



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO (CAMPUS XIV)
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE
(PMPED)

GERCILENE MEIRELES

SABERES E FAZERES EM SAÚDE NA INTERFACE COM A
EDUCAÇÃO POPULAR: Experiência de mulheres no Quilombo de Trindade,
Biritinga (BA)

Conceição do Coité-BA
2024

GERCILENE MEIRELES

**SABERES E FAZERES EM SAÚDE NA INTERFACE COM A
EDUCAÇÃO POPULAR: Experiência de mulheres no Quilombo de Trindade,
Biritinga (BA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Mestrado Profissional em Educação e Diversidade (MPED), ofertado pelo Departamento de Ciências da Educação, Campus XIV, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Jucilene Lima Ferreira

**Conceição do Coité-BA
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

Meireles, Gercilene

Saberes e fazeres em saúde na interface com a educação popular: experiências de mulheres no Quilombo de Trindade, Biritinga (BA). / Gercilene Meireles. – Conceição do Coité, 2024

146 fls.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jucilene Lima Ferreira

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia - Departamento de Educação – Campus XIV. Mestrado Profissional em Educação e Diversidade

1. Saberes e Fazeres em Saúde. 2. Mulheres Quilombolas. 3. Educação Popular.
I. Ferreira, Maria Jucilene Lima. II. Universidade do Estado da Bahia - Departamento de Educação Campus XIV. III. Título.

CDD: 370.1931

FOLHA DE APROVAÇÃO
**"SABERES E FAZERES EM SAÚDE NA INTERFACE COM A EDUCAÇÃO POPULAR:
EXPERIÊNCIA DE MULHERES NO QUILOMBO DE TRINDADE, BIRITINGA (BA)."**

GERCILENE MEIRELES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade – PPGED, em 29 de abril de 2024, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Educação e Diversidade pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

Maria Jucilene Lima Ferreira

Prof^a. Dra. MARIA JUCILENE LIMA FERREIRA
UNEB
Doutorado em Educação
Universidade de Brasília

Jamille da Silva Lima

Prof^a. Dra. JAMILLE DA SILVA LIMA
UNEB
Doutorado em Geografia
Universidade Estadual de Campinas

Sandra Maria Gadelha de Carvalho

Prof^a. Dra. SANDRA MARIA GADELHA DE CARVALHO
Fafidam - FAFIDAM
Doutorado em Educação
Universidade Federal do Ceará

Gratidão a Deus, pelo cuidado constante e bondade infinita. Por me revelar seu amor e ensinar que esta é uma prática vivida no dia a dia. À minha ancestralidade, minha mãe Vitalina e meu pai Getúlio, portadores de imensa sabedoria e vivências, que me possibilitaram ser quem hoje eu sou. A todas as mulheres do Território Quilombola de Trindade, que fizeram parte desta pesquisa, pela acolhida, afeto e reciprocidade.

AGRADECIMENTOS

“O amor verdadeiro... é exigente. Mas sua beleza reside precisamente nas exigências que ele faz. Somente aqueles capazes de fazer exigências sobre si mesmos em nome do amor podem, então, exigir o amor dos outros”.

São João Paulo II
(apud Kosloski, 2018)

Nesse momento singular de satisfação, ao concluir este trabalho, resultado da força que emana pela possibilidade criadora de muitas mãos, quero agradecer a muitas pessoas, sem as quais não seria possível realizar este caminho de muito esforço e desafio, como foi a pesquisa desenvolvida.

Gratidão a Deus, primeiramente, por me possibilitar fé, esperança, cuidado, compromisso e inspiração, de modo a compreender seu amor como uma força transformadora que demanda à sociedade coragem para acreditar nos pobres, fracos e oprimidos.

À Universidade do Estado da Bahia, Instituição de Ensino Superior, à qual dedico respeito e atenção. Em especial, à minha orientadora e professora Dra. Maria Jucilene Lima Ferreira, cujo compromisso, compreensão, apoio, exigências, cuidado e afeto, foram determinantes para ajudar nesse meu processo de reflexão e estabelecimento de relações entre o campo científico e a realidade empírica que as possibilidades desta investigação evidenciam. Ao me escolher como sua nova orientanda, tive a oportunidade de levar para a academia vozes femininas subalternizadas. Muita luz em sua vida! Sem esquecer das professoras da banca examinadora de qualificação e defesa, professora Dra. Jamile da Silva Lima (avaliadora interna) e professora Dra. Sandra Maria Gadelha de Carvalho (avaliadora externa), as quais, por meio de uma escuta sensível e um olhar atento sobre meu processo de escrita, foram apontando caminhos e indicando horizontes que me desafiaram permanentemente no campo da investigação.

Aos professores doutores dos componentes curriculares, responsáveis por conduzir o Mestrado Profissional em Educação e Diversidade (MPED) no Campus XIV da UNEB/BA, comprometidos(as) com a educação, que, durante o período das aulas, oportunizaram-me discussões fecundas na estruturação do conhecimento. A eles, minha gratidão e reconhecimento. Ainda, intensifico meus agradecimentos a cada funcionário, técnico e administrativo, pessoas dedicadas e atenciosas que, no decorrer do mestrado, receberam-me com muito carinho e atenção.

Quero agradecer aos familiares e amigos. Aos meus irmãos, pela compreensão, apoio, amizade, amor e carinho. Apesar das dificuldades e das minhas ausências temporárias durante este meu processo de escrita, o apoio e as expressões de afeto de vocês foram fundamentais para me fazer resistir. Ainda no seio familiar, agradeço ao meu pai Getúlio e à minha mãe Vitalina, por acreditarem na educação como um mecanismo de transformação social e investirem, com seu suor, para concretizar esse sonho na vida dos seus filhos. Para mim, sempre foram meus melhores mestres, dando-me os melhores e mais valiosos ensinamentos, que me conduziram para que eu fosse quem hoje sou. Este grau de mestre não é uma conquista só minha. É nossa! Gratidão!

Sobre amizades, agradeço a Sandra Araújo, por ser uma amiga querida, por confiar nas minhas narrativas e potencialidades de escrita, quando eu mesma não acreditava. Reforço meus sinceros e respeitosos agradecimentos às colegas de mestrado, com as quais, ao longo da jornada, foi possível construir laços de afetividade e respeito.

Agradeço, em especial, as mulheres do Território Quilombola de Trindade, que fizeram parte desta pesquisa, consentindo que eu, enquanto pesquisadora, conhecesse sua trajetória de luta e resistência, em especial o conhecimento do uso das plantas medicinais e a sua espiritualidade, que dão concretude à sua memória ancestral e que foram elementos fundantes das reflexões realizadas nesta pesquisa. Minha gratidão ao Sr. Edvaldo, presidente da Associação Quilombola Aquimaju, pelo apoio, compreensão e solidariedade. Sua atuação junto aos movimentos sociais deixa transparecer o sonho e a luta pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária (humana e humanizada).

RESUMO

Saúde e Educação são referências para a produção da vida em sua totalidade. Nesse contexto, o caminho a ser seguido não pode prescindir da perspectiva da emancipação humana. As relações entre saúde popular e processos educativos perpassam o cuidado, a forma amorosa e respeitosa de interagir e reconhecer o(a) outro(a) em suas singularidades e diversidades. Estes são sinais reveladores, que apontam os desafios e limites que perpassam, especialmente, o campo da educação e saúde, principalmente no contexto atual, onde existe uma síndrome civilizatória contemporânea, marcada pelo descuido e descaso com a produção da vida. Essa síndrome (Boff, 2014) afeta a humanidade e a natureza com a lógica social capitalista, a qual prioriza interesses econômicos e lucrativos em detrimento da vida. Face a esse argumento, tem-se a seguinte indagação: de que modo os saberes e fazeres de mulheres no Quilombo de Trindade, localizado no município de Biritinga, na Bahia, potencializam práticas educativas não escolares, ao desenvolverem situações de cura e cuidado em saúde individual e coletiva? Quanto ao objeto, a pesquisa se propõe a analisar os saberes e fazeres em saúde individual e coletiva pelas mulheres no Quilombo de Trindade, bem como suas potencialidades educativas para as relações sociais e de saúde no quilombo. Quanto à metodologia, realizou-se, inicialmente, uma revisão sistemática para fins de apropriação da atualidade do tema. Este trabalho se constitui de uma pesquisa de natureza participante-ação e de abordagem quanti-qualitativa. Realizou-se, no campo empírico, a observação participante, entrevistas coletivas e roda de conversa, por meio do dispositivo intitulado Tenda do Conto (Gadelha, 2015), com oito interlocutores(as) da pesquisa. Esse processo oportunizou um encontro de diálogo e reflexão com as mulheres no Quilombo de Trindade que, por meio de suas falas, expressaram suas vivências, experiências e as práticas de cura, cuidado e formação em saúde individual e coletiva. No caminho percorrido, foi possível perceber a ausência de políticas públicas de saúde no Brasil, no âmbito do SUS, que atendam as especificidades e particularidades em saúde para os territórios quilombolas. Verificou-se, ainda, que os territórios da Atenção Básica (AB), no município, são marcados pelos interesses hegemônicos do capital, responsável por produzir na população do campo e quilombola desigualdades sociais em saúde extremas. A Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual é atribuída a capacidade organizacional no planejamento da assistência à saúde de qualidade no território estudado, ainda se encontra marcada por iniciativa hegemônica, questão que compromete o protagonismo social das mulheres no quilombo e a capacidade do território para a efetividade de uma atenção integral à saúde da população quilombola. No Quilombo de Trindade, por meio da observação participante, constatamos um distanciamento entre os saberes técnicos dos profissionais de saúde e os saberes e fazeres em saúde de nossas interlocutoras, existindo, portanto, maior valorização da medicina convencional em detrimento dos saberes tradicionais quilombolas. Desse percurso, surge um projeto de intervenção, por meio da Tenda do Conto, que visa fortalecer os saberes e fazeres em saúde das mulheres no Quilombo de Trindade, abrindo caminhos de diálogo e entrelaçamento de saber, com práticas educativas (não escolar). Assim, os resultados apontam que as potencialidades das práticas de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, desenvolvidas pelas interlocutoras da pesquisa, que se materializam no uso das plantas medicinais e espiritualidade, fortalecem a identidade das mulheres quilombolas, as quais são portadoras de práxis libertadoras, pautada na emancipação humana e transformação social, na medida em que socializam, divulgam e repassam a outras gerações seus saberes e fazeres, e têm o cuidado consigo mesmo e com o outro, como fundamento do seu agir humano, em que valores como partilha e solidariedade são essenciais em uma sociedade tão individualista como a nossa.

Palavras-chave: saberes e fazeres em saúde; mulheres quilombolas; educação popular.

RESUMEN

Salud y Educación son referentes para la producción de vida en su totalidad. En este contexto, el camino a seguir no puede prescindir de la perspectiva de la emancipación humana. Las relaciones entre salud popular y procesos educativos permean el cuidado, la forma amorosa y respetuosa de interactuar y reconocer a los demás en sus singularidades y diversidades. Son signos reveladores que señalan los desafíos y límites que permean, especialmente, el campo de la educación y la salud, especialmente en el contexto actual, donde existe un síndrome de civilización contemporánea marcado por el descuido y el desprecio por la producción de vida. Este síndrome (Boff, 2014) afecta a la humanidad y a la naturaleza con una lógica social capitalista, que prioriza los intereses económicos y lucrativos en detrimento de la vida. Ante este argumento, surge la siguiente pregunta: ¿cómo los saberes y prácticas de las mujeres del Quilombo de Trindade, ubicado en el municipio de Biritinga, en Bahía, potencian las prácticas educativas no escolares, desarrollando situaciones de curación y cuidado de la salud individual y colectiva? El objeto de investigación tiene como objetivo analizar los conocimientos y prácticas en salud individual y colectiva de las mujeres del Quilombo de Trindade, así como su potencial educativo para las relaciones sociales y de salud en el quilombo. En cuanto a la metodología, inicialmente se realizó una revisión sistemática con el propósito de apropiarse de la actualidad del tema. Este trabajo consiste en una investigación acción-participativa y un enfoque cuantitativo-cualitativo. Se realizaron observación participante, entrevistas colectivas y círculos de conversación en el campo empírico, a través del dispositivo Tenda do Conto (Gadelha, 2015), con ocho interlocutores de la investigación. Este proceso brindó oportunidad para un encuentro de diálogo y reflexión con mujeres del Quilombo de Trindade quienes, a través de sus discursos, expresaron sus experiencias y prácticas de curación, cuidado y formación en salud individual y colectiva. El camino recorrido permitió percibir la ausencia de políticas públicas de salud en Brasil, en el ámbito del SUS, que respondan a las especificidades y particularidades en salud de los territorios quilombolas. También se constató que los territorios AB en el municipio están marcados por los intereses hegemónicos del capital, responsables de producir desigualdades sociales extremas en salud en la población rural y quilombola. La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), a la que se atribuye capacidad organizativa en la planificación de una atención de salud de calidad en el territorio estudiado, sigue marcada por una iniciativa hegemónica, cuestión que compromete el protagonismo social de las mujeres en el quilombo y la capacidad del territorio. para la eficacia de la atención sanitaria integral a la población quilombola. En el Quilombo de Trindade, a través de la observación participante, observamos una brecha entre los conocimientos técnicos de los profesionales de la salud y los conocimientos y prácticas de salud de nuestros interlocutores, con el resultado de que hay, por tanto, una mayor valoración de la medicina convencional en detrimento de los conocimientos tradicionales quilombolas. De este camino surgió un proyecto de intervención a través de Tenda do Conto que tiene como objetivo fortalecer los conocimientos y prácticas en salud de las mujeres en Quilombo de Trindade, abriendo caminos para el diálogo y entrelazando conocimientos con prácticas educativas (no escolares). Así, los resultados indican que el potencial de las prácticas de curación y cuidado en la salud individual y colectiva desarrolladas por los interlocutores de la investigación, que se materializan en el uso de plantas medicinales y la espiritualidad, fortalecen la identidad de las mujeres quilombolas, que, como desean, son portadoras de praxis. liberador, basado en la emancipación humana y la transformación social, en la medida que socializan, difunden y transmiten sus conocimientos y prácticas a otras generaciones y cuidan de sí mismos y de los demás como fundamentos de su acción humana, en la que valores como el compartir, la solidaridad es esencial en una sociedad tan individualista como la nuestra.

Palabras clave: conocimientos y prácticas en salud; mujeres quilombolas; educación popular.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo investigativo.....	69
Figura 2 – Cenário da Tenda do Conto	97
Figura 3 – Tenda do Conto no Quilombo de Trindade	105
Figura 4 – Socialização dos saberes e fazeres em saúde no Quilombo de Trindade.....	110

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Localização do município de Biritinga – Território de Identidade do Sisal (BA) ...	60
Mapa 2 – Área de abrangência da Unidade Básica de Saúde – Área Urbana	62
Mapa 3 – Áreas de abrangências das UBS – Zona Rural	64
Mapa 4 – Localização do Quilombo de Trindade (Biritinga-BA)	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultado da revisão sistemática	72
Quadro 2 – Informações sobre as(os) interlocutoras(es) da pesquisa	95
Quadro 3 – Plantas medicinais apresentadas pelas mulheres no Quilombo de Trindade.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo dos trabalhos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)	70
Tabela 2 – Quantitativo dos trabalhos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Capes).....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AQUIMAJU	Associação Quilombola Maria de Juvêncio
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LGBTQIA	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer, Intersexo, Assexuais
PPGED	Programa de Pós-graduação em Educação em Educação e Diversidade
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Plantas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFVSF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UNEB	Universidade Estadual da Bahia

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1 Toda história tem um começo: meu lugar de fala	20
1.1.1 Trajetória de escolarização	23
1.1.2 Vivências em uma comunidade rural: caminhos que me conduziram até aqui..	24
1.1.3 Formação acadêmica: vivências na Universidade.....	26
1.1.4 Insurgências no Mestrado Profissional em Educação e Diversidade	28
2 PRÁTICAS DE CURA E CUIDADO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS QUE SE INTERCRUZAM COM A EDUCAÇÃO POPULAR.....	32
2.1 Educação popular e saúde na prática do agente comunitário de saúde	41
2.2 Territorialização da saúde: perspectiva de organização pela Atenção Básica	46
2.3 Territorialização dos serviços públicos de saúde na área rural de Biritinga.....	59
3 SABERES E FAZERES EM SAÚDE DE MULHERES NO QUILOMBO E SEUS ENTRELACES EM ESPAÇOS EDUCATIVOS NÃO ESCOLARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	67
3.1 Critérios e seleção dos descritores: processo de mapeamento das informações	68
3.2 Extração dos dados: análise e resultados.....	72
3.3 Mulheres quilombolas: saberes e fazeres em saúde.....	74
3.4 Achados referentes ao estudo sobre mulheres quilombolas e educação popular ...	81
4 PERCURSO METODOLÓGICO: A PARTIR DA PESQUISA PARTICIPANTE- AÇÃO.....	84
4.1 Localização e contextualização do cenário de pesquisa	86
4.2 Tenda do Conto: dispositivo de pesquisa, entrelaçando saberes entre saúde, família e território	92
4.3 Tenda do Conto: ações político-pedagógicas para fortalecimento dos saberes e fazeres em saúde de mulheres no Quilombo de Trindade.....	94
4.4 Tenda do Conto: “Quem sabe ensina. Quem diz que sabe e não ensina é porque não sabe”	104
4.5 Tenda do Conto: espaço de diálogo, escuta, acolhimento e socialização de saberes e fazeres em saúde	108
5 CARTILHA CULTURAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CURA E CUIDADO EM SAÚDE POR MULHERES DO QUILOMBO DE TRINDADE, BIRITINGA (BA). CONSIDERAÇÕES IN(CONCLUSIVAS)	112 120

REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A – Termo de compromisso da pesquisadora	134
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	135
APÊNDICE C – Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa	137
APÊNDICE D – Termo de confidencialidade	138
ANEXO A – Termo de autorização institucional da coparticipante	139
ANEXO B – Termo de autorização institucional da proponente.....	140
ANEXO C – Parecer substanciado do CEP	141
ANEXO D – Hino da Comunidade Quilombola de Trindade	146

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*Um cão porque vive,
É agudo
O que vive não entorpece.
O que vive fere.
O homem, porque vive,
choca com o que vive.
Viver é ir entre o que vive.*

João Cabral de Melo Neto (2020, p. 72)

Falar em educação e saúde em um universo popular, onde estão inseridas pessoas simples, humildes, que vivem situações de extrema pobreza e desigualdades, atravessadas por um modelo econômico socialmente perverso, inaceitável, que prioriza o capital financeiro em detrimento da vida humana, especialmente de mulheres quilombolas, revela limites, dificuldades e desafios a serem superados. Trata-se de um contexto complexo e contraditório, que deflagra o retrato de um país onde os determinantes socioeconômicos e as desigualdades são gritantes. Pode-se afirmar que é nas populações que vivem e produzem vida no campo, como os quilombolas, indígenas, ciganos, famílias atingidas por barragens, moradores de fundo de pastos, dentre tantos outros, que se operam as marcas mais profundas desse fenômeno, incidindo diretamente nos processos de saúde-doença dessas populações.

Tensionamentos e denúncias de omissões acerca das condições de vida e situações de saúde das pessoas que vivem em comunidades tradicionais revelam um cenário de vulnerabilidade política, econômica e social, gerado pelo descaso do poder público, marcando negativamente a existência daquelas populações nos últimos anos, a exemplo da emergência sanitária e humanitária¹ que ampliou as violações de direitos dos povos indígenas e quilombolas brasileiros. Tal cenário evidencia, frente ao modo de produção capitalista, o quanto as populações que vivem nesses territórios foram historicamente submetidas, sobretudo pela ausência de estratégias políticas e sanitárias capazes de garantir condições mínimas de sobrevivência.

Somada a esses tensionamentos e denúncias, a desigualdade social e a pobreza colocam sérias consequências para a saúde individual e coletiva de tais grupos. A situação é ainda mais grave para a saúde das mulheres quilombolas, considerando o processo histórico sobre o papel

¹ Ver relatório “Nossa luta é pela vida”, publicado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) (2020), com suas organizações de base e parceiros. Nesse relatório, são expostas as diferentes dimensões dos impactos da pandemia da Covid-19 entre os povos indígenas do Brasil. Esse documento traça um panorama dos primeiros oito meses (março a novembro) dessa crise sanitária e humanitária, que ampliou as violações dos indígenas no país.

da mulher negra nas várias sociedades e a posição secundária que ela sempre ocupou em relação aos homens, compondo os grupos mais suscetíveis ao preconceito, exclusão, estigmatização e violência; sendo, em muitos casos, privadas de seus direitos fundamentais de cidadania pelas intencionalidades do capital, que constituem uma força perversa de desumanização da vida, como mostra a epígrafe que abre este capítulo, do poeta João Cabral de Melo Neto.

Essa força, entretanto, que opera marcada pela pobreza e exclusão extrema, potencializa práticas de resistência, lutas e organicidade comunitárias para o enfrentamento dos problemas sociais e a transformação da realidade. E, nessa perspectiva, reconhecemos a importância de uma educação contextualizada, contra-hegemônica (Saquet, 2019), em que, os sentidos da ação construída no diálogo e na comunicação, instaurada entre os sujeitos, possibilite pensar situações que condicionam e limitam as pessoas ou grupos e, a partir dessas afetações, sintam-se fortalecidos na luta coletiva por liberdade, emancipação humana e justiça social (Freire, 2021; hooks, 2017), favorecendo a emancipação humana e a sensibilização das classes trabalhadoras; em que a ordem vigente seja transformada, cedendo espaço a uma nova forma de organização social dos povos, como os do campo, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, geraizeiros, da floresta, de terreiros, das águas e das marés, de fundo e fecho de pasto, entre outros (Carvalho; Ferreira, 2020). Uma educação, enfim, em que a diversidade de saberes, historicamente sistematizados por essas populações, não seja esquecida nem desvalorizada.

Nesse sentido, a educação popular e a saúde em espaços não escolares movem os sujeitos a uma ação-reflexão-ação (Pulga, 2015) provocadora, que pede o ato de repensar o papel da educação e da saúde na contemporaneidade, manifesto em defesa e no compromisso de condições educacionais e de saúde apropriadas ao desenvolvimento da dignidade humana, onde floresçam relações sociais movidas pelo sentimento de solidariedade, respeito, diálogo, amorosidade e compaixão com as várias dimensões da vida. Ademais, os espaços educativos não escolares se apresentam como espaços formativos de relevância sociocultural para a socialização, emancipação e humanização (Carvalho; Ferreira, 2020).

Carlos Rodrigues Brandão (1981, p. 3-4) também lembra que

A educação é, como outras, uma fração do modo de vida dos grupos sociais que a criam e recriam, entre tantas outras invenções de sua cultura, em sua sociedade e dela ninguém escapa. [...] Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação.

É a educação, portanto, como prática social que acontece em diferentes espaços escolares e não escolares (Carvalho; Ferreira, 2020), tecida em uma teia de relações, experiências e vivências com o outro.

Corroborando essa reflexão, Vasconcelos (2001) afirma que as classes sociais potencializam seus próprios conhecimentos, que são, por sua vez, uma avaliação da realidade circundante. Logo, o reconhecimento dos saberes e fazeres populares deve ser o pressuposto basilar para as ações do setor saúde, de modo que resulte em uma profunda articulação com a vida do outro, de um outro popular. A ideia que surge, a partir disso, não é a de proporcionar somente um atendimento profissional e competente aos menos favorecidos, excluídos e marginalizados, dentro da faixa da assistência pública à saúde de mulheres e homens; mas a de realizar, também, uma partilha de saberes, experiências, valores, projetos de vida e alternativas socioculturais de superação da subalternidade e da desigualdade social.

As práticas de cura e cuidado em saúde, operacionalizadas pelas mulheres quilombolas, representam um importante elemento para a manutenção da cultura, saberes populares e ancestralidade, dentro e fora dos quilombos. Em um período no qual as práticas médicas eram escassas, cabia às mulheres quilombolas, guardiãs de grande sabedoria, assumir o protagonismo de cuidar, de curar, de promover a saúde dentro do território. Assim, parteiras, rezadeiras e curandeiras tinham, nas plantas medicinais e nas rezas, elementos essenciais que atendiam às necessidades de saúde.

Neste momento, surge a seguinte indagação: de que modo os saberes e fazeres de mulheres no Quilombo de Trindade, localizado no município de Biritinga, Bahia, potencializam práticas educativas não escolares, ao desenvolverem situações de cura e cuidado em saúde individual e coletiva? A pesquisa aqui presente se propôs a analisar os saberes e fazeres em saúde individual e coletiva, pelas mulheres no quilombo, bem como suas potencialidades educativas para as relações sociais e de saúde no quilombo. Para isso, estabeleceu-se, como objetivos específicos: a) identificar a potencialidade dos saberes e fazeres em saúde produzidos pelas mulheres no Quilombo de Trindade; b) compreender as contribuições dos saberes e fazeres das mulheres quilombolas em suas práticas de cura e cuidado em saúde para a manutenção e reprodução da vida individual e coletiva da população quilombola; c) verificar os diálogos existentes entre os saberes técnicos dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família e os saberes e fazeres das mulheres no Quilombo de Trindade.

Como aporte metodológico, realizou-se, inicialmente, uma revisão sistemática, para fins de apropriação da atualidade do tema. Este trabalho se constitui de uma pesquisa de natureza

participante-ação², e de abordagem quanti-qualitativa. Realizou-se no campo empírico a observação participante e entrevistas coletivas e roda de conversas, por meio do dispositivo intitulado Tenda do Conto (Gadelha, 2015), com oito interlocutoras da pesquisa.

No campo empírico, a inserção no Território Quilombola de Trindade teve início com a apresentação do projeto de pesquisa e seus objetivos ao presidente da Associação Quilombola Maria Juvêncio³ (Aquimaju). Em seguida, deu-se a observação de natureza participante, por meio do dispositivo Tenda do Conto, com a realização de entrevistas coletivas e rodas de conversa, nas quais conversamos sobre o processo saúde-doença, a realidade do quilombo, práticas de cura e cuidado nela desenvolvidas e as relações estabelecidas entre o saber técnico dos(as) profissionais de saúde e dos populares. Os dados foram gravados e, posteriormente, transcritos pela pesquisadora. Participaram da pesquisa oito interlocutoras, em três momentos distintos, os quais serão descritos ao longo deste trabalho.

Parto de uma experiência da minha trajetória pessoal e profissional como Agente Comunitária de Saúde (ACS), juntamente com equipes de Saúde da Família (eSF), de onde observo e me inquieto com parte dos profissionais, mais precisamente com aqueles que praticam uma medicina biológica, curativa, centrada no doente e na doença, desarticulada do contexto de vida dos indivíduos; também com as ações de saúde ofertadas pelas equipes de saúde nesses territórios, geograficamente delimitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que ainda não conseguem alcançar os anseios da população, gerando revolta e insatisfação. Prevalecem, em alguns municípios brasileiros, ações administrativas, baseadas no assistencialismo e clientelismo, transformando direitos básicos de cidadania em troca de favores (Vieira, 2015), que são barreiras que impedem a integração entre comunidade e serviço de saúde, inibindo a participação comunitária nas ações de saúde (Vasconcelos, 2001), colocando o SUS diante do desafio de superar a falta de interação entre população, comunidade e serviços de saúde, bem

² O termo pesquisa participante-ação é caracterizado no estudo da pesquisadora Kátia Augusta Curado Pinheiro Cordeiro da Silva como uma unidade entre teoria e prática em que o saber remete à teoria, e o fazer à prática, e é nessa unidade pragmática que se produz a ação, de modo a transformar a realidade (Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, 2008). Cf. Silva (2008).

³ A Senhora Maria de Juvêncio exerceu na comunidade, durante muitos anos, o ofício de parteira; por isso, no quilombo, muitas idosas enunciam nas narrativas sua importância, como uma mulher que dedicou a vida às práticas de cura e cuidado em saúde de mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, usando os saberes populares advindos dos seus antepassados. Por esta razão, a Associação Comunitária de Saúde e a Unidade Básica de Saúde no quilombo levam o nome dessa senhora tão referenciada pelas interlocutoras da pesquisa. Segundo elas, a senhora Maria de Juvêncio era uma mulher muito sábia e experiente. Observando a barriga de uma gestante ela conseguia identificar como seria o parto e se a criança daria ou não trabalho para nascer. Em casos mais complicados, eram redobrados os cuidados com a gestante. Assim, logo no início da gestação, era feita a palpação para arrumar a barriga e facilitar o nascimento; também era recomendada a massagem suave na barriga com remédios, além das orações para as forças divinas, a fim de obter êxito no trabalho de parto.

como as dificuldades de garantir os princípios da equidade e integralidade, tão defendida em seus documentos oficiais e normativos.

No âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488/2011 (Brasil, 2011), que tem como eixo estruturante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), ganha força e relevância, porque tem como indicativo para sua operacionalização e organização a definição de territórios, com a adscrição da população, território de abrangência e territorialização (Gondim, 2011). Esses dois programas surgem como uma estratégia prioritária para as ações educativas no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial pela ESF, por estarem em áreas geográficas delimitadas e possibilitarem uma estreita relação entre profissionais, comunidade e o serviço, permitindo produzir um projeto educativo comprometido com a transformação desses espaços produtores de vida e saúde.

Com efeito, embora o território e a territorialização se apresentem como um pressuposto básico que facilita o trabalho dos profissionais de saúde, junto à população adscrita ao território, observa-se empiricamente que a sua operacionalização contraria os anseios da sociedade que, em lugar de servirem para o fortalecimento de espaços, produtores de vida, saúde e educação, configuram-se como aparato legal para a operacionalização normativa do SUS, com arcabouços político-burocráticos, verticalizados, comandados por forças hegemônicas, responsáveis por maior produção e reprodução do sistema capitalista, causando competitividade entre os lugares e somando as desigualdades socioespaciais, ignorando as especificidades presentes nos territórios. **Esta pesquisa, portanto, promove a análise e reflexão acerca das práticas de gerenciamento do setor de saúde, do atendimento à população e suas interfaces com os saberes, fazeres tradicionais de saúde e cura entre as mulheres quilombolas e práticas educativas correspondentes.**

É nesse sentido que a pesquisa se justifica, ao considerar que as mulheres quilombolas são potencializadoras de saberes e fazeres em saúde, manifestos na experiência popular, universo em diversidade que, com o processo de transformação provocado pela modernidade, vêm sofrendo sérias ameaças, correndo o risco de cair no esquecimento. É preciso visibilizar e promover os valores produzidos pelas mulheres quilombolas, nos seus usos de plantas medicinais e espiritualidade (rezas), e os saberes das parteiras, no cuidado em saúde individual e coletiva, enfatizando a participação desses saberes na constituição identitária de um povo, transmitidos de uma geração à outra, a partir da oralidade, escuta sensível e experiência de vida.

Para tanto, esta dissertação está organizada em cinco capítulos. A seção introdutória apresenta a pesquisa, os objetivos e a problematização, além dos apontamentos sobre as

experiências de vida e inquietações que me levaram à investigação. A segunda seção busca traçar algumas reflexões sobre cuidado, saúde, educação e o processo de territorialização da saúde pelo SUS. Já a terceira, intitulada “Saberes e fazeres em saúde de mulheres no quilombo e seus entrelaces em espaços educativos não escolares: uma revisão sistemática”, contém o levantamento de produções acadêmicas brasileiras acerca do protagonismo feminino em territórios quilombolas. A quarta seção apresenta o percurso metodológico, delineando os passos seguidos para o planejamento e execução da pesquisa e das experiências em campo, orientadas pelo dispositivo Tenda do Conto. A quinta apresenta a proposta de produto final desta pesquisa, uma Cartilha Cultural de Saúde da Família sobre o uso das plantas medicinais e as rezas empregadas pelas mulheres do Quilombo de Trindade. Por fim, tecemos algumas ponderações (IN)conclusivas sobre o diálogo estabelecido com as mulheres de Trindade sobre seus saberes e fazeres em saúde e os processos educativos emergentes de tais práticas.

Esta dissertação tem a finalidade de fortalecer o protagonismo das mulheres do Quilombo de Trindade a partir de suas práticas de cura e cuidado em saúde, em interface com a educação popular, de modo a servir de referência para o trabalho das equipes de Saúde da Família e para todos os setores da sociedade interessados pela temática que constitui os saberes e fazeres em saúde dos povos quilombolas e sua interface com o campo da educação popular.

1.1 Toda história tem um começo: meu lugar de fala

Nesta seção, apresento meu lugar de fala, lugar de encontros e decisões que forjaram o corpo de uma mulher negra, camponesa e sertaneja que adentrou o campo da pesquisa social em um Mestrado Profissional em Educação e Diversidade e das possibilidades de construção coletiva e diálogo permanente de uma educação comprometida com um processo de emancipação humana. Nesse sentido, aproprio-me das palavras de Djamila Ribeiro (2019), que faz a seguinte provocação: historicamente, as mulheres negras foram as que mais sofreram o processo de opressão, subalternização e silenciamento, sendo impedidas de expressarem sua voz, opiniões, angústias e preocupações. Os marcadores sociais da diferença foram impactantes para o corpo dessas mulheres, suprimindo seus direitos e impedindo as oportunidades de conquistá-los. É nesse lugar de fala, marcado por momentos e situações produtores de vida e de saúde no campo, onde as consequências das injustiças e das desigualdades sociais em saúde são fortemente visíveis (Pulga, 2015), que apresento a minha caminhada.

Sou⁴ a caçula de oito filhos. Nasci e cresci no campo, em uma pequena comunidade rural chamada Cardoso, em Biritinga, na mesorregião do nordeste do estado. Costumo dizer, por isso, que sou fruto da educação popular, uma educação não escolar que se aprende com pessoas simples e humildes, advinda de experiências ancestrais, as quais me levaram à busca por conhecimentos capazes de proporcionar emancipação humana e transformação social.

Sempre morei na zona rural. Filha de agricultores, tive uma infância pobre, desprovida de bens materiais, na qual fomos vítimas não somente de preconceitos de natureza social, cultural e econômica, mas, principalmente, da ausência de políticas públicas que atendessem aos interesses e necessidades das pessoas do campo. Mesmo diante de todas essas particularidades, tive uma infância feliz, cheia de amor e carinho, vindos de minha família e das pessoas ao meu redor. Minha casa sempre foi um espaço alegre e muito acolhedor, lugar preferido da criançada na comunidade. À noite, como os demais moradores não tinham televisão e a minha família foi a primeira a ter uma TV (um aparelho antigo, de imagem em preto e branco, alimentado por bateria, porque não havia energia elétrica na roça), minha casa se tornou um lugar de encontro para as famílias da comunidade.

Meus pais trabalhadores rurais aposentados, são pessoas simples e humildes que, com muito esforço e dedicação, aprenderam a ler e escrever. É recorrente ouvir meu pai dizer que aprendeu a ler praticamente sozinho, pela curiosidade instigada pela literatura de cordel. Minha mãe é uma mulher humilde, sábia e dedicada à família e aos afazeres domésticos, além de excelente cozinheira. O picadinho de abóbora com quiabo, preparado por ela, tinha e ainda tem um sabor mágico, cujo mistério só o amor de mãe é capaz de guardar. Em nossa casa, meu pai sempre foi considerado o alicerce e grande referência na nossa formação, enquanto pessoas humanas. Ele nos transmitiu os valores que nos tornaram o que hoje somos. Trabalhou duro na roça e também no transporte de materiais em um carro de boi, para garantir nossa sobrevivência.

Recordo quando, ao meio-dia, ele chegava da roça. Nós corríamos ao seu encontro e sentávamos ao seu redor para retirarmos os espinhos presos à sua roupa. Éramos sempre recebidos com um afago na cabeça e alguma novidade trazida no bolso da calça, para nos presentear (cajá, umbu, licuri). Em nossa trajetória de escolarização, da educação infantil ao ensino fundamental, ele sempre esteve presente. Em casa, a hora do almoço era sagrada. Primeiro, sentávamos à mesa e, em vozes uníssonas, rezávamos o Pai-Nosso em ação de graças

⁴ Apresento-me, na pesquisa, na primeira pessoa do singular porque pretendo situar o leitor no meu lugar de fala, no lugar de onde vim, nas histórias e memórias que me levaram até o mestrado profissional.

pelo pão partilhado e pelas graças recebidas na nossa vida familiar. Em seguida, éramos perguntados sobre o que tínhamos feito em sua ausência. Até mesmo quando fazíamos traquinagens, nunca conseguíamos esconder, pois ele, com seu jeito meigo e carinhoso, transmitia-nos a segurança necessária à partilha da vida.

Foi um homem que sempre se preocupou com o nosso futuro. Em nossas conversas, dizia que nossas vidas não poderiam se resumir àquele mundo. Era preciso vislumbrar outros horizontes, o que era possível apenas por meio da educação. Com isso, ele fazia questão de comandar e conduzir a nossa vida escolar, participando de reuniões, festas escolares, comprando fardamento, cadernos, lápis e caneta. Era tudo muito simples – o que o dinheiro permitia comprar –, mas carregado de sentimentos, de afetividade. Para ele, garantir a nossa escolarização era um grande sonho, por isso estava sempre presente nas reuniões escolares, delas participando ativamente, cobrando da direção e dos professores um processo de ensino-aprendizagem de qualidade, pois acreditava na função social da escola, ou seja, em um projeto revolucionário capaz de formar sujeitos críticos, ativos, reflexivos, condutores da sua própria história, problematizando a realidade e buscando formas de luta e resistências contra-hegemônicas.

Posto tais reflexões, compreendemos que o amor, cuidado e educação são dimensões circulares e que se faz extremamente necessária na sociedade contemporânea, marcada pela intercomunicação e solidão (Boff, 2021) em que o diálogo e a comunicação estão cada vez menos presentes nas relações humanas e familiares. É, portanto, nas relações interpessoais construída através do diálogo e da comunicação que surgem formas coletivas e amorosa dos homens que mediatizado pelo mundo, o transformam, e, transformando-o, humanizam-no para a humanização de todos (Freire, 2021, p. 51).

Assim, foi utilizando o diálogo no ambiente familiar que esse pai humilde, simples, amoroso, com pouca escolarização nos transmitiu saberes, capazes desconstruir condutas pessoais e profissionais, cristalizadas e engessada em comportamento que fomentem processo de individualização e desconhecimento do ser humano. De acordo suas narrativas e modos de agir é, partindo da vivencia, do encontro afetivo e da preocupação coletiva com o outro que, iremos provocar mudanças não apenas em nosso ambiente de trabalho, mas no espaço como um todo, pois, à medida que cuidamos uns dos outros, também somos cuidados e, assim, vamos construindo uma sociedade mais justa, humana e fraterna. Hoje, com os olhos cheios de lágrimas, afirmo que ele tinha e tem toda razão.

1.1.1 Trajetória de escolarização

Minha escolarização aconteceu em escola pública. Iniciei o ensino fundamental I em uma escola rural multisseriada. Dentre as poucas lembranças que tenho desse tempo, uma que guardo com muito afeto é a da professora Vadinha, como era conhecida por todos; uma mulher meiga, atenciosa, carinhosa e comprometida com o processo de ensino-aprendizagem. Ensinar, para ela, era um ato de amor, por isso existia tanto amor presente naquele ambiente escolar. Nós éramos apaixonados por ela.

Nessa escola, com a professora Vadinha, fiz a 1ª e a 2ª séries do ensino fundamental. Como ela já era uma professora aposentada, resolveu que iria descansar, e assim a escola foi fechada. Meus pais, então, transferiram-me para a Escola Maria Quitéria, também localizada na comunidade. Não me adaptei ao ambiente nem ao trabalho da nova professora, o que me rendeu a reprovação na 3ª série.

A fim de dar continuidade aos meus estudos, meus pais, em comum acordo, decidiram me transferir para a sede do município de Biritinga, a 11 km da minha residência. Como minhas duas irmãs mais velhas já moravam na cidade de Biritinga para estudar, fui morar com elas (meu pai, prevendo essa necessidade, havia comprado uma casa na cidade). Passávamos a semana nessa casa e, aos finais de semana, voltávamos para a casa na roça. Acredito que, para meus pais, essa foi uma decisão muito difícil, a de deixar as três filhas viverem em uma casa na área urbana, sozinhas, distantes dos seus cuidados. Mas aquilo foi algo necessário e decisivo para o nosso processo formativo.

Em Biritinga, fui matriculada no Centro Educacional Dom Bosco, que era administrado por um padre, um senhor rígido e conservador, temido por todos os alunos e funcionários da instituição. É oportuno informar que os procedimentos metodológicos adotados pelos professores, no centro, constituíam o ensino tradicional. Mesmo assim, consegui ir em frente, até a conclusão do ensino médio.

Os únicos recursos utilizados pelos professores eram o quadro-negro, o giz e o livro didático. Não tive a oportunidade de acessar outras leituras, mas já era pulsante em meu ser o gosto pelo mundo mágico dos livros, de modo que, qualquer papel que encontrasse jogado na rua, eu pegava para ler, ver o que estava escrito. Uma das minhas irmãs foi morar fora, para trabalhar, e, sabendo que eu era fissurada por livros, sempre que vinha nos visitar trazia para mim diversos livros de histórias em quadrinhos.

Apesar de o ensino ter sido baseado em um processo formativo conservador, o que com ele aprendi contribuiu substancialmente para minha formação profissional.

1.1.2 Vivências em uma comunidade rural: caminhos que me conduziram até aqui

Em 1998, concluí o ensino médio e, no mesmo ano, participei de um processo seletivo para agente comunitário de saúde. Fui aprovada e, em 1999, comecei a atuar como agente na comunidade Cardoso, lugar de meu pertencimento e onde trabalho até hoje.

Tudo aquilo era fascinante, pois se tratava de um projeto que tinha como meta levar a saúde para a comunidade e, assim, elevar sua qualidade de vida. Eu sabia que atuaria em uma equipe multiprofissional, formada por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e por mim, claro, como Agente Comunitária de Saúde, mas o que eu não sabia era que me depararia com situações socioeconômicas alarmantes. Vi uma realidade que, mesmo sendo a da comunidade onde eu morava, desconhecia: pessoas vivendo em situações extremas de pobreza e miséria, para as quais o serviço de saúde não dava respostas; crianças desnutridas ou subnutridas⁵, vivendo em péssimas condições de moradia e higiene; doenças, como diarreia, escabiose e verminose, eram os principais problemas sanitários que encontrávamos no campo. Mesmo assim, em meio a fatores tão complexos, em um cenário de dor, sofrimento e desespero, encontrei pessoas valentes, fortes e resistentes, que tinham esperança, resiliência, fé e vontade de viver.

Devido ao convívio diário com as famílias, relembro com detalhes o aspecto das casas: eram, em sua maioria, feitas de palha, as restantes eram de taipa⁶. As rachaduras nas paredes de barro eram enormes, e por elas, nos dias chuvosos, desciam listões vermelhos das goteiras, lavando o caimento da argila. Enquanto isso, na parte externa dos pequenos cômodos das casas, seus moradores espalhavam baldes e bacias para aparar a água invasora.

Nos primeiros dias de trabalho, chegava às casas desconfiada, já que ainda era cedo para que existisse o vínculo de confiança entre profissional e pacientes. As pessoas ficavam tímidas com a minha chegada, por isso sempre me recebiam do lado de fora, embaixo de uma árvore ou perto da porta de entrada, com o pretexto de que eram lugares mais arejados, frescos. Eu tinha, porém, a certeza de que o motivo era o sentimento de vergonha pela condição da moradia. Já as crianças eram, como sempre, muito curiosas: algumas ficavam ao meu redor, observando, outras se escondiam por trás das paredes daqueles pequenos ambientes, com medo da balança

⁵ A subnutrição nessas crianças era identificada devido ao consumo do mingau da farinha de mandioca.

⁶ Antiga técnica de construção na qual paredes são feitas de terra úmida socada em moldes de tapamento. Algumas são formadas a partir de uma estrutura de varas preenchidas com a terra argilosa. Em algumas residências encontrei estas características. Para completar as laterais, eram colocadas palhas verdes de licurizeiro.

de ferro que eu carregava nas costas, em uma mochila. Eu sempre levava algumas guloseimas para elas, como balas e pirulitos, e assim acabava conquistando-as e realizando o meu trabalho com êxito.

Nesse campo complexo e contraditório, deparei-me com situações limite e difíceis: de um lado, pessoas em situações extremas de vulnerabilidade socioeconômica; de outro, um serviço de saúde de caráter hegemônico, prescritivo, normativo e instrumentalizado, no qual não havia informações de como o agente comunitário de saúde poderia lidar com as situações adversas reveladas em seu trabalho. Observada essa lacuna, aprendi que deveria me apropriar de formas de diálogo pertencentes a outras áreas de conhecimentos, que posteriormente identificaria como frutos da experiência popular.

Foi esse encontro pessoal com a comunidade (que, de início, anestesiou-me com a visão de tamanha desigualdade social em saúde, vivida pelo povo do campo) o responsável pela constituição da minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica. A partir desse encontro entre a profissional e a comunidade, foram se construindo laços de afetividade, cumplicidade, confiança e respeito. Priorizando uma relação dialógica e afetiva entre os diferentes saberes, eu consegui perceber a importância da educação para as mudanças e transformações das práticas sociais em saúde.

Nesse campo de descoberta, senti meu corpo atravessado por histórias de vida e narrações de homens e mulheres que constantemente lidam com situações de exclusão e desigualdades, para as quais o sistema de saúde é incapaz de responder satisfatoriamente. A partir dessa experiência, de ser tocada por tantos afetos e de me deparar com tantas diferenças, percebi que era necessária uma abertura para o novo, uma desconstrução da minha identidade pessoal e profissional. Assim, criamos, eu e a comunidade, um vínculo de confiança e corresponsabilidade, no qual sempre nos encontramos preocupados em cuidar uns dos outros, como forma sadia de nos relacionarmos e estarmos no mundo. Para a comunidade, eu era e ainda sou mais do que uma profissional de saúde: sou alguém preocupada com ela, em quem pode confiar e ter uma confidente para a partilha de problemas, dores, angústias e sofrimentos.

É imprescindível destacar o quanto as narrativas, histórias de vida e memórias das pessoas idosas da comunidade mexeram comigo, relatos sempre carregados de dor e sofrimento, sobre os enfrentamentos cotidianamente travados por elas pela sobrevivência, e, por isso mesmo, também narrativas cheias de demarcadores de luta, resiliência e superação. É assim a história do senhor JR (*in memoriam*) a respeito dos episódios de seca na comunidade; muito presente em sua memória era a lembrança do que viveu no ano de 1932. Ele e muitos outros pais de família tiveram que deixar suas casas em busca de trabalho em outros lugares, para

salvarem os filhos da fome. Também a história de dona JB, que aos sete anos de idade perdeu a mãe, morta no parto. Citando uma história de alegria, menciono a senhora LR (*in memoriam*), parteira da comunidade, que se enchia de orgulho ao contar sobre os 32 partos que realizou. Foi nesse campo da educação popular, enfim, em um contexto rural marcado pela complexidade das relações sociais, que tive a oportunidade de me encontrar com a diversidade de saberes e fazeres tradicionais e populares, e com suas formas de luta e resistência pela sobrevivência.

Voltando ao relato a respeito de minha educação formal, conto que, em 2002, prestei meu primeiro vestibular: para enfermagem, de tão interessada que era pelo grande campo da saúde coletiva. Fui aprovada, mas, devido a questões financeiras, não pude iniciar os estudos, o que muito me entristeceu e decepcionou. Diante disso, tomei a dura decisão de nunca mais fazer vestibular.

Prossigui na profissão de agente, fazendo as visitas domiciliares e sempre muito atenta às experiências de vida compartilhadas pelas pessoas da comunidade e às políticas públicas de saúde implementadas no município. Isso me deu a oportunidade de conviver mais de perto com a realidade social das pessoas de minha área de atuação, as quais, muitas vezes, relatavam suas angústias, necessidades e os desafios enfrentados diariamente na resolução de problemas de saúde.

Por meio do meu fazer cotidiano, tive e ainda tenho a possibilidade de analisar e compreender, a partir de uma dimensão social, as disparidades e desigualdades existentes no território, que impactam negativamente o processo de saúde-doença dos grupos coletivos nele existentes, revelando tal território como um espaço dinâmico, nunca dado e acabado, mas, sim, em constante movimento (Santos, 2009). Assim se dá a construção do saber: por meio da experiência diária, no diálogo cotidiano entre os sujeitos, pela interação do ser humano (Pulga, 2015), em um processo contínuo, por toda vida.

1.1.3 Formação acadêmica: vivências na Universidade

Como se pode notar, meu interesse pelas Ciências Sociais não é recente. Ele surgiu muito antes da minha formação acadêmica. Entretanto, foi a minha trajetória universitária que contribuiu substancialmente para a minha percepção da possibilidade de articular conhecimento teórico e prático.

Onze anos após a conclusão do ensino médio, resolvi tentar entrar na universidade, mais uma vez. Prestei o segundo vestibular, desta vez para Licenciatura em Geografia, pela Universidade Estadual da Bahia (UNEB), Campus XI, e fui classificada, mas não dentro das

vagas. No ano seguinte, em 2010, estava resolvida a não mais tentar, mas a minha irmã mais velha, sem meu consentimento, fez minha inscrição. A fim de não a contrariar, fiz a prova. Divulgado o resultado, recebi sua ligação, informando, radiante, a minha aprovação.

Ingressei na universidade no segundo semestre de 2010. Todos os dias percorria um trajeto de 36 km entre a minha residência e a universidade. Era exaustivo, mas as leituras acadêmicas e as discussões em sala de aula me nutriram e sustentaram. As disciplinas de humanas foram as que mais despertaram minha curiosidade e interesse, como era de se esperar.

Durante a graduação, participei de alguns eventos realizados pela UNEB, Campus XI, como seminários, cursos de extensão universitária e estágio supervisionado. Dentre os trabalhos apresentados por mim em seminários, destaco *Docência e Pesquisa em Formação do Curso de Geografia* (2012); *Teorias X Práticas Docentes: experiência adquirida a partir do estágio supervisionado II* (2013); *A importância do lugar para o processo ensino-aprendizagem geográfica a partir do espaço de vivência do educando*; *A urbanidade presente no povoado do Setor de São Francisco no município de Teofilândia-BA*; e *Seminário Integrado de Pesquisa, Ensino e Extensão em Geografia*, realizado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2014).

A partir daí as experiências vivenciadas em uma área rural, referenciadas pela saúde coletiva e orientadas pela educação popular e saúde, começaram a ter outra amplitude. Os estudos do espaço geográfico como categoria de análise social fizeram germinar reflexões e inquietações, uma vez que contribuíram com uma ação crítico-reflexiva sobre a complexidade e particularidades presentes no território, que podem produzir condições de vida ou agravantes para a saúde da população.

Considero o meu processo acadêmico como um tempo de grande importância para minha vida. Mas foi durante a produção do meu trabalho de conclusão do curso que pude observar que era possível articular a teoria aprendida na universidade com a minha prática diária de trabalho. Dessa maneira, minhas análises avançaram no campo das Ciências Humanas, pois me dediquei a compreender o processo de saúde-doença, a partir de uma dimensão social. Por conta disso, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso sob a orientação do professor e mestre Luiz Rogério da Silva Macedo, com o tema *Geografia da Saúde: O Uso do Território pela Estratégia Saúde da Família no município de Biritinga (BA)*, objetivando analisar e compreender as territorialidades constituídas no campo da saúde coletiva e, deste modo, identificar como sua apropriação pelo setor saúde pode aprofundar o debate sobre as desigualdades e disparidades socioespaciais. Defendi esse trabalho em 2015 e com ele concluí o curso de Licenciatura em Geografia.

Em 2017, iniciei uma especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UFVFSF), tendo como resultado o artigo *A importância da Territorialização para o planejamento das ações de Saúde na Atenção Básica*, sob orientação da professora Dejana da Silva Teixeira.

A Licenciatura em Geografia, em síntese, foi onde começou a minha vida acadêmica, e ela participou bastante da minha vida profissional, colaborando para minha ação crítico-reflexiva a respeito da análise e interpretação do espaço geográfico em sua dinamicidade. Compreendi que a apropriação do território, voltada para a lógica da saúde, deve considerar as relações que são estabelecidas pela sociedade, e que o conhecimento desse espaço de apropriação pelo setor saúde pode gerar contribuições essenciais para mudanças das práticas sanitárias na realidade local. Para isso, contudo, é necessária uma mudança na formação pedagógica dos profissionais da área da saúde.

1.1.4 Insurgências no Mestrado Profissional em Educação e Diversidade

*Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais. Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe, só levo a certeza de que muito pouco sei, ou nada sei [...].
Penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha e ir tocando em frente. Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz.*
Almir Satler e Renato Teixeira.

O trajeto, até aqui, foi de luta, muitas pedras e espinhos, composto por um cenário de pobreza, omissão, opressão e subalternização, marcas profundas de uma sociedade marginalizada. Em meu caso, de modo particular, impulsionada pelo desejo de ser capaz de uma ação ativa-reflexiva, prossegui por outras encruzilhadas, as quais se interseccionam, em interface com a medicina convencional e os saberes populares.

Para Vasconcelos (2001, p. 147), “[...] a escrita num ambiente de silêncio, trazendo notícias das marcas, é como um escafandro que possibilita mergulhar no estranhamento com maior coragem e rigor”. Essa reflexão surgiu e pulsou em minha vida, quando, na busca pela ampliação de conhecimentos, adentrei o espaço acadêmico.

No final de 2021, ainda debruçada sobre o estudo da realidade socioespacial do processo saúde-doença da população rural, incentivada por uma colega, decidi participar do Processo Seletivo para o Programa de Pós-graduação em Educação e Diversidade (PPGED) da UNEB, Campus XIV, linha 2, Cultura, Docência e Diversidade. O projeto *Territorialidade e Saúde: Entrelaçando saberes em Comunidades Rurais de Biritinga (BA)* foi aprovado. Deste modo,

com as leituras e discussões no ambiente universitário, o projeto vem sofrendo alterações e ganhando forma.

Devo lembrar que todo o meu processo formativo de ensino se deu em instituições públicas, mas, mesmo cursando a graduação e a pós-graduação *lato sensu* em universidade pública, hoje percebo, em um Mestrado em Educação e Diversidade, que o repertório de leitura que ali se desenrolava era prioritariamente voltado para ideias hegemônicas do colonialismo europeu. Mesmo em um curso de Licenciatura em Geografia, com discussões provocativas sobre o território como categoria de análise social (Santos, 2009), o corpo estava totalmente desvinculado daquele contexto, elucidado apenas como objeto biológico com funções fisiológicas. Ao ingressar no MPED, tive contato com leituras e discussões de obras baseadas no repertório, por exemplo, de pessoas negras, indígenas e LGBTQIA+. Esse encontro com a diversidade, pautado nas diferenças, provocou em mim uma ebulição, levando-me a refletir sobre a minha forma de agir no mundo e a ressignificar a minha prática pessoal e profissional.

Nesse itinerário, vejo o mestrado como uma conquista de um corpo de mulher camponesa, atravessado pela negação de direitos sociais e políticos, pela rejeição e discriminação, como uma maneira de ressignificação da minha identidade, por meio da minha forma de estar, ver, olhar, sentir e agir no mundo. Esta pesquisa não é de caráter autobiográfico, mas, ao colocar minhas vivências e experiências de vida, aponto mudanças importantes para a reconstrução da minha identidade pessoal, profissional e acadêmica. Conforme afirma Oliveira (2018, p. 166), “As (auto)biografias dão conta de processos de criação e recriação de tramas e dramas de sociabilidades e da construção das múltiplas identificações e identidades, individuais e coletivas”.

Enveredei, assim, pelo campo da pesquisa, entendendo a potencialidade da educação popular e saúde dentro das comunidades rurais, pautada nas diferenças e diversidades, como uma forma de luta e resistência contra o processo hegemônico que teima em neutralizar os sujeitos que compõem tais comunidades, colocando em sério risco a identidade deles. Para Hall (2006, p. 67), “[...] as culturas nacionais têm dominado a ‘modernidade’ e as identidades nacionais tendem a se sobrepor a outras fontes, mais particulares, de identificação cultural”. Para os povos do campo, sobreviver a tudo isso é uma forma de luta e resistência.

Neste contexto, percebo, na escrita e na pesquisa acadêmica, uma forma de mergulhar no mundo, ver, ouvir e interpretar histórias, no exercício de liberdade, algo caracterizado por bell hooks (2017) como uma prática libertadora. É, portanto, um trajeto com muitas encruzilhadas constituídas ao longo da vida, e no qual nunca caminhamos sozinhos; carregamos memórias de muitas tramas, histórias, cultura e fatos narrados, que traduzem vivências e

experiências, acontecimentos vividos, “[...] lembranças de algo distante que, de repente, aparece nítido e claro diante de nós” (Freire, 1997, p. 16).

Tais provocações, decorrentes das injustiças sociais, políticas e econômicas que atravessam a vida da população do campo, têm provocado em mim significativas reflexões e inquietações. Nessa vida itinerante, venho refletindo sobre os passos trilhados, as dificuldades encontradas diariamente no meio rural, para a continuidade dos estudos, sobre as andanças cotidianas de uma profissional de saúde interessada nas questões sociais, que vê na educação um caminho de possibilidades e estratégias para derrubar as barreiras das desigualdades, que se evidenciam com maior frequência entre grupos e povos em maior situação de vulnerabilidade social. Segundo Miranda (2020), é a partir das nossas escolhas que vamos nos encontrando em meio a caminhos e em diálogos corporais e, assim, tornando possível desnudar outras histórias.

Desse modo, “[...] comecei a perceber que o olho vê o mundo, que sente o outro, que se atravessa das experiências, que rasura as nossas certezas, fervilha nossa imaginação” (Miranda, 2020, p. 22), para que pudesse compreender o corpo como fonte de produção de saberes, atravessado por marcadores sociais. Assim, teço minha história em um lugar onde a presença do corpo das mulheres negras, discriminadas, subalternizadas e oprimidas é nitidamente percebida.

Minha trajetória sempre contou com experiências adquiridas dentro de espaços educativos escolares e não escolares. Devo salientar que os espaços da educação popular sempre me renderam grandes saberes; foram fatores determinantes, que explicam a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, germinando inquietações profundas, capazes de produzir uma ação crítico-reflexiva sobre a minha prática profissional. Isso explica, em parte, a decisão de enfrentar este grande desafio que é a escrita desta dissertação de mestrado.

As desigualdades sociais em saúde foram os principais marcadores sociais das diferenças que atravessaram minhas experiências como trabalhadora do SUS em comunidades rurais. Nesse lugar, vivenciei experiências marcantes de pessoas condicionadas a viver em extrema pobreza e abandono. Percebi que as políticas afirmativas e inclusivas de saúde, implantadas pelo Estado brasileiro para diminuir as diferenças socioculturais e econômicas, como a PNAB, não conseguiram combater a vulnerabilidade social. Essas políticas foram substituídas por ações tradicionais, assistencialistas, voltadas aos interesses do neoliberalismo que, guiadas pelo mercado global, implantam em lugares distantes, que ficam à margem do desenvolvimento, serviços de saúde precários, com baixas tecnologias e carentes de recurso material e humano, colocando grandes e graves desafios ao SUS.

Nesse momento singular, revelo as dificuldades e limitações que permearam e permeiam minha trajetória pessoal e profissional, mas também trago minha alegria e encantamento por poder partilhar momentos riquíssimos de conhecimento e aprendizagens, proporcionados pelos caminhos da educação popular e saúde, em diálogo com os movimentos sociais, principalmente os de mulheres quilombolas, cujas expressões culturais são tão desvalorizadas. Suas práticas são discriminadas e, muitas vezes, esquecidas, por uma sociedade em que o capital, como relação social que explora, expropria e domina a classe trabalhadora, vale mais do que a vida das pessoas que integram essa classe (Pulga, 2015).

Importa colocar aqui que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) representou avanços na institucionalização dos direitos políticos e sociais, por ser um movimento contra-hegemônico, pressionando o Estado a rever suas políticas em vários setores, dentre eles o da saúde e o da educação. Contudo, com o reordenamento econômico baseado na política neoliberal, ficaram visíveis as fragilidades das políticas sociais voltadas a territórios que não oferecem retorno ao sistema capitalista, principalmente quando relacionadas às políticas afirmativas de saúde e educação. Sabe-se que a distribuição assistencialista desses serviços, muitas vezes centralizado em um discurso ideológico e empolgante de melhores condições de vida para as pessoas, nada mais é do que um discurso engessado, para enganar “o povo simples e humilde” (Saquet, 2019, p. 10). Consequentemente, são as populações quilombolas, indígenas, atingidas por barragens, sem-teto, dentre tantas outras, as mais afetadas pelo perverso modelo de desenvolvimento adotado.

É nesses espaços, limites do território, franjas (Santos, 2009), onde se encontram as maiores crises sanitárias da atualidade. Contudo, é também nesses espaços produtores de vida e de saúde onde estão inseridos sujeitos políticos organizados em movimentos sociais, a exemplo de mulheres quilombolas, que questionam o seu papel social na história da humanidade e evidenciam a necessidade de transformar as estruturas perversas criadas pelo colonialismo.

No capítulo seguinte, são feitas algumas reflexões sobre as práticas de cura e cuidado em saúde, experiências que se inter cruzam com a educação popular, considerando suas contribuições para o campo da saúde coletiva.

2 PRÁTICAS DE CURA E CUIDADO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS QUE SE INTERCRUZAM COM A EDUCAÇÃO POPULAR

Comer é conviver. Partilhar é conviver. A dor do nosso irmão é a nossa dor. A fome do irmão é a nossa fome. Nós só seremos felizes e plenamente humanos quando ninguém mais tiver fome.
Júlio Lancelotti (2023).

Logo, educar é cuidar. É se comprometer com a transformação social. É zelar por todas formas de vida. É lugar de crescimento e valorização de saberes. Nós seremos felizes e plenamente humanos quando rompermos essa barreira que separa classes sociais no Brasil, dividida entre pobres e ricos.
Gercilene Meireles.

O processo saúde-doença sempre demandou da humanidade reflexões e questionamentos. Nas sociedades primitivas, as doenças eram compreendidas como uma manifestação sobrenatural, como castigos divinos a um mal cometido, enquanto a saúde seria uma compensação por bom comportamento. Assim, os malefícios que acometiam o corpo humano eram explicados por meio do pensamento mágico, religioso e sobrenatural.

Em uma outra fase, não eram mais os elementos mágicos e religiosos os causadores das doenças: passaram a imperar os fatores físico-químicos do ambiente, a “teoria miasmática”, que foi hegemônica até a metade do século XIX, com o aparecimento da bacteriologia. Segundo essa teoria, as causas das doenças e os surtos epidêmicos caracterizavam-se por condições sanitárias ruins, que criavam um nocivo estado atmosférico local.

Já na terceira fase, considerada biológica ou microbiológica, a saúde e as doenças estavam associadas à ação dos germes no organismo humano. Assim, a intervenção de cura era direcionada a um único fator determinante das doenças, desconsiderando a complexidade da vida humana, suas relações com o ambiente, o trabalho e o modo de vida das pessoas (Pulga, 2015).

Até a década de 70, o modelo assistencial privatista, hospitalecêntrico, era dominante, constituindo um período no qual as políticas de saúde estavam voltadas para a expansão de serviços médicos privados e dos hospitais, deixando as ações educativas sem espaço significativo (Vasconcelos, 2001). As iniciativas educativas em saúde, empreendidas no Brasil de então, encontravam-se subordinadas aos interesses de iniciativas políticas e econômicas da elite brasileira, com o povo tido como passivo, incapaz de tomar decisões. Nesse contexto, os saberes e fazeres em saúde das(os) cuidadoras(es) populares desempenhavam um papel de fundamental importância no cuidado das pessoas e na cura das doenças mais do que do corpo biológico. A natureza, portanto, era o lugar privilegiado para eles, pois as substâncias extraídas

das plantas eram indispensáveis para a cura das(os) pacientes. As práticas educativas nesses espaços aconteciam oralmente, com a transmissão de conhecimentos para o preparo de chás, simpatias, defumação, oração, benzimentos, remédios caseiros, garrafadas e várias outras práticas, todas elas frutos dos conhecimentos tradicionais aprendidos com ancestrais (Dias, 2019; Lima, 2021; Oliveira, 2019; Penaforte, 2021). Contudo, as experiências de uma educação tradicional, autoritária e normatizadora de leis e princípios invisibilizaram as iniciativas populares.

Esse cenário começou a mostrar os primeiros sinais de mudanças, no caso do Brasil, nos anos 1970 (Vasconcelos, 2001), quando diversos segmentos sociais se engajaram na luta pela ruptura com esse modelo de educação, cujo objetivo era domesticar a classe oprimida e torná-la passiva, incapaz de ter iniciativa própria. Entretanto, enquanto perspectiva teórica e corpo político e social, as iniciativas da Educação Popular (EP) remetem ao final do ano 1950 (Cruz, 2018), inspirada nas ideias de Paulo Freire, que tinha por meta libertar os oprimidos do seu sistema de opressão.

Nesse sentido, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) desempenhou um papel significativo nas mudanças das políticas públicas de educação e saúde. Esse movimento contou com a mobilização e participação de diversos setores da sociedade, dentre os quais estudantes, professores universitários, setores populares e profissionais de saúde, que lutavam por transformações sociais, objetivando a melhoria das condições de vida, relacionando as necessidades de saúde e de educação da população brasileira (Paim, 2008). É preciso observar, ainda, que o contexto em que se deu essa luta era o do autoritarismo do regime militar e do avanço econômico e da urbanização, que recrudesciam as desigualdades sociais, agravando as más condições sanitárias do país.

Essa junção de forças criou um terreno fértil de luta, resistência e organicidade comunitária, tomado por pessoas insatisfeitas com o modelo político hegemônico, alicerçado na exploração, subalternização e exclusão da classe trabalhadora. Essa mobilização popular representou um princípio de equidade e justiça social, que defendia que todos, independentemente de suas condições humanas e financeiras, deveriam ter os mesmos direitos. A partir daí, amplia-se a percepção de que as políticas públicas de educação e saúde autoritárias e privatizantes (Paim, 2008) estavam provocando a revolta e insatisfação da população, e precisavam ser repensadas. Nesse processo de luta e reivindicação, a Igreja Católica, orientada pela Teologia da Libertação⁷, teve um papel fundamental.

⁷ Abordagem teológica cristã que enfatiza a libertação dos oprimidos, que nasce na América Latina e no Brasil, no final dos anos 1960. Em certos contextos, envolve análises socioeconômicas, com “preocupação social com

Dessa pressão popular nasceu, mais tarde, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a Lei Orgânica nº 8.080/90, estabelecendo-se, no seu artigo 2º, que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros. Conforme já previsto na Constituição de 1988,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2016, art. 196).

O processo saúde-doença, desse modo, ganhou uma definição mais abrangente, resultante da necessidade de analisar os níveis de saúde e doença em uma população, a partir da relação entre fatores determinantes e condicionantes da saúde, a saber: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, condições de trabalho, transporte, educação, dentre outras condições que devem ser objeto de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde de natureza individual e coletiva (Brasil, 2006a).

Junto a esse contexto, há por referência, para pensar um novo modelo assistencial de saúde no Brasil, a saúde coletiva, caracterizada por Paim e Almeida Filho (2000) como um campo aberto e interdisciplinar, em diálogo com várias ciências; uma corrente filosófica da qual o campo da saúde faz parte, incluindo, em suas investigações, as condições sanitárias da população, natureza das políticas aplicadas, compreensão de como a população identifica e compreende os problemas e intervém sobre eles (Paim; Almeida Filho, 2000). Em termos assistenciais do modelo de saúde no Brasil, entra em cena a Atenção Básica⁸, que tem por meta a extensão da cobertura do serviço de saúde a lugares remotos, distantes dos grandes centros de poder econômico, de modo que, por meio da descentralização do serviço, a gestão e o planejamento do serviço de saúde sejam atribuições do próprio município, permitindo que cada setor tome suas decisões de acordo as singularidades e especificidades locais (Mendes, 1995).

A expansão da Estratégia Saúde da Família, em territórios do campo e quilombola, amplia o escopo da integralidade da atenção à saúde a essa população, como forma de reparação de uma herança histórica deixada pelo neocolonialismo, edificada na desumanização desses

os pobres e a libertação política dos povos oprimidos”. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Teologia_da_liberta%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 22 ago. 2023.

⁸ Modelo adotado para reorganização das práticas assistenciais dos serviços de saúde que não conseguiram responder à complexidade dos elementos da contemporaneidade, intrinsecamente relacionados à complexidade das relações humanas. Esse termo foi predominantemente empregado em países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba. Mais tarde foi adotado no Brasil como Atenção Básica, tendo como eixo estruturante o PACS, criado em 1991. Devido aos avanços do PACS, em 1994 foi incorporado ao Programa Saúde da Família a equipe multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e por 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. Segundo Paim (2003), esses dois programas se apresentam como uma estratégia assistencial vinculada à vigilância em saúde, servindo como porta de entrada para o SUS.

povos (Alves *et al.*, 2023). Nesse movimento, de naturalização da desigualdade e violência, em que vidas que não servem aos interesses do capital e seus aliados são discriminadas, excluídas e arruinadas de seus direitos básicos de cidadania (a exemplo de vidas de mulheres camponesa e quilombolas), encontramos os campos de desafios a serem enfrentados nas áreas de saúde e educação, sendo, entretanto, problemas complexos, que afetam as condições de vida e saúde das pessoas, porém com pouco respaldo nas agendas de governo (federal, estadual e municipal).

Em contrapartida, o Estado, que deveria reparar essa dívida histórica em relação ao povo do campo e quilombola, curva-se diante das intencionalidades do neoliberalismo, em que o capital tem maior valor que a vida humana. Nesse sentido, perpetua-se, no campo da saúde coletiva, de modo particular pela Estratégia Saúde da Família (ESF), aquilo que Mendes (1995) caracteriza como “universalização excludente”.⁹ Trata-se de uma universalização executada por programas de baixas tecnologias, carentes de profissionais qualificados, com dificuldade de acesso a outros níveis de complexidade, escassez de recursos financeiros e inibidora da participação social e de processos educativos no território, ancorados na dinâmica da vida (Mendes, 1995; Vasconcelos, 2001). Processos desenvolvidos no território, descontextualizados da realidade dos sujeitos, mostram-se eficazes no tratamento das doenças, mas não são suficientes para lidar com os determinantes da saúde que se apresentam em diferentes contextos (Pulga, 2015). Esses são desafios que o SUS enfrenta em seu dever de garantir a equidade na saúde à população do campo e da floresta.

Nesse sentido, assistimos a uma profunda crise para o espaço da educação popular e saúde no atual contexto da política de Atenção Básica. As Equipes de Saúde da Família, que deveriam fortalecer as iniciativas populares nos territórios, valorizando os saberes tradicionais e culturais das mulheres quilombolas, acabam reforçando uma série de práticas que fortalecem os poderes hegemônicos, que colocam a medicina convencional como a única válida e verdadeira, invalidando os saberes e fazeres em saúde das mulheres no quilombo; conseqüentemente, alterando os costumes e hábitos dessa população, principalmente dos jovens. Além de contribuir com o incentivo no uso de medicamentos farmacêuticos, “[...] mesmo cientes de que os medicamentos químicos não produzem o mesmo efeito de cura e/ou prevenção como os presentes nas propriedades das plantas medicinais” (Onçay; Fagundes, 2020, p. 26).

⁹ Termo utilizado por Mendes, ao fazer referência ao modelo privatista de assistência à saúde, ampliando diversas modalidades assistenciais para clientes distintos, onde segmentos populacionais com condições econômicas favoráveis são contornados pela viabilização do acesso ao serviço privado, enquanto aos pobres é ofertada uma outra modalidade assistencial, com baixas tecnologias e recursos financeiros, na tentativa de garantir a esses segmentos a integralidade da atenção à saúde.

Vasconcelos (2001) reproduziu, em seu livro *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*, uma ação-reflexão-ação embasada na crítica à prática profissional em saúde hegemônica, em contextos rurais e urbanos que sofreram e sofrem com a imposição dos poderes dominantes. Nesse sentido, conforme sua abordagem, é necessário que se busque um novo modelo pedagógico de formação dos profissionais de saúde para a atuação nesses territórios e áreas afins, empenhado no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas populares; que considere a dinâmica da vida, o que envolve um processo histórico, social, cultural, político e econômico que não se configura dentro dos serviços de saúde. Esta concepção de pesquisa, pensada em meio aos movimentos populares e alicerçada na dinâmica da vida, surge como uma possibilidade de mudança das práticas sanitárias em territórios quilombolas, além de significar um esforço coletivo para desfazer os muros que separam classes sociais no Brasil e distanciam população, profissionais e serviço.

Para superação do fosso cultural entre serviços de saúde e população, Vasconcelos (2001, p. 153) propõe pensar que certos problemas são muito profundos para serem curados, mas não para serem cuidados, porque, para ele, o cuidado

[...] ocupa-se aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe, mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para esta família se tornar operativa, mas espaço de vida a mais no qual lhe propiciamos alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida. Fazer-se responsável por membros incapazes de iniciativas próprias e em crise de uma família é evitar seu abandono em nome de uma propalada liberdade que as pessoas teriam para até mesmo não querer cuidar de sua saúde ou da de seus dependentes sem deixar, no entanto, de respeitar suas diretrizes de vida.

Tais reflexões propõem pensar que os problemas em saúde não se configuram em aspectos biológicos fragmentados, baseados em sintomatologia e aliviados por um medicamento. O processo saúde-doença, como anteriormente abordado, tem como condicionantes e determinantes aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais (Pulga, 2015) que não estão dentro do sistema de saúde, mas, sim, fora dele, e que incidem diretamente nos processos de saúde e adoecimento das populações, em particular das mulheres quilombolas.

No Brasil, sempre se priorizou uma educação pautada em princípios europeus, descontextualizada da realidade e distante dos movimentos populares. Essa educação, descontextualizada da realidade social, desconsiderava as diversidades e as dinâmicas próprias dos territórios.

Em busca de superação dessa crise, a educação popular em espaços não escolares se constitui, portanto, um caminho a ser seguido, permeado por uma teia de relações sociais, fecundada em um terreno fértil, cultivado pelo afeto, escuta, diálogo e valorização dos saberes e fazeres tradicionais e populares de mulheres em territórios quilombolas, que por muito tempo foram responsáveis pelas práticas de cura e cuidado em saúde individual e coletiva nesses espaços. Contudo, o ato de tomar um chá ou uma reza para cura de uma doença é um meio de cuidar do corpo em consonância com as dinâmicas próprias a esses territórios. Luta-se pelo processo de autoafirmação e são trilhados caminhos de resistência, persistência, esperança e superação, a partir dos marcadores sociais da diferença imposta pela dominação e opressão, interseccionalizados no gênero, raça e classe, sendo as mulheres negras a base da pirâmide das dissimilaridades sociais (Pereira, 2021).

Para o enfrentamento desse cenário, na conjuntura atual, alguma política pública vem sendo construída no campo da saúde no Brasil. A exemplo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Brasil, 2015)¹⁰; da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006b)¹¹; da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013c);¹² da Política Nacional de Saúde Integral

¹⁰ O Campo da Medicina tradicional e Complementar é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como importante forma de cuidado em saúde. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

¹¹ A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, tem por objetivo, garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

¹² A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída por meio da Portaria nº 2.866/2011, é uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo, cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível. A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida.

da População Negra (Brasil, 2013b)¹³; e, por fim, da Política Nacional de Educação popular e saúde (Brasil, 2013a)¹⁴.

As políticas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) afirmam o compromisso pela garantia do acesso universal, integral, equânime à saúde de toda a população em territórios remotos, e se apresentam como um caminho capaz de contribuir substancialmente com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas a serem seguidos pelo serviços de saúde, cuja rede de integração se fez em fios tecidos por muitas mãos, dentre as quais o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em conjunto com os movimentos populares.

Dentre as políticas públicas de saúde acima referenciadas, três merecem destaque, pois trazem em seus documentos oficiais, embora recentes e frágeis, referenciais que se articulam à saúde em territórios quilombolas, dentre essas: a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e, por fim, a Política Nacional de Educação popular e saúde, onde se afirma a necessidade de respeitar a diversidade tradicional e cultural das populações que vivem e moram nesses espaços.

Não obstante, é permissível ressaltar que observações empíricas deixam transparecer, por parte dos gestores municipais e coordenadores da Atenção Básica, a falta de interesse e incentivo para o desenvolvimento de planejamento estratégico em saúde, que valorize as especificidades e particularidades dessa população. Apesar de um incentivo do governo federal, que é repassado aos municípios para a efetivação das ações de saúde aos territórios quilombolas, na prática, isso não acontece, tendo em vista que a oferta pública de saúde demanda procedimentos específicos, descontextualizados da realidade do quilombo.

No que se refere à EP, um dos eixos centrais do seu documento é o que trata o artigo 3º, cujas concepções teórico-metodológicas têm por base a pedagogia freiriana, sistematizada no diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular, participação,

¹³ A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

¹⁴ A Política Nacional de Educação popular e saúde (PNEPS-SUS) foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, cujos princípios teóricos e metodológicos fundamentais são: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do saber, emancipação e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular.

controle social, gestão participativa, formação, comunicação, produção de conhecimento, cuidado em saúde, intersetorialidade e diálogos multiculturais (Brasil, 2013a, art. 3).

A trajetória de institucionalização da EP começa a ganhar força com experiências pontuais, no âmbito do SUS, a partir dos governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003- 2010) e de Dilma Rousseff (2011-2014). Desde então, há um movimento voltado para a educação popular e saúde como práxis político-pedagógica, dinamizadora de práticas educativas, de participação, de gestão democratizada e práticas populares de cuidado em saúde (Pulga, 2015).

Com isso, reafirmamos que a educação popular e a saúde são caminhos que se entrecruzam e inter-relacionam e estão presentes nos costumes de povos e comunidades tradicionais, como os indígenas, quilombolas e ciganos. São conhecimentos cujas bases foram constituídas na ancestralidade e que desvelam marcas de luta e resistência contra a influência da medicina hegemônica, já que, com a facilidade de acesso aos serviços da medicina convencional, o deslocamento da população do campo para as cidades favoreceu a desvalorização do conhecimento popular em prol do conhecimento científico (Lopes, 2019).

Com isso, Arroyo¹⁵ (2003 *apud* Pulga, 2015) aponta os princípios fundamentais que devem estruturar a educação popular em territórios onde a pobreza, desigualdade e exclusão social se torna cada vez mais intensificada: diálogo entre os sujeitos; resgate da humanização retirada pela brutalidade, pela fome e pelo desemprego; trabalho como totalidade da dimensão humana; e metodologias pedagógicas apropriadas à formação dos sujeitos.

Pode-se afirmar, então, que a educação e a saúde são basilares para o alcance da tão sonhada dimensão humana, e, nesse contexto, os princípios educacionais dados pela educação do campo têm muito a contribuir para o enfoque da educação popular não escolar. São campos de conhecimentos distintos, mas que comungam de dois princípios básicos: estimular nos sujeitos a capacidade crítica de reflexão sobre seu contexto vivido e criar, por meio desses saberes sistematizados na realidade, espaços produtores de vida, educação e saúde individual e coletiva.

Dessa forma, essa proposta preconiza para o campo da saúde coletiva uma educação contextualizada que contemple as especificidades e as potencialidades do território, em seus aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais e, especialmente, valorizando os saberes e fazeres constituídos no contexto de vida do campo e do quilombo. Por isso, é preciso, como nos adverte Silva (2008), refletir sobre as modificações do trabalho decorrente das estratégias do

¹⁵ ARROYO, Miguel. **Imagens quebradas**: trajetórias e tempos de alunos e mestres. Petrópolis: Vozes, 2004.

modo de produção capitalista, em que a valorização de uns em detrimento de outros expressa valores que impõem uma nova ordem de organização das relações sociais, problemática apontada que propõe pensar uma proposta política pedagógica para a formação e atuação dos profissionais da saúde no sentido da contra-hegemonia, inaugurando um projeto diferenciado de fazer educação em saúde, em que a relação que se estabelece na capacidade analítica do saber como teoria e fazer como prática resulta em uma unidade dialética (práxis) da ação-reflexão-ação, que tende a uma ação coletiva e organizada para a transformação social (Brandão, 1984).

Nessa direção, interessa-nos ampliar o escopo do processo saúde-doença em territórios quilombolas, com vistas ao trabalho da ESF, o qual deve incorporar, em seus saberes e fazeres, a dinâmica da vida dessas populações, cujas práticas de cura e cuidado em saúde, com o uso das plantas medicinais e espiritualidade, perpassa pelas mãos das mulheres. São elas guardiãs de grande sabedoria. Mesmo com origem diversa e formações diferenciadas, na luta por sobrevivência e na resistência¹⁶, reconfiguraram-se para garantir que modos particulares de produção de existências, de relação com o território, de cuidado da saúde, de produção de alimentos, não desapareçam e nem sejam esquecidos (Alves, *et al*, 2013). Existe, em seus saberes e fazeres em saúde, uma preocupação coletiva de que o cuidado deve

[...] ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, devemos levar em contas as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada (Brasil, 2008, p. 7).

Para Boff (2014), o cuidado consigo mesmo, com o outro, com o planeta e a natureza, deve ser parte da essência humana, uma atitude que desvele ocupação, preocupação, responsabilidade e afetividade. Assim, é preciso cultivar a preocupação com o outro e relações de amizade para criar ambientes sadios e favoráveis à dignidade humana. É preciso ter como pauta uma ação-reflexão-ação transformadora (Pulga, 2015) dos sujeitos sociais, capaz de entender e refletir sobre a realidade em sua totalidade, para, a partir daí, modificá-la, transformá-la.

Pensar em uma educação fundamentada nesses princípios significa quebrar paradigmas, romper barreiras e abrir caminhos rumo a um projeto de vida inovador, contrário aos ideais do

¹⁶ Capacidade para resistir ou aguentar: com os exercícios físicos; capacidade para se defender ou para se recuperar de um ataque; força que se opõe ao movimento de um corpo ou de equipamento (cf. Dicionário didático. 3. ed. São Paulo: Edições SM, 2009).

sistema capitalista, que explora, exclui e marginaliza sujeitos externos aos seus interesses econômicos.

2.1 Educação popular e saúde na prática do agente comunitário de saúde

A proposta da educação popular para o campo da Saúde Coletiva se insere em contraposição ao paradigma dos modos dominantes da biomedicina, hegemônicos, baseados em um modelo de gestão autoritário, com forte incentivo à medicalização, em que é priorizada uma atenção à saúde desumanizante. Segundo Pulga (2015) e Vasconcellos (2001), esse projeto de mudança do modelo de atenção à saúde, centrado em procedimentos clínicos, tem sido eficaz para tratar a doença, mas se mostra insuficiente para intervir nos problemas de saúde que estão presentes em dimensões estruturais complexas.

Nesse sentido, o MS situa o PACS e a ESF como um componente de fundamental importância para garantir a integralidade da atenção à saúde em territórios e a populações sistematicamente marcadas por crescentes desigualdades socioeconômicas, políticas e culturais. Por sua vez, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados elementos-chave na “[...] realização de determinadas políticas de saúde, em especial de programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde no país” (Silva; Dalmaso, 2002, p. 15). Essa reflexão traz à tona que o trabalho em saúde é dotado de significado complexo, no qual o ACS precisa de atitude pedagógica diária, guiada por ética, escuta atenta, habilidade e empatia, uma vez que a humanização em saúde acontece na capacidade de enxergar o outro na sua totalidade.

Pulga (2015) sugere que fazer saúde popular em territórios quilombolas, articulado aos movimentos populares que resistem no campo, em um contexto de marcadores sociais da diferença explícitos, que atravessam principalmente o corpo das mulheres quilombolas, implica a necessidade, por parte dos profissionais de saúde que atuam nesses espaços ou em áreas afins, de um olhar mais cuidadoso aos processos de saúde e adoecimento dessas populações, desenvolvendo estratégias de cuidado que vão além do corpo físico, na capacidade de sentir o outro no toque, no cheiro, no tato e no contato humano, tornando-se um agente transformador do seu ambiente de trabalho, de modo a garantir a tão sonhada integralidade da atenção à saúde, conforme prevê a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2013b).

A ESF, com suas equipes multiprofissionais de enfoque comunitário, familiar e territorial, tem papel decisivo nesse processo de mudanças das práticas sanitárias em nível local, de modo a garantir atenção integral à população do campo e da floresta, principalmente a saúde

das mulheres quilombolas. Portanto, um modelo de educação enraizado nos princípios da educação popular (não escolar), de respeito à diversidade cultural, hábitos e costumes sistematizados por um povo, que criam e recriam, nos territórios, as condições concretas para a sua existência, produzindo espaços de vida, saúde e educação, revelando caminhos a serem seguidos, que movem a uma ação-reflexão-ação (Saquet, 2019, p. 47) sobre as práticas de profissionais de saúde que atuam junto às famílias e à comunidade.

Cabe, portanto, ao trabalhador da saúde, que atua no chão, enraizado na vivência e experiência do dia a dia dessas famílias, ressignificar a prática profissional, sob o prisma da valorização das interações humanas e sociais, constituídas no diálogo, cooperação, reciprocidade e solidariedade, para que se realizem atitudes responsáveis, capazes de diminuir as desigualdades e injustiças em espaços onde a educação e a saúde não são tratadas como prioridade (Pulga, 2015). O apoio da equipe de saúde às famílias, nesse contexto, é de grande valia e ajuda, tendo por finalidade contribuir significativamente para o campo da saúde coletiva, fortalecendo, em territórios marcados por extrema pobreza e vulnerabilidade, redes de afeto, solidariedade e comprometimento social, legitimando as lutas populares em defesa da vida e da dignidade humana.

No início dessa experiência, em 1987, as referidas capacitações dos ACS, bem como o acompanhamento no trabalho, eram feitas pelos enfermeiros supervisores. Esse trabalho pedagógico utilizado pelos coordenadores AB tinha por meta “[...] fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e prover condições para que ele/ela dispusesse do instrumental adequado para lidar com os problemas de saúde do grupo” (Silva; Dalmaso, 2002, p. 38). Posto isso, alguns municípios adotaram como temáticas para o processo seletivo e contratação dos ACS: morar na própria comunidade; saber ler e escrever, ser maior de idade, ter disponibilidade para trabalhar e uma boa relação com as famílias no território (não fazer distinção entre as pessoas). Partindo dessas reflexões, é importante sinalizar que muitos desses educadores da saúde, que chegavam aos territórios para atuar em conjunto com o agente comunitário de saúde, traziam em sua bagagem um modelo tradicional/burguês de educação, que se distancia e escapa das mãos daqueles que por muito tempo estão na prática em suas lutas coletivas, portadores de uma aprendizagem adquirida no chão, onde têm suas raízes, e por ela tem despendido a vida.

Embora o trabalho realizado pelo ACS carregue em sua prática dimensões educativas, orientadas pela educação popular em espaços não escolares, as exigências e demandas da ESF, na maioria das vezes, trazem em suas intencionalidades ações e práticas executadas, planejadas para atender os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde (MS). Isso inclui a iniciativa de

imposição de mudanças de hábitos e costumes das pessoas que, embora apresente indicadores positivos para o processo saúde-doença, fortalece práticas hegemônicas, tornando o saber e o fazer do ACS uma ação individualizada, priorizando práticas curativas (cura de uma doença) descontextualizadas da realidade local, o que permite inibir a participação social, pensada a partir da coletividade.

A partir dos elementos apreendidos nas práticas de saúde individual e coletiva, os ACS apreenderam, mesmo possuindo baixa escolaridade, que, de posse de instrumentos de leitura e escrita, conseguiam, por meio de uma análise crítica e reflexiva de mundo, acumular informações que lhes permitissem perceber os processos de exclusão e opressão, acumulado ao longo de suas vidas e, ao mesmo tempo, a partir dessa realidade vivida, elaborar estratégias de ação que lhes permitissem fortalecer sua prática, em compromisso com a dignidade humana e social.

Nas nossas observações no trabalho das ESF, devemos ressaltar que fomos guiados por caminhos complexos e contraditórios. De um lado, tínhamos profissionais com habilidades técnicas que chegavam aos territórios do SUS para materializar sua ação. De outro, tínhamos profissionais com baixa escolarização, sem adesão a cursos de formação, capacitação e qualificação, condições essas que colocavam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no patamar de profissionais invisíveis. Apesar de desempenharem uma função importante na Atenção Básica (AB), havia, por parte do Estado, a desvalorização dessa classe trabalhadora (necessária à população, porém não reconhecida por parte do Estado). Cabe salientar ainda que a medicina convencional implantada nos territórios desconhecia o potencial do trabalho dos ACS, bem como suas contribuições para o campo da Saúde Coletiva, pois esses trabalhadores da saúde que ali já estavam (ACS) aprenderam na prática que o SUS acontece com ética, empatia, comunicação e habilidade, em diálogo com a diversidade popular dos povos e comunidades tradicionais. Só assim, vamos perceber mudanças significativas no nosso espaço de trabalho.

Em geral, o dia a dia desses trabalhadores (ACS) é marcado por contradições internas e externas, que não se configuram dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (Vasconcelos, 2001), mas na interação entre os sujeitos, na fronteira entre a vida e a morte, na potência de vida e sua fragilidade e na necessidade constante de aprimoramento. Questões como estas têm exigido novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde, ampliando a necessidade de diálogo de interfaces entre educação e saúde, localizadas entre o serviço de saúde, território e famílias. De um lado, do ponto de vista técnico, tem-se assistido à necessidade de aprimoramento das condições sanitárias para o SUS, para responder com eficácia às reais

necessidades de promoção de saúde, de cuidado e atenção quando as pessoas adoecem. De outro lado, do ponto de vista humano, de relações de humanização, o aprimoramento acontece costurado às condições concretas da existência humana, que são delineadas por uma condição cuidadora e educativa, que fomenta modos particulares de produção de vida, com ênfase na justiça social, solidariedade e igualdade de direitos (Vasconcelos, 2001; Pulga, 2015).

Analisando as propostas de trabalho que vêm se estruturando no campo da saúde coletiva, Silva e Dalmaso (2002) defendem que repousa sobre os ombros dos ACS uma tarefa gigantesca: se a ESF espera autores de competência, voltada para a questão cotidiana da vida da comunidade, é evidente que as pessoas que ingressam no programa esperam mudanças na formação e valorização profissional, na qual sejam capazes de desenvolver habilidades profissionais, vinculadas ao contexto local. Os ACS não dispõem de instrumentos, de tecnologia, de saberes para corresponder às expectativas das comunidades e dos governos.

Assim, sem uma definição da área de saber e de prática, os ACS encontram muitos desafios para seu reconhecimento profissional e para a qualidade e efetividade de suas ações nas comunidades onde atuam (Silva; Damaso, 2002). Nesse sentido, o desafio que se coloca é o de refletir e construir um projeto político em educação, crítico e reflexivo, com base em um processo de ensino-aprendizagem contextualizado com a realidade, em que os saberes e fazeres em saúde, que decorrem das experiências coletivas e dos movimentos populares, integrem o proceder dos trabalhadores da ESF; onde o modelo de uma formação mecanicista, fragmentada, desconexa da realidade e centralizada em uma visão hegemônica ceda espaço para uma educação abrangente e humanista, estruturada por uma sabedoria ancestral de mulheres quilombolas, potencializadoras de práticas de cura e cuidado em saúde.

Sobre esses aspectos, a educação popular, conforme já discutimos na seção anterior, desafia o SUS, na garantia da saúde integral a populações esquecidas pelas ações do Estado, e aprofunda os debates de um projeto político-pedagógico para o campo da saúde coletiva, em que os saberes e fazeres em saúde não sistematizados pelo saber técnico sejam finalmente valorizados. Nessa perspectiva, o diálogo, fala e escuta estão em jogo (Silva *et al.*, 2014; Gadelha, 2015). Portanto, é justamente dessa dialética, mediada entre a fala e a escuta, que os saberes e fazeres acontecem, tornando o trabalho em saúde um espaço de integração e de vínculos afetivos entre comunidade e população, no sentido de superarem juntos as contradições presentes nos territórios, onde estão inseridas as famílias e a comunidade com suas particularidades e especificidades, que são de grande importância para a identificação dos problemas de saúde e dos mecanismos necessários para resolvê-los.

Freire (2021) defende que educar é comunicar e, nesse processo mútuo de troca de experiência e vivência, existe uma transferência de aprendizagem e equivalência de valores, em que a participação ampla da população desencadearia um processo de reflexão frente aos problemas enfrentados pela população, observado por meio da prática que culminaria na ação. Um caminho viável seria pensar um projeto político pedagógico para o campo da saúde, mediado pelo diálogo, escuta e participação popular em diferentes contextos, oportunizando o aprofundamento de discussões em territórios quilombolas, colocando em evidência as mulheres como sujeitos de direito. Como resultado, o aprofundamento de discussão sobre o trabalho do ACS, em contextos quilombolas, requer uma prática profissional que se deixe desafiar pela descoberta das experiências das mulheres no quilombo, reconhecendo e valorizando seus aspectos culturais, saberes de cuidado com a terra e natureza.

É válido destacar que, em documentos oficiais do MS e discursos de técnicos, gestores e instituições de saúde, a AB é caracterizada como porta de entrada dos pacientes ao SUS, e o ACS é identificado como um elo de ligação entre o serviço e a comunidade. Contudo, considerando o trabalho em saúde como uma atenção voltada para a dinâmica da vida, podemos aferir que os ACS, em suas habilidades educativas, desvelam, em sua prática, um papel mediador, de comunicação e informação, servindo de elo de ligação entre serviço de saúde e população, uma vez que possibilita práticas colaborativas de aprendizagem entre o que se aprende no campo da saúde e aquilo que se aprende da experiência vivida das famílias que habitam aquele espaço.

A educação popular em espaços não escolares representa uma proposta teórico-metodológica inovadora para o campo da Saúde Coletiva, em especial para a ESF. Quando em suas análises problematiza a realidade e incentiva a participação popular, alimentando sua capacidade crítica e reflexiva sobre o aprofundamento do espaço de vivência, e com os saberes articulados aos desafios da realidade (Pulga, 2015), pode promover mudanças nos espaços onde as marcas da exclusão, opressão e subalternização são visivelmente percebidas nos corpos femininos em territórios quilombolas. Em síntese, os ACS devem realizar suas ações em integração com os movimentos populares, que constituem a base que fundamenta a educação popular. Por isso, essa conexão entre território, população e serviço de saúde é tão defendida nas políticas públicas de saúde no Brasil, surgindo como um caminho para superar as desigualdades sociais em saúde no Brasil.

Essa iniciativa significa dizer que o trabalho em saúde, baseado no território e na territorialização, deve andar junto com a produção material da vida, traduzida pelas condições concretas da existência humana (Monken, 2008), em que profissionais da saúde que atuam no

campo, junto à população, compreendam o cuidado em saúde além de aspectos biológicos, vendo que o cuidado envolve a dimensão da vida em sua totalidade, viabilizados por fatores internos e externos que possam determinar condicionantes e determinantes importantes para o campo da saúde coletiva. Neste sentido, a EP, no contexto da AB, colabora de forma decisiva com o subsídio de bases teórico-metodológicas para a construção progressiva de caminhos e abordagens que ensejam a construção de um SUS coerente com o enfrentamento solidário e coletivo dos vários fatores intervenientes no processo saúde-doença, seja do ponto de vista social, econômico, político, dentre outros (Cruz, 2018).

2.2 Territorialização da saúde: perspectiva de organização pela Atenção Básica

O debate conceitual sobre território e territorialização, conceito usado pela ciência geográfica, ganhou destaque nos últimos tempos, no bojo, sobretudo, do SUS, que propõe pensar o território e a territorialidade da saúde como espaços dinâmicos, onde vive uma população em condições específicas de vida, e que carrega, na essência, experiências de luta e resistência, ancoradas na ancestralidade e potencializadoras de suas identidades.

É no espaço geográfico que se organizam práticas e relações sociais de atenção, que favorecem a qualidade de vida e o desenvolvimento da dignidade humana com a participação popular e coletiva. No entanto, para que isso aconteça, é preciso pensar uma mudança dos modelos assistenciais, que percebam o território e a territorialização como uma prática social e histórica em permanente construção, construído e organizado pela sociedade, onde acontece essa inter-relação entre população, serviço e sociedade (Monken, 2008).

Para isso, é necessário romper com o velho paradigma da medicina hegemônica, focado na doença e no doente, para outro, que possibilite pensar o processo saúde-doença relacionados a um contexto histórico, político, econômico, cultural e ambiental. Assim, torna-se imprescindível a necessidade de produzir saberes e fazeres em saúde, articulado aos modos de ser, viver e cuidar no território, pois é nos espaços vividos e ocupados por uma coletividade que se configuram as condições de vida e os problemas de saúde das populações (Monken, 2008). Portanto, é imperioso pensar o uso do território como instrumento de análise social, que se traduz pelas condições concretas da existência humana, ou seja, lugar de abrigo e proteção, onde os fatos acontecem simultaneamente e cujas repercussões são sentidas em sua totalidade.¹⁷

¹⁷ Terminologia usada pelo geógrafo Milton Santos (2009) para definir o conjunto de todas as coisas existentes no espaço geográfico, em suas relações e movimentos.

Para Mendes *et al.* (1995), a incorporação dos Distritos Sanitários pelo SUS representa um modelo de organização espacial da Atenção Primária à saúde no município, permitindo aos gestores dos municípios a criação de suas próprias regras de administração, o que coloca o poder local como locus privilegiado de tomadas de decisões significativas para a sociedade. Entretanto, as contradições inerentes ao sistema capitalista permitem que os territórios percam suas características locais, dando origem a novos espaços, que são inconscientemente assumidos pela sociedade.

Como consequência, os avanços da política neoliberal fragilizaram o papel regulador do Estado sobre as políticas sociais. Disso resultou a prestação de uma assistência pública de saúde voltada para as regras do mercado, ineficiente, inadequada e com crescente desigualdade. Isso levou a dois pontos essenciais: à perda da qualidade do sistema público de saúde e ao fortalecimento das redes privadas. O resultado desse processo foi a expansão de serviços de saúde que incorporam ao sistema segmentos mais carentes da sociedade. “Isso gerou uma forma peculiar de universalização excludente ao criar, para clientes distintos, diversas modalidades assistenciais discriminatórias, pensadas para pobres” (Mendes, 1995, p. 53).

A superação dessa universalização excludente é um dos grandes desafios colocados ao SUS na atualidade. Por isso, uma proposta de educação em saúde baseada no território e na territorialidade, como espaços de práticas sociais e de totalidades, é tão importante para a organização do sistema local de saúde, fortalecendo uma gestão democrática e participativa, estreitando o vínculo entre território, comunidade e serviço de saúde.

Muito além de ser um espaço físico, delimitado para atuação das equipes da saúde da família, o território e a territorialização da saúde, constituídos por meio da memória e oralidade que sustentam as ações e narrativas do sentimento de ser quilombola, filho da terra em comunhão com a natureza, assumem um caráter complexo, à medida que exigem da sociedade contemporânea, em especial dos profissionais de saúde que irão atuar nesses espaços, uma prática permeada por sentimentos de partilha, solidariedade e reciprocidade, contrária aos interesses mercantis. Esses territórios precisam ser compreendidos como lugares de abrigo e proteção, onde vive uma população com problemas específicos, que necessita não apenas de cuidado paliativo para os seus problemas, mas também que precisa ser cuidada, respeitada e valorizada, onde os saberes e fazeres em saúde, transmitidos pela oralidade, no uso das plantas medicinais e da espiritualidade, sejam valorizados e visibilizados pelas políticas públicas de saúde. Essa é, portanto, uma ação que deve reger a prática do profissional da ESF, mediante o diálogo, a escuta, a empatia e a fala, na qual seja possível construir territórios do campo e quilombolas, como espaços produtores de vida, educação e saúde em sua totalidade.

As práticas de cuidado e cura são exemplos da relação humana com a realidade concreta, com o uso das plantas e da espiritualidade, que auxilia na interpretação do sinal do corpo e do espírito, cultivada especialmente pelas mulheres quilombolas. Elas dão novo significado a suas vivências, sustentado por saberes e fazeres em saúde, adquiridos da ancestralidade. Nos territórios do setor saúde, portanto, o cuidado faz parte da memória coletiva da população (Alves *et al.*, 2023, p. 5). Nele identificamos os princípios, os valores e atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir (Boff, 2014).

Em suas análises, Mendes *et al.* (1995) afirmam que, ao visualizar uma base territorial de um serviço de saúde, é necessário considerar os critérios de acessibilidade e o fluxo da população, fatores intensamente ligados às condições de vida dos indivíduos. Na organização de um serviço de saúde, a partir de um recorte territorial, por meio de uma base territorial delimitada, é possível identificar problemas, levantar informações, definir estratégias e instrumentos de ação, de modo planejado, a fim de atender às necessidades de saúde dos cidadãos. E, ao mesmo tempo, contribuir para que a comunidade, naquele território, possa se fortalecer com organicidade política e autoafirmação.

Apesar de o SUS utilizar, em sua nomenclatura, o conceito de território e territorialização, na prática, é perceptível que esse espaço de objeto geográfica ainda é trabalhado com certa restrição pelas políticas de saúde, principalmente relacionada às práticas educativas em saúde. Em áreas geográficas delimitadas, portanto, onde atuam as equipes de Saúde da Família, as práticas dos profissionais de saúde, voltadas para as classes populares, ainda se caracterizam pela adoção de medidas de controle de doenças específicas (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose), que desconsideram as particularidades e singularidades presentes em cada território, frutos de uma construção histórica e social.

Com a descentralização da saúde, um dos princípios organizativos do SUS, acabou impondo a Estados e Municípios uma nova forma de organização dos serviços de saúde. Agora, o “[...] poder de decisão e organização dos serviços de saúde é levado para junto do usuário” (Junqueira, 1997, p. 32). Desse modo, as discussões sobre a apropriação do território pelo setor saúde ganhariam espaço nas políticas de saúde, tornando-se um importante aliado no interior da gestão, uma vez que possibilitam ao administrador apropriar-se de uma série de questões ligadas à sua prática profissional e, a partir disso, reorientar as suas ações, permitindo aos trabalhadores da saúde e aos grupos populacionais tornarem-se sujeitos ativos do processo de mudanças das práticas sanitárias em nível local.

Santos (2012, p. 166) traz importantes contribuições para o campo da saúde coletiva, quando apresenta reflexões sobre tais territórios como um “[...] um conjunto indissociável de

sistemas de objetos e sistemas de ações”. Isso posto, pode-se perceber que são tais territórios construídos por meio das relações sociais que os indivíduos estabelecem entre si, dos afetos, das memórias, da cultura, do exercício de cidadania e do grau de enraizamento que estes indivíduos mantêm com as forças locais, provenientes de laços subjetivos e estratégias micropolíticas de sentir, agir e pensar. É nessa interação que a dinâmica da vida acontece, as quais expressam de modo particular, especialmente em áreas quilombolas, formas próprias de organicidade social e comunitária enraizados em suas vivências e experiências (Pulga, 2014). Portanto, esse novo projeto de cidadania deve ser entendido como uma forma de resistência e luta coletiva, contrária a lógica do capitalismo, geradora de contradições, conflitos e desigualdades.

Deste modo, quando analisamos as desigualdades sociais em saúde, questão que coloca a universalidade e a integralidade do SUS em debate, é preciso reforçar que a organização do espaço, sob o atual modo de produção capitalista, foi favorável ao tema. Como já anteriormente assinalado, com o capitalismo, cresceram ainda mais as contradições entre política econômica e social: de um lado, as péssimas condições de vida da classe trabalhadora; de outro, o ideário político da classe burguesa (Barata, 2009, p. 13).

Nesse sentido, em meio a essa dualidade entre desenvolvimento econômico e social, que marcou as décadas de 60 e 70, amplia-se um discurso sobre a extensão da cobertura do serviço de saúde para a população excluída do sistema (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 12). O período técnico-científico-informacional¹⁸ foi marcado por profundas mudanças associadas ao uso do território pelo setor saúde; conseqüentemente, esta nova realidade trouxe a dependência da população pelo consumo dos serviços de saúde, aliado às inovações tecnológicas no campo da medicina, introduzindo a ideia de que, com o progresso técnico, as necessidades humanas, relacionadas à questão saúde, seriam solucionadas, e o que definiria seu nível de satisfação seria a possibilidade de pagamento pelos serviços ofertados. Corroborando com Santos e Silveira (2008), Iozzi e Albuquerque (2009, p. 64) reforçam que: “[...] assim, se instalam, ao mesmo tempo, não só as condições de maior lucro possível para os mais fortes, mas também as condições para maior alienação possível para todos”.

Nesse contexto, a saúde surge associada ao fator desenvolvimento, contribuindo para a reprodução das ideologias do capitalismo e, assim, com a seletividade dos lugares, exclusão dos menos favorecidos ao serviço de saúde e maior desigualdade social. Santos e Silveira (2008) ressaltam que o progresso técnico foi pensado para atender a lógica do sistema

¹⁸ Meio técnico-científico-informacional quando a ciência, a tecnologia e a informação estão na base de todas as formas de utilização e funcionamento do espaço (Santos, 2012).

capitalista, atender aos interesses do mercado. Daí, especializou-se desigualmente pelo território, gerando espaços opacos e luminosos, sendo os espaços luminosos caracterizados como aqueles com maior densidade técnica e informacional, maior capacidade de participação das lógicas capitalistas, e os opacos, como locais incapazes de acompanhar os avanços tecnológicos impulsionados pelo desenvolvimento econômico.

No que diz respeito ao fator saúde, o mito da modernização também invadiu as práticas médicas, gerando novas formas de organização dos serviços. A implantação desses serviços no território ocorreu de forma bastante seletiva em regiões, estados e municípios do país, conforme os interesses públicos ou privados das empresas que, na maioria das vezes, buscam por lugares que oferecem maiores oportunidades para suas demandas científicas e tecnológicas (Iozzi; Albuquerque, 2009, p. 69).

A distribuição desigual dessas tecnologias no território é responsável pelo aumento da exclusão de acesso aos serviços de saúde, causando à população diversos problemas, como falta de medicamento e de equipamentos especializados, e longas filas à espera de atendimento, que, além de colocarem a universalização do SUS diante de um desafio, são também agravantes de saúde para a população.

As políticas de saúde no Brasil se caracterizaram por um modelo hegemônico centralizado em ações e eventos de modernização, que foram insuficientes para materializar, na prática, o princípio da integralidade da atenção à saúde.

Os avanços e conquistas materializados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que lhe sustentam como uma referência mundial de saúde, por seus princípios de universalidade¹⁹, equidade²⁰, integralidade²¹ da atenção à saúde de toda a população, são sentidas pela população brasileira, sobretudo nas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalização e inspeção de alimentos, e colaboração para a proteção do

¹⁹ A universalidade do SUS apresenta-se como garantia à saúde para toda a população, mediante política pública, bem como aponta para a questão do direito à vida e igualdade de acesso, sem distinção de raça, cor, sexo, religião ou qualquer forma de discriminação.

²⁰ O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.

²¹ Integralidade, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, atendendo diversos níveis de complexidade. Com ênfase em quatro sentidos: histórico, na ideia de construção de um sistema único de saúde, em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; epistemológico, da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; no planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; nas relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde (Matta, 2007).

meio ambiente, na assistência farmacêutica, nos transplantes, serviço de atendimento médico de emergência (SAMU), programa nacional de imunizações, dentre outros (Paim, 2018).

Nesse sentido, cabe destacar, ainda, a relevância do SUS, durante a crise sanitária e humanitária provocada globalmente pela pandemia do Covid-19. Momento esse, marcado pela angústia, medo e sofrimento, pois fomos bombardeados pelos efeitos nefastos de um vírus com forte ameaça à vida individual e coletiva. A crise do setor saúde, provocada por esse contexto, evidenciou as suas fragilidades e relevância. De um lado, o aprofundamento das desigualdades sociais, em especial em territórios quilombolas, o subfinanciamento do sistema, guiado por organismos internacionais, além da falta de estratégias governamentais, fortalecidos por posturas negacionistas ultraneoliberais de segmentos e forças político-sociais retrógradas (Alves *et al.*, 2022), expressas por um discurso que restringe a defesa da vida à economia. De um outro, cabe destacar o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, mantendo-se em linha de frente no enfrentamento de uma epidemia, aliados a uma conduta de humanização da vida, no qual dos sentimentos mais puros e nobres da pessoa humana que é o amor, esteve na centralidade das ações desempenhada por esses trabalhadores. O SUS prossegue com oferta gratuita dos testes de coronavírus, além de internações em casos mais graves da doença. A relevância dessa política pública de saúde, gratuita e universal, é sentida, ainda, quando, por meio das vacinas disponibilizadas pelo SUS, percebe-se a redução nos casos de morte e internação.

No particular das inflexões produzidas no campo discursivo aqui apresentadas, podemos sublinhar ainda que a crise sanitária e humanitária que se instaurou mundialmente, com forte ameaça de dizimar e destruir vidas no planeta, não foi e nem será o único desafio enfrentado pela saúde coletiva no Brasil. É válido ressaltar que, em países pobres, as pessoas ligadas às classes populares ainda continuam morrendo por doenças que poderiam ser prevenidas, a exemplo da situação de fome e miséria. Crescem as doenças produzidas pelos agrotóxicos utilizados na produção agrícola e de alimentos, colocando mulheres, crianças e idosos em situações de risco, além das doenças crônico-degenerativas próprias do envelhecimento da população, causadoras da morte de milhões de pessoas (Pulga, 2014), sendo as mulheres quilombolas que sofrem as principais consequências desse efeito nefasto sobre sua saúde.

No entanto, prosseguimos, ressaltando a importância do SUS para a população brasileira, tornando-se uma conquista social em direito e na vida das pessoas, lembrando que, antes do SUS, a saúde era ofertada como caridade. Após a consolidação da Constituição de 1988, saúde surge como um direito de todos. Com isso, tivemos progressos significativos nas políticas públicas de saúde no Brasil, sendo um sucesso popular, construído a partir da

organicidade política e participação social. Entretanto, sua abertura ao neoliberalismo, incentivado por um modelo assistencial hegemônico, por sua vez, enfraqueceu os movimentos populares nas discussões políticas e reivindicação de direitos básicos de cidadania. A partir de então, a população que não tem condições financeiras de pagar pelos serviços na rede privada, é direcionada, em muitos casos, para segmentos de saúde em precárias condições, o que revela a fragilidade de um sistema que precisa ser pensado e superada. Tendo em vista que, dentro dessa lógica de mercado em que o lucro tem maior valor que a vida humana, território e populações que estão às margens dos seus interesses mercantis são também as que passam pelas piores dificuldades e problemas para efetivação das políticas públicas de saúde e a oferta de um serviço de saúde eficiente e de qualidade, que garanta atração e permanência de profissionais, oferta e manutenção de serviços qualificados e arrecadação de recursos financeiros para serem investidos no sistema de saúde (Viana; Ibañez; Elias, 2009).

Partindo dessa premissa, percebe-se o território como um importante fator para a organização das políticas públicas de saúde e as ações educativas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois permite trabalhar em uma área geográfica delimitada, com uma população específica, facilitando a investigação e o diagnóstico das condições de vida e situações de saúde apresentados em diferentes contextos, informações que são fundamentais para orientar o planejador a definir metas e priorizar problemas, a fim de atender às necessidades de saúde da população. Cabe referir que o planejamento situacional e a programação no espaço local se apresentam como uma prática privilegiada, no interior da gestão, por duas razões: por permitir desenho de estratégia no curto, médio e longo prazo, e por dar conta de questões ligadas à participação social, entre trabalhadores e grupos organizados da sociedade, no processo de mudanças da organização e produção do serviço, segundo o enfoque do problema. Portanto, o desenvolvimento da proposta de uma política em saúde, que tenha por meta o fortalecimento da territorialidade, equidade, descentralização e participação popular (Teixeira, 1995), é de grande valia para o campo da saúde coletiva.

Embora, no contexto da atual política de saúde, o conceito de território e territorialização seja bastante empregado pelo SUS, na prática, o território é visto apenas como uma divisão político-administrativa, a serviço do desenvolvimento econômico. Ou seja, a medida que as intencionalidades do capitalismo se instaura no território, a perspectiva de considerá-lo como espaço de circulação, movimento, de relações de comunhão, sociabilidade, partilha e reciprocidade, vão cedendo espaço para os interesses mercantis. Deste modo, para aqueles que não conseguem acompanhar os interesses do mercado, baseados no lucro e no consumismo, são oferecidos serviços pontuais e assistencialistas, que, ao contrário de resolver e diminuir a

pobreza, desigualdade e exclusão social, empurram ainda mais a população para o consumismo e a dependência de serviços privados, principalmente de saúde e educação, criando, na sociedade em geral, um movimento contrário aos serviços públicos ofertados, passando a acreditar que tudo aquilo que é público não presta.

Diante desse modelo econômico, fortalecido pelo capital, em muitos territórios rurais e quilombolas onde atuam equipes de Saúde da Família, o planejamento em saúde ainda mantém um caráter político, instrumental e burocratizado; os tomadores de decisão, gestores e coordenadores da AB nesses territórios, em muitos casos, agem de acordo com interesses próprios e individualistas, ignorando o contexto de vida e anseios da sociedade. Em situações como essas, um caminho viável seria pensar um projeto político de planejamento em saúde, participativo, produzido no encontro e no diálogo com a diversidade popular dos povos do campo e da floresta, buscando referência na sabedoria e no protagonismo das mulheres quilombolas, autoras de práticas de cura e cuidado em saúde que, aliados ao uso de plantas medicinais, expressam sentimentos de pertencimento ao território e dão sentido a sua identidade quilombola.

Nesse sentido, a incorporação de categorias espaciais, fundamentadas na teoria de Milton Santos (2009), traz uma importante contribuição para o campo da saúde coletiva, ao propor uma compreensão do território como um conjunto indissociável de objetos e de ações que mudam suas definições, de acordo com a natureza dos objetos e ações presentes em cada momento histórico, e é a partir desta empiricização do tempo, entre este sistema indissociável (objetos e ações), que se configura o uso do território. Dessa forma, “A cada época, novos objetos e novas ações vêm juntar-se a outras, modificando o todo, tanto formal quanto substancialmente” (Santos, 2012, p. 146). A partir desse processo, a sociedade produz condições concretas de existência humana, transforma o espaço natural, por meio da técnica (trabalho), e cria uma segunda natureza, conferindo ao território o status de “lugar”, caracterizado a partir de objetos (fixos) e de ações (fluxos). Esses objetos técnicos são pensados para atender às necessidades individuais e coletivas da população, em diferentes intervalos de tempo. A cada novo objeto técnico que surge, aparecem também outras necessidades, porém seu uso vai depender das necessidades e condições sociais das pessoas (Santos, 2012). Com todo esse processo, “[...] no território as velhas técnicas permanecem e as novas se inserem para rearranjar o trabalho” (Silveira, 2009, p. 129).

Diante do exposto, compreendemos o território como um espaço dinâmico, produto de uma relação histórica, política, econômica, cultural, sobre o qual se agrega elementos de caráter simbólico (espaço vivido) e de caráter funcional (resultante das necessidades humanas) (Santos,

2009). Nesse segundo caso, o indivíduo é levado a agir sobre os objetos ou elementos presentes no espaço e criar determinadas funções; obviamente, para a população quilombola, o território, constitui-se oposto aos interesses hegemônicos do capital. Partindo dessa reflexão, o território, portanto, para essa população, envolveria uma relação harmoniosa e respeitosa com a terra, a natureza e a sociedade, que envolveria uma noção de cuidado, que se revela com grande força de simpatia, compartilhado nos afetos, solidariedade e partilha (Boff, 2014).

Com essa reflexão, podemos dizer que o território é um espaço dinâmico, produzido pela coletividade, articulado pelas dimensões políticas, econômicas, culturais e sociais. Portanto, o território, para os povos quilombolas, não é meramente um espaço físico. É o chão das relações sociais, das representações culturais e religiosas que guiam os saberes e fazeres no quilombo, articulado às práticas de cura e cuidado individual e coletivo, como bem afirma Santos (2009, p. 137):

[...] é o uso do território, e não o território em si, que faz dele o objeto de análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco de perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renunciar ao futuro.

A reflexão de Santos (2009) é fundamental para o uso do conceito de território para o campo da saúde coletiva, de modo particular para a ESF, permitindo ampliar o debate do seu sentido original (espaço físico delimitado para implantação ou atuação das equipes) para outro que permita situá-lo em um movimento dialético em sua totalidade. É por isso que Monken (2008) acrescenta que a análise do espaço geográfico, a partir da sua dimensão social, favorece o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes que se efetivam em práticas sociais cotidianas, capazes de determinar vulnerabilidades importantes para a saúde coletiva.

De acordo com Unglert (1993, p. 223),

Pode-se, assim, definir distintos espaços territoriais que delimitados dentro de uma mesma lógica deverão contribuir para a implantação de um distrito sanitário conceituado como “processo social de mudança, num território-população, das práticas sanitárias de modo a adequá-las a uma lógica de organização informada pela epidemiologia”.

Percepções dessa natureza auxiliam na interpretação de condições sanitárias que podem provocar vulnerabilidades em saúde, importante para o campo da saúde coletiva, contribuindo para que gestores, coordenadores e trabalhadores da AB elaborem práticas sanitárias contextualizadas com a realidade local, que devem contribuir com a melhoria das condições de

vida e situações de saúde da população, pois, conforme já nos referimos anteriormente, o espaço geográfico é formado por um sistema de objetos (fixos) e de ações (fluxos), que se apresentam como uma estrutura do passado e do presente. E é por meio dessa inter-relação entre fixos e fluxos que a estrutura do espaço geográfico é refletida (Santos, 2009). Portanto, é nesses espaços, socialmente construídos e organizados, que estão materializadas as marcas históricas do passado, adquirindo novas formas, com características locais, e expressando as desigualdades e os conflitos existentes, vivenciados pela sociedade.

Em outras palavras, Silveira (2009, p. 128) defende que o território usado deve ser compreendido como um espaço político no qual as pessoas se organizam e do qual se apropriam, conferindo a esses lugares determinados significados. E este envolve, segundo a autora, a subjetividade e afetividade na produção das representações sociais, que entendem o território como lugar do acontecer solidário. Isso envolve um olhar sobre o território, que ultrapasse uma visão biológica do processo saúde-doença, pautada em concepção privatista altamente hegemônica, na qual prevalecem os interesses de mercado, para outra que perpassa a dimensão humana e a justiça social.

Fica claro, portanto, que a ESF, ao incorporar em suas atividades o espaço geográfico, a partir dessa noção de território e territorialidade, deve levar em consideração esta indissociabilidade entre os sistemas de objetos fixos e os fluxos, “[...] identificando como são percebidos pela população e até que ponto a regra de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde” (Monken, 2008, p. 145).

O SUS tem incorporado em suas práticas o conceito de território e territorialização, como podemos ver na definição bastante utilizada pelo Programa Saúde da Família: “[...] um espaço vivido, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, com identidades em comum, sejam elas culturais, sociais, entre outras” (Brasil, 2005, p. 236).

De acordo com Mendes *et al.* (1995, p. 168), o SUS utiliza diversas nomenclaturas para organização e planejamento de suas ações dentro do território: território distrito (obedece a lógica político-administrativa e, normalmente, está dado e acabado); território área (significa a área de abrangência de uma unidade ambulatorial); território microárea (é definido segundo a lógica da homogeneidade socioeconômica sanitária); território moradia (institui-se no espaço de vida de uma microunidade social). Para Monken e Barcellos (2005, p. 898), no entanto, essa estratégia de territorialização, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, sendo usada como uma forma meramente administrativa para gestão dos serviços de saúde, negligenciando o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Monken e Barcellos (2005, p. 898) completam essa discussão, afirmando que,

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Pereira e Barcellos (2006) reforçam a análise citada, afirmando que a territorialização no PSF adquire três sentidos diferentes e complementares: a) demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; b) reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; c) estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

É certamente nessas áreas delimitadas e habitadas por uma população específica (território), onde se constituem as relações sociais, permeadas por uma relação de respeito, cuidado, solidariedade e amor ao outro, que resulta no vínculo de pertencimento ao seu espaço de vivência e, desse modo, valorizando a diversidade de saberes e fazeres em saúde individual e coletiva das mulheres no quilombo.

No contexto dos movimentos de descentralização, municipalização e regionalização, de acordo com Mendes *et al.* (1995, p. 166), são múltiplos os termos teórico-metodológicos usados para significar o território e sua apropriação pelo sistema de saúde. Com isso, para melhor compreensão do conceito território, há duas correntes de pensamento, que entendem de forma distinta este conceito: a) a primeira corrente entende o território como um processo naturalizado, que está dado e acabado, sendo os critérios geopolíticos que definirão seu conceito, coincidindo com a forma mais tradicional de conhecer o território, apoiada no modelo médico da clínica e também na visão topográfico-burocrática; b) a segunda corrente entende o território como processo coerente, como a definição do distrito sanitário, que vê o território como produto de uma dinâmica social que está sempre em construção, onde se tencionam sujeitos para a arena política.

Segundo Unglert (1995, p. 223), o processo de territorialização do SUS se dá pela observação de diferentes territórios: território distrito sanitário, como delimitação política e administrativa municipal; território área de abrangência, que corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde; território microárea de risco, delimitada pela lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária; e território domicílio, detalhamento da base territorial a partir dos domicílios, possibilitando a adscrição da clientela.

É de grande relevância para a Atenção Básica, em especial para a ESF, essa atenção voltada para o cotidiano das famílias, constituído pelas interações humanas, que possam desenvolver condições específicas para a produção da vida e da saúde nesses espaços. Isso implica a efetivação de uma prática profissional, por parte das equipes de Saúde da Família, que vai além da observação dos fatores de risco e vulnerabilidades que sentenciam essas pessoas, sobretudo em territórios quilombolas, espaços ocupados por uma população que historicamente vem sofrendo um processo de negação e invisibilização de direitos básicos de cidadania e sobrevivência.

Para Alves *et al.* (2023), isso permite dizer que o território e, por conseguinte, a comunidade figuram como campos de atuação por excelência da ESF, contribuindo substancialmente com uma análise para pensar o processo saúde-doença a partir da sua complexidade, onde a diversidade e especificidade da população que ocupa esses territórios seja respeitada e valorizada. A existência de práticas profissionais, voltadas para a doença e o doente, tende a comprometer o protagonismo das mulheres quilombolas e a efetividade do cuidado. Assim, experiências e memórias ancestrais do cuidado do quilombo são aspectos com pouco rebatimento na territorialização da Atenção Básica à Saúde, tornando-se instrumentos antagônicos a uma política pública de direito.

O conceito de distrito sanitário (DS) permite ao SUS, no âmbito de estado, municípios ou regiões, a oportunidade de se estruturar sobre estes territórios para dar cobertura a uma população exposta aos diversos riscos de adoecimento e morte. Dois programas são eixos estruturantes desta proposta: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), criado em 1991, que teve como pressuposto a delimitação de área geográfica para a implantação do programa; e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, que teve como indicativo para sua operacionalização a definição de territórios como adscrição da população, território de abrangência e territorialização (Gondim, 2011, p. 54).

Barcellos (2008), ao analisar os indicadores sociais em saúde, faz uma ressalva sobre esta questão. Na opinião do autor, uma população delimitada segundo critérios espaciais não pode ser considerada como um conjunto de indivíduos interdependentes, pois é essa relação entre sujeitos e território que irá influenciar a sua condição de saúde.

Corroborando com as análises acerca do uso do território pelo setor saúde, Santos (2009, p. 162) afirma que, ao se trabalhar essa definição de território delimitado na Estratégia Saúde da Família (ESF), foi preciso trabalhar, necessariamente, com os limites do território, delimitando aqueles que integrariam tal território e quem ficaria fora dele.

Santos (2009) reforça, em seus estudos, que é nesses espaços (não lugar, franjas, zonas de fronteiras, limites do território) que se encontram os principais problemas de saúde da atualidade, que se agravaram com o processo de globalização. Como exemplo desse indicador de exacerbação e contradição das relações sociais, que se tornam um agravante para as condições de saúde na atualidade, Minayo (1999, p. 11) cita a violência que atinge tanto o espaço rural (conflito de terra nos garimpos, disputa de reservas indígenas, rotas de tráfico de drogas) como as grandes regiões metropolitanas, afetadas por um quadro crônico de exclusão, miséria e abandono social, onde se desenvolve, hoje, o crime organizado, em torno dos grupos de extermínio, do narcotráfico, das gangues e do narcoterrorismo.

Outra questão que emerge nas abordagens de Santos (2009), e que também se caracteriza como um problema destes limites de território, são as populações quilombolas, indígenas e ribeirinhas, que, segundo o autor, são absorvidas pela expansão do espaço urbano, indo se refugiar nas franjas, nos não lugares e nas fronteiras, passando, então, a uma condição de excluído, perda da própria identidade e exposição a diversos fatores de risco, que comprometem a qualidade de vida.

Quando pensamos nesses espaços tragados pela seletividade do uso do território pelo setor saúde, logo percebemos que são as camadas mais pobres e que vivem distantes dos grandes centros urbanos as mais afetadas, agravando as desigualdades e disparidades sociais, e também as diferentes formas de comando e dominação da classe hegemônica sobre essa população. Porém, é necessário considerar que tais populações, que vivem nesses territórios, têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra e a natureza, estabelecidos por meio de uma relação dos afetos, das memórias, da cultura e do exercício de cidadania e resistência (Pulga, 2015).

Sabemos da importância do reconhecimento desse território para a atuação das equipes de Saúde da Família. São estes os locais onde estão inseridas as famílias e a comunidade, vivendo com problemas e necessidades específicas, que podem resultar em vulnerabilidades sociais que colocam em risco a saúde individual e coletiva. Contudo, considerando a inserção dos profissionais de saúde em territórios quilombolas, fortalecia-se a esperança e expectativa de que a Atenção Básica (AB), especialmente em áreas rurais e quilombolas, iria afirmar um novo modelo de atenção à saúde, de modo a olhar para as especificidades e particularidades em saúde presentes naquele espaço, fortalecendo o diálogo e a participação social em que os saberes e fazeres em saúde das mulheres quilombolas fossem valorizados e incentivados no bojo da AB no território, o que, ao contrário do que imaginávamos, não aconteceu. A medicina

hegemônica se fortaleceu ainda mais; enquanto isso, os saberes das rezadeiras, parteiras e curandeiras, terapêuticas tradicionais, estão sendo esquecidos na contemporaneidade.

Evidentemente, o problema ocorre porque, na maioria dos casos, o território quilombola é usado apenas como uma área geográfica delimitada para operacionalização das ações político-administrativas das práticas da vigilância em saúde, onde as equipes de saúde executam suas atividades centralizadas em práticas curativas, ignorando as particularidades e especificidades ali presentes. Sendo assim, esta área territorial delimitada e ocupada pelas equipes de saúde serve apenas como base de apoio para operacionalização administrativa do SUS, que é constituída por ações burocráticas verticalizadas e comandadas por forças hegemônicas, responsáveis pela reprodução do sistema capitalista, possibilitando maior competitividade entre os lugares e, em contrapartida, somando as desigualdades socioespaciais.

De forma geral, os territórios da Saúde Coletiva, em especial da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser compreendido a partir de distintas realidades locais, nas quais as famílias adscritas ao território se tornem autoras do processo de construção do conhecimento. Ou seja, o território deve ser encarado como um processo dinâmico, construído e reconstruído pela coletividade, por meio de suas ações e relações.

2.3 Territorialização dos serviços públicos de saúde na área rural de Biritinga

Nesta subseção, está apresentado o processo de territorialização dos serviços públicos de saúde do município de Biritinga, considerando a área de abrangência para cada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o fluxo populacional e as barreiras geográficas presentes no território.

O município de Biritinga, situado no Território de Identidade do Sisal²², mesorregião do nordeste da Bahia (mapa 1), tem como limites geográficos, ao Norte, o município de Araci e

²² A denominação Território do Sisal se deve à tradicional cultura do sisal, criada em 2003 e adotada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) no âmbito da política de desenvolvimento territorial. A caatinga é o principal bioma desse território, formado predominantemente por vegetação xerófila tropical e um conjunto de árvores e arbustos espontâneos, densos, baixos, retorcidos, leitosos, de folhas pequenas e caducas. Além do beneficiamento da fibra do sisal, outra base econômica do território se encontra na pecuária extensiva de pequeno porte e na cultura de lavoura de subsistência, como o plantio de feijão e de mandioca. Entretanto, o cultivo da cadeia produtiva sisalana passou a ocupar um lugar de destaque na economia desse recorte espacial, “[...] oferecendo elementos para a construção de uma identidade e para o sentimento de pertencimento regional” (Coelho Neto, 2010, p. 308). Os indicadores socioeconômicos desse recorte territorial são bastante desfavoráveis. Com elevadas taxas de concentração de renda e baixos índices de escolarização, coloca o território em uma posição com pior desempenho do estado. Isto está atrelado à permanência política de um sistema de governabilidade tradicionalmente marcado pelo clientelismo e autoritarismo, atrelados a um conjunto de outros fatores, “forjando um contexto efervescente de desigualdades sociais e conflitos” (Coelho Neto, 2010, p. 312).

gera cerca de cem empregos diretos (Brito, 2010; 2019). Está localizado no semiárido, tem vegetação de caatinga e é marcado por altas temperaturas e estiagens prolongadas, características da região, fator responsável por maior vulnerabilidade ambiental e socioeconômica, principalmente para a população do campo. Sua hidrografia é formada pelo Rio Inhambupe e várzea.²⁴ Segundo relato oral de idosos da região, o rio já foi perene, entretanto, com a retirada da vegetação natural das suas margens, a água perdeu fluidez, de modo que é somente em período de chuva que as águas escorrem ao longo de sua extensão.

Por se tratar de um território remoto²⁵, a oferta do serviço de saúde no município tem como porta de entrada a Atenção Básica à Saúde, composta pelas equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. Conta, também, com um hospital de pequeno porte, serviço de atenção para emergência e outros serviços básicos (pequenas cirurgias, exames laboratoriais, ultrassom para gestantes, partos e internação pediátrica e adulta). Em casos mais complexos, os pacientes são encaminhados para outras unidades de referência, com atendimentos de alta e média complexidade.

A Estratégia Saúde da Família, porta de entrada para o Sistema Municipal de Saúde, é composta por uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro(a), agente comunitário de saúde, técnico em enfermagem e auxiliares de limpeza. No total, o município conta com seis equipes de saúde da família (ESF) e 40 (quarenta) agentes comunitários de saúde, distribuídos por seus respectivos territórios.

Nesse contexto, a ESF, orientada pela Atenção Básica, foi implementada no município com o objetivo de reorganizar as ações sanitárias e ampliar a cobertura assistencial às populações rural e urbana, considerando as barreiras geográficas, impeditivas de uma livre circulação (Mendes *et al.*, 1995). Com isso, em uma tentativa de estruturação dos serviços de saúde municipal, de acordo com as necessidades e especificidades locais, Biritinga caracterizou seu território da saúde em: território área, determinado pela corresponsabilidade pela saúde entre população e serviço, como um espaço de organização básica da prática de atenção e demanda; território-microárea, espaço onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições objetivas de existência, onde a saúde da população de áreas remotas, fica sob o cuidado do(a) agente comunitário(a) de saúde.

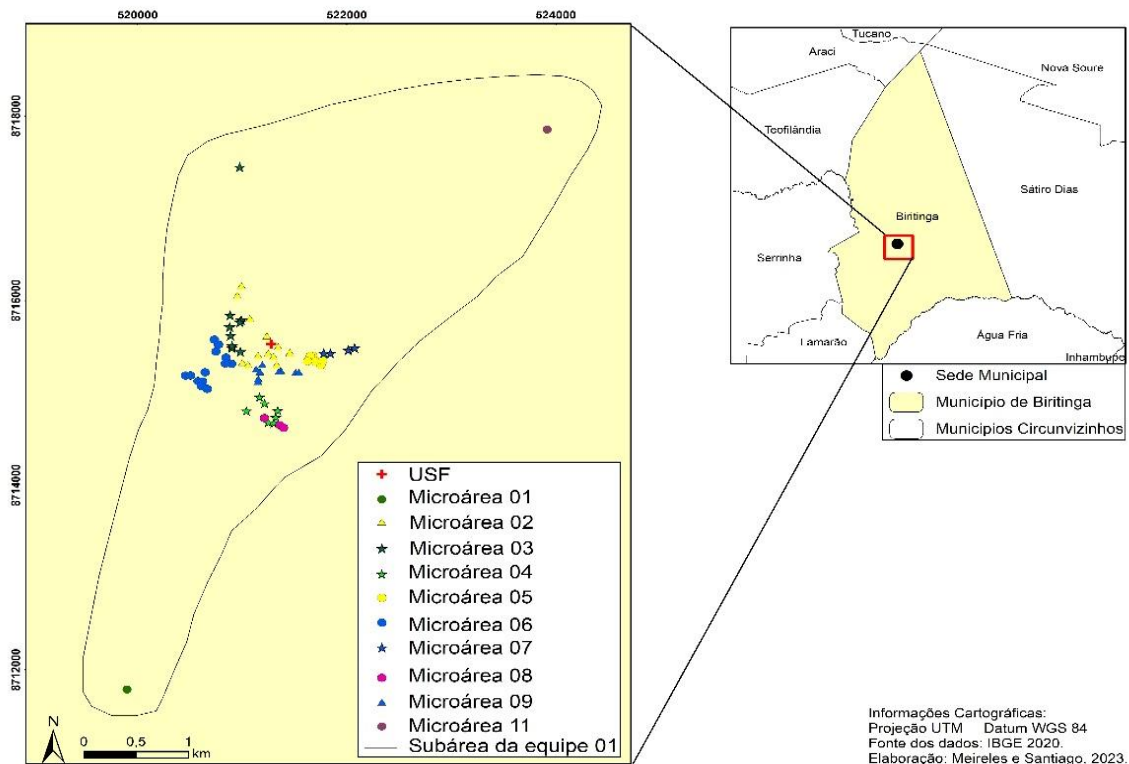
²⁴ Várzea, definida como uma grande extensão de terra alagada, que fica próxima à margem do rio Inhambupe e que, no período chuvoso, armazena água, servindo à população para pesca e aos animais para as necessidades hídricas.

²⁵ Definido como espaços que mantêm relações mais tênues com os circuitos economicamente mais favoráveis. Assim, sua caracterização é utilizada baseada em critérios de acessibilidade aos centros urbanos e acesso dos municípios a bens e serviços mais complexos (Bousquat *et al.*, 2022).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Biritinga, de 2023, as equipes de Saúde da Família, cobrem 100% da população do município.

O processo de territorialização do espaço urbano do município se desenvolveu com base em um território de concentração e sua subdivisão em nove²⁶ pequenos territórios. O mapa 2 mostra a proposta de subdivisão do território área para UBS no espaço urbano, seguindo os referidos critérios, onde se pode ver microáreas muito próximas da UBS e outras mais distantes. Tal processo acabou por incorporar na unidade sede uma parte da população rural de 3 (três) microáreas (01, 03 e 11), com a proposta de favorecer o acesso dos pacientes ao serviço de saúde.

Mapa 2 – Abrangência da Unidade Básica de Saúde – Área Urbana



Fonte: Elaborado por Meireles e Santiago (2023).

Para tanto, o processo de territorialização do município de Biritinga foi desenvolvido utilizando os critérios determinados pela Política Nacional da Atenção Básica²⁷, referenciando-

²⁶ As microáreas são espaços de atuação dos agentes comunitários, as legendas identificam onze microáreas. Importa ressaltar que duas delas estão localizadas na área rural do município. Entretanto, devido ao fato de a população adstrita ao território estar mais na UBS urbana do que na rural, parte dos usuários é atendida na UBS sede.

²⁷ De acordo as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica, cada ESF deve assistir de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 3.000 a 4.000 pessoas. Cada agente comunitário de saúde (ACS) da equipe cobre uma área com aproximadamente 20 a 250 famílias e 750 pessoas (dependendo da realidade Geográfica).

se em um quantitativo populacional e adscrição das famílias que integram aqueles territórios. Inicialmente, torna-se necessário que o agente comunitário que atua naquela microárea realize o cadastro das famílias, identificando o perfil epistemológico do paciente, condições de vida e de saúde dos indivíduos atendidos pelo programa.

Entretanto, apesar da relevância das visitas domiciliares para o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e possíveis intervenções no planejamento das ações de saúde em nível municipal, observamos que a hegemonia das práticas profissionais, voltada para o interesse do mercado global, favorece o planejamento das ações de saúde, baseado em uma lógica administrativa verticalizada e burocratizada, que propõe trabalhar os problemas de saúde com vistas a programas e ações específicas do Ministério da Saúde (MS) (exame citopatológico e vacinação, proporção de pessoas com hipertensão e diabetes, indicadores de pré-natal, realizado). Com isso, as políticas públicas de saúde que pode contribuir com a efetividade do planejamento estratégico em saúde, voltado a especificidade local, como é o caso da PNEPS, PNPMF, PNSIPCF, PNSIPN, PNPIC, não são incentivadas no território pelos gestores e coordenadores da AB.

Conseqüentemente, assistimos a uma supervalorização da medicina convencional, fragmentada, pautada em uma visão biologista, na qual os saberes e fazeres em saúde nos territórios quilombolas não são valorizados, sofrendo fortes ameaças de cair no esquecimento.

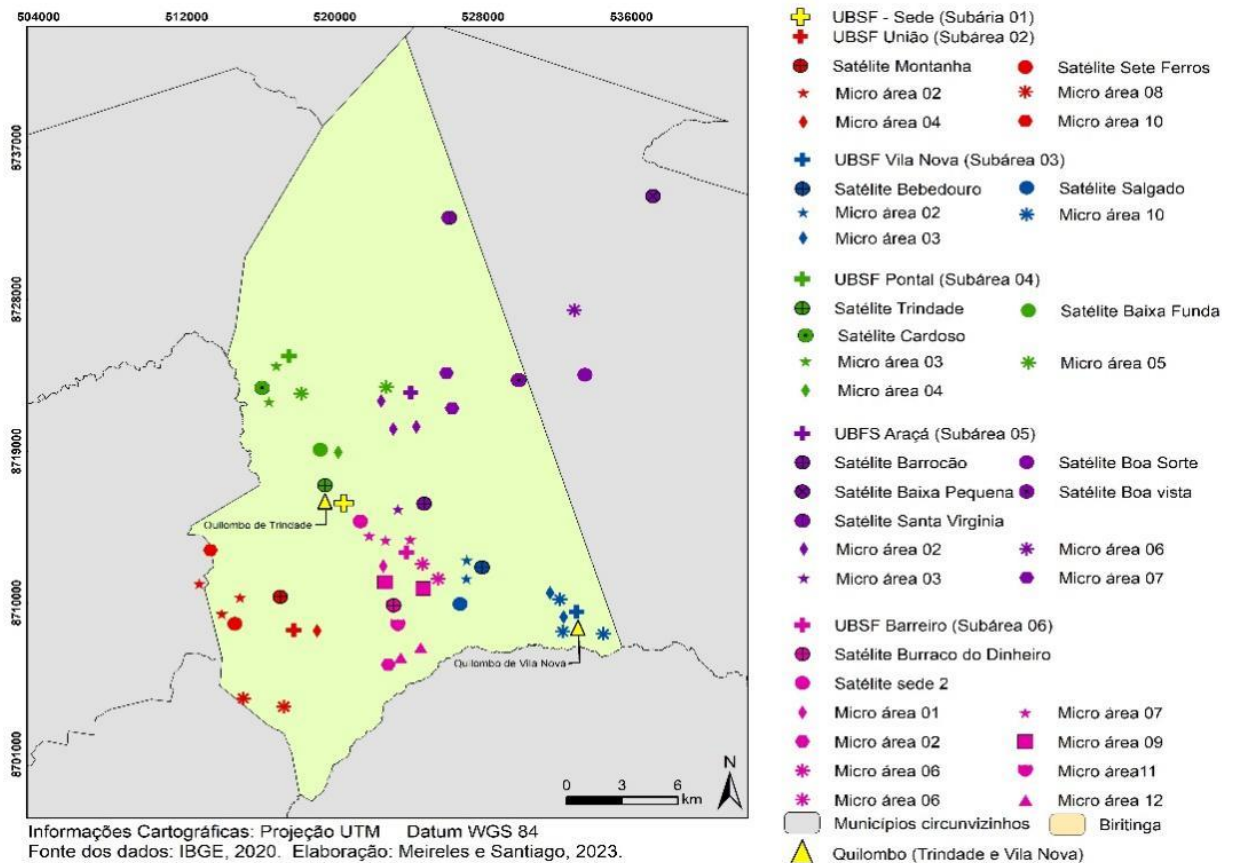
Em se tratando dos saberes da vivência que envolve o cotidiano das mulheres quilombola Soares (2021) vai dizer que as experiências de resistências e lutas coletivas, a partir do território, perpassam pelas mãos das mulheres. São elas que, por meio dos seus saberes e fazeres relacionados a práticas de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, ancorado em sua ancestralidade dão materialidade à dimensão da vida em sua totalidade.

Dessa forma, pode-se compreender que as análises e reflexões sobre o território e a territorialização da saúde envolvem fatores históricos, socioeconômicos, políticos e culturais, que podem desenvolver vulnerabilidades importantes para o processo saúde-doença. No caso do espaço rural, o serviço público de saúde está distribuído de acordo com os mesmos critérios do espaço urbano (divisão de áreas e microáreas), considerando a dispersão territorial, isolamento das famílias e distância dos domicílios para as UBS. Dessa forma, foram implantadas cinco UBS e criados 13 pontos satélites (mapa 3).

Nesse sentido, as análises da espacialização dos serviços da Atenção Básica devem considerar os níveis de complexidade que as ações de saúde possuem, bem como a possibilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde mais frequentes e aqueles mais complexos (Mendes *et al.*, 1995), principalmente quando relacionado a um território rural,

onde as barreiras geográficas de acesso, culturais, informacionais, financeiras e funcionais são maiores.

Mapa 3 – Áreas de abrangências das UBS – Zona Rural



Fonte: Elaborado por Meireles e Santiago (2023).

Diante disso, devemos ressaltar que os serviços de saúde disponíveis nas UBS no município, para dar cobertura total à população, conforme verificado no sistema de informação da Atenção Básica, são insuficientes para garantir a saúde integral aos povos e comunidades desses territórios, conforme prevê a PNPACF (Brasil, 2013c), que abrange as necessidades de saúde de homens e mulheres do campo, dando a devida importância à diversidade local.

Tomando por referência essa abordagem, com a experiência vivenciada no território como trabalhadora do SUS e o mapeamento das unidades de atendimento municipal, percebe-se que a distribuição das ações de saúde entre rural e urbano se dá de forma desigual e contraditória. O espaço urbano conta com maior densidade demográfica, enquanto o rural apresenta menores densidades (que chegam a 6h/km²), como é o caso do território de abrangência da subárea 2, localizado a oeste; 3, ao sul; e 5, ao leste (cf. mapa 3).

Aos gestores municipais do SUS cabe a iniciativa de organizar a distribuição espacial das UBS no território. Devido à dispersão territorial do campo, ao isolamento populacional e às longas distâncias entre as residências e os serviços de saúde, foram estabelecidos os pontos

satélites, como instrumentos motivadores para uma possibilidade de intervenção sobre a problemática, planejada pelos coordenadores da Atenção Básica, de modo a dimensionar a oferta e a demanda do acesso ao serviço de saúde no território. Os pontos satélites, em sua maioria, funcionam em casas alugadas ou em pequenos postos de saúde, com péssimas condições de infraestrutura, escassez de recursos humanos e materiais.

Tal ação, contudo, não foi suficiente para diminuir a desigualdade em saúde no território. Até mesmo na área rural do município, pode-se ver uma heterogeneidade entre as diversas microáreas, com algumas mais próximas às UBS, usufruindo de maior facilidade de locomoção, e outras bem distantes, de difícil acesso.

Assim, de modo a atender as demandas da população (nos pontos satélites), as equipes são obrigadas a realizar uma rotatividade por esses espaços, atendendo uma vez por semana, em meio período, a cada oito dias. Enquanto isso, o agente comunitário, por estar mais próximo às famílias em suas respectivas microáreas, torna-se responsável, por meio das visitas domiciliares, por ampliar o olhar sobre a saúde da população que vive nessas áreas mais isoladas.

Em cenários como esses, amplia-se o escopo do debate em torno do planejamento da organização das ações de saúde em nível municipal. Tomando por referência o espaço rural de Biritinga, em períodos chuvosos ou de estiagem, profissionais e pacientes enfrentam distintas realidades, em um contexto marcado por longas distâncias, percorridas em estradas de chão, em péssimas condições de acesso.

Para alguns(as) enfermeiros(as), a rotatividade das equipes no território prejudica a eficácia do programa, uma vez que eles precisam se deslocar do posto sede para outras localidades, dificultando a criação de vínculos entre equipes e usuários, já que o período de permanência dos profissionais tem influência sobre a criação de laços afetivos, o diagnóstico da realidade local e a realização de atividades educativas, atenuadas com as especificidades do território. Um outro obstáculo que desafia as equipes de saúde nas UBS é a permanência de ações assistencialistas e clientelistas praticadas por alguns políticos no município, que, de acordo com Vasconcelos (2001), dificultam os processos educativos na comunidade, já que inibem a participação popular no processo de discussão a respeito dos problemas de saúde.

Por isso é relevante a realização de um diagnóstico situacional das áreas de abrangência das equipes de saúde para as ações de planejamento em saúde, observando não somente os aspectos físicos do território ou o quantitativo populacional para a delimitação de uma área, conforme explica Maurício Monken (2008, p. 159). É necessário, principalmente, compreender a territorialidade quilombola como um espaço de produção de saberes, de práticas de cuidado

e resistência, de modo a dar concretude à ancestralidade (Soares, 2021), uma vez que o território da vida deve imprimir a construção de espaços que nos movem a uma ação-reflexão-ação, mediante o diálogo, a solidariedade, a amorosidade, o companheirismo e a caridade; espaços nos quais a relação humana em saúde tenha em si a dimensão cuidadora e educativa e, nesse movimento circular, o sujeito que cuida do outro também seja cuidado (Pulga, 2015), e ambos criem, juntos, o processo de conhecimento fundado na existência humana para produção da vida e da saúde entre povos e territórios invisibilizados pela ação do Estado.

3 SABERES E FAZERES EM SAÚDE DE MULHERES NO QUILOMBO E SEUS ENTRELACES EM ESPAÇOS EDUCATIVOS NÃO ESCOLARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Esta seção tem por finalidade construir um delineamento sobre as produções acadêmicas brasileiras acerca da potencialidade dos saberes e fazeres em saúde, que emerge da experiência de mulheres no quilombo e seus entrelaces em espaços não escolares. Nesse sentido, compreendemos que realizar um mapeamento de produções acadêmicas acerca do objeto investigado proporciona ao investigador levantar um conjunto de informações sobre a temática investigada, tais como lacunas existentes, relevância e contribuição para o corpo acadêmico. Isso torna a revisão sistemática de literatura uma atividade essencial ao desenvolvimento dos trabalhos acadêmicos (Galvão; Ricarte, 2020).

Faz-se necessário, neste momento, definir o que é uma revisão sistemática. Segundo Galvão e Ricarte (2020), é uma modalidade de pesquisa que segue protocolos específicos e que possibilita compreender e dar logicidade a um grande corpus documental, verificando o que funciona e o que não funciona em um dado contexto. A revisão é classificada em três tipos: metanálise, que consiste em reunir estudos realizados com base em uma mesma hipótese; narrativa, que considera estudos que empregam diferentes metodologias; e meta-síntese, que visa sintetizar estudos qualitativos sobre um tema (Galvão; Ricarte, 2020). A revisão sistemática é a aplicação de estratégias científicas que permitem limitar o viés de seleção de artigos, avaliá-los com espírito crítico e sintetizar todos os estudos relevantes em um tópico específico (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

Embora os tipos de investigação narrativa e sistemática sejam chamados de revisão, as características e objetivos deles são distintos (Botelho; Cunha; Macedo, 2011). As revisões narrativas não exigem que o investigador siga protocolos rígidos, fazendo com que sejam consideradas de menor rigor e evidência científica por alguns pesquisadores. A sua eficácia, entretanto, é real, pois são fundamentais para o debate de determinada temática, levantando questões e contribuindo para a atualização do conhecimento (Martinelli; Cavalli, 2019).

De acordo com as definições de Galvão e Ricarte (2020, p. 3),

As revisões narrativas sintetizam os resultados de estudos quantitativos individuais sem referência à significância estatística dos resultados. Elas são um meio particularmente útil de unir estudos sobre diferentes tópicos para reinterpretar ou interconexão, a fim de desenvolver ou avaliar uma nova teoria.

Uma revisão sistemática de literatura, por sua vez, sintetiza e agrupa dados qualitativos e segue, necessariamente, protocolos rígidos e específicos, traçados a partir de alguns passos. Primeiro, pela definição da pergunta; segundo, por uma busca nas bases de dados que inclua todos os artigos importantes ou que possam impactar consideravelmente a conclusão; o terceiro passo consiste na identificação dos estudos pré-selecionados, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa; o quarto e último passo tem o objetivo de sistematizar as informações extraídas dos trabalhos selecionados, considerando todas as possíveis fontes de erro, capazes de comprometer a relevância do estudo.

Deste modo, realizou-se, aqui, o mapeamento das produções científicas brasileiras sobre os saberes e fazeres de mulheres no quilombo e seus entrelaces com a educação popular (espaços não escolares), no recorte temporal compreendido entre 2012 e 2022. Esta análise perseguiu a seguinte questão: de que modo as produções acadêmicas brasileiras de teses de doutorado, dissertações de mestrado e artigos científicos têm abordado a temática dos saberes e fazeres das mulheres quilombolas e seu entrelace com a educação em espaços não escolares, no recorte temporal entre 2012 e 2022?

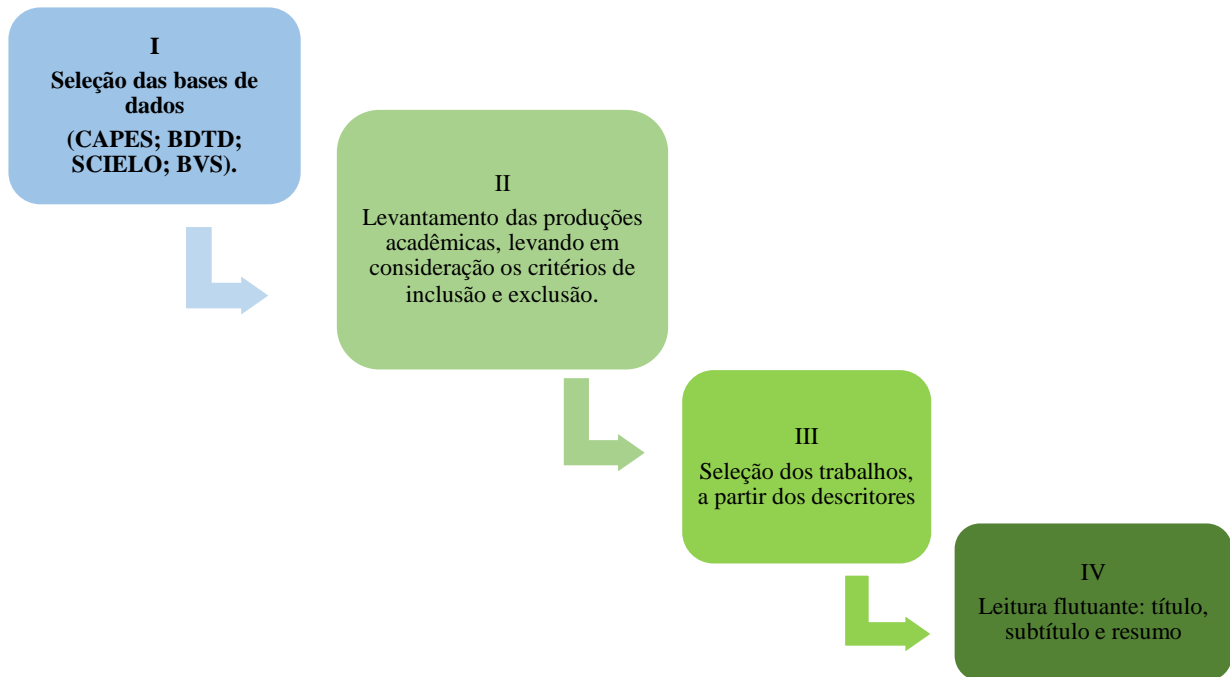
O recorte temporal escolhido é relevante, por apresentar temáticas atuais no âmbito acadêmico, contribuindo significativamente com a elaboração de uma ação crítico-reflexiva referente ao estudo, além de fornecer informações organizadas sistematicamente, com base em evidências empíricas e sustentadas nas dimensões teórico-metodológicas de estudos já existentes.

3.1 Critérios e seleção dos descritores: processo de mapeamento das informações

Para o mapeamento das informações acerca do objeto investigado, a busca por trabalhos foi realizada nas seguintes bases de dados: Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).²⁸ Deste modo, o levantamento das produções acadêmicas ocorreu em quatro momentos, conforme descrito no fluxograma abaixo:

²⁸ É oportuno ressaltar que, na investigação realizada na plataforma Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), os trabalhos encontrados não abordavam a temática da investigação, razão pela qual foram, mais tarde, descartados.

Figura 1 – Fluxograma do processo investigativo



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Na primeira etapa, foram selecionados os quatro bancos de informações citados anteriormente. Na segunda etapa, deu-se a triagem dos trabalhos, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: publicações em língua portuguesa feitas a partir de 2012; textos disponibilizados na íntegra nas bases de dados; trabalhos relacionados aos saberes e fazeres de mulheres no quilombo, com foco em práticas educativas não escolares por elas desenvolvidas; e trabalhos aprovados em instituições públicas. Os critérios de exclusão foram: publicações feitas antes de 2012; estudos não relacionados aos saberes e fazeres de mulheres quilombolas e suas práticas educativas; trabalhos aprovados em instituições privadas; e textos não disponibilizados na íntegra nas bases de dados nem escritos em português. Concluídos esses passos, foram selecionados e determinados os trabalhos para investigação. Após esse momento, foram baixados os arquivos, para análise, que abordassem os descritores “mulheres quilombolas” AND “educação”, “saberes e fazeres” AND “educação”, “educação popular e saúde” AND “educação”. Após a identificação da presença dos descritores, foram selecionados os trabalhos que se aproximassem da temática do estudo. A quarta etapa compreendeu a realização de uma breve leitura, começando pelos títulos e subtítulos, resumo, autores e instituições de origem.

A primeira plataforma de busca utilizada foi a BDTB, fundação vinculada ao Ministério da Educação brasileiro, que integra os sistemas de informações de teses e dissertações existentes

nas instituições de ensino e pesquisas brasileiras, incentivando o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico.

Na busca, foram inseridos os descritores “mulheres quilombolas” AND “educação”. Usando o operador booleano AND (“intersecção”) para “educação”, foram encontrados 18 trabalhos: oito dissertações e dez teses. Destes, foram selecionados seis, que, após a leitura do título, passaram ao número de quatro, por apresentarem compatibilidade com a temática do estudo. Com o descritor “saberes e fazeres populares” AND “educação”, não foram encontrados registros. Assim, a busca foi alterada, utilizando os mesmos descritores, mas substituindo as aspas duplas (“ ”) por aspas simples (‘ ’). Com ‘saberes e fazeres em saúde’ AND ‘educação’, foram encontrados 289 trabalhos. Após análise e leitura dos títulos e resumo, foram selecionados sete trabalhos para leituras posteriores. Ainda na mesma base de dados, foi utilizado um terceiro descritor: “educação popular e saúde” AND “educação”, cujo resultado foram 77 registros. Após a análise dos títulos e resumos, foram selecionados sete trabalhos, os quais foram, posteriormente, excluídos, por não abarcarem a investigação sobre a temática das mulheres quilombolas e seus processos educativos; por sua vez, apenas três abordavam as discussões sobre a temática estabelecida. Na tabela 1 está o quantitativo de trabalhos encontrados na BDTB.

Tabela 1 – Quantitativo dos trabalhos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)

DESCRITORES	TESES	DISSERTAÇÕES	TOTAL
“MULHERES QUILOMBOLAS” AND “EDUCAÇÃO”	10	08	18
“SABERES E FAZERES”AND “EDUCAÇÃO”	102	187	289
“EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE” AND “EDUCAÇÃO”	22	55	77
LEITURA NA ÍNTEGRA	0	3	3

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022).

A segunda base de dados consultada foi o sítio da Capes, fundação vinculada ao Ministério da Educação brasileiro e que atua na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* em todos os estados brasileiros. Com os mesmos descritores da primeira busca, “mulheres quilombolas” AND “educação”, foram encontrados 18 trabalhos: quatro teses de doutorado e 14 dissertações de mestrado. Feita a leitura dos títulos e dos resumos, apenas quatro

trabalhos passaram a uma leitura mais detalhada: três dissertações e um trabalho de mestrado profissional. O segundo descritor, “saberes e fazeres populares” AND “educação”, rendeu apenas uma dissertação. Com isso, foi alterada a busca, que passou a utilizar o seguinte descritor: ‘saberes e fazeres populares’ AND ‘educação’. Utilizando a intersecção e aspas simples (‘ ’), foram encontrados 822 resultados: 646 dissertações e 176 teses. Levando em consideração o critério adotado anteriormente, foram selecionados para leitura seis trabalhos: duas teses e quatro dissertações. Utilizando o último descritor, “educação popular e saúde” AND “educação”, foram encontrados 41 trabalhos: 22 dissertações de mestrado e 19 trabalhos de mestrado profissional. Após a seleção das produções acadêmicas encontradas no periódico supracitado, apenas cinco foram escolhidos para a leitura na íntegra, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Quantitativo dos trabalhos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Capes)

DESCRITORES	TESES	DISSERTAÇÕES	TOTAL
“MULHERES QUILOMBOLAS” AND “EDUCAÇÃO”	04	14	18
‘SABERES E FAZERES POPULARES’ AND ‘EDUCAÇÃO’	178	646	822
“EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE” AND “EDUCAÇÃO”	MESTRADO PROFISSIONAL	22	41
	19		
LEITURA NA ÍNTEGRA	0	5	5

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022).

Apesar do quantitativo de trabalhos encontrado, a totalidade deles não foi submetida à leitura na íntegra, pois a temática abordada por alguns dos pesquisadores não contempla a potencialidade dos saberes e fazeres em saúde das mulheres quilombolas e, em alguns casos, ao abordar a temática sobre a mulher quilombola, ainda apresentam o corpo da mulher negra a partir de uma visão reducionista, ou seja, como objeto reprodutivo e biológico.

Já os trabalhos que tratam da educação popular e saúde aparecem pautados na prática da prevenção de uma determinada doença, fora do contexto de vida dos indivíduos. De acordo com o que se pôde observar nas duas bases de dados analisadas, os trabalhos publicados sobre

o tema são escassos e incipientes, revelando um pequeno número de pesquisadores da área da saúde interessados no assunto.

3.2 Extração dos dados: análise e resultados

Como produtos finais para esta revisão sistemática, foram selecionadas oito dissertações para leitura na íntegra e fichamento, destacando os pontos mais relevantes para a temática abordada. Para melhor compreensão e delineamento da pesquisa, no quadro 1, estão informações com as seguintes variáveis: título de trabalho, autor/ano, objetivo geral e metodologia.

Quadro 1 – Resultado da revisão sistemática

TÍTULO	AUTOR ANO	OBJETIVO GERAL	METODOLOGIA
Benedeiras: a educação de resistência feminina de mulheres negras pelas ervas.	Marcia Denise de Lima Dias. 2019.	Evidenciar os processos educacionais relativos à benzedura que se perpetuaram no decorrer do tempo na comunidade fozjordense.	A metodologia utilizada para descrição e análise dos dados foi a Etnografia Educacional. Os dados foram coletados de 2017 a 2018, por meio de entrevistas e acompanhamento do atendimento das benzedoras em suas casas.
Memórias e saberes das benzedoras e/ou parteiras quilombolas da comunidade do Itacuruçá - Abaetetuba (PA).	Vera Lúcia de Araújo Quaresma. 2021.	Analisar o processo de construção do aprendizado da prática de benzer e/ou parturir pelas parteiras na Comunidade Quilombola de Itacuruçá.	A autora utiliza abordagem qualitativa, com uma metodologia baseada na história oral, com recursos etnográficos.
Mulheres do quilombo: identidade étnica, gênero e educação na comunidade Porto dos Cavalos - Ilha de Maré (BA).	Girleide da Silva Xavier. 2018.	Participação das mulheres quilombolas na valorização dos saberes locais, para a formação educacional, e no fortalecimento da identidade étnica na comunidade Porto dos Cavalos, localizada na região norte da Ilha de Maré.	Como estratégias de coleta de dados foram feitas observação participante e entrevistas semiestruturadas.
Ofício de fé: Rezadeiras no Município de São Paulo de Olivença (AM). ²⁹	Gilcirley Santana Penaforte. 2021.	Apontar os aspectos simbólicos e de fé presentes no ofício de Rezadeiras, dando especial relevo ao papel social exercido por essas mulheres, no município de São Paulo de Olivença, no Amazonas.	Narrativas de vida das rezadeiras.
Interseccionalidades, mulheres quilombolas e	Marilene Aparecida Pereira.	Analisar as experiências contidas na própria relação de geração de renda desenvolvida por essas	História Oral Temática, a partir de autores como Meihy e Holanda (2011) e Freitas

²⁹ O quadro acima mostra que duas dissertações analisadas não estão especificamente relacionadas aos saberes e fazeres em saúde de mulheres quilombolas, o que contraria os critérios de inclusão. Devido às poucas publicações encontradas sobre o tema e à relevância que os estudos de Penaforte (2021) e de Lima (2021) apresentaram para esta pesquisa de dissertação, optou-se por utilizá-los na revisão de literatura.

possibilidades que emergem da participação solidária.	2021.	mulheres via associação. A inquietação epistemológica está em compreender como se constituem os processos de resistência e resiliência de mulheres que produzem trabalho, sustentam suas famílias e contribuem por manter vivas suas tradições locais.	(2006); foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e textualizadas.
Trabalho, educação e saberes: experiências de mulheres quilombolas em Porto Alegre (RS).	Saete Vedovatto Facco. 2020.	Analisar práticas de mulheres quilombolas na (re)produção ampliada da vida, nas relações entre suas experiências e memórias, expressas em saberes sobre ervas medicinais (re)produzidas nas suas relações de trabalho, visando compreender o lugar que esses saberes ocupam em suas vidas e como forma de resistência social.	Foram criados espaços de diálogo, como as oficinas de manualidades, que atuaram como estratégia multimétodo, integrando diferentes técnicas de pesquisa, como rodas de conversa e grupo focal, nas quais a pesquisadora se posiciona numa ação participante, para compor espaços de diálogo mais aberto e acessível com as mulheres.
Cuidados Populares em Saúde: Uso das Ervas e de Rezas em Santa Cruz (RN).	Dinorah de França Lima. 2021.	Identificar as práticas de cuidados populares em saúde com uso de ervas medicinal numa área remota do nordeste brasileiro.	Entrevistas semiestruturadas com terapeutas populares de cuidado em saúde, em Santa Cruz (RN).
“Mulheres de Fé”: o repertório de Saberes e Fazeres de Benzedeadas em Matinhos, Litoral (PR).	Monique Andressa de Oliveira. 2019.	Conhecer, desvendar, descrever e interpretar o repertório de saberes e fazeres que integram os sistemas de benzer das benzedeadas no município de Matinhos, litoral do Paraná.	Método etnográfico, baseado na observação participante, na intenção de construir uma descrição densa do repertório de saberes e fazeres que integram os sistemas de benzer dessas mulheres.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

As trilhas percorridas por este estudo contam com a leitura atenciosa de oito dissertações. A partir disso, é preciso enfatizar que os resultados mostram que a questão aqui apresentada, relativa às mulheres negras quilombolas, ainda é pouco debatida nas literaturas brasileiras, principalmente a respeito do processo da educação popular e saúde em comunidades tradicionais, ribeirinhas, quilombolas, indígenas. Isso fica evidente na pesquisa, quando, nas bases, vê-se a consequente escassez de trabalhos publicados sobre o tema, pois, apesar de os descritores ‘saberes e fazeres populares’ AND ‘educação’ e “educação popular e saúde” AND “educação” terem apresentado um número considerável de publicações, conforme mostram as tabelas 1 e 2, o problema permanece: os trabalhos que surgiram não abarcavam a proposta da pesquisa, não eram especificamente voltados aos saberes e fazeres de mulheres quilombolas, articuladas ao espaço da educação popular. Além disso, muitos dos trabalhos publicados nessas bases de dados, relacionados às ações educativas em saúde, estão centralizados em práticas pedagógicas desenvolvidas por profissionais de saúde, relacionadas à prevenção de uma determinada doença, o que não constitui o foco deste estudo.

Outro fator importante, a ser destacado, está no fato de que a maioria dos trabalhos encontrados são publicações recentes, feitas de 2018 a 2022. Essa estatística, mesmo aparecendo de modo pouco significativo, é indicativa de que as causas das mulheres quilombolas passaram a ter maior visibilidade em um período muito recente. Outra questão relevante a este estudo é que a maioria das produções que aparecem nessas bases de dados tem mulheres como autoras, revelando que elas são maioria enquanto pesquisadoras acadêmicas.

No que diz respeito às pesquisas, conforme instituições de ensino, foram encontradas: Universidade Federal do Espírito Santo, uma dissertação; Universidade Estadual do Centro Oeste, uma dissertação; Universidade Estadual da Bahia, uma dissertação; Universidade Federal do Paraná, duas dissertações; Universidade Federal do Amazonas, uma dissertação; Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, uma dissertação; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, uma dissertação.

Vale ressaltar, ainda, que os oito trabalhos analisados revelam que as mulheres lideram a maior parte das ações educativas desenvolvidas dentro do quilombo, principalmente aquelas relacionadas às práticas de organização comunitária, cuidado e atenção à vida e à saúde, como forma de luta e resistência, de modo a fazer com que seus saberes e fazeres, valores culturais, tradições religiosas permaneçam vivas na memória coletiva de um povo.

3.3 Mulheres quilombolas: saberes e fazeres em saúde

Nesta subseção são apresentados os achados advindos de pesquisadores(as) brasileiros(as) que trazem, em suas análises, reflexões sobre o protagonismo das mulheres quilombolas e os processos educativos que emergem das suas experiências individual e coletiva em espaços educativos não escolares. Vale destacar que a escolha das oito dissertações sobre o tema se deve ao fato de apresentarem em suas temáticas e reflexões o quilombo como um território dinâmico para a produção da vida e da dignidade humana, produzido pelas mãos das mulheres, em que rompem com o paradigma do modelo médico hegemônico (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998), centralizado na medicalização e na concepção do processo saúde-doença associado a um corpo biológico fragmentado.

Em um contexto geral, o mapeamento das produções científicas, apresentado nesta pesquisa, possibilitou uma ação crítico-reflexiva da problemática referente às práticas de cura e cuidado em saúde, desenvolvida por mulheres quilombolas, no recorte temporal 2012-2021.

A partir do levantamento dos trabalhos acadêmicos presentes nas bases de dados selecionadas, e com os descritores utilizados (quais sejam: “mulheres quilombolas” AND

“educação”, ‘saberes e fazeres populares’ AND ‘educação’ e “educação popular e saúde” AND “educação”), pôde-se ver que as principais práticas de cura e cuidado em saúde, desenvolvidas no quilombo por essas mulheres, estão relacionadas ao uso de plantas medicinais e da espiritualidade, por meio das rezas (orações para cura dos malefícios da alma). Esta é, portanto, uma característica marcante dos remanescentes de quilombo, transmitindo aspectos de suas vivências, por meio das práticas culturais de cura e cuidado em saúde individual e coletiva.

Os trabalhos de Dias (2019), Oliveira (2019), Lima (2021) Quaresma (2021), Penaforte (2021) e Facco (2020) corroboram com essa afirmativa. As exceções são os trabalhos de Xavier (2018) e de Pereira (2021). Estes não tratam especificamente do uso das plantas medicinais, benzeduras e do trabalho das parteiras, mas reforçam, em suas análises, o protagonismo social de mulheres quilombolas, por meio de outras atividades educacionais, que também se articulam à educação popular, além de apresentar discussões a respeito do processo de exclusão, marginalização e opressão que atravessa o corpo dessas mulheres.

No estudo de Marilene Aparecida Pereira, realizado pelo programa de pós-graduação do Centro de Educação da Universidade Estadual do Espírito Santo, a noção de interseccionalidade³⁰ se constitui como uma forma de reflexão sobre diferenças que historicamente atravessam o corpo das mulheres negras, ligados a heranças coloniais atenuadas, sendo caracterizadas por violências estruturais, sustentadas pelo Estado, de classes que reverberam distintamente no entrecruzamento com raça e gênero.

Embora esse debate sobre as mulheres negras quilombolas ainda se apresente de modo incipiente nas literaturas brasileiras, como ficou evidente neste estudo, as pautas que surgiram recentemente, denunciando situações de vulnerabilidade, discriminação e violência, por sua vez, podem ser vistas como um importante mecanismo de mudanças e transformação, na medida em que podem pressionar o Estado brasileiro a rever suas políticas sociais.

Nessa perspectiva, é preciso referenciar, também, o trabalho da pesquisadora Girleide da Silva Xavier (2018), apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da UNEB, que investigou a participação das mulheres na valorização dos saberes locais, na formação educacional e no fortalecimento da identidade étnica. A autora

³⁰ O conceito de interseccionalidade apresentado por Pereira (2021) é uma definição apresentada pela afro-estadunidense Kimberlé Crenshaw, no final dos anos 1980. Em sua conceituação, a autora busca compreender as consequências estruturais e dinâmicas da subordinação. Assim, ela “[...] trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos de desempoderamento” (Crenshaw, 2002, p. 177 *apud* Pereira, 2021, p. 78).

chama atenção para a formação da história brasileira, permeada por traços da desigualdade de classe social, raça e gênero. Posto isso, Xavier (2018, p. 122) conclui que “[...] as mulheres se construíram no contexto de luta constante pela sobrevivência, pela experiência vivida, pela sustentação das famílias por meio da mariscagem, aprendida com seus antecessores”. Fica perceptível, assim, o protagonismo exercido por essas mulheres quilombolas na luta pelos seus direitos básicos de sobrevivência e pela preservação de sua identidade dentro do território.

É dessa forma que Lima (2021) afirma que o conhecimento relacionado à saúde foi historicamente acumulado por povos e comunidades tradicionais, fornecendo as bases terapêuticas acerca do uso dos recursos vindos da natureza para as práticas culturais de cura e de cuidado na sociedade. Com isso, as cuidadoras populares, com seus saberes e fazeres de fortes raízes culturais africanas, fazem uma ampla contribuição para a educação popular e saúde, relacionada aos territórios quilombolas, visto que essa harmonia entre natureza, sociedade e território possibilita o equilíbrio entre os indivíduos e a garantia de saúde para a comunidade (Lima, 2021).

É sabido que as práticas populares de cuidado em saúde são desenvolvidas, na maioria dos casos, por mulheres, e, apesar do não reconhecimento por parte da medicina tradicional (hegemônica), em diversos lugares do Brasil ela é utilizada. Trata-se de ofícios desenvolvidos por benzedores(as), curandeiros(as), costureiras de rendiduras, pajés, remedeiros, raizeiros, massagistas tradicionais, homeopatas tradicionais, parteiras, entre outros (Lima, 2021).

Outra informação relevante da dissertação de Lima (2021), intitulada *Cuidados Populares em Saúde: Uso das Ervas e de Rezas em Santa Cruz/RN*, refere-se ao SUS. Regulamentado a partir da Constituição de 1988, apresentou em suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas e curativas, levando em consideração os determinantes e condicionantes sociais, simbólicos e culturais. Seguindo a mesma linha de raciocínio, a autora aborda a Portaria nº 971/2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que em suas diretrizes tem como meta o fortalecimento da medicina tradicional e das práticas complementares e a ampliação da participação social, cujo objetivo é resgatar e valorizar os conhecimentos populares de povos e comunidades tradicionais.

Trata-se de práticas presentes nos territórios dos povos e comunidades originários, principalmente entre os indivíduos de matrizes africanas. Entretanto, Lima (2021) chama atenção para o advento da medicina convencional, cujo avanço, para a autora, é responsável por um lento processo de marginalização das práticas populares de saúde, por serem ações contra-

hegemônicas, contrárias à valorização do capital e do domínio da medicina hegemônica, responsável pelo avanço da indústria farmacêutica.

Como se tudo isso não fosse o bastante, a autora aponta outros fatores responsáveis por esses marcadores sociais da diferença e desigualdade que atravessam os corpos das mulheres negras cuidadoras populares: idosas, com baixo grau de escolaridade, com conhecimento pautado na ancestralidade e condições financeiras desfavoráveis (Lima, 2021; Dias, 2019).

Os resultados do preconceito e da exclusão dos saberes populares podem ser sentidos no cotidiano dos serviços de saúde e constatados pelos usuários, os quais, ao procurarem por assistência em serviços ambulatoriais, ainda sofrem aversão, uma vez que os saberes populares sobre o processo saúde-doença e suas diversas formas de manifestação não são valorizados, priorizando-se o conhecimento científico em detrimento do popular e impedindo o estabelecimento de diálogos entre esses dois campos de saberes.

A medicina tradicional hegemônica tem foco em uma perspectiva biologista e fragmentada, desconsiderando a complexidade de elementos presentes nos territórios e, conseqüentemente, fazendo com que um diagnóstico detalhado sobre as condições de vida de uma grande massa populacional passe despercebida (porque ainda existe um sistema público de saúde que supervaloriza uma política econômica neoliberal). Nesse contexto, analisando o que Lima (2021) descreve sobre a temática, é possível observar uma afirmativa do que foi mencionado por Facco (2020), que as práticas de cura e cuidado, desenvolvidas em territórios de matrizes africanas, têm sido ignoradas e subjugadas na sociedade capitalista. Entretanto, os saberes e fazeres em saúde com o uso das ervas medicinais e espiritualidade, ancorados na ancestralidade, podem ser relevantes para a conservação e manutenção de modos de vida e reprodução social das mulheres quilombolas.

Pode-se constatar que esses conhecimentos populares tradicionais, com os avanços do neoliberalismo econômico, vêm sofrendo fortes pressões para que caiam em esquecimento e desapareçam, pois, apesar de o Brasil possuir mais de três mil comunidades quilombolas, poucos são os estudos acerca da forma de vida quilombola e da sua relação com a flora, principalmente no que diz respeito ao uso das plantas medicinais (Facco, 2020). Esses saberes poderiam reforçar estratégias de resistência e contribuir para a preservação de modos de vida quilombolas (Facco, 2020), viabilizando espaços formativos, nos quais houvesse um efetivo diálogo entre os saberes populares e o saber científico, percebendo e acompanhando os processos educativos de um grupo de mulheres pertencentes a um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre (RS) (Facco, 2020).

Decorre do exposto que os saberes sobre ervas medicinais são parte essencial da experiência econômico-cultural das mulheres quilombolas, que têm suas origens na ancestralidade e são transmitidos de geração a geração nas suas atividades diárias, dentro ou fora da comunidade, particularmente por meio de sua relação de trabalho. Deste modo, pressupõe-se que haja uma autovalorização desses saberes pelos sujeitos que os produzem, tendo em vista que tais saberes poderiam reforçar estratégias de resistência, contribuindo para assegurar a preservação do modo de vida quilombola (Facco, 2020).

Ainda de acordo com as análises da autora, o uso das ervas medicinais para o tratamento de doenças faz parte de saberes que foram repassados de geração a geração e permanecem presentes, até mesmo em comunidades urbanas, foco do seu estudo – resguardadas as devidas mudanças pragmáticas provocadas pelo afastamento do rural, que passou a representar o passado e o atraso. Contudo, mesmo com o reconhecimento das ciências modernas sobre a importância das propriedades medicinais presentes nas plantas para a produção de medicamentos nas indústrias farmacêuticas e nos laboratórios, é notório, por parte desta mesma ciência, a desvalorização e exclusão dos saberes populares de mulheres quilombolas.

Esse é um problema significativo, na medida em que subjuga a cultura popular desses povos e, conseqüentemente, impacta negativamente no empoderamento dos grupos populacionais, diante dos seus saberes e fazeres. A autora sustenta, ainda, a afirmativa acerca da importância das lutas de mulheres negras quilombolas pela superação do preconceito e da desigualdade que lhes foram historicamente impostos.

Cabe destacar, aqui, alguns conceitos-chave abordados pela pesquisadora, a saber: o conhecimento tradicional que circula nas comunidades diz respeito às informações acumuladas ao longo do tempo, por suas práticas, seus valores, suas crenças, sua cultura, seus saberes populares, suas vivências e experiências. Tais conhecimentos são modificados pela comunidade ao longo de sua história. O saber popular constitui um conjunto de conhecimentos que são adquiridos de forma empírica, transmitidos de geração a geração pela oralidade, gestos e atitudes, baseados em crenças, opiniões e superstições, também devido ao restrito acesso destes grupos (mesmo na atualidade) àquilo que é considerado saber científico. Os saberes populares são o legado das comunidades, os saberes que todos têm e que podem ser compartilhados, pois sempre há lugar para um novo saber. Tornam-se referência para o cotidiano imediato e para que os grupos populares externem suas visões de mundo, compondo a cultura popular. Tais saberes, por vezes, passam a ser reconhecidos, em uma sociedade de consumo, a partir do seu valor monetário, daquilo que podem render aos que dele se apropriam. Contudo, são saberes da resistência, que manifestam a boniteza e a vocação ontológica dos homens e das mulheres por

ensinar e aprender. Eles permitem o reconhecimento da própria história, proporcionando um sentimento de pertencimento à comunidade (Facco, 2020).

Assim, analisando o que foi trazido pela literatura, importa pontuar o que foi posto pela autora: por meio de sua pesquisa, é possível perceber a importância de processos formativos em comunidades e para os povos originários de quilombo, cujo objetivo é fortalecer a autonomia e o empoderamento das mulheres, propiciando melhores condições de vida e de expressão de suas vozes, visibilizando os seus saberes e fazeres, sem perder de vista a importância dos trabalhos manuais e do uso das ervas na construção do seu processo emancipatório. Os saberes dos trabalhos cotidianos desenvolvidos por essas mulheres quilombolas, em conjunto com experiências compartilhadas, são responsáveis pela produção e reprodução dos saberes locais, sendo fundamentais para a manutenção de sua cultura, modo de vida, costumes e valores que são repassados de geração a geração.

A respeito das práticas de saúde de benzedeiras e parteiras, Dias (2020), Quaresma (2021), Penaforte (2021) e Oliveira (2019) discorrem, em suas respectivas dissertações, especificamente sobre a temática, pois nos quatro trabalhos analisados fica evidente a interação das quatro autoras, no que diz respeito aos saberes e fazeres que integram as práticas de cuidado em saúde, desveladas no ofício das benzedeiras e parteiras brasileiras.

Conforme mencionado por Dias (2019), a prática do benzimento faz parte de um processo educacional compartilhado entre os familiares e a comunidade, por meio das relações de generosidade e reciprocidade. São mulheres negras quilombolas guardiãs de grandes saberes e conhecimentos, que mantêm uma relação de reciprocidade com a terra e a natureza, fazendo uso de uma diversidade de plantas para fins terapêuticos, contrários às ideologias capitalistas, que priorizam interesses econômicos e lucrativos em detrimento da vida humana. As populações que vivem nesses territórios utilizam os recursos da natureza capitalista de forma sustentável, respeitando a biodiversidade e a capacidade de recuperação e conservação do meio ambiente. Compreendemos, com isso, que os saberes e fazeres praticados por mulheres quilombolas evidenciam não apenas a potencialidade dos seus conhecimentos populares em saúde, mas também geram uma relação de generosidade, reciprocidade e partilha, apreciada em uma experiência comunitária de cuidado com a natureza, o território e as pessoas ao redor. Isto faz com que novos caminhos interpretativos sobre o comportamento afro-brasileiro sejam pensados, provocando um rompimento com experiências individualizadas (Dias, 2019).

De acordo com as literaturas observadas, no entanto, os saberes e fazeres em saúde, relacionados à temática do benzimento, do trabalho das parteiras e do uso de ervas medicinais, e que compõem a cultura popular, ligada a um processo educativo que não acontece dentro de

uma instituição escolar formal, sofrem os efeitos perversos do preconceito e da discriminação (Dias, 2019; Quaresma, 2021; Penaforte, 2021; Oliveira, 2019), correndo o sério risco de serem esquecidos e desaparecerem.

Do ponto de vista das autoras analisadas nesta revisão sistemática, é perceptível, nas oito dissertações, a concordância entre elas sobre o preconceito velado contra as culturas afro-brasileiras. São as mulheres negras, portanto, as que mais sofrem com as desigualdades que marcaram e marcam suas vidas, em comparação com as experiências da branquitude. Essas diferenças são comprovadas por indicadores sociais que medem níveis de escolaridade, acesso ao mercado de trabalho, violências, precariedade de acesso ao serviço de saúde e de educação, dentre outras diferenças que colocam as mulheres negras na base da pirâmide da dissimilaridades sociais (Pereira, 2021).

Os argumentos presentes nas pesquisas provocam a reflexão sobre as formas como os conhecimentos científicos foram estruturados dentro das academias: de um modo hierarquizado, contrário ao popular, como o único válido, inquestionável, enquanto o saber popular não tinha importância diante dos conhecimentos produzidos na universidade. Sendo assim, fica evidente a necessidade da promoção da aproximação entre conhecimento científico e popular, tendo em vista que o aprendizado é compartilhado oralmente entre as gerações, pois a diversidade dos saberes tradicionais resulta da relação dialógica entre os diferentes saberes (Quaresma, 2021).

A autora faz menção ao avanço da modernização na comunidade: a implantação dos postos de saúde em territórios tradicionais, o acesso às mídias digitais e a chegada da luz elétrica evoluíram para uma mudança dos valores culturais das pessoas, tendo “[...] acesso a vários tipos de conhecimento, como o científico, e às outras formas de tratar suas dores e sofrimentos” (Quaresma, 2021, p. 51).

Não é novidade que ainda persiste uma divergência entre o saber técnico e o saber popular. Isso se torna evidente na verificação de que ainda existem poucas biografias e estudos sobre os conhecimentos a respeito da educação popular e saúde nos territórios quilombolas; também existem a exclusão, o preconceito e a invisibilidade dos saberes populares, acerca da diversidade cultural e popular, principalmente quando relacionados às trajetórias de mulheres negras, que tiveram sua história de vida marcada pela subalternização e opressão, condenadas por um sistema patriarcal que as desrespeita, desvaloriza e tenta silenciá-las. Mesmo assim, essas mulheres encontram força para lutar e resistir, para não deixar morrer a cultura, os saberes e fazeres em saúde, por meio da utilização dos recursos da natureza e dos conhecimentos divinos para cura de malefícios que importunam o corpo biológico.

Penaforte (2021) destaca, ainda, a simplicidade dessas mulheres rezadeiras, que carregam o dom de cuidar das pessoas por meio de banhos, chás e garrafadas, e, principalmente, pela reza, partilhando, de forma dialógica, saberes e conhecimento, mantendo uma amorosidade com a vida de um outro popular (Vasconcelos, 2001), compartilhado em seu entorno.

Em aspectos gerais, pode-se afirmar que, na revisão sistemática sobre o tema, os trabalhos de Dias (2019), Quaresma (2021) Penaforte (2021) e Oliveira (2019), apresentados por meio de relatos orais sobre os saberes e fazeres de mulheres quilombolas em saúde, trouxeram contribuições relevantes, tendo em vista a preocupação das autoras em evidenciar os saberes e fazeres em saúde que emergem das práticas de cuidado das mulheres quilombolas, atreladas ao campo da educação popular. Mesmo diante da hegemonia cultural, política e econômica que circula por esses territórios, elas são capazes de criar as mais diversas estratégias de sobrevivência.

Sendo assim, as análises dessas reflexões evidenciam a potencialidade do cuidado, a partir da experiência das mulheres quilombolas. São elas as principais responsáveis pela transmissão dos saberes e fazeres, repassados de geração em geração, seja no cuidado com a terra, natureza, território, pessoas, alimentação, dentre outros, onde há uma construção de identidade que produz, no seu dia a dia, condições concretas para sua sobrevivência no território. Assim, essas mulheres se tornam protagonistas da sua história e, com isso, quem sabe, possam vir a transformar as estruturas perversas que as condicionam a condições injustas de subalternização e opressão, somado a um esforço coletivo, mobilizado e pensado dos movimentos populares, construindo novas relações humanas, enraizadas em novas formas de produzir e viver no território, materializadas na dignidade humana e justiça social.

3.4 Achados referentes ao estudo sobre mulheres quilombolas e educação popular

O mapeamento dessas produções científicas, por meio da revisão sistemática, proporcionou uma análise crítica e reflexiva dos saberes e fazeres de mulheres quilombolas e sua interface com espaços educativos não escolares. Pode-se ver uma diversidade de saberes populares nas práticas de cura e cuidado desenvolvidas no ofício dessas mulheres, principalmente relacionadas ao uso das plantas medicinais, do benzimento e da espiritualidade. São atividades realizadas para a cura e cuidado em saúde, que envolvem afeto, companheirismo, diálogo, respeito e solidariedade, fazendo com que tais mulheres sejam referências dentro da comunidade e mantenham vínculos de afetividade com as pessoas que as rodeiam, numa relação dialógica e harmoniosa com a vida e com a natureza.

Outra questão apresentada pelas pesquisadoras e que gera preocupação para o campo das Ciências Sociais é que, com o neoliberalismo, a medicina convencional avança para áreas remotas, colocando os saberes populares sob a forte ameaça de desaparecerem. A expansão desses serviços para áreas marginalizadas continua presa ao modelo da medicina tradicional, hegemônica, centrada na sintomatologia e com prescrição de medicamentos sintéticos.

Verifica-se uma similaridade de ideias entre as pesquisadoras, no que diz respeito ao sistema capitalista hegemônico, caracterizado como um sistema destrutivo à cultura popular, já que tenta aniquilar os saberes e fazeres produzidos pelas mulheres dentro do território. Para tanto, os estudos apresentam comunidades onde as mulheres exercem um papel político, econômico e social, desenvolvido principalmente no campo da diversidade de saberes que elas mantêm e que são passados de geração a geração, aprendidos de seus ancestrais.

Apesar dessa importância para o desenvolvimento da formação humana e social dentro das comunidades, os estudos evidenciam discriminação e exclusão dos saberes populares de prática de cura e cuidado em saúde, desenvolvidos por mulheres quilombolas, principalmente pelos serviços de saúde. A maioria dos estudos estão relacionados à área de educação. Utilizando os descritores selecionados para buscas em ciências da saúde, não foram encontradas produções que abordem a temática.

Os trabalhos posteriormente descartados, por não atingirem os objetivos desta revisão sistemática, trazem a experiência com mulheres quilombolas, focadas na doença e no doente, evidenciando o corpo em uma perspectiva biológica ou de reprodução humana, ignorando o processo saúde-doença como um fator social, que deve ser tratado em sua totalidade. Ao abordar o processo educativo em saúde, ainda permanece centralizado em ações curativas e prevenção de doenças específicas, desconsiderando o contexto de vida das mulheres quilombolas, indígenas, ribeirinhas, dentre tantas outras, que vivem graves situações de vulnerabilidade social, atravessadas por um contexto de opressão, subalternização e negação de seus direitos básicos de cidadania.

Por fim, o levantamento das produções revelou um pequeno número de pesquisas relacionadas ao tema, destacando a necessidade de realização de novos estudos que aprofundem a temática, dada a sua relevância. As mulheres quilombolas, por meio dos seus saberes e fazeres em saúde, potencializam práticas de cura, cuidado e educação, que podem trazer contribuições importantes para o campo da saúde coletiva, em especial para a ESF, tendo em vista a possibilidade de trabalhar em uma área geográfica delimitada, onde vive uma população específica, historicamente marcada pelas estruturas sociais de desigualdade, exclusão e pobreza, mas que carregam em sua essência formas de cuidado que são mantidas por meio da

boa relação com a terra, a natureza e a sociedade, abrindo espaços para a produção de saberes construídos na coletividade. Nesse sentido, percebemos a importância de um modelo de educação transgressor, capaz de escutar e dar voz a essa população, cujos saberes e fazeres são referências de vida e têm muito a ensinar sobre práticas de cura e cuidado em saúde, que vão além dos fatores biológicos, por estarem fundamentados na dinâmica da vida.

4 PERCURSO METODOLÓGICO: A PARTIR DA PESQUISA PARTICIPANTE-AÇÃO

A metodologia da pesquisa é fundamental, pois apresenta os aspectos técnicos e procedimentos trilhados para validação do estudo e possibilita maior aproximação com o objeto investigado, que aqui, neste estudo, faz-se por meio da questão: de que modo os saberes e fazeres de mulheres no Quilombo de Trindade, localizado no município de Biritinga (BA), potencializam práticas educativas não escolares, ao desenvolverem situações de cura e cuidado em saúde individual e coletiva?

Nesta perspectiva, com a materialidade da reflexão que se constitui a partir da diversidade de saberes que emergem de uma realidade concreta e das relações sociais de mulheres no quilombo, objetivamos a construção compartilhada entre diferentes saberes, no sentido de unificar “[...] teoria e prática em práxis sociais definidas” (Brandão, 1984, p. 164), mediante o diálogo, a escuta e a interação entre os sujeitos.

Nesse movimento, a presente dissertação tem na educação popular e saúde, em espaços não escolares, suas bases epistemológicas, cuja construção dos saberes acontece tecida em uma teia de interação, relação e experiência, que envolve um abraço coletivo no processo de aquisição de saberes.

Por isso, o saber requer uma ação consciente dos sujeitos no mundo, de modo a reconhecer uma dada realidade, interpretar e transformar, e justamente a partir dessa reflexão sobre o vivido, fecundado pelo conhecimento já existente, que remete à práxis, cada vez mais rica de possibilidades (Pulga, 2015). Isso consistiria em um projeto de mudança e transformação social, ancorado por uma conduta de respeito, diálogo e interação humana, em espaços onde a injustiça e as desigualdades sociais imperam com maior força.

Aqui se inserem os desafios e limites que perpassam o processo de construção de uma pesquisa acadêmica no campo social, uma vez que exigem do pesquisador sua capacidade crítica e reflexiva de interpretação da realidade, em que o conhecimento se constitui na relação intersubjetiva de ambos os sujeitos. Assim, o diálogo, a escuta e a empatia são partes essenciais dessa ambientação, para que, juntos, pesquisador(a) e pesquisado(a) possam perceber subjetivamente sua realidade, analisar, problematizar, investigar e sobre ela intervir, mediante a produção do saber construído pela experiência humana e popular (Pulga, 2015).

Neste caso, diante de tal constatação, adotaremos nesta investigação uma postura contra-hegemônica no campo da saúde coletiva, de modo a legitimar a relevância e potencialidade dos saberes e fazeres em saúde, produzidos no contexto de vida de mulheres

quilombolas, elemento essencial para a transformação social, comprometido com um projeto de vida, pautado na equidade, justiça e dignidade humana, sendo estes os pilares que devem reger a sociedade.

Por se tratar de uma pesquisa sobre a realidade concreta dos sujeitos envolvidos no processo de investigação, o estudo se caracteriza como uma pesquisa participante-ação, de abordagem quanti-qualitativa.

Na pesquisa participante-ação, princípio orientador das ciências populares, dimensões abordadas nos estudos realizados por Gil (2008) e Brandão (1981), articulam-se com o campo da educação popular, por centralizar seus problemas de investigação na participação e valorização dos saberes e fazeres populares, principalmente por dar ênfase às classes oprimidas, excluídas e subalternas, permitindo o desenvolvimento da capacidade de organicidade dos movimentos sociais.

Dá-se a importância de um trabalho que suscita a construção participativa, dialógica, solidária e popular do conhecimento, valorizando o saber e fazer das pessoas e dos vários grupos sociais e permitindo que os envolvidos na investigação possam participar ativamente do processo de aquisição de novos conhecimentos e, posteriormente, criar mecanismos de luta e resistência contrários à valorização da hegemonia dominante (Saquet, 2019).

Brandão e Borges (2008) advogam que, na pesquisa participante-ação, os sujeitos “[...] aspiram a participar de processos mais amplos e contínuos de construção progressiva de um saber mais partilhado, mais abrangente e mais sensível às origens do conhecimento popular” (Brandão; Borges, 2008, p. 51). É justamente por meio dessa integração entre pessoas e grupos sociais, implicados na investigação, que acontece a produção e construção coletiva do saber.

Também se faz presente, na metodologia deste trabalho, a perspectiva quanti-qualitativa, tendo em vista que não são procedimentos antagônicos. Ao contrário do que se pensa, elas podem ser utilizadas de forma complementar, de acordo com o objeto a ser estudado, e a realidade abrangida por elas interagem dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, 1994; Proetti, 2017), uma vez que essa abordagem possibilita uma maior apreensão e interpretação dos processos históricos e dos fenômenos investigados em sua totalidade.

Trata-se de uma investigação que busca a essência dos fatos na realidade concreta, permeada pelas contradições políticas, econômicas e sociais (Pulga, 2015). Com isso, percebemos a importância de uma metodologia de trabalho que possibilite agrupar um conjunto de técnicas para análises e interpretações da realidade, exercida em um determinado contexto.

Nesse sentido, Gatti (2012) defende que o objetivo do estudo não pode ser alcançado com dados qualitativos e quantitativos, usados de forma aleatória e fragmentada. É fundamental que haja a complementariedade e agrupamento de ambos os procedimentos. Logo, a quantidade é entendida como uma tradução, um significado que é atribuído à grandeza com que um fenômeno se apresenta. Por outro lado, ela precisa ser interpretada qualitativamente, pois sem relação a algum referencial não tem significação em si.

Nessa perspectiva, com o intuito de obter informações mais abrangentes, esta dissertação também percorreu outros aspectos técnicos e metodológicos favoráveis ao processo de reflexão e interpretação da realidade, em diferentes contextos, a saber: observação participante; registro escrito em caderno de campo; entrevista narrativa, com roda de conversa, técnica que permite que o entrevistado apresente um relato longo e coerente da própria vida como um todo, partindo de uma pergunta geradora de forma ampla (Flick, 2013); registros fotográficos da minha inserção como pesquisadora no território; e recursos audiovisuais.

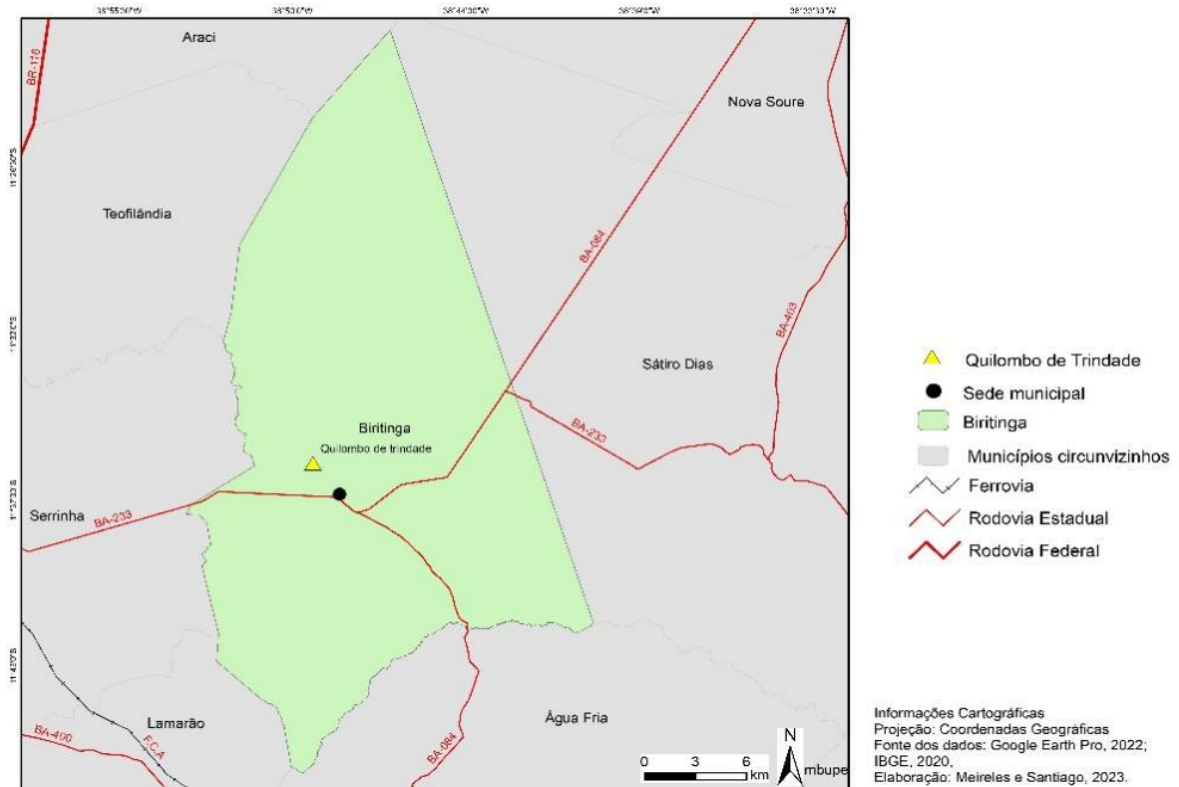
Na perspectiva de traçar diálogo junto ao coletivo de mulheres do Quilombo de Trindade, multirreferenciada na interface com a educação popular, a Tenda do Conto (Gadelha, 2015) foi utilizada como parte do dispositivo desta pesquisa, tendo como base a construção compartilhada de saberes que emergem das experiências populares em espaços não escolares, com referência aos ensinamentos de Paulo Freire, problematizando a realidade que está presente nos territórios, mantendo o diálogo e a escuta como mediadora desses conflitos.

Como parte dos resultados de esforços em andamento para a construção da pesquisa, vamos compartilhar um Cartilha Cultural de Saúde da Família, de plantas medicinais usadas pelas mulheres no Quilombo de Trindade, Biritinga (BA).

4.1 Localização e contextualização do cenário de pesquisa

O universo de que trata a presente investigação compreende o Quilombo de Trindade, localizado na área rural do município de Biritinga, situada a aproximadamente 2 km da área urbana do município (mapa 4). Sua via de acesso se dá por estrada de chão, o que representa uma dificuldade de acesso, principalmente em períodos de chuva. Segundo informações dos três agentes comunitários de saúde que atuam no território junto à equipe de saúde, em conversa formal realizada em outubro de 2023, são 250 famílias cadastradas e atendidas no posto satélite localizado no Quilombo.

Mapa 4 – Localização do Quilombo de Trindade (Biritinga-BA)



Fonte: Elaborado por Meireles e Santiago (2023).

Oficialmente, na área rural de Biritinga, existem dois quilombos reconhecidos, o Território Quilombo de Vila Nova e o Território Quilombo de Trindade. Neste ambiente, acompanhei os saberes e fazeres de oito mulheres que exercem suas práticas de cura e cuidado em espaços populares e não escolares. A escolha pelo campo de pesquisa primou pelo fato de ele fazer parte da área de abrangência da UBS Pontal, da qual participo na condição de Agente Comunitária de Saúde.

A economia na comunidade gira em torno da agricultura de subsistência, com o plantio de milho e mandioca, e da pecuária, com a criação de bovinos, caprinos e ovinos; aposentadoria rural; Bolsa Família; e o serviços públicos municipais. Além disso, são realizadas atividades artesanais, como a confecção, por mulheres, de itens de palha da pindoba, produtos como esteiras, peneiras e chapéus. Historicamente, a região é marcada pela irregularidade de chuvas e estiagem prolongada, o que provoca graves problemas ambientais, sociais e econômicos, sobretudo para as pessoas do campo (Santos, 2012).

De acordo com relatos orais dos antigos moradores do Quilombo, não existem registros históricos documentados sobre a formação do Quilombo de Trindade. A crença é a de que sua origem está situada no final do século XVIII e início do século XIX, no momento em que negros

vindos de fazendas do Estado da Bahia, Pernambuco e Ceará, buscando por reexistência, organizaram-se coletivamente naquele local.

Os estudos de Santos (2016) acerca da história e da formação do Quilombo de Trindade reforçam que a origem do Quilombo está relacionada a um conjunto de fatores históricos, políticos, culturais, sociais e econômicos, elementos que marcaram a vida da população desde os primeiros moradores. Portanto, de acordo com suas abordagens, tudo começou com a chegada de alguns negros que, em busca de abrigo, proteção e resistência contra o sistema escravista, refugiaram-se naquele espaço, local de difícil acesso. Passando, então, a acolher os companheiros em igual situação, formaram os grupos que constituíram o Quilombo, que eram situados em contextos de interação humana, com base nas experiências coletivas. Assim, a territorialidade local, que vai além do grau de parentesco, converge em um modo particular de produção da vida, resistência e luta por permanecer naquele território (Alves *et al.*, 2023).

Episódios de preconceito, de violência, de racismo estrutural, até a discriminação pela condição socioeconômica, política, cultural, de gênero, raça e classe, são marcadores sociais da diferença (Pereira, 2021), que perduraram nos quilombos durante anos, produto de um modelo colonial edificado na desumanização desses povos, aspectos que reafirmam as marcas de silenciamento impostas aos negros desde o período da escravidão (Pereira, 2021; Alves *et al.*, 2023).

Deste modo, no Quilombo de Trindade, esses marcadores aparecem nas falas dos moradores, enfatizados por representações negativas e pejorativas do espaço. Como primeira nomenclatura, Trindade recebeu o nome de “Picada e Picado”, por se tratar de um espaço de difícil acesso, aonde se podia chegar a pé por pequenas veredas dentro do mato, em que os escravos se embrenhavam na mata, sempre atentos às pisadas dos animais e aos barulhos que ameaçassem a segurança. Em seguida, recebeu a denominação “Caldeirão do Cão”, devido ao elevado nível de violência e confusão criado pelos próprios moradores ou seus frequentadores, e assim passou a ser considerado um lugar de maldição (Santos, 2016).

O Território Quilombola de Trindade preserva, em sua história, forte influência das manifestações religiosas que perpassam as devoções dedicadas aos santos, os quais têm participação expressiva da população, bem como os movimentos do samba de roda. Mesmo existindo uma diversidade religiosa, dividida entre católicos, evangélicos e umbandistas, o catolicismo aparece com grande representatividade; dentre as maiores expressões, está o festejo a São José, realizado no dia 19 de março pelos fiéis católicos. Essa tradição religiosa

teve início em meados da década de 60, época em que a população se viu ameaçada pela peste bubônica³¹, o tétano neonatal (popularmente conhecido como mal de sete) e a violência, responsáveis por muitos óbitos naquele local. Com isso, acreditando ser uma maldição divina, os moradores se uniram em promessa, rogando a intercessão de São José, pois tinham fé de que ele era capaz de afastar as doenças que ameaçavam se abater sobre várias pessoas naquele espaço. Assim, se o milagre se realizasse, seria erguido um Cruzeiro no local, em homenagem às três pessoas da Santíssima Trindade (o Pai, o Filho e o Espírito Santo).

Foi desse modo que o nome de Trindade se deu, em ação de graças pelo milagre concedido. De acordo com Santos (2016), o Cruzeiro foi construído em meados da década de 60 e, em seguida, teve início a construção da capela no Quilombo. Como os mutirões eram uma prática comum entre os moradores locais, estes se uniram em prol desse objetivo e, por meio do cooperativismo, organicidade popular e muitos braços, construíram a capela, que tem por padroeiro São José, comemorado todos os anos no dia 19 de março (em ação de graças ao milagre recebido).

O Território Quilombola de Trindade foi oficialmente reconhecido como remanescente de quilombo em 13 de maio de 2019 pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, e pela Lei nº 7.668/88, que, instituído pela Fundação Cultural Palmares.

Mesmo inserido num espaço rural, existe uma estreita relação da população com o espaço urbano, devido à proximidade com a cidade. No caso em estudo, encontramos no quilombo diversos elementos característicos de um espaço urbano, como residências muito próximas umas das outras, pequenos espaços pavimentados, creche em tempo integral, bares e mercadinhos. A coleta de lixo ocorre uma vez na semana.

Referente à educação, Trindade possui uma escola, a Escola Municipal Aristeu Barbosa, com oferta da educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental. A estrutura física da escola é bastante precária, com salas apertadas, sem iluminação, cadeiras e armários bastante danificados, e também falta material didático apropriado para atender o estudante do campo. Os estudantes, ao concluírem as séries iniciais, são encaminhados para o centro urbano de Biritinga, para onde se deslocam de transporte escolar e estudam até a conclusão do terceiro ano do ensino médio.

Quanto à posse da terra, ela passa pela lógica familiar, como herança de pais para filhos. As terras são cercadas, constituindo pequenos espaços de plantio de milho, feijão e mandioca

³¹ Conforme os óbitos registrados no cartório de registro civil de Biritinga, no Livro C-06, p. 34 nº 106, o período em que mais aconteceram óbitos, devido à peste bubônica, foi aquele compreendido entre 1926 e 1932.

para área de pastos. Como alternativa de renda, as famílias no quilombo, com a participação dos filhos, em períodos de plantio e colheita da lavoura, vendem o dia de trabalho a outros proprietários que necessitam realizar a colheita em períodos prolongados.

O ponto satélite localizado no quilombo possui atendimento médico e de enfermagem uma vez por semana em meio período. Com isso, em casos urgentes de saúde, é necessário o deslocamento da população para o hospital municipal de Biritinga, ou clínicas privadas no referido município. Existe um(a) agente comunitário(a) de saúde no Território Quilombola de Trindade, servindo de elo de ligação entre a população e o serviço de saúde.

Atualmente, o Território Quilombola de Trindade tem como base organizativa a Associação Quilombola Maria de Juvêncio (Aquimaju). Apesar da sua importância e do esforço do presidente na organização dos sujeitos coletivos para a efetivação dos seus direitos básicos de cidadania, nas reuniões mensais, a resolução dos problemas abordados ainda permanece atrelada aos interesses dos políticos municipais, para que sejam tomadas as decisões e iniciativas cabíveis.

A diversidade cultural de Trindade passa pelo samba de roda, festa do padroeiro São José, com nove dias de festa, devoção à Santa Bárbara e a São Cosme e São Damião, com rezas realizadas em residências, onde os devotos dos santos pagam promessas e oferecem o caruru a sete meninos, a Santa Barbara, dias santos como Natal e Páscoa, Nossa Senhora, missa mensal e o culto celebrado por ministros(as) aos domingos. É pertinente ressaltar que, por se tratar de um território quilombola, onde a religião de matrizes africanas deveria exercer forte influência simbólica, constatou-se a ausência de terreiro de umbanda no quilombo. Essas práticas religiosas, por pessoas adeptas à tal prática religiosa, são realizadas no espaço urbano de Biritinga.

As relações de parentescos e compadrio são muito presentes no quilombo, que se expressam em muitos dos seus costumes, como na escolha de padrinhos de batismo para as crianças ou compadrios firmados nas fogueiras juninas³², onde, em geral, o compromisso assumido é mantido pela vida inteira.

Historicamente, as práticas de cura e cuidado com uso de ervas medicinais e espiritualidade marcaram o modo de vida das pessoas do quilombo, contexto em que era recorrente, por parte da população, buscar nos saberes e fazeres de parteiras, rezadeiras e nos benefícios das ervas medicinais a cura para as doenças que afortunavam o corpo biológico.

³² Era uma prática comum nos festejos juninos em que as pessoas davam voltas ao redor da fogueira, seguido no ato de saltar a fogueira de um lado para outro, proferindo algumas palavras. O compromisso firmado era seguido pela vida inteira.

Ainda há pessoas que sabem esses ofícios, e tais pessoas são, em sua maioria, mulheres³³. Contudo, com o advento da medicina convencional, ampliação dos serviços públicos de saúde no campo e o avanço das mídias digitais, esse legado vem sofrendo a séria ameaça de desaparecer, de cair no esquecimento.

Atualmente, não existe em Trindade pessoas que desempenhem o exercício de parteira, mas o legado das parteiras permanece vivo na memória coletiva dos moradores do quilombo. Como exemplo disso, pode-se citar o nome do posto de saúde e da associação do quilombo, que, em homenagem à senhora Bernadete Maria de Jesus, popularmente conhecida por Maria de Juvêncio, receberam o nome dela, em reconhecimento ao seu bom desempenho como parteira.

O exercício de parteira marcou o contexto de vida de gerações. Saberes advindos da espiritualidade e ancestralidade eram atividades fundamentadas na sensibilidade, cumplicidade, afeto, cuidado e preocupação com o outro, pautadas em uma relação de diálogo e amizade para humanizar o atendimento às mulheres em trabalho de parto (Quaresma, 2021). Essas mulheres construíram um lugar de destaque e liderança em seus territórios. Com o advento da medicina convencional (Lopes, 2019), contudo, esses saberes vêm sendo negligenciados e perdendo espaços, principalmente em locais assistidos pelas ESF. Diante de um contexto tão complexo como esse, devemos considerar ainda a influência da mídia digital na vida dos jovens, exercendo forte influência sobre a diversidade cultural dos povos, em seus respectivos territórios.

Nesse sentido, ampliar o escopo de uma educação comprometida com as classes populares, que respeita a diversidade cultural, os saberes e fazeres desses povos, torna-se de grande valia para o campo da saúde coletiva, em especial para a ESF, compreendendo que o quilombo é um lugar de luta e resistência, onde pessoas marginalizadas e excluídas se reconhecem como remanescentes quilombolas, identificam-se com sua ancestralidade e criam espaços produtores de vida e saúde, constituídos por meio de uma relação harmoniosa, de respeito, diálogo e amor com a terra, território, natureza e sociedade (Quaresma, 2021), fatores essenciais para a humanização da vida.

³³ Na pesquisa *in loco*, encontramos alguns homens que também realizam a função (reza, chás e garrafadas), porém optamos por não incluir no estudo.

4.2 Tenda do Conto: dispositivo de pesquisa, entrelaçando saberes entre saúde, família e território

A Tenda do Conto se apresenta como um espaço educativo, democrático e participativo, possibilitando a escuta sensível e atenta da história de vida do outro, pautada no diálogo e na problematização da realidade em diferentes contextos. Com isso, por meio da Tenda do Conto, que é apresentada por Gadelha (2015) como dispositivo pedagógico que pode ser usado na pesquisa em educação, buscou-se o diálogo com o movimento popular de mulheres do Quilombo de Trindade sobre os saberes e fazeres em saúde que emergem das suas experiências individuais e coletivas.

A Tenda do Conto³⁴, fundamentada numa perspectiva freiriana e idealizada pela enfermeira Jacqueline Abrantes Gadelha, caracteriza-se como uma prática integrativa do cuidado em saúde ou de intervenção psicossocial, cujo foco é narrar uma história de vida a partir de guardados e experimentação do corpo, podendo ser utilizada em determinados contextos, como Roda de Conversa, Círculo de Cultura e Terapia Comunitária (Afonso; Abade, 2008; Brandão, 2008; Barreto, 2005). Ela é favorável a uma escuta sensível e atenta dos envolvidos no processo de aquisição do conhecimento, onde tecem coletivamente uma teia de relacionamento, assessorados pela troca de saberes, experiência, diálogo, acolhimento e escuta, partilhada entre pesquisador e pesquisados.

Gadelha (2015) destaca as necessidades que as pessoas têm de falar sobre si, dentro de um grupo, de contar suas vivências, sejam elas passadas ou presentes, no momento em que se sentem afetados por suas recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde. Segundo a autora, não existe uma fórmula para fazer a Tenda. Ela se faz pela arte dos que participam em cada lugar percorrido. Nela, os objetos postos sobre a mesa e os autores sociais encontram espaços de liberdade, movimento e expressão (Gadelha, 2015). Deste modo, com base nos ensinamentos freirianos, a Tenda do Conto funciona como uma unidade dialética onde a subjetividade toma conta do corpo na objetividade, gerando um conhecer solidário e uma ação consciente do ser humano no mundo, onde as culturas locais são valorizadas, bem como as

³⁴ Idealizada pela enfermeira Jacqueline Gadelha durante uma pesquisa de mestrado, defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, em um momento no qual sentiu seu corpo afetado pelas histórias dos pacientes dos serviços de Atenção Básica e, juntamente com agentes de saúde de Panatis e Soledade I, improvisaram uma tenda, para que profissionais em saúde pudessem fazer seus contos a partir das histórias e práticas do trabalho cotidiano. A estratégia da Tenda do Conto se assemelha a uma sala de visitas, com acentos expostos em círculos, uma poltrona coberta com colcha de retalho ou fuxico e almofadas coloridas; do lado há uma mesa com vários objetos expostos, que serão trazidos pelos participantes ou por quem irá conduzir a Tenda, objetos que remetem a lembranças afetivas ou a alguma representatividade do presente (Gadelha, 2015).

experiências e estratégias de enfrentamento dos problemas. Assim, esse dispositivo de pesquisa se apresenta como instrumento de grande potencial para viabilizar o diálogo e a reflexão acerca dos processos educativos que emergem dos saberes e fazeres quilombolas, ressignificando suas práticas de cura e cuidado, localizado historicamente em uma luta de classe por seus direitos básicos de cidadania.

O espaço escolhido para a realização da estratégia interventiva (Tenda do Conto) foi a Escola Municipal Aristeu Barbosa, localizada no próprio quilombo.

A Tenda do Conto, organizada e planejada para acontecer em três momentos distintos, apoia-se na busca de resposta, no diálogo mantido com as(os) interlocutoras(es) e colaboradoras(es), nos objetivos específicos que orientaram a construção desta dissertação, apresentados na introdução do trabalho e retomados no presente momento, ou seja: a) identificar a potencialidade dos saberes e fazeres em saúde, produzidos pelas mulheres no Quilombo de Trindade; b) compreender as contribuições dos saberes e fazeres das mulheres quilombolas em suas práticas de cura e cuidado em saúde, para a manutenção e reprodução da vida individual e coletiva da população quilombola; c) verificar se o atendimento técnico dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família dialogam com os saberes populares das mulheres no Quilombo de Trindade.

O encontro ocorreu, conforme planejado, nos meses de outubro e novembro de 2023, com duração de 1h30 a 3h. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e por ele autorizado e certificado no Parecer nº 6.450.395.

Esta fase da investigação se constitui em um aspecto fundamental, pois propicia que os participantes do estudo entrelacem coletivamente seus saberes populares, possibilita uma ação-reflexão sobre o objeto pesquisado e a abordagem do problema analisado, que, no presente caso, encontra-se na seguinte questão: de que modo os saberes e fazeres de mulheres no Quilombo de Trindade potencializam práticas educativas não escolares, ao desenvolverem situações de cura e cuidado em saúde individual e coletiva?

Durante o processo de investigação, contamos com a colaboração do presidente da Aquimaju, informante-chave para o desenvolvimento da pesquisa, fornecendo os subsídios necessários para a elaboração da proposta de estudo. Inicialmente, deu-se a troca de mensagens via WhatsApp³⁵, socializando algumas informações referentes ao trabalho de pesquisa, objetivos, problemas e justificativa. Em seguida, veio o agendamento de uma visita ao

³⁵ O convite às interlocutoras do estudo foi realizado pelo presidente da Aquimaju.

Quilombo de Trindade, por meio da qual se iniciou uma maior aproximação com o campo de pesquisa.

Ainda nesse processo de imersão no campo, foram buscadas informações gerais sobre o cenário de pesquisa e definido o perfil das(os) participantes da pesquisa. Nessa ocasião, surgiu a oportunidade de conhecer a filha da senhora Maria de Juvêncio, que falou, emocionada, sobre o trabalho da sua mãe e que ela era uma mulher simples, dedicada e muito sábia. Em sua atividade como parteira, sempre priorizou o cuidado com a parturiente e, assim, tinha em seu ofício de parteira uma prática carregada de muito amor, afeto e respeito.

Após a assinatura do termo de anuência do presidente da Aquimaju, tiveram lugar as observações participantes, como o registro em caderno de campo, de modo a obter informações gerais sobre o objeto pesquisado. Em seguida, foi a vez de, por meio do colaborador da investigação, entrar em contato direto com as mulheres participantes desta investigação, o que, por meio de um convite informal, realizou a mediação entre pesquisadora e suas interlocutoras.

As contribuintes do trabalho são oito mulheres³⁶, residentes no quilombo, na faixa etária de 39 a 80 anos. Os critérios utilizados para escolha das participantes foi: faixa etária maior que 18 anos; pertencimento ao território; saberes populares com uso de ervas medicinais e espiritualidade (rezas); e sensibilidade para participar da pesquisa. Os critérios de exclusão: menores de 18 anos; que não têm vínculo com o território; não têm conhecimentos sobre plantas medicinais; e não apresentam interesse em participar da pesquisa. De início, o objetivo era pesquisar os saberes e fazeres das mulheres, apenas com as ervas medicinais; contudo, na aproximação com o campo, ficou claro que a espiritualidade (rezas) exerce forte influência cultural no quilombo, por isso, resolvemos acrescentá-la à pesquisa.

4.3 Tenda do Conto: ações político-pedagógicas para fortalecimento dos saberes e fazeres em saúde de mulheres no Quilombo de Trindade

Assim, no mês de outubro de 2023, no turno matutino, com duração de 3h (das 9h30 às 12h30) aconteceu a primeira Tenda do Conto. Esse momento foi muito significativo, pois teve como objetivo, para esse fim, interagir, conhecer e identificar o perfil sociopolítico e cultural das interlocutoras e suas potencialidades em saberes e fazeres em saúde.

³⁶ Importa salientar que, durante as observações participantes, foi relatado, pelo presidente da associação, que, no quilombo, existiam homens que também realizam práticas de benzimento e utilizam ervas medicinais para cura, porém optamos por não inserir em nossa investigação.

Nessa intelecção, a pesquisa foi marcada por muitos afetos. As mulheres, em companhia do presidente da associação comunitária, entraram na sala em um clima festivo, segurando objetos que se relacionavam à sua subjetividade e singularidade (ramos verdes, cordão de algodão, terço e imagens de santo etc.), dispendo-os, depois, na mesa. Organizando-se em círculo, começaram a bater palma e entoar um samba de roda, que dizia: “Senhor dono da casa, me dê licença, me dê seu salão para vadiar”³⁷. Nesse momento, o salão ficou pequeno para tanta festividade. O molejo dos corpos demarcou aquele território, resgatando a memória afetiva, sua ancestralidade e ressignificando sua identidade quilombola, bem como suas experiências de luta e reexistência contra-hegemônicas.

Em seguida, as mulheres foram convidadas para se sentar em círculo. De início, apesar da minha aproximação com o território, devido à atuação profissional, o presidente da associação mediu a Tenda, dando as boas-vindas aos participantes, e me apresentou às mulheres enquanto pesquisadora. Todas foram muito receptivas e demonstraram acolhimento e gratidão pela escolha do campo de pesquisa. A partir daí, apresentei a proposta de trabalho, objetivos, problemas e o produto final que pretendíamos construir a partir dos saberes das suas experiências individuais e coletivas. Ressaltei, na fala, a importância da aproximação do pesquisador com o seu objeto de investigação, tendo em vista que os conhecimentos que levo para a universidade são frutos da minha militância nos movimentos sociais, na Igreja Católica e no saber fazer em saúde como agente comunitária. Após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B), que trata da ética em pesquisa com seres humanos, conforme resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, demos sequência aos trabalhos.

Com isso, iniciamos uma entrevista coletiva, com perguntas relativas a: idade, vínculo com o território, formação, religião, ocupação, raça/gênero, conforme organizado no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Informações sobre as(os) interlocutoras(es) da pesquisa

Pseudônimo ³⁸	Idade	Endereço	Formação	Religião	Ocupação	Raça/gênero
Rosa	38	Território de Trindade	Fundamental incompleto	Candomblé	Lavradora/bolsa família	Negra/mulher
Erva	39	Território de Trindade	Ensino médio incompleto	Católica	Lavradora/bolsa família	Negra/mulher
Ester	65	Território de Trindade	Analfabeta	Católica	Lavradora/aposentada	Negra/mulher

³⁷ Perambular: andar de um lado para o outro sem rumo, sem ocupação. Fonte: **Dicionário Didático**. 3. ed. São Paulo: Edições SM, 2009.

³⁸ Na construção deste produto, serão usados pseudônimos na referência às pessoas da pesquisa, como aparece no quadro acima, a fim de preservar a identidade de cada sujeito, conforme acertado por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido.

Carol	50	Território de Trindade	Fundamental incompleto	Católica	Lavradora/bolsa família	Negra/mulher
Helen	61	Território de Trindade	Fundamental Incompleto	Católica	Lavradora/aposentada	Negra/mulher
Ana	44	Território de Trindade	Ensino médio completo	Católica	Lavradora/bolsa família	Negra/mulher
Luzia	78	Território de Trindade	Analfabeta	Católica	Lavradora/aposentada	Negra/mulher
Maria	56	Território de Trindade	Fundamental incompleto	Católica	Lavradora/aposentada	Negra/mulher

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Com base nos dados desse quadro, é possível identificar que foram selecionadas oito mulheres para participarem da pesquisa, com faixa etária de 38 a 78 anos, todas residentes no quilombo.

No que tange aos aspectos educacionais, o nível de escolarização dessas mulheres ainda é muito baixo, uma vez que apenas uma tem ensino médio completo; uma não conseguiu concluir o ensino médio; duas não sabem ler e nem escrever; quatro estudaram somente o primeiro grau (ensino fundamental incompleto). Os dados apresentados evidenciam a desigualdade de acesso à educação escolar pelas mulheres pesquisadas, principalmente as mulheres idosas. Considerando que vivemos em uma sociedade letrada, a educação básica é um direito subjetivo de todos, sendo dever do Estado possibilitá-lo. Entretanto, a ausência de uma escola com práticas pedagógicas que atendam às especificidades e particularidades dos estudantes do território, além da ausência de políticas públicas educacionais direcionadas à população idosa, revelam a omissão do Estado com a população quilombola.

Em relação ao quesito religião, uma declara ser do candomblé e sete se identificam como católicas. Contudo, apesar da predominância do catolicismo entre os pesquisados, há forte influência de outros grupos religiosos, principalmente dos de matriz africana.

Sobre o aspecto econômico, geração de renda e as relações sociais do trabalho, quatro se apresentam como lavradoras/aposentadas, pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e quatro são lavradoras e beneficiárias do programa Bolsa Família. Portanto, pode-se aferir que a renda no quilombo gira em torno de um a meio salário mínimo. As participantes da pesquisa são as principais responsáveis pela geração de renda familiar e também pelos cuidados domésticos, alimentação, atividade agrícola com os quintais, a casa e os filhos. A arte de cuidar faz parte de todo o círculo de vida dessas mulheres (da infância à idade adulta).

Outro aspecto relevante é que as trabalhadoras rurais, mesmo com a aposentadoria, assumem exercer atividade na lavoura. Portanto, o vínculo com a terra, o território e a natureza é aspecto fundante nas relações sociais das mulheres do Quilombo de Trindade, e os laços de

parentesco, solidariedade e compadrio são elementos que evidenciam sua identidade quilombola, dando concretude à sua ancestralidade.

Com relação à categoria raça/gênero, é possível perceber a aceitação e atualização, por parte das interlocutoras na construção da identidade de mulher negra quilombola. Ao se autodeclararem todas como negra/mulher, questionamos se alguma delas já havia vivenciado alguma forma de discriminação, racismo ou preconceito por causa da cor/gênero. As oito mulheres responderam que não e uma delas completou, dizendo: “Nunca! Se me chamou não ouvi, oche! Se me chamar vou pra cima. Agradeço a Deus ser dessa qualidade, mulher preta, firme e forte, aqui aguenta baião (risos)” (Helen, outubro de 2023).

Fizemos o convite para que a poltrona fosse ocupada com uma pergunta geradora: “A poltrona está vazia³⁹. O que você tem a nos contar sobre suas vivências, experiências, saberes e fazeres de vocês no Quilombo de Trindade?”. Logo de início, percebemos uma certa resistência por parte das mulheres, pela timidez de se expressarem em público. Entretanto, o clima de confiança e acolhimento, provocado pela Tenda, fez com que, aos poucos, a poltrona fosse ocupada, suscitando as primeiras reflexões acerca de histórias de vida, saberes e fazeres, e as vivências começaram a ser partilhadas.

Figura 2 - Cenário da Tenda do Conto⁴⁰



³⁹ Espaço organizado como uma sala de estar, contando com uma mesa, cadeiras em círculo e, em destaque, uma poltrona coberta com colcha de crochê e fuxico. Sobre a mesa, estavam dispostos objetos que despertassem lembranças afetivas (terço, bíblia, imagens sagradas, rádio, etc.) que proporcionassem um ambiente familiar e acolhedor, facilitando o diálogo e a escuta.

⁴⁰ A fotografia apresentada do cenário de pesquisa é uma fotografia real, entretanto, como forma de preservar a privacidade das participantes da pesquisa, utilizamos uma arte digital, com o aplicativo Ibis PaintX. Para elaboração da arte, contamos com a colaboração da senhora Ana Beatriz Caldita.

Fonte: Arquivo da pesquisadora (outubro de 2023). Arte de Beatriz Caldita.

A primeira a ocupar a poltrona foi dona Helen, mulher alegre e espontânea que, com um sorriso estampado no rosto, disse: “Eu tive 17 filhos, hoje tenho 11, sofri muito para criar meus filhos sozinha, sem a presença do pai. Às vezes não tinha nada para oferecer para eles comer, mas lutei, batalhei, cuidei de todos, não entreguei meus filhos a ninguém”. E prosseguiu: “Às vezes eu ia com meu pai catar mangaba⁴¹ no tabuleiro” (Helen, outubro de 2023).

Dona Helen nos conta que pariu 14 (quatorze) filhos em casa e com ajuda de parteira:

Eu era muito bem cuidada. A partir dos primeiros meses de gestação já passava a ser cuidada. Quando se aproximava o parto, ela arrumava minha barriga e observava, caso a barriga estivesse descida me alertava que estava se aproximando a hora do parto. Não tive nem um parto complicado, aliás tive um, senti a dor, estava na roça, fui trazida pra casa em uma rede. Assim que a parteira chegou, viu logo que o parto era complicado, mas fez uma massagem em minha barriga com óleo de amêndoa doce e uma oração, logo a criança nasceu. (Helen, outubro de 2023).

Encontramos, na narrativa de dona Helen (2023), algo que nos chama atenção, ao se referir sobre o cuidado em saúde desempenhado no trabalho da parteira. O vínculo de confiança e reciprocidade entre cuidador e paciente surge desde os primeiros meses de gestação, até o pós-parto (conhecido entre profissionais de saúde como período puerpério, com duração aproximada de 45 a 60 dias, momento de transformação do corpo da mulher em que volta ao estado anterior à gravidez). Assim, por meio de um saber que surge da experiência popular, sem relação alguma com o saber técnico da medicina, as parteiras, no Quilombo de Trindade, contribuíram significativamente, tornando os momentos intensos de dor daquela mãe em uma atenção voltada para o acolhimento e humanização.

Dona Luzia (2023), que está no seu terceiro relacionamento conjugal, declarou ter parido 11 filhos, dos quais ficaram vivos apenas três. Questionada sobre o que aconteceu com os filhos, respondeu: “Não sei informar, um lembro que recebi no caixão, saiu para trabalhar em Salvador, passando anos sem dar notícias; sabia por outras pessoas que andava metido com o que não presta, ao retornar veio sem vida” (Luzia, outubro de 2023). Os marcadores sociais de opressão, subalternização e violência surgem na fala de dona Luzia como um elemento naturalizado, pois ela diz: “Fazer o quê? Eu tinha que aceitar. Essa era vontade de Deus” (Luzia, outubro de 2023). Ela sintetiza no depoimento uma trajetória de vida marcada por dor e

⁴¹ Fruta extraída da mangabeira e muito apreciada no Nordeste. Também chamada de mangaba-ovo, é comestível e utilizada na fabricação de sucos, sorvetes e doces.

sofrimento, porém a fé depositada em Deus e na divindade dos Santos foi imprescindível para superar tais situações:

Eu sofri, minha fia! Eu sofri! Tive onze fios, só tenho três vivos, não sei lhe dizer do que morreu (risos). Aliás, um não vingou na barriga, outro morreu afogado e o outro saiu, foi trabalhar pro lado de Salvador, recebi no caixão. Eu casei uma vez, marido ruim, me batia, não me dava de comer, aí aguentei muito tempo (risos), até que não aguentei mais e larguei (risos). Fiquei sozinha, mas precisava de alguém pra me ajudar, não tinha mais pai e nem mãe, vasmiceis, sabe como é vida de muié sozinha, sem home né? Aí, arrumei outro marido, esse era bonzinho, cuidava de mim. A gente ia trabalhar na roça, os dois, nunca deixou eu passar fome, me dava comida. Mas ficou doente, minha fia (pausa na fala). Eu não sabia o que era, levei pro médico, ficou internado no hospitá e morreu. Eu tô aqui, viva, contando a história porque Deus é bom e meus santos me protege (Luzia, outubro de 2023).

Dona Luzia (2023) ainda nos contou que morava um pouquinho mais afastada do aglomerado de casas do quilombo e, devido à violência, viu-se obrigada a vender sua residência e comprar uma casa naquele lugar, situação que lhe deu grande tristeza, tendo em vista que sua antiga casa tinha um altar de imagens de vários santos, entre os quais Cosme e Damião.

O depoimento de dona Luzia (2023) destaca aspectos significativos sobre os desafios e problemas historicamente enfrentados pelas mulheres camponesas e quilombolas, na medida em que tem cabido às mulheres, nas várias sociedades, o papel de cuidadora do lar, atrelado a uma visão do seu próprio corpo como um objeto (desumanizado). No entanto, diante da miséria humana e da falta de perspectiva na vivência religiosa, as mulheres do Território Quilombola de Trindade encontram na fé força e resistência para o enfrentamento dos problemas presentes no contexto vivido. Tomando por base tal reflexão, utilizamo-nos daquilo que Soares (2021, p. 523, grifo da autora) diz: “É preciso falar da dor da luta cotidiana em *ser* em uma sociedade em que estas mulheres ainda são vistas como o *não ser*, o complemento de alguém; mas também é preciso falar da força e da esperança que essa luta traz”.

A Tenda também trouxe um relato que evidencia o casamento como uma saída para situações de vulnerabilidade. Dona Ana (2023) contou que casou para sair da pobreza e miséria na qual estava. “Eu precisava de um homem que me proporcionasse uma vida melhor, que pudesse me dar de comer e me tirar do trabalho da roça. Foi depois de casada que concluí o ensino fundamental e o ensino médio” (Ana, outubro de 2023). Ela prosseguiu a narrativa, contando ter frequentado as rezas que eram realizadas nas residências, em homenagem a Cosme e Damião, chegando a participar das ladainhas e até ajudar nos rituais, porém diz: “Fiz isso, porque não sabia que era pecado, até o dia em que o padre explicou que católico não deveria frequentar esses lugares” (Ana, outubro de 2023). Dona Ana discorre dizendo ser devota de

Nossa Senhora Aparecida e aprendeu com a mãe uma oração para ter saúde, que diz: “Deus salve. Deus te proteja, te livre de todo mal, de todos os perigos. Deus cure, Deus salve, Deus lhe guie. Que saia várias doenças, pelo poder de Deus e da virgem” (Ana, outubro de 2023). Apesar de Ana (2023) afirmar que não frequenta as devoções a Cosme e Damião nas residências, em datas festivas dedicadas a santos católicos (Nossa Senhora, São José, Santo Antônio), participa dos festejos na capela.

Com efeito, a cultura religiosa, cultuada por meio da divindade e da crença nos santos católicos, figura-se como parte comum da memória coletiva dessas mulheres. Elas coordenam os rituais de orações aos santos na capela e nas residências e depositam, na figura dos santos, uma fé inabalável. Com isso, a religiosidade surge no depoimento dessas mulheres como um campo de relação social subjetiva em que a população utiliza de forma simbólica a fé para expressar e elaborar um sentido de vida e dimensão para a superação da crise existencial (Vasconcelos, 2001) que é provocada pela dor, adoecimento e morte.

Rosa (2023), tímida e bastante centrada na fala, disse que aprendeu a rezar com a avó e frequenta o terreiro de candomblé. E diz:

Sofri muito preconceito por isso, era tachada de macumbeira e feiticeira, mais eu não ligava, foi no terreiro, através de banhos com plantas medicinais e as rezas que eu fui curada de uma doença na infância. Meus pais já tinham procurado atendimento médico, sem sucesso porque eu só piorava (Rosa, outubro de 2023).

Dona Rosa (2023) nos conta que se tornou filha de santo e em uma reunião na associação comunitária foi vestida como tal. As pessoas olhavam para ela com certa indiferença, mas ela não ligou, pois as pessoas precisam respeitá-la e aceitá-la por meio da sua crença. Dona Rosa (2023) fala ainda que, no mês de setembro, realiza uma reza a São Cosme e Damião em sua residência e oferece caruru a sete meninos. O ritual se iniciou a partir de uma promessa feita por seus pais quando esteve doente, e por conta disso passou a cultuar fé nesses santos de devoção.

A narrativa de Dona Rosa (2023) coloca em evidência aquilo que Pulga (2015) traz em suas análises, fazendo uma ligação da religião com a violência que aparece na vida da mulher camponesa e quilombola, como uma questão de submissão que está concretamente inserida no universo e na vida dessas mulheres, enraizada por uma cultura ocidental que se cristaliza em uma religião como única e verdadeira.

Dona Ester (2023), de início, mostrou-se resistente à poltrona, pois não estava a fim de falar. Após a insistência de João (2023), ela, minutos depois, com muita alegria e um sorriso estampado no rosto, sentou na poltrona e declarou:

Sei reza, sete espécie de reza [...], 40 anos que rezo. Agora não rezo mais ninguém, tava prejudicando minha vida. Rezei um homem do poço de água, acredite que a reza saiu do homem e pegou em mim. Parei de rezar. Sei reza de desmintidura de pé, dor de dente, mau de oiado, espinhela caída, dor de cabeça, mau do vento. Parei porque senti ruim da cabeça. Fui na rezadeira ela disse: “Se quiser vida, pare de rezar”. O povo que eu rezava sentia vitória boa, o menino podia tá vomitando, se eu pegasse, pronto, chega de me arrepiar. Eu rezo com foi de tudo: quipé, quioiô, melissa, três de um, três de outro. É preciso ter fé e amor para fazer a reza da certo (Ester, outubro de 2023).

Segundo a informante, ela já rezou muito, mas hoje, devido à idade e aos conselhos de um guia espiritual, também por falta de valorização do seu trabalho, parou de rezar. Segundo ela, as pessoas vão atrás de cura, obtêm êxito no tratamento, porém não contribui financeiramente com o ofício que ela desenvolve. Por esses motivos, não reza mais. Dona Ester crê que quem cura é Deus, mas os saberes adquiridos com as rezas são um dom divino existente para a ajuda de outras pessoas. Segundo ela,

Quando rezamos alguém de olhado, a gente fala bem baixinho as seguintes palavras: “fulano, com dois lhe puseram, com três eu tiro, com o poder de Deus e da virgem Maria” (pai nosso com ave Maria). Para espinhela caída, rezo assim: “Estava São Pedro deitado em sua capela, com espinhela caída. Nosso Senhor passou, girando seu mundo dele, encontrou São Pedro e perguntou: que tem Pedro? Espinhela caída, Senhor. Com que eu benzo, Pedro? Água na fonte, raminho no monte. Isso mesmo, Pedro, com isso eu curo. A minha caridade é vossa. Aqui estão as três pessoas da Santíssima Trindade. Aqui está a caridade e a virtude. Aqui está a caridade e a virtude, este filho da Virgem Maria (nome da pessoa) há de ir melhorando de hora em hora, de minuto em minuto, de dia em dia. Jesus Cristo nasceu, espinhela caiu, Jesus Cristo levantou, espinhela emborcou, Jesus Cristo ressuscitou, espinhela de (nome da pessoa) consertou” (Ester, outubro de 2023).

As rezas, no quilombo, apareceram pelas interlocutoras, carregadas com grande valor simbólico. Foi possível verificar que, devido ao êxito, enraizado nas experiências, que as rezas produzem na vida das pessoas que as procuram, elas são positivamente avaliadas. Nesse movimento, acontecem os processos de aprendizagem, que se dão por meio da oralidade de pessoas que se disponibilizam a transmitir seus saberes e daqueles que se interessam em aprender; por exemplo, saber como fazer um chá para cuidar de um familiar doente, uma reza para atender a necessidade de alguém no momento que um mal acomete seu corpo. Deste modo,

essas mulheres conseguem, por meio das suas rezas e chás, abençoar, curar, cuidar e partilhar saberes, repartido por uma teia de afetos.

As interlocutoras ressalvam, nas narrativas, que o que aprenderam tem origem na ancestralidade, pois aprenderam de pais, avós e irmãos. Algumas dessas práticas foram transmitidas oralmente, outras por meio de observações:

Eu, aprendi rezar com meu pai. Sempre fui uma menina esperta e curiosa. Ele não queria que eu aprendesse, mas eu ia divagazinho, me escondia por trás dos pés de mandioca ou atrás da porta e ficava ali, só escutando o que ele dizia [risos], ele falava bem baixinho pra eu não escutar, mais eu escutava tudo, ele dizia que se a gente escutasse quebrava a reza. Mas eu sabia que era porque ele não queria me ensinar. (Ester, outubro de 2023).

[...] gosto muito do que faço e não tenho vontade de parar; pois foi algo que aprendi da minha avó e deseja que não acabe. A minha avó sabia muita coisa, não sei o tanto que ela, mas o que ela conseguiu ensinar eu aprendi. (Rosa, outubro de 2023).

Aprendi a rezar com Rosa, minha irmã, não sei como ela, ela sabe muito mais. Mais aprendi três tipos de reza, engasadura, lasca no pé e tirar mau olhado. Pra mau olhado, você diz: “Fulana (nome da pessoa). Deus te fez. Deus te formou, amaldiçoado olhos de quem te olhou. Ou de feio, ou de lindo. Com dois te botaram, com três eu te tiro, com os poderes de Deus e da Virgem Maria. Que todo mal vá para as águas do mar sem fim”. Para finalizar, reza um Pai Nosso, três Ave Maria e joga os ramos em direção ao sol poente. (Erva, outubro de 2023).

Aprendi rezar com minha mãe a oração da saúde que diz: “Deus salve. Deus te proteja, te livre de todo mal, de todos os perigos. Deus cure, Deus salve, Deus lhe guie. Que saia várias doenças, pelo poder de Deus e da virgem Maria”. (Ana, outubro de 2023).

Não aprendi a rezar para curar doença, mais tenho lembrança de quando criança minha mãe me leva na casa de uma rezadeira. Ela sempre ensinava, chá e um banho para fazer em casa, foi assim que aprendi a usar as plantas medicinais. (Maria, outubro de 2023).

Conforme podemos observar, a aprendizagem adquirida dessa prática é resultado de um saber (prática) e fazer (ação) transmitido de geração em geração, o qual se encontra materializado na potencialidade de cura e cuidado individual e coletivo das mulheres quilombolas, adquiridos de seus ancestrais. Assim, as reflexões advogam com o estudo de Freire (2021), quando diz que a palavra extensão denota, por si, a ideia de transmissão, comunicação, entrega e doação, tendo como destinatário um sujeito passivo, o qual se apropria do aprendido e é capaz de aplicar a situações existenciais concretas. Somando-se a isso, tais experiências contribuem ainda para o fortalecimento do protagonismo feminino das mulheres de Trindade que, por meio da arte de cuidar de si e das pessoas em seu entorno,

com o uso das plantas medicinais e da espiritualidade, promovem ações educativas, na partilha e transmissão de saberes que acontecem em diferentes contextos.

Ainda de acordo com as narrativas dessas mulheres, percebemos que os laços de pertença, afetividade, solidariedade e partilha de saberes, ainda se mantêm vivos na memória coletiva e individual das nossas interlocutoras, como se constata na fala de Luzia:

[...] eu me lembro quando mãe fazia o lambedor de hortelã graúdo, era adoçado com mel ou rapadura. Como era bom, ainda sinto o doce na boca, muié [risos]. Ela fazia um xarope, ia botando uma camada de foia, outra do mel, uma de foia, outra de mel, a foia ia murchando no fogo, ficava um lambedor grosso, ela coava e dava pra gente beber quando tava gripada, era bom, tu nem sabe. (Luzia, outubro de 2023).

Além de apresentar as plantas medicinais e as rezas como alternativas de cura e cuidado dos malefícios do corpo biológico, o contato com a terra também é apresentado por Helen como uma prática terapêutica, quando narra:

Estive muito doente, sem forças no corpo pra nada, fraquinha, mole. Um dia, ao pisar descalça na terra em um chão molhado, naquele momento foi como se algo tivesse saído do meu corpo, de imediato percebi que estava curada. (Helen, outubro de 2023).

Os depoimentos que surgem da memória coletiva e individual das participantes na Tenda foram sintetizados com explicações sobre as plantas usadas em procedimentos afins. A exemplo das rezas, as folhas mais usadas são: guiné, arruda, alecrim, vassourinha (muito usado para crianças) e tira-teima (é necessário usar sempre três raminhos). Entretanto, a depender da necessidade do paciente (doença), outros instrumentos podem ser usados: carvão, copo de água, garrafa, pano (no caso de sol e sereno) cordão (espinhela caída) íngua (faca de aço). O acolhimento e a humanização no trabalho se iniciam com a escolha do ambiente, o recebimento do paciente e a preocupação com o seu problema. Por isso, o paciente pode ser atendido na sua própria residência ou na casa das rezadeiras. Segundo as informantes, o ofício das rezas é um dom de Deus a ser partilhado. Para o atendimento das rezadeiras, não existe horário marcado nem fixo. A única recomendação é a de que a atividade seja realizada antes do pôr do sol.

No caso dos chás, o cuidado com a higienização das folhas é fundamental. Não devem ser retiradas em locais contaminados e próximos a estradas. Além disso, existe um horário para colher as plantas, que deve ser das 8h às 10h, das 14h às 17h. Nesses horários, as substâncias curativas das plantas estão ativas.

Portanto, as atividades por elas desenvolvidas têm por fundamento uma dimensão pautada na dinâmica da vida, nas relações sociais, reciprocidade com a terra, com a natureza e com os frutos que dela proveem. São ações que desempenham sem interesse lucrativo, mas são, sim, atividades pautadas em sentimentos de amor, afeto e preocupação com o outro. Isso se confirma na fala de Helen:

Pra gente tomar um chá não precisa ir à farmácia, basta sair no quintal, pegar uma folha e fazer o remédio, pronto, não tem segredo. [...] Eu sempre faço isso e às vezes os vizinhos chegam procurando uma folha, que não estão se sentindo bem. Oxe, logo eu providencio e vice-versa, se não tenho no quintal também busco na casa do outro. (Helen, outubro de 2023).

Para todas, o remédio que serve para uma doença está na roça, no fundo do quintal, basta buscar e preparar. O povo, contudo, não quer mais tomar remédios caseiros, prefere ir à farmácia e comprar, revelando a desvalorização dos saberes e fazeres destas mulheres, com o avanço da medicina convencional e das mídias digitais, e a forte influência do poder econômico hegemônico, aberto ao neoliberalismo, que consiste na desvalorização dos saberes e fazeres do povo em seus territórios, rica de vivências e experiências.

De acordo com a memória coletiva e individual das mulheres de Trindade, as atividades por elas desenvolvidas têm por fundamento uma dimensão pautada na dimensão da vida. Entende o cuidado como parte da essência humana (Boff, 2014), efetivado em uma preocupação coletiva de vivermos bem e melhor nesses territórios e em harmonia com a terra, a natureza e os frutos que dela proveem. Portanto, as práticas de cura e cuidado em saúde, por elas desenvolvidas, não têm interesses mercantis, mas são, sim, uma atividade pautada em sentimentos de amor, afeto e solidariedade, cooperação e reciprocidade uns para com os outros. Ou seja, têm uma responsabilidade social e de compromisso coletivo e comunitário (Ignácio *et al.*, 2020).

4.4 Tenda do Conto: “Quem sabe ensina. Quem diz que sabe e não ensina é porque não sabe”

O segundo momento da Tenda aconteceu no início do mês de novembro de 2023 e teve duração de duas horas. Nesse encontro, o objetivo visou conhecer a diversidade de plantas medicinais e suas potencialidades em saberes e fazeres em saúde.

Nesse sentido, a organização do espaço manteve a característica da primeira Tenda, com destaque apenas a um objeto depositado no centro da roda. As(os) interlocutoras(es) retornaram

à atividade trazendo alguns objetos, inclusive as plantas medicinais usadas em procedimentos variados, e foram organizando dentro do objeto (figura 3). Notadamente, a relação de confiança entre pesquisadora e pesquisadas já havia se estabelecido, por isso, sentamos novamente em círculo e demos início à roda de conversa.

Figura 3 – Tenda do Conto no Quilombo de Trindade



Fonte: Acervo da pesquisadora (novembro de 2023). Arte de Beatriz Caldita.

Para mediar o diálogo, foram feitas algumas provocações: que ervas medicinais vocês utilizam, e servem para quê? Elas têm eficácia, realmente? Em relação às rezas, para que servem e quais doenças podem curar? Como se dá o diálogo entre os saberes técnicos das equipes de saúde no território e tais práticas de cura? Existe uma valorização, por parte desses profissionais, dos saberes e fazeres construídos socialmente na vivência coletiva do quilombo?

“Quem sabe ensina. Quem diz que sabe e não ensina é porque não sabe”. Com essa frase, Ester (2023) deu início à roda de conversa.

A fala de Ester (2023), acima descrita, não implica apenas em uma mudança de pensar o processo saúde-doença em territórios quilombolas, mas, sobretudo, provoca deslocamento sobre a nossa prática profissional nesses territórios, levando em consideração que, com os saberes e fazeres em saúde, adquiridos de experiência individual e coletiva por essas mulheres, por meio das plantas medicinais e da espiritualidade, elas resgatam a autonomia, como uma

forma de ressignificar a sua identidade de mulher quilombola. O cuidado em saúde, no Quilombo de Trindade, perpassa pelas mãos das mulheres. São elas as guardiãs de grande sabedoria aprendida com seus ancestrais e repassada de geração em geração. Por meio de suas práticas de cura, cuidado e educação, constroem teias de afetos, cooperação e solidariedade, materializadas na dinâmica da vida coletiva e comunitária, embora, no caso do Brasil, suas existências vêm marcadas pelos tensionamentos entre raça/cor, gênero e sexualidade, com os principais marcadores sociais da desigualdade e iniquidade sociais em saúde, aniquilando a identidade das mulheres quilombolas, encarando-as como seres incapazes de tomar suas próprias iniciativas e decisões.

As reflexões feitas com as mulheres quilombolas do território de Trindade, com o uso das plantas medicinais e rezas, aliando prática de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, são indicativos de que elas carregam em sua essência uma mística profunda de respeito, cuidado e amor com a vida, a terra, a natureza e as pessoas ao seu entorno. É desse convívio popular e comunitário, alicerçado em experiências do dia a dia, que surgem os princípios da educação popular (não escolar), fecundados e germinados no diálogo, amorosidade, problematização da realidade e onde os processos educativos, permeados no diálogo, solidariedade, justiça social e democracia, são elementos fundamentais para transformar as estruturas sociais desumanizantes que historicamente sentenciaram corpos negros no Brasil e destruíram sua cultura, hábitos e costumes.

Sendo assim, por meio de matrizes sociais, que se formam no território, em harmonia com a terra, a natureza e a sociedade, elas encontram sentido de vida, vinculado à luta e resistência para viver bem e melhor nesses espaços. Com isso, com recursos retirados da natureza para reza, chá, banho, elas encontram bases materiais de sobrevivência, em que o cuidado de si e do outro são os pilares que sustentam a dimensão da vida humana. “Pra gente tomar um chá, não precisa ir à farmácia, basta sair no quintal, pegar uma folha e fazer o remédio, pronto, não tem segredo. [...] a natureza é uma mãe, ela nos dá tudo que a gente precisa, até o remédio pra aliviar nossas dores.” (Helen, novembro de 2023).

Nas falas, as plantas que apareceram em maior intensidade foram a hortelã miúdo e graúdo, capim-santo, erva cidreira, boldo, mastruz, cebola branca, aroeira, vassourinha, tira-teima, algodão, alho, limão, acerola, água da milícia e graviola. Segundo Carol, o mastruz é ótimo para verme, machucado e gripe, e os seus filhos estavam de prova disso. Já o boldo é tiro e queda, quando alguma comida faz mal. É só tomar o chá e, em poucos minutos, o problema está resolvido (Carol, novembro de 2023).

As partes mais utilizadas das plantas são as folhas, frutos, casca e entrecasca, frutos, ramos e raiz. Eficientes no tratamento de diarreia, gripe, machucado, verminose, doenças do aparelho digestivo, respiratório e urinário, inflamação, ansiedade, anemia, doença cardíaca, diabetes, doença renal, pressão alta e para descarrego do corpo, variando, conforme a necessidade de saúde de cada pessoa. Segundo dona Helen, cada planta tem seus benefícios e não deve ser usada de forma aleatória, pois cada uma se destina a uma doença específica: “As folhas para chá, por exemplo, devem ser usadas em pequenas quantidades, folhas verdes e cheirosas, nunca devem ser fervidas, tem que colocar em infusão. [...] a aroeira e cajueiro branco são bons para banho de tratamento do útero” (Helen, novembro de 2023). Maria (2023) retruca que, nesse processo de cura, nada é melhor do que o algodão, que serve para tosse, dor e inflamação de mulher.

As plantas por elas utilizadas são indicadas para o tratamento de doenças como: gripe, tosse, inflamação e corrimento vaginal, problema do aparelho digestivo, neoplasia e doenças do corpo (mal olhado, inveja).

No quadro 3, fizemos uma síntese, apresentando algumas plantas medicinais citadas pelas interlocutoras da pesquisa, com denominação popular e científica, parte usada e indicação.

Quadro 3 – Plantas medicinais apresentadas pelas mulheres do Quilombo de Trindade

Nome popular	Parte usada	Indicação popular	Denominação científica ⁴²
Alecrim	Folhas	Sinusite; nervoso; gripe; garganta inflamada	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.
Algodão	Folhas e frutos (maçã)	Tosse; dor; inflamação de mulher	<i>Gossypium hirsutum</i> L.
Alho	Folhas e palha	Colesterol, pressão alta e gripe	<i>Allium sativum</i>
Aroeira	Entrecasca, folhas	Cicatrização; comida que faz mal; inflamação de mulher	<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi
Babosa	Polpa	Cicatrizante; câncer; verme	<i>Aloe vera</i> L. Burm. f.
Boldo	Folhas	Mal digestão; rins; dor de cabeça	<i>Plectrhanthus</i> sp.; <i>Peumus boldus</i> ; <i>Vernonia condensate</i> Baker
Manjeriço	Folhas	Banho de descarrego, reza e no preparo de alimento	<i>Ocimum basilicum</i> L.
Cajueiro, cajueiro branco	Casca	Inflamação da Uretra	<i>Anacardium occidentale</i> L.
Tira-teima	Folhas	Banho e reza	<i>Polyscias guilfoylei</i> Bailey;
Capim santo	Folhas	Insônia e ansiedade	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC) Stap
Cebola branca	Frutos e casca	Gripe; tosse; dor de barriga; aumentar contração na hora do parto; inflamação de mulher parida	<i>Allium cepa</i>

⁴² Os nomes científicos das plantas medicinais presentes no quadro não fazem parte da narrativa oral das participantes da pesquisa, mas, sim, de uma investigação realizada pela pesquisadora na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, para o SUS, criado em 2006.

Corona	Galhos	Rezar mal olhado	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.)
Carqueja	Ramo	Inflamação (diabetes)	<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC. (Marisco e Spósito, 2013).
Pau de Rato	Casca	Comida que faz mal; gases; diarreia	<i>Cenostigma pyramidale</i>
Limão	Fruta	Gripe e resfriado	<i>Citrus limon</i>
Puejo	Ramo	Tosse e gripe	<i>Menthapulegium</i>
Erva doce	Folhas e semente	Comida que faz mal, gases	<i>Pimpinella anisum</i> L.
Erva cidreira	Folhas	Ansiedade; dor de cabeça; insônia	<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E.Br
Fedegoso	Folhas	Gripe; inflamação ou dores depois do parto; derrame de bile	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Oken; <i>Kalanchoe pinnata</i> (Lam.) Pers.; <i>Kalanchoe brasiliensis</i> Camb.
Hortelã grosso	Folhas	Chá, xarope e preparo de alimento	<i>Plectranthus amboinicus</i>
Jurubeba	Frutos e raízes	Gripe.	<i>Solanum paniculatum</i> L.
Pata de vaca	Folha	Diabetes	<i>Bauhinia forficata</i>
Hortelã miúdo	Folhas e ramo	Gripe, pressão alta e gases	<i>Mentha x villosa</i> Huds.
Mastruz	Folhas	Pancada; verme; dor no tórax; dor de dente; ferida; inflamação de mulher; gastrite; gripe	<i>Dysphania ambrosioides</i> L. Mosyakin & Clemants
Quioiô	Folhas	Banho descarrego, reza e preparo de comida	<i>Ocimum gratissimum</i> L.
Pitanga	Folhas e fruto	Diarreia e gripe	<i>Eugenia</i> sp.
Trançagem	Folhas	Inflamação de mulher	<i>Plantago major</i> L. (Marisco e Spósito,
Arrumã	Fruta e casca	Dor de garganta	<i>Punica granatum</i> L
Arruda	Folhas e Ramo	Dor, febre e mal olhado	<i>Ruta graveolens</i> L.
Maracujá	Folhas e casca	Calmante	<i>Passiflora edulis</i> Sims (Marisco e Spósito,
Pau ferro	Casca	Gripe	<i>Caesalpinia férrea</i>
Guiné	Folhas	Descarrego, dor no corpo e inflamação	<i>Petiveria alliacea</i> L
Sabugueiro	Folhas e flor	Febre, gripe e sarampo	<i>Sambucus australis</i> Cham. & Schltld.
Umburana	Casca	Derrame	<i>Amburana cearenses</i>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Como vimos no quadro, as plantas medicinais são utilizadas no preparo de chás, banho, reza, defumação, inalação, gargarejo e no preparo de alimentos (quioiô, alecrim, hortelã, manjerição). Nessa finalidade, fica notório, nas falas, que as mulheres do Quilombo de Trindade reconhecem os benefícios que as plantas medicinais produzem, gerando resultados positivos na cura e cuidado da pessoa doente dentro do quilombo.

4.5 Tenda do Conto: espaço de diálogo, escuta, acolhimento e socialização de saberes e fazeres em saúde

A terceira e última performance da roda de conversa, na Tenda do Conto, ocorreu no final de novembro de 2023, período matutino, com duração de 1h30, objetivando estabelecer e

fundamentar os diálogos existentes entre os saberes técnicos dos profissionais de saúde nas UBS e os saberes e fazeres das mulheres pesquisadas.

Dessa forma, as vivências e experiências dialogadas circularam no espaço de fala, escuta e partilha de aprendizagem, em relações socioemocionais e afetivas no cuidado em saúde individual e coletiva.

De início, no intuito de acolher as interlocutoras, os alunos, profissionais da saúde, da educação e membros da associação Aquimaju, colocamos um som ambiente, com animador de palco, que foi apresentando as lideranças comunitárias e chamando seus representantes para apresentar seus lugares de fala. Após, todos foram chamados a cantar o hino oficial do quilombo: “Trindade teve um nome valer! (2x); Trindade veio resplandecer! Filho de escravo que veio! (2x) Foi para ficar! (BIS)”. (Jesus, 2020).

Após, os grupos representados por cada instituição foram se apresentando, conforme eram chamados ao palco. As mulheres negras quilombolas, representando a Aquimaju (mulheres essas, interlocutoras da pesquisa), saíram em grupo do espaço da sala de aula da Escola Municipal Aristeu Barbosa, com requinte de dançarinas festeiras, embaladas ao som do batuque do pandeiro, entoado pelos tocadores do samba de roda da comunidade de Tapera.

Como a voz entoada na letra da música: “papai, mamãe, não quer, que eu suba, na galha do cajueiro! Se eu subir, eu sei que caio, da galha do cajueiro (3X)!”.

Ao chegar à frente do palco de apresentações, ocorreu a Tenda do Conto, dessa vez diferente. Elas estavam muito alegres, risonhas, muito enfeitadas, cheirosas, maquiadas, com batons de tons variados, sobretudo vermelhos, sem perder de vista os adornos que carregavam nas orelhas, pescoços e braços, demonstrando que aquele dia era um dia de empoderamento feminino.

Com a roda organizada, e as manifestações culturais a todo vapor, a música e a dança movimentavam a tenda. Nesse momento, a dança seguia e cada uma, em ato volitivo, ia, pegava o microfone, apresentava-se e falava seus saberes e fazeres em cuidado espiritual e em saúde, conforme demonstrado na Figura 4, a seguir:

Figura 4 – Socialização dos saberes e fazeres em saúde no Quilombo de Trindade



Fonte: Arquivo da pesquisadora (novembro de 2023). Arte de Beatriz Caldita.

Com base nessas informações, todos os presentes, em ritmo festivo, aplaudiam os diálogos focalizados por elas, e cada final de discurso era motivo de olhares atentos e alegres. O som musical ascendia e ecoava na roda, movimentando a Tenda.

Em movimento contínuo, todas elas manifestaram seus saberes tradicionais e populares, de modo que a população era provocada a refletir sobre contextos, memórias, culturas, saberes e fazeres, talvez para alguns ainda desconhecidos. Importante notar a fala de um professor universitário ali presente: “Interessante a pesquisa. Depois, gostaria que você convidasse as mulheres para uma troca de saberes no espaço da sala de aula”.

Nesse diapasão, concluímos que, por meio do diálogo e das interações nessa Tenda, embora as interlocutoras percebam a eficácia das plantas medicinais, foi possível identificar que, nos espaços formais da medicina convencional nas UBS, ainda prevalece uma prática profissional, guiada pela medicalização e sem diálogo com os saberes e fazeres tradicionais e populares, bem como com as especificidades presentes no território.

Tem gente que não acredita que as ervas curam, mas cura, sim, as plantas têm toda a substância que tem nos remédios [...], sentiu uma dor de cabeça tome um chá, não precisa ir logo ao médico. Um dia no posto fui questionada pelo médico se fazia uso de remédio caseiro. Respondi: faço sim. Ele disse: Não presta. Respondi: Presta as fôia tem a mesma substância do remédio. (Helen, novembro de 2023).

Inferimos, portanto, sobre a necessidade de que a política pública de atenção, por meio da ESF e do PACS, amplie um olhar e compreensão sobre o território, no sentido de promover interações com os saberes e fazeres da população, em diálogo com ela, que possam fortalecer a perspectiva da saúde coletiva e os costumes do lugar.

No relato, as depoentes falam sobre as transformações ocorridas com a chegada dos postos de saúde e das equipes da ESF, reconhecendo os benefícios do sistema para a população acompanhada.

Antigamente, era bem diferente, era uma dificuldade para verificar uma pressão, por exemplo. Agora, não, se você que fazer isso é só ir ao posto que as meninas tão lá pronta para lhe atender. As gestantes também são acompanhada no pré-natal logo que sabe que tão grávida. (Maria, novembro de 2023).

A agente de saúde não dorme no ponto [risos] quando sabe que tem uma gestante pra ser atendida ela corre atrás, não deixa passar das primeiras semanas sem fazer a atendimento. (Ana, novembro de 2023).

Nas falas das entrevistadas, pode-se ver que elas sentem os avanços da ESF na melhoria dos indicadores de saúde. Entretanto, existe um distanciamento no que tange ao reconhecimento de saberes e práticas relacionadas aos modos de viver e cuidar da saúde (Alves *et al.*, 2023) em um território quilombola. “O povo no posto só escuta as queixas que a gente leva das doenças, não quer saber se a gente sabe fazer alguma coisa” (Luzia, novembro de 2023).

Assim, surge uma necessidade e anseios de aproximação do saber técnico ao profissional. “A gente podia trabalhar junto. Um ajudando o outro, juntando o que eles sabem fazer porque estudaram e a gente ensinava o que aprendeu fazer que a vida nos ensinou (Ester, novembro de 2023).

Essa fala nos ensina que a educação é um processo contínuo de mudanças e transformações, que extrapola muros e derruba barreiras, que não acontece em meio a um espaço fechado, mas em meio a pessoas simples e humildes, com pouco ou sem nenhum grau de escolarização, mas que, na maioria dos casos, têm muito a nos ensinar sobre suas vivências e experiências, marcadas por dor e sofrimento, mas, acima de tudo, atravessadas por histórias bonitas de luta e superação.

Por fim, conclui-se que a organização social, criada pelas mulheres no Quilombo de Trindade, converge para a noção de território e territorialização da saúde, defendido por Monken (2008) e Santos (2009), ao apresentar o território como um produto social, histórico, político, cultural, organizado na mobilização popular de mulheres quilombolas, inspirado em um processo de educação e saúde, que envolve dimensões da vida como um todo.

5 CARTILHA CULTURAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CURA E CUIDADO EM SAÚDE POR MULHERES DO QUILOMBO DE TRINDADE, BIRITINGA (BA)

Esta cartilha é o produto técnico do projeto de Mestrado Profissional em Educação e Diversidade, desenvolvido na Universidade Estadual da Bahia (UNEB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com a Associação Quilombola Maria de Juvêncio, a Escola Municipal Aristeu Ferreira Barbosa e a Creche Municipal Erundina Dias.

Dentro desse modo, essa Cartilha foi pensada em estudos e pesquisas sobre as plantas mais utilizadas pela população do Quilombo de Trindade. Com esse fim útil, apresentar-se-á as plantas com seu nome popular e científico, sua utilidade medicinal, indicação popular, a parte usada e o modo de usar.

Portanto, a troca de saberes e fazeres com a população e o resgate histórico desse conhecimento popular, no uso das plantas medicinais e espiritualidade, possibilita tanto a valorização dessa cultura quanto o acesso à informação e valorização da história e memória tradicional quilombola.

Partindo desses pressupostos, esta Cartilha Cultural se reverbera como uma ferramenta de aprendizado interativo, que permite aos profissionais de saúde, à comunidade escolar e aos membros associados da Aquimaju explorarem juntos a diversidade tradicional e cultural que se entrelaça no cotidiano entre a educação popular e a saúde coletiva.

Nessa perspectiva, abordaremos a valorização dos saberes e fazeres das mulheres quilombolas com: oficinas temáticas e mística (saúde da mulher, homem, idoso e criança); propostas de como sensibilizar, conhecer, usufruir, valorizar, preservar a vida no quilombo, sobretudo, desenvolver habilidades e competências no território, que favoreçam adequado uso das plantas medicinais, assim como ideias de articulações entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Aquimaju, quando do seu planejamento estratégico organizacional, colocando em prática atividades educativas.

Ademais, é válido ressaltar que este trabalho, a partir do diálogo e experiência com o coletivo de mulheres de Trindade, não tem finalidade lucrativa, muito menos, incentivar ou recomendar o uso irracional e aleatório das plantas medicinais sem comprovação científica, mas, sim, potencializar os saberes e fazeres das mulheres quilombolas, suas práticas de cura e cuidado, contribuindo para a promoção de maior autonomia e empoderamento das mulheres de Trindade.

Contudo, pensamos nesta Cartilha Cultural de Saúde da Família como um instrumento pedagógico, que pode viabilizar, em sala de aula, em Unidades Básicas de Saúde e no território

em geral, o fortalecimento dos saberes e fazeres populares em saúde, não sistematizados pelas ciências, mas marcados na historicidade e oralidade dessa população.

A descrição da historicidade, trajetórias e plantas medicinais que aparecem imaginadas na Cartilha Cultural de Saúde da Família se deu a partir de momentos de vivências junto ao coletivo de mulheres de Trindade, por meio da observação participante, oportunizada nas Tendas do Conto, em que foram mencionadas, dentre outros aspectos, as diversidades de plantas medicinais usadas para variados fins. Nesse aspecto, enfim, as espécies que aparecem na Cartilha Cultural de Saúde da Família foram fotografadas *in loco* pela pesquisadora, traduzindo a riqueza natural e cultural do quilombo.

O material será disponibilizado em formato impresso e digital. O formato impresso será entregue à Associação Quilombola Maria de Juvêncio (Aquimaju), à comunidade escolar e à Equipe de Saúde da Família que atua no território pesquisado. Já o formato digital será disponibilizado em PDF. O lançamento da Cartilha se dará presencialmente e *on-line*, por meio da rede social Youtube, com *link* de acesso que ficará disponível a pesquisadores interessados pela temática e à comunidade em geral.

Para tanto, apresentaremos, a seguir, o planejamento da proposta de Cartilha Cultural de Saúde da Família, intitulada: Práticas de Cura e Cuidado em Saúde por Mulheres, no Quilombo de Trindade, Biritinga (BA).



PROPOSTA DE CARTILHA CULTURAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Local:

Associação Quilombola Maria de Juvêncio
Escola Municipal Aristeu Barbosa

Município: Trindade/ Território de Identidade do Sisal Biritinga / Bahia
Dependência Administrativa:

Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável (CMDS);
Secretaria Municipal de Educação
Mestranda: Gercilene Meireles

DADOS DO PLANO DA CARTILHA

Nome da proposta: Cartilha Cultural de Saúde da Família: cura e cuidado em saúde por mulheres do Quilombo de Trindade, Biritinga (BA)

Público-alvo: profissionais de saúde, professores, estudantes e membros da Associação Quilombola Maria de Juvêncio, além da comunidade em geral;
 Quantidade de pessoas: estimativa inicial de 50 pessoas
 Duração: 1 dia

DETALHAMENTO DA EXPERIMENTAÇÃO

Objetivo geral: Construir uma cartilha das práticas tradicionais e populares, evidenciando as plantas medicinais nativas e curativas do Território Quilombola de Trindade.

Objetivos específicos:

- Celebrar rodas de memória, com a participação de cidadãos que valorizam histórias, saberes, fazeres tradicionais e populares;
- Conhecer a potencialidade dos saberes e fazeres em saúde, produzidos pelas mulheres no Quilombo de Trindade;
- Promover oficinas sobre a importância da valorização da cultura negra quilombola;
- Realizar reunião com os líderes comunitários para o lançamento da Cartilha;
- Promover ações educativas abertas ao público;
- Incentivar a educação ambiental na escola: construir uma horta de plantas medicinais, de espécies nativas, valorizando os saberes populares.

Descrição da experimentação

1º momento:

PRÁTICAS DE CURA E CUIDADO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS QUE SE INTERCRUZAM COM A EDUCAÇÃO POPULAR

1. Convidar Presidentes e membros da Aquimaju, agente de políticas públicas de saúde e educação para participação do lançamento da cartilha, por meio de encaminhamento de ofícios;
2. Iniciar autoapresentação da mediadora;
3. Intervalo para lanche;
4. Informar às(aos) participantes a temática da Cartilha, a fim de que seus diálogos sejam produzidos com base nesse tema.

2º momento:**SABERES E FAZERES EM SAÚDE DE MULHERES NO QUILOMBO E SEUS ENTRELACES EM ESPAÇOS EDUCATIVOS NÃO ESCOLARES**

1. Realizar o lançamento da Cartilha na Escola Municipal Aristeu Barbosa, com a participação dos membros da Aquimaju e a transmissão, ao vivo, por meio da rede social Youtube;
2. Encerramento do lançamento com a distribuição da Cartilha para a Associação, Escola e Equipe de Saúde;
3. Compartilhar, virtualmente, a Cartilha Cultural Saúde da Família com a população em geral.

3º momento:**TENDA DO CONTO: “QUEM SABE ENSINA. QUEM DIZ QUE SABE E NÃO ENSINA É PORQUE NÃO SABE”**

1. Realizar dinâmica de modo de preparo, com a participação de escolares, profissionais de saúde e associados da Aquimaju;
2. Apresentar as plantas medicinais, o nome popular e científico, partes usadas e modo de uso e indicação;
3. Fazer na prática e servir os chás;
4. Demonstrar, na prática, uma simbologia espiritual, com rezas e as plantas usadas para esse fim.

Conhecimentos a serem tratados:

- ✓ Saberes e fazeres em saúde;
- ✓ Educação popular;
- ✓ Experiência de mulheres no Quilombo de Trindade;
- ✓ Território e territorialização;
- ✓ Cura e cuidado;
- ✓ Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos;
- ✓ Lei nº 971, de 3 de maio de 2006, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;

- ✓ Lei nº 992, de 13 de maio de 2009, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- ✓ Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta;
- ✓ Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, Política Nacional de Educação Popular em Saúde;
- ✓ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Política Nacional da Atenção Básica.

RECURSOS UTILIZADOS

Recursos materiais

- a) Recursos audiovisuais e mídias;
- b) Sala;
- c) Água, copos e vaso com flores;
- d) Poltrona para a Tenda;
- e) Toalha para colocar na mesa;
- f) Mesa;
- g) Plantas medicinais;
- h) Fogão;
- i) Fósforo;
- j) Vasilhas para o preparo de chás;
- k) Fotografias antigas;
- l) Imagens de santos;
- m) Bíblia Sagrada;
- n) Terço Mariano;
- o) Pandeiro;
- p) Internet para transmissão youtube;
- q) Câmeras fotográficas.

Recursos humanos

- a) Interlocutoras da pesquisa;
- b) Agentes de políticas públicas em saúde;
- c) Agentes de políticas educacionais;
- d) Comunidade em geral.

DIFICULDADES

Articulação de serviços gráficos e de editoração.

ASPECTOS RELEVANTES

Conhecimentos sobre os saberes e fazeres em saúde individual e coletiva das mulheres no Quilombo de Trindade, em Biritinga (BA), bem como suas potencialidades educativas para as relações sociais e de saúde no quilombo;

- ✓ Esclarecimentos sobre o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
- ✓ Lei nº 971, de 3 de maio de 2006, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
- ✓ Lei nº 992, de 13 de maio de 2009, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- ✓ Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta;
- ✓ Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, Política Nacional de Educação Popular em Saúde;
- ✓ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Política Nacional da Atenção Básica.

Criação e divulgação da Cartilha Cultural de Saúde da Família: cura e cuidado em saúde por mulheres no Quilombo de Trindade, Biritinga (BA)

ELEMENTOS INOVADORES EM DESTAQUE

- a) Integração entre os integrantes da saúde, educação e a Associação, ao realizar a atividade em conjunto;
- b) Discussão e troca dos saberes e fazeres quilombolas com conhecimento técnico;
- c) Empoderamento da mulher na Aquimaju do Quilombo de Trindade;
- d) Entendimento de que os conhecimentos (popular e técnico), tratados na pesquisa e apresentados na cartilha são igualmente importantes para a saúde coletiva.

AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO

A avaliação será processual, contínua, qualitativa e duradora em todo processo de execução da Tenda. Com isso, ao final, tudo o que foi tratado será avaliado pelos próprios participantes.

SUGESTÕES /OBSERVAÇÕES

- a) Promover mais vivências de debates sobre as temáticas;

- b) Realizar mística do ambiente escolar e Associação, por meio da organização do espaço, com simbologias das ervas medicinais e espiritualidade;
- c) Dinâmica de apresentação da Cartilha Cultural de Saúde da Família por Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; BORGES, Maristela Correia. **A pesquisa participante**: um momento da educação popular. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 6, p. 51-62, 2008. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso: 3 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação popular e saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Educação Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso: 10 jan. 2022.

CARVALHO, Luzeni Ferraz de Oliveira; FERREIRA, Maria Jucilene Lima. **Práticas educativas nas escolas do campo e em outros espaços educativos dos territórios rurais**. Salvador: JM Gráfica e Editora Ltda, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Política Nacional de Educação popular e saúde**. Brasília, DF: CONASS, 20 maio 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FERREIRA, Maria Jucilene Lima; MEIRELES, Gercilene. Escolas do campo e os seus desafios: um projeto de luta e re(existência) para a população campestre. *In: ENCONTRO BAIANO DE EDUCAÇÃO DO CAMPO*, 3., Educação do Campo e Agroecologia: Lutas, Resistências e Emancipação Humana, v. 1, n. 1, 2022, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: UNEB, 2022. Disponível em: https://fb9959d4-1875-4fe8-a860-16f626319f49.filesusr.com/ugd/97c546_db6fe893c5c549b49fc92d5eccf12526.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

GADELHA, Maria Jaqueline Abrantes. **Artes de viver: A tenda do Conto: Recordações, Dores e Sensibilidade no Cuidado em Saúde**. 2015. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

MEIRELES, Gercilene; ARAUJO, Sandra Santos de; SILVA, Zuleide Paiva da; MOREIRA, Tatiane dos Santos. Violência Contra as Mulheres e Educação no Interior do Estado da Bahia: interfaces entre a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e as escolas públicas. **Revista Com Censo: Estudos Educacionais do Distrito Federal (RCC#30)**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 102-113, ago. 2022.

MEIRELES, Gercilene; ARAUJO, Sandra Santos de. **Como fazer saúde popular em território rural?** Entrelaçando saberes de mulheres negras quilombolas no campo da saúde coletiva no município de Biritinga (BA). Trabalho apresentado no XXVI Encontro de Pesquisa Educacional do Nordeste, Reunião Científica Regional Nordeste da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, ANPEd Nordeste, 23 nov. 2022, São Luís, Maranhão. p. 1-6.

MONKEN, Mauricio. Contexto, território e processo de territorialização de Informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. *In: BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163.

PULGA, Vanderléa Leodete. **Mulheres Camponesas Plantando Saúde, Semeando Sonhos, Tecendo Rede de Cuidado e Educação em Defesa da Vida**. 2014. 197 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2001.

CONSIDERAÇÕES (IN)CONCLUSIVAS

Ao fim desta trilha investigativa, algumas palavras se tornam necessárias, apontando resultados, inquietações e limitações surgidas ao longo da trajetória. Posto isso, retomamos o objetivo orientador desta investigação, imerso em analisar os saberes e fazeres em saúde individual e coletiva das mulheres no Quilombo de Trindade, em Biritinga (BA), bem como suas potencialidades educativas para as relações sociais e de saúde no quilombo.

Os caminhos que se entrelaçaram nessa busca de conhecimento se conectavam com minhas vivências e experiências no campo da saúde coletiva. Em diversos momentos, durante a realização da Tenda do Conto, as vozes que estavam presas no ego de cada uma das oito interlocutoras desta pesquisa, suas histórias, trajetórias e memórias, muitas vezes carregadas com narrativas de dor, sofrimento e superação, silenciavam minha voz. Foi assim, porque me vi imbuída em reflexões e inquietações sobre o desafio de poder partilhar, na condição de pesquisadora, em um mestrado profissional, um processo tão rico de aprendizagem, fecundado pelos saberes e fazeres em saúde, desenvolvidos por mulheres do Quilombo de Trindade, mais ainda se levarmos em conta o contexto atual, no qual a diversidade de saberes de povos e comunidades tradicionais está pouco visibilizada.

Contudo, isso se tornou ainda mais evidente ao analisarmos como as produções acadêmicas brasileiras vêm desenvolvendo pesquisas relacionadas aos saberes e fazeres em saúde, interseccionadas com o campo da saúde coletiva em espaços não escolares. Do ponto de vista técnico, o quantitativo de trabalhos acadêmicos que tratam sobre a temática abordada é incipiente, uma vez que as poucas produções encontradas no campo da saúde, posteriormente, foram descartadas por apresentarem um modelo de atenção à saúde hegemônico, fundamentados em práticas biologistas (cura de determinada doença), desarticulado do contexto vivido pelos sujeitos populares em seu território, onde estão expressos marcas de lutas, resistências e fortalecimento da sua identidade, contextos essenciais para o campo da saúde coletiva, de modo especial para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

As experiências vêm mostrando a necessidade, por parte dos coordenadores e gestores da AB, de modo particular a ESF, enquanto não se tem, por parte do Estado, uma política pública específica para responder às demandas sociais em saúde da população quilombola, de avançar na perspectiva de fortalecer, em territórios do campo e quilombola, a Política Nacional de Educação popular e saúde (que inclui a dimensão das práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde dentre os princípios e diretrizes legais e constitucionais de SUS); a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (que envolve, produção, industrialização,

distribuição e utilização no SUS); a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (que tem por princípio o cuidado integral a essa população); e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (com o cuidado integral à população negra). Cabe salientar que todas elas são políticas afirmativas, construídas pelo SUS, e que, associadas ao contexto do território, podem provocar avanços para o campo da saúde coletiva.

Poder-se-ia extrair ainda o que trata a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, no Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que tem, por princípios norteadores: melhoria da atenção à saúde; uso sustentável da biodiversidade brasileira; fortalecimento da agricultura familiar; geração de emprego e renda; desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional; e a participação popular e controle social sobre todas as ações decorrentes dessa iniciativa. Entre os fatores previamente admitidos, deve-se ressaltar a necessidade de minimização da dependência tecnológica e do estabelecimento de uma posição de destaque de nosso país no cenário internacional (Brasil, 2006a).

De nossas experiências nas três Tendências do Conto, com as interlocutoras da pesquisa no Território Quilombola de Trindade, constatamos que o saber e fazer em saúde, com o uso das plantas medicinais e da espiritualidade (rezas), têm para elas a coexistência de teias de cuidado que atravessam e postergam o território e a territorialização promovidos pela ESF, pois, como vimos, tem como princípios a dimensão da vida em sua totalidade.

Nesse diapasão, reforçamos, ainda, que a dimensão das plantas medicinais e da espiritualidade para as práticas de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, pelas mulheres de Trindade, são norteadoras de um processo coletivo de aprendizagem, passado de geração a geração, o qual, por meio de suas leituras de mundo, fortalece o sentido da coletividade, solidariedade, companheirismo, partilha e cooperativismo, que são ações que só acontecem na relação com o outro, no sentido de superação e libertação de todas as formas de opressão e desigualdades, contrapondo práticas que tentam distanciar conhecimentos científicos e populares, pois ficou evidente que as mulheres quilombolas têm saberes uteis à população, embora não sejam valorizados, existindo uma potencialidade de valorização dos conhecimentos científicos, em detrimento dos praticados no quilombo pelas mulheres.

Nessa inteligência, enfim, compreendemos a importância desta pesquisa para o campo da saúde coletiva, em que os trabalhadores da ESF, que atuam em territórios quilombolas, valorizem e reconheçam os saberes e práticas populares de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, por meio de plantas medicinais e espiritualidade, que são resultados de uma construção histórica e social.

Sendo assim, as práticas de cura e cuidado, por meio do uso das plantas medicinais e da espiritualidade (rezas) das mulheres de Trindade se apresentam não apenas como uma forma de resistência ao preconceito estrutural e ao modelo hegemônico, mas, sobretudo, reverbera-se como luta coletiva e organicidade popular e comunitária das mulheres que, em pequenos e reduzidos pedaços de terra (território), gritam constantemente, querendo ser ouvidas, pois anseiam por um país onde a justiça social e a equidade sejam prioridade nas agendas de governo. É preciso respeitar seus lugares de fala, como diz a autora feminista negra Djamila Ribeiro (2019), que defende o direito humano das mulheres, principalmente negras, quando afirma que as pessoas oprimidas, submetidas a diferentes tipos de opressão, terão também prioridades.

Tomando isto como base, reconhecemos a importância da diversidade de saberes e fazeres em saúde por elas praticados, sem perder de vista a potencialidade das ações em saúde no contexto observado, atribuído ao uso das ervas medicinais e da espiritualidade.

Nessa trilha de saberes, construída em conjunto com o coletivo de mulheres de Trindade, refletimos sobre a educação popular em espaços não escolares, discorrendo sobre sua historicidade e repensando suas contribuições para o processo de trabalho das ESF, articulado às singularidades e especificidades presentes no território quilombola.

Ressalta-se, ainda, a importância do território no âmbito do SUS, que se revela como um espaço dinâmico, que apresenta as condições específicas para a produção da vida, saúde e adoecimento de uma população; por isso, a importância do seu reconhecimento, por meio das relações sociais, permeadas pelo diálogo, solidariedade, companheirismo e participação popular.

Nessa perspectiva, encontra-se a experiência da educação popular como basilar para a saúde coletiva, ancorada no território e materializada nos movimentos coletivos e populares das mulheres que, com seus saberes e fazeres ancestrais, produzem espaços de vida, justiça social e dignidade humana.

Os referenciais teóricos escolhidos para a produção de saberes deste projeto trouxeram importantes contribuições para dialogarmos com a temática proposta com maior propriedade. Dentre eles, estão: Vasconcelos (2001), Brandão (1981), Freire (1979, 1997), Santos (2009, 2012), Barcellos (2008), Pulga (2015), Gadelha (2015) e Boff (2014).

É preciso situar que o processo vivenciado nas Tendas do Conto se compõe de um eixo fundamental nas abordagens da educação popular e saúde, que, fecundado em um encontro dialógico entre o teórico e o empírico, possibilitou a produção de referências importantes para o campo da saúde coletiva, construindo a base de um conhecimento onde a diversidade de

saberes dos movimentos populares de mulheres quilombolas pode contribuir substancialmente com o trabalho em saúde, aliados a processos educativos de mudanças e transformações sociais.

Com os relatos de experiências, oportunizadas pela Tenda do Conto, fomos movidos e sensibilizados por uma nova prática pedagógica, cuja referência estava nos ensinamentos do mestre Paulo Freire, que levam os sujeitos por caminhos de uma pedagogia humanizadora. Esse percurso permitiu combinar ousadia com humildade, interesse político com compromisso social, conduzidos por percursos metodológicos e estratégias de trabalho, onde a convivência com as diferenças foram somatórios nesse campo de descoberta, respeitando e valorizando todas as formas de conhecimentos que sistematicamente foram se construindo nessa caminhada.

Pode se extrair, ainda, que as práticas de cura e cuidado em saúde individual e coletiva, realizadas essencialmente pelas mulheres de Trindade, carregam a dimensão da vida em sua totalidade (Santos, 2009). Associadas ao uso das plantas medicinais e da espiritualidade (rezas), elas sustentam as construções de relações sociais, orientadas por ações de responsabilidade coletiva, interação, colaboração e diálogo, nas quais o preconceito, a discriminação e opressão passam a ser menos praticados (Pulga, 2015).

Logo, as Tendências do Conto foram salutares para contribuir com a socialização das dimensões educativas de cura e cuidado em saúde, compondo a caixa de ferramentas da educação popular, pois possibilitaram a articulação entre interlocutoras e a comunidade, de modo que as relações sociais (interações cotidianas), a colaboração (fazer acontecer juntos) e a participação (envolvimento das pessoas) foram as molas mestras para o resultado desta pesquisa.

Por fim, nestas considerações (in)conclusivas, sinalizamos, em síntese, que o processo construído até aqui despertou uma ação-reflexão-ação, que aponta desafios novos para o campo da saúde coletiva, em especial para a Estratégia Saúde da Família, para que, em seus planejamentos estratégicos organizacionais em saúde, possam articular suas práticas com a educação popular, de modo que desenvolvam atividades educativas, valorizando os saberes e fazeres das mulheres negras quilombolas, com oficinas, seminários, simpósios temáticos (saúde da mulher, homem, idoso e criança), assim como desenvolvam habilidades e competências no território, que favoreçam a valorização dos saberes e fazeres tradicionais e populares. Como exemplo, o uso da Cartilha Cultural de Saúde da Família, informativo das plantas medicinais de cura e cuidado em saúde, utilizadas por mulheres no Quilombo de Trindade, Biritinga (BA).

Enfim, espero que esta pesquisa possa impulsionar a produção de saberes inovadores, visando à melhoria significativa das relações interpessoais dentro do quilombo, entre profissionais de saúde, famílias adstritas ao território e o povo quilombola. Finalizo, afirmando

que a ESF precisa abrir espaços para pensar a vida, não por meio de uma medicina biológica, que fragmenta o corpo humano ao tratamento de uma doença específica, e distante da complexidade que circunda o indivíduo, mas por meio de ações-reflexões-ações, que criem realidades outras, tornando a vida mais humanizada possível.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Maria Lúcia; ABADE, Flávia Lemos. **Para reinventar as rodas**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), 2008.
- ALVES, Hayda *et al.* Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GLtJdvHmbsyKRNPRZsQLq6j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2023.
- ALVES, Hayda *et al.* Territórios rurais contra a Covid-19: saberes, fazeres e reflexões por meio da Educação popular e saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 26, p. 1-17, 2022. Disponível em: [scielo.br/j/icse/a/wc4vp7zrWNKDrpp9LY9rLff/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/icse/a/wc4vp7zrWNKDrpp9LY9rLff/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 22 dez. 2023.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Nossa luta é pela vida: Covid-19 e povos indígenas. O enfrentamento das violências durante a pandemia**. [S. l.]: Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, nov. 2020. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf. Acesso em: 23 nov. 2023.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARCELLOS, Christovam (org.). **A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco: ICICT: EPSJV, 2008.
- BARRETO, Adalberto de Paulo. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/download/10515>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BOUSQUAT, Aylene *et al.* Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 73, p. 1-11, 2022. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/36514b50-7870-4a23-b3b2-7fb0c61158c7/HSP_23_2022.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Círculo de cultura. *In*: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 76-78.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; BORGES, Maristela Correia. **A pesquisa participante: um momento da educação popular**. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 6, p. 51-62, 2008. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>. Acesso em: 10 set. 2022

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação popular e saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Educação Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Educação Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e**

Fitoterápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso: 3 abr. 2022.

CARVALHO, Luzeni Ferraz de Oliveira; FERREIRA, Maria Jucilene Lima. **Práticas educativas nas escolas do campo e em outros espaços educativos dos territórios rurais.** Salvador: JM Gráfica e Editora, 2020.

COELHO NETO, Agripino Souza. Emergência e atuação das redes de coletivos sociais organizados no Território do Sisal. *In*: COELHO NETO, Agripino Souza; SANTOS, Edinuzia Moreira C.; SILVA, Onildo Araujo (org.). **(Geo) grafias dos movimentos sociais.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. p. 305-368.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Política Nacional de Educação popular e saúde.** Brasília, DF: CONASS, 20 maio 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

COSTA NETO, Milton Menezes (org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (org.). **Educação Popular em Saúde: desafios atuais.** São Paulo: Hucitec, 2018.

DIAS, Márcia Denise. **Benedeiras: a educação de resistência feminina de mulheres negras pelas ervas.** 2019. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, 2019.

FACCO, Salete Vedovatto. **Trabalho, educação e saberes: experiências de mulheres quilombolas em Porto Alegre/RS.** 2020. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes.** Porto Alegre: Penso, 2013.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosiska Darcy de Oliveira. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GADELHA, Maria Jaqueline Abrantes. **Artes de viver: A tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde**. 2015. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. Revisão sistemática de literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da Informação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 57-73, set. 2019/fev. 2020. Disponível em: <https://revista.ibict.br/fiinf/article/view/4835>. Acesso em: 4 set. 2022.

GATTI, Bernardete A. A construção metodológica da pesquisa em educação: desafios. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 13-34, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/view/36066/23315>. Acesso em: 20 jul. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 256 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guaracira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

hooks, bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

IGNÁCIO, Zuleide Maria *et al.* (org.). **Educação Popular e Saúde: O cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. (Série Educação Popular & Saúde).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Brasil, Bahia, Biritinga: histórico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/biritinga/historico>. Acesso em: 1 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Brasil, Bahia, Biritinga: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/biritinga/panorama>. Acesso em: 1 jan. 2023.

IOZZI, Fabíola Lana; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo M. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 60-96.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05>. Acesso em: 22 jun. 2018.

KOSLOSKI, Philip. 5 frases inspiradoras de São João Paulo II sobre o amor e o sacrifício. **Rádio Rainha da Paz**, 22 out. 2018. Disponível em: <https://www.radiorainhadapaz.com.br/noticias/noticia/id:12426;5-frases-inspiradoras-de-sao-joao-paulo-ii-sobre-o-amor-e-o-sacrificio.html>. Acesso em: 4 jan. 2023.

LANCELOTTI, Júlio. SP VISÍVEL. Na São Paulo que faz 469 anos com recorde de pessoas em situação de rua, Padre Júlio luta por dignidade. [Entrevista cedida a] João Paulo Guimarães. **Ecoa Uol**, 25 jan. 2023. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/reportagens-especiais/padre-julio-lancelotti-a-lei-da-fraternidade-/#cover>. Acesso em: 16 jul. 2023.

LIMA, Dinorah de França. **Cuidados Populares Em Saúde: Uso das Ervas e de Rezas em Santa Cruz/RN**. 2021. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2021.

LOPES, Palmira Sérgio. **Práticas populares de cuidado, ação comunitária e promoção da saúde: experiências e reflexões**. João Pessoa: Editora do CCTA/UFPB, 2019.

MARTINELLI, Suellen Secchi; CAVALLI, S. B. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4251-4261, 2019. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/alimentacao-saudavel-e-sustentavel-uma-revisao-narrativa-sobre-desafios-e-perspectivas/16794?id=16794>. Acesso em: 4 set. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lúcia de. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20-%20Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%20DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf?sequence=2>. Acesso: 20 jan. 2022.

MELO NETO, João Cabral de. O cão sem plumas. **Revista Continente**, Recife, n. 229, p. 58-77, jan. 2020. Disponível em: <https://revistacontinente.com.br/edicoes/229/o-cao-sem-plumas->. Acesso em: 12 jun. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 19-91.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* Distritos sanitários: conceitos-chave. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 159-185.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, Eduardo Oliveira. **Corpo-território & educação decolonial**: proposições afro-brasileiras na invenção da docência. Salvador: EDUFBA, 2020.

MONKEN, Mauricio. Contexto, território e processo de territorialização de Informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. *In*: BARCELLOS, Christovam (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. Trejeitos e trajetos de gayzinhos afeminados, viadinhos e bichinhas pretas na educação! **Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 9, p. 161-191, maio/out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/25762/16111>. Acesso em: 20 jun. 2022.

OLIVEIRA, Monique Andressa de. “**Mulheres de Fé**”: o repertório de saberes e fazeres de benzedeiras em Matinhos, litoral do Paraná. 2019. 76 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências Ambientais) – Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2019.

ONÇAY, Solange Teodoro Von; FAGUNDES, Julie Rossato. Povos indígenas e os princípios da ancestralidade a língua originária sob ameaça. *In*: IGNÁCIO, Zuleide Maria *et al.* (org.). **Educação Popular e Saúde**: O cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais na cultura indígena kaingang. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 18-26. (Série Educação Popular & Saúde).

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 4 abr. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PALUDO, Conceição. **Mulheres: Resistência e Luta em Defesa da Vida**. São Leopoldo: CEBI, 2009.

PENAFORTE, Gilcirley Santana. **Ofício de fé: Rezadeira no Município de São Paulo de Olivença-AM**. 2021. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura) – Instituto de Filosofia Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Amazonas, Tabatinga, 2021.

PEREIRA, Marilene Aparecida. **Interseccionalidade, mulheres quilombolas e possibilidades que emergem da participação solidária**. 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2021.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_na_esf.pdf. Acesso em: 22 jun. 2018.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como método de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 1-23, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60/88>. Acesso em: 1 jan. 2023.

PULGA, Vanderléia Leodete. **Mulheres Camponesas Plantando Saúde, Semeando Sonhos, Tecendo Rede de Cuidado e Educação em Defesa da Vida**. 2014. 197 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

QUARESMA, Veralúcia de Araújo. **Memórias e saberes das benzedadeiras e/ou parteiras quilombolas da comunidade do Itacuruçá - Abaetetuba/Pará**. 2021. Dissertação (Mestrado em Educação e Cultura) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de Fala**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2009.

SANTOS, Milton. **Da Totalidade ao Lugar**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: Território e Sociedade no início do século XXI**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, Vaneide Santana. **Sede Nosso Bom Protetor: Novos Olhares Para a Educação no Quilombo de Trindade**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2016.

SAQUET, Marcos Aureleo. **Saber popular, práxis territorial e contra-hegemonia**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

SILVA, Adelaide Pereira; MENEZES, Ana Célia Silva; REIS, Edmerson dos Santos. Educação Para a Convivência Com o Semiárido: desafios e possibilidades de um novo fazer. In: ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel; MARTINS, Maria de Fátima Almeida; MARTINS,

Aracy Alves (org.). **Territórios Educativos na educação do campo**: escola, comunidade e movimentos sociais. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2012. p. 57-70.

SILVA, Antonio Vladimir Félix *et al.* **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, Kátia Augusta Curado Pinheiro Cordeiro da. Professores com formação *stricto sensu* e o desenvolvimento da pesquisa na educação básica da rede pública de Goiânia: realidade, entraves e possibilidades. 2008. 292 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

SILVEIRA, Maria Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. *In*: VIANA, Ana Luiza de Avila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo M. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127-149.

SOARES, Maria Raimunda Penha. Territórios insurgentes: a tecitura das lutas e das resistências de mulheres quilombolas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 522-531, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/mSwQsWpRDBDsrg5BdKcNg6f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2023.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 237-265.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002. Acesso em: 4 jan. 2023.

TOCANDO em frente. Intérprete: Maria Bethânia. Compositores: Almir Sater e Renato Teixeira. *In*: TOCANDO em frente. Intérprete: Maria Bethânia. [S. l.]: Philips, 1990. 1 CD, single.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em sistemas de saúde. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 221-235.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo M. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

VIEIRA, Ana Cristina. Clientelismo e Serviços de Saúde. **Revista de Políticas Públicas**, Recife, v. 6, n. 1, p. 9-40, 2015. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3724/1759>. Acesso em: 20 jul. 2023.

XAVIER, Girleide da Silva. **Mulheres do Quilombo**: identidade étnica, gênero e educação na comunidade Porto dos Cavalos - Ilha de Maré/Bahia. 2018. 130 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação e Contemporaneidade) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2018.

APÊNDICE A – Termo de compromisso da pesquisadora



TERMO DE COMPROMISSO DO(A) PESQUISADOR(A)

Declaro estar ciente das normativas que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto intitulado Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo da Trindade, no Território do Sisal sob minha responsabilidade será desenvolvido em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e a Resolução 506/2016, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da equidade.

Assumo o compromisso de apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que forem solicitados pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia; de tornar os resultados desta pesquisa públicos independente do desfecho (positivo ou negativo); de Comunicar ao CEP/UNEB qualquer alteração no projeto de pesquisa, via Plataforma Brasil.

Conceição do Coité-BA, 17 de maio de 2023.

Stenaleze Soares
Assinatura do(a) responsável pelo projeto

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO CAMPUS XIV MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO N 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Documento de Identidade n.º: _____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ / () _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DA PESQUISA: Mulheres Quilombolas e Educação Popular:

Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal

2. PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: .

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal”, de responsabilidade da pesquisadora Gercilene Meireles, estudante do Mestrado Profissional em Educação e Diversidade da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo analisar os saberes e fazeres de mulheres quilombolas e suas potencialidades nas práticas de cura e cuidado em saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal. A realização desta pesquisa poderá trazer riscos de desconforto físico, emocional, psíquico, moral, intelectual, social, espiritual e profissional das interlocutoras, ocasionado por possíveis relatos, o que poderá ser amenizado através do atendimento (se necessário) ao serviço de apoio psicológico presente no momento da execução das atividades da (Tenda do Conto). Profissional de psicologia já previamente disponibilizado pela Associação Quilombola de Trindade. Também poderá trazer benefícios, a exemplo: preservar e conservar a diversidade cultural, artísticas, os costumes, história e memória dos povos e comunidades tradicionais, bem como, propor melhoria nos processos que envolve a bem-estar a saúde individual e coletiva dentro do Quilombo de Trindade e adjacências. Caso aceite o Senhor(a) participará de três encontros compostos por oito participantes, mediados pelo dispositivo “Tenda do Conto” e questões que versarão sobre a temática mulheres Quilombolas e Educação Popular. Estes encontros serão gravados em vídeoáudios, transcritos e analisados pela pesquisadora responsável. Os vídeoáudios ou suas imagens não serão publicados e têm como finalidade exclusiva a produção de informações científicas para a atual pesquisa, constituindo-se como termo mediador para uma análise histórico-dialética que inclui a narrativa e memória de história de vida, dança, relatos de experiências de vida, música, gestos, etc.. Os vídeoáudios serão guardados por um período de seis meses, tempo previsto para a finalização da análise das informações, sob a responsabilidade da pesquisadora Gercilene Meireles. Após este período, as imagens serão destruídas. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o Sr(a) não será identificada. Caso queira o senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua

relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e o Sr(a), caso queira, poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileiras o Sr(a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Gercilene Meireles
Endereço: Povoado Cardoso, n° 11, Biritinga, Bahia. CEP.: 48780-000
Telefone: (75) 991918099 E-mail: gessy.meireles@hotmail.com

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Gercilene Meireles
Endereço: Povoado Cardoso, n° 11, Biritinga, Bahia.
CEP.: 48780-000
Telefone: (75) 991918099 E-mail: gessy.meireles@hotmail.com

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UNEB
Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes S/N, antigo prédio da Petrobrás, 2° andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador – BA. CEP: 40.460-120.
Telefone: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250. E-mail: cepuneb@uneb.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP
Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3° andar, Asa Norte, Brasília – DF. CEP.: 70.719-040

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa “Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade. Como voluntário, consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra via destinada a mim.

Conceição do Coité-BA, 17 de maio de 2023

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador discente
(orientando)

Assinatura do professor responsável
(orientador)

APÊNDICE C – Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa



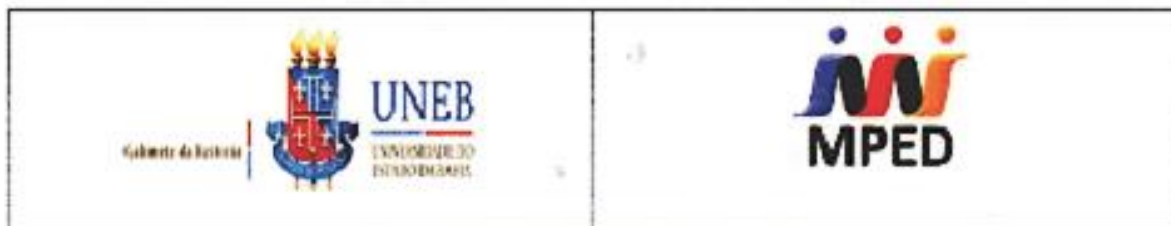
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaro estar ciente do compromisso firmado com a execução do Projeto Intitulado: "Mulheres Quilombola Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal", vinculado a Associação Quilombola de Trindade de direito privado que será desenvolvido na forma apresentada e aprovada pelo CEP da Universidade do Estado da Bahia, sempre orientado pelas normas que regulamentam a atividade de pesquisa.

Conceição do Comitê-BA, 17 de maio de 2023.

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
GERCILENE MEIRELES	<i>Gercilene Meireles</i>
MARIA JUCILENE LIMA FERREIRA	<i>Maria Jucilene Lima Ferreira</i>

APÊNDICE D – Termo de confidencialidade



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Assumimos o compromisso de preservar a privacidade e a identidade dos participantes da pesquisa intitulada Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e fazeres em Saúde no Quilombo Maria de Juvêncio, no Território do Sisal, cujos dados serão coletados através do dispositivo Tenda do Conto, no Quilombo Maria de Juvêncio, Território do Sisal, com a utilização dos dados única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Os resultados serão divulgados de forma anônima, assim como os termos de consentimento livre e esclarecido guardados no Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia da Universidade do Estado da Bahia pelo período de 05 (cinco) anos sob a responsabilidade do Pesquisadora Gercilene Meireles. Após este período, os dados serão destruídos.

Conceição do Coité-BA, 17 de maio de 2023.

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
GERCILENE MEIRELES	<i>Gercilene Meireles</i>
MARIA JUCILENE LIMA FERREIRA	<i>Maria Jucilene Lima Ferreira</i>

ANEXO A – Termo de autorização institucional da coparticipante**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COPARTICIPANTE**

Autorizo o (a) pesquisador/a **Gercilene Meireles** a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal** o qual será executado em consonância com as normativas que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos. Declaro estar ciente que a instituição é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta e dispõe da infraestrutura necessária para garantir a segurança e bem estar das participantes da pesquisa.

Conceição do Galilé-BA, 17 de maio de 2023.



Assinatura e carimbo do
responsável institucional coparticipante

ANEXO B – Termo de autorização institucional da proponente



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA PROPONENTE

Autorizo o (a) pesquisador (a) **Gercilene Meireles** a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **Mulheres Quilombolas e Educação Popular: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal** o qual será executado em consonância com as normativas que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos.

Declaro estar ciente que a instituição proponente é responsável pela atividade de pesquisa proposta e que será executada pelos seus pesquisadores/as, além de dispormos da infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem estar dos participantes da pesquisa.

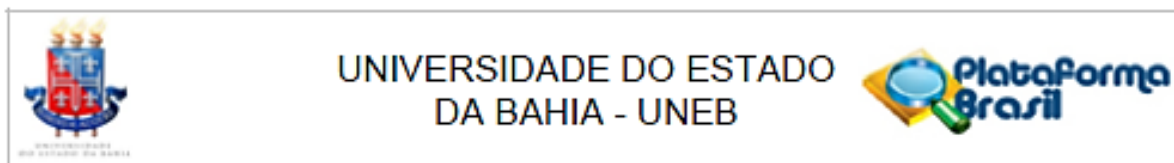
Conceição do Coité-BA, 17 de maio de 2023.

Assinatura e carimbo do
responsável institucional
ADRIANO EYSEN REGO

Diretor do DEOC/Campus XIV
Matrícula: 744398442

Port. N° 128/2022 - D.O.E.: 12/02/2022
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES QUILOMBOLAS E EDUCAÇÃO POPULAR: Saberes e Fazeres em Saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal Conceição

Pesquisador: GERCILENE MEIRELES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71427223.3.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.450.395

Apresentação do Projeto:

O projeto é vinculado Mestrado Profissional em Educação e Diversidade (MPED) da UNEB de Conceição do Coité.

Resumo informado pela autora:

"Saúde e Educação são referências essenciais para análise e reflexão sobre a complexidade das relações sociais que envolve o paradigma da vida em sua totalidade, atribuindo a essas duas áreas de conhecimentos enormes desafios, especialmente em uma sociedade guiada por um sistema capitalista que prioriza seus interesses econômicos e lucrativos em detrimento a vida humana. Por sua vez, adentrar o universo popular de pessoas simples, humildes, com pouca instrução escolar ou a ausência da mesma e que, historicamente, tiveram seu corpo atravessado pela opressão, marginalização e negação de seus direitos fundamentais de cidadania, mais que carregam em sua essência experiência de força, fé, luta e resistência, apreendidas do seu passado e que se mantem através de uma relação dialógica de respeito e amorosidade com a vida, território, natureza e pessoas ao seu entorno, apresenta-se como enorme esforço de apreensão da realidade, afim de compreender, explicar e sobre ela intervir. Desta forma, a questão que norteia esta investigação é: de que modo os saberes e fazeres de mulheres quilombolas potencializam práticas de cura e cuidado em saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal? A presente pesquisa propõe-

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 6.450.395

se a analisar os saberes e fazeres de mulheres quilombolas e suas potencialidades nas práticas de cura e cuidado em saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal. A investigação se caracteriza de abordagem quali-quantitativa, utilizando-se da metodologia de pesquisa participante, desenvolvida através da Tenda do Conto (GADELHA, 2014), programada para acontecer em três encontros, com oito mulheres da comunidade Quilombola de Trindade, no Território do sisal. Ao final da investigação, pretendemos elaborar um livro demonstrando as potencialidades dos saberes e fazeres populares das mulheres Quilombolas sobre suas práticas de cura e cuidado em saúde através das ervas medicinais, no território do Sisal⁸.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

analisar os saberes e fazeres de mulheres quilombolas e suas potencialidades nas práticas de cura e cuidado em saúde no Quilombo de Trindade, no Território do Sisal

Objetivo Secundário:

E como objetivos específicos, temos: a) identificar a potencialidade dos saberes e fazeres em saúde produzidos pelas mulheres no Quilombo de Trindade; b) compreender as contribuições dos saberes e fazeres das mulheres quilombolas em suas práticas de cura e cuidado para a manutenção e reprodução da vida e da saúde na comunidade de Trindade; c) verificar se os saberes e fazeres em saúde das mulheres quilombolas de Trindade dialogam com os conhecimentos científicos nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a eticidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Vale destacar que a pesquisa não realizará bioprospecção, nem comercialização do conhecimento tradicional da comunidade, além do financiamento do livro fazer parte da receita da pesquisadora que é integrante da comunidade rural com cuidado para cumprir os preceitos da Lei 13.123/15 e não permitir a exploração econômica da Comunidade Tradicional por terceiros.

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 6.450.395

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da eticidade, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Em conformidade com a normativa;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Em conformidade.
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Dispensado por conta do estudo envolver a comunidades indígenas;
- 5 – Anuência da comunidade: Em conformidade;
- 6 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 7 – Modelo do TCLE: Apresentado dentro da eticidade tendo em vista que não haverá bioprospecção nem comercialização dos conhecimentos tradicionais;
- 8 – Modelo do Assentimento: Dispensa por não envolver menores de idade.
- 9 – Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: Apresentado dentro da eticidade;
- 10 – Termo de concessão: Dispensado por utilizar dados secundários publicados;
- 11 - Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos: Dispensado por utilizar dados secundários publicados.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

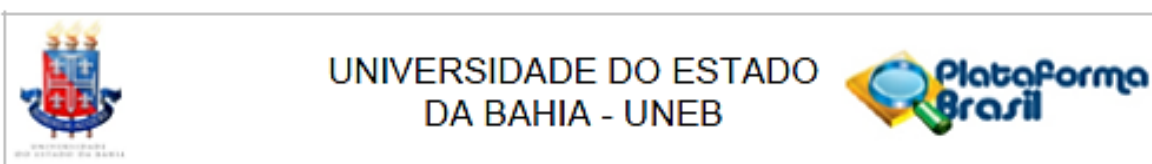
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.450-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 6.450.395

princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.71427223.3.0000.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2167889.pdf	16/10/2023 14:58:49		Aceito
Outros	auto.pdf	07/08/2023 21:20:32	GERCILENE MEIRELES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2023 21:13:12	GERCILENE MEIRELES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	13/07/2023 16:17:51	GERCILENE MEIRELES	Aceito
Declaração de concordância	conc.pdf	10/07/2023 16:58:30	GERCILENE MEIRELES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesq.pdf	10/07/2023 16:53:49	GERCILENE MEIRELES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	prop.pdf	10/07/2023 16:51:58	GERCILENE MEIRELES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosta.pdf	27/06/2023 11:23:31	GERCILENE MEIRELES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

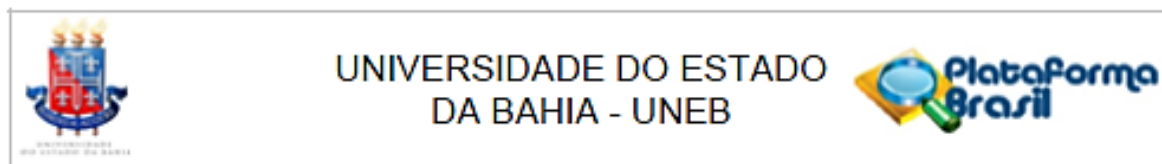
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 24 de Outubro de 2023

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.450-120
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 6.460.395

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br

ANEXO D – Hino da Comunidade Quilombola de Trindade

Hino da Comunidade Quilombola de Trindade

*Neste local abandonado
Do ex-escravo que aqui chegou
Eram matas bem catingueiras
Que deu origem ao morador*

*Os fazendeiros aqui passavam
De cavalos bem cedinho
Nos variantes bem fechados
Só galopava, quem conhecia*

*O picado do cavalo
Despertava a família.
Os escravos tiveram fugas
De Ouriçangas pra essa matinha.*

***Trindade, teve um nome valer! 2x
Trindade, veio resplandecer!
Filho de escravo que veio! 2x
Foi pra ficar! BIS***

*Nas angustias dos preconceitos
O picado estremecia!
Inferiorizando este local
Vários nomes apreciam.*

*Era um lugar bem agitado
E tinha muita rebeldia
Com destaque de racismo
Picada do Mané Mana.*

*As doenças proliferavam
Do mal de sete as agonias
Mornam gente da grande manga
Do Caldeirão também partia.*

***Trindade, teve um nome valer! 2x
Trindade, veio resplandecer!
Filho de escravo que veio! 2x
Foi pra ficar! BIS***

*Ô Santíssima nossa Trindade
Das promessas teve valia
Confiante ao coo-padroeiro
São José nos defendiam*

*Trindade és, o seu nome
As famílias teve alegria
Combateram o mau de sete
Entrou a paz e alegria.*

***Trindade, teve um nome valer! 2x
Trindade, veio resplandecer!
Filho de escravo que veio! 2x
Foi pra ficar! BIS***

*A cultura indenitária
Dos ancestrais influencia
Agricultura familiar
Caça e pesca fortalecia.*

*O Jogo de futebol
E também a argolinha
Eram tantas tradições
Que traziam a alegria.*

*A fonte de economia
Era nossa mangabinha
Vendida a longa distância
No município de Serrinha.*

***Trindade, teve um nome valer! 2x
Trindade, veio resplandecer!
Filho de escravo que veio! 2x
Foi pra ficar! BIS***

Letra e música: Professor Edvaldo de Jesus e primeiro Presidente da Associação Quilombola Mana de Juvêncio.