



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS VI**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**IVONÊS DA SILVA PATRIA COUTO**

**DOENÇAS E PRÁTICAS CURATIVAS DA COMUNIDADE DE CAMPINAS NO**  
**ALTO SERTÃO DA BAHIA**

**CAETITÉ-BA**

**2025**

**IVONÊS DA SILVA PATRIA COUTO**

**Doenças e Práticas curativas da Comunidade de Campinas no Alto Sertão da  
Bahia**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade do Estado da Bahia,  
Departamento de Educação Campus VI como  
requisito parcial para avaliação da disciplina Pesquisa  
de História.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Osvaldo Dutra

**CAETITÉ-BA**

**2025**

## DEDICATÓRIA

A Deus, em primeiro lugar, que sempre me conduziu com as devidas lições de amor, fraternidade e compaixão, hoje e sempre.

Aos meus pais, Geraldo e Santina, e aos meus irmãos, Auandro (in memoriam), Inês, Dauana e Carolina, por sempre transmitirem alegria e positividade, e por estarem comigo em todos os momentos, me apoiando incondicionalmente.

Aos meus filhos, Maysa e João Miguel, e ao meu esposo, José Couto, que me incentivaram nos momentos mais difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à faculdade. À minha prima Taís e a todos os familiares e amigos que sempre foram os meus maiores incentivos, minha eterna gratidão.

Aos amigos e amigas que a universidade me presenteou, agradeço pela força, companheirismo e partilha ao longo dessa jornada.

Aos professores, pelas correções, ensinamentos e contribuições que me permitiram chegar até aqui, sou profundamente grata a Deus por cada um que passou pela minha vida.

Ao meu prezado e querido professor e orientador, Nivaldo Dutra, agradeço pela dedicação, compreensão, inspiração e amizade.

Meu Deus, obrigada pelos Teus planos para a minha vida, pois são sempre maiores que os meus próprios sonhos.

**Toda honra e toda glória sejam dadas ao Senhor!**

Carinhosamente,

**Ivonês da Silva Pátria Couto.**

## LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

Organização Mundial da Saúde	OMS
Programa de Saúde da Família	PSF
Técnica de Associação Livre de Palavras	TALP
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Fundação Nacional de Saúde	FNS
Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde	INCQS
Universidade do Estado da Bahia	UNEB
Programa Nacional de Imunização	PNI
Sistema Único de Saúde	SUS
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DCNT's
Antes de Cristo	a. C.
Ministério da Saúde	MS
Varicela-Zoster	VVZ
depois de Cristo	d. C.
Porcentagem	%
Século 20	XX
Século 18	XVIII
Outros autores	<i>Et al</i>
Página	<i>p.</i>
Quilometro	Km

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Doenças mais incidentes na comunidade na visão de moradores antigos.....	20
<b>Quadro 2:</b> Uso de ervas nas práticas curativas.....	30

## LISTA DE IMAGENS E GÁFICOS

<b>Figura 1:</b> Garrafada natural para cura de picada de peçonhentos.....	35
<b>Figura 2:</b> Imagem de plantas medicinais fotografada de quintal de um participante.....	37
<b>Figura 3:</b> Povoado de Campinas-Ba.....	42
Figura 4: Local de realização das práticas curativas.....	43
<b>Gráfico 1:</b> Tratamento de doenças entre 1935 a 1990.....	39
<b>Gráfico 2:</b> Atual prática de cura na Comunidade Campinas.....	40

## RESUMO

O uso de plantas medicinais e as práticas de cura realizadas por curadores e benzedeiros são, de fato, tradições milenares que remontam aos primeiros povos que utilizaram a natureza como fonte de cura. Essas práticas, que combinam o conhecimento empírico sobre as plantas com rituais, rezas e saberes passados de geração em geração, têm sido fundamentais para o cuidado da saúde em muitas culturas, especialmente em comunidades mais afastadas das grandes cidades. Este estudo tem como objetivos geral e específicos: identificar as principais doenças que acometem os moradores da comunidade de Campinas e as práticas curativas ainda utilizadas por eles; analisar as principais enfermidades que afetam os moradores da comunidade; identificar as práticas curativas realizadas localmente; estabelecer um paralelo entre as formas de tratamento utilizadas no passado e aquelas adotadas na atualidade. Este estudo é de caráter quali-quantitativo, descritivo, elaborado através de uma entrevista com moradores mais velhos da comunidade de Campinas, através da técnica de pesquisa TALP, sendo que foi atualizado autores como Ministério da Saúde (Brasil); Barrientos-Parra; Puttini; Campos; Werneck; Tonon; Silva; OMS. Em relação ao resultado, as plantas são utilizadas para tratar doenças e aliviar sintomas. Muitas dessas plantas, como a erva-cidreira, o capim-santo e o alecrim; as práticas de curanderismo ainda são comuns em diversas partes do mundo, sendo particularmente relevantes em comunidades rurais ou em locais onde o acesso aos serviços de saúde é limitado. A prática de benzedeiros, por exemplo, continua sendo procurada por aqueles que acreditam no poder das rezas e da cura espiritual associada ao uso das plantas.

**Palavras-chave:** Benzedeiros; Comunidade Campinas; Plantas Medicinais; Curandeirismo.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. REVISÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
2.1. EVOLUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	10
<b>2.1.2 Saúde Pública na Bahia e a Região Sertaneja .....</b>	<b>13</b>
2.2 PRÁTICAS CURATIVAS NO ALTO SERTÃO BAIANO .....	14
2.3.MEDICINA FORMAL E INFORMAL .....	17
2.3 O CURADOR NO CÓDIGO PENAL DE 1940 .....	18
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>19</b>
4.3. DOENÇAS QUE MAIS AFETA A COMUNIDADE DE CAMPINAS NA VISÃO DE MORADORES ANTIGOS.....	19
4.4. PRATICAS CURATIVISTAS UTILIZADA PELOS MORADORES .....	28
4.5. PRATICAS CURATIVAS RELATADAS PELO MORADORES DE CAMPINAS ..	36
4.4 COMUNIDADE DE CAMPINAS: HISTÓRIA, ECONOMIA E SABERES POPULARES .....	41
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>6. REFERENCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO A:.....</b>	<b>49</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Para compreender o processo de adoecimento e cura, é fundamental entender o conceito de saúde, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (OMS, 2015, p. 01)”. Por outro lado, as práticas religiosas e os processos de secularização estão associados à vitalidade simbólica das práticas de cura, que exercem influência significativa no campo da saúde, especialmente por meio do conhecimento empírico relacionado à cura (OMS, 2015; Barrientos-Parra; Puttini, 2018).

Além disso, os saberes científico e intuitivo são originados de lógicas distintas: enquanto o primeiro fragmenta a totalidade em partes menores para analisá-las isoladamente, o segundo apreende essa totalidade de forma integrada. Nesse sentido, a medicina moderna, ao adotar uma visão fragmentada do ser humano, foca principalmente nos sintomas apresentados pelo paciente, enquanto as rezadeiras populares compreendem o indivíduo de maneira intuitiva (Nascimento, 2015).

No contexto brasileiro, o termo *curandeirismo* expressa um local simbólico de socialização dos hábitos e práticas relacionados à saúde. Durante o período colonial, a predominância de curandeiros, rezadores, sangradores, barbeiros e outras figuras da medicina popular teve papel fundamental no tratamento de enfermidades. Esse conjunto de práticas formava um saber técnico-empírico representado por rezadeiras, curandeiros e raizeiros, alicerçado em uma tradição sobre a qual a medicina oficial não exercia controle, uma vez que suas técnicas eram desprovidas do valor simbólico presente nas práticas tradicionais (Barrientos-Parra; Puttini, 2018).

A partir desse pressuposto, observa-se que tais práticas curativas foram gradualmente mitigadas, especialmente com o fortalecimento da medicina científica e os avanços teológicos fundamentados no conhecimento técnico-científico, baseado na compreensão anátomo-fisiopatológica do corpo humano. Esse processo contribuiu para transformar a arte do cuidar em um monopólio da medicina moderna, resultando na desvalorização e marginalização de saberes curativos empíricos, tradicionalmente praticados por curandeiras, parteiras, entre outros agentes populares (Gewehr, 2017).

Entretanto, essas práticas ainda podem ser encontradas em pequenas comunidades, devido a diversos fatores, como a escassez de profissionais da saúde, a dificuldade de acesso aos centros urbanos e a preservação de tradições locais que resistiram ao tempo e a modernidade

— como ocorre na comunidade de Campinas, localizada no **Alto Sertão da Bahia**<sup>1</sup> (Gewehr, 2017).

A comunidade de Campinas está localizada a aproximadamente 635,7 quilômetros da capital baiana. Seu clima é semiárido, e a população local vive, predominantemente, da agricultura, com destaque para o cultivo de milho, feijão, mandioca e cana-de-açúcar, além da criação de gado, porcos e galinhas. Esses produtos são destinados tanto ao consumo próprio quanto à comercialização em feiras livres na sede municipal de Caetité, situada a 29 quilômetros de distância. Um dos principais marcos da comunidade é a produção de cana-de-açúcar e, conseqüentemente, de cachaça, sendo que há, aproximadamente, oito alambiques em atividade dedicados à fabricação dessa bebida.

No que se refere à saúde, a comunidade conta com um Programa de Saúde da Família (PSF), responsável por oferecer atendimentos básicos, como consultas médicas, odontológicas, nutricionais e de enfermagem. A presença desse serviço contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população, tornando as práticas médicas mais presentes e ativas, em comparação às práticas curativas tradicionais.

Diante desse cenário, surge a seguinte questão norteadora: Quais são as doenças mais comuns e as práticas curativas ainda presentes na comunidade de Campinas? Para respondê-la, este estudo tem como objetivo geral identificar as principais doenças que acometem os moradores da comunidade de Campinas e as práticas curativas ainda utilizadas por eles. De forma específica, busca-se: Analisar as principais enfermidades que afetam os moradores da comunidade; identificar as práticas curativas realizadas localmente; estabelecer um paralelo entre as formas de tratamento utilizadas no passado e aquelas adotadas na atualidade.

Este estudo justifica-se pelo fato de que as práticas tradicionais de cura estão sendo cada vez menos utilizadas, embora ainda resistam em regiões afastadas dos grandes centros urbanos. Ao abordar as experiências da comunidade de Campinas, no Alto Sertão da Bahia, esta pesquisa busca dar visibilidade a um conhecimento empírico de grande valor cultural, que pode ser desconhecido por muitas pessoas. Além disso, o estudo poderá servir como referência para pesquisas futuras, em níveis de graduação e pós-graduação, em diversas áreas do conhecimento.

Para alcançar os objetivos propostos e responder à pergunta de pesquisa, foi realizada uma investigação de campo por meio de entrevistas semiestruturadas (conforme Anexo A), entre os meses de outubro e dezembro de 2024. As entrevistas contaram com oito perguntas elaboradas pela pesquisadora e foram aplicadas a sete moradores da comunidade, sendo quatro

1. "Alto Sertão da Bahia" é compreendido não apenas como uma delimitação geográfica, mas como um espaço histórico e social onde se desenrolaram importantes processos relacionados à escravidão, à liberdade e às relações raciais no Brasil do século XIX (Pires, 2003).

homens e três mulheres, com idades entre 68 e 85 anos, todos residentes há mais de 50 anos ou nascidos em Campinas. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), aplicada de forma individual. Esta técnica é reconhecida como um instrumento eficaz para investigação aberta, a partir de estímulos verbais. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software Excel*, versão 5.2, que permitiu verificar as semelhanças entre as variáveis pré-definidas nos objetivos do estudo, possibilitando a comparação entre as diversas falas dos entrevistados (Coutinho, 2017). Em seguida, procedeu-se à análise descritiva dos dados obtidos

## **2. REVISÃO TEÓRICA**

### **2.1. EVOLUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

As patologias existem desde os primórdios da humanidade. Há, por exemplo, relatos de antropólogos sobre doenças como o câncer de mama no Egito Antigo, identificadas por meio de estudos realizados em múmias (Santos, 2015). No entanto, muitas doenças que anteriormente não tinham cura ou tratamento hoje podem ser controladas ou até mesmo curadas. É o caso do sarampo e da febre amarela, prevenidos por vacinação; de certos tipos de câncer, tratados por quimioterapia; e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma doença sexualmente transmissível que, embora ainda não tenha cura, possui tratamento capaz de inibir a proliferação do vírus no organismo, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente.

Essa evolução no enfrentamento das doenças deve-se, em grande parte, ao desenvolvimento da saúde pública no Brasil, que passou por diversas reformulações legais e estruturais. Desde o início da colonização até 1930, não existia uma estrutura institucional consolidada voltada à saúde. A partir dessa data, iniciou-se a criação de órgãos com foco na promoção, prevenção e tratamento de enfermidades. Em 1991, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que intensificou os esforços voltados à melhoria das condições de saúde da população brasileira (Brasil, 2017).

A saúde preventiva, ao longo de sua trajetória, enfrentou diversos obstáculos, tanto no âmbito institucional quanto no administrativo. Esses desafios estavam ligados à limitação do conhecimento científico, tecnológico e industrial, bem como à distância entre o saber médico-científico e a capacidade de compreensão lógica da população. Isso se deve, principalmente, ao

lento processo de consolidação da consciência dos direitos sociais (Silva, 2004). Como resposta a essas limitações, a partir da década de 1960 houve um aumento na publicação de leis relacionadas à produção e consumo de bens e serviços, como a regulamentação do uso de iodo no sal e do controle da qualidade da água destinada ao consumo humano, entre outros. Os laboratórios de análises clínicas também foram reestruturados conforme as diretrizes do Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS). Além disso, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi fortalecido, com o objetivo de garantir o controle sanitário das vacinas armazenadas e administradas (Silva, 2004).

Os movimentos sociais que surgiram com a redemocratização do país contribuíram para o fortalecimento da ideia de democratização da saúde, o que impulsionou o avanço do movimento da Reforma Sanitária. Esse processo ganhou notoriedade em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde a população denunciou negligências históricas e reivindicou o direito ao acesso universal e igualitário à saúde (Brasil, 2017).

Essas mobilizações populares influenciaram diretamente a Assembleia Constituinte de 1987-1988. Com forte atuação dos movimentos sociais, a nova Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova ordem jurídica, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) — um marco na história da saúde pública brasileira, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2017).

Já na primeira metade do século XX, foi implementada a administração científica por meio do uso da estatística para medir fatos sociais. Com isso, foi possível constatar que epidemias de doenças transmissíveis, como febre amarela e malária, causavam elevados índices de mortalidade, sobretudo entre trabalhadores alocados em obras localizadas nas periferias. Tal situação impactava diretamente o comércio e, conseqüentemente, comprometia a rotatividade do capital dentro da lógica capitalista (Campos; Werneck; Tonon, 2001).

Uma das medidas adotadas para enfrentar esse cenário foi o aumento do incentivo à pesquisa biomédica, com foco principal nas doenças consideradas tropicais, além da promoção de campanhas sanitaristas. Esses esforços resultaram em um maior controle das endemias, alcançado por meio da articulação entre o saber científico e uma ética voltada ao trabalho em saúde. Como desdobramento dessas iniciativas, em 25 de maio de 1900 foi criado o Instituto de Soroterapia Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas (Brasil 2017).

Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor-geral de Saúde Pública, assumindo um papel central na formulação e execução das políticas sanitaristas da época (Silva,2004), sendo hoje considerado um dos maiores Ministro da Saúde:

Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico científico, deflagrou suas memoráveis campanhas de saneamento. Seu primeiro adversário: a febre amarela, que angariara para o Rio a reputação de “Túmulos dos Estrangeiros” e que matou, de 1897 a 1906, quatro mil imigrantes (Silva, 2004 p. 12).

Em 1904, uma intensa epidemia de varíola atingiu a então capital brasileira, o Rio de Janeiro. Nos primeiros cinco meses do ano, estima-se que mais de 1.800 pessoas foram internadas no Hospital São Sebastião. Tal situação ocorreu, em parte, devido ao descumprimento de uma normatização estabelecida desde 1837, que preconizava a imunização de crianças contra a doença. No entanto, essa diretriz não era efetivamente seguida pela população da época. Diante do agravamento do quadro epidemiológico, o Governo Federal sancionou uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. Essa legislação previa que crianças com menos de cinco meses de idade deveriam receber a imunização, os militares deveriam ser vacinados a cada sete anos, e os indivíduos não vacinados residentes em áreas com focos de infecção deveriam ser isolados em locais determinados pelos sanitaristas (Campos; Werneck; Tonon, 2001).

Além disso, o governo instituiu multas para médicos que fornecessem atestados de vacinação falsos, e estudantes foram obrigados a apresentar comprovantes de vacinação para frequentar instituições de ensino. Em resposta a tais medidas, jornais da época começaram a relatar uma série de revoltas e protestos da população, que se sentia oprimida pelas imposições sanitárias do Estado. Como consequência direta dessas tensões, em 13 de novembro de 1904 teve início a Revolta da Vacina, um evento marcante na história da saúde pública brasileira. Esse episódio simbolizou não apenas a resistência popular às intervenções estatais, mas também o embate entre a autoridade sanitária e a autonomia individual em um contexto de modernização urbana e higienização forçada (Silva, 2004).

Em 1908 o Instituto de Soroterapia Federal foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz, em homenagem às contribuições significativas de Oswaldo Cruz para a saúde pública brasileira, especialmente no campo do sanitarismo e no combate a doenças como varíola, febre amarela, poliomielite, varicela, entre outras. A partir desse marco, intensificaram-se os avanços na produção de vacinas, o que contribuiu para a redução e, em alguns casos, a erradicação dessas enfermidades no território nacional (Brasil, 2017),

Apesar dos notáveis avanços proporcionados pela medicina moderna e pela estruturação da saúde pública no Brasil — como a criação do PNI, a erradicação de doenças por meio da vacinação e a consolidação do SUS —, é importante reconhecer que, paralelamente a esse progresso, subsistem práticas de cura tradicionais profundamente enraizadas em diversas

comunidades do país, especialmente na zona rural e em regiões mais afastadas dos centros urbanos (Silva, 2004).

### **2.1.2 Saúde Pública na Bahia e a Região Sertaneja**

Durante a Primeira República, a saúde pública na Bahia foi marcada por um desequilíbrio estrutural entre a capital e o interior, especialmente nas regiões sertanejas. Salvador, por concentrar o poder político e econômico, recebeu investimentos mais significativos em hospitais, saneamento básico e campanhas de combate a doenças, enquanto o sertão permaneceu praticamente excluído dessas melhorias. As autoridades estaduais e municipais, com recursos escassos e limitadas pela descentralização administrativa da Constituição de 1891, optavam por ações pontuais, geralmente motivadas por crises epidêmicas específicas (Souza, 2012).

Essas iniciativas não se transformavam em políticas permanentes, perpetuando a vulnerabilidade sanitária de comunidades rurais. A precariedade das moradias, a inexistência de abastecimento de água tratada e de rede de esgoto, somadas à má alimentação, criavam um ambiente favorável à disseminação de doenças como malária, febre amarela, tuberculose, varíola e doença de Chagas (Santana, 2014).

No contexto sertanejo, o quadro era agravado por fatores ambientais e culturais. As secas prolongadas, comuns na região, comprometiam o acesso à água potável, levando parte da população a utilizar reservatórios improvisados, que favoreciam a proliferação de mosquitos vetores de enfermidades. Municípios como Juazeiro e Alagoinhas, por sua proximidade com áreas alagadiças, sofriam surtos recorrentes, agravados pela ausência de obras de drenagem e saneamento. Além disso, a dificuldade de transporte impedia a chegada rápida de médicos e medicamentos, tornando frequente a dependência de curandeiros, parteiras e benzedadeiras, que atuavam não apenas como agentes de cura, mas também como referências culturais e espirituais (Souza, 2012; Sacramento, 2014).

Embora a medicina acadêmica estivesse presente em alguns centros urbanos, sua atuação no sertão era esporádica e insuficiente. Somente a partir de 1919, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e o apoio de instituições internacionais, como a Fundação Rockefeller, surgiram iniciativas mais estruturadas, que buscaram integrar o sertão baiano ao sistema nacional de saúde, ampliando campanhas de vacinação, ações de saneamento e a profilaxia rural (Santana, 2014).

A coexistência entre práticas tradicionais e intervenções científicas caracterizou a assistência à saúde no sertão até meados do século XX. Enquanto as ações estatais priorizavam o combate a epidemias por meio de medidas sanitárias e campanhas específicas, a população rural continuava a recorrer a saberes populares transmitidos de geração em geração. O uso de plantas medicinais, a aplicação de rituais religiosos e a crença em benzeduras formavam parte importante do repertório de cura, sendo valorizados por sua acessibilidade e pela confiança depositada nos agentes locais de saúde. Mesmo com o avanço das políticas públicas e a presença eventual de equipes médicas enviadas pelo governo, a ausência de serviços de saúde contínuos manteve por décadas um cenário de carência e desigualdade no atendimento. Essa lenta transformação revela como as políticas sanitárias no sertão baiano foram mais reativas que preventivas (Souza, 2012; Sacramento, 2014).

Localizado na região sudoeste da Bahia, Caetité, no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, possuía um sistema de assistência à saúde fortemente baseado em práticas tradicionais e conhecimentos populares. A presença de médicos diplomados era limitada e concentrada nas áreas urbanas mais centrais, o que deixava grande parte da população dependente de curandeiros, parteiras e benzedoras para o tratamento de doenças e acompanhamento de gestações. Essas figuras desempenhavam papel não apenas terapêutico, mas também social e cultural, integrando aspectos de religiosidade e saberes transmitidos oralmente. A população recorria a preparados de plantas medicinais, rezas e rituais que faziam parte de um repertório local de cura, revelando a adaptação às condições de isolamento geográfico e à escassez de recursos médicos formais (Sacramento, 2014).

O contexto ambiental e socioeconômico de Caetité reforçava a vulnerabilidade sanitária típica do sertão baiano. A infraestrutura de saneamento era inexistente, o abastecimento de água dependia de fontes e reservatórios improvisados, e as condições de moradia favoreciam a disseminação de doenças como verminoses, malária e febre tifoide. Apesar de visitas ocasionais de médicos e campanhas de saúde promovidas pelo governo estadual, essas ações tinham caráter episódico e não alteravam de forma duradoura o panorama local. Assim, as práticas curativas populares mantiveram-se essenciais para a sobrevivência e a coesão social, ao mesmo tempo em que revelavam as estratégias de resistência cultural da comunidade frente à ausência de um sistema público de saúde eficiente (Sacramento, 2014).

## 2.2 PRÁTICAS CURATIVAS NO ALTO SERTÃO BAIANO

O curandeirismo na Bahia é fruto de um caldeirão de influências culturais e espirituais, destacando-se fortemente a herança afro-brasileira como um de seus pilares mais potentes (Barros, 2009). Além disso, representa um importante legado dos povos indígenas na formação da cultura baiana e brasileira. Na Bahia, especialmente no sertão e em áreas rurais, o curandeiro continua sendo figura essencial na saúde popular, evidenciando a resistência de saberes ancestrais que antecedem a colonização portuguesa (Cunha, 1998).

Herdado dos povos africanos trazidos ao Brasil durante o período escravocrata, esse saber de cura e cuidado espiritual sobreviveu à opressão colonial e permanece vivo, especialmente nas comunidades do interior baiano e nas periferias urbanas (Barros, 2009). As práticas curativas de matriz africana não se resumem ao uso de plantas e rezas, mas compreendem um sistema complexo de saberes que integram o corpo, o espírito e a ancestralidade. No contexto baiano, sobretudo no Recôncavo e no sertão, as figuras do curandeiro, do pai de santo, da benzedeira e da parteira se misturam e compartilham uma tradição que remonta aos terreiros de candomblé e à cosmovisão dos povos bantu, iorubás e jejes (Cunha, 1998).

Os africanos trouxeram consigo vasto conhecimento sobre o uso de ervas medicinais, banhos, defumações, amuletos e rituais com cantos e danças, que foram adaptados às novas realidades encontradas no Brasil. Essa sabedoria foi mantida por meio da oralidade e da prática cotidiana, mesmo em meio à perseguição religiosa e ao racismo institucional (Ramos, 1934). A Bahia, por sua importância no tráfico negreiro e pela resistência cultural dos povos afrodescendentes, tornou-se um dos estados brasileiros com maior preservação dessas práticas. Nas comunidades do sertão, como Caetité e região, é comum encontrar práticas como o banho de descarrego, os chás de folhas sagradas como arruda, guiné, comigo-ninguém-pode, e a utilização de orações sincretizadas com elementos católicos e africanos (Nascimento, 2015).

Além disso, os saberes populares também é uma herança herdada dos indígenas que aqui residia na América antes da chegada dos europeus. Os povos indígenas já utilizavam um extenso repertório de plantas medicinais, rituais de cura e práticas espirituais ligadas ao corpo e à natureza. Os pajés indígenas eram os primeiros curadores do território que viria a se tornar o Brasil. Esses líderes espirituais e de cura exerciam papel central na comunidade, utilizando-se de rezas, defumações, chás, emplastos e banhos com ervas nativas (Cunha, 1998).

Com o processo de colonização, houve o encontro e, muitas vezes, o choque entre os saberes indígenas, africanos e europeus. No entanto, como destacam, o saber indígena não desapareceu: ele foi ressignificado e permanece vivo em práticas como o curandeirismo, a fitoterapia caseira e as benzedeadas — especialmente no Nordeste brasileiro (Foster, 2001; Lima,

2010). Na Bahia, especialmente no Alto Sertão, diversos estudos etnográficos apontam que o uso de plantas como a jurubeba, a aroeira, o boldo-baiano, a erva-de-santa-maria e o cipó-mil-homens são práticas oriundas do conhecimento indígena transmitido oralmente. Mesmo nas comunidades não indígenas, o uso dessas ervas para tratar doenças como verminoses, problemas digestivos, febres e infecções continua sendo comum e culturalmente aceito (Ferreira, 2012).

Além disso, o curandeirismo carrega uma dimensão espiritual, ligada à cosmologia indígena, que entende que o corpo, o espírito e a natureza estão profundamente conectados. Essa visão integradora da saúde se opõe ao modelo biomédico ocidental e é uma das razões pelas quais o curandeiro é procurado em casos de “males do espírito” ou doenças “sem causa visível”, como o “quebranto”, “mau-olhado” ou “vento caído”. Essas práticas de cura sobrevivem como formas de resistência cultural e de autonomia dos povos diante da hegemonia da medicina institucionalizada. No sertão da Bahia, como em Caetité e região, curandeiros e parteiras mantêm viva essa tradição, reforçando a importância do saber indígena na composição do patrimônio imaterial brasileiro (Menéndez, 2003).

A cidade de Caetité, situada no Alto Sertão da Bahia, possui uma rica tradição em práticas populares de cura, transmitidas oralmente de geração em geração. Essas práticas estão intimamente ligadas à história de resistência cultural dos povos sertanejos (perpetua desde as heranças herdadas dos povos indígenas até os africanos e europeus) que, frente à ausência de serviços médicos durante boa parte do século XX, encontraram nos curandeiros, benzedeadas e parteiras figuras essenciais para o cuidado com a saúde (Gewehr, 2017).

Em contextos onde o saber científico era escasso, o conhecimento empírico torna-se uma forma legítima de lidar com o sofrimento humano. Em Caetité, essa realidade se expressava nas comunidades rurais e nos bairros periféricos, onde o curandeiro era responsável por tratar desde doenças físicas, como “quebranto” e “espinhela caída”, até males espirituais, como “olho gordo” ou “encantamento” (Geertz, 2008).

No sertão baiano os curandeiros eram muitas vezes pessoas mais velhas, respeitadas por seu saber sobre plantas medicinais, orações, simpatias e rituais. Suas práticas envolviam desde banhos com ervas como arruda, guiné, malva e boldo, até rezas específicas para diferentes tipos de males. Esses saberes foram herdados tanto da tradição indígena quanto das influências africanas e ibéricas (Gewehr, 2017).

Em Caetité, esse sistema tradicional de cura coexiste até hoje, principalmente nas comunidades rurais, como Campinas, Brejinho das Ametistas e Maniaçu. Essas localidades mantêm viva a figura do curador, muitas vezes associado a práticas religiosas populares. De acordo com o curandeiro é visto como alguém com dom, um mediador entre o mundo físico e

espiritual, sendo procurado quando os métodos médicos não resolvem, ou quando há desconfiança de que a doença tem causas "de fundo espiritual" (Nascimento, 2015).

Apesar da crescente presença da medicina institucionalizada, com a chegada do Programa Saúde da Família (PSF) nos anos 2000 e o fortalecimento do SUS, essas práticas não desapareceram, pois há um processo de convivência entre os sistemas de cura, onde a população recorre tanto ao médico quanto ao curandeiro, dependendo do tipo de enfermidade, da gravidade e da crença individual (Menéndez, 2003; Barros, 2009). O reconhecimento dessas práticas como parte da cultura popular e do patrimônio imaterial tem ganhado força nos últimos anos. Iniciativas de valorização do saber tradicional em Caetité vêm sendo realizadas por pesquisadores da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e movimentos sociais locais que defendem o respeito às práticas de cura tradicionais como expressão da identidade sertaneja (Nascimento, 2015).

### 2.3. MEDICINA FORMAL E INFORMAL

A medicina formal, também chamada de medicina convencional ou científica, fundamenta-se em conhecimentos produzidos e validados por meio de pesquisas empíricas, exames laboratoriais e estudos clínicos, além de estar regulamentada por conselhos profissionais e órgãos sanitários. Essa forma de medicina é ensinada em instituições acadêmicas e aplicada em ambientes hospitalares, clínicas e unidades de saúde. “Os sistemas médicos [...] são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem”. Essa perspectiva ressalta que, mesmo institucionalizada, a medicina formal não está dissociada dos contextos culturais nos quais se insere (Couto, 2012).

Por outro lado, a medicina informal, também referida como medicina popular, tradicional ou etnomedicina, é constituída por saberes transmitidos oralmente ao longo de gerações. Suas práticas incluem o uso de plantas medicinais, benzimentos, rezas e rituais que buscam restabelecer o equilíbrio físico, emocional e espiritual. Andrade (2012) define que as plantas medicinais representam "a locomotiva da Medicina Tradicional - familiar, popular e ainda natural ou complementar" (Andrade, 2012). Ademais, Menéndez (1992, apud Campos, 2014) conceitua as práticas de autoatenção como “as representações e as práticas que a população utiliza [...] sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais”, a autonomia cultural e disponibilidade desses saberes perante a biomedicina oficial.

### 2.3 O CURADOR NO CÓDIGO PENAL DE 1940

O Código Penal de 1940 aborda a figura do curador principalmente no contexto das medidas de segurança aplicadas a inimputáveis. No artigo 96, por exemplo, estabelece-se que quando o agente for inimputável por enfermidade mental, pode-se aplicar medida de segurança, sendo necessário o acompanhamento de um curador (Brasil, 1940). “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação ou tratamento ambulatorial, dependendo do grau de periculosidade, devendo o curador ser nomeado para acompanhar os interesses do interdito” (Brasil, 1940, art. 96).

A atuação do curador também se conecta com o Código Civil, que trata das incapacidades civis e prevê a necessidade de nomeação de curador para pessoas que, por enfermidade ou deficiência mental, não puderem exprimir sua vontade. Além disso, a curatela é uma forma de proteger pessoas incapazes de gerir seus próprios interesses. O curador exerce uma função de tutela legal da pessoa interditada, devendo sempre agir no melhor interesse do curatelado (Venosa, 2022). “A curatela é uma medida protetiva de natureza jurídica, estabelecida para proteger os interesses de quem não possui plena capacidade de fato. É regulada pelo Código Civil e pela legislação processual” (Venosa, 2022, p. 438).

Nesse sentido, a atuação do curador tem implicações tanto civis quanto penais, especialmente em casos em que a pessoa com deficiência mental comete atos tipificados como crime, mas é isenta de pena por ser inimputável, conforme o artigo 26 do Código Penal:

“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940, art. 26).

Embora o Código Penal mencione a nomeação do curador no contexto processual, a regulação mais detalhada da curatela está no Código Civil (Lei nº 10.406/2002) e no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Após o Estatuto, a curatela passou a ter caráter excepcional e proporcional, limitada a atos patrimoniais e negociais, reforçando a autonomia da pessoa (Brasil, 2002; Brasil, 2015).

### **3. METODOLOGIA**

O estudo é de caráter qualitativo e quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal e levantamento de campo. Para Gil (2010), a pesquisa transversal exploratória e descritiva, caracteriza-se por ser uma pesquisa de curto prazo de tempo, e possui o propósito de familiarizar o problema a partir do levantamento de hipóteses, na tentativa de descobrir o ponto principal do assunto, cujo intuito baseia-se na descrição de um determinado grupo (Prondanov; Freitas, 2013). Já a análise qualitativa está ligada na compreensão do objetivo estudado a partir da coleta de dados, por meio de um grupo específico e a quantitativa, expressa um resultado de um estudo sobre determinado assunto através de números (Gil, 2010).

O método escolhido foi o levantamento de campo, que se caracteriza pela interrogação direta das pessoas, através da utilização de questionários ou entrevistas no intuito de conhecer o comportamento das pessoas, a partir de um problema. Este método é mais adequado para estudos descritivos, com o objetivo de obter conclusões a partir dos dados coletados (Prondanov; Freitas, 2013).

### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **4.3. DOENÇAS QUE MAIS AFETA A COMUNIDADE DE CAMPINAS NA VISÃO DE MORADORES ANTIGOS**

O quadro 01 apresenta as doenças mais prevalentes no povoado de Campinas, comunidade pertencente ao município de Caetité-BA. Esse quadro é composto por uma categoria principal, a saber: doenças incidentes na comunidade. A primeira coluna descreve essa categoria, a segunda identifica os moradores participantes do estudo por meio de letras do alfabeto (a fim de preservar o anonimato), e a terceira coluna traz fragmentos das falas de moradores mais antigos, obtidas a partir da pergunta sobre quais doenças mais acometeram a comunidade. A partir das falas dos participantes, foram identificadas as doenças mais frequentemente mencionadas: câncer (n=06), sarampo (n=03), varíola (n=02) e febre amarela (n=02). Esses dados serviram de base para a elaboração das discussões referentes a este tópico.

Quadro 01 - Doenças mais incidentes na comunidade na visão de moradores antigos.

Categoria	Participantes	Exemplos de fala dos moradores
Doença incidentes na comunidade	A	“...uma tal de ferida boba que hoje ele acha que era o câncer, morreu muitas gentes por conta da fome, não tinha limpeza nenhuma aí dava no povo o amarelão, o povo não alimentava direito... tinha a varíola que era conhecido como bexiga, sarampo, catapora, tuberculose que nós chamávamos tosse comprida.”
	B	...No meu tempo a doença mais falada era aquela ferida braba, mas o povo não sabia o nome, hoje escuto fala que é o câncer...
	C	...pra mim o câncer atingia quase todo mundo naquele tempo tinha medo... perdi meu filho com essa maldita doença, que não teve remédio pra curar levei ele no benzedor e nada de melhora...
	D	A doença do tempo velho que cantava muito o povo era a febre amarela, pneumonia era uma gripe muito forte que levava até a morte.
	E	A doença que mais ataca o povo é o câncer, e ninguém falava esse nome, era conhecido como ferida braba. Vermes também era é uma doença que mais castigava nessa época, era chamado impaludismo, a barriga crescia.
	F	Naquele tempo, minha fia, eles queixavam mais era com pneumonia, queixava coceira dos sangues... sarna que era uma coceira que faltava arrancar o coró da pessoa, sarampo, babo.
	G	A primeira vez que vi falar de doença foi de uma febre braba..., uma tal de Febre boba que hoje ele acha que era o câncer, morreu muitas gentes por conta da fome... dava muita ferida feito sarna e isso inchava é crescia. Tinha a varíola que era conhecido como bexiga, sarampo, catapora, tuberculose.

Fonte: Quadro organizado pela pesquisadora, 2025.

As falas dos moradores da comunidade de Campinas, participantes deste estudo, mostra uma relação profunda entre a experiência vivida e a compreensão das doenças que marcaram o cotidiano local ao longo das décadas. Através de relatos orais, observa-se a construção de um saber popular que, mesmo sem respaldo técnico-científico, expressa com clareza a gravidade e a prevalência de determinadas patologias.

Diversos participantes (A, B, C e E) fazem menção ao câncer, embora o termo em si seja nomeado com resistência ou apenas com o passar do tempo: Participante A: “...uma tal de ferida boba que hoje ele acha que era o câncer...”; participante B: “...ferida braba, mas o povo não sabia o nome...”; participante E: “...era conhecido como ferida braba...”. Essa nomeação alternativa ("ferida braba", "boba") revela a forma simbólica de lidar com a doença, talvez como uma tentativa de evitar nomeá-la diretamente, por medo ou desconhecimento. A doença, sem nome técnico, era identificada pelos sinais visíveis (feridas) e pela sua letalidade.

Além disso, a fome, a má alimentação e a falta de higiene são mencionadas como causas ou agravantes das doenças: Participante A: “...morreu muitas gentes por conta da fome... não tinha limpeza nenhuma... o povo não alimentava direito...”; participante E: “...vermes também

era uma doença que mais castigava... a barriga crescia.” Essas falas deixam evidente a precariedade das condições de vida da época, o que está diretamente relacionado à alta incidência de doenças. Fica clara a influência dos determinantes sociais da saúde (condições de moradia, saneamento, alimentação, acesso à informação) no adoecimento da comunidade.

Ainda é possível evidenciar diversidade de doenças relatadas além do câncer, há menções recorrentes a doenças como: **febre amarela** (Participantes D e G); **sarampo, catapora, tuberculose** (A, G); **varíola, conhecida como "bexiga"** (A, G); **verminoses, como "impaludismo"** (E); **sarna e "coceira dos sangues"** (F); **pneumonia** (D, F).

A forma como essas doenças são relatadas mostra um vocabulário próprio, carregado de sentido cultural e histórico. Muitas dessas patologias, hoje controladas ou erradicadas em diversas regiões, eram comuns e temidas na comunidade, o que demonstra a vulnerabilidade sanitária histórica da localidade. A riqueza linguística também é um ponto forte: termos como “tosse comprida” (para tuberculose), “bexiga” (para varíola), “ferida boba/braba” (para câncer), e “coceira dos sangues” (possivelmente sarna ou escabiose) são expressões populares que revelam como o conhecimento empírico se organiza para nomear o sofrimento físico.

Segundo Geertz (2008), a cultura é expressa nas formas simbólicas de comunicação, e a linguagem popular constitui um elemento fundamental na maneira como os indivíduos significam suas experiências, inclusive as relacionadas ao adoecimento. Nesse sentido, o modo como a comunidade nomeia as doenças reflete sua vivência concreta e suas formas tradicionais de interpretar e lidar com o corpo e com os sintomas. Complementando essa perspectiva, Nunes (2010) argumenta que os saberes populares em saúde não apenas coexistem com o saber biomédico, mas também o desafiam e o complementam, especialmente em contextos onde o acesso aos serviços de saúde é precário ou inexistente.

Em contrapartida, a OMS (1948), descreve que doença são quaisquer modificações do estado de bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, que pode acontecer por inúmeros sinais e sintomas perceptíveis ou não, podendo levar a alterações fisiologia no corpo ou mental e social de um ser. No entanto, essa definição de saúde é remetido somente ao conceito físico, principalmente, em pequenas comunidades, mas ao que sabe-se, ao longo da vida humana, viver-se-á condição de saúde e doença, conforme o modo de vivência e a interação entre a comunidade.

Além disso, segundo Dias *et al.* (2018), a condição de saúde de um indivíduo está intrinsecamente relacionada à realidade social em que está inserido, bem como às ações de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e estratégias em saúde. Isso se deve ao fato de que não é possível compreender — tampouco transformar — o estado de saúde de uma pessoa

ou de uma coletividade sem considerar que tal situação é resultado direto do meio em que vivem, seja ele físico, cultural ou social. Nesse contexto, determinadas regiões tendem a apresentar maior predominância de doenças em comparação a outras, justamente por conta das desigualdades sociais, da precariedade nos serviços básicos e da ausência de políticas públicas efetivas. É o caso das patologias mencionadas pelos participantes desta pesquisa, como o câncer, sarampo, varíola e febre amarela, que serão discutidas nos próximos parágrafos.

Conforme aponta Buss (2000), os determinantes sociais da saúde englobam um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam a qualidade de vida da população. O autor destaca que a formulação de políticas públicas sensíveis a essas realidades é essencial para a promoção da equidade em saúde.

Tais patologias mencionadas anteriormente e relatadas pelos moradores da comunidade pesquisada, conforme registrado no Quadro 01, possuem origens históricas diversas. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2003), muitas dessas doenças foram identificadas em diferentes períodos históricos e civilizações, sendo algumas delas descritas já na Antiguidade, como é o caso do câncer.

Segundo Silva (2013), a doença cancerígena foi mencionada pela primeira vez por volta de 2625 a.C., no Antigo Império Egípcio, como uma massa que acometia o peito e para a qual não existia tratamento conhecido à época. Esse dado revela que algumas das doenças percebidas pela comunidade contemporâneas já figuravam entre os males da humanidade há milênios, o que reforça a importância de se considerar o contexto histórico e cultural na compreensão do processo saúde-doença.

Além disso, no estudo de Silva (2013), discorre que essa mesma patologia passou a ser denominada câncer por volta de 400 a.C., quando Hipócrates introduziu o termo *karkinos* (do grego, “caranguejo”) para nomear a doença. A escolha dessa designação se deve à aparência dos tumores, que, ao serem cercados por vasos sanguíneos dilatados, remetiam à forma de um caranguejo, com um corpo central e extensões semelhantes a patas.

Segundo Pereira (2024), o termo câncer tem origem na Grécia e Roma antigas. Na Grécia, a palavra *karkinos* referia-se a um tipo específico de caranguejo. Com a conquista dos territórios gregos pelos romanos, essa palavra foi traduzida para o latim como *cancer*, mantendo a associação simbólica à forma do caranguejo. A escolha do termo refletia a ideia de um crescimento anormal e invasivo, semelhante às ramificações dos tumores que lembravam as patas do animal. Para mais, o termo também era associado à figura mítica da deusa Carcina, divindade ligada à lua e ao mar. Acreditava-se que a evolução rápida e incontrolável da doença

assemelhava-se ao movimento das ondas do mar, o que levava a interpretá-la como um castigo enviado por essa divindade.

Além disso, Silva (2023), ainda complementa que em 440 a.C., o historiador Heródoto relatou um caso de doença que acometeu Atossa, rainha da Pérsia, filha de Ciro e esposa de Dario I. A enfermidade foi descrita como uma patologia atípica, caracterizada por um caroço que sangrava no peito. Anos depois, esse tumor foi retirado por um escravo, o que teria prolongado a vida da rainha. Pesquisadores contemporâneos, com base na análise de relatos históricos e de representações visuais da época, sugerem que se tratava de um caso de câncer de mama.

Esse episódio representa uma das primeiras descrições documentadas de câncer, ainda envolto em explicações simbólicas e místicas. Entretanto, com o passar dos séculos, para o autor Messora (2015), o entendimento sobre a doença passou por uma transformação significativa, especialmente com os avanços científicos após a Revolução Industrial. Nesse período, já no século XVIII, observou-se um aumento significativo na incidência de adenocarcinoma de escroto entre limpadores de chaminés. Segundo Messora (2015), esse fato levou o pesquisador Percivall Pott a associar a ocorrência da doença à exposição constante à fuligem do carvão. Essa foi uma das primeiras evidências científicas de que o câncer poderia estar diretamente relacionado às condições ambientais e ocupacionais do indivíduo.

Dessa forma, é possível traçar uma linha evolutiva no entendimento do câncer: enquanto, segundo Silva (2023) nos tempos antigos ele era reconhecido, mas cercado de mistérios e explicações mitológicas, como no caso de Atossa, na modernidade, de acordo com Messora (2015), a ciência passou a buscar fatores causais concretos, como os ambientais e sociais. Ambos os episódios revelam, em contextos históricos distintos, a presença da doença e a sua relação com os modos de vida — sejam eles individuais, culturais ou ligados ao trabalho.

Deve-se ainda salientar que, conforme Pereira (2024), a dicção “câncer” era associada à negatividade e à morte, devido ao sofrimento e à dor que causava nos doentes. Por esse motivo, muitos indivíduos evitavam mencionar tal palavra, temendo que sua simples pronúncia pudesse atrair a doença para si ou para algum familiar. O termo era, portanto, carregado de um simbolismo de destruição, sendo visto como sinônimo de sentença de morte. Essa percepção coletiva de medo diante da nomeação da doença também é evidenciada nas falas dos participantes da pesquisa, como demonstrado no Quadro 01. O Participante E afirma: “A doença que mais ataca o povo é o câncer, e ninguém falava esse nome, era conhecido como ferida braba.” Essa fala revela como o conhecimento empírico e os significados culturais moldam a forma como a comunidade compreende e lida com a doença.

Essa “doença febre braba” também é mencionada pelo Participante G, que relata: “A primeira vez que vi falar de doença foi de uma febre braba..., uma tal de febre boba que hoje eu acho que era o câncer...”. Embora os moradores associem essa enfermidade ao câncer, não há registros médicos que sustentem essa equivalência. Mas, eles podem estar remetendo a uma doença chamada boubá, que, de acordo com Valverde (2009), a *boubá* é uma doença infecciosa da pele, que se assemelha à sífilis em seus estágios iniciais. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir para complicações mais graves. Apesar de seus sintomas alarmantes, trata-se de uma comorbidade bacteriana e não cancerígena. Atualmente, a boubá é considerada uma doença erradicada ou de ocorrência extremamente rara, o que reforça a hipótese de que, na memória coletiva da comunidade, diversas enfermidades foram nomeadas e interpretadas com base em suas manifestações visíveis e nos efeitos causados no corpo, o que, por vezes, gerou confusões diagnósticas.

Essas distinções entre as doenças, conforme Pinto e Lopes (2016), começam a se consolidar a partir do século XIX, quando se observa um avanço significativo na compreensão das patologias humanas. Esse progresso se intensifica, especialmente, com o desenvolvimento da técnica da microscopia, que possibilita o estudo mais detalhado das células e tecidos, ampliando o conhecimento sobre diversas doenças, em especial o câncer. A partir dessa inovação, o câncer deixa de ser compreendido apenas como uma condição mística ou incurável e passa a ser reconhecido como uma doença localizada, baseada em lesões tissulares, com potencial para evoluir e comprometer o organismo de forma sistêmica. Assim, atualmente, o câncer é compreendido como um fenômeno biológico específico, resultado de alterações celulares que provocam um processo degenerativo e descontrolado em um determinado órgão ou sistema.

Ao se comparar a incidência do câncer nos tempos antigos com os dias atuais, observa-se um aumento significativo na ocorrência dessa enfermidade. De acordo com Reis (2020), esse crescimento está diretamente relacionado ao estilo de vida moderno. Atualmente, é expressiva a quantidade de pessoas acometidas por diferentes tipos de câncer, que podem se manifestar em diversas partes do corpo, desde a pele até órgãos internos. Tal aumento está associado a fatores como a ingestão excessiva de alimentos ultraprocessados, o sedentarismo, o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Por isso, desde a Primeira Revolução Industrial, observa-se o surgimento e a identificação dessa comorbidade em múltiplas regiões do organismo, impulsionado por hábitos de vida e condições ambientais que favorecem o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) e infecciosas.

Dentre as comorbidades infecciosas, destacam-se algumas de grande relevância histórica, como a febre amarela, varíola e sarampo. Essas patologias são frequentemente associadas a períodos de baixa cobertura vacinal, precárias condições sanitárias e ausência de políticas públicas eficazes de prevenção. Nas falas dos moradores mais antigos da comunidade, essas doenças aparecem como marcos de sofrimento coletivo, representando memórias de dor e vulnerabilidade social. O Participante A relata: “...tinha a varíola que era conhecida como bexiga, sarampo, catapora, tuberculose que nós chamávamos tosse comprida.” Já o Participante G reforça: “...dava muita ferida feia feito sarna e isso inchava e crescia. Tinha a varíola que era conhecido como bexiga, sarampo, catapora, tuberculose.”

Essas falas evidenciam o modo como essas doenças impactaram a comunidade ao longo do tempo, sendo identificadas por nomes populares e muitas vezes confundidas entre si. Como destaca Paim (2008), o conhecimento popular sobre as doenças, ainda que não técnico, é um importante instrumento de memória social e revela como os processos de saúde-doença são percebidos dentro de seus contextos históricos e culturais, a exemplo do sarampo, que segundo Domingos *et al.* (1997), o sarampo é uma infecção causada por um vírus chamado sarampo, considerado frágil e fora do organismo não consegue sobreviver a longo tempo, sendo a sua incidência de contaminação maior em crianças, principalmente, em menores de 01 ano.

Esta patologia infecciosa, conforme Fenner *et al.* (1988), é a mais antigas de que se tem registro na história da humanidade. O primeiro surto documentado de sarampo ocorreu por volta do século VII, sendo descrito pelo médico persa Rhazes (ou Al-Razi), que viveu entre os anos de 865 e 925 depois de Cristo (d.C.), e foi o primeiro a distinguir o sarampo da varíola em seus escritos médicos. No entanto, há indícios de que o vírus já circulava em populações humanas desde o século IV d.C., quando passou a se estabelecer entre humanos após um provável salto do vírus da peste bovina. A doença espalhou-se rapidamente por sua alta transmissibilidade, tornando-se endêmica em diversas regiões da Europa, Ásia e, posteriormente, da América, após a colonização.

Em complemento, Santos (1997) relata que o sarampo começou a ser notificado de forma compulsória no Brasil a partir de 1968, e por muitos anos foi o maior responsável pela morbimortalidade infantil no país. No entanto, ainda existem impasses para a erradicação completa dessa doença. Embora o sarampo seja considerado uma doença erradicada em diversas regiões do mundo, ele continua a representar uma ameaça à saúde pública, especialmente em locais com baixa cobertura vacinal e em contextos de desinformação sobre a importância das vacinas. de acordo com Domingues (1997, p. 8) “foram observadas epidemias

a cada 2 ou 3 anos, apresentando uma incidência de 42 por 100.000 habitantes no final da década de 90”.

Uma outra comorbidade citada pelos moradores é a varíola, também conhecida como catapora. De acordo com Tonelli (2000), a varíola é considerada uma patologia infecciosa aguda, com alta probabilidade de transmissão, caracterizando-se como uma doença da infância com alta incidência, porém de baixa mortalidade, sendo causada pelo vírus Varicela-Zoster (VVZ). Este vírus provoca lesões na pele, apresentando erupções maculares purulentas. Segundo Shulman (2004), a doença foi reconhecida pela primeira vez entre os anos de 1538 e 1967, quando foi realizada a distinção entre varicela e outras patologias eruptivas, pois antes desta data não havia uma diferenciação clara entre essas condições. Para Albrecht (2014), a primeira identificação do vírus causador da varicela ocorreu em 1987, por Steiner, que o descreveu como um vírus infectocontagioso. No entanto, a diminuição significativa dos casos só aconteceu após a introdução da vacina contra o vírus Varicela-Zoster.

Além da varíola, pode-se citar também a febre amarela, que, de acordo com Franco (1969), não era uma doença conhecida pela população local, mas, a partir da descoberta da América, essa patologia passou a ser amplamente reconhecida. A febre amarela, transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, causou grandes surtos em diversas regiões, especialmente nas áreas tropicais, tornando-se uma das doenças mais temidas até o desenvolvimento de vacinas eficazes para seu controle.

Ainda para Franco (1969), durante a segunda expedição de Cristóvão Colombo, ocorreu uma pequena guerra entre os povos nativos da América e os espanhóis, conhecida como a Batalha de Vaga-Rela ou Santa Serro. Nessa batalha, os indígenas se refugiaram nas matas e montanhas, atacando os inimigos. Após essa batalha, cerca de dois meses depois, uma epidemia eclodiu tanto entre os indígenas quanto entre os espanhóis. De acordo com os sintomas descritos pelos historiadores, chegou-se à conclusão de que a epidemia foi causada pela febre amarela, doença que se espalhou com grande rapidez entre as populações envolvidas.

Em complemento ao parágrafo anterior, Franco (1969), discorre que esse episódio ficou conhecido como a "epidemia do Novo Mundo", visto que não apresentava correlação com as doenças já conhecidas pelos europeus. No entanto, há indícios de que, antes mesmo da chegada dos colonizadores, os maias no território que hoje compreende o México já tinham registros dessa enfermidade, a qual chamavam de *xekik*, termo que significa “vômito de sangue”. Essa denominação estava relacionada aos sintomas apresentados, e os registros indicavam que era uma doença que se alastrava rapidamente, saindo das matas e contaminando toda a população ao redor.

O nome febre amarelo, conforme Franco (1969), foi utilizado pela primeira vez pelo jesuíta Raymond Bréton, após uma epidemia ocorrida em 1635, que acometeu imigrantes franceses na Ilha de Guadalupe, os quais apresentavam sintomas de “dores lombares, icterícia (os doentes ficavam mais amarelos) e vômitos negros, sendo que a morte sobrevinha do terceiro ao quinto dia (Franco, 1969, p. 6)”. Além disso, Bréton observou que a febre amarela apresentava relação com a derrubada de árvores, registrando de forma clara a correlação entre esses eventos e o surgimento da doença entre os colonos.

Para a FIOCRUZ (2008), a febre amarela foi considerada maior obstáculo para a saúde pública em meados do século 19, que se perpetuar até o século 20. A maior pandemia ocorrido pelo vírus *Aedes Aegypti* foi em 1850, “atingindo cerca de 90.658 dos 266 mil habitantes do Rio de Janeiro, causando 4.160 mortes, de acordo com os dados oficiais, ou até 15 mil vítimas, segundo a contabilidade oficiosa (FIOCRUZ, 2008, p. 2).” Somente em 1997 há 1998 houve a descoberta que o *Aedes aegypti*, que era transferido através de um mosquito, no entanto, para o comitê de ética em medicina, os sintomas da febre amarela se assemelhavam com o da malária.

De fato, a forma de transmissão do vírus da febre amarela, segundo FIOCRUZ (2008), foi desvendada por Oswaldo Cruz e Domingos Freire, após a realização de experimentos bem-sucedidos que comprovaram a participação do mosquito *Aedes aegypti* como vetor da doença. Esses estudos foram fundamentais para o reconhecimento científico de Oswaldo Cruz, que se tornou uma das figuras mais importantes da saúde pública brasileira. No entanto, segundo Franco (1969), a primeira vacina contra a febre amarela foi desenvolvida em 1883 por Domingos Freire, utilizando uma composição baseada no fungo *Cryptococcus xanthogenicus*, embora sua eficácia e segurança tenham sido posteriormente questionadas.

Para mais, conforme Cruz (2017), doenças como sarampo, varíola e febre amarela, atualmente, são consideradas erradicadas ou controladas no Brasil, sobretudo devido à oferta gratuita de vacinas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), disponíveis em unidades básicas espalhadas por todo o território nacional. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a cobertura vacinal ainda apresenta falhas em determinadas regiões, o que compromete o percurso histórico de avanços conquistados pela saúde pública brasileira. Essa redução na adesão vacinal pode contribuir para o retorno de doenças antes controladas, sendo influenciada tanto pelo difícil acesso aos serviços de saúde em áreas remotas quanto pela disseminação de desinformações (*fake news*) sobre os imunizantes, o que gera medo e insegurança na população.

Segundo Brasil (1992), a vacinação contra determinados patógenos, como o vírus do sarampo, foi introduzida no Brasil na década de 1960, impulsionada por iniciativas de alguns governos estaduais que passaram a importar imunobiológicos por meio do mercado

internacional. No entanto, a irregularidade dessas importações impedia a universalização da cobertura vacinal, uma vez que os imunizantes não estavam disponíveis de forma contínua. Como consequência, grande parte das crianças permanecia sem acesso à vacinação, o que dificultava a redução dos índices de morbimortalidade causados por essas doenças infecciosas, especialmente nas regiões mais vulneráveis do país.

Em decorrência desse cenário e com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, bem como reduzir a incidência do sarampo e de outras doenças imunopreveníveis — como mencionado pelo morador A da comunidade de Campinas-BA —, foi criado, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI). De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1992), o PNI tem como finalidade implementar, monitorar e avaliar ações de imunização em todo o território brasileiro, garantindo o acesso gratuito às vacinas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Somente em 1974, de acordo com Brasil (1985), foram efetivamente implementadas as campanhas de vacinação nas cidades brasileiras, o que deu origem à oferta do serviço de imunização de forma rotineira em todas as unidades de saúde, consolidando a vacinação como um serviço básico no Sistema Nacional de Saúde. No entanto, segundo Domingues (1997), durante a década de 1980, a cobertura vacinal ainda não era abrangente nem amplamente aceita em todo o território nacional. Essa realidade levou o Ministério da Saúde a intensificar campanhas de vacinação especialmente em regiões com baixa adesão e altos índices de casos de sarampo, geralmente locais de difícil acesso, com infraestrutura precária e elevado índice de analfabetismo.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), foi somente a partir desse ano que as campanhas de vacinação passaram a ter maior abrangência em todo o território nacional, com o objetivo de controlar e erradicar doenças infecciosas e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Com o propósito de extinguir doenças como o sarampo, o Brasil passou a considerar a imunização como uma prioridade em saúde pública. Em resposta a esse avanço, segundo Cruz (2017), o Ministério da Saúde celebra os resultados positivos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), ressaltando que milhões de brasileiros atualmente com 30, 40 e 50 anos foram imunizados ainda na infância contra doenças como o sarampo e a poliomielite. À época, a preocupação com a vacinação era significativamente maior do que a observada atualmente.

#### 4.4. PRATICAS CURATIVISTAS UTILIZADA PELOS MORADORES

O Quadro 02 aborda o uso de ervas como fonte alternativa de cura. Nesse contexto, o quadro está dividido em três colunas: a primeira refere-se sobre a categoria, em que remete às ervas medicinais utilizadas; a segunda identifica os participantes por letras do alfabeto, no intuito de preservar a identidade; e a terceira apresenta exemplos de falas que evidenciam o conhecimento empírico sobre essas práticas.

Para a discussão deste estudo, foram selecionadas as ervas mais frequentemente mencionadas pelos participantes: erva-cidreira, capim-santo, alecrim e garrafadas. Além disso, será abordado o processo histórico do curandeirismo, compreendido como um saber tradicional vinculado à medicina popular e à prática comunitária de cuidado.

**Quadro 2:** Uso de ervas nas práticas curativas.

Categoria	Participante	Exemplo de fala
Ervas medicinais	A	Conheço muita como, erva cidreira, sabugueiro, jurubeba, caiçara, marva branca, imbaúba, imburana-marcho, pata-de-vaca, gambá, Barbatimão, capim da lapa, carrapicho de agulha, batata de porco, erva-doce, junco, contra erva, Bonilha, raiz preta, Rubião, aracu, cana fista, são Caetano, casca de laranja da terra, arruda, Lorna de vareda, boldo, hortelã tem outras, mas não estou lembrando.
	B	... caroço de imburana, fiz uns cozimentos tanto bebia e lavava...
	C	antigamente agente tomava chá caseiro, fazia simpatia, mais pra mim é maior procurar um médico, pra dá o remédio certo, na minha casa, eu pranto várias prantas, como a erva-cidreira, manoscada, alecrim, capim santo e outros, faço muito chá, pra várias dores nunca usei garrafada.
	D	Nesse tempo usava, a sabugueiro, erva doce, capim santo, para dor usava, raiz preta com cebola branca e um santo remédio, a cebola era miudinha, hoje não tem mais. No tempo veio, nos fazia muito chá de laranja e erva cideira, endossava com rapadura.
	E	Aqui na minha casa eu uso várias plantas, comum a pilha da babosa, com o polvilho da batata de porco para matar o verme, o erva doce, raiz preta, o dandam encontra só no gerais, contra erva, arcaçu, o mais prático era imburana macha em caroço, antigamente quando comia comida que fazia mal, tomava purgante de olho de mamona para colocar pra fora, e desintoxica, o capim da lapa e um santo remédio pra tudo.
	F	o sarampo era curado pelo esterco do gado e passava no corpo, a lagartixa também era bom para a ferida braba era feito pelo curador, com noventa dia não tinha mais nada a gente fazia o chá de erva cideira, capim da lapa, fazia muito chá de rapadura, as garrafadas só o curador sabia ele que já tinha os preparo no jeito.
	G	Eu faço sempre chá de capim da lapa, mais erva cederá, para estomago, quando estou gripado faço, um cozimento de imburana marchó, sabugueiro, puejo coloco mel de abelha e tomo, e assim vou fazendo minha beberagem, e sinto Betim.

**Fonte:** Quadro organizado pela pesquisadora, 2025.

As falas dos participantes evidenciam no quadro dois, ao analisar demonstra um extenso conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais, transmitido por gerações e profundamente enraizado no contexto sociocultural das comunidades. O Participante A, por exemplo, demonstra um amplo repertório de espécies utilizadas para diferentes fins terapêuticos, revelando familiaridade com nomes populares de ervas e raízes, o que reforça o saber empírico construído pela convivência com a natureza e a oralidade comunitária.

O Participante B menciona o uso de caroço de imburana tanto para ingestão quanto para aplicação tópica, o que indica uma compreensão da versatilidade das ervas na prevenção e tratamento de enfermidades. Já o Participante C traz um olhar mais contemporâneo e híbrido, ao afirmar que prefere buscar um médico para diagnósticos mais precisos, ainda que continue cultivando e utilizando diversas ervas, como erva-cidreira, alecrim e capim-santo, no cuidado rotineiro da saúde. Isso mostra como o saber tradicional e o biomédico podem coexistir.

O Participante D destaca o uso de cebola branca com raiz preta, uma combinação que era considerada “santo remédio”, e menciona práticas comuns do passado, como o uso de chás adoçados com rapadura, prática recorrente para aliviar sintomas gripais e digestivos. O Participante E ressalta a eficácia do uso da babosa e do polvilho da batata de porco para vermes, além de fazer referência a plantas mais específicas como o dandam e o arcaçu, evidenciando a diversidade de espécies utilizadas conforme o bioma e a região.

O Participante F apresenta práticas mais simbólicas e ligadas à figura do curador, como o uso de esterco de gado para sarampo e garrafadas com preparação sigilosa. Essa fala evidencia a importância do papel social e espiritual do curador no contexto das medicinas tradicionais. Por fim, o Participante G reforça o uso do capim da lapa e combinações com imburana macho, sabugueiro e poejo, práticas que ainda são vivas em seu cotidiano e trazem conforto físico e emocional.

Dessa forma, as falas demonstram a permanência do curandeirismo e da medicina popular como formas de cuidado integradas à vida das pessoas, mesmo diante da ampliação dos serviços de saúde pública. Elas apontam para uma sabedoria ancestral que precisa ser valorizada e compreendida como parte das estratégias de promoção da saúde e do bem-estar, especialmente em territórios onde o acesso à medicina convencional ainda enfrenta limitações.

Um desses saberes está associado ao uso de plantas medicinais, que segundo Brandelli (2015), as plantas existem desde a origem do planeta; contudo, seu uso para fins medicinais teve início ainda na pré-história. O conhecimento científico sobre esses vegetais surgiu com a própria evolução da humanidade, sendo considerado o primeiro meio terapêutico utilizado pelos seres humanos. Esses saberes foram transmitidos oralmente desde os primórdios da civilização.

Um desses saberes está associado ao uso de plantas medicinais, conforme aponta Tavares (2015), é uma prática milenar, enraizada nos costumes dos povos mais antigos da história da humanidade. Tal saber, transmitido oralmente entre gerações, constitui um valioso patrimônio cultural que resiste ao tempo e à hegemonia da medicina científica. Nas falas dos participantes, observa-se claramente essa continuidade do uso das ervas no cotidiano, seja como primeira opção de tratamento, seja como complemento aos cuidados biomédicos.

Pode-se afirmar que o hábito de recorrer às virtudes curativas de certos vegetais se trata de uma das primeiras manifestações do antiquíssimo esforço do homem para compreender e utilizar a natureza como réplica a uma das suas mais antigas preocupações, aquela originada pela doença e pelo sofrimento (Brandelli, 2015,p 1).

O conhecimento popular acerca das propriedades curativas das plantas é, muitas vezes, fruto de observações empíricas e experimentações ao longo do tempo. Entretanto, Tavares (2015) também adverte sobre o duplo potencial das plantas medicinais: enquanto algumas possuem compostos que atuam de maneira específica em determinados órgãos ou células, outras apresentam efeitos sistêmicos e, em altas doses, podem representar riscos à saúde.

Segundo Cherobin *et al.* (2022), os homens da pré-história sabiam diferenciar as plantas comestíveis das usadas para fins medicinais. O primeiro registro desse uso foi encontrado em 60.000 a.C. no Iraque, sendo encontrados também outros registros do uso de plantas em descrições de povos chineses, assírios, gregos, egípcios, hindus, entre outros.

Já Brandelli (2015), o uso de plantas medicinais estão presente em praticamente toda antiga civilização, podendo também encontrar registro em **escrita cuneiforme**, “são originárias da Mesopotâmia e datam de 2.600 a.C., incluindo óleo de cedro (*Cedrus sp.*), alcaçuz (*Glycyrrhiza glabra*), mirra (*Commiphora sp.*), papoula (*Papaver somniferum*), entre muitos outros derivados de drogas vegetais que ainda são utilizados no tratamento de doenças, como gripes, resfriados e infecções bacterianas” (Brandelli, 2015, p. 2).

Para Pinto (2002), também foi encontrado o uso de plantas medicinais em uma obra chinesa de Shen-Nong, escrita no ano de 2800 a.C., intitulada *Pen Ts'ao*, que, traduzida para o português, significa "A Grande Fitoterapia". Esse autor ficou conhecido como o fundador da medicina no país, visto que, a partir dos estudos de Shen-Nong, ele descreveu os benefícios das plantas para a medicina, além de sua capacidade venenosa, perpetuando o conhecimento de como extrair das plantas os benefícios para a cura.

Apesar desse passo importante, o autor Brandelli (2015) discorre que foi no Antigo Egito, na Grécia e em Roma que ocorreram os agrupamentos dos conhecimentos tradicionais sobre os efeitos das plantas no organismo humano. Esse entendimento foi transmitido,

principalmente, pelos árabes aos sucessores da civilização. Alguns papiros encontrados dos antigos egípcios, datados após o ano de 2000 a.C., mostram a utilização dessas plantas, as quais consideravam a doença como algo natural e não como uma condição maléfica.

De acordo com Sousa (2014), curandeiro(a) é a pessoa sem título legal na medicina, que cura doenças por meio de conhecimentos empíricos, como rezas, feitiçarias, chás, raízes e garrafadas. Além disso, o curandeirismo é considerado um conjunto de práticas populares voltadas para a cura de seus clientes.

As práticas de curandeirismo são milenares. Conforme Barata (2021), eram muito utilizadas no passado, e, na cultura de alguns povos, esses conhecimentos, antes denominados como médicos, estavam ligados à religião e às práticas mágicas. Para a BBC News (2017), a medicina no Antigo Egito estava concomitante à magia, ou seja, não havia separação entre religião e ciência. “Na época do antigo egípcio, supunha-se que as doenças manifestadas eram rotuladas como de castigos enviados pelos deuses ou eram espíritos maus que se tinham introduzido no corpo do doente e que só o podiam abandonar através de amuletos, feitiços e rituais (Barata, 2021, p. 2)”.

Conforme Alves (2018), por volta de 10.000 a.C., o indivíduo com conhecimento em curandeirismo já realizava práticas e dava diagnósticos por meio de análises arqueológicas e paleontológicas. Já Beck, Baiotto e Sloczinski (2018) relatam que os estudiosos documentaram o primeiro registro da prática de cura em 25.000 a.C., devido à amputação de um braço de um Neandertal. Segundo Monitchele (2023), o Neandertal é uma espécie irmã do Homo sapiens, que viveu durante o Pleistoceno Médio, no continente europeu e no Oriente Médio, com uma existência que durou aproximadamente 400 mil anos até cerca de 28 mil anos a.C.

Já na Idade Média, de acordo com Nunes (2024), a influência da religião continuava forte na saúde, e a medicina que predominava nesse período era a romana e a grega. As pessoas mantinham a crença de que as doenças eram causadas por punição divina. Em consequência disso, as curas eram realizadas por meio de preces, penitências e o uso de plantas medicinais que podiam ser utilizadas para prevenir ou tratar doenças. A medicina, nesse período, era praticada por monges, curandeiros e médicos, entretanto, o conhecimento médico era limitado e estava interligado às superstições. Além disso, havia a constante pandemia da Peste Negra, somada à precariedade da higiene e do saneamento básico.

A Igreja Católica, de acordo com Oliveira (2021), cuidava dos doentes, mas condenava quaisquer práticas científicas. Naquela época, a Igreja era soberana, e todas as pessoas que realizavam práticas de cura por meio de ervas, simpatias e magias em geral eram consideradas bruxas, perseguidas pela Igreja e queimadas na fogueira em meio à comunidade. Segundo

Sterza (2019), os conhecimentos médicos eram escassos, e a doença era completamente associada ao pecado; ou seja, o doente era visto como um pecador, e a cura só era possível pela ação da Igreja, seja por meio de orações, sacrifícios ou jejuns, sendo qualquer outra forma de cura proibida pela Igreja.

Esses conhecimentos eram, segundo Sterza (2019), em sua maioria, adquiridos por mulheres que trabalhavam no plantio e cultivo de plantas, frutas e lavouras. Elas desempenhavam papéis fundamentais na sociedade antiga, sendo consideradas tesoureiras do conhecimento sobre o mundo vegetal, que era transmitido de geração em geração e baseado em saberes e crenças antigas. Essas mulheres tinham um papel essencial, pois eram manipuladoras da natureza e transformavam os elementos do mundo vegetal em substâncias para cuidar da saúde, além de lidarem com problemas relacionados ao desconhecido por meio de práticas mágicas.

Na atualidade, tais conhecimentos mágicos ainda perduram, principalmente em pequenas comunidades e entre pessoas mais velhas, como é o caso dos moradores da comunidade de Campinas. Segundo o participante C, ele relata que: "o sarampo era curado pelo esterco do gado, pois passava no corpo, a lagartixa também era boa para a ferida braba, o preparo era feito pelo curador, com noventa dias não tinha mais nada. A gente fazia chá de erva-cidreira, capim-da-lapa, fazia muito chá de rapadura, as garrafadas só o curador sabia, ele já tinha os preparos no jeito".

Essas garrafadas, conforme Sousa (2014), eram e ainda são feitas pelos curadores, que, na sua maioria, utilizam ervas. O conhecimento sobre a produção dessas garrafadas era transmitido dentro da família, sendo que o indivíduo escolhido para essa prática era considerado dotado por Deus, pois nascia com o dom da cura e a sensibilidade de compreender e sentir o poder da natureza. Para Pessos et al. (2014), as garrafadas naturais são bebidas que podem ou não conter álcool, e que extraem substâncias ativas de plantas ou ervas por meio da ebulição em solventes (podendo ser água ou outros líquidos), ou ainda por meio da maceração de raízes, frutos, flores, cascas, entre outros elementos vegetais.

Já para Camargo (2011), a garrafada é utilizada como forma terapêutica, podendo ser administrada por via inalatória, tópica ou oral. Ela serve para curar diversas doenças, entre elas problemas estomacais, de garganta, picadas de peçonhentos e dermatites. O que determinará o tratamento adequado será a combinação dos componentes, pois cada planta possui uma ação específica no organismo, com efeitos em órgãos específicos.

**Figura I:** Garrafada natural para cura de picada de peçonhentos.



**Fonte:** imagem ilustrativa retirada de um acervo de um dos participantes da pesquisa, 2025

Um dos participantes da pesquisa é benzedor e, segundo ele, sempre fez essa garrafada para os moradores de Campinas e outras regiões, pois ela serve como antídoto para picada de animais peçonhentos. É necessário ingerir uma dose e/ou aplicar no local da picada. Além disso, deve-se amarrar o cordão branco que está no litro para evitar que o veneno se espalhe pelo corpo. Lembrando que, após todo esse processo, o benzedor benze e vai acompanhando a evolução do estado do indivíduo durante o tratamento.

A prática tradicional de uso de garrafadas como um tratamento popular e comunitário é centrado no conhecimento de benzedeiros. Esse tipo de prática é comum em muitas culturas, especialmente em comunidades mais isoladas, onde o saber empírico sobre as propriedades curativas das plantas e substâncias naturais é transmitido de geração para geração. A importância do benzedor é evidente, não apenas como um facilitador do tratamento, mas também como alguém que acompanha o processo de cura de forma holística, observando a evolução do paciente durante o tratamento.

Além da garrafada, existe outras ervas, as quais foram relatadas pelo pesquisado, como é o caso do participante C: “antigamente a gente tomava chá caseiro, fazia simpatia... na minha casa eu planto várias plantas, como a erva cidreira mamuscada, alecrim, capim santo e outros, faço muito chá...” e do participante E “...antigamente quando comia comida que fazia mal,

tomava purgante de olho de mamona para colocar pra fora e desintoxica, o capim da lapa e um santo remédio pra tudo.”

**Figura 2:** imagem de plantas medicinais fotografada de quintal de um participante



Fonte: Imagem ilustrativa de um quintal dos participantes da pesquisa, 2025.

Em um artigo publicado pela Unimed (2022), são destacados os benefícios do alecrim para uso medicinal. Conhecida no Brasil como uma planta aromática, essa erva possui propriedades que atuam como antimicrobianas, auxiliam na digestão, têm efeito diurético,

calmante e antidepressivo. Além disso, o alecrim contribui para a prevenção do câncer e de patologias cardiovasculares, pois contém componentes como flavonoides e ácido cafeico. Este último é considerado um potente antioxidante, com propriedades neuromotoras e antivirais.

De acordo com Santos (2010), o capim-santo, também conhecido popularmente como capim-limão, é uma planta de coloração verde-clara que, ao ser amassada, exala um aroma semelhante ao do limão, sendo muito utilizada na culinária asiática. No uso medicinal, apresenta propriedades que aliviam dores de cabeça, estomacais e abdominais, além de ter ação antitérmica, antirreumática e diurética.

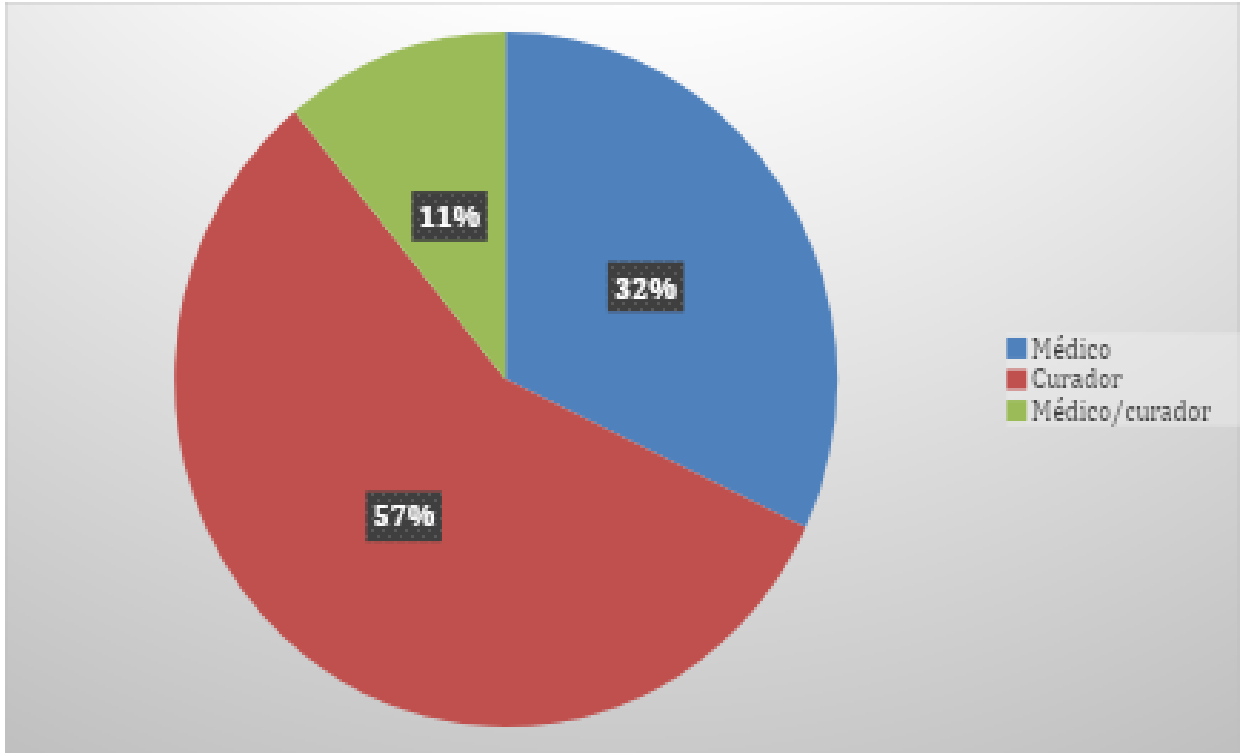
Já a erva-cidreira, segundo Bressan (2024), é uma erva medicinal e aromática, assim como o alecrim. Trata-se de uma planta originária da Ásia e da Europa, cujo nome científico é *Melissa officinalis*. Suas propriedades medicinais são reconhecidas desde a Grécia Antiga. Há registros no livro de Dioscórides, datado do ano 50 d.C., que descrevem seus efeitos farmacológicos — conhecimento que perdura até os dias atuais.

Além disso, conforme a minha pesquisa com moradores da região de Campinas, essas plantas apresentam diversos benefícios comprovados à saúde desde os tempos antigos, sendo amplamente utilizadas por africanos e indígenas. Algumas delas são consideradas poderosas devido às suas propriedades medicinais, sendo empregadas no tratamento de diversas doenças. Muitas dessas espécies, integrantes da medicina ancestral, carregam significados, simbolismos e crenças do seu tempo. Por esse motivo, ainda hoje possuem um viés místico e são objeto de estudo de pesquisadores que buscam extrair substâncias com potencial para a fabricação de novos medicamentos.

#### 4.5. PRATICAS CURATIVAS RELATADAS PELO MORADORES DE CAMPINAS

Os resultados da pesquisa são apresentados em dois gráficos. O primeiro representa como eram realizadas as práticas de cura no passado, tendo como referência um recorte temporal baseado na data de nascimento do participante mais velho (90 anos), subtraída do ano vigente (2025). O segundo gráfico ilustra como essas práticas de cura são realizadas na atualidade. Dessa forma, será estabelecido um paralelo entre as formas de cura utilizadas no passado e aquelas praticadas nos dias atuais.

**Gráfico 1:** Tratamento de doenças entre 1935 a 1990.



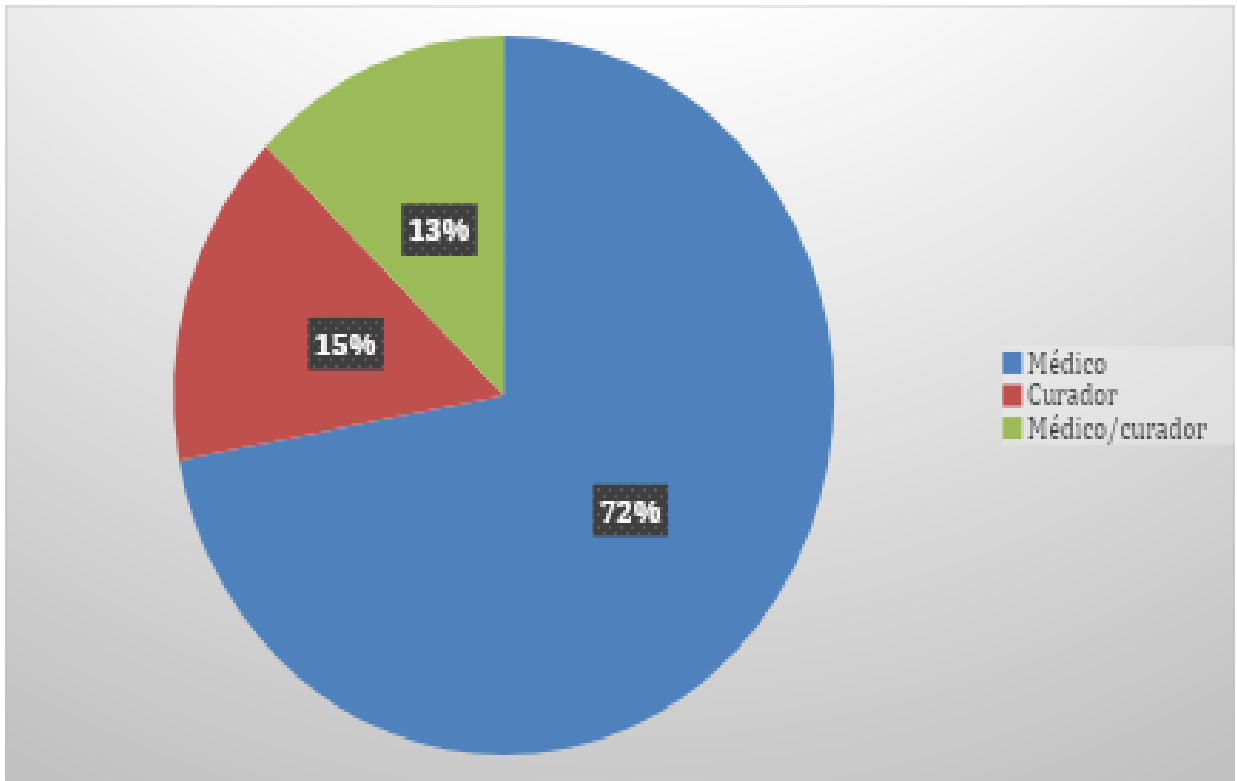
Fonte: Gráfico organizado pela pesquisadora, 2025.

O Gráfico 01, que aborda a busca por profissionais para práticas de cura de doenças, revela que, no passado, a maioria dos participantes recorria a curadores (57%) como principal forma de tratamento. Em comparação, apenas 32% procuravam atendimento médico. Esses dados evidenciam a forte presença da medicina tradicional e do saber popular nas práticas de saúde de gerações anteriores.

Segundo o participante A, antigamente procurava era maior por curador devido à dificuldade de transporte para ir à cidade e a baixa quantidade de atendimento médico, ele ainda fala: antigamente quando adoecia agente procurava era mais curador, os médicos eram mais difícil, às vezes a ida pra Caetité, não tinha carro, e aqui perto agente, tinha um benzedor e aquela fé, acabava nem indo buscar ajuda medica.

Já para o participante D, relata que antes procurava mais um curador do que uma consulta médica, ainda complementa: “eu ia, mas no benzedor e curador, era pouco aqui procurava o médico, eu lembro dos meus pais, não tinha condição, era mais fácil, porque o remédio agente tinha em casa, que era os chás e os ingredientes feito por nós, e medico agente não tinha condição nem de compra o remédio que passava.”

**Gráfico 2:** Atual prática de cura na comunidade campinas



**Fonte:** Gráfico organizado pela pesquisadora, 2025.

No Gráfico 02, observa-se que, atualmente, 72% dos participantes recorrem à medicina tradicional para tratamento de doenças. Por outro lado, 35% ainda procuram os curadores, enquanto 13% utilizam ambos os meios de cura, ou seja, combinam o atendimento médico com práticas tradicionais realizadas por curadores. Esses dados demonstram que, embora a medicina moderna seja amplamente procurada, o saber popular e as práticas ancestrais ainda estão presentes e exercem influência significativa em determinadas comunidades.

Um dos participantes da pesquisa explica o motivo de procurar os dois modos de cura, pois segundo o morador C: Hoje eu vou mais no médico, quase não vejo falar de benzedor, e mais recadeira, agora melhorou tem muito médico, mas se for necessário eu ainda vou em recadeira para benze, falar verdade eu tem fé viu, Já o morador B relata: então eu fazia as duas coisa ,eu até hoje, não desprezo os benzedor e vou ainda quando preciso ,já aconteceu de eu ir no medico e tomar o remédio e não sara, e vou no benzedor, o remédio e em cima ,mas eu hoje e o médico, mas de vez em quando vou no bezerro. O médico ajudou as coisas melhorar, mas vou li dizer antes tinha curador bom, igual um médico.

Portanto, ao analisar os dados a cima, é perceptível a mudança de modo de cura, antes que era feito, em sua maioria, por benzedores e curadores, nos dias atuais passa a ser soberano por médicos, sendo que algumas pessoas ainda procuram tanto o médico como pessoas dotadas dos saberes empíricos, através de cura de chás, garrafas, simpatias e garrafadas.

Essa mudança de cura foi em decorrência da quantidade de profissionais médicos, da melhoria de transporte, principalmente, das estradas, valorização da qualidade de vida, tudo isso advindo da modernidade, e do período pós evolução industrial. Conforme Sousa (2014), o conhecimento científico ocorreu de forma gradativa.

Na idade moderna, de acordo com Nogueira, Montanari e Donnici (2010), Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), foi um dos responsáveis pelo avanço da medicina atual, visto que ele defendia o tratamento de acordo com cada doença e ainda definia o uso natural de tratamento, e segundo ele a dose de medicamentos feito de ervas que vai decidir se ela é venenosa. Além desse médico, outro importantíssimos, Paracelso, buscava outros remédios através da extração de ervas: “A Medicina se fundamenta na natureza, a Natureza é a Medicina, e somente naquela devem os homens buscá-la. A Natureza é o mestre do médico, já que ela é mais antiga do que ele e existe dentro e fora do homem” (Nogueira; Montanari; Donnici, 2009, p. 232).

Já no Brasil, de acordo com Miranda (2024), no tempo Colonial, existiam poucos os hospitais e médicos, devido à poucas quantidade de universidade de medicina ou até mesmo por conta que algumas ainda estava em construção. Além disso, neste período, XVIII, foi uma época em que a ciência estava em crescimento devido a novas descobertas de conhecimento, contudo, no Brasil ainda era pouco este tipo de conhecimento médico. Para Sousa (2014), somente em 1772, no reinado de Luiz de Almeida, Vice-rei de Portugal, foi fundado a primeira Academia Científica, a qual ficou conhecida como Sociedade de História Natural e Academia Fluminense Médica, Cirúrgica, Botânica, e farmacêutica, porém o seu ensino ainda era considerado escasso, quando comparado ao da Europa.

A sociedade fluminense era composta por várias seções, como as da medicina, cirurgia, farmácia e botânica. A academia se extinguiu, em 1779, com o termino, do governo do Marquês de Lavradio. Certamente os homens de ciência, no Brasil Colonial, encontraram enormes dificuldades relacionadas à transmissão e ao intercâmbio do conhecimento científico (Sousa, 2024).

Para Amaral (2016), a primeira escola de medicina no Brasil foi fundada em 1808, e no XX existia apenas 03 instituições de ensino, mas a ampliação começou no final do século chegando a um total de 113 escola de medicina. A expansão do ensino elevou-se no final da década de 1960 e 1970, sendo que esse processo evolutivo aconteceu em todos os cursos de graduação. Porém, Lampert (2008), discorre que este tipo de ensino era apenas para as pessoas que tinham condições financeira para cursar, pois as universidades estavam concentradas em grandes centros urbanos.

Segundo Souza (2012), neste tempo, século XX, os tratamentos pelos curadores ainda se mantinha forte, os conhecimentos empíricos eram passados para um membro da família, mas não em quantidade como era antes. Este tipo de tratamentos, com ervas, simpatias e garrafadas era utilizada em cidades distantes dos grandes centros, pois a locomoção era difícil e o País enfrentava também o processo de urbanização.

Para Silva (2012), apesar da evolução industrial ter ocorrido no século XVIII, e a primeira máquina a vapor ter surgido em 1768, conforme Guitarra (2012), a expansão industrial no Brasil só aumentou entre 1970 a 1980, período onde ocorreu o êxodo rural. De acordo com Almeida (2020), a concentração de os curadores, benzedores sua concentração era em maior quantidade em áreas rurais, principalmente, quilombolas e indígenas. Com o êxodo, muitos foram para cidades, as quais cresceram sem planejamento, aumentando as favelas, esgoto a céu aberto, sendo um dos motivos surgimentos de doenças.

Muitas pessoas dessa época, tanto da zona rural quanto da urbana, procuravam por curador, pois, segundo Lampert (2008), era escasso o atendimento médico, muitas famílias não tinham condições de custear medicações, então era mais confortável procurar um curador. Além disso, pela cultura curandeirismo que é milenar, a população tinham muita confiança e fé no tratamento desta pessoas, podendo ser notório também no relatado da participante C deste estudo: agora melhorou tem muito medico, mas se for necessário eu ainda vou em rezadeira para benzer, falar verdade eu tem fé viu.

Além disso, para Silva (2012), os cuidados médicos evoluiu juntamente com a revolução industrial a qual foi dividida em 03, sendo elas: primeira evolução industrial (ligada ao capitalismo), a qual houve o aumento das indústrias; segunda evolução industrial (maior avanço tecnológico), evolução e elevação em massa na produção de produtos em industrias; terceira evolução industrial, sendo considerada por causa associação entre a tecnologia e a ciência, o que permitiu o avanço da medicina, como máquinas e saberes que possibilita um diagnóstico e tratamento de modo rápido e eficaz.

Diante disso tudo, segue a minha indagação: Por que a prática do curandeirismo diminuiu? Será que é devido a diminuição da crença, já que está totalmente ligado a fé ou “mundo” tornou-se mais científico? Talvez esta diminuição está numa geração, que perpetua desde os filhos dos participantes desta pesquisa, que não tem interesse de saber do tradicionalismo herdado pelos indígenas, africanos e pelos primeiros povos habitantes desde mundo. Ou está ligado, segundo Oliveira (2018), ao avanço tecnológico e conhecimento médico, o qual é capaz de diagnosticar doenças e tratar de forma rápida ou amenizar sintomas, prolongando a vida de doenças incuráveis como o câncer avançado ou SIDA. Ainda pode estar

ligada, segundo Souza (2012), nas medidas sanitaria e criminalista sobre o uso de tratamento por meio do curandeirismo devido aos seus riscos potenciais.

Na Comunidade de Campinas, situada no Alto Sertão da Bahia, observa-se a convivência entre os saberes científicos disseminados por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e os conhecimentos empíricos mantidos pelos moradores mais antigos. Mesmo com o acesso a atendimentos médicos, nutricionais e odontológicos, ainda é possível identificar o uso de rezas, garrafadas, plantas medicinais e benzimentos como recursos terapêuticos válidos e respeitados pela população local.

Esse cenário evidencia um diálogo entre dois modelos distintos de cuidar: de um lado, a medicina científica, com base em evidências, exames laboratoriais e protocolos clínicos; de outro, a medicina tradicional, pautada na experiência, na oralidade e na fé popular. Enquanto o SUS se propõe a garantir o acesso universal à saúde, o saber tradicional continua exercendo papel fundamental na identidade cultural e na forma como os indivíduos percebem e vivenciam o processo de adoecimento e cura.

Além disso, em locais como Campinas, fatores como a escassez de profissionais de saúde, a distância até centros urbanos e a valorização dos costumes locais contribuem para a permanência dessas práticas, que não apenas tratam o corpo, mas também buscam a cura espiritual e o equilíbrio social. Assim, percebe-se que a coexistência entre esses dois saberes não precisa ser excludente, mas sim complementar, desde que haja respeito mútuo e reconhecimento da eficácia simbólica e terapêutica que as práticas tradicionais possuem para aquelas comunidades.

#### 4.4 COMUNIDADE DE CAMPINAS: HISTÓRIA, ECONOMIA E SABERES POPULARES

Segundo relatos de participantes deste estudo, a comunidade de Campinas, localizada no município de Caetité, no sudoeste da Bahia, apresenta uma trajetória marcada por transformações sociais, econômicas e culturais. Antes da construção da atual Unidade Básica de Saúde (UBS), moradores relatam que havia na localidade um pequeno posto que realizava atendimentos básicos, como vacinações e curativos. Após aproximadamente três décadas de funcionamento, mudanças políticas na região levaram à proposta de demolição do posto, com o objetivo de construir a UBS em um novo local. Apesar da resistência de parte da população, a decisão foi efetivada no ano 2000, e a nova unidade foi instalada ao lado da Igreja do Senhor do Bonfim, ponto de referência local e sede da tradicional festa do padroeiro.

A economia de Campinas, segundo os moradores, é fortemente influenciada pela produção de cana-de-açúcar, utilizada na fabricação de cachaça e rapadura, atividades que geram emprego, renda e atraem visitantes de diversas regiões do país. Além disso, a extração de minério de ferro, realizada por uma empresa local em parceria com uma cooperativa que emprega cerca de 200 colaboradores, contribui significativamente para o desenvolvimento econômico, aumentando a renda familiar e estimulando outros setores produtivos. Culturalmente, a comunidade mantém tradições como a calvogada, a carreta de carro de boi, as festas juninas e a produção do chimango, prato típico à base de polvilho, elementos que reforçam a identidade cultural da região.

**Figura 03:** Povoado de Campinas-Ba.



**Fonte:** Imagem ilustrativa do Povoado de Campinas-Ba, 2025.

Entre os saberes tradicionais preservados em Campinas, destaca-se a atuação de Dona Maria da Conceição, conhecida como “Preta”, que durante décadas exerceu papel central como curandeira e benzedeira na comunidade. Segundo seu esposo, de 77 anos, ela atendia semanalmente entre 50 e 100 pessoas em busca de tratamentos para problemas físicos e espirituais. Ela realizava as rezas em um local específico em sua residência, em que recebia todas as pessoas que a procuravam em busca da cura. Atualmente, devido ao diagnóstico de doença de Alzheimer, condição que provoca a perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, ela não realiza mais essa atividade.

**Figura 03:** Povoado de Campinas-Ba.



**Fonte:** Imagem ilustrativa de local de realização das práticas curativas 2025.

Em sua trajetória, Dona Maria preparava medicamentos a partir de plantas cultivadas em sua roça e indicava outros obtidos com raizeiros da vizinhança. Suas práticas incluíam o tratamento de doenças como bronquite e asma, rituais para afastar o chamado “encosto” e apoio a pessoas com problemas de alcoolismo. Reconhecida por sua habilidade em identificar sintomas e orientar soluções por meio de receitas caseiras, banhos de descarrego e rezas, ela consolidou-se como figura respeitada por todos, representando um elo entre o saber popular, as práticas de cura e as tradições espirituais transmitidas de geração em geração.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste estudo, é possível perceber que tanto a pergunta norteadora quanto os objetivos foram alcançados. As doenças que mais afetam a comunidade de Campinas, na visão dos moradores mais antigos, são: câncer, sarampo, varíola, febre amarela, “babado”, entre outras não discutidas neste trabalho, como a tuberculose e a pneumonia. Muitas dessas enfermidades existem desde os primórdios da humanidade; no entanto, com o avanço da medicina, algumas passaram a ter cura e outras foram consideradas erradicadas ou com baixa incidências.

Em relação às práticas curativas mais utilizadas pela comunidade, destaca-se o papel dos curadores e benzedores — práticas milenares baseadas em conhecimentos empíricos transmitidos oralmente de geração em geração, geralmente para um membro da família que se acredita ter o dom concedido por Deus. Nesse sentido, os entrevistados relataram que, quando adoeciam, buscavam os curadores, que faziam uso de ervas como erva-cidreira, capim-santo,

alecrim, além das garrafadas, de acordo com os sintomas relatados e os saberes tradicionais sobre o tratamento das doenças.

Ao traçar um paralelo entre as formas de tratamento ao longo do tempo, nota-se que, antigamente, os moradores recorriam prioritariamente ao saber popular. Isso se dava por diversos fatores, como o pouco desenvolvimento do conhecimento científico na época, a escassez de profissionais da saúde, as dificuldades financeiras e os desafios de deslocamento até os centros urbanos. Nos dias atuais, no entanto, a maioria relata procurar atendimento médico, reflexo do aumento de profissionais disponíveis, da facilidade de transporte — visto que é raro um morador não possuir meio de locomoção próprio ou acesso a um — e da presença de um posto de saúde na própria comunidade. Ainda assim, alguns continuam buscando os curadores por motivos de fé e por acreditarem que esses detêm conhecimentos tão eficazes quanto os dos profissionais da medicina.

Diante disso, seria relevante a criação de um museu na comunidade que preserve a memória dos curadores e das práticas terapêuticas por eles utilizadas, para que as futuras gerações possam conhecer as formas tradicionais de tratamento e, assim, manter viva essa herança cultural milenar.

## 6. REFERENCIAS

ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. **Medicina mestiça: Saberes e práticas curativas nas minas setecentistas**. f 218. Dissertação (Mestrado) \_ UFMG Departamento de História. 2008. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9YHHP6/1/ppghistoria\\_carlaberenicestaringalmeida\\_dissertacaomestrado.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9YHHP6/1/ppghistoria_carlaberenicestaringalmeida_dissertacaomestrado.pdf). Acesso em: 10 de maio de 2024.

AMARAL, JLG. **O exame terminal salvaguarda a medicina**. V682. Revista Associação Paulista Medicina: São Paulo, 2012.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2 ed. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 03 de março de 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde-Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. 3º ed. Ática: Brasília-DF. 2003. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf). Acesso em: 03 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde: Centro Nacional de Epidemiologia**. Relatório interno do Programa Nacional de Imunizações 1992. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_10.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_10.pdf). Acesso em: 06 de março de 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Centro Nacional de Epidemiologia: Plano Nacional de Controle e Eliminação do Sarampo**. Ed 2. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ações Básicas de Saúde**. 1985. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas>. Acesso em: 06 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 14 jul. 2025.

BRANDELLI, CLCB. Plantas medicinais: histórico e conceitos. **Farmacobotânica**. 9 (7): 1-13. 2012. Disponível em: [https://www.bibliotecaagptea.org.br/agricultura/plantas\\_medicinais/artigos/PLANTAS%20MEDICINAIS%20HISTORICO%20E%20CONCEITOS.pdf](https://www.bibliotecaagptea.org.br/agricultura/plantas_medicinais/artigos/PLANTAS%20MEDICINAIS%20HISTORICO%20E%20CONCEITOS.pdf). Acesso em: 10 de dezembro de 2024.

BRESSAN, V. **Chá de erva cidreira para que serve e quais benefícios**. 3 ed. Veja: São Paulo, 2024. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/alimentacao/cha-de-erva-cidreira-para-que-serve-quais-os-beneficios>. Acesso em: 02 de dezembro de 2024.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5 (1): 163–177. 2000. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 de dezembro de 2024.

CRUZ, A. **A queda da Imunização no Brasil**. 2 ed. São Paulo: 2017. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus\\_25\\_a\\_queda\\_da\\_imunizacao.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf). Acesso em: 02 de dezembro de 2024.

CAMARGO, MTLA. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. **Dominguezia**. 27(1):41-49. 2011. Disponível em: <https://www.dominguezia.org/volumen/articulos/2714.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2025.

CAMPOS, F.E., WERNECK, G. A F., TONON, L. M. **Vigilância sanitária: cadernos de saúde**. volume 4. Coopmed: Belo Horizonte. 2001. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/visa/publicacoes/arquivos/cad\\_saude4.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/visa/publicacoes/arquivos/cad_saude4.pdf). Acesso em: 15 de março de 2025.

CAMPOS, GWS. Práticas de autoatenção e cuidado: aproximações entre a saúde coletiva e a antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 19 (4): 1019-1029, abr. 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2014.v19n4/1019-1029/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

CHEROBIN, F. Plantas medicinais e políticas públicas de saúde: novos olhares sobre antigas práticas. **Revista de Saúde Coletiva**. 32(3): 1-17. 2022 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mtGJXwpsZtq8GwFhdgpryRC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 de março de 2025.

COSTA, LSD. **Já existe câncer na idade média?** 1 ed, Zaramela: Santa catarina, 2022. Disponível em: <https://canaltech.com.br/saude/ja-existia-cancer-na-idade-media-230567/>. Acesso em 14 de março de 2025.

COUTO, MT. Pluralismo médico: reflexões sobre os múltiplos sistemas médicos. **Revista de Direito Sanitário**. 13 (2): 68-83, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58976>. Acesso em: 11 ago. 2025.

DIAS, MSA *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(1):103-114, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gw8WCj845gwcQvnHKK6qKQJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de março de 2024.

DOMINGUES, CMAS. Evolução do Sarampo no Brasil e na sua atualidade. **Inf. Epidemiol. SUS**. 6 (1): 1-13. 1997. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v6n1/v6n1a02.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2024.

GEWEHR, RB. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetividade nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**. 28 (1): 33-43. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/fvdhN9Pz9GhfnbNFLnF8Pbs/?format=pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUITARRARA, P. Êxodo rural. Brasil Escola. 2012. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/geografia/exodorural.htm>. Acesso em 14 de março de 2025.

LAMPERT, JB. Dois de escala médica no Brasil e a avaliação do ensino médico no panamora atual e perspectiva. *Gazeta médica da Bahia*. 78 (1): 2008. Disponível em: <https://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/255/0>. Acesso em 13 de março de 2025.

MENÉNDEZ, EL. **Autoatención y cultura: prácticas de autoatención en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992.

MESSORA, EAK. A história do Câncer em São Paulo. In: XXVII simpósio nacional de história. Julho de 2015. Disponível em: [https://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1428077763\\_ARQUIVO\\_HistoriadoCanceremSaoPaulo.pdf](https://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1428077763_ARQUIVO_HistoriadoCanceremSaoPaulo.pdf). Acesso em: 02 de fevereiro de 2025.

MONITCHELE, Marília. **O encontro entre Neandertais e Sapiens revelado pela análise genética**. 15 ed. Veja: São paulo. 2023. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/ciencia/o-encontro-entre-neandertais-e-sapiens-revelado-pela-analise-genetica>. Acesso em: 08 de dez de 2024.

NUNES, A. C. C. **Como era a saúde na Idade Média**. Recife: Even Publicações, 2024.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, L. J.; MONTANARI, C. A.; DONNICI, C. L. Histórico da evolução da química medicinal e a importância da lipofílica: de Hipócrates e Galeno a paracelsus e as contribuições de Overton e de Hansch. **Revista Virtual de Química**. 1 (3): 227-240. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/quimica/hist\\_evol\\_quim\\_medicinal.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/quimica/hist_evol_quim_medicinal.pdf). Acesso em: 02 de fevereiro de 2025

OLIVEIRA, BLCA *et al.* **Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no brasil (1808-2018)**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(1): 1-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SGBd4Hbk5ghWD3yg6vqt3Jk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de dezembro de 2025.

PARRA, JB; PUTTINI, RF. As práticas curativas de Alvar Nuñez Cabeza de Vaca e o habitus no campo simbólico da saúde. **Revista Nures**. 16 (38): 1-10. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/44432/29446>. Acesso em 15 de dezembro de 2024.

PASSOS, MMB. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. **saúde debate**. 42 (116): 248-262. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/frsCzjwQK7VZwpSC9dCMtqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 de janeiro de 2025.

PEREIRA, J. **Porque o câncer é chamado de câncer? Entenda a origem da história da doença**. Neurocirurgia. 2024. Disponível em: <https://www.neurocancer.com/por-que-o-cancer-e-chamado-de-cancer-entenda-a-origem-historica-da-doenca-dr-julio-pereira-neurocirurgia-sao-paulo-neurocirurgia-hospital-sirio-libanes/#:~:text=Ao%20longo%20dos%20s%C3%A9culos%20a,com%20medo%20%20vergonha%20e%20desespero>. Acesso em: 08 de janeiro de 2025.

PINTO, A. C. *et al.* Produtos naturais: atualidade, desafios e perspectiva. **Química Nova**. 25(1): 45-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/svZbbwdj9zcn7jjk8YdW7rL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de janeiro de 2025.

PIRES, MFN. **O crime na cor: escravos e forros no alto sertão da Bahia (1830–1888)**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2003.

PUTTINI, RF. Curandeirismo e o campo de saúde no Brasil. Interface-Comunicação. **Saúde Educação**. 12 (24): 87 - 106. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pn5CWZ5vgyqNCGjBqMZtZvq/>. Acesso em 14 de março de 2025.

REIS, P. **Câncer - Trajetória da doença**. 4º ed. Super interessante: Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/especiais/cancer-a-trajetoria-da-doenca>. Acesso em: 14 de março de 2025.

SANTANA, JC. **Sanear e curar: políticas de saúde na Bahia republicana. 2014**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SANTOS, PJ. **Descoberta Câncer de Mama em múmia egípcia**. 5 ed. Revista Galileu: Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, V.S. **Capim Santo**. Mundo educação. 2010. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/saude-bem-estar/capimsanto.htm>. Acesso em 10 de março de 2025.

SILVA, LIL. **100 anos de saúde pública: A visão da FUNASA**. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro\\_100-anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf). Acesso em 10 de março de 2025.

SILVA, JAG. **Curso de verão em oncologia**. Biblioteca virtual do ministério da saúde. 2013. Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/luiz\\_felipe\\_cancer\\_doenca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/luiz_felipe_cancer_doenca.pdf). Acesso em 05 de fevereiro de 2025.

SILVA, DN. **Revolução industrial: o que foi?, fase. Brasil escola**. 2012. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiag/revolucao-industrial.htm>. Acesso em 15 de março de 2025.

SOUSA, RFB. “Pra curar tem que ter fé: Curandeiros, Benzedoras e Rezadores – memórias de indivíduos numa perspectiva Histórica. **Revista de ciências em saúde**. 3(4): 1-15.

Disponível em: [https://uece.br/eventos/eehce2014/anais/trabalhos\\_completos/103-9359-10082014-221519.pdf](https://uece.br/eventos/eehce2014/anais/trabalhos_completos/103-9359-10082014-221519.pdf). Acesso em: 14 de março de 2025.

SOUZA, CB. **Uso de plantas medicinais em comunidades religiosas no Brasil: conhecimento tradicional & riscos**. 30f. Tese (TCC) Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista. 2012. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/5a09ced6-fece-4a82-90a1-cfb3ff269f1e/content>. Acesso em 14 de março de 2024.

SOUZA, CMC. **O sertão revelado pelas epidemias: lócus de miséria e doenças, signo do abandono do estado**. In: \_\_\_\_\_. Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia em tempos de epidemias. Salvador: Instituto Federal da Bahia, 2012.

UNIMED. Unidade de atendimento médico. **Alecrim: erva popular, e com razão!** Publicado em 07 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://viverbem.unimed.coop.br/mude-1-habito/alimentacao-saudavel/beneficios-do-alecrim/#:~:text=Ele%20tem%20propriedades%20antimicrobianas%2C%20digestivas,doen%C3%A7as%20degenerativas%2C%20como%20o%20c%C3%A2ncer>. Acesso em 15 de março de 2025.

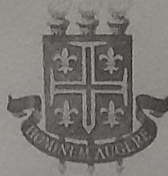
VALVERDE, R. **Pesquisa recupera história da erradicação da boubá, uma doença esquecida**. 2º ed. Fiocruz: São paulo, 2009. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-recupera-historia-da-erradicacao-da-bouba-uma-doenca-esquecida>. Acesso em 13 de fevereiro de 2025.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil: parte geral**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

## **ANEXO A:**

### QUESTIONÁRIO

- 1) Qual a sua idade?
- 2) Há quanto tempo reside na comunidade?
- 3) Em sua opinião, quais as doenças são mais incidentes na comunidade?
- 4) Você já viu alguém realizar alguma prática para curar alguma doença. Se sim, qual?
- 5) Que plantas ou ervas você conhece e usa em sua casa como remédio?
- 6) Tem costume de fazer algum chá caseiro? Que tipo de ervas ou garrafa das você conhece?
- 7) Há alguma unidade de saúde perto da comunidade?
- 8) Antigamente você usava mais a consulta médica ou procuravam um curador? E nos dias atuais?



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB  
Autorização Decreto nº 9237/86. DOU 18/07/96. Reconhecimento: Portaria 909/95, DOU 01/08-95

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - DCH  
CAMPUS VI - CAETITÉ/BA

## DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PLÁGIO

Eu, Jonis da Silva Pátria Couto  
estudante do curso de Licenciatura/Bacharelado em  
História da UNEB, Campus VI, Caetité, declaro para  
os devidos fins, que o trabalho de conclusão de curso (TCC)  
intitulado Doenças e Práticas Curativas da Comunidade  
de Compinos no Alto Sertão da Bahia é de minha autoria. Declaro  
ainda que os trechos e citações de terceiros presentes no texto estão devidamente referenciados  
conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), e que assumo inteira e total  
responsabilidade em caso de identificação de plágio, sujeitando-me às penas previstas no  
Código Penal Brasileiro.

Caetité, 10/01/2020

Jonis da Silva Pátria Couto 1061910253

Nome do(a) Discente – Nº de Matrícula



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB  
Autorização Decreto nº 9237/86. DOU 18/07/96. Reconhecimento: Portaria 909/95, DOU 01/08-95

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - DCH  
CAMPUS VI - CAETITÉ/BA

## DECLARAÇÃO DE (NÃO) USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Eu, Suenís de Silva Patrícia Couto  
estudante do curso de Licenciatura em História  
da UNEB, Campus VI, Caetité, declaro para os devidos fins, que o trabalho de conclusão de  
curso (TCC) intitulado  
Dores e Práticas Curativas de Comunidade de Campinhos no Alto Sertão do Bahia  
é de minha autoria.

Considerando que recursos de inteligência artificial **não devem ser utilizados na escrita/produção da redação final do trabalho** de conclusão de curso, declaro também que durante a produção do texto:

( ) NÃO houve o uso de inteligência artificial

(X) SIM, houve o uso de Inteligência artificial. (Neste caso, informe abaixo o uso que foi feito e quais recursos foram utilizados, sabendo que a IA **não deve ser utilizada para escrita do texto**)

A Inteligência artificial foi usada no texto para:

- (X) revisão linguística do texto
- ( ) elaboração de imagens e gráficos
- ( ) tradução
- ( ) Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Cite os recursos de IA que foram utilizados (ex: Chat GPT)

Utilizei o Chat GPT, para revisão linguística do texto.

Caetité, 10/01/2026

Suenís de Silva Patrícia Couto / 061910253

Nome do(a) Discente – Nº de Matrícula