

Artur Alves da Silva

Desabrochar, fulorar e produzir sementes:
cartografias afetivas e plantas medicinais no SUS

Santo Antônio de Jesus

2022

Artur Alves da Silva

Desabrochar, fulorar e produzir sementes:
cartografias afetivas e plantas medicinais no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo UFRB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana
Coorientadora: Profa. Dra. Micheli Dantas Soares

Linha de Pesquisa: atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde

Santo Antônio de Jesus

2022

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFRB

S586 Silva, Artur Alves da.

Desabrochar, fulorar e produzir sementes : cartografias afetivas e plantas medicinais no SUS / Artur Alves da Silva. 2022.

119 f. ; il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana.

Coorientadora: Profa. Dra. Micheli Dantas Soares.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2022.

1. Plantas medicinais. 2. Medicina primitiva. 3. Cuidados primários de saúde. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Santana, Luciana Alaíde Alves. III. Soares, Micheli Dantas. IV. Título.

CDD : 581.634

Artur Alves da Silva

Desabrochar, fulorar e produzir sementes:
Cartografias Afetivas e Plantas Medicinais no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo UFRB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Aprovado em: 28 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Ph.D José Jorge de Carvalho
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Denize de Almeida Ribeiro
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Orientadora)

Profa. Dra. Micheli Dantas Soares
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Coorientadora)

Santo Antônio de Jesus

2022



Aos guardiões e guardiãs dos saberes populares
pela resistência para manterem vivas as
tradições de cura.

AGRADECIMENTOS

Sou grato aos elementos da natureza que fortalecem a minha espiritualidade e a minha ancestralidade, em especial aos que compõem a Serra da Maravilha e a cachoeira da Pedra da Baleia de Missão do Sahy.

Sou grato aos encantados que seguem protegendo as terras, as águas, os ventos e as matas, essenciais para a vida.

Sou grato aos guardiões e guardiãs dos saberes populares com quem tive a oportunidade de me curar, de aprender segredos de curas e de me inspirar a construir novas formas de cuidado. Vó Etelevina, Mestre Ciçô, Ilza, Lenícia, Dona Fátima, Genildo, Cida, Dona Emília e Dona Valdete, meu muito obrigado!

Sou grato a minha família, em especial a vó Hilda (em memória), pelos cuidados que teve quando eu era menino e por me convidar a todo momento a conectar-me com minha ancestralidade. A minha mãe, Nalva, por ser inspiração de cuidado, resistência e ousadia, mas sobretudo pelos saberes compartilhados. A Adriany e Agricia, minhas irmãs, por sempre estarem torcendo por mim.

Sou grato aos amigos(as)-irmãos(ãs) que a vida me deu e me ajudaram em todo o processo do mestrado, com palavras de incentivo, leituras do texto, lembranças da importância do meu autocuidado e convites para estar em meio ao mato. Gustavo, David, Dani, Tathy, Jerônimo, Vitinho, Júnior e Elis, minha gratidão!

Sou grato aos colegas da turma do mestrado pelo suporte, pelos desabafos, pela divisão de tarefas e pelos saberes compartilhados. Evandro, Ina, Samara, Viktor e Alane, vocês tornaram essa caminhada muito mais leve e proveitosa!

Devo agradecimentos especiais a Alane. Foi ela quem topou, de última hora, se inscrever no processo seletivo deste mestrado e aventurar-se comigo numa travessia do sertão baiano rumo ao recôncavo em busca deste sonho. Gratidão pela parceria, irmandade, aventuras, trilhas e pedais.

Sou grato ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia por toda experiência, em especial às professoras do mestrado pelos saberes compartilhados, pela dedicação e pelo cuidado com a nossa turma. Vocês mostraram que um mestrado não precisa ser feito cultuando o sofrimento e o desgaste mental.

Sou grato a Luciana e a Micheli, minhas orientadoras, por terem provocado a todo tempo desterritorializações e reterritorializações que me possibilitaram experimentar um modo revolucionário de fazer pesquisa, a cartografia. Também por terem feito do mestrado um espaço

de fortalecimento da minha ancestralidade, de ampliação da minha visão sobre as plantas medicinais e de transformação da minha prática enquanto trabalhador do SUS.

Sou grato ao Quilombo Urbano do Alto da Maravilha por ter se tornado um território vivo de produção dessa cartografia e pelas transformações provocadas em mim. Aos moradores e moradoras, a Associação Quilombola da Comunidade Urbana do Alto da Maravilha e Adjacências (na pessoa de Rozilda) e a Unidade de Saúde da Família Alto da Maravilha (na pessoa de Sabrina), obrigado!

Por fim, preciso expressar minha gratidão a todos que acreditaram e lutaram pela interiorização do ensino superior público e das políticas de assistência estudantil. Tenho o orgulho de ser mais um exemplo, dentre tantos outros, que pude sonhar, me formar, fazer residência e mestrado no meio do sertão.

*Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que
nos oprime.*

MST, 2021, n.p.

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com vistas a cartografar as afetações surgidas a partir da interação com pessoas que carregam os saberes populares relacionados às plantas medicinais (PM) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo à tona processos da minha história que envolvem resistências para manter vivas práticas e crenças sobre as PM diante de formações acadêmicas influenciadas pela colonialidade. Por meio da cartografia foi possível acompanhar guardiãs e guardiões dos saberes populares e compreender aspectos subjetivos e singulares relacionados às formas de cuidado que envolvem as PM. O território do estudo se deu na Unidade de Saúde da Família (USF) Alto da Maravilha, que abrange um quilombo urbano. Os dados foram produzidos entre março de 2021 e junho de 2022, a partir da produção de diário de campo, no qual o pesquisador registrou suas afetações a partir de situações disparadoras. Estes subsidiaram a construção de sete contos cartográficos que revelaram vivências, afetos, inspirações, prazeres, desapontamentos, aprendizados e experiências. Os caminhos dessa pesquisa cartográfica se constituíram de passos que se sucederam sem se separar, sem um momento exclusivo para a análise de dados, que esteve associada à produção e à discussão durante todo o processo, e inspirou-se nas quatro variedades atencionais do cartógrafo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. Os contos cartográficos revelaram o meu processo de conexão com as PM, que foi fortalecido a partir da abertura ao encontro com guardiãs e guardiões dos saberes populares do território. Assim, fui mobilizado a sair do lugar “tradicional” do médico para aprender no território com experiências vivas de cuidado transmitidas há muitas gerações. Pude experienciar outras formas de cuidado para além da biomedicina, ao me reencontrar com as PM e os saberes populares a elas relacionados, o que me fez ampliar o olhar sobre o conceito de PM. Paralelamente, ficou perceptível que a relação das equipes de saúde da família com as PM pode contribuir para a efetivação dos princípios do SUS e dos atributos da APS. Os movimentos coletivos impulsionados por este trabalho fizeram brotar alguns produtos: A história contada do Alto da Maravilha e um cordel usado em espaços coletivos para contribuir com o entendimento do reconhecimento como quilombo urbano. Um Projeto de Lei construído coletivamente, que dispõe sobre a renomeação da USF para Unidade de Saúde da Família Quilombola Alto da Maravilha. A criação do site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha para divulgar aspectos históricos, culturais, ecoturísticos e das tradições de cura do quilombo. Revitalização da Farmácia Viva da USF Alto da Maravilha. Por fim, a carta de aceite do capítulo de livro “Plantas Medicinais e Colonialidade do Saber na APS”.

Palavras-chave: Plantas medicinais. Medicina tradicional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This work was developed with a view to mapping the affectations arising from the interaction with people who carry popular knowledge related to medicinal plants (PM) in the context of Primary Health Care (PHC), bringing to light processes of my history that involve resistance to keep alive practices and beliefs about PM in the face of academic formations influenced by coloniality. Through cartography, it was possible to follow guardians of popular knowledge and understand subjective and singular aspects related to the forms of care that involve MPs. The territory of the study took place in the Family Health Unit (USF) Alto da Maravilha, which covers an urban quilombo. Data were produced between March 2021 and June 2022, based on the production of a field diary, in which the researcher recorded his affectations based on triggering situations. These subsidized the construction of seven cartographic tales that revealed experiences, affections, inspirations, pleasures, disappointments, learning and experiences. The paths of this cartographic research consisted of steps that followed each other without being separated, without an exclusive moment for data analysis, which was associated with production and discussion throughout the process, and was inspired by the four attentional varieties of the cartographer: the tracking, touchdown, landing and attentive reconnaissance. The cartographic tales revealed my process of connection with the PM, which was strengthened from the opening to the encounter with guardians of popular knowledge of the territory. Thus, I was mobilized to leave the “traditional” place of the doctor to learn in the territory with living experiences of care transmitted for many generations. I was able to experience other forms of care beyond biomedicine, as I rediscovered MP and the popular knowledge related to them, which made me broaden my perspective on the concept of PM. At the same time, it was noticeable that the relationship between the family health teams and the PM can contribute to the implementation of the principles of the SUS and the attributes of the PHC. The collective movements driven by this work gave rise to some products: The story told from Alto da Maravilha and a string used in collective spaces to contribute to the understanding of recognition as an urban quilombo. A bill built collectively, which provides for the renaming of the USF to the Alto da Maravilha Quilombola Family Health Unit. The creation of the Quilombo Urbano Alto da Maravilha website to disseminate historical, cultural, ecotourism and healing traditions of the Quilombo. Revitalization of the Living Pharmacy at USF Alto da Maravilha. Finally, the acceptance letter for the book chapter “Medicinal Plants and Coloniality of Knowledge in APS”.

Keywords: Medicinal plants. Traditional medicine. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 -	Jaqueira rizomática	43
Fotografia 2 -	Energia da Terra	49
Fotografia 3 -	A mais nova folha do pé de banana-maçã	55
Fotografia 4 -	Remédio do mato.....	61
Fotografia 5 -	Conexões com a mata	66
Fotografia 6 -	Oficina de raizeiros na USF	71
Fotografia 7 -	Encruzilhada na caatinga	75
Fotografia 8 -	Farmácia Viva e Cantinho do Chá	117
Quadro 1 -	Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – em negrito a presença do saber tradicional/popular	29
Quadro 2 -	Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMG) – em negrito a presença do saber tradicional/popular	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AQCUMA	Associação Quilombola da Comunidade Urbana do Alto da Maravilha e Adjacências
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCTI	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa
MFC	Médico de Família e Comunidade
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PROFSAUDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
Univasf	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: DESABROCHAR DA SEMENTE.....	13
2	REFLEXÕES TEÓRICAS: A PLANTA GANHANDO FORÇA	17
2.1	SABERES POPULARES EM SAÚDE E COLONIALIDADE	17
2.2	PERSPECTIVAS CONTRA-HEGEMÔNICAS EM SAÚDE	23
2.3	O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E O SUS	26
2.4	PROBLEMATIZANDO A PNPIC E A PNPMF.....	28
3	CAMINHAR METODOLÓGICO: DO FULORAR AOS FRUTOS	36
3.1	PISTAS SOBRE A CARTOGRAFIA.....	36
3.2	O “MUNDO” A SER CARTOGRAFADO	37
3.3	O APRENDIZ DE CARTÓGRAFO	39
3.4	OS FRUTOS PRODUZINDO SEMENTES	40
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	42
4	AS SEMENTES PRODUZIDAS: CONTOS CARTOGRÁFICOS.....	43
4.1	SEMENTE 1: ÁRVORES QUE SÃO RIZOMAS.....	43
4.2	SEMENTE 2: PLANTAS QUE NOS DÃO VIDA.....	49
4.3	SEMENTE 3: MARAVILHOSOS QUINTAIS	55
4.4	SEMENTE 4: REMÉDIO DO MATO OU DA FARMÁCIA?	61
4.5	SEMENTE 5: O MATO TEM MUITA COISA PRA REVELAR	66
4.6	SEMENTE 6: APRENDIZ DE RAIZEIRO.....	71
4.7	SEMENTE 7: INSPIRAÇÕES CAATINGUEIRAS	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA SEMENTE GERA OUTRAS	79
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A - HISTÓRIA CONTADA DE SENHOR DO BONFIM E DO ALTO DA MARAVILHA.....	95
	APÊNDICE B - PROJETO DE LEI.....	109
	APÊNDICE C - SITE DO QUILOMBO URBANO ALTO DA MARAVILHA	113
	APÊNDICE D - FARMÁCIA VIVA.....	115
	ANEXO A - CAPÍTULO DE LIVRO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO	118

1 INTRODUÇÃO: DESABROCHAR DA SEMENTE

Desde a infância, o uso das plantas medicinais sempre esteve presente na minha vida, dos meus familiares e vizinhos. Carrego comigo memórias afetivas dos chás e inalações que melhoravam minhas crises de cansaço; dos banhos e benzimentos para quebranto; e da beleza e dos cheiros dos quintais que eu visitava cheio de plantas medicinais. Essas experiências de criança me despertavam o desejo de aprender estes saberes para poder cuidar das pessoas com as plantas quando crescesse. Com o passar dos anos, ingressei no contexto acadêmico para me formar como médico, mas logo percebi que os conhecimentos transmitidos pela universidade, na maioria das vezes, desconsideram os saberes populares e as plantas medicinais que eram tão enraizadas na minha história.

Foi vivenciando a dicotomia da criança de outrora que queria aprender sobre as plantas medicinais para contribuir com o cuidado das pessoas e do médico em formação que estava cada vez mais preso à biomedicina¹, que me dei conta de que não poderia deixar a doutrina biomédica se sobrepôr a minha história e aos saberes ancestrais que a mim tinham sido confiados. A partir disso, pude percorrer caminhos, principalmente através da extensão universitária e da aproximação com movimentos sociais do campo, que me mostraram que as plantas medicinais e os saberes populares continuam presentes na vida das pessoas e que, para ser médico, eu não precisava desconsiderá-los.

Após encerrar os ciclos da graduação e da residência em Medicina de Família e Comunidade na Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), tive a oportunidade de retornar para Senhor do Bonfim-BA, minha cidade natal. Esse retorno para minhas origens coincidiu com o início da produção desta cartografia e me provocou a buscar um reencontro com as tradições de cura que fizeram parte da minha infância.

Deste modo, o presente estudo pretendeu se enveredar pelas estradas, trilhas, becos, ruas e caminhos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Alto da Maravilha II ao encontro das práticas de cuidado que envolvem as plantas medicinais. Essa USF localiza-se em Senhor do Bonfim-BA e encontra-se inserida no Quilombo Urbano Alto da Maravilha,

¹ Termo vinculado a um “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, delineado por três proposições: caráter generalizante (dirige-se à produção de conteúdos com validade universal, não se ocupando com casos individuais); caráter mecanicista: (naturaliza as máquinas produzidas pela tecnologia humana, tornando o “Universo” uma grande máquina submetido a mecanismos; e caráter analítico (tem o pressuposto de que o funcionamento do todo depende da soma das partes, o que é elucidado por uma abordagem teórica e experimental). Ademais, a biomedicina está relacionada à doutrina médica, que traz a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzidas por lesões (CAMARGO JR., 1997).

abrangendo ainda as serras da Maravilha e do Gado Bravo, onde se encontra o Assentamento da Reforma Agrária Serra Verde.

O fato deste trabalho germinar em um território quilombola que segue resistindo para manter a sua cultura e suas formas tradicionais de cura, bem como a presença das práticas de cuidado a partir das plantas que vivenciei desde criança me motivaram e guiaram em direção ao tema desta pesquisa. Destaco que este estudo foi construído num momento em que iniciei um movimento de resgate dos meus saberes ancestrais relacionados às plantas medicinais com o retorno a minha cidade natal, onde precisei dar abertura ao encontro de saberes com sabedores/sabedoras das práticas de cuidado com as plantas.

A partir dessas inquietações, sigo questionando a minha atuação enquanto médico de família e comunidade (MFC), para não fazer da minha atuação profissional uma aliada da lógica biomédica que despreza os saberes populares. Experiências como a construção de Farmácias Vivas, grupos de plantas medicinais com base na Educação Popular em Saúde (EPS) e a prescrição de plantas medicinais são passos que tenho dado para fazer da Atenção Primária à Saúde (APS) um local que reconheça as formas tradicionais de cuidado. Todavia, tenho percebido que dependendo da forma como trabalhamos com as plantas medicinais no serviço de saúde, podemos reproduzir os vícios da medicalização² e da biomedicina.

Destaco que este trabalho não teve um objetivo rígido e estático, uma vez que percorri caminhos sem seguir regras prontas, pois a cartografia enquanto método de pesquisa-intervenção pressupõe que o pesquisador não tenha o seu trabalho orientado de modo prescritivo com objetivos pré-estabelecidos (PASSOS; BARROS, 2015). Assim, cartografei as afetações surgidas a partir da interação com as pessoas que carregam os saberes populares relacionados às plantas medicinais no contexto da ESF, ao passo que trouxe à tona processos da minha história que envolvem resistências para manter vivas as minhas práticas e crenças sobre os cuidados em saúde com as plantas medicinais, num contexto de formações acadêmicas influenciadas pela colonialidade.

A seguir apresento a organização desta escrita, que tomou como partida uma revisão de literatura que abrangeu a influência da colonialidade sobre os saberes populares em saúde, perspectivas contra hegemônicas no cuidado em saúde, o uso das plantas medicinais no SUS e a problematização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Em seguida foi descrito

² A medicalização pode ser definida como a ampliação da intervenção biomédica a partir da consideração de experiências naturais e comportamentos do ser humano como problemas médicos (TESSER, 2006).

o caminhar metodológico, com as pistas cartográficas que orientaram a realização deste trabalho. Adiante, entraram em cena os resultados, estruturados em contos, representados por sementes, que foram associados a uma discussão e a apresentação de alguns conceitos cartográficos.

A escolha de estruturar os resultados em sete contos/sete sementes se deu a partir de uma inspiração nos aprendizados que tive com minha avó. Eu aprendi com ela que o chá de umburana de cheiro deve ser feito sempre com um número ímpar de sementes, de preferência sete sementes. Por confiar nos seus saberes ancestrais, nunca ousei fazer esse chá com um número par de sementes. Um trabalhador da saúde pode até ter uma formação técnica baseada em estudos científicos que explicam o mecanismo de ação da umburana de cheiro, porém o método científico não dá conta de explicar o porquê da necessidade do número ímpar de sementes para fazer o chá. Certamente os estudos científicos concluíram que o número de sementes não influencia no efeito terapêutico, mas sim o peso/quantidade do princípio ativo. É por isso que, os trabalhadores da saúde, para além de objetivarem deter os conhecimentos sobre as plantas medicinais, enriqueceriam seus processos formativos se estivessem abertos para o encontro com os saberes populares.

Assim, apresento as sete sementes produzidas neste trabalho: a 1, **árvores que são rizomas**, revela a minha conexão com as plantas medicinais, aqui representadas pelas árvores que possuem um grande potencial rizomático. Vale destacar que o rizoma é um conceito chave para compreender os processos cartográficos. Na semente 2, **plantas que nos dão vida**, conto sobre um usuário que me convidou a sair da posição do médico que sabe tudo e ensina como as pessoas devem viver para aprender com ele sobre a produção da vida a partir das plantas. A terceira semente, **maravilhosos quintais**, registra a beleza, a solidariedade, o cuidado e os sentidos produzidos a partir dos quintais do Alto da Maravilha, convidando-nos a perceber que a saúde não é produzida apenas nos consultórios, mas sim nos quintais, nas matas, no território... Em seguida, com a semente 4, **remédio do mato ou da farmácia?**, conto sobre um processo de adoecimento e como me cuidei com as plantas medicinais, trazendo ainda os atravessamentos surgidos a partir dos dilemas de ter precisado também de medicamentos alopáticos. Na quinta semente, **o mato tem muita coisa pra revelar**, trago a provocação de uma guardiã dos saberes populares de aprender a cuidar do outro a partir das matas, um convite para me desterritorializar e reterritorializar; Na semente 6, **aprendiz de raizeiro**, relato como a minha relação com as plantas e o uso das mesmas em processos de cura tem me conduzido a um processo de formação com as plantas medicinais, mas, diferentemente das formações acadêmicas, aqui fui acompanhado pela corporificação e pelos afetos em trânsito; e, por fim, a

última semente, **inspirações caatingueiras**, um relato dos descontentamentos com a lógica capitalista de funcionamento dos serviços de saúde, com destaque para a necessidade de resistirmos na construção de uma nova lógica do cuidado, a partir da proposta devir-raizeiro.

2 REFLEXÕES TEÓRICAS: A PLANTA GANHANDO FORÇA

2.1 SABERES POPULARES EM SAÚDE E COLONIALIDADE

Por milhares de anos a humanidade, com sua capacidade de percepção, procurou enfrentar os processos de adoecimento. A terapêutica, de forma empírica, resultava da afinidade em observar resultados que se perpetuaram por gerações. Dessa forma, antigos chineses cuidavam de bócio tireoidiano com algas marinhas, os povos originários do Brasil utilizavam o óleo de copaíba para cicatrizar feridas e os povos do continente africano recomendavam laranjas para tratar o escorbuto. Assim, cada comunidade, analisou, sentiu e combateu doenças de maneiras diferentes (GURGEL, 2010). Diante disso, pode-se inferir que antes da invasão das terras que hoje chamamos Brasil os povos originários já conviviam com processos de adoecimento e respondiam às doenças com várias formas de cuidado, baseadas nos seus conhecimentos construídos a partir de experimentações e da observação da natureza.

Álvaro Tukano³ nos contou sobre a origem da vida humana e a transmissão de saberes, contando que a chegada do seu povo no mundo veio do outro lado da Terra, a partir do continente asiático, ocupando inicialmente corpos de peixes, passando por lontras, ariranhas, onças, macacos e cobras grandes para que quando chegassem ao corpo humano e fossem experimentar a Ayahuasca tivessem boas mirações. Nesse processo, foram ensinadas todas cerimônias para curar doenças e abençoar os seus filhos, além de cânticos que são preservados até hoje. Tukano destacou que diferentemente dos romanos, judeus e outros povos que têm as suas histórias escritas, o seu povo é da oralidade e está começando a escrever a partir de agora para os seus filhos, de forma que não sejam perdidas suas tradições e que elas possam ser compartilhadas com outros povos (NUCS UFCG, 2021a).

Sobre a visão do corpo, João Paulo Tukano⁴ nos traz uma visão ampliada, a partir das compreensões dos povos indígenas do Alto do Rio Negro, que entendem o corpo como uma síntese de todos os elementos que estão a sua volta, como um microcosmo que é a síntese de tudo: a essência da vida vegetal, da vida água, do ar vida, da luz vida, da terra vida e do humano vida. Dessa forma, conforme essa percepção indígena, o corpo vai muito além da noção

³ Álvaro Tukano, da etnia Tukano, é uma das grandes lideranças indígenas do Brasil, que desde a Ditadura Militar luta e resiste em defesa dos direitos dos povos indígenas (NUCS UFCG, 2021a).

⁴ João Paulo Tukano, é integrante da etnia Tukano, sendo uma referência no reflorescimento da medicina ancestral indígena, sendo um dos organizadores do 1º Centro de Medicina Indígena, localizado em Manaus-AM. Ademais, concluiu o doutorado em Antropologia na Universidade Federal do Amazonas em 2021 (NUCS UFCG, 2021b).

biológica, pois está em uma teia de relações e, por isso, a atuação dos pajés se baseia nos seus conhecimentos sobre a composição do corpo e quais qualidades precisam ser acionadas para promover a cura (NUCS UFCG, 2021b).

O indígena Jecupé⁵ (2020) destacou que para aprender o conhecimento ancestral precisa passar por cerimônias, celebrações e iniciações com objetivo de limpar a mente e aprender os ensinamentos do movimento da natureza interna do ser, destacando que os indígenas desenvolveram e teceram a sua cultura de um modo intimamente ligado à natureza.

Outra matriz que conformou o Brasil, os africanos trouxeram vários elementos místicos de cura (BARBOSA et al., 2016). As terapias de tradição africana, derivadas de vários grupos, influenciaram as práticas terapêuticas e agregaram uma diversidade de plantas medicinais trazidas da África durante os três séculos do tráfico negreiro (HOFFMANN; DOS ANJOS, 2018). Além disso, existem registros de que na época da escravidão, as práticas de saúde destacavam a dimensão religiosa, com os tratamentos sendo permeados pelas crenças nos orixás africanos, na natureza, nos antepassados, nos rituais e no uso de amuletos e plantas, que ainda estão presentes no campo das religiões afrodescendentes (LAGES, 2017).

A partir da cultura iorubá, pode-se compreender que as ervas e suas concepções sobre a saúde chegaram ao Brasil nas mentes e corpos que foram escravizados, se expandindo de uma forma muito eficaz e até hoje é protegida nos terreiros. Uma frase muito comum neste contexto é *kò si ewé, lo si òrìsà!* (sem folha não há orixá), sendo muitas vezes interpretada somente no contexto religioso, mas possui um significado muito mais profundo, revelando que sem contato com a natureza não é possível se conectar com a espiritualidade. Na cultura iorubá, as pessoas consideram-se como parte da natureza, diferentemente da lógica cristã/ocidental, na qual o homem se sobrepõe à natureza (NUCS UFCG, 2021e).

Segundo Krenak⁶ (2019), os brancos da Europa sustentavam a ideia de que poderiam colonizar o resto do mundo a partir da premissa de que eram uma humanidade esclarecida. Para Neves (2008), a imposição do pensamento europeu eliminou muitas formas de produção autônoma de conhecimento, condenando ao esquecimento muitos dos saberes tradicionais dos povos ameríndios. Assim, pode-se admitir tal como aconteceu com os saberes de cura das

⁵ Kaká Werá Jecupé é indígena de origem tapuia, ambientalista, escritor, conferencista e fundador do Instituto Arapoty, organização voltada para a difusão dos valores sagrados e éticos da cultura indígena (JECUPÉ, 2020).

⁶ Ailton Krenak nasceu no território do povo Krenak e é um ativista do movimento socioambiental e da defesa dos direitos indígenas. Destaca-se que a sua luta foi determinante para a conquista do “Capítulo dos índios” na Constituição de 1988. Em 2016 foi-lhe atribuído o título de doutor honoris causa pela Universidade Federal de Juiz de Fora (KRENAK, 2020a).

populações indígenas, a colonização também atuou no sentido de destruir os saberes dos povos escravizados e traficados do continente africano.

Nos processos de resistência dos povos negros, destacam-se os quilombos, sobre os quais Nego Bispo⁷ nos fez lembrar que esse termo foi imposto pelos colonizadores como representação de uma organização criminoso, mas hoje aparece como símbolo da reivindicação de direitos, graças a ressignificação dos povos contra colonizadores, ao transformarem o conceito de algo pejorativo para afirmativo e do crime para o direito (SANTOS, 2015).

É importante destacar que mesmo abominando os saberes dos povos não europeus, quando precisavam, os colonizadores utilizavam os conhecimentos dos povos negros e indígenas. Segundo Edler (2010), nos primeiros três séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu às formas de cura provenientes da Europa, mas quando precisava lutar contra os males que a acometia, não hesitava em se servir dos saberes dos povos indígenas e das curas relacionadas com a magia vinda com os africanos.

Durante todo o período colonial já havia a presença de médicos, cirurgiões e boticários que vinham da Europa, mas constituíam apenas uma ínfima proporção de uma vasta comunidade terapêutica. Mesmo assim, essas categorias exerciam um papel de regulamentar e vigiar as práticas dos terapeutas populares, surgindo então representantes que lutavam ferrenhamente contra as outras práticas de cura populares que eram indissociáveis na experiência de distintos estratos sociais (EDLER, 2010).

Se os curandeiros no Brasil, apesar de menosprezados, eram tolerados, a partir de 1870 passaram a ser perseguidos, o que culminou com o Código Penal de 1890, com a nascente República, onde foi sancionada a perseguição aos terapeutas populares e aos curandeiros, que tiveram o exercício do seu ofício proibido. Tudo isso foi orquestrado pelas associações médicas que reivindicavam o monopólio da assistência médica, associando as práticas populares com fraudes e charlatanismo (EDLER, 2010).

Percebe-se então que as autoridades tinham uma preocupação em diminuir a atuação das práticas de cura popular. Para Borges (2017), os universos das benzedadeiras não implicam apenas a cura, mas também uma sólida rede de interação social que conecta as pessoas, o que sempre preocupou o poder instituído. Em consonância, Costa (2017) apontou que para além de uma forma tradicional de cura, os saberes tradicionais consistem numa forma de resistência

⁷ Antonio Bispo dos Santos, o Nego Bispo, é morador do Quilombo Saco-Curtume, no semiárido piauiense, sendo um ativista político e militante nos movimentos de luta pela terra e no movimento social quilombola. Bispo é lavrador, formado por mestras e mestres de ofícios e foi professor da disciplina Encontro de Saberes na UnB em 2012 e 2013 (SANTOS, A. B., 2018).

cultural, que, ao serem transmitidos, colaboram com a preservação da memória coletiva e com a integração de diferentes saberes no processo saúde-doença.

Dessa forma, a medicina oficial já se iniciava atrelada ao controle dos corpos e ao esvaziamento dos saberes terapêuticos populares. No final do século XIX, o processo de urbanização e o crescimento da população do Brasil, associado à ausência de infraestrutura básica, implicou em graves problemas de saúde pública. Com a herança de um passado colonial e escravista, o Brasil possuía o desafio de mudar suas condições de saúde, o que resultou no ganho de força da medicina para intervir na sociedade, tornando-se cada vez mais diferenciada dos vastos grupos populares que se dedicavam ao ofício da cura (EDLER, 2010).

Se o empirismo seguia influenciando a medicina (e ainda influencia), a partir do século XIX foi fortalecida a biologia científica, aflorando a fisiologia, a bacteriologia, a patologia celular e o desenvolvimento das pesquisas. Surgiu, então, a medicina moderna, que direciona suas ações para a busca de um estado biológico normal, o que exige altos custos e alta tecnologia (BACKES, 2009). Camargo Jr. (1997) apontou que a racionalidade biomédica se originou como uma medicina do corpo, da lesão e das doenças, a partir de uma nova ciência que prezava pela necessidade da objetividade. Esse autor expôs também que a incorporação da anatomia patológica se configurou como importante marco, iniciando um processo que consolidou a caracterização das doenças como expressão de lesões celulares, não mais como fenômeno vital, o que tornou a concepção de doença como a categoria central do saber e da prática médica.

Essa atuação do modelo biomédico desvincula a pessoa das suas crenças, visões de mundo, espiritualidade e da relação com a natureza, menosprezando a concepção do processo saúde-doença dos povos tradicionais. Nesse sentido, Gurgel (2010) constatou que a humanidade vem perdendo cada vez mais a capacidade de observar os fenômenos naturais, devido o processo “civilizatório”, problematizando que a medicina atual, apesar de munida de uma tecnologia cada vez maior, tem se afastado das pessoas e do corpo, se aproximando das máquinas e laboratórios.

O conjunto de saberes constituídos pelos povos tradicionais por meio da observação, da intuição e oralidade e produzidos a partir do desenvolvimento do ser foram denominados por Nego Bispo como saberes orgânicos, em contraposição ao saber produzido pelo meio científico que foi chamado de conhecimento sintético, desconectado da vida, voltado para a produção de coisas, ou seja, focado no ter (SANTOS, A. B., 2018).

Compreendemos que há um saber orgânico e um saber sintético. Enquanto o saber orgânico é o saber que se desenvolve desenvolvendo o ser, o saber sintético é o que se desenvolve desenvolvendo o ter. Somos operadores do

saber orgânico e os colonialistas são operadores do sintético (SANTOS, A. B., 2018, p.6).

Para ilustrar os saberes orgânicos e sintéticos em relação às plantas medicinais, trago as reflexões de Cristine Takuá⁸ sobre uma planta mestra, o tabaco, que é importante para diversos povos indígenas, pois cura doenças espirituais muito profundas, assim como a folha da coca. No entanto, os não indígenas transformaram o tabaco no cigarro, que causa dependência e doenças como o câncer. Isso demonstra que, ao querer transformar tudo em dinheiro, a sociedade acaba fazendo com que elementos ancestrais de cura causem doenças ou até sejam criminalizados (NUCS UFCG, 2021c). Dessa forma, podemos perceber que o tabaco, da forma utilizada pelos indígenas, representa o saber orgânico, ao passo que ao ser transformado no cigarro passa a constituir um produto do saber sintético.

A partir do colonialismo, os saberes orgânicos foram e continuam sendo ameaçados pelo epistemicídio⁹. Para Bispo, colonizar é humilhar, destruir, subjugar ou escravizar trajetórias de um povo que possui uma matriz cultural original diferente da sua (SANTOS, A. B., 2018). Na esteira da colonização, o autor sugere a contra colonização como todos os processos de luta e resistência para defender os territórios, os símbolos, as significações e os modos de vida praticados nos territórios contra colonizadores (SANTOS, 2015).

Para além da discussão do colonialismo de Nego Bispo, enquanto representante vivo da luta pela contracolonização, trago as reflexões teóricas de Quijano (2005) sobre a colonialidade. Este conceito foi formulado a partir de reflexões sobre o padrão de poder, surgido com o capitalismo colonial/moderno e eurocentrado, que tem como eixo central a classificação social da população segundo a ideia de raça, uma construção que reflete a dominação colonial e que, desde então, permeia as dimensões do poder mundial. A partir da exploração da América, foram instituídas hierarquizações e naturalizaram-se as relações coloniais de dominação, representando uma maneira de legitimar as práticas de superioridade dos dominantes (europeus) contra os dominados (negros, indígenas e mestiços), tornando-se, até então, um durável e eficaz instrumento de dominação social universal (QUIJANO, 2005).

Para esse mesmo autor, a partir da posição privilegiada conquistada com a América, os europeus adquiriram uma vantagem decisiva para disputar o controle do comércio mundial. Todavia, já com a condição de centralizadora do capitalismo mundial, a Europa não tinha

⁸ Cristine Takuá faz parte do território indígena Rio Silveira e é diretora do Instituto Maracá, educadora e professora, formada em Filosofia, com trabalhos na área das epistemologias indígenas (NUCS UFCG, 2021c).

⁹ Termo desenvolvido por Boaventura que representa o não reconhecimento da validade dos outros tipos de conhecimento do mundo que não foram produzidos pela ciência moderna, resultando na destruição de uma imensa variedade de saberes que prevalecia em diversas sociedades (SANTOS, B. S., 2018).

controle só sobre o mercado mundial mas, também, conseguiu impor o seu domínio colonial sobre todo o planeta, implicando em um processo de re-identificação histórica para as distintas regiões e populações, sendo atribuídas novas identidades geoculturais, que significou para o resto do mundo o controle da cultura, das subjetividades e do conhecimento (QUIJANO, 2005).

Derivada da colonialidade do poder, a categoria colonialidade do saber ressalta a dimensão epistêmica da colonialidade, referindo-se ao efeito de subalternização, folclorização e invisibilização de uma diversidade de conhecimentos que não estão de acordo com os modos de produção de conhecimentos ocidental (RESTREPO, 2010). Para Castro-Gómez (2005) a colonialidade do saber e a colonialidade do poder estão localizadas em uma mesma matriz constitutiva.

A colonialidade do saber se organiza como uma arrogância epistêmica daqueles que se consideram modernos e proprietários da verdade, acreditando que podem manipular o mundo de acordo com os seus interesses. Dessa maneira, as formas de produção de conhecimentos que estão associadas aos povos não europeus são taxadas como ignorantes, menosprezadas e inferiorizadas. No entanto, quando estão de acordo com os interesses europeus, esses saberes são apropriados pelos meios de produção de conhecimento teológico, filosófico e científico da Europa (RESTREPO, 2010). Com efeito, os processos de colonialidade do poder e do saber culminaram com a validação dos conhecimentos europeus, ao passo que os saberes orgânicos das mais diversas sociedades sofreram com o processo de epistemicídio, o que também afetou os saberes relacionados ao cuidado em saúde.

Apesar da colonialidade e seus efeitos, vale destacar que a evolução da espécie humana só foi possível graças ao acúmulo de conhecimentos práticos e saberes intuitivos, que possibilitaram a sua evolução e existência até a atualidade. Nesse processo, houve uma seleção de saberes que partiram da relação com a natureza, foram reproduzidos e repassados para novas gerações. Assim, passaram a se estabelecer como saberes populares, que são fundamentados em conhecimentos intuitivos proporcionados pela tradição da prática social do ser humano e sua existência (SILVA; MELO NETO, 2015). Kuster (2019) corroborou com isso, apontando que as práticas sociais do cotidiano, aliadas à necessidade de buscar a sobrevivência, resultam em saberes diferentes em cada comunidade, destacando ainda que os saberes populares variam em relação a cada região, crenças, origens e costumes e quando isolados, revelam a vivência e a realidade de cada ser humano.

Diante do exposto, foi possível perceber como os saberes populares estão sendo submetidos a um epistemicídio massivo com o processo da colonialidade, o que também tem violentado as formas tradicionais de cuidado que envolvem as plantas medicinais,

comprometendo a transmissão dos saberes relacionados a essas plantas, uma vez que a biomedicina foi imposta como a forma oficial de “cuidar da saúde”.

Nesse contexto, o colonialismo como alicerce do mundo moderno exerce violências contra os territórios e saberes dos povos não europeus, ao passo que o avanço do capital ameaça os modos de existência e os conhecimentos desses povos (WEDIG; RAMOS, 2020), comprometendo, assim, a transmissão dos saberes populares relacionados às plantas medicinais. Nesse sentido, é preciso destacar que a institucionalização da saúde e a alopatia, associadas às mudanças da nova ordem cultural advindas do capitalismo, atuaram perseguindo e proibindo as práticas de saúde, incluindo as plantas medicinais, que não faziam parte do saber especializado e comprovado pela lógica científica, ao impor o reconhecimento social e a valorização do saber médico (ALVIM et al., 2006).

2.2 PERSPECTIVAS CONTRA-HEGEMÔNICAS EM SAÚDE

A partir da década de 70 houve alguns avanços institucionais no sentido de promover o diálogo entre a biomedicina e os saberes populares do cuidado em saúde. Como exemplo tem-se o reconhecimento da importância de valorizar as práticas tradicionais e de incorporar remédios tradicionais para assegurar os cuidados primários em saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que culminou, em 1978, na Declaração de Alma-Ata, com a expressão da importância desses saberes (OMS, 1979). Desde então, a OMS vem reconhecendo a importância das plantas medicinais, uma vez que cerca de 80% da população mundial usa essas plantas ou suas preparações (BRASIL, 2006).

A Declaração de Alma-Ata produziu várias mudanças que proporcionaram o resgate no meio científico de algumas práticas populares no sentido de atuarem como complementares às práticas vigentes de saúde, uma vez que a falta de êxito do modelo biologicista, as iatrogenias causadas pelo uso de medicações alopáticas e a comprovação científica do uso de algumas plantas medicinais proporcionaram essa mudança (ALVIM et al., 2006). Esse reconhecimento global passou a influenciar as ideias do movimento da Reforma Sanitária, que incluiu em suas bandeiras de luta a implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as plantas medicinais.

A partir de então, em junho de 2003, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para iniciar a construção da PNPIC no SUS, que foi publicada em 2006, contemplando sistemas e recursos que envolvem abordagens de mecanismos naturais de prevenção e a recuperação da saúde com ênfase no vínculo terapêutico e na integração do ser humano com a

sociedade e com o meio ambiente, repercutindo também na publicação da PNPMF (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015). Apesar desses avanços institucionais no âmbito internacional e no SUS, os mesmos não foram capazes de alterar a hegemonia do modelo biomédico, que segue mantendo o exercício da colonialidade contra os saberes populares.

Autoras como Cristine Takuá, ao falar das práticas de saberes de cura, de cuidado e de atenção com o corpo destacou a necessidade de decolonizar o pensamento, apontando que as indústrias farmacêuticas têm assumido um monopólio na vida das pessoas, tornando-as escravas de uma cura que não cura, mas vicia. Em contraponto, destacou que a floresta pulsa e cura quem acredita, respeita e segue seus ensinamentos, revelando que os anciãos, as parteiras e os/as rezadores/rezadeiras não escrevem livros sobre os seus saberes, mas mantêm uma memória ancestral muito valiosa que possibilita a cura e a resistência à monocultura imposta pela sociedade não indígena (NUCS UFCG, 2021c).

Camacho Hinojosa (2011) denunciou que existe uma imposição da forma de viver ligada à estrutura econômica atual, como se a sabedoria dos povos originários não fosse suficiente. A partir dessa constatação ela defende que o direito à saúde para os povos não se resume à medicação ou à prática médica ocidental mas, sim, ao respeito profundo às particularidades da concepção do mundo e da vida. Nesse contexto de pouco (ou nenhum) reconhecimento pela biomedicina, os saberes populares seguem sendo importantes nos processos de saúde e doença. Ao envolverem ações colocadas em prática pelas pessoas quando enfrentam aflições e infortúnios da vida, os saberes populares abrangem outras dimensões para além daquelas contempladas pela lógica do paradigma biomédico.

Várias tradições como as dos/das rezadores/rezadeiras, benzedores/benzedadeiras, parteiras, pessoas que trabalham com ervas medicinais, entre outros curadores/curadoras populares, consistem em valiosos e importantes recursos para a manutenção da saúde, que precisam ser valorizados enquanto parte do pluralismo de saberes que assume papel central no cuidado em saúde de vários atores sociais (LANGDON, 2015).

Reconhecendo que os saberes populares precisam resistir às relações de poder, Camacho Hinojosa (2011) teceu críticas à interculturalidade, que propõe que uma cultura respeite a outra, de forma que possam ser trabalhadas juntas, mas, para além de relação de respeito, não são questionadas as relações de poder que provocam adoecimentos e morte, além de gerar uma macro cultura dominante que impõe que todos sejam iguais para comer, viver da mesma forma e seguir a mesma medicina, por exemplo, sem respeitar outros povos que vivem de maneiras diversas. Então, essa autora propôs a interculturalidade contra hegemônica como possibilidade de reconstrução, a partir do respeito à vida e do questionamento do modelo da

cultura dominante que só respeita o dinheiro. Em suas palavras (Camacho Hinojosa, 2011, p.43):

Desde la interculturalidad contra-hegemónica en salud pretendemos reivindicar la dignidad para vivir de la forma mas bella y libre posible, sin dañar sin manipular, sin comerciar con nuestros sentires profundos, porque todavía queda mucho que el sistema nunca podrá tener de nosotros y una de estas cosas es nuestra fuerza de autodeterminación, por amor solidario entre los que conocemos y los que no conocemos pero sabemos que vienen después de nosotros. Porque como dicen nuestros compañeros de camino con voces sencillas y coherentes: Salud es vivir sin Humillaciones.

Meneses (2004), ao analisar a saúde em Moçambique, relatou a presença da dicotomia oficial/não oficial definida pelo Estado, onde a medicina oficial recebe apoio e a medicina que não é reconhecida como estatal é tolerada, mas continua sendo ignorada. Diante disso é apresentado o conceito de intermedicina, que significa uma mistura de várias medicinas, sendo que através das várias possibilidades terapêuticas constituem uma constelação de saberes distintos. Ademais, a autora afirma que esse mosaico de conhecimentos garante o exercício democrático do saber/poder a partir do diálogo, assumindo um caráter emancipatório. Destacando ainda que a partir da ligação de diversos atores e formas de resistência é possível elaborar uma perspectiva contrahegemônica.

No processo de formação universitária, uma fonte de inspiração vem de experiências de algumas Universidade federais brasileiras, lideradas pelo pioneirismo do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa (INCTI) da Universidade de Brasília (CARVALHO, 2015), quando instituíram o projeto “Encontro de Saberes”. Este projeto busca descolonizar o modelo de conhecimento ensinado nas universidades e caracteriza-se como uma proposta de formação intercultural para o ensino formal, com a potência de promover a inclusão das artes e saberes tradicionais na estrutura curricular de cursos de graduação e pós-graduação, tendo como docentes mestres e mestradas tradicionais.

Tais proposições contra hegemônicas apresentadas se contrapõem à supremacia da biomedicina e relacionam-se com os princípios do Bem Viver. Conforme Acosta (2016), significa viver em convivência e aprendizado com a natureza, a partir do reconhecimento que somos parte dela e que não podemos seguir vivendo à parte dos outros seres do planeta, através da recuperação da sabedoria ancestral que rompe com o processo alienante do capitalismo que transforma todos e tudo em coisa. Dessa forma, o Bem Viver cria possibilidades de diálogo e abre as portas para reflexões destinadas à subversão da ordem conceitual imperante, possibilitando construções coletivas de pontes entre os saberes ancestrais e modernos, ao assumir que a construção do conhecimento é fruto de um processo social.

Portanto, é necessário que as práticas de cuidado dos serviços de saúde do SUS se inspirem nas perspectivas contra-hegemônicas para além do previsto na legislação da PNPIC e da PNPMF, como a intermedicina, a interculturalidade contra-hegemônica e na formação profissional o encontro de saberes. Só a partir da abertura aos saberes das pessoas do território, através do diálogo e do reconhecimento que a ciência moderna é incapaz de sistematizar a complexidade dos cuidados em saúde, é possível decolonizar o cuidado em saúde.

2.3 O USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E O SUS

As plantas medicinais consistem numa forma importante do cuidado em saúde das pessoas (BADKE, 2016). Muitas vezes, as plantas se apresentam como a primeira forma de tratamento para diversas doenças, mesmo quando os serviços de saúde estão por perto (DUARTE et al., 2020; SIQUEIRA, 2006) e independentemente da aprovação dos profissionais (ARAÚJO, 2000). Esse saber, por estar presente no cotidiano da vida das pessoas, é repassado ao longo das gerações, permanecendo vivo como patrimônio cultural imaterial, na categoria dos saberes e crenças que fazem parte da vida de um povo (BALDIN; ACOSTA, 2017), compondo um vasto mosaico do uso de plantas medicinais, relacionado a abertura de caminhos, cuidados espirituais, combate à inveja, dentre outros usos (FREITAS E SILVA, 2014).

Segundo Lopes (2016), o reconhecimento dos saberes populares consiste num desafio para profissionais da saúde e o olhar sob a perspectiva da integralidade exige que as práticas dos trabalhadores formados sob a lógica biomédica sejam articuladas com as práticas populares, no sentido de reconhecê-las como necessárias e efetivas. Neste contexto, Acioli et al. (2016) relataram que a APS pode ter práticas mais resolutivas quando apoiada no respeito mútuo entre os conhecimentos populares e científicos. Ademais, estudos no âmbito da APS demonstram que os saberes populares podem resultar na aproximação dos usuários¹⁰ com os trabalhadores de saúde, ao ampliar as opções terapêuticas e de cuidado, sejam institucionais ou não institucionais (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; CEOLIN et al., 2017).

Junges et al. (2011) reconheceram que existem três visões na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a relação entre os saberes populares e científicos: a sobreposição de um saber sobre o outro que evidencia a superioridade de um determinado conhecimento; a tolerância do saber científico sobre o popular, que é vista como uma forma de engajar o usuário

¹⁰ O termo usuário aqui é utilizado como referência às pessoas que utilizam o SUS, contrapondo-se ao termo paciente (indica que a pessoa que se submete passivamente ao tratamento) e ao termo cliente (associado a uma lógica mercadológica).

no tratamento proposto, mesmo quando as representações da pessoa não fazem sentido para o trabalhador da saúde; e a integração entre esses saberes, que permite a valorização de diferentes contextos, bem como da realidade dos usuários. Nesse trabalho, concluiu-se que só uma menor parte dos trabalhadores da saúde participantes do estudo valorizam os saberes populares e utilizam-nos de maneira complementar aos saberes científicos, ainda destacou que essa minoria é composta por trabalhadores engajados que têm o perfil adequado para lidar com a diversidade das pessoas, como proposto pela ESF.

Entre as múltiplas possibilidades terapêuticas incluídas nas PICS, destaca-se a fitoterapia¹¹ como um eixo importante a ser inserido no cuidado através da APS (COSTA et al., 2019). Entre os benefícios das plantas medicinais na APS, destaca-se a revitalização do saber popular das comunidades; o estreitamento dos laços entre a equipe de saúde da família e os usuários; o empoderamento da população e profissionais sobre o uso das plantas como forma de cuidado; além da possibilidade de reduzir a medicalização excessiva (BRASIL, 2012).

Ao investigar oferta das PICS na APS, um estudo brasileiro baseado nos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS, encontrou entre os resultados que o uso de “Plantas Medicinais e Fitoterapia” foi a prática mais ofertada (17,5%), enquanto que nos dados do PMAQ esta categoria foi a segunda oferta mais frequente, com 12,1% (BARBOSA et al., 2020). Ademais, estima-se que 82% da população brasileira utiliza as plantas medicinais no seu cuidado com a saúde, seja através do uso popular e dos conhecimentos tradicionais, ou de orientações e prescrições no SUS (BRASIL, 2012).

Apesar dos dados anteriores demonstrarem a difusão das plantas medicinais na população do Brasil e revelarem que ela é, entre as PICS, a prática mais difundida no SUS, Cortez e Jeukens (2017) problematizaram que mesmo diante de iniciativas oficiais de apoio às plantas medicinais na APS, ela ainda é precária, principalmente por causa da falta de profissionais com experiência nessa prática para implantá-la nos serviços de saúde.

Corroborando com isso, estudos que tiveram como cenário a APS brasileira demonstraram que os profissionais de saúde compreendem a importância e acreditam no efeito terapêutico da fitoterapia, mas, não conseguem incorporá-la à prática de trabalho devido

¹¹ O termo fitoterapia aparece nesse trabalho nas citações dos artigos consultados. Todavia, o termo plantas medicinais é utilizado preferencialmente, por ser enraizado nos meios populares, enquanto que a fitoterapia representa a validação ou a subordinação desses saberes pela ciência moderna. Embora o Ministério da Saúde tenha publicações que trazem à tona o termo “fitoterapia popular” (BRASIL, 2012) defendendo que o uso do termo fitoterapia, por si só, representa uma subordinação à ciência moderna, o que promove o esvaziamento dos aspectos culturais e dos sentidos relacionados ao uso popular das plantas medicinais.

ausência de formação (CORTEZ; JEUKENS, 2017; MACEDO, 2016; NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016; VALERIANO et al. 2017). Diante disso, Costa et al. (2019) e Vieira (2019) trouxeram à tona que para tornar a fitoterapia efetiva na APS é imprescindível a formação e habilitação dos profissionais na área das plantas medicinais.

Todavia, é essencial compreender que o uso das plantas medicinais independe da formação/ habilitação dos trabalhadores da saúde, pois está enraizado nos saberes populares. Embora seja importante que esses trabalhadores tenham conhecimentos científicos sobre as plantas, esses saberes técnicos não podem se sobrepor aos conhecimentos da população, uma vez que isso reforça a lógica biomédica. A vastidão e a pluralidade dos saberes populares relacionados às plantas medicinais não cabem dentro do método científico tradicional, uma vez que não se restringe ao conhecimento sobre princípios ativos, mas envolve aspectos intuitivos que têm como origem um saber diferente do científico e, por isso, torna intangível ao conhecimento formal. Neste sentido, o caminho é o cuidado complementar conforme proposto pela interculturalidade e intermedicina.

2.4 PROBLEMATIZANDO A PNPIC E A PNPMF

No âmbito do SUS, podemos considerar que entre as políticas criadas após a Constituição de 1988, a PNPIC, instituída em 2006, seria aquela com potencial para induzir o estímulo de mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde a partir dos conhecimentos tradicionais originários do contexto brasileiro.

A construção da PNPIC concretizou uma etapa para formulação da PNPMF (BRASIL, 2015). Esta política também foi influenciada por recomendações da OMS e orientações das Conferências Nacionais de Saúde, sendo que sua construção se deu a partir de 2005, por meio de uma comissão interministerial que envolveu vários níveis e instâncias do governo e da sociedade, de forma participativa e democrática (BRASIL, 2006). Estas políticas apresentam outras possibilidades de cuidado no âmbito do SUS, tributárias de outras racionalidades médicas¹², portanto, representando um avanço para o sistema.

A seguir são apresentados os objetivos e diretrizes da PNPIC e da PNPMF (Quadros 1 e 2) com a intencionalidade de refletir sobre a influência da colonialidade do saber na

¹² O termo racionalidade médica foi desenvolvido para comparar e investigar sistemas médicos complexos. Para um sistema de cuidado/cura ser considerado uma racionalidade médica são necessárias seis dimensões constituintes: uma doutrina médica (concepções e explicações gerais sobre saúde, vida, cura e adoecimento), uma dinâmica vital (equivalente à fisiologia, na biomedicina), uma morfologia (ou anatomia, na biociência), um sistema diagnóstico, um sistema terapêutico e uma cosmovisão ou cosmologia (TESSER; LUZ, 2018).

formulação dessas políticas. Ao analisá-los é possível perceber que os itens que tratam do reconhecimento dos saberes tradicionais e populares são pontuais, encontrando-se destacados em negrito nos quadros.

Ao analisar os objetivos da PNPIC (Quadro 1) é notória a ausência dos saberes tradicionais e populares, tornando perceptível que a Política atua no sentido de implementar outras racionalidades no SUS, para além da biomedicina, por meio de um movimento que reconhece práticas já institucionalizadas, mas não fomenta o diálogo do SUS com a diversidade de práticas populares e tradicionais de fazer saúde no Brasil.

Quadro 1 - Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) - em negrito a presença do saber tradicional/popular

<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; • Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; • Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; • Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.
<p>IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; 2. Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS; 3. Formação e educação permanente dos profissionais de Saúde em plantas medicinais e fitoterapia; 4. Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS; 5. Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social; 6. Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS; 7. Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País; 8. Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; 9. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Fonte: elaboração própria, 2021.

Ademais, em várias diretrizes da PNPIC da área de plantas medicinais e fitoterapia percebe-se um distanciamento do saber popular e aproximação com a validação científica, conforme pode ser exemplificado a partir da análise das diretrizes 1 a 5 (Quadro 1). Essas foram selecionadas para uma análise mais cuidadosa porque definem os pressupostos da política e as ações que orientam as diretrizes 6 até a 9.

Ao analisar as diretrizes 1 e 2 (Quadro 1), percebe-se uma orientação para utilização de plantas medicinais já cadastradas e utilizadas em programas estaduais e municipais ou que

constam na Relação Nacional de Plantas Medicinais (BRASIL, 2015). Sendo assim, considerando estas diretrizes é possível refletir sobre duas perspectivas, uma delas refere-se ao fato de não ter considerado aquelas utilizadas no dia-a-dia das comunidades, que são muito mais diversas do que as que já foram submetidas a um reconhecimento institucional. Por outro lado, percebe-se que a PNPIC preconizou a inserção das plantas no cuidado em saúde pelos trabalhadores, atribuindo a estes a autoridade para a orientação de uso, sem, contudo, estimular a interação destes com as formas populares de cura, expressando a continuidade de práticas heterônomas que caracterizam o cuidado hegemônico em saúde.

A diretriz 3 da PNPIC (Quadro 1) trata sobre a educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2015). Destacamos que a mesma não prevê o envolvimento de representantes populares como facilitadores dos processos formativos, o que seria essencial, com vistas a promover uma mais efetiva valorização dos saberes populares. Estudos (CORTEZ, JEUKENS, 2017; COSTA et al., 2019; MACEDO, 2016; NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016; VALERIANO et al. 2017; VIEIRA 2019) apontaram que existem lacunas na formação dos trabalhadores em saúde no uso das plantas medicinais. Todavia, é essencial compreender que este uso independe da formação/ habilitação desses, pois está enraizado nos saberes populares. Por isso, para além da formação técnica, ressaltamos, como mais importante, a instituição de espaços de diálogo dos trabalhadores em saúde com os saberes da comunidade, desta forma seria possível a construção de cuidado integral em consonância com as práticas e saberes da realidade local.

A diretriz 4 da PNPIC (Quadro 1) dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS (BRASIL, 2015). No seu enunciado não ficou explícita a importância da participação popular neste processo, logo pode gerar o entendimento de que o mesmo deve ser feito somente pelos trabalhadores e gestores da saúde. Esta questão pode ser minimizada, visto que a diretriz 5 prevê o fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social. De um modo geral, podemos depreender desta análise que o conhecimento tradicional recebeu destaque apenas na diretriz 5. Na diretiva em tela, verificamos que ocorreu um destaque para a importância do resgate e da valorização do conhecimento tradicional, além da promoção da troca de saberes entre representantes do saber popular e científico.

Como já exposto, a consolidação da PNPIC concretizou uma etapa para a formulação da PNPMF (BRASIL, 2015), que foi publicada também em 2006 e, por propor a valorização e preservação do conhecimento de comunidades tradicionais e indígenas (BRASIL, 2006) de forma mais marcante do que a PNPIC, considero que a mesma representou um avanço no

reconhecimento dos saberes populares relacionados às plantas medicinais. A seguir apresentaremos o que consideramos avanço desta política em relação a PNPIC, no que diz respeito ao encontro com os saberes populares.

Diferentemente da PNPIC, a PNPMF considerou o conhecimento tradicional entre os seus objetivos, como exposto no Quadro 2. Entre as suas 17 diretrizes, observamos que a de número 10 abordou com maior ênfase os saberes tradicionais, prevendo a promoção e o reconhecimento das práticas populares de uso das plantas medicinais e dos remédios caseiros. Esta diretriz propõe a criação de parcerias entre o governo e os movimentos sociais; a promoção de ações de salvaguarda do patrimônio imaterial (transmissão entre gerações) relacionado às plantas medicinais; e o apoio às iniciativas comunitárias para organizar o reconhecimento dos conhecimentos populares e tradicionais (BRASIL, 2006).

No detalhamento da diretriz 11 (Quadro 2), a PNPMF, também, propôs o resgate e a valorização do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais, embora o faça no sentido de promover boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos, conforme legislação específica. Ressaltamos que esta orientação pode implicar no uso dos saberes populares para fomentar uma lógica de produtividade que, não necessariamente, atenda aos interesses dos povos e comunidades tradicionais.

Em que pese a 12ª diretriz (Quadro 2) trata da repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais, visando a proteção dos mesmos e da propriedade intelectual na área das plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006).

Outra consideração importante da PNPMF, ausente na PNPIC, é a promoção da agricultura familiar, que se faz presente em vários locais da política, em especial na diretriz 13 (Quadro 2) que trata diretamente dessa questão.

Ademais, no texto das duas políticas em tela foi perceptível o movimento de adequar o uso das plantas medicinais, com vistas a atender ao método científico e a lógica biomédica, logo faz-se necessário alertar que dessa forma as políticas podem comprometer a vasta forma de uso dessas plantas nas comunidades. Adicionalmente, vale destacar que na análise das políticas há uma marcante presença do termo “medicamentos”, enquanto que o indicações de uso de chás, ervas para banhos, rezas, benzimentos, escalda-pés não apareceram nos textos de ambas, com isso podemos apontar que diversas maneiras de uso das plantas medicinais no Brasil, não foram consideradas.

Quadro 2 - Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) - em negrito a presença do saber tradicional/popular

<p>OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (PMF), promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional; • Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais; • Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de PMF a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países; • Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em PMF, nas diversas fases da cadeia produtiva; • Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de PMF e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo; • Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.
<p>DIRETRIZES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regular o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de PMF, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização; 2. Promover a Formação técnico-científica e capacitação no setor de PMF; 3. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em PMF; 4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor PMF; 5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população; 6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações Não Governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos; 7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos; 8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de PMF; 9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a PMF; 10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; 11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica; 12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético; 13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos; 14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial; 15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de PMF; 16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado; 17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

Fonte: elaboração própria, 2021.

Diante do exposto até o momento, é importante trazer à baila que os saberes populares não foram considerados na concepção da PNPMF, visto que o diagnóstico situacional realizado, apesar de importante por reconhecer a existência de outras racionalidades no SUS, para além da biomedicina, se fez limitado por manter excluídas as práticas de saúde tradicionais dos

diversos povos do Brasil, uma vez que só considerou práticas já institucionalizadas e distantes da realidade dos brasileiros.

Ao abordar as plantas medicinais e a fitoterapia, a PNPIC considerou que o uso das plantas na arte de curar é uma forma de tratamento que remete a origens muito antigas e é fundamentada pelo acúmulo de saberes de diversas gerações. Todavia, em vários momentos, a política submeteu o conhecimento popular sobre plantas medicinais a uma validação científica. Isso pode ser percebido no seguinte trecho da PNPIC: “o Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como [...] uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.” (BRASIL, 2015, p. 22). Deste modo, verificamos que a política não ousou romper com o instituído e pouco avançou em reconhecer, em dar visibilidade e em orientar a construção de novas práticas em saúde que integrassem as diversas formas históricas de cuidado em saúde no Brasil, por meio das plantas medicinais. Neste contexto, as comunidades tradicionais e seus saberes e práticas de cura seguem resistindo para não serem aniquiladas pelo colonialismo.

Em relação à PNPMF, mesmo representando avanços em relação às lacunas existentes na PNPIC no que diz a respeito dos saberes populares, é preciso apontar que os mesmos aparecem somente em 4 diretrizes, enquanto que as demais seguem sob a perspectiva da produção industrial e do uso validado pelo método científico. Além de estarem presentes na minoria das diretrizes, a forma que os saberes populares e tradicionais estão colocados na política mantém a invisibilização dos mesmos, como também, não faz referência à necessidade de um diálogo intercultural entre estes saberes e práticas tradicionais de cuidado em saúde com o saber biomédico.

Para ilustrar, a diretriz 11 da PNPMF, já exposta anteriormente por prever o resgate do conhecimento tradicional, atua na perspectiva de “promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica” (BRASIL, 2006, p. 26). Esta submissão à legislação da produção de fitoterápicos segue a lógica da indústria e não contempla a diversidade do uso das plantas medicinais pelos povos tradicionais. O cultivo de plantas nos quintais ou nas roças e o extrativismo de cascas, sementes e folhas das matas, tão comuns no Brasil, são desconsiderados, embora representem as principais formas de acesso às plantas medicinais pela população.

É preciso destacar que apesar do potencial das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, as mesmas ainda enfrentam questionamentos, pois ao não reconhecerem práticas e saberes tradicionais provenientes das matrizes indígenas e africanas, o colonialismo tende a se reproduzir (GUIMARÃES, et al., 2020). Por exemplo, ao analisar os textos da PNPIC e PNPMF

foi perceptível o movimento de adequar o uso das plantas medicinais, com vistas a atender ao método científico e a lógica biomédica, logo faz-se necessário alertar que dessa forma as políticas podem comprometer a vasta forma de uso dessas plantas nas comunidades. Adicionalmente, vale destacar que na análise das políticas há uma marcante presença do termo “medicamentos”, enquanto que indicações de uso de chás, ervas para banhos, rezas, benzimentos, escalda-pés não apareceram nos textos de ambas, com isso podemos apontar que diversas maneiras de uso das plantas medicinais no Brasil, não foram consideradas.

A não incorporação da medicina tradicional indígena e das diversas formas das comunidades negras, periféricas, do campo, das florestas e das águas lidarem com o processo saúde-doença fez com que a PNPIC mantivesse invisibilizados os saberes desses povos, reforçando a hegemonia do poder e do saber colonial. Mesmo sendo ampliada em 2017 e 2018, quando a PNPIC passou a contar com 29 práticas, tal invisibilização foi mantida, uma vez que, este movimento de ampliação não criou estratégias para acolher as diversidades culturais do Brasil e não foi discutido com os profissionais e pesquisadores da área (GUIMARÃES et al., 2020).

Essa exclusão das medicinas indígenas e negras na elaboração dessas políticas do SUS representa o racismo institucional, uma vez que as práticas tradicionais de outros povos, que são bem menos expressivos na composição da população brasileira, como os chineses e indianos, se fazem presentes nessas políticas. Além disso, é preciso reconhecer o impacto da lógica da antinegitude¹³ no SUS que, assim como nos demais espaços da sociedade, resulta na negação da existência dos povos negros e de tudo que está ligado a esses povos, fazendo com que o SUS não reconheça as práticas de cuidado relacionadas à negritude.

No âmbito do SUS, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que expressa a importância dos saberes populares, sendo prevista em uma diretriz a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (BRASIL, 2017, p. 31). Tal política tem como eixo central o reconhecimento da necessidade de combater as desigualdades no SUS e promover a saúde da população negra de maneira integral, considerando que injustos processos socioeconômicos e culturais (com destaque para o racismo) corroboram com a mortalidade das populações negras no Brasil e resultam em iniquidades em saúde.

¹³ A antinegitude, para Vargas (2020), torna abjeto tudo aquilo que está relacionado à negritude, fazendo com que os espaços marcados pela negritude (sejam físicos, metafísicos, ontológicos ou sociais) se tornem em não lugares.

Ademais, com estas inquietações a partir da análise da PNPIC e da PNPMF, é preciso se inspirar na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS, que através dos princípios do diálogo, da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e do compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013) traz caminhos que poderiam ser incorporados na PNPIC e na PNPMF e que podem mobilizar os trabalhadores da saúde a reconhecerem a diversidade dos saberes relacionados às plantas medicinais existentes nos seus territórios como essenciais para viabilizar produções de cuidado democráticas, a partir da criação de redes compostas por saberes distintos, baseadas no diálogo respeitoso e sem hierarquias entre o saber popular e o conhecimento do profissional.

Considerando o que foi exposto, há necessidade da APS se encontrar com as diversas formas de uso das plantas medicinais para além do que prevê a legislação da PNPIC e da PNPMF. Só a partir da abertura ao encontro com os saberes das pessoas do território, através do diálogo e do reconhecimento que a ciência moderna é incapaz de sistematizar a complexidade dos cuidados em saúde, é possível descolonizar o saber das plantas medicinais.

3 CAMINHAR METODOLÓGICO: DO FULORAR AOS FRUTOS

3.1 PISTAS SOBRE A CARTOGRAFIA

Neste capítulo são expostas pistas sobre os caminhos que foram experimentados durante a produção desse trabalho, a partir de uma proposta cartográfica. A cartografia foi escolhida devido aos interesses do pesquisador em compreender aspectos subjetivos e singulares relacionados às formas de cuidado que envolvem as plantas medicinais. Nesse sentido, o estudo atuou possibilitando que o pesquisador mergulhasse na realidade social investigada e, a partir daí, promovesse reflexões sobre as subjetividades, uma vez que as descrições puramente objetivas são incapazes de compreender as relações humanas.

Ferigato e Carvalho (2011) apontaram que a maior função e desafio do cartógrafo ao pesquisar na saúde é dar visibilidade e dizibilidade ao que se passa individualmente e coletivamente nos processos de produção de saúde, de cuidado e de vida. É importante destacar que a cartografia como método de pesquisa-intervenção não se faz de modo prescritivo com regras já prontas, mas também não se trata de uma ação sem direção, uma vez que propõe a reversão do sentido tradicional de método, sem deixar de lado a orientação no percurso da pesquisa. Tal reversão afirma um *hódos-metá*, que implica no caminhar que trace suas metas no percurso, e não o sentido tradicional de caminhar para alcançar metas prefixadas (PASSOS; BARROS, 2015).

Segundo Costa (2014), de maneira geral, mais do que uma metodologia científica, a cartografia é entendida enquanto uma prática ou pragmática de pesquisa, pois está ligada a um ativo exercício de operação sobre o mundo, ao invés de só verificar, levantar ou interpretar dados. Dessa forma, o cartógrafo atua diretamente sobre a matéria a ser cartografada, mas sem saber de antemão os efeitos e itinerários que serão percorridos, uma vez que a pesquisa ganha corpo a partir da força dos encontros gerados e das dobras produzidas enquanto o território é habitado e percorrido.

Na pesquisa orientada pela Cartografia, o pesquisador busca acompanhar processos in-mundo num sistema definido como rizoma, que para Deleuze e Guattari (1995, p. 31):

[...] diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer [...] Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. [...] o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga.

A produção de conhecimento aqui proposta foi de encontro ao paradigma das ciências duras que separa o sujeito do objeto, assumindo a perspectiva de constituir o pesquisador no mundo – in-mundo – com o objeto. Enquanto sujeito in-mundo, o pesquisador precisou fazer o exercício de desaprender o que já sabia, de desinstitucionalizar-se, de reconhecer que não é um ser neutro, produzindo ação política ativa e nessa produção foi contaminado ao dar passagem para processos de fabricação de mundos e de subjetivação. “Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros.” (ABRAHÃO et al., 2013, p. 134).

Por envolver aspectos culturais, esse processo cartográfico reconheceu que a necessidade de questionar o lugar da academia marcado pela rigidez das fronteiras disciplinares e pela atitude eurocêntrica que exclui os saberes criados e reproduzidos no interior das comunidades e grupos étnicos, ao passo que privilegia os saberes da ciência ocidental moderna (CARVALHO, 2010). Sendo assim, esse estudo visou contribuir para enfrentar tal situação conforme esse autor, com base na interdisciplinaridade, na pedagogia intercultural, na luta antirracista e na inclusão dos saberes afro-indígenas e de outras comunidades tradicionais como parte dos saberes válidos que devem ser ensinados e desenvolvidos em condição de igualdade com os saberes modernos ocidentais.

3.2 O “MUNDO” A SER CARTOGRAFADO

Conforme a pista cartografar é habitar um território existencial, a pesquisa cartográfica pressupõe a habitação do território, exigindo um processo no próprio cartógrafo de aprendizagem, através de um trabalho de cultivo e refinamento (ALVAREZ; PASSOS, 2015).

O mundo/ território cartografado se localiza na cidade de Senhor do Bonfim-BA¹⁴, situada no norte da Bahia, localizada a 375 quilômetros da capital, Salvador. Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), a população estimada é de 79.424 pessoas. Senhor do Bonfim é uma cidade majoritariamente negra, fazendo parte do Sistema Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, por ter 71,93% da população autodeclarada negra (BRASIL, 2022a). Ademais, Senhor do Bonfim conta com 15 comunidades reconhecidas como remanescentes de quilombos (PALMARES, 2022) e outras

¹⁴ O Apêndice A deste trabalho trata da história contada de Senhor do Bonfim e do Alto da Maravilha, onde conto, a partir das minhas memórias de leituras e histórias que ouvi de professores e mais velhos sobre aspectos históricos da formação da cidade e do Quilombo Urbano Alto da Maravilha.

11 em processo de reconhecimento, além de ser a segunda cidade do Brasil com maior quantitativo de quilombolas cadastrados na APS, com 15.746 cadastros (BRASIL, 2022c).

Estima-se que 94% da população bonfinense seja coberta pelos serviços da Estratégia de Saúde da Família. Na APS, conta com 19 Equipes de Saúde da Família, sendo que as duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família foram extintas a partir da Nota Técnica nº 3 de 1020, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (2020). Somam-se à Rede de Atenção à Saúde uma Unidade de Pronto Atendimento, 02 Centros de Atenção Psicossocial, 01 hospital, 01 laboratório central e 01 policlínica.

O campo do estudo consistiu na área de abrangência da USF Alto da Maravilha II, localizada no Bairro Alto da Maravilha, reconhecido como Quilombo Urbano que atende uma área urbana e outra área rural, compreendendo a Serra da Maravilha e a Serra do Gado Bravo. A escolha da Unidade ocorreu devido à abrangência de área urbana e rural, a presença de uma horta de plantas medicinais, além do fato dos profissionais da referida unidade e da Associação Quilombola da Comunidade Urbana do Alto da Maravilha e Adjacências (AQCUMA) apontarem a presença de lideranças comunitárias que usam as plantas medicinais no cuidado em saúde.

Além desses fatores, no momento estou atuando como MFC nessa USF, o que possibilitou que a produção desse trabalho revelasse singularidades do meu processo de retorno do grande centro urbano formado por Juazeiro-BA e Petrolina-PE, onde fiz a graduação e a residência médica, para a minha cidade natal, onde foi possível me reaproximar das minhas origens, inclusive dos modos tradicionais de cura.

Vale destacar que o perfil cartográfico da pesquisa possibilitou que eu acompanhasse processos para além dos limites físicos da USF, passando por residências e por outros locais importantes para o cuidado em saúde com plantas, como por exemplo a feira-livre, a mata, ou a casa de outros indivíduos.

Para além dos limites desses territórios físicos já expostos, o mundo cartografado por esse trabalho foi muito além. Através da Cartografia pude acompanhar uma diversidade de territórios, conforme Costa (2014, p. 68):

Sim, territórios. Podemos falar em territórios subjetivos, territórios afetivos, territórios estéticos, territórios políticos, territórios existenciais, territórios desejantes, territórios morais, territórios sociais, territórios históricos, territórios éticos e assim por diante.

3.3 O APRENDIZ DE CARTÓGRAFO

Para entender o meu processo cartográfico que foi proposto por este trabalho é preciso reconhecer o meu lugar no mundo: caatingueiro¹⁵, admirador das matas, escutador de estórias, encantado pelas plantas medicinais, médico de família e comunidade, defensor do SUS e mestrando aprendiz de cartografia.

Todavia, em muitas vezes tenho a sensação de que a medicina atravessou a minha vida promovendo apagamentos da minha história e me reduzindo a um médico. Trago o exemplo de quando chego na USF com meu chapéu de couro ou quando algum usuário me encontra com sandália de couro. Quase sempre escuto que nem pareço ser médico, dando-me a sensação de que para exercer a medicina preciso afastar-me dos símbolos da caatinga. Por isso, enquanto aprendiz de cartógrafo, precisei reconhecer o lugar que ocupo enquanto médico e suas repercussões. Historicamente a medicina exerceu sua relação de poder sobre os saberes populares, o que pode ser exemplificado com o contexto do século XIV, quando foi empreendido um processo de construção da hegemonia para curar da medicina, às custas da desqualificação dos saberes de curadores populares (ALMEIDA, 2010). Para Ribeiro e Ferla (2016) o modelo de atenção à saúde vigente é centrado na figura do médico, tendo a doença como foco das intervenções, o consumo excessivo de medicamentos e no uso de procedimentos de alta tecnologia, destacando ainda que a medicina ganhou legitimidade para ser protagonista no que diz respeito ao valor das vidas humanas e à saúde das pessoas.

Assim, o fato de ser médico implica no exercício de poder onde atuo e isso influencia o meu processo cartográfico. Reconhecer tais relações de poder é importante não para me colocar numa posição de alguém que usa o trabalho para exercer o colonialismo sobre as pessoas e comunidades. Mas sim, para lembrar-me que o fato de ser médico me coloca numa posição de privilégios e de poder, o que exige uma autocrítica constante e a aproximação com os princípios da EPS para tentar me afastar das práticas colonizadoras.

Trazendo esse debate para o contexto das plantas medicinais, compartilho uma cena que se repete na USF: atendia uma senhora que ao mostrar seus exames laboratoriais me informou que utilizava alho para abaixar o colesterol. Ao escutar sua experiência com o uso do alho (mais aprendendo do que ensinando ou prescrevendo) reconheci a importância dessa planta no seu cuidado. Depois soube que a mesma utilizava o fato do médico ter “permitido” o uso do alho

¹⁵ Indivíduo que tem relação afetiva e sentimento de pertencimento com a Caatinga.

como uma validação. Isso ilustra como, muitas vezes, o saber médico atua exercendo poder sobre o saber popular.

Diante disso, me inspirei em Aragon (2003), que cartografou o seu trabalho enquanto médico e percebeu que o método cartográfico possibilita algumas respostas sobre como tornar visíveis fatores que estão enraizados e determinam nossos atos e como enxergar coisas que fugiram da nossa observação, mas sempre estiveram aí conduzindo os nossos passos. Para isso, é necessário compreender o trabalho do cartógrafo como um ato de produção permanente de si, ao experimentar um corpo que, constantemente, se configura ao encontrar-se com outros corpos (LIBERMAN; LIMA, 2015). Enquanto aprendiz de cartógrafo, este projeto não foi somente uma pesquisa, mas um projeto de vida.

3.4 OS FRUTOS PRODUZINDO SEMENTES

Os dados foram produzidos entre março de 2021 e junho de 2022. A produção dos dados deste trabalho derivou das minhas afetações enquanto pesquisador, que foram transcritas em diário de campo após situações disparadoras que aconteceram durante o processo de trabalho na APS. O diário de campo consiste num instrumento básico de registro, onde se põe de forma fiel e detalhada o que foi encontrado, incluindo sentimentos, experiências e observações (VICTORA et al., 2000).

A partir das cenas registradas nos diários de campo foram criados contos cartográficos que revelam vivências, afetos, inspirações, prazeres, desapontamentos, aprendizados e experiências. “Os contos da cartografia são histórias com um caráter crítico-reflexivo, nesse caso totalmente sintonizadas com o exercício de pesquisa. Admito que usar o conto como recurso foi uma ousadia, que demandou de mim empenho vigoroso” (CABRAL, 2011, p.85).

Destaco que nesses contos a linguagem culta se misturou com a coloquial e, como uma ação contra colonial, deu voz ao regionalismo e trouxe à tona palavras e expressões típicas do vocabulário caatingueiro.

São sete contos que representam as sementes produzidas ao longo desse processo cartográfico. Sementes por representarem o milagre da vida ao desabrocharem, mas, sobretudo, pela capacidade de latência, isto é, a possibilidade de manter adormecido o potencial vital, mesmo em situações adversas, até encontrarem o momento ideal para brotar. E sete contos (ou sete sementes) pela força do número sete no meio dos guardiões dos saberes populares: sete banhos, sete rezas, sete galhos, sete ervas, sete misturas, sete sementes...

Além dos contos cartográficos, produzi fotografias que compõem esta pesquisa. Não fui eu somente que as capturei, elas também me capturaram. Interagi com elas, num movimento de registro das sutilezas surgidas nesse processo.

Os caminhos desta pesquisa cartográfica se constituíram de passos que se sucederam sem se separar, como o ato de caminhar, estabelecido por um passo que vai seguindo o outro num movimento contínuo (BARROS; KASTRUP, 2015). Dessa forma, não foi definido um momento exclusivo para a análise de dados. Ela esteve associada à produção e à discussão de dados durante todo o processo, sendo constituída a partir das implicações do pesquisador vivenciadas no campo e dos dados produzidos no plano cartográfico.

Esse processo de análise foi inspirado nas quatro variedades atencionais do cartógrafo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (Kastrup, 2015, p. 40-46, grifo nosso):

O **rastreio** é um gesto de varredura de campo. Pode-se dizer que a atenção que rastreia visa uma espécie de meta ou alvo móvel. [...] Para o cartógrafo o importante é a localização de pistas, de signos de processualidade [...].

O **toque** é sentido como uma rápida sensação, um pequeno vislumbre, que aciona em primeira mão o processo de seleção. [...] Sua importância no desenvolvimento de uma pesquisa de campo revela que esta possui múltiplas entradas e não segue caminho unidirecional [...].

O gesto de **pouso** indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha, numa espécie de zoom. Um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura.

[...] o **reconhecimento atento** tem como característica nos reconduzi ao objeto para destacar seus contornos singulares. A percepção é lançada para imagens do passado conservadas na memória, ao contrário do que ocorre no reconhecimento automático, em que ela é lançada para a ação futura. [...] Memória e percepção passam então a trabalhar em conjunto, numa referência de mão dupla, sem a interferência dos compromissos da ação.

A partir dessa compreensão, apresento os passos dados durante a produção e interpretação do que brotou com esse trabalho: primeiramente, a partir de situações relacionadas ao tema desse trabalho, construí diários de campo que contavam sobre os encontros e registrei minhas afetações; em seguida, li os diários produzidos, num processo de rastreio dos efeitos que os encontros com as pessoas que guardam e compartilham saberes sobre as plantas medicinais produziram em mim; então, a partir do toque e suas sensações, acionei um processo de seleção sobre as reflexões e afetações que surgiram nesse processo; então, fiz o pouso e consegui perceber que as plantas medicinais me convidaram a conhecer novos territórios; por fim, com o reconhecimento atento, minhas percepções brotadas com esse processo cartográfico se misturaram com minhas memórias e, num trabalho conjunto, foram destacando as singularidades dos encontros de saberes e sabedores/sabedoras das plantas medicinais.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como esse estudo partiu de uma experiência de trabalho, fazendo uso de uma abordagem cartográfica que não envolveu em nenhum momento a coleta de dados primários com seres humanos, não foi necessária avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme o Parágrafo Único da Resolução de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016, p. 44): “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”.

Ademais, o cartógrafo adotou todos os cuidados/ recomendações dos protocolos de segurança em relação à pandemia de COVID-19, conforme Nota Técnica do Governo do Estado da Bahia (2020) com orientações para enfrentamento da pandemia de infecção pelo SARS-CoV-2 para os trabalhadores da saúde.

4 AS SEMENTES PRODUZIDAS: CONTOS CARTOGRÁFICOS

4.1 SEMENTE 1: ÁRVORES QUE SÃO RIZOMAS

Fotografia 1 – Jaqueira rizomática



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Desde menino sempre gostei de árvores. Tenho lembranças de quando era tão pequeno que nem me governava para sair de casa, mas já gostava de ficar da janela de onde eu morava, bairro do Bosque, espiando o horizonte que era ornamentado com a Serra da Maravilha. Naquela visão distante, do contorno das serras visto no horizonte, se sobressaíam as silhuetas de algumas árvores. De onde eu as via pareciam tão pequenininhas que um dia decidi pedir a minha vó para ir lá na serra e pegar uma para me dar de presente.

Pra minha decepção, ela me disse que ali não eram árvores pequenininhas, mas sim as maiores da mata, árvores que tinham mais de 100 anos. Como podiam aquelas árvores que eu via tão pequeninas serem tão grandes? Demorei para entender isso, mas desde aquele dia as pequenas-grandes árvores começaram a habitar o meu imaginário.

Uma das minhas diversões preferidas se tornou subir num banquinho para alcançar a janela e poder admirar aquela serra e suas pequenas-grandes árvores. Na minha imaginação passavam aventuras que podiam existir ali, os perigos, os animais... Mas o que mais gostava mesmo era de imaginar que quando eu ficasse grande ia poder chegar até lá para entender como aquelas pequenas árvores que eu via da janela eram as maiores árvores da mata.

Fui crescendo e esse encantamento pelas árvores continuou fazendo parte de mim. Sempre que podia, sentava embaixo de um pé de pau para brincar, estudar ou simplesmente para sentir aquele aconchego. Fiz casas em árvores. Me indignei quando a prefeitura mandou cortar duas árvores da minha rua que eu adorava subir. E junto com alguns amigos plantamos árvores.

O tempo passou e comecei a compreender que muitos dos remédios que eu tomava vinham de folhas ou de cascas das árvores. Urucum, Jenipapo, Pau-de-Rato, Aroeira, Umburana de Cheiro... Nomes bonitos de árvores que eu, criado na cidade, só imaginava como elas seriam. E esses remédios eram muito mais legais do que os da farmácia.

Quando fui ficando maiorzinho, aos poucos, passei a ter contato com a energia das matas. As primeiras vezes, foram fugidas. Pedia para andar de bicicleta no campo de aviação e de lá, com o coração na mão, desviava para algumas trilhas no meio das matas. E cada vez ia um pouco mais longe, até que chegou o momento de dizer em casa que ia pros matos. De início me diziam que não podia porque era perigoso. Como poderia haver perigo em meio à natureza? Depois fui compreendendo que, infelizmente, as desigualdades sociais, a pobreza, a guerras às drogas e tantas outras produções do mundo capitalista levam violência para o meio das matas, quando não as destroem.

Um episódio interessante é que mesmo com tanta admiração pelas árvores, aos 17 anos descobri que eu nunca tinha visto uma árvore como ela realmente era. Lembro que desde os primeiros anos de estudo eu precisava sentar nas primeiras cadeiras e às vezes até sentar no chão mais perto do quadro. Mesmo assim, só fui fazer um exame de vista quando me mudei para Petrolina-PE para iniciar os estudos de Medicina. Após o exame, um diagnóstico de miopia com grau importante e fui encomendar os óculos. Alguns dias depois fui na ótica e coloquei os óculos no rosto, com aquele estranhamento da adaptação, e ao sair da loja uma surpresa: eu estava vendo uma árvore como nunca tinha visto na vida. Ainda na calçada da ótica eu precisei parar um tempo para me dar conta de que dava para ver os galhos, as folhas, as marcas do tronco e uma infinidade de detalhes que eu nunca tinha visto, pois, antes dos óculos, eu só via uma mancha verde em cima de um pau meio amarronzado.

E foi pelas bandas de Petrolina que me apaixonei pela Caatinga e através da Universidade Federal do Vale do São Francisco, em tempos que a educação ainda era vista como prioridade pelo governo federal, pude aprender, fazer extensão e pesquisar em meio às árvores da caatinga com comunidades ribeirinhas, assentamentos e comunidades de fundo e feicho de pasto.

Hoje, de volta para Senhor do Bonfim, algo que eu não podia imaginar... Lá no alto da Serra da Maravilha, onde eu via aquelas pequenas-grandes árvores, agora eu consigo chegar. Para passear fazendo trilhas, para acampar, para tomar banho de cachoeira e, sobretudo, para fazer o SUS chegar até lá. Pois é, quando eu era criança ficava espiando, sem nem imaginar, o território de abrangência da minha Unidade de Saúde da Família, todo enfeitado com as pequenas-grandes árvores.

E foi nas bandas dessas serras, que me deitei debaixo de um pé de jaqueira centenário e de repente percebi que ele, assim como um rizoma, também não tem começo e nem fim. Lembrei-me da primeira vez que cheguei perto dele e senti algo diferente, que não dá para explicar, mas era algo que me fazia bem. Com um tempo, ouvi histórias de que ele era muito bem cuidado por uma senhora que já faleceu.

Observando-o, percebi que ele interage com as outras plantas da mata: dos seus fortes troncos surgem outras formas de vida, desde o limo até bonitas orquídeas e das suas folhas caídas ao chão, outras plantas menores se alimentam. Além disso, dela se aproximaram tanajuras anunciando os tempos de chuva no sertão, filhotes de nicos vão ganhando confiança nos seus primeiros pulos inspirados nos seus mais velhos, além dos passarinhos que ali descansam, se alimentam e cantam.

Todos esses detalhes, só foram percebidos porque eu parei um tempo para me conectar com aquela jaqueira. Sem essa conexão, ela seria apenas uma árvore qualquer. Essa relação estabelecida com essa árvore me fez perceber seus potenciais rizomáticos para além das questões biológicas.

De pés descalços, senti a energia das suas raízes e percebi que ela também pode conectar um ponto qualquer com outro ponto qualquer, ao me integrar com os nicos, tanajuras, passarinhos e até com minha infância... ela também não tem começo e nem fim, pois, para além da determinação biológica de que ela se inicia nas raízes e termina nas folhas, percebo que ela transborda em ciclos da natureza que não têm começo e nem final... Lembrando da minha avó que conversava com as plantas, me arrisquei a agradecer àquela jaqueira por ter me permitido refletir tanto.

Inicialmente as palavras saíram num tom baixinho, misturadas com a timidez de falar diante de um ser com um potencial gigante, mas que é ignorado pela maioria das pessoas. Aos poucos, fui ganhando confiança e percebendo que eu não falava sozinho. Ela balançava seus galhos e folhas emitindo sons, ora deixava os raios de sol me tocar, ora não, e, de repente, parecia me levar a um reencontro com a minha história. Seria “loucura” conversar com uma árvore? Conforme a Medicina que me foi ensinada na universidade sim. Mas naquele momento percebi que aquele papo me fazia bem e isso que importa. E se me fez bem, para mim aquela jaqueira era (e é) uma planta medicinal, rompendo os conceitos da biomedicina.

Talvez, devido à incapacidade da vida moderna de interagir com a natureza, as potencialidades rizomáticas das árvores não sejam percebidas. Agradeço a essa jaqueira por ter me mostrado que assim como o rizoma, uma árvore também não tem começo e nem fim, possui múltiplas entradas e saídas e um bocado de linhas de fuga.

Esse conto foi escolhido para anteceder os demais porque ao seguir os caminhos de uma pesquisa orientada pela Cartografia é praticamente impossível não se deparar com o conceito de rizoma e no meu processo cartográfico surgiu a necessidade de ampliar os rizomas, que por natureza já são muito amplos.

Conforme o conceito já exposto na área “do fulorar aos frutos: experimentando caminhos” deste trabalho, o rizoma se opõe às outras plantas, como as árvores:

[...] diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer [...] Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. [...] o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 31).

A pesquisa cartográfica possibilita que a gente a todo momento vá e volte, construa e destrua, compreenda e confunda... E só nesses processos de mudanças brotam as produções cartográficas. Digo isso porque entre os termos mais comuns das referências da Cartografia, rizoma foi aquele que mais me dediquei para entender e introjetar em mim e na pesquisa.

Todavia, ao deitar-me embaixo de uma árvore, como exposto no conto, em poucos segundos aquele conceito que construí em tanto tempo de leitura foi desmontado, pois, segundo

as classificações biológicas¹⁶, fazia sentido, mas, essa árvore me convidou a expandir o conceito tradicional de rizoma para as outras plantas medicinais. Conforme demonstrado no conto, através de uma árvore consegui mergulhar no meu passado lembrando das aventuras de criança, recordando de memórias com minha vó que já se encantou (mas segue viva em mim) e revivendo as emoções das primeiras vezes que entrei nas matas.

Isso se deu porque percebi na jaqueira centenária um agenciamento, que “é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 16). E à medida que essa árvore estava agenciando, se conectando e mudando a sua natureza, eu fui sendo convidado a agenciar e a me mudar também.

Nesse processo de mudanças, meu olhar foi sendo transformado. No conto relatei literalmente como a minha visão mudou quando passei a usar óculos, podendo perceber os detalhes das árvores. No entanto, simbolicamente, diversas outras lentes emergiram desse processo cartográfico tornando possível que eu enxergasse e me afetasse com sutilezas que os óculos físicos são incapazes de me mostrar. E com essas novas lentes pude ver a saúde sendo produzida a partir de um encontro com uma jaqueira, o que nos convida a ir além da definição de saúde como ausência de doença, que ainda é uma concepção vigente nas práticas dos serviços de saúde.

No mundo capitalista, onde a natureza e as pessoas são oprimidas, é fundamental o conceito de saúde adotado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): “saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime” (MST, 2021, n.p). Valorizar uma árvore e perceber sua potencialidade para produção da saúde rompe com a lógica opressora capitalista e vai ao encontro do Bem Viver, com sua visão de harmonia com a Natureza, que abre as portas para visões de vida alternativas (ACOSTA, 2016).

Nego Bispo ressaltou a importância da biointeração com todos os elementos do universo com objetivo de superar os processos expropriatórios do desenvolvimentismo colonizador, bem como o falacioso caráter dos processos de sintetização e reciclagem do desenvolvimentismo (in)sustentável, ao destacar que a vida é mais simples do que se pode imaginar, desde que seja

¹⁶ O rizoma é um termo utilizado na área da botânica para se referir a caules subterrâneos que vão crescendo horizontalmente e se alastrando pela terra em diversos sentidos. Vale destacar que as plantas rizomáticas e as não rizomáticas, mesmo sendo diferentes para a ciência, seguem ritmadas, entre si, compartilhando o território raiz, que as mantém nutridas e vivas. Nesse contexto, a filosofia atravessa a biologia, ressignificando as suas definições mais estáticas e densas, levando-as para outra interpretação (SALES; LOURENÇO; ESTEVINHO, 2020).

vivenciada sem ser guiada pelos sentimentos da sintetização e do manufaturamento (SANTOS, 2015).

Nesse contexto, tento refletir porque biointeragimos cada vez menos e o quanto isso nos distancia da natureza. Krenak (2020a, p. 8) contou que as pessoas que vivem na cidade consideram a interação com as árvores como uma alienação:

Desde muito tempo, a minha comunhão com tudo o que chamam de natureza é uma experiência que não vejo ser valorizada por muita gente que vive na cidade. Já vi pessoas ridicularizando: “ele conversa com árvore, abraça árvore, conversa com o rio, contempla a montanha”, como se isso fosse uma espécie de alienação. Essa é a minha experiência de vida. Se é alienação, sou alienado.

Acho que foi por isso que me senti acanhado para conversar com a jaqueira. Sorte minha que através desse processo cartográfico e dos múltiplos encontros e reencontros que ele tem me proporcionado (comigo mesmo, com minhas memórias, com os outros e com a natureza) tenho conseguido me despir do que a cidade considera como alienação. E foi assim que pude perceber que as árvores são plantas medicinais por possibilitarem a coleta de materiais para chás, por exemplo, mas, indo muito além, elas também são medicinais quando nos possibilita refletir sobre a vida debaixo de sua sombra, quando conversamos, quando nos inspira...

Para Freitas e Silva (2014) existe um vasto mosaico do uso das plantas, associando também abertura de caminhos, cuidados espirituais e combate à inveja, por exemplo, às plantas medicinais. Esse uso místico e religioso das plantas segue presente no meio popular, mesmo não sendo abordado pelos estudos científicos e pela medicina moderna.

Acredito que essas reflexões formam um bonito e grande rizoma que brota da janela do Bosque, vai até as pequenas-grandes árvores da Serra da Maravilha, se estende até as árvores de Petrolina e desemboca numa querida jaqueira das serras bonfinenses. Para muitos elas são árvores comuns, mas ao interagir com as mesmas percebi que elas formam um rizoma que não dá sentido somente a minha pesquisa, mas a minha vida.

Esse e os demais contos cartográficos deste trabalho foram inspirados no potencial rizomático dessas árvores e de tantas outras plantas medicinais, não se restringindo aos rizomas como definidos pelas ciências biológicas.

4.2 SEMENTE 2: PLANTAS QUE NOS DÃO VIDA

Fotografia 2 – Energia da Terra



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Durante as consultas que realizo nas Unidades de Saúde da Família sempre aprendo muito. E é incrível como a Estratégia de Saúde da Família me mobiliza a estar sempre aprendendo. Todavia, mesmo acostumado a habitar um território de aprendizados, fui convidado por um senhor, durante uma consulta, a aprender algo que me surpreendeu.

Naquele dia, ao chegar na Unidade de Saúde da Família, percebi que tinha muita gente aguardando atendimento. E devido à necessidade de atender inicialmente as urgências que tinham aparecido, as pessoas que tinham consultas agendadas precisaram esperar um pouco mais. Esse é um cenário comum em serviços de saúde, mas que, muitas vezes, acaba deixando as pessoas apressadas e todas querendo ser atendidas ao mesmo tempo.

Daqueles rostos agoniados, toda vez que eu abria a porta, os olhos saltavam em minha direção para verem quem seria o próximo a ser chamado. E era só eu chamar uma criança de colo que estava com febre, mas tinha chegado depois de todo mundo, que o burburinho começava. Sempre que isso acontece, eu tento parar dois minutinhos e explicar o que está acontecendo na Unidade, que existem urgências que precisam “cortar a fila” e garanto que todo mundo vai ser atendido. Normalmente isso dá uma acalmada.

Mas o que me surpreendeu naquela manhã foi um rosto que se destacava em meio àqueles rostos agoniados. Não, ele não estava mais aperriado que os demais. Muito pelo contrário! Em meio à multidão ele se tornou, para mim, um ponto de paz. Era um senhor com cabelos branquinhos protegidos por um bonito chapéu preto, vestido com uma camisa de botões bem engomadinha azul da cor do céu da manhã e uma calça marrom, com os pés calçados por uma sandália de couro parecida com a que eu estava usando. Por aqui os mais velhos me dizem que gostam de vestir a melhor roupa para vir na consulta e, não sei se intencionalmente, aquele senhor estava com a melhor roupa sim! Porém, mais do que aquela roupa bonita, chamava-se atenção a serenidade do seu rosto que destoava das caras agoniadas típicas de quem vive nas cidades.

Ainda demorei um pouco para lhe chamar, mas quando fiz isso lhe pedi desculpas pela demora. Ele, na maior graça, disse que não precisava de desculpas pois estava vendo gente que precisava do atendimento mais do que ele. Naquele momento, já me senti confortável por estar diante de uma pessoa tão compreensiva. De repente, antes mesmo de iniciar formalmente a consulta, ele perguntou se podia me ensinar uma coisa. Eu, que sempre gostei de aprender com os mais velhos, disse que sim, apesar da ruma de gente que ainda tinha para atender.

Aí ele me surpreendeu dizendo que tem gente que só está viva por causa das plantas. Essa confissão que a mim foi confiada, nunca tinha sido contada a outros trabalhadores da saúde e também tinha deixado de ser contada às pessoas mais novas. Ao povo da saúde não contava porque não dão abertura para essas coisas e aos mais novos porque não querem mais acreditar nos saberes dos mais velhos.

Fiquei muito feliz por, mesmo sendo trabalhador da saúde e bem mais novo do que aquele senhor, ter tido o privilégio de lhe ouvir falar da sua relação com as plantas. Nesse papo, ao invés de sair me contando quais plantas servem para quais doenças ele compartilhou comigo um saber que já acompanhava sua família de geração para geração (embora os mais novos não quisessem aprender mais essas coisas).

Então, ele foi me falando que para que eu pudesse fortalecer o meu corpo (para poder cuidar das outras pessoas) era preciso pisar descalço na terra para sentir a energia das raízes das

plantas. Aos poucos fui aprendendo que isso cura a raiva e que, se libertando da raiva, a gente vive mais.

Também aprendi que não é pisando descalço em qualquer terra que a gente vai se sentir bem. Segundo ele, tem terras na cidade que estão contaminadas com sujeira, lixo e esgoto e, por isso, não são boas para a saúde. Por isso, veio também o conselho de procurar sair um pouquinho da cidade quando precisasse me conectar com a natureza, sugerindo que eu fosse pra onde ele gosta de ir: a Serra da Maravilha.

Esse encontro não abordou sintomas e nem doenças. Foi a mais pura produção de saúde, na sua mais valiosa essência. E acho que eu precisava mais daquela consulta do que ele. Finalizamos com um até logo, pois ele me convidou a botar esse papo em prática para num próximo encontro continuarmos o papo. Por fim, ele me agradeceu por ter dado abertura para conversar sobre essas coisas na consulta.

Naquele momento precisei pausar os próximos atendimentos por alguns minutos para processar aquele encontro. É muito duro saber que coisas tão bonitas como essa, muitas vezes, não aparecem no SUS por falta de abertura. Que sorte a minha ter dado essa abertura!

E foi só acontecer um episódio que me deixasse meio enraivado que logo montei na minha bicicleta e fui pedalando forte em direção à Serra da Maravilha. O caminho já era terapêutico com o vento no rosto, o cheiro de mato, a dança colorida das borboletas... Mas foi só chegar embaixo de uma grande árvore que eu pude desfrutar dos aprendizados daquela conversa. Ao tirar os sapatos e colocar os pés na terra, do jeitinho que ele me contou, comecei a me sentir conectado com a força das raízes daquela árvore enquanto a raiva ia se desfazendo. E foi naquele momento que percebi verdadeiramente que as plantas podem nos dar vida!

Neste conto, o convite daquele senhor para me ensinar algo chamou atenção. É possível um usuário ensinar ao médico? O médico pode aprender com o usuário? Para responder essas indagações é necessário reconhecer que a colonialidade do saber (aqui representada pelo saber médico) subalterniza os saberes que fogem do padrão dos modos de produção de conhecimentos ocidental (RESTREPO, 2010) e é reproduzida nos serviços de saúde que funcionam sob a lógica biomédica. No entanto, para produzir saúde é necessário tentar escapar das garras biomédicas e se abrir ao diálogo, conforme proposto pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012, p. 14):

Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

E foi com a abertura para esse diálogo que pude aprender sobre a conexão com as plantas ao pisar na terra para produzir vida. Para um pesquisador in-mundo é uma honra pisar na terra, sentir a terra e se melar com a terra. Todavia, é preciso destacar que atualmente algo tão simples e potente como pisar na terra é proibido pelas orientações de saúde para evitar parasitoses e lesões nos pés. É possível revisar as práticas de educação em saúde que afastem as pessoas da natureza? Pode-se produzir saúde tendo contato com a terra?

A experiência desse usuário revelada no conto demonstra que o ato de pisar na terra tem potencial terapêutico, mesmo isso não fazendo parte do repertório da biomedicina. Ademais, ele ensinou que é necessário buscar a terra saudável, longe da poluição das cidades, diferentemente da biomedicina, que reproduz recomendações universais de evitar o contato com a terra, independentemente de ser num local contaminado da cidade ou nas matas, protegida da poluição.

Primavesi (2021) refletiu sobre isso afirmando que apesar da nossa saúde depender do solo, normalmente as pessoas o consideram nojento e não querem nada que tenha relação com o solo, lama e poeira. Ela apontou que sem solo não há vida e que a vida é como o solo: solo sadio - planta sadia - pessoa sadia, mas se o solo estiver morto se tem solo doente - planta doente - pessoa doente. Nesse contexto, essa autora relacionou a falta de cuidado com os solos ao aumento das doenças, o que eleva a venda de medicamentos e fortalece as empresas farmacêuticas.

Por isso, destaco a necessidade da ESF se disponibilizar para dialogar e aprender com os saberes da comunidade. Nesse movimento, nós, trabalhadores da ESF, podemos agir como um cartógrafo, que é um verdadeiro antropófago, e “vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado” (ROLNIK, 2011, p. 65). Dessa forma é possível produzir vida a partir de elementos importantes do território - a terra, as plantas ou uma serra, por exemplo - que seguem sendo destruídos pelo modo de vida imposto pelo norte global.

O que seria a abertura que foi dada àquele senhor possibilitando esse diálogo? Naquele encontro não investiguei isso, mas essa indagação surgiu durante o processo cartográfico, afinal, refletir sobre essa temática pode nos dar pistas de como expandir os encontros surgidos na ESF. Para pensar sobre isso trago a competência cultural que, conforme Starfield (2002, p. 487), “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não

estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”.

Reconhecendo os aspectos culturais na localidade onde atuo, tenho elementos simbólicos no consultório sintonizados com o território: plantas medicinais, dois banquinhos de cipó, uma maleta de couro onde guardo os instrumentos de trabalho, um candeeiro, um mandacaru, a cadeira do usuário do lado da do médico (e não atrás da mesa, como de costume)... Esses elementos ajudaram a dar abertura àquele senhor? Pensando na ambiência que se refere ao tratamento dado aos espaços físicos do SUS e visa humanizar os “territórios” de encontros, tendo como eixo a compreensão de que o espaço possibilita a produção de subjetividades, a partir do encontro de sujeitos (BRASIL, 2010) pode-se considerar que a abertura surgida naquela consulta foi facilitada pela disposição do consultório.

Todavia, além do espaço físico, acredito que alguns aspectos que antecederam esse encontro puderam contribuir com essa abertura. A preocupação em explicar na sala de espera o motivo da demora das consultas, levantar da mesa e chamar o usuário da porta, pedir desculpas pela demora em atendê-lo... Tudo isso rompe com o roteiro tradicional das consultas centradas na doença e revela a preocupação com uma boa experiência do usuário no serviço de saúde antes mesmo de adentrar o consultório, o que também pode ter colaborado com essa abertura.

Para além desses importantes aspectos da ambiência e do pré-encontro, vale considerar que a postura do trabalhador da saúde na consulta pode possibilitar o afloramento de diálogos como o do conto ou inibi-los. Tervalon e Murray-Garcia (1998) destacaram que questões enraizadas na sociedade, como estereótipos, racismo e privilégios de grupos dominantes também se fazem presentes no consultório e a competência cultural pode possibilitar que esses desequilíbrios de poder sejam postos em xeque. Diante disso é proposta a humildade cultural, como um compromisso com a autocrítica e a autoavaliação, com objetivo de corrigir os desequilíbrios de poder da relação entre o médico e o usuário.

Com todo esse movimento, pude perceber que as relações de poder do serviço de saúde sobre os usuários podem dar lugar a uma produção de saúde horizontalizada. No conto isso é bem visualizado quando é mostrada a possibilidade de produzir saúde a partir do contato com a terra. Destaco que por trás dessa intimidade com o solo, podemos perceber que o encontro com esse senhor nos convida a pensar na integralidade no âmbito no SUS. Considerando o processo saúde doença, para Matta (2007), a integralidade também problematiza as relações de poder da biomedicina:

A noção de atenção integral também diz respeito à crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde (...). Isto é, a compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica.

A partir do momento em que ele me contou que percebe a raiva como origem de processos de adoecimento e construiu uma forma de se curar da mesma a partir do contato com a natureza, pude perceber uma visão ampliada da saúde, que demonstra a necessidade do cuidado com as emoções para cuidar do corpo, em oposição à biomedicina que fragmenta cada vez mais as pessoas em “partes do corpo humano” que devem ser gerenciadas por especialistas focais.

4.3 SEMENTE 3: MARAVILHOSOS QUINTAIS

Fotografia 3 – A mais nova folha do pé de banana-maçã



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Certa vez aprendi com uma nutricionista que atuava na Estratégia de Saúde da Família que para saber como uma família come é preciso conhecer sua geladeira. Ela me contou que ao chegar numa visita domiciliar pedia para realizar o atendimento na cozinha e, propositalmente, pedia um copo de água gelada. Quando as geladeiras se abriam era possível ter uma ideia sobre a alimentação das famílias... há geladeiras cheias de frutas, folhas e vegetais, outras que só tem alimentos ultraprocessados, e também as que só têm água, denunciando a fome que voltou a assolar o nosso país.

Ao falar das geladeiras ela me fez perceber que ao entrar numa casa para realizar atendimento domiciliar não posso ignorar aquele ambiente e fingir que estou em meu consultório. A casa tem muito o que falar, às vezes mais do que as pessoas. E foi no Alto da Maravilha que descobri um cantinho da casa que fala muito: o quintal. E, por isso, sempre que possível tento conhecer os quintais nas visitas domiciliares.

Existem quintais cimentados, com piso, telhado e até azulejos. Normalmente, nesses quintais é difícil de ver a vida da natureza pulsar. Entre os motivos para essa urbanização dos quintais está a visão colonizadora de que a terra é suja e os pisos são higiênicos; a falta de tempo para cuidar dos quintais imposta pela globalização; e a incapacidade que algumas pessoas mais velhas têm de cuidar dos quintais devido à dificuldade de locomoção.

Para mim, um quintal cimentado me faz lembrar das transformações do quintal de minha vó. Mainha me conta que quando era pequena lá tinha pés de laranjeira e goiaba onde cantavam os sabiás. Quando eu nasci, essas árvores já não existiam porque davam muito trabalho, mas, mesmo assim, naquele quintal tinha muita terra e muita vida. Lembro dos banhos numa bacia de zinco sobre a terra, que às vezes, de tanto entra e sai, a água virava lama e isso não representava sujeira. Lembro do meu encantamento com a transformação da semente, quando uma vez, depois de comer um mamão, vó me ensinou que enterrando umas sementes teríamos pés de mamão (e eu comi mamão dessas sementes que plantamos). Lembro das tantas plantas medicinais que ali havia e curavam todos os males. E também lembro dos banhos de folhas e rezas que ocorreram ali e foram importantes para o meu crescimento.

Infelizmente, com o avançar da idade de minha vó, sua capacidade de cuidar do quintal foi reduzindo e assim o cimento foi tomando o lugar da terra. A maioria das plantas foram cortadas e algumas passaram a viver em caqueiros. Todo mundo achava que o cimento facilitaria a vida de minha vó, mas no fundo, eu e ela gostávamos mesmo era de ver a vida pulsando na terra. Após um derrame minha vó virou passarinho e eu perdi minha maior companheira e o restante de terra do seu quintal que ficou todo cimentado. E foi aí que eu me acostumei com a ideia de que para viver em meio à “limpeza” da cidade era preciso ter mais contato com cimento e menos com a terra. Inclusive, cheguei a jogar bolinhas de gude no cimento por falta de terra.

Após tantos anos de costume com os quintais higienizados, eis que tive a oportunidade de conhecer o Alto da Maravilha e os seus quintais maravilhosos, onde me surpreendi com a capacidade de pequenos quintais, cheios de terra, produzirem mais plantas e alimentos do que grandes latifúndios. E para além das plantas, nos quintais do Alto da Maravilha sempre tem uma boa conversa carregada de histórias...

Ao entrar na casa de um senhor que mora sozinho e quase não consegue fazer suas atividades diárias devido uma falta de ar atribuída ao tabagismo, logo sinto o cheiro da poeira misturado com fumaça entrando nas minhas narinas e puxando alguns espirros. Num papo ainda na sala, em meio ao lixo, ele me conta que o cigarro lhe faz companhia, já que vive só e não tem forças para cuidar da casa. Ao pedir pra conhecer sua casa ele disse que queria me mostrar

algo no quintal. Lá, o cimento havia tomado conta da terra, o lixo e a água parada estavam por toda parte, mas havia um sinal de esperança e resiliência. Num quadradinho de terra que sobrou, havia um grande alumã. Logo descobri, que junto do cigarro, o alumã também lhe fazia companhia e cuidava de suas dores na barriga. E foi aí que ele me disse que podia não cuidar da casa, mas jamais deixaria de cuidar daquele alumã. Ganhei um galhinho que levei pra plantar e junto dele a emoção daquele encontro.

Noutros quintais, me sinto na roça. Banana, abacate, pinha, jaca, goiaba, pitanga, jambo, carambola, manga, aipim... Nos quintais do Alto da Maravilha de tudo dá! E tudo que vem dos maravilhosos quintais é compartilhado: um cacho de banana pro vizinho, babosa pro fermento da tia, o olho da goiabeira pra ajudar na diarreia do menino, pinhão roxo pra rezadeira rezar contra o quebranto. E por aqui todo mundo sabe o que tem no quintal de cada um, o que torna comum cenas como: vá lá pedir a fulana umas folhas de pitanga do quintal dela... Chega ali na casa da comadre e pega umas folhinhas de tipi... Deixe de vergonha e diga ao beltrano que tô pedindo uns galhos de andu.

E ao falar desses quintais produtivos, lembrei-me de uma visita domiciliar que a nossa equipe realizou. Não foi uma visita tradicional para tratar de alguma doença, mas sim para plantar uma bananeira. Ia fazer duas semanas que uma senhora nos contou que já havia muitos anos que seu pé de banana-maçã tinha morrido e só ficou com os pés de banana-prata e como não saia mais de casa não tinha como arrumar uma mudinha. Após essa conversa tivemos a ideia de arrumar uma muda de banana-maçã para ir lá plantar. Como planejado, fomos até sua casa para plantar a bananeira. Em meio às enxadadas na terra, a guardiã daquele quintal foi nos contando histórias de antigamente e esboçando a alegria em ter um novo pé de banana-maçã. No final, nos disse que já tem quase cem anos, mas que quer estar vivinha quando aquela bananeira der o primeiro cacho para comermos juntos.

É por admirar e respeitar a vida, os encontros, as curas, a ancestralidade e a solidariedade que brotam dos quintais do Alto da Maravilha que eu passei a defender os guardiões e guardiãs dos quintais. Isso porque é frequente no consultório filhos reclamando que os pais já estão velhos e só querem ficar no quintal, mesmo sem terem idade pra isso, me pedindo apoio para proibi-los de ir para os quintais. Isso me faz lembrar da minha vó e de como o fim do seu quintal esteve associado com o fim da sua vida. Por isso, compreendo que, no Alto da Maravilha, defender os quintais e seus guardiões e guardiãs é defender a vida.

Para encerrar o conto, quero falar de um quintal que não conheci (na verdade, conheci e não me lembro): contribuí com os cuidados de uma senhora que tinha uma doença avançada e estava acamada em cuidados paliativos. Pra minha surpresa, ela disse que conheceu minha

avó e que lembrava de mim ainda pequeno. Disse ainda que sabia de uma casa do Alto que tem um pé de mangueira no quintal, onde havia um balanço e minha vó me balançava quando ia passear por lá. Eu disse que não me lembrava disso e ela me prometeu que quando ficasse boa me levaria nesse quintal. Mais cedo do que eu esperava ela também virou passarinho e eu não pude conhecer esse quintal. Mas hoje, em qualquer quintal do Alto que eu encontro uma mangueira, me conecto com a minha criança e com minha vó.

Este conto me fez refletir sobre a atuação da ESF. Para Nespoli (2014), a estratégia funciona nos moldes de uma medicina social que ainda não está centrada no fortalecimento do cuidado no contexto dos territórios. Assim, tem imperado um caráter altamente prescritivo direcionado para prevenção, controle e tratamento de doenças. Dessa forma, a ESF pode estar promovendo um mecanismo de regular os territórios, como estratégia de extensão da medicalização. Essas práticas, estabelecem vínculos de dominação, ao invés da emancipação, expressando a dificuldade de se construir ações correspondentes ao conceito ampliado de saúde.

Trazendo essa discussão para o contexto dos quintais é preciso avaliar as visitas domiciliares como prática que possibilita ao trabalhador da ESF conhecer o domicílio das pessoas e, conseqüentemente, os seus quintais. Alguns estudos têm problematizado a visita domiciliar como espaço potencial para exercer mecanismos de controle sobre a população, com a imposição da racionalidade biomédica e exercício do biopoder (SANTANA; BURLANDY, MATTOS, 2019). Um estudo que avaliou a percepção de enfermeiros sobre a prevenção de dengue, por exemplo, revelou que esses trabalhadores apontaram que os quintais sempre estão sujos e com acúmulo de lixo, mesmo em situações que a população percebe os materiais presentes no quintal como algo útil e que pode ser fonte de renda (REIS; ANDRADE; CUNHA, 2013).

Diante disso, o conto pode ser revisitado para nos provocar a refletir sobre a necessidade da ESF olhar para o território buscando potencialidades, ao invés de apenas procurar fatores de risco. Por exemplo, para além de ver os quintais como um local de acúmulo de lixo e foco de dengue, a ESF pode ampliar seu olhar para perceber a produção da vida nos quintais e em todo o território.

Para Colombo et al. (2014), os quintais, mesmo quando pequenos, podem oferecer diversas frutas, ervas medicinais, verduras e legumes. Por isso, foi desenvolvido o projeto “Quintais dos Meus Avós”, que visou resgatar os quintais cultivados pelos antepassados através

exames e receituários) aqui é posta em xeque por uma bananeira que nos convida a atentar mais à individualidade na produção do cuidado em saúde.

Por fim, destaco que esse processo cartográfico foi afetado pelos maravilhosos quintais que se constituem como territórios esperançosos, cheios de vida, cores, sabores, mistérios, tradições, curas, cultura e diversidade. E é essa vida que mantém o Alto da Maravilha tão maravilhoso quanto seus quintais.

4.4 SEMENTE 4: REMÉDIO DO MATO OU DA FARMÁCIA?

Fotografia 4 – Remédio do mato



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Era início de 2022 quando o número de casos de COVID-19 começou a subir estrondosamente, o que foi chamado pelos cientistas de 2ª onda da pandemia. Em meio ao cansaço do corpo e da mente que surgia com a rotina do trabalho da Unidade de Saúde da Família do Alto da Maravilha num cenário de avanço dos quadros de gripe, o medo de ser acometido era grande. Mesmo tomando todos os cuidados que eu podia para me proteger, era frustrante ver a todo tempo pessoas que duvidavam dos riscos da pandemia de COVID-19 e ignoravam totalmente as orientações dos trabalhadores da saúde. O pior de tudo era saber que até o Ministério da Saúde, baseado nas ideias do governo federal, incentivava a população a se expor ao vírus, a desacreditar nas vacinas e a espalhar notícias falsas.

E foi em meio ao cansaço da rotina de trabalho junto ao desgaste de ver o governo federal promovendo a morte de milhares de brasileiros e brasileiras que não resisti. Era uma

segunda-feira, acordei às quatro horas da manhã com uma sensação estranha no corpo. Entender o que o nosso corpo manifesta é fundamental para praticarmos o autocuidado e naquele momento senti que não conseguiria trabalhar. Uma mistura de tristeza e culpa me atingiu por saber que não chegaria naquele dia até a Unidade de Saúde onde várias pessoas estavam a me esperar.

Sempre que passo por um processo de adoecimento tento me conectar com os conhecimentos de meus antepassados e dos mestres e mestras que guardam os saberes populares das curas. Naquela madrugada não foi diferente... Comecei a traçar o meu plano de cuidados que seria colocado em prática ao longo dos próximos dias, no qual havia a presença de inúmeras ervas, mas não tinha sido incluído nenhum remédio de farmácia.

Ao me conformar que não seria possível trabalhar naquele dia, entrei em contato com a coordenação para informar que estava doente. Em seguida, com tosse, nariz entupido, dores no corpo e uma febre alta, peguei o rumo até uma Unidade de Saúde da Família para solicitar um atestado. Na consulta fui atendido por um profissional que se manteve distante uns 2 metros da minha cadeira, não me examinou e logo me deu uma receita. Parece que havia uma tentativa de suprir a falta de atenção da consulta com uma grande lista de medicamentos, que inclusive foram incentivados pelo Ministério da Saúde no contexto da pandemia do Coronavírus, mas não correspondiam com as evidências científicas. Com o meu atestado saí com a certeza de que não tomaria nenhum daqueles remédios e me cuidaria com as ervas. Tem gente que acha contraditório o fato de um médico não gostar de medicamento, mas, na verdade, é justamente por conhecer os rumos que a medicina tem tomado que prefiro me cuidar, sempre que possível, com os saberes populares.

Ao voltar para casa comecei a produção de um lambedor com várias cascas e raízes da caatinga e algumas folhas do meu quintal e dos quintais vizinhos. Além disso, preparei um banho com folhas de Alecrim de Vaqueiro, do jeito que minha vó fazia quando eu era criança. E pra não esmorecer, muito suco de laranja e aquela receita tradicional de mingau de cachorro. Foi com esses cuidados que passei bem esse primeiro dia de quadro gripal.

Todavia, no segundo dia, a febre aumentou e junto dela uma dor no corpo que não tinha fim. A tosse e o nariz entupido eram aliviados com o lambedor, o banho de alecrim de vaqueiro e a inalação com hortelã e eucalipto. Mas a febre não baixava de jeito nenhum. Eu não queria tomar um remédio de farmácia para a febre e tentava baixá-la com algumas ervas e compressas frias. Mas a danada continuava a me queimar.

No terceiro dia, minha já queria que eu tomasse uma ruma de antigripais da farmácia que não têm nenhuma evidência científica de mudar o curso de um quadro gripal, mas seguem

dando lucro às farmácias e indústrias farmacêuticas. Eu seguia resistindo aos remédios da farmácia até que percebi que já havia quarenta e oito horas que eu estava com febre. Nesse momento, com um sentimento de fraqueza, tomei um comprimido para a febre.

Confesso que aquele comprimido veio como uma dose de desapontamento por não ter conseguido me livrar dos remédios da farmácia. Entretanto, com o tempo, fui refletindo sobre o assunto e tentei me confortar compreendendo que mesmo diante do gigante potencial curativo das plantas, às vezes vamos necessitar de algum remédio da farmácia. E não há nenhum problema em fazer essa integração do saber popular com o saber científico. O problema é quando o saber da ciência se sobrepõe ao saber popular e se apresenta como verdade absoluta.

Em relação à febre, ela continuou me queimando e não abaixou nada com os comprimidos. Foram mais dois dias assim. Isso me fez refletir sobre o quanto a nossa sociedade toma remédios de farmácia que não mudam a evolução natural da doença e nem aliviam sintomas, mas são impostos como únicas possibilidades terapêuticas pelo fenômeno da medicalização da vida.

Quando estou consultando isso é muito frequente. Muita gente fica insatisfeita na consulta se não sair com uma lista de medicamentos para gripe e uma ruma de exames. Às vezes é necessário muito tempo para examinar a pessoa, explicar que não foi achado nenhum sinal de gravidade e possibilitar que ela entenda que apenas os medicamentos sintomáticos bastam, visto que a infinidade de xaropes e comprimidos que prometem alívio imediato da gripe não passam de falsas promessas. É claro que há casos que necessitam de outros tipos de medicamentos e não vejo problema nenhum em prescrevê-los quando há necessidade.

No quinto dia a febre começou a baixar e no dia seguinte já me sentia renovado, mas ainda persistia uma tosse leve com um pouco de catarro. E foi aí que um amigo das bandas da Serra da Maravilha me fez um convite: “bora curar os restos dessa gripe lá na serra”? Não sabia muito bem do que se tratava, mas aceitei a proposta.

Era de tarde e ele orientou que a gente apressasse para não pegar o sereno. Antes de entrar na mata, pedimos licença à Dona da Mata e para que ela me ajudasse em meu processo de cura. Em seguida ele me contou que os seus mais velhos tinham lhe ensinado a caminhar pela mata para terminar de curar gripes fortes, pois o ar puro das matas e a respiração acelerada da caminhada ajudam a terminar de limpar os pulmões. No meio do caminho veio uma tosse muito forte, com muito catarro e logo ele me disse que era o resto da gripe saindo. E depois daquela tosse eu não tossi mais.

É interessante que esse momento na mata foi algo muito mais forte do que uma “cura de tosse”. Ali foi uma oportunidade de me sentir vivo novamente após ter ficado alguns dias

isolado no quarto, de me conectar com saberes ancestrais e, sobretudo, de conhecer mais um dos segredos que as matas têm para nos revelar.

Este conto me fez refletir sobre uma pista do método cartográfico: cartografar é habitar um território existencial. Para Alvarez e Passos (2015) ao habitar um território existencial é preciso acolher e ser acolhido na diferença expressada entre os termos da relação: sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado, eu e o mundo.

Trago isso porque o meu processo de adoecimento surgiu de forma inesperada no meio da produção de dados cartográficos e tudo indicava que seria necessário repousar uns dias, distanciando-me do trabalho e do processo da pesquisa. No entanto, naquele momento eu já habitava um território existencial e quando isso acontece não é possível pausar ou se distanciar da pesquisa. Isso porque a cartografia não se faz por meio de um sobrevoo conceitual sobre a realidade investigada, mas sim pelo compartilhamento de um território onde objeto de pesquisa e sujeito vão se relacionando e codeterminando (ALVAREZ; PASSOS, 2015).

Dessa forma, mesmo sem estar presente fisicamente no campo da pesquisa (o Alto da Maravilha), percebi que a cartografia já fazia parte de mim e que poderia produzir alguns diários deste processo de adoecimento. Vale destacar que incorporando histórias de vida no caminho metodológico pode-se reenviar o olhar para uma perspectiva aberta à incorporação da subjetividade como elemento fundamental da construção do saber (BRAGANÇA, 2012).

Depois que fiz esse conto a partir dos meus diários, me chamou atenção o sentimento de culpa por ter adoecido e precisar ficar alguns dias sem ir ao trabalho, enquanto várias pessoas poderiam precisar do meu atendimento. Ramminger e Nardi (2007) trouxeram à tona que existe resistência do trabalhador da saúde em procurar ajuda, pois é como se não pudesse adoecer, sob pena de ter sua condição de bom trabalhador questionada. Para Carreiro et al. (2013) no contexto da ESF, os trabalhadores às vezes esquecem da saúde devido ao sentimento de não poderem adoecer por serem responsáveis pela saúde dos outros e também evitam afastamentos para evitar a perda salarial.

Com isso, gostaria de destacar que nós, trabalhadores da saúde, precisamos cuidar do nosso corpo. E esse cuidado precisa ser praticado durante processos de adoecimento, como no meu caso do conto, mas também no dia-a-dia. Conforme os saberes ancestrais indígenas, é importante que as pessoas que possuem habilidades para trabalhar com a cura cuidem do próprio corpo, pois para ser um corpo que cura outro corpo é preciso se cuidar e se proteger

(NUCS UFCG, 2021b). Aqui vale o mantra nordestino de Ray Lima (2013): cuidar de mim é cuidar do mundo, cuidar do mundo é cuidar de mim.

Remetendo novamente ao conto, trago as possibilidades de cuidado com as plantas como resistência às imposições da indústria farmacêutica. Relatei diversos usos das plantas medicinais em meu processo de autocuidado, que para além de aliviar os sintomas, me conectavam com saberes ancestrais que tive a oportunidades de aprender. Trago isso como resistência no campo dos saberes populares relacionados às plantas medicinais porque a íntima relação entre o conhecimento científico e o capitalismo proporcionou significativas perdas, nos fazendo acreditar que só o que é produzido e comercializado com aval da ciência tem eficácia. Com isso, nosso cuidado foi restringido à busca por medicamentos e tratamentos padronizados, nos distanciando de outras práticas mais afinadas com nossas necessidades, crenças, desejos e expectativas de boa vida (BORGES, 2021). Nesse cenário de resistência, me inspiro em Deleuze (2005, p.99): “A vida se torna resistência ao poder quando o poder toma como objeto a vida. [...] Quando o poder se torna biopoder, a resistência se torna poder da vida.”

E foi nesse cenário de ameaças do biopoder, que o convite para terminar de curar a gripe caminhando na Serra da Maravilha representou a vida se tornando resistência em meio à energia das matas.

4.5 SEMENTE 5: O MATO TEM MUITA COISA PRA REVELAR

Fotografia 5: Conexões com a mata



Fonte: Acervo pessoal do autor.

_ Meu filho, o mato é um segredo, o mato tem muita coisa pra te revelar... Você como médico, pegue nas plantas, sinta a energia delas. Aí Deus vai lhe dando sabedoria para ajudar a cuidar das pessoas. Não se esqueça: o mato tem muita coisa pra te revelar.

Ao terminar o curso de medicina, recebi como presente a fala acima. Uma guardiã dos saberes populares, que desde pequeno chamo de vó, me inquietou para que eu não me conformasse apenas com os conhecimentos científicos dos livros de Medicina. Afinal, para ela, o cuidado com a saúde está intimamente relacionado com a energia do mato.

No entanto, não é todo mundo que consegue perceber que as energias das matas podem nos ensinar a cuidar do corpo, da mente e do espírito. Isso porque, para desvendar os segredos do mato é fundamental respeitá-lo e, infelizmente, vivemos numa sociedade que respeita mais o cimento e o concreto do que o mato.

Como forma de respeito ao mato, aprendi com minha mãe, que aprendeu isso com minha vó, que nunca posso entrar na mata sem pedir licença à Dona da Mata. Segundo elas, esse gesto

de respeito nos torna mais sensíveis para perceber os mistérios do mato, bem como, nos protege dos perigos que ali possam existir.

O interessante é que no Alto da Maravilha pude encontrar com diversas pessoas que também manifestam esse respeito para entrar no mato, cada qual da sua forma. Janaína, Dona da Mata, Moça da Mata e Caipora são algumas entidades muito relatadas por cá, que apesar de não serem vistas, são sentidas e muito respeitadas.

Lembro de uma senhora que há muito tempo não ia até à Unidade de Saúde da Família e vivia com a pressão e o colesterol muito alto. Diante da situação, combinei com a agente comunitária de saúde de fazer uma visita domiciliar. Fui alertado que ela poderia não me receber, porque não gostava de médico. Mesmo assim tentei ir rumo ao seu encontro na roça, que fica na Serra da Maravilha.

Chegando lá, ela disse logo que não aceitava médico lhe consultando dentro de sua casa, porque cuidava da sua saúde na mata. Ali, poderia ter seguido para a próxima visita, mas como um curioso e aprendiz dos saberes da mata, perguntei se ela poderia me contar como se cuidava na mata, combinando de deixar a consulta para outro dia.

Foi aí que o vínculo se estabeleceu e ela disse que me contava tudinho, mas que eu teria que ir na mata com ela. Ali, o médico já ia ficando de lado e dando lugar ao aprendiz dos saberes da mata. Seguimos juntos Serra da Maravilha à dentro até que chegamos num riacho e ela me ordenou que pedisse licença à Janaína, porque estava entrando em território sagrado.

A partir daquele momento pude perceber como uma senhora pode cuidar da sua saúde na mata. E não estava vendo o uso de nenhuma erva para baixar a pressão ou o colesterol. Mas via sorrisos, ouvia gritos e conversas com os seres da mata e pulos de alegria. Então eu entendi que para ela a saúde estava no convívio com a mata e não numa caixa de medicamento para a pressão ou para o colesterol.

Foi aí que ela me ordenou para sentar na pedra, tirar as botas e colocar os pés na água para sentir que energia gostosa aquele lugar tinha. Assim eu fiz e ela em seguida. De repente, para meu espanto, disse que se eu quisesse poderia consultá-la ali. Uma consulta, no meio da mata, com os pés dentro do riacho... Por essa eu não esperava!

A partir daquela consulta ela aderiu ao tratamento medicamentoso, mas no seu plano de cuidados, além de medicamentos, constavam as vivências na mata. O engraçado é que em várias consultas que ela já tinha passado, focadas na doença e no medicamento, ela nunca aderiu ao tratamento, porém, num encontro que teve como foco conhecer os saberes da mata, a adesão ao tratamento surgiu de maneira inesperada.

Nesse bonito e potente encontro, pude aprender com aquela senhora e com a mata. E sigo aprendendo toda vez que peço licença para entrar numa mata e me torno parte desse espaço sagrado que me possibilita inúmeros aprendizados. Inclusive preciso destacar as oportunidades que tive de aprender com outros guardiões de saberes sobre raízes, cascas e folhas no combate a problemas de saúde, tornando-me um aprendiz de raizeiro, no entanto, o poder da mata no cuidado em saúde vai muito além da lógica de combater doenças. Em muitas vezes, a produção do cuidado acontece espontaneamente quando nos tornamos disponíveis para entender os segredos que o mato tem para nos revelar.

Esse conto se iniciou com uma provocação de uma guardiã dos saberes populares: para aprender a cuidar da saúde é preciso ir além do conhecimento médico e se disponibilizar para aprender com as matas. Isso é algo que não faz sentido para a maioria dos trabalhadores da saúde, afinal, as matas podem até ser vistas como locais de fornecimento de matéria-prima para a indústria farmacêutica, mas não como local de aprendizado. Isso acontece devido à ideia de superioridade do homem sobre as matas e a natureza, que as consideram como algo a ser consumido, o que é bastante discutido por Krenak (2020b, p. 13):

Mesmo que a gente faça de maneira consciente e cuidadosa, mas tem um fundamento, uma ontologia, que sugere que nós humanos somos separados dessa entidade, que é a natureza, e que a gente pode incidir sobre ela e tirar pedaços dela. (...) Mesmo quando utilizamos a ciência e a tecnologia, o propósito é aumentar a capacidade de exaurir esse organismo. Nós achamos que podemos consumir a Terra. Essa é a ideia do bem-estar. Para o bem-estar humano, a gente pode consumir a Terra.

Para Wedig e Ramos (2020) as empresas têm buscado controlar, monetarizar e patentear os fármacos que circulam gratuitamente na medicina popular, o que pode levar à extinção desses e limitar ou até mesmo impossibilitar o acesso dos povos e das comunidades tradicionais que deles dependem. Isso ainda vem sendo agravado atualmente pelo governo brasileiro, pois, de forma explícita, as grandes corporações farmacêuticas e a indústria de agrotóxicos estão sendo apoiadas, acarretando maiores problemas para benzedeiros e outros detentores de ofícios tradicionais relacionados às plantas de cura.

Em oposição a essas ações impostas pelo capitalismo, o indígena Papá, trouxe à tona a necessidade de compreendermos os códigos da mata (os pássaros, a água, os insetos, a chuva, por exemplo), que são diferentes dos códigos da cidade, destacando que ao aprender os códigos da floresta é possível viver tranquilo e sem se preocupar, pois a mata dá a energia e a vida

(NUCS UFCG, 2021c). Maria José Truká destacou que para aprender a cuidar da saúde a partir da natureza, é preciso cuidar das matas. Truká trouxe essa discussão para a Caatinga, apontando que é dela que saem os remédios sagrados e por isso é importante manter a caatinga viva, destacando ainda que na farmácia do homem branco, só consegue o remédio quem tem dinheiro, diferentemente da caatinga que é uma farmácia natural (NUCS UFCG, 2021d).

Truká ainda abordou a diferença entre as formas de aprender a cuidar da saúde na universidade e nos territórios indígenas. Enquanto os médicos necessitam frequentar o meio acadêmico para aprenderem a trabalhar com a medicina, na área Truká ela teve o privilégio de aprender a cuidar através da natureza, com remédios feitos com cascas e raízes, destacando a importância dos segredos da cura. Dessa forma, destaca que o seu povo sempre teve pessoas consagradas para ajudar os outros indígenas, relatando que, atualmente, consegue cuidar do seu povo de pneumonia, gripe mal curada, dores e acompanhar mulheres grávidas (NUCS UFCG, 2021d).

Diante dessa discussão, fica o questionamento: é possível que os trabalhadores da saúde aprendam sobre o cuidado a partir das matas, ou esse ofício é reservado apenas aos indígenas e outros cuidadores tradicionais? Para responder isso trago o meu processo de desterritorialização e reterritorialização a partir do encontro com a senhora que negava a consulta médica e aceitou ser consultada na mata.

Para Deleuze e Guattari (1997) a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território, é a operação da linha de fuga, enquanto a reterritorialização é o movimento de construção do território. Naquele momento em que a senhora recusa ser consultada porque não gosta de médico e eu me disponibilizo para ir até a mata com ela para aprender com sua forma de cuidado, eu estava desterritorializando o meu território biomédico, que se passa em um consultório, onde exerço relações de poder impondo como as pessoas devem se cuidar.

No entanto, Deleuze e Guattari (1996) afirmaram que a desterritorialização e a reterritorialização são processos que não se dissociam. Destaca-se que não se pode confundir a reterritorialização com o retorno à territorialidade primitiva. A minha reterritorialização aconteceu quando, ao passo que fui aprendendo sobre os segredos da mata, de repente surgiu a proposta de fazer ali uma consulta médica, possibilitando abranger aspectos que não estariam presentes no ambiente do consultório ou do domicílio.

Esse encontro, que retrata uma consulta em meio da mata, revela a possibilidade prática da intermedicina através da construção de diversas possibilidades terapêuticas a partir de um mosaico de conhecimentos, constituindo uma constelação de saberes distintos (Meneses, 2004).

Esse conto, dialoga também com a interculturalidade contra hegemônica, que representa a possibilidade de reconstrução, a partir do respeito à vida e do questionamento das relações de poder que causam adoecimento e morte (CAMACHO HINOJOSA, 2011). Que as energias das matas me possibilitem constantes desterritorializações e reterritorializações no que diz respeito ao cuidado em saúde e me guiem em direção às ideias da intermedicina e da interculturalidade contra hegemônica.

4.6 SEMENTE 6: APRENDIZ DE RAIZEIRO

Fotografia 6 – Oficina de raizeiro na USF



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Cada vez mais parece que só são válidos os conhecimentos produzidos pelo meio científico nas universidades, o que não é diferente na área das plantas medicinais, que são retiradas das matas e das comunidades, levadas para laboratórios, estudadas, tendo seus usos validados para determinadas patologias e, quando atendem aos interesses econômicos do mercado, são transformadas em medicamentos fitoterápicos.

Todavia, no meio popular, os saberes relacionados às plantas medicinais sempre existiram e seguem sendo produzidos das mais diversas formas nas comunidades, a partir de conhecimentos, estudos, intuições, reflexões e observações, levando em consideração aspectos importantes que, em muitas vezes, são desconsiderados pelo método científico tradicional. E é por isso que sempre gostei de perguntar a quem entende dos poderes das ervas sobre a origem desses saberes e geralmente encontro respostas diferentes.

Alguns raizeiros, por exemplo, me contaram que aprenderam com seus mais velhos; outros, relataram que os saberes relacionados às plantas foram revelados em sonhos; já me contaram também de inspiração religiosa; e há aqueles que aprenderam curiando os mais velhos

ou até observando animais. É em meio a essa diversidade de formas de se aprender sobre as plantas medicinais que me dou conta de que a biomedicina não consegue perceber as sutilezas, crenças e magias que fazem parte do cotidiano dos raizeiros.

Pensando nisso, vou me lembrando de como foi a minha formação na área da medicina... Os saberes que vinham dos livros e artigos eram considerados nas provas da universidade, mas o que eu aprendia nos encontros com as pessoas e comunidades não era visto como importante, afinal, no curso de medicina eu deveria ensinar as pessoas a se cuidarem e não aprender com elas. Todavia, foi nesse contexto que me dei conta de que não podia deixar a universidade me afastar dos meus antepassados para acreditar somente nos livros.

E foi nesse processo que fui me reconectando com as plantas, com as matas e com saberes que já estavam caindo no esquecimento... Essa reconexão não aconteceu na sala de aula da universidade, mas no íntimo contato com a natureza. Trago o exemplo dos contatos com as matas. Tem gente que entra na mata e sai andando como se estivesse na cidade. Só que as matas têm seus encantos e encantados. Quando a gente se conecta com as energias das matas a gente vê caminhos onde outros não vê, percebe cheiros, escuta barulhos, se conecta com o silêncio, não se perde, pisa na terra, se protege dos perigos que ali podem existir e, principalmente, vai aprendendo com a dinâmica da natureza.

Estando sozinho no mato aprendi muita coisa em conexão com as plantas e com meus antepassados. Mas também aprendi muito caminhando nas matas com raizeiros que pude encontrar nos caminhos da vida. Os usos de plantas mestras, como coletar partes das plantas sem agredi-la e simpatias que ajudam o remédio a ter um efeito melhor são exemplos de saberes que tive a honra de aprender. É interessante como esses raizeiros, sempre mais velhos do que eu, se espantam com um menino mais novo que quer aprender sobre as plantas. E o assombro é maior com o fato do menino curioso ser médico.

E falando em ser médico, não posso deixar de reconhecer que aprendo um bocado sobre as plantas no consultório. Boa parte das pessoas que eu atendo já sabe da minha afinidade com as plantas medicinais e com frequência elas estão presentes nas consultas. Vou contar um caso que mostra como uma planta medicinal pode conectar os saberes da minha avó, com os meus, os das pessoas que atendo e os de um curandeiro.

Era uma mulher com quadro clínico de infecção urinária há 2 dias, para quem prescrevi antibiótico. Todavia, quando entreguei a receita ela disse que não poderia tomar remédio passado por médico. Confesso que pensei: se não pode tomar remédio passado por médico, porque veio no médico? Logo me dei conta que uma pessoa pode procurar o serviço de saúde com expectativa de várias coisas para além da medicação. Ela já sabia que estava com infecção

urinária antes da consulta, mas a sua demanda era desabafar que estava sem saída por estar tomando uma garrafada para mioma e o curandeiro disse que ela não poderia misturá-la com remédio de médico. Nesse momento, lembrei que minha avó cuidava de casos assim com chá de cabelo de milho. Mas eu não podia prescrever esse chá baseado na experiência da minha avó. Foi aí que perguntei se ela conhecia alguma planta para essa infecção e fui surpreendido com a resposta: cabelo de milho. Naquele momento, não poderia insistir no antibiótico porque ela não o utilizaria. Então sugeri que a mesma usasse o cabelo de milho como aprendeu com sua família, pactuando retorno breve se não melhorasse. Ela retornou para dizer que estava boa e que só foi lembrar que o remédio para o seu problema já estava em casa naquela consulta.

É nesse processo de conexão com as plantas medicinais que às vezes sou chamado na Unidade de Saúde da Família de doutor das folhas ou raizeiro. Alguns amigos também me tratam assim. Mainha já disse que tenho a responsabilidade de manter vivos os saberes que vieram de vó, passaram por ela e a mim foram confiados. E é nessas idas e vindas que, para além de médico, tenho me constituído como um aprendiz de raizeiro.

Com este conto eu pude relatar um pouco do meu processo de aprendizado sobre (e com) as plantas medicinais, seja nas matas, com meus antepassados, nas consultas ou com guardiões de saberes tradicionais. Esses relatos que contam como fui me tornando aprendiz de raizeiro foram produzidos enquanto eu também fui me tornando um aprendiz de cartógrafo.

Para conversarmos sobre isso, é preciso entender sobre a formação. Aqui a formação vai muito além do seu aspecto de produzir uma forma, com base em modelos predefinidos, pois o pesquisador-cartógrafo se forma no acesso ao plano das forças e no plano instituinte em movimento e transformação que não é separado do plano instituído. Em síntese, o processo de formação do cartógrafo acontece na abertura atenta do corpo ao plano coletivo de forças no meio do mundo. Destaca-se ainda que a formação é acompanhada de processos de corporificação a partir de práticas que são compostas por afetos em trânsito (POZZANA, 2013).

A corporificação é mais o corpo atento e aberto no espaço do que o acúmulo de conteúdos em aprendizados cristalizados (POZZANA, 2013). Nesse sentido, pude ir me formando como cartógrafo ao deixar meu corpo aberto e atento, de forma que possibilitasse a “criação de modos de fazer, perceber, sentir, mover e conhecer, que não se separam do mundo, dos objetos humanos e não humanos em articulação” (POZZANA, 2013, p. 332). Interessante perceber que essa definição de corporificação não faz sentido apenas na formação do cartógrafo,

mas também na minha constituição como aprendiz de raizeiro, visto que, a transmissão dos saberes populares vai muito além do acúmulo de aprendizados cristalizados.

Trago como exemplo algumas reflexões surgidas a partir do caso relatado que viabilizou um tratamento a partir do cabelo de milho. Nesta consulta eu precisei aprender a me desprender das amarras biomédicas evocando saberes anteriores que foram transmitidos pelos meus antepassados. Assim, foram possibilitadas operações em outros planos para além do conhecimento formal, trazendo à tona o aprendiz de cartógrafo e de raizeiro. Isso porque eu estava no meu lugar de médico, mas de repente, a partir da recusa da usuária em ser tratada com um medicamento alopático, me percebi num entrelugar médico-raizeiro e deixei que o saber do raizeiro viesse à tona para se encontrar com os saberes dos antepassados daquela usuária.

Para Pozzana (2013), o processo de aprendizagem ocorre no plano dos afetos e a formação não pode ser reduzida a um debate técnico-metodológico ou psico-pedagógico, sendo necessário entender que cartografar é conectar afetos que nos surpreendem.

Na formação do cartógrafo é preciso ativar o potencial de ser afetado, educar o ouvido, os olhos, o nariz para que habitem durações não convencionais, para além de sua função sensível trivial, ativando algo de supra-sensível, dimensão de virtualidade que só se amplia à medida que é exercitada (POZZANA, 2013, p. 332)

Aqui, mais uma vez, trago a coincidência das características da formação do cartógrafo com o processo de formação dos raizeiros e de outros mestres e mestras dos saberes populares. Nos processos de aprendizagem enquanto aprendiz de raizeiro, o que mais se destacou foi o afeto. Caso não me permitisse ser afetado com as pessoas, com os territórios e com as plantas, certamente reproduziria a lógica biomédica no cuidado com as plantas medicinais, ao usar uma planta para combater determinado sintoma. Com o afeto, para além de combater sintomas, é possível fazer das plantas medicinais um instrumento de conexão com a ancestralidade, com o bem-viver e com os territórios, possibilitando formas de cuidado que resistam diante do modo de fazer saúde da colonialidade.

4.7 SEMENTE 7: INSPIRAÇÕES CAATINGUEIRAS

Fotografia 7 – Encruzilhada na caatinga



Fonte: Acervo pessoal do autor.

Na estrada, em meio a caatinga que começa a vestir os seus galhos de verde após a chuva chegar, voltando de Jaguarari para Senhor do Bonfim, me pego numa reflexão: como é que eu consigo apoiar outras Equipes de Saúde da Família em coisas que não consigo botar em prática em minha Unidade de Saúde da Família?

Este pensamento surgiu no retorno de uma Unidade de Saúde da Família, onde fui convidado para apoiar na implantação de uma farmácia viva. Com muito prazer aceitei o convite e nos dias combinados peguei a estrada em direção a Jaguarari. Mal cheguei lá, já me senti em casa, sendo recebido com aquele típico acolhimento do interior do Nordeste. No momento inicial, numa rodada de apresentação, ouvi do grupo a expectativa de que eu ensinasse o uso das principais plantas medicinais que pudessem ser aplicadas no contexto da APS. Conversa vai, conversa vem, fomos construindo saberes (naquele momento eu mais aprendia do que ensinava) e de repente os/as participantes foram relembrando formas de cuidado com as plantas que tinham aprendido com suas famílias, inclusive um agente comunitário de saúde falou com muito orgulho do seu pai que era um guardião dos saberes das ervas.

A partir desse papo, relatei que não tinha preparado uma apresentação para ensinar sobre o uso das plantas, mas que tinha chegado lá com o objetivo de provocá-los a resgatarem os seus

saberes sobre as plantas medicinais e inspirá-los a aprender com os seus mais velhos. Desse encontro, pactuamos a implementação de um horto de plantas medicinais junto da comunidade, os ACS combinaram de se encontrar com os guardiões dos saberes populares das suas microáreas e a enfermeira e o dentista planejaram estudar juntos sobre como incorporar as plantas medicinais nas prescrições.

Foi depois desse encontro potente, ainda na estrada, que pude perceber que para mim é muito mais fácil apoiar outras Equipes de Saúde da Família do que implementar essas ações no dia-a-dia da minha Unidade de Saúde da Família... Atuando como médico de família e comunidade, num sistema fundamentado na lógica biomédica, parar os atendimentos para conversar e planejar ações sobre plantas medicinais é algo complicado, o que está piorando com as novas definições do Ministério da Saúde.

A partir do programa Previne Brasil, eu, minha equipe e tantas outras equipes desse Brasil têm funcionado muito mais sob a lógica capitalista de produtividade e cumprimento de metas (chamadas de indicadores), mesmo quando não são oferecidas condições dignas de trabalho. Nesse cenário, fazer algo que não está dentro dos indicadores, para a gestão, é como se fosse perda de tempo, uma vez que não haverá o reconhecimento do Ministério da Saúde que poderia se traduzir em incentivos financeiros.

É nesse contexto que a APS vai se afastando dos seus princípios e focando nas doenças. No entanto, as histórias de construção do Sistema Único de Saúde e da APS no Brasil são inspirações que me convidam a resistir. Não sei muito bem como, mas foi preciso fazer essa movimentação com outra equipe para me despertar e perceber que não posso permitir ser guiado apenas pelo programa Previne Brasil. Que a resistência da caatinga que com as primeiras águas das chuvas vai transformando o cinza dos galhos secos em folhas que explodem tons de verde siga me inspirando!

O conto acima trouxe à tona impactos do novo modelo de financiamento da APS, com o programa Previne Brasil (BRASIL, 2022b), que se fundamenta apenas em critérios biomédicos, influenciando as Equipes de Saúde da Família a terem uma atuação restrita à biomedicina, focando apenas em vacinação, realização de exames laboratoriais, procedimentos e atenção ao pré-natal, desconsiderando aspectos importantes da integralidade e dos atributos da APS.

Algo que sempre me incomodou ao atuar na ESF foi a lógica da produtividade que enrijece o processo de trabalho, tornando-o cada vez mais mecânico e distante do afeto e da subjetividade. A contradição de produzir saúde em consultas individuais que duram poucos minutos e focam sempre na doença muitas vezes passa despercebida quando naturalizamos o ato de atender cada vez mais pessoas em cada vez menos tempo de forma mecanizada.

Para Casate e Côrrea (2005) a mecanização, a burocratização e a racionalização do trabalho impedem o desenvolvimento da capacidade crítico-criativa do trabalhador da saúde. Diante disso, Merhy (2002) nos convida a ser mais sujeitos do que sujeitos no trabalho em saúde, a partir da exploração das nossas capacidades de agir e de interpretar o local onde nos territorializamos, possibilitando assim interferências nas suas regras, abertura de linhas de fuga e partidas para novos mapas e sentidos territoriais.

Ademais, o conto revela que a APS tem um grande potencial para dialogar com os saberes populares relacionados às plantas medicinais, possibilitando construções entre usuários e trabalhadores da saúde que vão além da biomedicina, reforçando o atributo da competência cultural. No entanto, o atual Ministério da Saúde tem promovido mudanças na APS que implicam na redução das possibilidades de atuação dos trabalhadores da saúde para além da lógica biomédica, deixando-os atados aos saberes sintéticos e impossibilitados de se encontrarem com os saberes orgânicos.

Dessa forma, o novo financiamento da APS proposto pelo programa Previner Brasil pode influenciar as Equipes de Saúde da Família a restringirem suas atuações de acordo com os indicadores previstos pelo programa, todos relacionados à biomedicina. Nesse contexto, é essencial que as Equipes de Saúde da Família tracem estratégias que possibilitem construções para além desse programa reducionista. No que se refere às plantas medicinais, por exemplo, a APS pode atuar com a realização de grupos, implementação de hortos e construção de espaços que viabilizem encontros de saberes entre os usuários e trabalhadores. Tal encontro entre trabalhadores da saúde e os saberes populares pode se constituir como um devir:

Devir jamais é imitar, nem fazer como, nem se conformar a um modelo, seja de justiça ou de verdade. Não há um termo do qual se parta, nem um ao qual se chegue ou ao qual se deva chegar. [...] Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, de núpcias entre dois reinos.” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 10).

O devir se dá por meio do encontro, através do contato com o outro, com a alteridade, sendo um processo que vai de encontro ao da generalização. Dessa forma, o devir assume uma proposta de fuga do padrão universal: homem-branco-cis-hétero-cristão (FELIPE, 2020). O devir é expressado onde encontramos nossas posições majoritárias, transformando essas

posições que foram impostas como essenciais e universais (COELHO, 2016). Sendo assim, não há devir homem-branco-cis-hétero-cristão, sempre seremos devir-mulher, devir-negro, devir-trans, devir-gay.

Pensando nisso e considerando o fortalecimento da lógica neoliberal na APS, proponho um devir-raizeiro como convite aos trabalhadores da saúde para pensarem em outra lógica, com mais sensibilidade, mais afeto e mais disponibilidade para o encontro com os saberes populares.

Para nos ajudar a pensar o devir-raizeiro e reconhecendo que a exclusão dos saberes populares no cuidado em saúde em uma USF inserida num quilombo urbano não é somente consequência da biomedicina, mas também do racismo institucional e da antinegitude, trago as reflexões sobre o devir-negro.

Primeiramente, é preciso destacar que devir não tem nada a ver com transformações substanciais, o que indica que o devir negro não deve ser entendido como “se transformar em negro”, o que seria redundante para os negros e ridiculamente pretensioso para os que não são (GOLDMAN, 2021). Conforme proposto por Coelho (2016), devir-negro é se dedicar aos processos singulares de subjetivação que questionam um modo de vida padrão, identificado com o homem-branco-heterossexual-ocidental, exercitando outros modos de relação com o corpo, com o pensamento, com a política que não sejam referenciados exclusivamente pelos processos hegemônicos de subjetivação.

Devir-negro, então, é não ser nem negro nem branco da forma como dita o valor hegemônico. É emitir as pistas de negritude que o pensamento hegemônico tenta alinhar por imposição (assim como fazem com os nossos cabelos crespos). Neste sentido, devir-negro acontece no momento mesmo de perseverança em uma afirmação em modos singulares de existir, inclusive, repensando a negritude que se coloca como reação da vida branca (COELHO, 2016, p. 75).

Se o devir-negro é uma forma de encontro que representa uma linha de fuga em relação ao estilo de vida homem-branco, então podemos pensar num devir-raizeiro como possibilidade para pensar, resistir e transformar o estilo biomédico que impera na APS. Aqui escolhi o termo devir-raizeiro devido ao processo de aprendiz de raizeiro. No entanto, ele pode ser substituído por devir-benzedeira, devir-parteira, devir-rezadeira, devir-curandeira... Vale destacar que o devir-raizeiro não é o trabalhador da saúde largar a sua profissão para se tornar raizeiro, mas sim uma possibilidade de fuga da biomedicina que possibilite o encontro com os saberes, fazeres e afetos que pulsam no território. Os contos anteriores revelaram pistas do meu processo, enquanto médico, em busca de linhas de fuga da biomedicina, através do devir-raizeiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA SEMENTE GERA OUTRAS

As sementes produzidas pelas plantas representam a renovação da vida, garantindo sua renovação, dispersão e reprodução. Um trabalho cartográfico nunca tem uma conclusão, ele segue se reproduzindo, espalhando-se e renovando-se, assim como as sementes. Trago isso para destacar que, por mais que eu tente, não sou capaz de fazer uma conclusão sobre todas as reverberações que essa cartografia gerou em mim, na minha história e na minha prática enquanto médico de família e comunidade. Elas seguirão me afetando, me transformando e possibilitando que eu siga espalhando sementes pelos caminhos da vida.

Preciso destacar que essa cartografia se deu em um território quilombola, que resiste para manter a sua cultura e suas formas tradicionais de cura e tem forte presença das plantas medicinais no cuidado em saúde. Neste contexto, observo as sementes que foram produzidas nesta cartografia (os contos cartográficos) e percebo que percorri caminhos que me levaram a realizar um movimento de reencontro com as plantas medicinais e os saberes populares a elas relacionados.

Antes de prosseguir considero importante destacar, que o meu ambiente de atuação profissional, a ESF, em alguns momentos parecia infértil, ou seja, apresentava algumas condições que poderiam dificultar a germinação de sementes, uma vez que a organização dos serviços da APS ainda segue sendo determinada pela biomedicina, todavia este trabalho revelou que foi possível o surgimento de novos brotos mesmo com as adversidades que caracterizavam o cenário.

Um desafio inicial foi o fato da USF, onde este trabalho foi realizado, não conseguir refletir sobre as especificidades de localizar-se em um território quilombola e, neste contexto, reconhecer as potencialidades do mesmo. Esta condição pode relacionar-se com a influência da colonialidade do saber - discutida ao longo deste trabalho e com o racismo institucional. Assim, neste cenário difícil para as sementes germinarem, me dei conta do quanto a minha formação enquanto médico me forjou a confiar nos conhecimentos validados pela ciência moderna e a podar/exterminar outras formas de cuidado. No entanto, reafirmo que mesmo em lugares inesperados, onde a maioria das sementes não vinga, uma ou outra resiste e ousa desafiar as condições adversas.

Logo, o território quilombola e as plantas medicinais me convidaram a resistir, tornando o ambiente árido da USF em um local fértil que pudesse viabilizar o Encontro de Saberes. Esse processo se deu a partir de encontros com vários guardiões/guardiãs das tradições de cura e com a minha ancestralidade, que me provocaram a enfrentar a colonialidade do saber no cuidado em

saúde para possibilitar que as sementes das plantas medicinais germinassem na APS. À medida que essas sementes foram nascendo, crescendo e se fortalecendo, a cartografia me possibilitou acompanhar esses processos e fui me dando conta de que as plantas medicinais têm grande potência para dar vida à aridez imposta pela biomedicina.

Esse germinar das sementes na APS só foi possível a partir da força dos encontros com os moradores do Alto da Maravilha, com as guardiãs e guardiões dos saberes tradicionais e com a associação quilombola. A APS pode promover aproximações com a comunidade a partir de uma ambiência que contemple símbolos locais, dando abertura para que as pessoas falem das suas formas tradicionais de cuidado e saindo do espaço físico do serviço de saúde ao encontro da vida no território. Foi assim que fui me afetando com o povo do Alto da Maravilha e impulsionado a, coletivamente, ir fertilizando o cenário da APS.

Encontro com árvores. Potencial rizomático. Agenciamentos. Transformações. De repente percebi que as plantas medicinais na APS não podem se restringir a preparados de origem vegetal para aliviar sintomas/doenças. As linhas de fuga me levaram para longe desse conceito reducionista e de repente eu estava me afetando, resistindo, aprendendo, reinventando, refletindo e agenciando, num movimento de troca de fluxos com as plantas.

Deitar na jaqueira. Pisar no chão. Conectar-se com as raízes. Dissipar a raiva. Plantar no quintal. Tomar chá. Banho de ervas. Andar na mata. Aprender com o mato. Se inspirar com a caatinga. As plantas medicinais me instigaram a tirar as lentes da biomedicina que restringiam minha visão. Daí então foi provocado a ver que as plantas exercem papéis medicinais a todo tempo e em todo canto.

Durante esse processo cartográfico, novas lentes ampliaram o meu olhar e foi assim que, ao colher as sementes produzidas neste estudo (os contos), percebi que eles não estavam soltos, mas interligados uns aos outros, como um rizoma. Prestando atenção no rizoma que foi formado, me dei conta de que ele apresenta um conceito ampliado de plantas medicinais, que é representado pelo cuidado (com a saúde, com o corpo, com a vida, com o mundo...), ao invés de combater sintomas e doenças. Esse conceito de plantas medicinais aqui produzido se mistura com a integralidade, enquanto princípio do SUS, demonstrando que as plantas podem ser instrumentos promotores de formas de cuidado integral na APS e no SUS.

As conexões das sementes produzidas neste trabalho não se limitaram à perspectiva ampliada do conceito de plantas medicinais, elas contribuíram também para o reconhecimento de princípios SUS e atributos da APS. É importante destacar que esta cartografia materializou o conceito de território ao perceber as nuances da vida no Alto da Maravilha, com um olhar ampliado para além dos fatores de risco/doenças, percebendo os quintais, as matas e a terra

como produtores da saúde. Na semente 1, “árvores que são rizomas”, percebeu-se o princípio da universalidade, pois o conto revela que onde eu, quando criança, nem imaginava que alguém podia chegar, no pico da Serra da Maravilha, hoje chego, juntamente com a ESF, para garantir o acesso ao SUS aos povos que vivem em localidades de difícil acesso e aos saberes dessas populações.

Na semente 2, “plantas que nos dão vida”, foi possível visualizar na prática o princípio da integralidade, quando numa consulta médica foi dada passagem à produção de saúde do senhor que era atendido, ao considerar as emoções no processo saúde-doença, no caso a raiva, bem como a forma de evitá-la ao se conectar com as árvores e com a terra, destacando ainda que isso só pode ser feito num ambiente saudável, livre de poluição. Na semente 3, “maravilhosos quintais”, as relações familiares e comunitárias que podem ser percebidas nos quintais do Alto da Maravilha ilustram os atributos da orientação familiar e comunitária, uma vez que quando a APS se sensibiliza para conhecer o que acontece em seu território, o que inclui os quintais, pode direcionar suas ações de acordo com as necessidades, mas, sobretudo, com as potencialidades das famílias e da comunidade.

Na semente 4, “remédio do mato ou da farmácia?”, foi possível entender a importância do atributo da competência cultural, uma vez que, ao relatar o atendimento que recebi em um serviço da APS, totalmente orientado pela biomedicina, não tive as formas ancestrais de cuidado da minha família consideradas, mas, mesmo assim, segui com cuidados baseados nos saberes tradicionais. Isso reforça a necessidade dos trabalhadores da saúde desenvolverem habilidades para interagirem com as diversidades culturais das populações. Na semente 5, “o mato tem muita coisa para revelar”, viu-se a coordenação do cuidado de uma usuária que negava os tratamentos da hipertensão que eram prescritos sem levar em consideração o seu contexto, quando foram estabelecidas conexões com a mata para alcançar o objetivo de cuidar saúde. Embora, normalmente, a coordenação do cuidado ocorra através da articulação com outros serviços da rede, neste caso ela se deu na mata, um elemento importante para aquela senhora e para o território.

Na semente 6, “aprendiz de raizeiro”, se vê o princípio da participação popular, que, apesar de ser mais relacionado ao envolvimento da população na gestão do SUS, também pode ocorrer quando os usuários levam suas demandas para que os serviços ofertem cuidados baseados na competência cultural, como no caso em que a população influenciou a minha atuação, o que possibilitou que eu conectasse meus saberes ancestrais com os da comunidade tornando-me um aprendiz de raizeiro. Por fim, a semente 7, “inspirações catingueiras”, pode ser interpretada como um convite para que os trabalhadores da APS percebam que os princípios

e atributos postos em tela nas sementes anteriores não são postos em prática facilmente, uma vez que, ultimamente, as políticas públicas como o Previner Brasil têm restringido cada vez mais a atuação da ESF.

Ademais, pude perceber que as plantas medicinais também são potentes produtoras de devires. Elas nos convidam ao encontro e à transformação, possibilitando que sejamos sujeitos in-mundo. Assim, na APS, podemos seguir as pistas dadas pelo conceito ampliado das plantas medicinais para percorrermos por linhas de fuga da biomedicina em busca da produção de sentidos com os saberes populares. Nesse processo, provoca-se um devir-raizeiro.

E de repente me percebi ocupando um entrelugar, onde reconheço as relações de poder que exerço enquanto profissional médico, com formação acadêmica determinada pela biomedicina, mas também consigo ir além, encontrando-me com os saberes populares relacionados às plantas medicinais que me convidam a praticar um cuidado integral.

Enquanto médico de família e comunidade que acompanhou processos cartográficos onde a biomedicina se impõe, dei uma brecha ao devir-raizeiro e acabei me reconhecendo como aprendiz de raizeiro. Assim, ocupei este entrelugar para enfrentar os apagamentos da minha história que as formações acadêmicas e os serviços de saúde tentaram me impor através da colonialidade - do ser, do saber, das práticas de cura. Todavia, preciso destacar que embora o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) seja um espaço acadêmico, surpreendentemente, foi nele que pude vivenciar experiências acadêmicas libertadoras e contra-coloniais, demonstrando que o problema não são os espaços acadêmicos, mas a colonização dos mesmos.

Os movimentos coletivos impulsionados por este trabalho fizeram brotar alguns produtos, surgidos com as mútuas afetações promovidas pela cartografia, que serão apresentados a seguir:

- a. A história contada de Senhor do Bonfim e do Alto da Maravilha (Apêndice A), uma narrativa usada em espaços coletivos para contribuir com o entendimento do motivo do Alto da Maravilha ter sido reconhecido como quilombo urbano, que também originou um cordel.
- b. Um Projeto de Lei (apêndice B) construído a partir de encontros da equipe com a comunidade e associação quilombola, que dispõe sobre a renomeação da USF onde estou atuando para Unidade de Saúde da Família Quilombola Alto da Maravilha, visando reforçar a identidade quilombola, mas sobretudo, nos mobilizar a reconhecer as especificidades do território e a implementar a PNSIPN.

- c. Outro produto foi a criação do site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha (apêndice C), a partir do levantamento de aspectos históricos, culturais, ecoturísticos, econômicos e das tradições de cura do quilombo, o que teve como objetivo registrar e divulgar aspectos do Alto da Maravilha que estavam restritos à oralidade dos mais velhos.
- d. O relato da Farmácia Viva (Apêndice D) conta sobre o processo de revitalização e de envolvimento coletivo nos cuidados com a horta de plantas medicinais da USF Alto da Maravilha.
- e. Por fim, a carta de aceite do capítulo de livro (Apêndice E) “Plantas Medicinais e Colonialidade do Saber na APS” a ser publicado no e-book Saúde da Família em Terras Baianas II.

Neste momento, posso dizer que as plantas medicinais fazem parte da minha história, da minha existência, da minha vida. Apesar da aridez da biomedicina que quase fez tudo isso morrer, sendo médico de família e comunidade e cartógrafo fui convidado pelas plantas para ver, pensar e agir diferente. Assim pude me afetar, desterritorializar, reterritorializar e plantei sementes na APS que, espero eu, crescerão e se multiplicarão para garantir a continuidade da vida, aqui representada pelo bem-viver. Por fim, convido a APS a ser muito mais revolucionária e que o devir-raizeiro nos aponte para um devir-APS.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 133-144, 2013
- ACIOLI, S. *et al.* Saberes científicos e populares na Estratégia Saúde da Família na perspectiva hermenêutica-dialética. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Niterói, v. 15, n. 4, p. 644-654, dez. 2016. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/967505/objn-2016.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- ACOSTA, A. **O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. Tradução: BRENDA, T. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016.
- ALMEIDA, D. H. **Hegemonia e contra-hegemonia nas artes de curar oitocentistas brasileiras**. 2010. 210 p. Dissertação (Mestre em História das Ciências) – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.
- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 131-149.
- ALVIM, N. A. T. *et al.* O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/hDwxtF4BnxtCZx7Pg6xz85k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 615-633, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ARAÚJO, M. A. M. Bactrins e quebra-pedras. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 7, p. 103-110, ago. 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/RxXbjMLqgKTLkxc5RzjnnVH/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 7, n. 12, p. 11-22, 2003. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114096002.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a020.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BADKE, M. R. *et al.* Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev. enferm. UFSM.**, v. 6, n. 2, p. 225-234, jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17945/pdf_1>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BALDIN, N.; ACOSTA, P. M. R. Representações Sociais do uso popular de plantas medicinais: experiência em uma comunidade rural. **Revista de Educação Pública**, v. 27, n. 64, p. 159-178, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/3267>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BARROS, L. P., KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In:* PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L (orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 52-75.

BARROS, M. Meu quintal é maior do que o mundo [recurso eletrônico]. 1. ed. Rio de Janeiro, Objetiva, 2015.

BARBOSA, F. E. S. *et al.* Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00208818. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxypvjXKJNn/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 06 ago. 2021.

BARBOSA, M. O. *et al.* A Prática da Medicina Tradicional no Brasil: um resgate histórico dos tempos coloniais. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 65-77, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/832/431>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BORGES, C. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares: como ficam as plantas medicinais nessa história?** *In:* NESPOLI, G. *et al.* Educação popular e plantas medicinais na atenção básica à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2021. p 46-56.

BORGES, M. A. V. Saberes e práticas de rezadeiras e benzedadeiras em comunidades de Camaçari: diálogos entre saberes populares e educação formal. *In:* Encontro Estadual de Ensino de História, 4., 2017, Conceição do Coité. **Anais eletrônicos**. Conceição do Coité: Universidade do Estado da Bahia/Campus XIV, 2017. Disponível em: <http://www.ensinodehistoria2017.bahia.anpuh.org/resources/anais/8/1507552385_ARQUIVO_SaberespraticasdeRezadeirasbenzedadeiras.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

BRAGANÇA, I. F. S. História de vida nas ciências humanas e sociais: caminhos, definições e interfaces. **Histórias de vida e formação de professores: diálogos entre Brasil e Portugal [online]**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 37-57, 2012. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/f6qxr/pdf/braganca-9788575114698-04.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. Fundação Cultural de Palmares. Portaria nº 51, de 14 de maio de 2007. Registrar e Certificar que as Comunidades a seguir são Remanescentes de Quilombos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 93, p. 23-24, 16 maio 2007. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/05/2007&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=72>>. Acesso em: 24 abr. 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Sistema Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial conta com quatro novos municípios. **Gov**, 2022a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/sistema-nacional-de-politicas-de-promocao-da-igualdade-racial-conta-com-quatro-novos-municipios>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-510-de-7-de-abril-de-2016-22917558>>. Acesso em: 03 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 15, p. 197, 20 janeiro 2022b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>>. Acesso em: 03 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Saúde vai repassar até R\$ 27 milhões para cadastro de quilombolas. **Gov**, 2022c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/saude-vai-repassar-ate-r-27-milhoes-para-cadastro-de-quilombolas>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília. 2020.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CABRAL, B. E. B. **Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

CAMACHO HINOJOSA, V. T. ¿Por qué interculturalidad contra-hegemónica en salud?. **MEDPAL, Interdisciplina y domicilio**, v. 3, n. 4, p. 42-44, 2011. Disponível em: <<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8505>> Acesso em: 06 ago. 2021.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CARREIRO, G. S. P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

CARVALHO, A. S. **Concepções sobre segurança alimentar e nutricional pelos quilombolas da comunidade de Tijuacu, Bahia: uma abordagem etnográfica sobre o PAA**. 2010. 144 p. Tese (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CARVALHO, J. J., LOS ESTUDIOS CULTURALES EN AMÉRICA LATINA: INTERCULTURALIDAD, ACCIONES AFIRMATIVAS Y ENCUENTRO DE SABERES. **Tabula Rasa [Internet]**, n. 12, p. 229-251, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39617422013>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CARVALHO, J. J. Encontro de Saberes: Bases para um Diálogo Interepistêmico. Brasília: INCTI, 2015. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/formularios/doc_view/7248-.html?lang=pt_BR.utf8%2C+pt_BR.UT>. Acesso: 09 jul. 2021.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, fev. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/4P9yYkX8xW4Z3vFB94b9yv/?lang=pt>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CASTRO-GÓMEZ, S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Clacso, 2005, p. 87-95.

CEOLIN, S. *et al.* Plantas medicinais e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 81-88, jan./mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15812>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

COELHO, J. F. P. Gritaram-me negra: processos formativos da negritude. 2016. Tese (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

COLOMBO, M., et al. Implantação de projetos de resgate dos Quintais dos Meus Avós. **Cadernos de Agroecologia**, v. 9, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://revistas.aba-agroecologia.org.br/cad/article/view/15573>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

CORTEZ, L. C.; JEUKENS, M. M. F. Fitoterápicos na atenção primária à saúde: revisão da literatura. **Arq. méd. hosp.. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo**, v. 62, n. 3, p. 150-155, set./dez. 2017. Disponível em:

<<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/16>>.

Acesso em: 06 ago. 2021.

COSTA, I. M. *et al.* Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, e828, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/828>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**, v. 7, n. 2, p. 66-77, maio/ago. 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

COSTA, T. A. Medicina popular entre jovens e velhos: saberes terapêuticos da comunidade Bom Jesus I, Belém-Pará. *In*: Mundo de Mulheres, 13.; Fazendo Gênero, 11. **Anais eletrônicos**. Florianópolis, 2017. Disponível em:

<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499479666_ARQUIVO_MEDICINAPOPOPULARENTREJOVENSEVELHOSSABERESTERAPEUTICOSDACOMUNIDADEBOMJESUSI,BELEMPARA.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DA PAZ; G. M. **Colégio Estadual de Missão do Sahy: os olhares de uma escola sobre um antigo aldeamento**. 2004. Tese (Mestrado de Educação) – Université du Québec à Chicoutimi, Quebec, 2004.

DA PAZ, M. G.; PAIVA, M. M. Memórias e práticas religiosas de senhoras remanescentes de Missão do Sahy, no Piemonte da Chapada Norte da Diamantina, Bahia, Brasil. *In*: Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação, 7. **Anais**. Porto, 2008.

DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução: MARTINS, C. S. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução: NETO, A. G.; COSTA, C. P. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, Vol. 1, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução: NETO, A. G.; OLIVEIRA, A. L. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, Vol. 3, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução: PELBART, P. P.; CAIAFA, J. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, Vol. 5, 1997.

DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. Tradução: RIBEIRO, E. A. São Paulo: Escuta, 1998.

DUARTE, A. M. *et al.* Saberes e práticas populares no uso de plantas medicinais em espaço urbano no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 15, n. 1, p. 27-39, 2020. Disponível em: <<http://revistas.aba-agroecologia.org.br/index.php/rbagroecologia/article/view/22978/14273>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

EDLER, F.C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (orgs.) **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 25-48.

FELIPE, J. O devir-negro no cinema alagoano: uma reflexão sobre “Mwany”. **Alagoar**, 2020. Disponível em: <alagoar.com.br/o-devir-negro-no-cinema-alagoano-uma-reflexao-sobre-mwany-2013/>. Acesso em: 04 jul. 2022.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 663-676, set. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/tMW3kFMws7q4zN4Pm5G4nDn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

FREITAS E SILVA, C. L. Uso terapêutico e religioso das ervas. **Revista de Ciências da Religião**, v. 12, n. 1, p. 79-92, 2014. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/caminhos/article/view/3032>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

GOLDMAN, M. ‘Nada é igual’. Variações sobre a relação afroindígena. **Mana**, v. 27, n. 2, p. 1-39, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mana/a/YGG67m8GCQWwGhzswX77xqd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Comitê Estadual de Emergências em Saúde Pública. **NOTA TÉCNICA COE - SAÚDE Nº 17 DE 02 DE ABRIL DE 2020**. Salvador. 2020.

GUIMARÃES, M. B. *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde soc.**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B4xk3VVgGdNcGdXdH3r4n6C/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

GURGEL, C. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. 1. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2010. 173 p.

HOFFMANN, R.; DOS ANJOS, M. C. R. Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular. **Guaju**, v. 4, n. 2, p. 142-163, jul./dez. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/58151/37274>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

JECUPÉ, K. W. **A terra dos mil povos: história indígena do Brasil contada por um índio**. 2. ed. São Paulo: Peirópolis, 2020. 128 p.

JUNGES, J. R. *et al.* Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4327-4335, nov. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/M4bm9rgpwkDkD5DyKcsRxPy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L (orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 32-51.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo.** 1. ed. São Paulo: Cia das Letras, 2019.

KRENAK, A. **O amanhã não está à venda.** 1. ed. São Paulo: Cia das Letras, 2020a.

KRENAK, A. **Caminhos para a cultura do Bem Viver.** Biodiversidad, 2020b. Disponível em: <<https://www.biodiversidadla.org/Recomendamos/Caminhos-para-a-cultura-do-Bem-Viver>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

KUSTER, J. **Saberes populares e conhecimento científico: construindo uma unidade de aprendizagem.** 2019. 96 p. Tese (Mestrado em Educação e Ciência) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

LAGES, S. R. C. Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. **Psicologia argumento**, v. 30, n. 69, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23295>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **ACENO**, v. 2, n. 4, p. 55-77, 2015. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno/article/view/3286>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 183-194, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/MWxPQ5YZH9FgTTdV5GNZ3Fr/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LIMA, R. **De sonhação a vida é feita, com crença e luta o ser se faz: roteiros para refletir brincando: outras razões possíveis na produção de conhecimento e saúde sob a ótica da educação popular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

LIMA, V. L. S. C. **Oralidade, memória e tradição: constituintes das identidades negra e quilombola do povo de Tijuacu.** 2011. 105 p. Tese (Mestrado) – universidade do Estado da Bahia, Alagoinhas, 2011.

LOPES, C. V. **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS.** 2016. 153 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

MACEDO, J. A. B. **Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde: contribuição para profissionais prescritores.** 2016. 58 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Inovação em Medicamentos da Biodiversidade) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

MACHADO, P. B. **Cartilha histórica sobre as origens de Senhor do Bonfim. Senhor do Bonfim.** 1. ed. Salvador: UNEB, 1993. 48 p.

MACHADO, P. B. **Notícias e Saudades da Villa Nova da Rainha, aliás, Senhor do Bonfim**. 1. ed. Salvador: UNEB, 2007. 217 p.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MENESES, M. P. G. ‘Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada’: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, B. S.; SILVA, T. C. (orgs.). **Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social**. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004, p. 77.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. 189 p.

MST. **A importância da saúde mental na Reforma Agrária Popular**. 2021. Disponível em: <<https://mst.org.br/2021/08/11/a-importancia-da-saude-mental-na-reforma-agraria-popular/>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

NASCIMENTO JÚNIOR, B. J. *et al.* Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbpm/a/DqbDqrRWkNPMXck7KcQvNGg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

NESPOLI, G. **Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações**. In: GUIZARDI, F. L., et al (Org.). Políticas de participação e saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 59-90.

NEVES, L. J. O. Desconstrução da colonialidade: iniciativas indígenas na Amazônia. **e-cadernos CES**, n. 2, 2008. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/eces/1302>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

NUCS UFCG. **Aula 3: Medicina Ancestral Indígena**. 2021a. (1h49m32s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dRx7fF9rIIg&t=513s>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

NUCS UFCG. **Aula 4: Medicina Ancestral Indígena**. 2021b. (1h53m24s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jDV85ryoTuQ&t=346s>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

NUCS UFCG. **Aula 5: Medicina Ancestral Indígena**. 2021c. (2h4m53s). Disponível em: <https://youtu.be/0SfZdqWm_Pc>. Acesso em: 11 dez. 2021.

NUCS UFCG. **Aula 8: Ciências das ciências e as raízes do povo Truká**. 2021d. (2h0m34s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=svR4i3Fps5o&t=1222s>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

NUCS UFCG. **Aula 12: Ervas e Saúde: o tesouro ancestral Iorubá**. 2021e. (1h52m50s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=pgNxqujAnMw&t=331s>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

OMS. **Alma-Ata 1978 - Cuidados primários de saúde**. Brasília, 1979.

PALMARES. Certificação Quilombola. **Palmares.gov.br**, 2022. Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 30 jun. 2022.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 17 - 31.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 323-338, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4945>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 117-142.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, v. 58, n. 2, p. 213-226, 2007. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/171>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 74-78, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BLnK87fSfksQSKtygTbk9Ph/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

RESTREPO, E; Rojas, A. **Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos**. 1. ed. Popayán: Universidad del Cauca, 2010. 240 p.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em revista**, v. 22, n. 2, p. 292-312, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150845/001010532.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

RODRIGUES, S. M. R. et al. Produção de alimentos saudáveis em um quintal urbano. **Orbis Latina**, v. 7, n. 2, p. 27-44, 2017. Disponível em: <<https://revistas.unila.edu.br/orbis/article/view/820>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

SALES, T. A.; LOURENÇO, K.; ESTEVINHO, L. D. F. D. Escavando o rizoma: Devires a partir de uma filosofia-vegetal. **Alegrar**, v. 25, p. 271-282, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Keyme-Gomes-Lourenco/publication/349413837_ESCAVANDO_O_RIZOMA_DEVIRES_A_PARTIR_DE>

_UMA_FILOSOFIA-VEGETAL/links/602efe42a6fdcc37a8378c5c/ESCAVANDO-O-RIZOMA-DEVIRES-A-PARTIR-DE-UMA-FILOSOFIA-VEGETAL.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R. A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 159-169, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yPDsVDLZrvMQjVGGn4VJsMB/?lang=pt>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SANTOS, A. B. **Colonização, Quilombos modos e significados**. 1. ed. Brasília: 2015. 150 p.

SANTOS, A. B. **Somos da terra**. PISEAGRAMA, Belo Horizonte, número 12, 2018.

SANTOS, B. S. Introducción a las epistemologías del sur. In. SANTOS, B.S et al. *Epistemologías del sur*. 1 ed. Buenos Aires: Clacso, 2018. p. 25-61.

SILVA, S. F.; MELO NETO, J. F. Saber popular e saber científico. **Revista Temas em Educação**, v. 24, n. 2, p. 137-154, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/25060>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SIQUEIRA, K. M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto enferm.**, v. 15, n. 1, p. 68-73, mar. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/kPCTgZ3QRCjjxbQcszyK5Zf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SOUZA, L. D. A. S. **Missão do Sahy: Hãm ha Topa, yãymaih xix ayuhuk (Terra de Deus, índios e não-índios)**. 2013. 129 p. Tese (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SOUZA, L. D. A. S.; DE SOUZA, K. P. Múltiplas Vozes e Múltiplos Sentidos do Pertencimento Étnico: estudo de remanescentes indígenas Kiriris e Payayás. **Educação, Escola & Sociedade**, v. 14, n. 16, p. 1-26, 2021a.

SOUZA, L. D. A. S.; DE SOUZA, K. P. Terra de indígenas e não indígenas: um olhar sobre os descendentes Cariri e Paiaiás da Missão do Sahy. **INTERFACES DA EDUCAÇÃO**, v. 12, n. 34, p. 532-560, 2021b.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TERVALON, M.; MURRAY-GARCIA, J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, mar. 2018.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o sucesso excessivo do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VALERIANO, A. C. F. R. *et al.* O Uso da Fitoterapia na medicina por Usuários do SUS, Uma Revisão Sistemática. **Id on Line**, v. 10, n. 33, p. 219-236, 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/631>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VARGAS, J. H. C. Racismo não dá conta: antinegitude, a dinâmica ontológica e social definidora da modernidade. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 45, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47201/31976>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, A. S. **Conhecimento popular do uso de plantas medicinais por idosos**. 2019. 64 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

WEDIG, J. C.; RAMOS, J. D. D. A Colonialidade nas Práticas de Saúde e as Resistências de Benzedeiras e Mães de Santo. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 25, n. 2, p. 488-503, maio/ago. 2020. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/37000>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

APÊNDICE A - História contada de Senhor do Bonfim e do Alto da Maravilha¹⁷

Para compreender a história do Alto da Maravilha é preciso fazer uma viagem no tempo, sem esquecer que a região que hoje compreende o município de Senhor do Bonfim era ocupada por povos originários, os Quiriris. No entanto, o primeiro registro histórico data de 1697, quando foi instalado o Arraial da Missão de Nossa Senhora das Neves do Sahy pela Ordem dos Padres Franciscanos, com o objetivo de catequizar os indígenas da região. Até hoje a Missão do Sahy (hoje um distrito) é considerada a mãe de Senhor do Bonfim, pois como contam os mais velhos, foi lá que tudo começou. Naquele período, muitos indígenas foram escravizados para trabalhar em fazendas de gado e os que resistiram foram exterminados. Já os que foram submetidos à catequização, tiveram os seus modos de vida, ritos e costumes aniquilados pelo modo de viver dos colonizadores.

Naquela mesma época, nas margens de uma lagoa, começaram a se instalar bandeirantes que seguiam em direção ao Rio São Francisco ou às minas de ouro de Jacobina. A presença de água, a fertilidade das terras e o clima ameno em meio ao sertão tornavam o lugar ideal para descanso. A região era tão boa, que muitos bandeirantes acabaram se fixando por ali, dando origem ao segundo núcleo de povoamento da futura cidade de Senhor do Bonfim. Com o aumento do número de casas, o povoado foi chamado de Arraial do Senhor do Bonfim da Tapera em 1750 e em 1797 foi elevado à categoria de vila, sendo chamado de Vila Nova da Rainha, em homenagem à Maria I que gostou do clima ameno da região. Mais tarde, em 1885, foi elevada à categoria de cidade, com o nome de Bonfim. Um marco importante na história da cidade se deu com a inauguração da estação ferroviária em 1887, fazendo parte da Estrada de Ferro Bahia ao São Francisco, que ligava Alagoinhas-BA a Juazeiro-BA.

Na formação histórica de Senhor do Bonfim merece destaque também a resistência das comunidades remanescentes de quilombo, em especial Tijuaçu, que se originou no começo do século XIX quando, segundo seus moradores, a partir da fuga de três mulheres negras, escravizadas, de uma senzala do recôncavo baiano, que após o longo percurso encontraram um lago para descansar, onde permaneceu Mariinha Rodrigues que deu origem a toda história da população local. Ela foi uma grande estrategista e, para garantir a ocupação das terras de

¹⁷ Por tratar-se de uma história contada que se baseou nas leituras de artigos e livros, mas sobretudo nas minhas memórias do que ouvia na escola e dos mais velhos, ao longo do texto não foram citadas as referências. Os materiais que apoiaram a construção desse texto foram Carvalho (2010); Da Paz (2004); Da Paz e Paiva (2008); Lima(2011); Machado (1993); Machado (2007); Souza (2013); Souza e De Souza (2021a); Souza e De Souza (2021b).

Tijuaçu, ocupou o território fundando comunidades localizadas ao redor do quilombo como estratégia de proteção e em cada uma colocou um filho.

Tijuaçu teve forte relação e influência com povos indígenas, principalmente por estar na rota de migração de indígenas que saíam de Feira de Santana-BA, para Missão do Sahy, sendo que muitos deles acabaram ficando por lá. Essa influência é revelada até no nome da comunidade, que inicialmente era chamada de Lagarto, e em 1940 passou a chamar-se de Tijuaçu, nome de origem indígena que significa lagarto grande.

Desde a época da formação, Tijuaçu sempre sofreu com a ausência dos serviços públicos para a comunidade, revelando a ausência do Estado na comunidade. Foi nesse contexto que surgiu sua mais forte manifestação cultural. As mulheres de Tijuaçu, ao irem buscar água com a lata d'água na cabeça, paravam para descansar na sombra dos pés de barriguda e batiam nas latas tirando versos, nascendo assim o Samba de Lata. Somente com a mobilização influenciado pelas ideias do movimento negro a partir da década de 1990, bem como com apoios externos, como o professor Ivomar Gitânio e representantes da Fundação Cultural Palmares se iniciou uma trajetória de conscientização e luta pelos direitos constitucionais, culminando com a certificação da comunidade como remanescente de quilombo em 2005.

Todos esses fragmentos da história de Senhor do Bonfim se relacionam também com o Alto da Maravilha, como vamos ver agora. Falando da localização, o Alto está encravado nas colinas que fazem parte da cordilheira da serra do espinhaço, de onde corriam as águas que formavam a lagoa onde se fixaram os bandeirantes na formação de Senhor do Bonfim. É do Alto da Maravilha que se tem acesso a trechos da Estrada Real que interligava Bonfim a Missão do Sahy e, em seguida, a Jacobina. O Alto da Maravilha também é cortado pelo ramal da ferrovia que passa pela Missão do Sahy. Esses fatos, dão destaque ao Alto da Maravilha como um lugar relacionado aos principais fatos históricos da formação de Senhor do Bonfim.

Entre esses fatos expostos, talvez a presença da ferrovia seja o que mais influenciou a formação do Alto da Maravilha. Isso porque o bairro se constituiu a partir de pessoas (em grande maioria negras) exploradas na construção da Estrada de Ferro Bahia ao São Francisco, que se fixaram na parte mais alta e periférica da cidade, às margens da ferrovia e também de negros que trabalhavam nas fazendas da Serra da Maravilha. Desde aquela época o racismo já impactava o Alto da Maravilha. Em jornais antigos era descrito que quando o trem passava na localidade os passageiros agiam com chacota contra os meninos negros do Alto da Maravilha que corriam atrás do trem; o pai de santo Alexandrão foi preso diversas vezes por deixar oferendas na beira da linha do trem; e o fato das pessoas dos bairros mais nobres terem medo de ir ao Alto da Maravilha corrobora com isso. Vale destacar também que os primeiros serviços

públicos implantados na localidade foram 2 cemitérios, obras que não eram aceitas nos outros bairros, o que revela que dispositivos para garantir o direito à saúde, educação e segurança ali não eram implantados, apenas os cemitérios que não podiam estar situados nos bairros mais nobres da cidade.

Apesar da violência histórica do racismo, no Alto da Maravilha se mantêm até hoje costumes afro-brasileiros, como a prática do Candomblé, a presença de carurus de Cosme e Damião, as danças de rodas (em especial a Roda do Palmeira), os blocos de samba, as bandas de reggae e as formas tradicionais de cura.

Todavia, a maior parte da população desconheceu por muito tempo esse histórico, até que em 2007, através da luta popular de lideranças comunitárias, todas mulheres, o bairro foi reconhecido como Quilombo Urbano, conforme Portaria da Fundação Cultural Palmares. Vale destacar que no Alto da Maravilha moram muitas pessoas oriundas de Tijuáçu e que a trajetória de luta pelo reconhecimento de direitos que aconteceu naquela comunidade segue inspirando a atuação da Associação Quilombola da Comunidade Urbana Alto da Maravilha e Adjacências (AQCUMA).



História do Quilombo Urbano Alto da Maravilha e de Senhor do Bonfim

Artur Alves



Com licença minha gente
Com licença por favor
Que agora eu vô chegando
Dando uma de contador



Vem de lá de antigamente
Uma história que brilha
É da origem de Bonfim
E do Alto da Maravilha

Antes de ser invadido
Aqui reinava harmonia
Os indígenas Quiriris
Com as matas conviviam





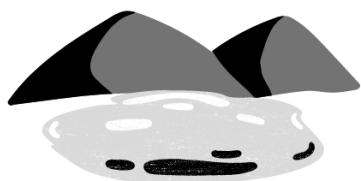
Porém lá pra mil e seiscentos
Essa harmonia ia se acabar
Chegou o colonizador
Pra nessas terras mandar

Escravizaram indígenas
Pra poder o gado criar
Também roubaram nosso ouro
Só queriam era enricar



Aí tudo foi se acabando
Quiriris exterminados
E os poucos sobreviventes
Foram catequizados

Fundada por franciscanos
Se formou a Missão do Sahy
E para além dos indígenas
Muita gente juntou ali



Por essa época também
Veio tropeiro e bandeirante
Parando pra descansar
Numa lagoa deslumbrante

Ali foi juntando gente
Formando uma rancharia
Era o Arraial da Tapera
No pé da serra crescia





Esse Arraial foi se firmando
Se destacou na Bahia
Com isso se transformou
Na Vila Nova da Rainha

Nesta história também tem
Povos negros resistindo
Salve Mariinha Rodrigues
Que formou um Quilombo lindo



Falo sobre Tijuaçu
Refúgio do povo negro
Que há mais de duzentos anos
Inspira a luta por direito

Os tempos foram passando
E a Vila se transformou
Virou Senhor do Bonfim
Uma cidade que marcou



Pouquinho tempo depois
Um fato destacaria
Maria Fumaça chegando
Inaugurou a ferrovia

Mas para além do progresso
Se viu muita desigualdade
Só restou aos pobres e negros
Periferias da cidade





Assim nas serras surgiu
Um lugar com forte povo
Era o Alto da Maravilha
Sonhando com tempo novo

Porém já naqueles tempos
O racismo era presente
Tá escrito em jornais da época
O preconceito vigente



Até os dias de hoje isso existe
É só olhar e perceber
Gente que nunca foi no Alto
Fala mal sem conhecer

Tal povo vou convidar
Venha cá se surpreender
No Alto tem cultura viva
É só vir pra conhecer



Tem a Roda do Palmeira
E até escola de samba
Tem terreiro e caruru
E cantor pra quem demanda

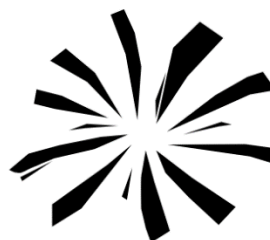
E com esta história toda
Mulheres se juntaram
Brigaram por seus direitos
E uma associação formaram





Tijuaçu foi inspiração
Pra luta fortalecer
Foi aí que a Fundação Palmares
O Alto veio reconhecer

Esta conquista é de todos
Um Quilombo Urbano nasceu
Reivindicando direitos
O Alto se reconheceu



Vou pedir licença agora
O cordel chegou no fim
Viva o Alto da Maravilha
Viva Senhor do Bonfim!

Tudo era belo até a chegada dos colonizadores dos sertões...



Terra dos indígenas Quiriris

Meados do Sec. XVII

Exploração/escravização/massacre dos indígenas pelos bandeirantes que passaram a invadir os sertões da Bahia



1697

Implantação da Missão de N. Sra. das Neves do Sahy com objetivo de catequizar os indígenas que sobraram do massacre



Formação de povoamento às margens de uma lagoa para descanso dos bandeirantes e tropeiros



1750

Transformação da rancharia no Arraial do Senhor do Bonfim da Tapera



1799

O Arraial da Tapera ganhou autonomia se transformando na Vila Nova da Rainha



Meados do Sec. XIX

3 mulheres negras fogem de uma senzala do Recôncavo Baiano. Mariinha Rodrigues fica na região fundando uma comunidade negra de resistência: Tijuacu.



1887

Inauguração da Estação Ferroviária de Senhor do Bonfim



Vila elevada à categoria de cidade: *Cidade do Senhor do Bonfim*

1885

Mulheres do Alto da Maravilha protagonizam a luta popular por direitos.



2005

Tijuacu é reconhecido como remanescente de quilombo e sua luta inspira diversas comunidades de Sr. do Bonfim a buscarem seu reconhecimento. Inclusive o Alto da Maravilha.

No final do século XX iniciam-se mobilizações pelo reconhecimento dos direitos de Tijuacu.



Racismo

Jornais do início do século XX relatavam o racismo: passageiros dos trens chacotando meninos negros, prisões de representantes das religiões afro-brasileiras e descrição do Alto da Maravilha como lugar a ser evitado.



Reconhecimento do Alto da Maravilha pela Fundação Cultural de Palmares *Quilombo Urbano do Alto da Maravilha*

2007



Marcos Históricos de Senhor do Bonfim e do Alto da Maravilha

Este cordel foi produzido a partir da realidade identificada pela Equipe de Saúde da Família Alto da Maravilha II durante o processo de territorialização. Ao perceber que boa parte da população desconhecia a história do bairro enquanto Quilombo Urbano foi iniciado um processo, junto com a Associação Quilombola da Comunidade Urbana do Alto da Maravilha e Adjacências, para manter viva a história do Alto da Maravilha. Assim, foi criado este cordel e um site com muitas informações sobre o Quilombo Urbano Alto da Maravilha. Bora conhecer?

www.quilomboaltodamaravilha.org



APÊNDICE B – Projeto de Lei

ESTADO DA BAHIA
SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL
CÂMARA MUNICIPAL DE SENHOR DO BONFIM

LEI Nº xxxx/2022
DE xx DE xxxxx DE 2022

“Fica denominado **Unidade de Saúde da Família Quilombola Alto da Maravilha** o serviço da Atenção Primária à Saúde localizado no Quilombo Urbano Alto da Maravilha, na Rua Horácio Murici, s/n.”

Considerando que desde 2006 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi revisado e substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, do Ministério da Saúde, porém, esse termo continua presente no nome da Unidade de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até o presente momento;

Considerando que a Portaria Nº 930, de 15 de Maio de 2019, do Ministério da Saúde, determina que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica e contam com, pelo menos, 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no âmbito do SUS serão denominados Unidade de Saúde da Família - USF;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que visa promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS;

Considerando que o Alto da Maravilha foi reconhecido como Quilombo Urbano, conforme Portaria da Fundação Cultural Palmares, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de nº 93, de 16 de Maio de 2007 (BRASIL, 2007);

Art. 1º Fica denominado **Unidade de Saúde da Família Quilombola Alto da Maravilha** o serviço da Atenção Primária à Saúde localizado no Quilombo Urbano Alto da Maravilha, denominado PSF Alto da Maravilha II e PSF Nossa Senhora de Fátima.

Art. 2º Deverá ser atualizado o nome da referida Unidade de Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em substituição dos termos PSF Alto da Maravilha II e PSF Nossa Senhora de Fátima.

Art. 3º Todo material de identidade visual da referida Unidade de Saúde da Família deverá ter o nome atualizado, conforme a presente Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente da Câmara Municipal de Senhor do Bonfim, Estado da Bahia, em **xx** de **xxxxxx** de 2022.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Presidente da Câmara

Justificativa

Conforme estimativa do IBGE (2020), a população estimada de Senhor do Bonfim é de 79.424 pessoas, uma cidade majoritariamente negra que faz parte do Sistema Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial por ter 71,93% da população autodeclarada negra (BRASIL, 2022a). Ademais, Senhor do Bonfim conta com 15 comunidades reconhecidas como remanescentes de quilombos (PALMARES, 2022) e é a segunda cidade do Brasil com maior quantitativo de quilombolas cadastrados na APS, com 15.746 cadastros (BRASIL, 2022c).

Uma dessas comunidades é o Alto da Maravilha, um dos maiores quilombos urbanos da Bahia. Não existe material escrito que sistematize a formação do Alto da Maravilha. Segundo a oralidade, o Bairro se constituiu a partir de pessoas que trabalharam na construção da Estrada de Ferro Bahia ao São Francisco e se fixaram na parte mais alta e periférica da cidade, onde se mantêm até hoje costumes afro-brasileiros, como a prática do Candomblé, as danças de rodas e as formas tradicionais de cura. Todavia, a maior parte da população desconheceu por muito tempo esse histórico, até que em 2007, através da luta popular de lideranças comunitárias, o Bairro foi reconhecido como Quilombo Urbano, conforme Portaria da Fundação Cultural Palmares, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de nº 93, de 16 de Maio de 2007 (BRASIL, 2007).

A Unidade de Saúde da Família (USF) posta em questão neste Projeto de Lei é composta por duas Equipes de Saúde da Família: Nossa Senhora de Fátima e Alto da Maravilha II. Essas equipes atendem a maior parte da população do Quilombo Urbano Alto da Maravilha, além de várias comunidades do campo que estão situadas entre a Serra da Maravilha e a Serra do Gado Bravo. Considerando a população da zona urbana e rural da área de abrangência dessa USF, cerca de 7.000 bonfinenses são atendidos conforme os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, a referida USF não contém um nome, sendo denominada pelos nomes das equipes, ora Nossa Senhora de Fátima, ora Alto da Maravilha II. Ademais, essas equipes ainda estão cadastradas como parte do Programa de Saúde da Família (PSF), termo que foi revisado e substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, do Ministério da Saúde. Destaca-se ainda que, considerando a Portaria Nº 930, de 15 de Maio de 2019, do Ministério da Saúde, o referido serviço de saúde deverá ser chamado de USF.

Por estar inserida em um território remanescente de quilombo, espera-se que a referida USF implante a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017), que visa promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades

étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS, o que passa pelo reconhecimento das especificidades de um território quilombola

Diante disso, após discussões das equipes da referida USF em reuniões de equipe, diálogos com representantes do segmento usuários da Associação Quilombola da Comunidade Urbana Alto da Maravilha e Adjacências foi escolhido o nome **Unidade de Saúde da Família Quilombola Alto da Maravilha**. Destaca-se ainda que houve apresentação do presente projeto no Conselho Municipal de Saúde.

APÊNDICE C - Site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha



A ideia de construir o site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha surgiu a partir do reconhecimento de que, apesar da comunidade ter sido reconhecida como remanescente de quilombo pela Fundação Palmares em 2007, devido aos impactos do colonialismo e do racismo, percebia-se uma negação da identidade quilombola por boa parte da população.

Diante disso, a partir da discussão desse problema entre as Equipes de Saúde da Família (PSF Alto da Maravilha II, Nossa Senhora de Fátima e Mutirão) e a Associação Quilombola da Comunidade Urbana Alto da Maravilha e Adjacências (AQCUMA), iniciou-se a construção do site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha, que conta também com um blog coletivo para garantir a participação popular nas postagens do site.

Inicialmente, foi realizado um levantamento de aspectos históricos, manifestações culturais, tradições de cura, roteiros ecoturísticos e criação de feira online para divulgar comidas e artesanatos produzidos no bairro, fomentando a geração de renda. Ademais, foi construído um blog coletivo para envolver a população na construção do site. O site está hospedado no domínio www.quilomboaltodamaravilha.org.

A criação do site surgiu diante da ausência de reconhecimento da identidade quilombola pela maior parte da população local. Esse processo, revelou como a Estratégia de Saúde da Família pode atuar para além das doenças, assumindo uma postura de reconhecimento das vulnerabilidades do território e incentivando o envolvimento comunitário na produção da

saúde, a partir do fortalecimento da identidade local. As redes sociais têm grande potencialidade para aproximar as Equipes de Saúde da Família e a comunidade. Foi nesse sentido que a criação do site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha se tornou uma estratégia que promoveu uma mobilização popular para valorizar a história e a cultura da comunidade, além de atuar no sentido de promover o orgulho de ser quilombola, em oposição ao colonialismo e ao racismo que segue violentando as comunidades remanescentes de quilombo.

APÊNDICE D – Farmácia Viva

Na USF do Alto da Maravilha há uma Farmácia Viva que foi implantada em 2017 pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) da Univasf, como ação de extensão. Na época, eu ainda era estudante da graduação e fazia parte do PET-SAÚDE, mas fiquei em outro grupo de trabalho e não atuei no Alto da Maravilha. Mas aquela Farmácia Viva já ia despertando minha curiosidade e o desejo de um dia poder trabalhar com ela.

E foi assim que, após meus processos formativos na Univasf, pude trabalhar nesta USF e me encontrar com essa Farmácia Viva, que apesar de não estar tão bem cuidada como na época da implantação e parecer estar meio esquecida, ainda tinha muitas ervas vivas resistindo. Foi aí que comecei um processo de mobilização para revitalizá-la.

Eu já tinha contribuído com a implantação de Farmácias Vivas por outros cantos onde já trabalhei e sempre uma coisa me inquietou: é muito fácil implantar a horta de plantas medicinais, o mais difícil é cuidar dela. Como envolver a equipe e a população no cuidado das plantas para garantir a sua manutenção é a grande questão.

Foi com esse questionamento, sem saber bem como envolver mais gente na revitalização da nossa Farmácia Viva, que num dia em que o fluxo de atendimentos estava mais tranquilo comecei a capinar e a retirar uns entulhos. De repente foi se aproximando a enfermeira, depois o técnico de enfermagem e em seguida estagiárias do curso de Enfermagem. Quando vi já não estava trabalhando sozinho. Era o começo (ou recomeço?) de um bonito processo.

Depois de limpar o terreno, chegou a hora de cuidar das plantas. Um pediam poda, outras adubo, outras uma estaca... Assim como as pessoas, cada planta é um ser que precisa ter respeitadas as suas singularidades. Com o tempo a intimidade vai crescendo e conseguimos ir interagindo e percebendo do que cada uma precisa. Além disso, outras moradoras, que tinham morrido por serem mais sensíveis, foram trazidas para habitar a nossa Farmácia Viva. As mudinhas de Arruda, Alecrim, Hortelã, Tranchagem foram bem recepcionadas e ali fizeram morada.

Então chegou a hora de dar o nome de cada uma das nossas moradoras. A ideia era tornar o espaço um local orientado pelos princípios da Educação Popular em Saúde, facilitando o reconhecimento das plantas ali presentes por qualquer um que ali fosse fazer uma visita. Iniciamos então a confecção de plaquinhas quando surgiu a ideia de colocarmos QR code nas placas, que ao serem capturados pelos celulares iam conduzir os visitantes para o site do Quilombo Urbano Alto da Maravilha (www.quilomboaltodamaravilha.org), numa página com

informações sobre aquela planta. Dessa forma, pensamos em tornar o espaço mais atrativo para as crianças e juventude, que têm grande interesse por experiências virtuais.

Seguimos então com a missão de deixar a nossa Farmácia Viva mais bonita. Para isso, misturamos as cores das plantas com as cores das tintas que passaram a enfeitar os nossos muros. Mas não foi um enfeite qualquer, com as tintas colocamos no branco do muro as receitas quilombolas de cura da comunidade, junto com símbolos das tradições do cuidado em saúde do Alto da Maravilha.

A partir dessas ações, conseguimos tornar a Farmácia Viva mais habitada, por plantas e por pessoas que vão lá colher ervas, aprender sobre as plantas ou apenas distrair a mente... É interessante como o local se tornou um espaço de autocuidado para a equipe. Lá é um refúgio dos estresses que muitas vezes surgem na rotina das Equipes de Saúde da Família e um espaço de troca de cuidados: cuidamos das plantas e elas cuidam da gente.

Disso tudo, repercutiram outros espaços... a criação de um cantinho do chá na USF, onde os usuários podem experimentar chás preparados com as plantas da nossa Farmácia Viva; salas de espera sobre as plantas medicinais; oficinas de produção de lambedor; e aulas sobre as plantas medicinais para estudantes das universidades da região. É o SUS se tornando fértil e reproduzindo sementes que germinarão em outros corações, outros quintais e, quem sabe, outras USF.

Fotografia 8 – Farmácia Viva e Cantinho do Chá



Fonte: acervo pessoal do autor

ANEXO A - Capítulo de livro aceito para publicação



DECLARAÇÃO

Declaro para fins acadêmicos, que **Artur Alves da Silva, Luciana Alaíde Alves Santana e Micheli Dantas Soares** são autores do trabalho intitulado "**Plantas medicinais e colonialidade do saber na APS**" sendo aprovado para publicação no e-book "Saúde da Família em Terras Baianas II", a ser submetido à Editora Universitária da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia pelo Colegiado do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Saúde FIOCRUZ/ UFRB.

Santo Antônio de Jesus, 15 de setembro de 2021

Prof.ª Dr.ª Helena Moraes Cortes
Comissão Organizadora