assistência ainda eram muito vagas: faltava a elaboração de projetos consistentes para reformular a atenção básica, à saúde coletiva ou a política para hospitais, médicos etc.” (CAMPOS, 2005, p. 144).

A disputa entre o modelo biomédico hegemônico e propostas de modelos alternativos, desencadeadas na década de 1980, tem continuidade na década de 1990 e início dos anos 2000. O debate se ampliou nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), colocando em pauta, na X CNS (1996), a necessidade de construção de um modelo de atenção para a qualidade de vida, e na XI (2000), “esta questão reaparece como um dos subtemas de discussão: modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”. Os temas e resoluções da XII CNS (2003), da XIII CNS (2008) e da XIV CNS (2012) abordaram questões relativas à efetivação do direito à saúde e do acesso aos serviços e aspectos relativos à necessidade de reorganização da atenção, das práticas e dos modos de prestar cuidados, os quais são elementos constituintes do modelo assistencial.

O SUS sofre boicotes que geraram desvirtuamentos de sua concepção original. Devido aos contínuos ataques, as respostas às restrições financeiras pelas políticas de ajuste neoliberal culminam em: privatizações, terceirização, a eliminação das vinculações de recursos da saúde, perseguições e cortes de subsídios para serviços essenciais e para o incremento de estudos e pesquisas, essenciais para o garantir o desenvolvimento e a excelência das ciências em nosso país.

Visualizamos inúmeras tentativas de apequenar o SUS para gerar a ilusão de que as demandas de saúde podem ser resolvidas pela iniciativa privada (por meio de planos e seguros privados) e que o modelo de gestão privatizante dará resultados favoráveis à população, em detrimento da oferta pública e estatal dos serviços. A complementariedade do setor privado permitiu o crescimento da subsunção dos serviços para o lucro do capital em detrimento da ampliação de equipamentos públicos, mecanismos de gastos tributários favoreceram e ajudaram a criar um mercado consumidor para a saúde privada, enquanto o avanço neoliberal significou o desfinanciamento permanente dessa política.

Destacamos a intensidade e a velocidade na regressão e destruição, do ponto de vista civilizatório, da política de saúde em tempos de ultraliberalismo⁹². Inserem-se no quadro social, econômico e político sintonizado com processos observados mundialmente e se concretiza com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico.

O abandono e o descaso com as populações são marcantes, os cortes de recursos para as políticas sociais (em especial a seguridade social) aprofundam a desigualdade social, que aceleradamente aumenta a cada dia. O desmonte do Estado brasileiro, das Políticas Sociais, com adoção de políticas de ajuste que emolduram a contrarreforma estatal, impactando a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social. A saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado⁹³.

⁹²O período ultraneoliberal no Brasil foi iniciado com o golpe parlamentar, jurídico e midiático que levou o vice-presidente Michel Temer ao poder, depois do ciclo de neoliberalismo progressista de cooptação do Partido dos Trabalhadores (PT). A primeira e mais importante medida do seu governo foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que instituiu um teto de gastos orçamentários no Brasil, garante a transferência de fundo público com pagamento de juros e amortizações da dívida para o capital financeiro com vigência por 20 anos. Antes mesmo do início da aplicação dos dispositivos da EC 95, recursos do Orçamento da Seguridade Social sofreram uma redução de 1,7% já de 2016 para 2017: 2,8% de redução na Assistência Social, 0,2% na Previdência Social, e 7% de redução no orçamento da saúde, o mais significativo, portanto. O total do orçamento da saúde em 2017 representava apenas 19,8% do gasto previsto com juros e amortizações da dívida pública. Além das reduções motivadas pela lógica e pelas regras do teto de gastos, o aumento do percentual da Desvinculação das Receitas da União em 2016 anunciava uma ampliação da média de retirada dos recursos da Seguridade Social de R\$ 63,4 bilhões entre 2013 e 2015 para R\$ 99,4 bilhões em 2016 e R\$ 113 bilhões em 2017 (PELAEZ et al, 2020).

⁹³A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para presidência em 2003, trouxe discussões, contradições e dilemas postos durante as campanhas eleitorais e que se agudizaram no decorrer dos mandatos, enquanto foram apresentadas propostas de contrarreformas e ajustes no mesmo sentido das verificadas em governos anteriores neoliberais. O Partido dos Trabalhadores se aproximou de um projeto conciliador de classe, ao tempo que favoreceu os interesses do grande capital, implementando algumas escassas e tímidas reformas sociais, encerrou o seu ciclo com o processo de impeachment e afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, em 2016. Sem romper com o modelo neoliberal, durante o período que esteve no governo, o Partido dos

A conquista dos direitos sociais supõe uma dinâmica contraditória no âmbito dos antagonismos de classes, ao tempo que pode representar um salto nas condições objetivas e subjetivas de vida da população e na conquista do poder político por parte dos trabalhadores. Nessa perspectiva, optamos por compreender o SUS como um “sistema em construção”. Uma vez que a luta pela saúde deve ser parte de uma luta em prol da conquista de uma nova sociedade – a RSB é um projeto em curso, desafiado pela instabilidade e insuficiência de financiamento, baixos investimentos, distribuição desigual de recursos e da infraestrutura, ineficiência na gestão de recursos, entre outros – mas, que como projeto reafirma-se na direção da democratização da saúde como estratégia de mudança social.

Trabalhadores (PT) passou gradativamente a aglutinar as disputas entre duas correntes, o neoliberalismo, que permaneceu como projeto hegemônico na política brasileira, mas que passou a conviver com uma política menos rígida aos seus fundamentos, sintetizada no que convencionou chamar corrente neodesenvolvimentista (ÁVILA; NASCIMENTO, 2021). De maneira ilegítima Michel Temer assumiu a presidência, representando os setores mais conservadores e reacionários da sociedade brasileira. No curso do seu mandato visualizamos a restauração conservadora de um projeto político ultra- neoliberal, assumidamente pró-capital, que visava resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. O governo Bolsonaro, eleito em 2018, representou a radicalização e ofensiva da política ultraneoliberal, com fortes ataques aos direitos sociais e às liberdades democráticas. Vivenciamos, a partir de 2019, o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, atreladas a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro. Visualizamos no curso do Governo Bolsonaro: a retirada dos direitos conquistados pela classe trabalhadora através de lutas históricas, com as contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras); ameaças às liberdades democráticas; extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, materializados em ataques às instâncias de participação e controle social; conservadorismo expressos no moralismo exacerbado e o neofascismo (BRAVO; MENEZES, 2021).



94

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.
Bertold Brecht

CONSIDERAÇÕES FINAIS

⁹⁴Pintura Samba de Roda (2015) de autoria de Jean Louiss. Disponível em: <https://www.artmajeur.com/jeanlouiss/pt/obras-de-arte/10094734/samba-de-roda>

O conceito de saúde representa uma lacuna, um ponto cego, mas, não apenas da Epidemiologia, mas de diversas disciplinas na área da saúde, que concentram sua energia na reprodução de modelos biomédicos de patologia. No curso desta investigação compreendi que as sambadeiras de Cachoeira-Ba, embora de forma não consciente, se alinham com um conceito de saúde caracterizado pela possibilidade de ter uma vida satisfatória e proveitosa, definida, em geral pela percepção de bem-estar. Aqui a produção de saúde sai do lugar da superioridade normalizadora e unilateral, para ser lócus de reciprocidade, de experiência compartilhada, de vivências, de trocas, de aquilombamento.

Buscou-se neste trabalho, uma reflexão sobre a urgência de modelo assistencial iniciada mais fortemente no movimento da Reforma Sanitária. Ao realizar mediações sobre a significação social do samba, enquanto expressão cultural típica dos contraditórios processos que compõem a história do Recôncavo da Bahia, nos aproximamos dos elementos presentes nas trajetórias de vida, acesso e produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba.

Pensar o Samba de Roda enquanto espaço de resistência contra hegemônica na produção de cuidado em saúde, contribui para superação do modelo centrado na demanda espontânea e no atendimento aos doentes, deslocando a prestação dos serviços para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos atuando no território, tendo como objetos problemas de saúde e seus determinantes, agindo nas causas dos problemas, assim, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais, tendo como eixo central a integralidade.

*(...) o samba acaba sendo um dos pilares aí nesse meu processo, nessa construção minha identitária.*⁹⁵As narrativas da sambadeiras de Cachoeira-Ba reincluem seus corpos em sua própria história. O retorno às memórias do passado vivido suscita novas reflexões e interpretações a partir do momento atual. O samba de roda do Recôncavo proporciona para essas mulheres um processo de reconhecimento e afirmação social, não apenas individual, mas como coletividade, e por meio deles *a gente liberta o corpo. É aquela coisa, que não é só um corpo se movendo. Não é só um corpo se movendo no ritmo de uma música. É toda ancestralidade. Chega me arrepiar!*⁹⁶Ele demonstra uma capacidade excepcional de produzir coletividades em contextos sociais subalternos. São nas rodas de samba que se afirma a cultura, a sociabilidade, a resistência no sentido de conservação da memória geracional e das heranças que narram através da oralidade um movimento de preservação de saberes. O samba de roda é

⁹⁵Entrevista II. [dezembro, 2022].

⁹⁶Entrevista I. [dezembro, 2022].

compreendido como aquilombamento, como prática de saúde que permite às mulheres negras de Cachoeira se encontrarem na ancestralidade comum nos momentos de trocas e socialização.

Foi por meio da abordagem materialista histórica que apreendemos as implicações dos processos históricos vivenciados pelas mulheres negras descendentes de africanos transladadas para o Brasil, no final do século XIX, que tiveram suas histórias marcadas pelas dificuldades de sobrevivência em um país organizado por formas desiguais de distribuição de renda, acesso à saúde, educação e moradia. Tais heranças transatlânticas marcam a conformação social-política-econômica de vida das sambadeiras que participaram desta investigação – e que estão inseridas em um contexto territorial culturalmente rico, contraditoriamente desigual, e marcado pela colonialidade de poder, pelo racismo, pela hierarquização dos saberes e pelas iniquidades em saúde.

Desde que foi iniciada esta pesquisa, ainda no período da especialização, tivemos a oportunidade de perceber que as expressões da questão social, em suas múltiplas formas de manifestação e as diferentes barreiras enfrentadas pelos mais diversos grupos, requerem diagnóstico e análises mais profundas. Dessa forma, o reconhecimento de que o conceito substantivo de igualdade é multifatorial faz com que novas demandas sejam impostas pelos diversos grupos que compõem a sociedade, demonstrando a necessidade de direcionar um olhar mais abrangente e integral sobre o cuidado em saúde.

Não é por necessidade de saúde que as sambadeiras preservam as memórias de cuidado como práticas de recuperação da saúde. Afinal, temos o que há de mais moderno e avançado na medicina, tanto no SUS como no sistema privado. Não é por falta de procedimentos, diagnósticos, médicos, medicamentos ou outros recursos que estamos resgatando o valor das medicinas tradicionais. No curso deste estudo observamos que a necessidade de acesso ao cuidado em saúde, em um cenário de projetos em disputas e precarização dos serviços, resulta na busca por práticas mais alternativas, seja pela dificuldade de acesso ao cuidado em saúde hegemônicos (biomédico), ou pela crença em outras formas de cuidado ancestrais. Seria possível um SUS que se torne uma estratégia de aquilombamento para essas mulheres? Será que os serviços de saúde estão prontos para considerar os saberes produzidos pelo povo negro?

O Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou-se como uma política pública estatal, universal, descentralizada, gratuita e com participação da comunidade. Conforme explicitamos no decorrer do estudo, o seu desenvolvimento possibilitou compreendermos, por meio de uma análise histórica, que a política de saúde brasileira, principalmente, com a

promulgação da Constituição Federal ao garantir o direito à saúde enquanto direito de todos e de responsabilidade estatal, se constitui diante de uma disputa antagônica entre dois projetos distintos. Os seus fundamentos expressam as contradições da sociedade e o caráter liberal, democrático e universalista desta, ao combinar políticas estatais universais, contributivas e focalizadas em políticas de mercado.

A atenção à saúde convive atualmente com o tensionamento entre o atendimento às demandas da população mediante estudos epidemiológicos, necessidades e demandas de saúde, e um setor de investimento (material, humano e tecnológico) do setor privado (PAIM, 2006). Deste modo, apesar da saúde ser constitucionalmente (Constituição Federal de 1988) prevista como direito universal, equânime e integral, a política que por hora é predominante, está multifacetada entre o público e o privado, o que dificulta a efetividade desses princípios. Aqui visualizamos o tensionamento entre o projeto privatista, que defende a saúde na perspectiva da lógica mercantil, e o projeto da reforma sanitária que visa à saúde pública e estatal como direito universal, a partir de uma perspectiva transformadora da realidade social.

As mudanças no modelo de atenção à saúde configuram-se como um processo extremamente complexo que requer ações heterogêneas, que articulem iniciativas “macro” sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”. Deste modo, deve conjugar modificações nos processos político-gerenciais que “criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas” (TEIXEIRA, 2006, p. 60), e desta maneira, provocando mudanças no conteúdo da prática, articulando atendimento das necessidades da população; organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços e organização das unidades em redes assistenciais – de forma a considerar as dimensões ética, política e cultural, da mesma forma como a dimensão técnica é valorizada.

Para nós o projeto de preservação das formas de cuidado ancestrais é, antes de tudo, um projeto político impulsionado pelo anseio de aprender, praticar, partilhar e cuidar da saúde, de si e dos outros. As PICS, abordadas no curso deste estudo, expressam o desejo de mostrar que é possível implementar políticas de saúde – que se alinham à aspiração de abandonar a passividade, a subjugação ao sistema dominante, hegemônico, em via de construir novos espaços de resistência.

Visualizamos nas narrativas da sambadeiras de Cachoeira-BA novos modos de aprender e praticar saúde, de forma interdisciplinar, tudo isso por meio de linguagens singulares, próprias e que se contrapõem à visão altamente tecnológica de saúde que impera

na sociedade de mercado, dominada por convênios de saúde cujo objetivo precípua é gerar lucro e fragmentar o tratamento do paciente em especialidades que não dão conta da totalidade do ser humano em busca de remédio para seus males.

Anseiamos que este estudo incentive outros pesquisadores na construção de novos caminhos epistemológicos, que tragam ao centro do debate o questionamento à epistemologia branca e seus epistemicídios. As memórias das sambadeiras de Cachoeira-Ba sobre cuidado em saúde, narradas nesta dissertação, representam uma tentativa de romper com fetiche de um ideário pasteurizado que apenas as observa/representa enquanto seus corpos performam nas rodas de samba.

Em tempo, reafirmamos, o empenho e esforço, em articular o Samba de Roda a pauta específica da saúde presente no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), porque acreditamos que aumento dos debates voltados à reflexão sobre a pluralidade de racionalidades de cuidados em saúde, contribuem para a defesa intransigente do SUS sonhado: anticapitalista, antiimperialista, antimonopolista, antilatifundiária, antiracista, antipatriarcal, anti LGBTQIA+fóbica, antifascista e suprapartidária (BRAVO, MENEZES, 2021).



POSFÁCIO

**Entre a pandemia de Covid-19, o CEP/UFRB a itinerância:
os desafios para tornar-me mestra.**

Entre cortes e recortes, não caberia a esse espaço relatar apenas narrativas vitoriosas e sucessos. Aqui cabe um pequeno parêntese para expor também as dificuldades e os conflitos. Existiria receita para escrever bem uma dissertação de mestrado? Provavelmente não. Durante o processo de desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu a pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-Cov-2. Os primeiros casos de Covid-19 foram encontrados no final do ano de 2019. Em cerca de meses, tratávamos de uma pandemia que promoveu impactos sanitários, sociais, econômicos, políticos, culturais e emocionais em escala global.

No Brasil, a presença do Jair Messias Bolsonaro na presidência já anunciava uma tragédia devido ao seu desprezo pela saúde pública, ausência de fomento à ciência, e uma lista extensa de negligências. O contexto pandêmico atingiu em especial os pobres, negros e mulheres ao redor do mundo. A população negra pode ser considerada a mais afetada pelo desemprego, pelas condições precárias de saúde, e no caso das mulheres, pelo aumento da carga de trabalho doméstico.

Após a perda de amigos, familiares e professores (Antônio Eduardo in memoriam) surgiram os questionamentos: Como permanecer motivada em tempos de isolamento social? Qual a real prioridade da formação acadêmica, ante minhas condições de existência e saúde mental? As inquietações me paralisaram por meses, a angústia e as incertezas criaram bloqueios de escrita. Hoje percebo que o tempo de escrita foi o tempo de amadurecimento; tempo de plantio e colheita; tempo de aproximação e distanciamento.

Outro grande desafio foram os diálogos com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, apesar de atenta às orientações éticas do Conselho Nacional de Saúde, através das normativas das Resoluções nº 510/2016, e nº 466/2012, optei por retirar-me da avaliação e tratamento bioético. Aqui sinalizo a necessidade de abordar algumas discussões e reflexões éticas.

Desde o início observamos as limitações de diálogo entre as multiplicidades de técnicas e aparatos metodológicos utilizados por pesquisadores das Ciências Humanas, em detrimento das demais áreas – impondo, de maneira equivocada, normas e exigências próprias de pesquisas clínicas, principalmente do campo da área da biomedicina. Parto da premissa de que as questões ontológicas, epistemológicas, metodológicas e éticas são indissociáveis. A busca pela neutralidade implica na exclusão da subjetividade. Então como proceder nas pesquisas que assumem que o conhecimento é produzido na intersubjetividade? Os desafios enfrentados com o CEP da UFRB são sobretudo um campo de disputa pelo poder de definir o que é ciência.

[...] as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico [...]. (BRASIL, 2016, p. 1)⁹⁷.

Destaco a necessidade de verificar como está a composição atual do CEP da UFRB, uma vez que pesquisadores das ciências biológicas não possuem o mesmo preparo, ou conhecimento acumulado para avaliar questões éticas de pesquisas das ciências humanas e sociais. Em diversos momentos me inquietava a necessidade de adequação de uma pesquisa qualitativa a questionamentos quantitativos elaborados pelo comitê, ou seja, uma tentativa de adequação do debate na linguagem e nos padrões que eles utilizam. Parece-me, portanto, que a intenção é exatamente manter o exercício de poder de uma área sobre a outra, e não a busca pela inter/transdisciplinaridade que pressupõe reconhecer diferenças, respeitá-las e buscar uma aproximação visando contribuir para a melhor compreensão de situações complexas, como são as questões relativas à saúde.

Infelizmente esse dilema ocorre com outros pesquisadores, e passou a ser discutido nos fóruns de diversas entidades nacionais como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), dentro outras. Conforme aponta o sociólogo do IMS/UERJ, Luiz Antônio de Castro Santos, na revista de História, Ciências, Saúde – Manguinhos, a rigor as normas e os regulamentos hoje vigentes pela Plataforma Brasil inviabiliza as pesquisas de caráter sociológico e antropológico que marcaram nossa literatura, pela qualidade e solidez, nos últimos 50 anos no Brasil, seja no campo da saúde ou em tantas outras temáticas do social.

Ciente do compromisso com os sujeitos deste estudo, atenta as normas éticas anseio pela construção de um sistema específico para a avaliação de pesquisas em Ciências Humanas. Corroboro com as inferências do pesquisador, e ao pautar novas construções epistemológicas reafirmo minha recusa em participar de um processo burocrático e sem espaço para discussões sobre ética em pesquisa de forma interdisciplinar.

A minha recusa me trouxe o ônus cronológico na conclusão deste estudo, mas desacelerar nunca foi sinônimo de estagnação!

⁹⁷BRASIL. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, seção 1, p. 44-46, 24 maio 2016.

A itinerância descrita no título desde posfácio retrata as nuances ocultas de uma estudante trabalhadora que vivenciou durante o mestrado: o desemprego; a urgência em criar estratégias de sobrevivência; a minha reinserção no mercado de trabalho formal.

Escrever não é uma tarefa fácil. É um ato de fé. Escrevi cruzando o mar e as estradas, entre a Capital e o Recôncavo, transcrevendo e interpretando as narrativas das sambadeiras de Cachoeira-BA sobre suas práticas de cuidado em saúde. Findo o mestrado escrevendo enquanto cruzo a Capital e o Sertão, refletindo a realidade de muitas estudantes trabalhadoras brasileiras. Hoje o meu ato de fé:

É um pedido de proteção a quem guarda as estradas que me levam em segurança, de Itaparica para Ribeira do Pombal todas as semanas.

É um agradecimento a quem me guiou até aqui.

É a certeza de proteção nos caminhos vindouros.

É a esperança de dias melhores!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M. H. E. **Território, Políticas Sociais e Serviço Social: caminhos e armadilhas no contexto do social-liberalismo**. São Paulo: Papel Social, 2016.
- ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. RJ: Editora UFRJ, 2006.
- . **Traducir a Gramsci**. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2007.
- . **Gramsci. Notas de aula**. Recife, 2010.
- AGUIAR, J., KANAN, L.A., MASIERO, A.V. **Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira**. Saúde debate. 2019;43(123):1205-18.
- ALBUQUERQUE JR, D. M. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 4 ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 2009.
- ALBUQUERQUE, W. R. de; FRAGA FILHO, W. **Uma História do negro no Brasil**. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.
- ALENCAR, R. R. B. **O Samba de Roda na Gira do Patrimônio**. Tese (Doutorado). Departamento de Antropologia Social, UNICAMP, 2010.
- ALVES, R. **A política de salvaguarda do patrimônio imaterial e os seus impactos no samba de roda do recôncavo baiano**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Etnomusicologia, UFBA, 2009.
- AMARANTE, P., COSTA, A. M. **Diversidade cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES; 2012. (Coleção temas fundamentais da reforma sanitária).
- ARDOINO, (1995). Multiréférentielle (analyse). In: ARDOINO, J. **Le directeur et l'intelligence de l'organisation: repères et notes de lecture**. Ivry: ANDESI, p. 7-9.
- ÁVILA, H. D. D.; NASCIMENTO, J. F. As lutas contra a privatização da saúde na Bahia: É! [...] A gente quer é ter muita saúde [...] In: **Revista Humanidades & Inovação**. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins). V. 8. n. 35, 1. sem./2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5348>
- AYRES, J.R. de C.M. Prefácio da edição brasileira. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. SP: Hucitec: Ed. UESP, 1994
- . **Sobre o Risco – Para compreender a Epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AZEVEDO, E. B. de. **Patrimônio industrial no Brasil**. arq.urb, n. 3, p. 11-22, 11 dez. 2010.
- BARBOSA, M. S. Cachoeira: ponto de confluência do Recôncavo Baiano. In: **Festa da Boa Morte. Cadernos do IPAC**, 2. – Salvador: Fundação Pedro Calmon, 2010.

- BARICKMAN, B. J. **Um contraponto baiano: açúcar, fumo, mandioca e escravidão no Recôncavo, 1780- 1860**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BERTÚLIO, D.L.L. **Racismo, violência e direitos humanos: considerações sobre a discriminação de raça e gênero na sociedade brasileira**, 2001. Disponível em <http://www.lppuerj.net/olped/documentos/2296.pdf>. Acesso em 04/07/2022
- BIBEAU G, CORIN E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In: P. Charest, F. Trudel e Y. Breton (dir). **Marc-Adéland Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise**. Québec: Presses de l'Université Laval, 1994.
- BOMFIM, V. M. S. **A identidade contraditória da mulher negra brasileira: Bases históricas**. In: NASCIMENTO, Elisa L. N. (Org.). Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2009.
- BOORSE, C. **Health as a Theoretical Concept**. Philosophy of Science 44:542-573, 1977.
- . **On the distinction between Disease and Illness**. Philosophy and Public Affairs 5:49-68, 1975.
- BORBA, S. F. C. **Industrialização e exportação de fumo na Bahia de 1870 a 1930**. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador [BA], Brasil. 1975.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembrança de Velhos**. 2. ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1994.
- BRAGA, R. **Introdução. Gramsci, A. Americanismo e fordismo**. Trad. Gabriel Bogossian. São Paulo: Hedra, 2008.
- BRANDÃO, M. de A. **Os vários Recôncavos e seus riscos**. Salvador. UNIFACS. Revista do Centro de Artes Humanidades e letras. Vol 1. 2007.
- . **Recôncavo da Bahia: sociedade e economia em transição**. Salvador (BA): Fundação Casa de Jorge Amado; Academia de Letras da Bahia; Universidade Federal da Bahia, 1998, p.31.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- . Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Brasília, DF, 1986.
- . **Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF,

n. 98, seção 1, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas e práticas profissionais**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. In: **Revista Humanidades & Inovação**. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade Estadual do Tocantins (Unitins). V. 8. n. 35, 1. sem./2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5348>

BRAZ, M. (Org.). **Samba, Cultura e Sociedade: sambistas e trabalhadores entre a questão social e a questão cultural no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CAMPOS, G.W. de S. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.179-194.

_____. Prefácio. In: CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC):OPAS, 2005.

CAPONI, S. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud**. Rev. História, Ciências e Saúde [online], 1997; 4(2) 287-307. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006. Acesso em 18 setembro de 2022.

CARNEIRO, E. **Samba de umbigada**. Rio de Janeiro, Campanha de Defesa do Folclore Brasileiro, 1961.

CARVALHO, A.; BUSS, P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** / organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2008.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2014.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002

COUTINHO, C.N. **Notas sobre Cidadania e modernidade**. In.: Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, nº3, 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em 05 de agosto de 2021.

—. **De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria política**. São Paulo: Boitempo, 2011.

CORIN, E. The social and cultural matrix of health and disease. In: R. G. Evans, M. L. Barer e R. Marmor (eds.) **Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations**. Hawthorn, NY: Aldine de Gruyter, 1995: 93 – 132.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2005.

—. Controle social na saúde. In MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA PINTO, L. A. **Recôncavo: Laboratório de uma experiência humana**. Salvador. Ed. Costa Pinto. 1997.

DÂMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de PósGraduação em Saúde Coletiva, 1989.

—. Saber e Práxis na Reforma Sanitária – Avaliação da Prática Científica no Movimento Sanitário. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma nova teoria** / Sonia Fleury Teixeira, organizadora – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. Tradução de Peter Pál Pelbart; São Paulo: Ed. 34, 2011.

DÖRING, K. **O samba de roda do Sembagota: Tradição e contemporaneidade**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Etnomusicologia, UFBA, 2002.

—. **Cantador do chula: o samba antigo do recôncavo**. 1. ed. Salvador: Pinaúna, Editora, 2016.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

—. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, Ligia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

- ESPING-ANDERSEN, G. **Three worlds of welfare capitalism**. New Jersey: Princenton University Press, 1990.
- EVARISTO, C. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. Belo Horizonte: Nandyala, 2011.
- FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI D. GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 - Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.
- FONTANELLA, F., SPECK, F.P., PIOVEZAN, A.P., KULKAMP, I.C. **Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC**. ACM Arq. Catarin. Med; 36(2) abr.-jun. 2007.
- FONTES, F. L. L. et al. **Novas pautas de reivindicação do movimento pela reforma sanitária brasileira**. International Journal of Health Management Review [S. l.], v. 6, nº 2, 2020. DOI: 10.37497/ijhmreview.v6i2.225. Disponível em: . Acesso em: 01 fevereiro 2023.
- FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, JCRM, CALAZANS, GJ. **Saúde coletiva e direitos humanos: um diálogo possível e necessário**. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000 ago 28–set. 3; Salvador, Bahia, Brasil. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2000. [CDRom, texto 1981].
- GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.
- GARIGLIO, M. T. **O cuidado em saúde**. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 - Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.
- GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 64-89.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.
- GOMES, M. C. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- GIACOMINI, S. M. **Mulher e Escrava: Uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil**. – 1. Ed. – Curitiba: Appris, 2013.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2007.
- GIL, I.C.; FERNANDES, B.M.; **Regiões contidas e desenvolvimento territorial: uma reflexão sobre o desenvolvimento contemporâneo da Nova Alta Paulista**. 2005. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/nera/revistas/06/Gil_e_Fernandes.pdf Acesso 09/11/2021.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 11ª ed. RJ/SP: Record, 2009.
- GONÇALVES, H. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.
- GOOD, B., GOOD, M.J. The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: Eisenberg L, Kleinman A (eds.) **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co, 1980, pp.165-196.
- GRAMSCI, A. 1978. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- __. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Tradução de Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- __. **Americanismo e fordismo. Quaderni del Carcere**. Trad. Gabriel Bogossian. São Paulo: Hedra, 2008.
- GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre, L&PM Editores, 1980.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes; 1987.
- HERZ, M.; HOFFMANN, A. R.; TABAK, J. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- HOBBSBAWN, E. **A Era dos Extremos: o breve século XX. 1941-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HOBBSBAWN, E. **A Era dos Extremos: o breve século XX. 1941-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HOOKS, B. **Intelectuais negras**. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 464-478, 1995.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1985.
- IPHAN. **Samba de roda do Recôncavo Baiano – Dossiê 4**, 2006.
- JUNIOR, E. T. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Estud. av., São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016.

- KIMBERLÉ, C., **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics.** *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1) 8: 139-167. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. **Culture, Illness, and Care.** Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258, 1978.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: Curren C, Stacey M. (Eds.) **Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective.** Oxford, Berg Publishers, 1986, p. 29 – 47.
- LANDER, E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais.** Buenos Aires: Conselho Latino-americano de Ciências Sociais - CLACSO, 2005. p. 8-23.
- LIGIÉRO, Z. **Corpo a corpo: estudo das performances brasileiras.** Rio de Janeiro: Garamond, 2011.
- LIGUORI, G. **Roteiros para Gramsci.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.
- LIMA, A. **Black or Brown: Music and Subjectivity in a Global Context:** In: Perrone, Charles A.; Dunn, C. (Org.). *Brazilian Popular Music & Globalization.* 2ed. New York: Routledge, 2002, v., p. 220-232.
- LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil,** 2004, Brasília. In: I Seminário Saúde da População Negra 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 53-94
- LORDELO, P. R. **O samba chula de cor e salteado em São Francisco do Conde/ BA: cultura populá e educação não-escolá para além da(o) capitá.** 2009. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- LOSURDO, Domenico. *A contra-história do liberalismo.* São Paulo: Ideias e Letras, 2015.
- MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. **O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1611-1613, jul, 2009.
- MARQUES, F. **Samba de Roda em Cachoeira, Bahia: uma abordagem etnomusicológica.** 270f. Dissertação de Mestrado, Escola de Música – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

- MARTINELLI, M. L.. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa qualitativa – um instigante desafio**. 2 ed. São Paulo: Veras Editora, 1999.
- MATTA, G.C.; MOROSINI, V.G. **Atenção à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em 08 de abril de 2021.
- MIGNOLO, W. D., On subalterns and other agencies. **Postcolonial Studies**, v. 8, n. 4, p. 381-407, 2005.
- MILLER, J. C., **O Atlântico escravista: açúcar, escravos e engenhos**. Afro-Ásia, 19-20, 1997, p. 9-36.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, Rio de Janeiro, DF: O Ministério; 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf. Acesso em 08 setembro de 2022.
- MORAES, D. **Comunicação, hegemonia e contra-hegemonia: A contribuição teórica de Gramsci**. Revista Debates. Porto Alegre, v.4, n.1, p. 54-77, jan.-jun. 2010.
- MUNANGA, K. As ambiguidades do racismo à brasileira. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, M. L. da S.; ABUD, Cristiane Curi (orgs.). O racismo e o negro no Brasil: questões para a Psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017, pp. 33-43. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói: EDUFF; 2004.
- NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. et al. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.
- NASCIMENTO, C. M. S. A. **Regulamentação e Consumo de Fitoterápicos no Brasil como Prática Complementar de Saúde**. International Journal of Nutrology, v. 11, n. 01, p.674, 2018.
- NASCIMENTO, L. C. D. do. **Bitedô: onde moram os nagôs: redes de sociabilidades africanas formação do candomblé jêje-nagô no recôncavo baiano**. Rio de Janeiro, CEAP, 2010.
- NASCIMENTO, M.V.N., OLIVEIRA, I.F. **As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica**. Estud. Psicol. 2016;21(3): 272-81.
- NETTO, J. P. **O que é marxismo**. Coleção Primeiros Passos. 7ª ed. Editora Brasiliense, 1985.

- NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 142.
- NOBRE, C. **Violas nos sambas do Recôncavo Baiano**. Dissertação de mestrado, UFBA, 2008.
- OCKÉ-REIS, C. O. **Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica**. Saúde em Debate, v. 41, nº 1, p. 365–371, 2017.
- OLIVEIRA, F. **A Medicina Popular de Matriz Africana no Brasil**. Cap. 10. In: Saúde da população negra: Brasil, ano 2001 / Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_pop_negra.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2022.
- OLIVEIRA PINTO, T. **Capoeira, Samba, Candomblé. Afro-brasilianische Musik im Recôncavo, Bahia**. Berlim: Staatliche Museen / Preussischer Kulturbesitz, 1991.
- PAIM, J. S. **Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira**. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do CBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.22.
- _____. et al. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, Casa da Qualidade, 2000.
- _____. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002, p. 447.
- _____. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.
- _____. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 153p.
- _____. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L. V. C., Noronha J. C., Carvalho A. I., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 547-573.
- _____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 21, nº 1, p. 15–35, 2014.
- PEDRÃO, F. **Novos e velhos elementos da formação social do Recôncavo da Bahia de Todos os Santos**. Revista do Centro de Artes Humanidades e letras. Salvador. UNIFACS. Vol 1. 2007.
- PELAEZ, E. et al. **Ajuste fiscal e Seguridade Social: avanços e desafios frente à ofensiva conservadora**. Revista de Políticas Públicas, n. 24, 2020. Em: <http://www.periodicos>

eletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15104/7993. Acesso em 22 de novembro de 2022.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organização). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINTO, T. de O. (1991). **Capoeira, Samba, Candomblé. Afro-brasilianische Musik im Recôncavo, Bahia**. Berlim : Museum für Völkerkunde.

Queiroz, L. & Souza, R.. **Caminhos do Recôncavo: proposição de novos roteiros histórico-culturais para o Recôncavo baiano**. Salvador: Programa Monumenta, UNESCO, 2009.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2005.

—. **Colonialidade do poder e classificação social**. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010 p. 84-130.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento; 2017. (Feminismos plurais).

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, 3. ed.-14. reimpr. São Paulo, Atlas, 2012.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROLNIK, Raquel. “História Urbana: História na cidade?” In: FERNANDES, Ana e GOMES, Marco Aurelio A. de Filgueiras, **Cidade e História Modernização das Cidades Brasileiras nos séculos XIX e XX**. Salvador, Faculdade de Arquitetura, UFBA, 2001, p. 28.

SANDRONI, C. **Feitiço decente: transformações do samba no Rio de Janeiro (1917-1933)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

SANSONE, L.; SANTOS, J. T. (org.). **Ritmos em trânsito: sócioantropologia da música baiana**. São Paulo: Dynamis Editorial; Salvador: Programa A Cor da Bahia e Projeto S.A.M.B.A., 1997.

—. **Samba de Roda, patrimônio imaterial da humanidade**. Estudos Avançados. São Paulo, vol. 24, n. 69, 2010.

SANTANA, S. **Música e ancestralidade na Quixabeira**. Salvador: EDUFBA, 2012.

- SANTOS, C. M. dos. **Na prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro. Editora: Lumen Juris, 2010.
- SANTOS, J. T. **O poder da cultura e a cultura no poder: a disputa simbólica da herança cultural negra no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2005.
- SANTOS, M. A rede urbana do Recôncavo. In: BRANDÃO, Maria de Azevedo (Org.). **Recôncavo da Bahia: sociedade e economia em transição**. Salvador: Fundação Casa de Jorge Amado, 1998.
- . **O espaço do cidadão**. 7 ed., 1 reimpr. São Paulo: EDUSP, 2012.
- SANTOS, N. R. dos. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro. v. 33. n. 81, p. 13-26, jan.labr. 2009.
- SAQUET, M. A. **Consciência de classe e de lugar, práxis e desenvolvimento territorial**. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.
- SARAMAGO, J. Entrevista a Horácio Costa. In: **Cult – Revista Brasileira de Literatura – Ano 2 – n. 17**, São Paulo, 1998.
- SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis. Rev. Saúde Coletiva. [Online]. 2007; 17(1) 29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 05/09/2022.
- . O retorno do território. Em: **Observatório Social de América Latina**. Año 6 no. 16 (jun.2005). Buenos Aires: CLACSO.
- SCOTT, Joan, "História das Mulheres", in P. Burke (org.), **A Escrita da História — Novas Perspectivas**, São Paulo, UNESP, 1992.
- SEMERARO, G. **Sociedade de massas, sociedade civil e subjetividade**. In: Gramsci e o Brasil, 1997.
- SIMIONATTO, I. **O social e o político no pensamento de Gramsci**. In: AGGIO, A. (org.). Gramsci: vitalidade de um pensamento. São Paulo: Ed UNESP, 1998.
- . **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011a
- SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.
- SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade. A forma social negro-brasileira**. Petrópolis, Vozes, 1988.
- . **Samba, o dono do corpo**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

SOUZA, C. S. **Trajetória de migrantes e seus descendentes: transformações urbanas, memória e inserção na metrópole baiana**. 2013. 419 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS, Unicamp, Campinas, SP, 2013.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

—. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TEIXEIRA, C. F. **O Futuro da Prevenção**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

—. **A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

—. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

STOTZ, E. **“O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária**. Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, v. 17, nº 43, 2019.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In LIMA, N. T. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TINHORÃO, J. R. **Os sons dos negros no Brasil: cantos, danças, folguedos, origens**. São Paulo: Art, 1988.

VARELA, D. S. S.; AZEVEDO, D. M. de. **Dificuldades de profissionais de Saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 5, n. 2, p.3588-3600, 1 abr. 2013.

VELHO, G. **Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração**. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

VYGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Trad. Paulo Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YOUNG, A. **The Anthropologies of Illness and Sickness**. Ann. Rev. Anthropol 11:257-285, 1982.

Entrevista I. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (16:37 min).

Entrevista II. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (18:29 min).

Entrevista III. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (11:56 min).

Entrevista IV. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (15:29 min).

Entrevista V. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (13:45 min).

Entrevista VI. [dezembro, 2022]. Entrevistadora: Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, 2022. 1 arquivo .mp3 (13:46 min).

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E TERRITÓRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Concordo em participar, como **voluntário (a)**, da pesquisa de pós-graduação intitulada “**SAMBA E SAÚDE: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba**”, desenvolvida pela **pesquisadora** responsável **Jamile Fernanda Conceição de Oliveira**, discente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A presente pesquisa está sob orientação da Professora Dr.^a **Heleni Duarte Dantas de Ávila**, tendo por principal objetivo **Compreender de que forma as sambadeiras de Cachoeira-Ba produzem cuidado em saúde**.

Declaro que estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Que fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será realizada – incluindo a gravação das minhas respostas. E que o **pesquisador** está **autorizado a contar minha história de vida na referida pesquisa**.

Estou ciente que os dados obtidos por meio desta pesquisa não serão divulgados em nível individual. Com isso, o pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos.

Declaro ciência de que as entrevistas serão gravadas em formato de áudio MP3 para posterior transcrição das informações na íntegra, e armazenamento, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o aluno e seu professor orientador.

Declaro que fui esclarecido que essa entrevista contém em torno de 11 (onze) perguntas, incluindo dados de identificação e histórias de vida, atravessadas pelos seguintes assuntos: relação com o samba de roda; produção de cuidado em saúde; significação sobre ter saúde. E que não existem respostas certas ou erradas, pois o que importa é saber minha compreensão sobre os assuntos abordados. E que terei a garantia de confidencialidade e a privacidade, pois o material será armazenado em local seguro.

As pesquisadoras me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo, sendo garantido que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico. Fui informado também sobre o número de telefone da pesquisadora e terei acesso a uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pela pesquisadora responsável e pelo participante, que me será entregue rubricado em todas as páginas e assinada ao seu término.

Desta forma, **LIBERO** a utilização destes depoimentos somente para fins científicos e de estudos (livros, artigos e slides), em favor da pesquisa anteriormente citada. Por ser a

expressão da minha vontade assino a presente autorização, cedendo, a título gratuito, todos os direitos decorrentes dos elementos por mim fornecidos, abdicando do direito de reclamar de todo e qualquer direito conexo ao som da minha voz, e qualquer outro direito decorrente dos direitos abrangidos pela Lei 9160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “SAMBA E SAÚDE: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba”, desenvolvido pela pesquisadora Jamile Fernanda Conceição de Oliveira, sob responsabilidade da orientadora a Professora Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura da pesquisadora)
Jamile Fernanda Conceição de Oliveira
Pesquisadora responsável pelo estudo.
Contato: jamileoliveira.fc@gmail.com
Fone: (71) 98774-6987

(Assinatura da pesquisadora)
Heleni Duarte Dantas de Ávila
Pesquisadora responsável pelo estudo.
Contato: heleniavila@ufrb.edu.br
Fone: (71) 99266-7985

Cachoeira, Bahia, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE B

SAMBA E SAÚDE

Roteiro de entrevista semiestruturada

Este questionário faz parte da pesquisa de pós-graduação intitulada “**SAMBA E SAÚDE: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba**”, desenvolvida pela **pesquisadora** responsável **Jamile Fernanda Conceição de Oliveira**, discente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Territórios, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E tem por objetivo **Compreender de que forma as sambadeiras de Cachoeira-Ba produzem cuidado em saúde.**

Data: ____/____/____

PERFIL

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade ____ **Telefone:** _____

Sexo: M () F ()

Cor / Raça:

() Branca

() Preta

() Parda/mestiço

() Mestiço

() Indígena

() Amarela

() Ignorada

() Não respondeu / não lembra

Escolaridade:

() Não é alfabetizado(a) (não sabe ler e escrever)

() É alfabetizado(a) (sabe ler e escrever)

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-graduado(a)

() Não sabe/não respondeu/não lembra

É Natural do Recôncavo da Bahia? SIM () NÃO ()

Endereço: _____

Mora em: Casa Própria () Alugada () Cedida () Emprestada ()

Reside com: _____

Ocupação anterior: _____

Ocupação atual: _____

Estado Civil:

() Solteira

() Casada

() Mora Junto

() Viúva

Recebe algum desses itens? Bolsa Família () BPC () Aposentado INSS ()

Bolsa de Estudos () Auxílio Doença ()

Renda: Menos de 1SM () 1SM até 2SM () Acima de 2SM ()

SAÚDE

Vai aos serviços de saúde com regularidade? SIM () NÃO ()

Os serviços de saúde atendem a sua necessidade? SIM () NÃO () Às Vezes ()

Possui alguma comorbidade? _____

Toma Medicamentos de uso contínuo? SIM () NÃO ()

Você se considera globalmente satisfeito com sua vida? SIM () NÃO () Às Vezes ()
 Sofre de: Insônia () Depressão () Bipolaridade () Ansiedade ()

ESPIRITUALIDADE

Possui alguma Religiosidade? SIM () NÃO ()
 Frequenta Assiduamente: Catolicismo () Candomblé () Espiritismo () Evangélicos ()
 Umbandismo () Outro (): _____

RELAÇÃO COM O SAMBA DE RODA

- Como começou sua aproximação com o samba?
- Como surgiu o samba de roda que você faz parte?
- O que motivou a sua participação neste grupo de samba de roda?
- Quais as diferenças do samba de roda de quando você era mais jovem, para o samba nos dias atuais?
- Qual a importância do samba de roda em sua vida?

PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

- Para você o que é ter saúde?
- Você recorda de qual forma suas mais velhas (mãe, avó, tia), cuidavam da sua saúde?

Se a resposta da questão anterior for positiva:

- Como você percebe essa forma de praticar cuidado em saúde?
- Você preservou alguma dessas práticas de saúde?
- Para você os profissionais dos serviços de saúde (hospital, posto de saúde) valorizam ou incentivam essas práticas de cuidado?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E TERRITÓRIOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS)

Eu, _____,
AUTORIZO a **pesquisadora Jamile Fernanda Conceição de Oliveira**, sob **responsabilidade da orientadora a Professora Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila** a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de (foto) com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa: **“SAMBA E SAÚDE: narrativas sobre a produção do cuidado em saúde das sambadeiras de Cachoeira-Ba”**, e em outras publicações dela decorrentes, para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides). A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

Cachoeira, Bahia, ____ de _____ de ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura da pesquisadora)
Jamile Fernanda Conceição de Oliveira
Pesquisadora responsável pelo estudo.
Contato: jamileoliveira.fc@gmail.com
Fone: (71) 98774-6987

(Assinatura da pesquisadora)
Heleni Duarte Dantas de Ávila
Pesquisadora responsável pelo estudo.
Contato: heleniavila@ufpb.edu.br
Fone: (71) 99266-7985