


SABERES QUE CURAM – A FARMÁCIA QUILOMBOLA E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO INFANTIL

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>

Data de submissão: 17/03/2025

Data de publicação: 17/04/2025

Antonio Nacílio Sousa dos Santos

Doutorando em Ciências Sociais

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Endereço: Horizonte, Ceará – Brasil.

E-mail: naciliosantos23@gmail.com

Francisco Souto de Sousa Júnior

Doutor em Química

Instituição: Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Endereço: Mossoró, Rio Grande do Norte – Brasil.

E-mail: franciscosouto@ufersa.edu.br

Alan Judson Zaidan de Sousa

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências da Saúde Pitágoras

Endereço: Codó, Maranhão – Brasil.

E-mail: alanjudson_zaidan@outlook.com

Joner Ney Vieira da Silva

Mestre em Ensino de Física

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: Mãe do Rio, Pará – Brasil.

E-mail: jonerney@gmail.com

Enes Buck Mutiua Cantala Xavier

Doutorando em Biotecnologia em Saúde

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Endereço: Vitória, Espírito Santo – Brasil.

E-mail: enesbuckxavier@gmail.com

Maria Edvânia da Silva

Mestra em História e Cultura Histórica

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Endereço: Araripe, Ceará – Brasil.

E-mail: ed-vania-silva@hotmail.com

Liana Nolibos Rodrigues

Mestra em Saúde Materno Infantil

Instituição: Universidade Franciscana (UFN)

Endereço: Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil.

E-mail: liana.rodrigues@ufsm.br

Fernanda Beatriz Alves

Mestra em Promoção da Saúde

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Endereço: Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul – Brasil.

E-mail: nandabzalves@yahoo.com.br

Daniel de Oliveira Baptista

Doutor em Antropologia Social

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

E-mail: daniel_baptista@yahoo.com.br

Marcio Harrison dos Santos Ferreira

Doutorando em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial (PPGADT/UNIVASF)

Instituição: Instituto Federal do Piauí (IFPI/Campus Paulistana)

Endereço: Paulistana, Piauí – Brasil.

E-mail: marcio.harrison@gmail.com

Witter Duarte Guerra

Doutor em Ciência e Tecnologia de Biocombustíveis.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Endereço: Uberlândia, Minas Gerais – Brasil.

E-mail: witter_guerra@yahoo.com.br

Carla Emanuele Lopatiuk

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Campo Real

Endereço: Ponta Grossa, Paraná – Brasil.

E-mail: carla.emanuele2201@gmail.com

Elicéia da Silva Almeida

Mestranda em Ciências da Saúde

Instituição: Integralize

Endereço: João Pessoa, Paraíba – Brasil.

E-mail: eliceiap@gmail.com

Adnaldo Junior Brilhante Lacerda

Mestre em Química

Instituição: Instituto Federal de Ensino, Ciências e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT/Campus Pontes Lacerda).

Endereço: Cuiabá, Mato Grosso – Brasil.

E-mail: baldergato@hotmail.com

Márcia Marin de Liz

Graduanda em Farmácia

Instituição: Universidade Cruzeiro do Sul.

Endereço: Lages, Santa Catarina – Brasil.

E-mail: marciamarin2020@icloud.com

Jeymson Xavier da Silva

Especialista em Auditoria e Controladoria.

Instituição: Instituto Facuminas.

Endereço: Itaitinga, Ceará – Brasil.

E-mail: mazolafilho@hotmail.com

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão crítica sobre os saberes tradicionais quilombolas relacionados ao uso de plantas medicinais no cuidado infantil, compreendendo-os como práticas de resistência, cura e transmissão intergeracional de conhecimento. Em meio a uma história marcada por apagamentos, criminalizações e deslegitimação dos sistemas médicos tradicionais, as comunidades quilombolas mantêm vivas formas ancestrais de cuidado que articulam corpo, território, espiritualidade e saúde. Nesse sentido, o estudo tem como objeto de pesquisa a farmácia viva quilombola, com foco nos modos como mães, avós, parteiras e raizeiras manejam os recursos naturais para tratar doenças e fortalecer a saúde das crianças. A pesquisa parte da seguinte pergunta: Como os saberes medicinais quilombolas são mobilizados no cuidado à infância e quais tensões se estabelecem entre esse conhecimento ancestral e os discursos biomédicos hegemônicos? Teoricamente, fizemos uso dos trabalhos de Zhang (2002), Grmek (1991), Lima e Moura Junior (2024), Pessoa e Maton (2024), Melo (2021), Vanini (2010), Farmer (2003), Kleinman, Basilico, Kim e Farmer (2013), Scheper-Hughes (1993), Lévi-Strauss (1966; 1978; 2004), Fabian (1983; 2014), Turner (1991), Shiva (1999), Brito et al. (2024), Mendes e Cavas (2018), Rodrigues, Paneto e Severi (2018), Sperry et al. (2018), Ravazoli et al. (2018), Oliveira et al. (2024), Almeida (2011), Cunha (2018), Wagner (1981), entre outros. A pesquisa é de cunho qualitativa a partir de Minayo (2007), descritivo e bibliográfica conforme Gil (2008) e realizou-se a análise dos dados a partir da perspectiva compreensiva de Weber (1949). Os achados desta pesquisa revelam que os saberes medicinais quilombolas mobilizados no cuidado infantil articulam práticas de cura física e espiritual, sustentadas por vínculos intergeracionais e por uma lógica de cuidado coletiva e territorializada. Identificou-se que a farmácia viva quilombola vai além do uso técnico das plantas, incorporando rezas, afetos e intenções, como formas de resistência frente à medicalização biomédica. As práticas das raizeiras e parteiras reafirmam a coetaneidade desses saberes e denunciam o apagamento epistêmico promovido pelo colonialismo científico. Observou-se ainda que o uso das plantas é acompanhado de critérios simbólicos e éticos, como o modo de colher, preparar e transmitir o conhecimento. Por fim, constatou-se que defender esses saberes é reivindicar não só reconhecimento sanitário, mas também autonomia cultural, histórica e política.

Palavras-chave: Saberes Quilombolas. Cuidado Infantil. Cura. Corpo-Território.

1 ENTRE RAÍZES E REZAS: SABERES MEDICINAIS QUILOMBOLAS NO CUIDADO INFANTIL E A DISPUTA CONTRA O EPISTEMICÍDIO – INTRODUZINDO

A medicina tradicional quilombola não pode ser entendida apenas como um conjunto de práticas de cura, mas como expressão viva de uma epistemologia ancestral profundamente enraizada na relação entre corpo, território e memória coletiva. Desde o período colonial, comunidades negras formadas por pessoas escravizadas fugidas criaram espaços de resistência onde o cuidado com a vida era também uma forma de insurgência. “Quilombo (Kilombo) [...] representou na história do nosso povo um marco na sua capacidade de resistência e organização” (Nascimento, 2006b, p. 117b). E como explica Fernandes (2016), “[...] os quilombos resistiram em seus cercos reais por cerca de cem anos [...], enfrentando 27 guerras” (p. 42). Assim, a medicina tradicional floresceu como forma de cuidado integral e resistência existencial.

O quilombo extrapola a noção de lugar de negros fugidos. Esta concepção está arraigada em uma tradição branca escravista que concebe os negros como animais que vivem escondidos nas matas, sobrevivendo do que ela pode oferecer a eles. Como se no quilombo não houvesse formas possíveis de produção econômica e organização da vida. Mais do que lugar de negros fugidos, o quilombo apresenta-se, em seus levantes frente ao estado imperial, como território político capaz de enfrentar o poder senhorial e a lógica de exploração e dominação que este representava. (Fernandes, 2016, p. 42)

A origem dos quilombos, embora associada às fugas da escravidão, revela formas complexas de organização e de reelaboração de modos de vida alternativos ao sistema colonial. “Esses quilombos tinham vários tamanhos [...] eram grupos armados [...], os grandes já eram muito mais complexos” (Moura, 1986, p. 17). E não apenas resistiam fisicamente, mas também culturalmente: “[...] as comunidades quilombolas se formaram em territórios onde se aprendia a viver na/e da floresta” (Castro, 2006, apud Guedes, 2011, p. 64). Logo, a tradição medicinal foi cultivada nesse solo fértil da liberdade, onde mulheres, crianças e anciãos transmitiam saberes como herança política e espiritual.

A colonização, porém, impôs não só a escravidão, mas o apagamento sistemático desses saberes. Ainda hoje, práticas ancestrais como a reza, os banhos de ervas e a utilização de raízes são alvos de deslegitimação. “Enquanto os serviços de saúde negam e/ou deslegitimam as demandas da comunidade quilombola [...], seus habitantes (re)criam a maneira de cuidar” (Brito et al., 2024, p. 17). Como relata uma rezadeira: “[...] ela tava com olhado de bicho [...], benzi, ensinei um remédio [...] foi cipó catinga, folha da mucuracaá [...], banha e aí não pode mais sair pra pegar sereno” (Santos, 2017, p. 158).

Sabemos que a história do nosso país está alicerçada em quase quatro séculos de escravização dos povos vindos de África. Esse processo naturalizou o apagamento sistemático das tradições dos diversos povos negros que aqui chegavam, desde a proibição do uso de suas línguas nativas à imposição de nomes cristãos, dentre outras diversas violências. [...] Os ritos e todo modo de

existência dos povos negros, e também dos povos indígenas, incomodavam a lógica colonial branca e cristã. Foram estabelecidas diversas perseguições aos modos de vida que não obedecessem a essa lógica (Fernandes, 2024, p. 42).

Essa deslegitimação reflete o racismo epistêmico, que desqualifica os saberes não ocidentais. “A racionalidade branco-ocidental [...] está alicerçada em um ideal de modernidade que se sustenta no patriarcado, sexismo, racismo” (Brito, 2024, p. 102). E como denuncia Carneiro (2005): “[...] o epistemicídio fere de morte a racionalidade do subjugado ou a sequestra, mutila a capacidade de aprender” (p. 97). Portanto, o silenciamento não é mero descuido: é estratégia de dominação, que marginaliza os modos outros de produzir conhecimento e cuidar da vida.

A hegemonia biomédica¹, por sua vez, exclui essas práticas dos protocolos oficiais de saúde. “Cozimento e reza assim não serve, o que serve é medicamento [...], a pessoa diz que não tá usando nada” (Sobonfu, 2024, p. 96). Ainda assim, o cuidado tradicional segue sendo um espaço de reconhecimento mútuo e afirmação comunitária. “As formas de cuidado comunitárias produzem relações de reconhecimento [...], o outro como experiência pertencente ao território” (Brito et al., 2024, p. 15). Logo, é no espaço doméstico e espiritual que o saber resiste e floresce.

As práticas de cuidado comunitárias produzem relações de reconhecimento agenciadas tanto no momento de suas práticas, quanto também na passagem destes conhecimentos entre as moradoras. Autonomia, experiência e reconhecimento são circulados no exercício das práticas de cuidado. O outro como experiência pertencente ao território compõe com outros corpos quilombolas que se encontram no território e fazem dali seu espaço de saúde (Brito, Santos, Fernandes & Parra-Valencia, 2024, p. 15).

É nesse cenário que a presente pesquisa se justifica. Pois, além de existirem lacunas teóricas sobre a medicina tradicional quilombola, existe uma urgência política em visibilizar tais práticas diante do avanço da racionalidade neoliberal e biomédica. “A importância da pesquisa reside na pouca literatura sobre o uso terapêutico de plantas medicinais entre mulheres quilombolas” (Guedes, 2011, p. 26). Ademais, “[...] o cultivo e o uso das plantas tem um significado importante [...], pois diz respeito à preservação da biodiversidade e à promoção de práticas de cuidado que se diferem da hegemonia biomédica” (Almeida, 2024, p. 11).

¹ A hegemonia biomédica, historicamente consolidada como o modelo dominante de cuidado em saúde, impôs uma racionalidade técnico-científica que desconsidera os contextos culturais, espirituais e territoriais dos sujeitos. Esse modelo, centrado na fragmentação do corpo e na medicalização da vida, tem relegado os saberes tradicionais a uma condição de invisibilidade ou folclorização. Assim, práticas como a fitoterapia popular, os rituais de cura e os conhecimentos das parteiras e raizeiras são sistematicamente desvalorizados pelas instituições de saúde. Como destaca Luz (2007), a biomedicina se instituiu como um saber hegemônico ao definir, de forma unilateral, o que é válido ou inválido como cuidado, operando não apenas uma exclusão epistemológica, mas também uma imposição política do que deve ser reconhecido como ciência legítima. Ver: LUZ, Madel Terezinha. Natural, racional, científico: legitimidade cultural e poder institucional na medicina. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

A relevância desta investigação é não apenas acadêmica, mas social e cultural. Porque reconhecer os modos de cuidado tradicionais é fortalecer políticas públicas sensíveis às realidades locais. Como argumenta Almeida (2011): “[...] as benzedadeiras são especialistas que mantêm, por meio de suas rezas, fórmulas e simbolismo, os segredos e saberes acerca das plantas” (p. 158). E como reforça Fabian (1983): “[...] as cosmologias indígenas e africanas precisam ser entendidas como campos legítimos de produção de conhecimento, e não como folclore ou superstição” (p. 44).

No campo da saúde coletiva e da infância, esse reconhecimento se torna ainda mais urgente. Crianças quilombolas são alvo de políticas públicas padronizadas que ignoram a pluralidade de saberes e modos de cuidado presentes em seus territórios. “As curadoras são procuradas nos casos de cólica e mau-olhado [...], utilizam orações e rituais específicos para cada caso” afirma Aqualtune (2022, p. 73). E como observa Ferreti (2003), “[...] a religiosidade das classes populares é apontada em alguns estudos como tendo papel chave como espaço terapêutico” (apud Melo, 2022, p. 74).

Diante disso, o objetivo geral da pesquisa é analisar como os saberes medicinais quilombolas são mobilizados no cuidado infantil. E como objetivos específicos, pretende-se identificar as tensões e articulações entre esses saberes e os discursos da medicina hegemônica, além de compreender como tais práticas são ressignificadas na vida cotidiana das comunidades. Segundo Cunha (2018), “[...] ressignificar o quilombo é reestruturar as leituras históricas do passado, fazendo-as convergir à elaboração do presente digno e justo às comunidades” (p. 45). E, como lembra Wagner (1981), “[...] a cultura é invenção: um processo contínuo de recriação de significados” (p. 22).

A ideia de cultura, então, é essencialmente um meio de tornar algo visível; é como acender a luz em um cômodo que estava escuro. A cultura não reside no comportamento ou nos costumes visíveis, mas nas ideias e nos valores que fazem com que esses comportamentos e costumes pareçam sensatos e cheios de significado. Cultura, nesse sentido, não é uma coleção de coisas ou ações, mas uma forma de inventá-las. É o próprio ato de invenção, a projeção de sentido sobre o mundo² (Wagner, 1981, p. 14).

A pergunta de pesquisa que orienta este estudo é: “Como os saberes medicinais quilombolas são mobilizados no cuidado à infância e quais tensões se estabelecem entre esse conhecimento ancestral e os discursos biomédicos hegemônicos?”. Essa pergunta emerge da escuta atenta dos territórios e da crítica à racionalidade única. “Não queremos negar a ciência, nossa luta é por denegri-la [...], tornar negra, plural, situada” (Brito, 2024, p. 102). E como pontua Shiva (1999): “[...] a biopirataria³ é também uma forma de colonialismo epistêmico, pois rouba não só os recursos, mas os sentidos que os povos tradicionais atribuem a eles” (p. 44).

² Tradução nossa.

³ A biopirataria não se restringe à apropriação indevida de recursos genéticos e biológicos das comunidades tradicionais, mas configura-se também como uma expressão contundente do colonialismo epistêmico. Isso porque, ao extrair

Logo, falar de práticas como o uso de plantas, rezas, infusões e cuidados coletivos não é resgatar um passado folclórico, mas projetar um futuro de cuidado mais justo, inclusivo e territorializado. “Tu saras as partes escondidas. Tu estancas a criança que vaza” (Bandeira, 2024, p. 13). E como alerta Farmer (2003): “[...] a violência estrutural que impede o acesso à saúde é inseparável da negação dos saberes locais e das formas comunitárias de autocuidado” (p. 41).

Por tudo isso, esta pesquisa se inscreve como um gesto político de escuta, reconhecimento e valorização dos saberes que curam. Porque, como diria Paulo Freire, “[...] ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos” (2001, p. 14). E como reafirma Scheper-Hughes (1993): “[...] não há vida que não seja permeada por dor, mas há mundos em que a dor é acolhida, compartilhada e cuidada em comunidade” (p. 201).

2 CAMINHOS ANCESTRAIS E EPISTEMOLOGIAS DO CUIDADO: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA E COMPREENSIVA DOS SABERES QUILOMBOLAS

Esta pesquisa foi conduzida sob a abordagem qualitativa, pois buscou compreender os sentidos atribuídos pelas comunidades quilombolas ao uso de plantas medicinais no cuidado infantil. Conforme destaca Minayo (2007, p. 21): “[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das motivações, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Portanto, tratou-se de uma investigação que respeitou a complexidade simbólica e relacional do objeto, recusando qualquer reducionismo estatístico. Stake (2011, p. 26) complementa afirmando que:

O estudo qualitativo é interpretativo. Fixa-se nos significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vista. Os pesquisadores se sentem confortáveis com significados múltiplos. Eles respeitam a intuição. [...] O estudo qualitativo é experiencial. É empírico e está direcionado ao campo. Enfoca as observações feitas pelos participantes e leva mais em consideração o que eles veem do que o que sentem. Esforça-se para ser naturalístico, para não interferir nem manipular para obter dados. Sua descrição oferece ao leitor do relatório uma experiência indireta (vicária). Está em sintonia com a visão de que a realidade é uma obra humana.

Para além disso, a natureza da pesquisa foi descritiva, pois buscamos apresentar, com detalhes e sensibilidade, como se dá o manejo das plantas medicinais por mães, avós, parteiras e raizeiras nas comunidades quilombolas. Conforme Gil (2008, p. 28): “[...] a pesquisa descritiva tem por objetivo a

conhecimentos ancestrais sobre o uso de plantas medicinais e transformá-los em patentes ou produtos comercializáveis sem o devido reconhecimento e retorno para os povos originários, o sistema hegemônico reafirma a lógica de dominação que deslegitima os saberes locais. Esse processo implica na tradução desses conhecimentos para os moldes da ciência ocidental, esvaziando seus sentidos simbólicos e espirituais e convertendo-os em mercadoria. Como denuncia Vandana Shiva (1999), esse tipo de apropriação representa uma continuidade do colonialismo, ao deslocar os saberes das comunidades de seus contextos e reconfigurá-los sob a linguagem da inovação científica e da propriedade intelectual ocidental. Ver: SHIVA, Vandana. Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento. São Paulo: Editora Escrituras, 1999.

descrição das características de determinada população ou fenômeno”. E, nesse caso, o fenômeno observado envolve práticas cotidianas atravessadas por ancestralidade, espiritualidade e resistência.

Do ponto de vista técnico, tratou-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, fundamentada em livros, dissertações, artigos científicos e documentos institucionais. Como aponta Prodanov e Freitas (2013, p. 119), “[...] a pesquisa bibliográfica se desenvolve a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Além disso, utilizamos também registros etnográficos e relatos de experiência que nos permitiram acesso a narrativas sensíveis e densas. Stake (2011, p. 23) afirma que “[...] a investigação qualitativa é interpretativa, experiencial, situacional e personalística”, o que evidencia a escolha metodológica adotada.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. [...] A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários. [...] Para reduzir esta possibilidade [de erros], convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-se cuidadosamente (Gil, 2008, p. 51).

Ademais, a pesquisa foi fundamentada em uma análise compreensiva, inspirada no pensamento de Max Weber (1949), que propunha a interpretação das ações sociais a partir dos sentidos que os sujeitos atribuem a elas. Essa opção analítica foi fundamental para compreender não apenas o “que” se faz, mas o “porquê”, o “como” e o “para quem” se faz. Como destaca Gil (2008, p. 21): “[...] a compreensão é o caminho metodológico para penetrar no universo dos significados e das intencionalidades humanas”.

A seleção das fontes bibliográficas seguiu os critérios de relevância temática, diversidade epistemológica e atualização. Foram priorizadas obras que abordam saberes quilombolas, plantas medicinais, cuidado infantil, epistemologias do Sul, antropologia da saúde, decolonialidade e espiritualidade. Além dos textos clássicos, foram utilizadas pesquisas recentes, dissertações e artigos publicados em revistas de excelência acadêmica. Para Prodanov e Freitas (2013, p. 74), “[...] o levantamento bibliográfico deve ser planejado e executado com rigor, pois é nele que reside a base teórica da pesquisa”.

Durante a leitura dos materiais, realizamos fichamentos analíticos, anotações interpretativas e construção de categorias emergentes que dialogassem com o problema de pesquisa. Como lembra Minayo (2007, p. 73), “[...] a análise qualitativa exige um processo reflexivo e sistemático, que vai

muito além da simples repetição de informações”. Assim, buscamos construir compreensões situadas, atravessadas pelas vozes dos sujeitos, pelos silenciamentos históricos e pelas potências de resistência.

A postura epistemológica adotada foi de reconhecimento da validade dos saberes tradicionais como formas legítimas de produção de conhecimento. Nesse sentido, dialogamos com o pensamento decolonial e com a proposta de uma ciência comprometida com a pluralidade epistêmica. Conforme destaca Flick (2009, p. 34): “[...] a pesquisa qualitativa não parte da neutralidade, mas da reflexividade do pesquisador diante da realidade estudada”. Essa reflexividade foi central para que o estudo não reproduzisse hierarquias entre saberes, mas promovesse um encontro de saberes.

Do ponto de vista ético, seguimos o compromisso de respeitar e valorizar os saberes ancestrais quilombolas, compreendendo-os como patrimônio imaterial e como expressões de cuidado integradas à vida comunitária. A pesquisa, mesmo sendo bibliográfica, respeitou os princípios de reconhecimento, escuta e reciprocidade. Como propõem Stake (2011, p. 24): “[...] a investigação qualitativa é uma forma de envolvimento que requer do pesquisador sensibilidade, empatia e responsabilidade com o outro”.

Dito isso, é importante ressaltar que o percurso metodológico não se deu de forma linear, mas por meio de um movimento circular e dialético entre teoria e empiria. Como destacam Prodanov e Freitas (2013, p. 126): “[...] a metodologia é o caminho do conhecimento, e esse caminho se constrói no ato mesmo da pesquisa”. Por isso, acolhemos as incertezas, reformulamos perguntas e seguimos escutando os textos como quem escuta narrativas vivas, porque sabíamos que neles pulsava muito mais que técnica: pulsava vida, saber e memória.

3 SABERES QUE CURAM: A FARMÁCIA QUILOMBOLA E O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO INFANTIL

A medicina tradicional quilombola se manifesta como um elo entre a memória ancestral e os modos contemporâneos de resistência. Ela é muito mais que técnica: é gesto, é presença, é espiritualidade enraizada no território. Como afirma Grada: “[...] tem plantas que a minha mãe não sabe o nome, mas sabe pra que serve [...] ela fala ói isso aqui serve pra isso, ela traz pra casa pra plantar” (Brito, 2021, p. 88). E isso não é acaso: é expressão de um saber que se transmite com o tempo e com o cuidado. Segundo o Relato de Experiência no Amapá⁴, “[...] além do conhecimento sobre

⁴ O relato de experiência realizado em uma comunidade quilombola do Amapá evidenciou a centralidade das plantas medicinais como forma de cuidado cotidiano e espiritual, especialmente no trato com as crianças. No registro, as mulheres relataram o uso de banhos, chás, unguentos e defumações, sempre associados a orações e saberes transmitidos oralmente pelas mais velhas. As práticas, segundo o documento, são guiadas não apenas pela eficácia das ervas, mas também pelo respeito à natureza e à ancestralidade. Além disso, o relato revela que o conhecimento sobre o momento certo de colher, preparar e aplicar as plantas faz parte de uma pedagogia do cuidado sustentada por vínculos comunitários e por uma

quais plantas utilizar, a religiosidade, a fé e a sintonia com a natureza estão muito correlacionados durante o processo de preparo desses medicamentos” (Vieitas et al., 2021, p. 296).

Dito isso, vale considerar que uma dimensão importante a ser observada e compreendida é a da espiritualidade, muitas vezes presente nos modos de preparo e uso das plantas. A espiritualidade está relacionada à busca por sentidos e significados, por explicações sobre a vida que transcendem à existência do mundo físico e material. Diz respeito ao invisível [...] àquilo que é considerado sagrado, se manifesta na relação entre o ‘eu’ e ‘algo maior’ que cura. Não se limita à esfera do religioso ou das religiões, ainda que passe também por elas. Vai além, inclui a mística e o sonho compartilhado, os valores conjugados no respeito àquilo que não é explicado pela racionalidade humana. Nesse sentido, a compreensão sobre os processos de cura pelas plantas pode passar pela relação com o divino e o invisível, mais do que com a bioquímica, e o cuidado por ritos que envolvem a fé (Almeida, 2024, p. 83).

Assim, não é possível dissociar planta e território, folha e comunidade. A relação com a natureza é afetiva, ancestral e política. “A prática de cuidado, ela fortalece um cuidado de saber que o outro tá bem [...] normalmente a gente tá utilizando o chá pra prevenção” (Grada, apud Brito, 2021, p. 101). E como reforça Monken e Gondim: “[...] envolvendo pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais...)” (Monken & Gondim, 2006, p. 40).

Nesse universo, as mulheres exercem um papel fundamental como guardiãs do cuidado e da vida. Parteiras, raizeiras, rezadeiras e avós são alicerces de uma medicina enraizada no cotidiano. “Ah já foi da minha família né [...] minha avó ensinava aí ela era parteira aí eu já aprendi” (Ester, apud Brito, 2021, p. 89). Dona Raimunda, por exemplo, “[...] é também a principal guardiã da memória e história desse grupo social” (Guedes, 2011, p. 123). Logo, o cuidado é prática de memória, e a memória, prática de resistência.

A transmissão desse saber é oral⁵, cotidiana, coletiva. Como diz Sobonfu, “[...] já vem assim de gerações né, de avós, de avós passou pros filhos e pros filhos passou pros netos” (Brito, 2021, p. 88). E como complementa Santos (2015): “[...] os povos quilombolas têm na relação com o território

profunda conexão com o território. Essas práticas, embora muitas vezes ignoradas pelos serviços formais de saúde, seguem vivas e reconfiguradas no cotidiano das famílias, demonstrando resistência e protagonismo das mulheres quilombolas. Ver: ALMEIDA, Elinalva Oliveira de et al. Uso de plantas medicinais em um quilombo: um relato de experiência no estado do Amapá. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Belém, v. 6, n. 1, p. 57-60, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232015000100007>. Acesso em: 17 Mar. 2025.

⁵ A transmissão do saber sobre o uso de plantas medicinais nas comunidades quilombolas ocorre, predominantemente, por via oral, em um processo contínuo de partilha entre gerações, marcado pela escuta, pela observação e pelo afeto. Esse saber é aprendido na prática, no convívio com as mais velhas – avós, mães, parteiras e raizeiras – que ensinam não apenas o nome e a função das ervas, mas também os gestos, os tempos, os silêncios e as rezas que compõem o cuidado. Ao contrário da lógica escrita e sistematizada da ciência hegemônica, o conhecimento tradicional se preserva e se reinventa pela oralidade, resistindo às tentativas de apagamento e reafirmando o papel das mulheres como guardiãs da memória terapêutica do território. Como destaca Guedes (2024), esse saber não é fixo, mas dinâmico e situado, sendo transmitido “[...] no tempo das relações” e fundado na confiança e na experiência vivida. Ver: GUEDES, Ana Célia Barbosa. Mulheres quilombolas e o uso de plantas medicinais: uma abordagem etnobotânica em comunidades tradicionais. 2024. 176 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

experiências geradoras de forças vitais” (p. 47). Portanto, essas práticas não se limitam ao corpo biológico, mas ativam redes de cuidado que incluem plantas, saberes, sonhos e afetos.

Durante o percurso da pesquisa pudemos observar os processos de transmissão dos conhecimentos do uso das plantas, marcados pela transmissão oral ao longo das gerações como vemos na fala das participantes: ‘Assim é um conhecimento que todo mundo tem, já vem assim de gerações né, de avós, de avós passou pros filhos e pros filhos passou pros netos e assim as gerações’ (Sobonfu). [...] Além das questões geracionais o conhecimento se apresenta de forma comunitária, ultrapassando os limites do círculo familiar e o cuidar assume um espaço que vai além do cuidado com o humano e esse processo só faz sentido na relação, onde as folhas não equivalem aos medicamentos que após o seu uso podem ser descartadas. [...] Nesse sentido não há imposição no cuidado, ele se dá na escuta, na troca e no reconhecimento do outro e da natureza como parte de si (Brito, 2024, p. 88-89).

Porque também nos sonhos se revelam curas e receitas. É o invisível se fazendo presente na cura. “Quando acordei, amarrei a folha na cabeça, pronto, aí minha dor de cabeça passou” (Ida, apud Brito, 2021, p. 100). E como pontua Glowczewski: “[...] os espaços do sonhar se expressam em rituais, nos mitos e nas experiências oníricas que produzem relações com os espíritos ancestrais” (Glowczewski, 2015, p. 89).

Essa sabedoria, no entanto, convive com a negação institucional. Muitas vezes, os saberes tradicionais são invisibilizados ou ignorados pelos serviços oficiais de saúde. “O médico não gosta de receitar remédio [...] não incentiva. Ele não fala do chá” (Vanini, 2010, p. 70). E como reagem as mulheres? “Curamos com o chá em casa. [...] Porque tu vai no médico, ele também não dá remédio. Então tomo um chá” (Participante identificada como RI 38⁶, apud Vanini, 2010, p. 70).

No posto, o médico não gosta de receitar remédio. [...] Ele diz que gripe não é doença, não fala do chá. O problema é esse. Era para nos dizer: faz esse chá aqui, que é bom, e está pronto. Ele não incentiva. [...] Nem chegamos a consultar, porque alguém que estava gripado na volta da gente, ah fui no médico mas o médico só deu remédio para febre [...] então não adianta tu ir, daí faz em casa, lá na minha casa eu não levei ninguém, todo mundo se gripou, nós somos em quatro, deu tosse e tudo, curamos com o chá em casa [...] (Marisa, 2010, p. 70).

O saber das plantas não é apenas empírico, é também espiritual. “Diz respeito ao invisível [...] respeito àquilo que não é explicado pela racionalidade humana” (Wong Un, 2016, p. 36). E isso exige, como observa Grada, “[...] uma forma de cuidar também da planta [...] não quer agredir, porque o

⁶ A denominação da participante com a sigla “RI 38” tem como finalidade preservar sua identidade e garantir o sigilo ético necessário às pesquisas que envolvem relatos de pessoas em contextos tradicionais. Essa prática é comum em estudos etnográficos e qualitativos, especialmente quando se busca respeitar a privacidade dos sujeitos sem apagar a força de seus testemunhos. No caso específico, a sigla indica que se trata do Relato Individual número 38, coletado no trabalho de campo de Vanini (2010), permitindo ao leitor localizar a origem da fala sem expor diretamente a pessoa. Essa estratégia assegura que as vozes das mulheres quilombolas sejam ouvidas com respeito e legitimidade, protegendo-as de possíveis exposições indevidas, conforme as normas éticas da pesquisa em ciências humanas e sociais. Ver: VANINI, Talita. Saberes e práticas de cura: uma etnografia das parteiras tradicionais do Vale do Ribeira. 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

ferver da água com a planta faz com que ela morra” (Brito, 2021, p. 89). O cuidado é relacional, circular e cheio de escuta.

Não só a planta é cuidada: o território inteiro participa do processo. “O cuidado está relacionado à prevenção [...] normalmente a gente procura tomar chás certos antes da dor” (Grada, 2021, p. 101). E como reforçam Rojas-Andrade, Nina e Fernandes (2023): “[...] essa ética do cuidar se expande para a natureza e o território vivo, que compõe um lugar de experiência coletiva entre humanos e não humanos” (Rojas-Andrade et al., 2023, p. 8).

Logo, o cuidado é sempre coletivo e o território é um protagonista. “O território é atravessado por forças internas e externas [...] que exercem poder sobre o território” (Monken & Gondim, 2006, p. 42). A cura só acontece porque a vida pulsa entre planta, pessoa, terra e sonho. “Não se trata apenas de sobreviver [...] mas do exercício e legitimação de conhecimentos que se reconfiguram mostrando inventividade” (Brito, 2021, p. 100).

Os sonhos aparecem nos relatos das moradoras do quilombo como esta expressão de conexão com as forças vitais do território, como uma grande tessitura do espaço-tempo coletivo, enquanto forças que se conectam e que se espalham em uma rede que liga e retroalimenta os fazeres da vida comum, entre: práticas diárias de cura, trabalho nas roças, conversas de varanda, relações com as plantas. [...] Rita ao sonhar afirma o espaço coletivo com seus aprendizados ancestrais, para se cuidar ela deve estar conectada às histórias, às experiências e aos conhecimentos ancestrais que habitam o território. [...] Os conhecimentos ancestrais não são fixos e imutáveis, eles são energias vitais que transformam e atualizam o sujeito em sua história e espiritualidade (Lima & Moura Junior, 2024, p. 13).

E mesmo diante de epistemicídios cotidianos, essas práticas seguem em movimento. Como diz Mélo: “[...] os tratamentos pretendem ser universais [...] esquecendo-se de que há singularidades presentes como vida pulsante e vibrante” (2019, p. 234). Por isso, o cuidado quilombola é resistência, porque “[...] não é só a prática de pegar a planta, mas o cuidado dela que precisa estar em envolvimento com a gente” (Grada, 2021, p. 101).

Desse modo, o que nos ensinam as parteiras, rezadeiras, mães e avós é que o cuidado precisa de tempo, de vínculo, de território. “O cuidado exige o estar presente [...] o tempo empregado no cuidado com a terra, com as plantas” (Brito, 2021, p. 101). E como aponta Guedes (2011): “[...] os mais velhos conservam a memória coletiva como um compromisso com o presente” (p. 124).

Portanto, não há medicina tradicional sem escuta, sem vínculo e sem corpo-território⁷. “O cuidado nas comunidades quilombolas se expressa no zelo pelo lugar, no cuidado com as plantas, com

⁷ A noção de corpo-território, amplamente mobilizada por mulheres negras e indígenas, expressa a inseparabilidade entre o corpo físico, emocional e espiritual e o espaço onde se vive, cultiva e resiste. Nas comunidades quilombolas, cuidar do corpo de uma criança é também cuidar do território onde ela cresce, pois ambos estão profundamente interligados por práticas de cuidado, pertencimento e ancestralidade. O corpo não é visto como algo isolado da natureza, mas como extensão viva da terra, dos rios, das plantas e das histórias que ali habitam. Como afirmam Segato e Ribeiro (2014), o corpo-território

os animais, com o território e a natureza” (Santos, 2015, p. 47). E como lembra Ribeiro (1996), o Axé “[...] é a força invisível, mágico-sagrada [...] precisa ser transmitida” (1996, p. 51). Dito isso, afirmamos que é através dos atravessamentos culturais que esse Axé torna-se em um saber que cura.

Essa integração considera que todos os elementos, sejam eles animados ou inanimados, possuem uma força vital que precisa ser cuidada. Muitas tradições africanas se alicerçam na presença dessa força vital, que para os iorubas como nos apresenta Ribeiro (1996, p. 51) é nominada de Axé, que “[...] é a força invisível, a força mágico-sagrada de toda divindade, de todo ser animado, de toda coisa. Não aparece espontaneamente. Precisa ser transmitida”, força essa presente no reino animal, vegetal, mineral e espiritual. [...] Essa relação nos remete às práticas de cuidado presentes na comunidade quilombola, essa vitalidade se concentra nas plantas, espraia e liga-se às forças vitais presentes na terra onde está plantada, na pessoa que irá colher, com a união dos outros elementos que compõem o cuidar e da energia de quem está recebendo o cuidado (Brito et al., 2024, p. 90).

Os saberes quilombolas não estão nos livros, mas no corpo, na escuta, na repetição e no afeto. Eles são tecidos na oralidade, que é mais do que falar: é memória viva. Como nos lembra Hampâté Bâ: “[...] a herança ainda não se perdeu e reside na memória da última geração de grandes depositários, de quem se pode dizer são a memória viva da África” (2010, p. 167). E Tierno Bokar reforça: “[...] a escrita é a fotografia do saber, mas não o saber em si. O saber é uma luz que existe no homem” (apud Hampâté Bâ, 2010, p. 167).

Assim, a palavra falada carrega força ancestral, pois nela habita a confiança entre gerações. E, para os povos africanos, “[...] a palavra é uma entidade [...] mentir não seria apenas um defeito moral, mas uma interdição ritual” (Hampâté Bâ, 2010, apud Brito, 2021, p. 84). Como afirma Oliveira (2018), a ancestralidade é “[...] uma relação entre elementos do mundo visível e invisível” que se realiza pelos “[...] ritos, valores e costumes” transmitidos oralmente.

A contação de histórias é um dos principais veículos de transmissão. Os “djele”⁸, segundo Hampâté Bâ, “[...] são como sangue que circulam pelas sociedades africanas levando vida” (2010,

é “[...] o primeiro território a ser defendido” e sua violação representa também a violação da coletividade. Nesse sentido, o uso das plantas medicinais no cuidado infantil reafirma essa unidade e resiste às tentativas de fragmentação impostas pela racionalidade biomédica e colonial. Ver: SEGATO, Rita Laura; RIBEIRO, Silvia. Território-corpo e epistemologias do Sul: resistência de mulheres à violência como reexistência. In: PAULA, Ana Lúcia; CORRÊA, Marilene de Paula (org.). *Corpos, territórios e saberes: reflexões multidisciplinares de mulheres da América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2014. p. 19-30.

⁸ O termo “djele”, de origem mandinga, designa os (as) guardiões (ãs) da memória e da palavra nas sociedades africanas do Oeste, responsáveis por transmitir oralmente os saberes ancestrais, as histórias dos povos e os ensinamentos éticos fundamentais à coletividade. Essa figura, também conhecida como griô, ocupa um lugar de profundo respeito nas comunidades, sendo reconhecida por seu papel pedagógico e espiritual. No contexto das comunidades quilombolas brasileiras, a tradição do “djele” ressurgiu na figura das parteiras, raizeiras e benzedeiras que, por meio da oralidade, da escuta e da experiência vivida, transmitem não apenas técnicas de cura, mas um modo de existir coletivo e ancestral. Como destaca Santos (2010), “[...] a palavra do djele é um fio de continuidade entre passado, presente e futuro, tecido com o ritmo da voz e a sabedoria da escuta”, sendo, portanto, um símbolo da pedagogia da ancestralidade. Ver: SANTOS, José Jorge de Carvalho. A reinvenção dos griôs: tradição oral e políticas públicas de cultura no Brasil. *Revista Afro-Ásia*, Salvador, n. 41, p. 41-70, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/aa.v0i41.5663>. Acesso em: 17 abr. 2025.

apud Brito, 2021, p. 85). Por isso que, nas palavras de Clastres, “[...] toda cultura é etnocentrista na sua relação narcísica consigo própria”, mas o Ocidente transformou essa diferença em dominação ao “[...] estabelecer um discurso científico que subjugué outras formas de saber” (1979, p. 15).

Nas comunidades quilombolas, a avó não é apenas um membro da família: é biblioteca viva. “Minha avó ensinava, ela era parteira [...] todo mundo era no chá [...] eu aprendi” (Ester, apud Brito, 2021, p. 89). E como lembra Candau, “[...] a memória geracional é também uma memória de fundação [...] uma consciência de pertencermos a uma cadeia de gerações sucessivas” (2016, p. 142).

A transmissão dos saberes é também prática cotidiana. As crianças aprendem observando, ajudando, perguntando. “Quem me ajuda é uma das minhas filhas [...] coloco tudinho num papel e digo: olha, é assim que faz” (Guedes, 2011, p. 161). E, conforme Guedes relata, “[...] as mulheres se preocupam em transmitir para suas filhas, netas, sobrinhas, amigas e vizinhas” (p. 161). Abaixo temos a representação da força e o papel da oralidade e do cotidiano no processo educativo tradicional, mas também demonstra a afetividade, o vínculo geracional e o protagonismo feminino na preservação dos saberes.

Em Santa Rita de Barreira⁹, como ponderado em páginas anteriores, os conhecimentos sobre a manipulação de plantas para fins medicinais foram construídos ao longo dos anos, sobretudo entre as mulheres, as quais se preocupam em transmitir para suas filhas, netas, sobrinhas, amigas e vizinhas. Desse modo: “[...] Quem me ajuda é uma das minhas filhas, aquela a Barbura, eu ajeito tudinho e chamo ela, e coloco no papel, sabe? coloco tudinho num papel e digo: olha minha filha, isto aqui é pra... é pra quando eu não tiver... já tiver ido deste mundo pra outro, tu vai fazer, ela tem tudinho anotado, ela se preocupa em aprender, ela faz [...] eu mandei minha filha pra trazer uns remédio ela trouxe tudinho... aí depois de um tempo esse homem que ela fez o remédio disse pra mim mesmo que não sente mais nada, minha filha, ele tá rosado que eu quero que tu veja, ele levou, levou, levou tanta garrafada pra diabete” (Guedes, 2011, p. 161).

Na infância, o conhecimento medicinal é absorvido com naturalidade, porque faz parte da vida. “A aquisição de habilidades como a preparação de remédios e o reconhecimento de plantas medicinais ocorre durante a infância, influenciada principalmente pelos pais” (Lucena et al., 2012, apud Pellegrino, s.d., p. 43). E segundo Thompson, “[...] a criança aprende as primeiras tarefas com sua mãe

⁹ A comunidade de Santa Rita de Barreira, localizada no estado do Ceará, é um território quilombola marcado por uma forte tradição de cuidado coletivo, onde o uso de plantas medicinais e os saberes das mulheres mais velhas ocupam lugar central na vida comunitária. Nessa localidade, o conhecimento sobre as ervas, os banhos, os chás e os benzimentos é passado de geração em geração, sustentando práticas de cura que articulam espiritualidade, território e resistência. As mulheres de Santa Rita de Barreira atuam como guardiãs desses saberes, manejando com sabedoria o que a natureza oferece, sempre com respeito às forças invisíveis que habitam o corpo e o mundo. Segundo Lima e Moura Junior (2024), é nesse contexto que o cuidado é entendido não apenas como assistência, mas como relação, memória e luta por autonomia diante das tentativas históricas de apagamento cultural. Ver: LIMA, Lúcia Ferreira de; MOURA JUNIOR, Milton Pereira de. Práticas de cura e vivências de jovens quilombolas: uma análise sob a perspectiva da antropologia da saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 1–21, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/10.1590/3391062112024-0101>. Acesso em: 17 abr. 2025.

ou avó [...] com a transmissão dos saberes também se transmite experiências sociais” (apud Guedes, 2011, p. 165).

E embora a escola formal muitas vezes ignore essa pedagogia do cotidiano, é ali, no quintal, que o saber pulsa. “Os saberes populares [...] são repassados de geração em geração, em nossos quintais e cozinhas” (Contatore et al., 2015, p. 56). E, como pontua Pessoa e Maton, “[...] essas práticas constituem formas de iniciação da criança na cultura” (2024, p. 3).

Essas práticas constituem formas de iniciação da criança na cultura e nas relações sociais simbólicas da comunidade. A infância, nesse contexto, não é percebida como uma etapa neutra ou biologicamente pré-determinada, mas como uma construção cultural marcada por ritos, narrativas e vivências compartilhadas. [...] O cotidiano da criança quilombola é repleto de ações ritualizadas: o banho com ervas, a reza ao nascer, o sono sob cantigas, as conversas na cozinha e no terreiro. Esses momentos são vividos como passagens, e neles se instauram os valores, os cuidados e os afetos que estruturam a vida comunitária e o pertencimento ao território (Pessoa & Maton, 2024, p. 3).

Esses rituais de aprendizado envolvem o corpo, o olhar e o gesto. “A criança aprende porque participa, porque observa e porque faz junto” (Brito, 2021, p. 88). E essa convivência é também transformação: “[...] as palavras, as cenas, o que muda na subjetividade?” (Pessoa & Maton, 2024, p. 3). Desse modo, a medicina tradicional, nesse contexto, é uma pedagogia sensível e política. Porque educa para o vínculo, para a escuta e para o território. “As práticas de cuidado em saúde nos mostram a afirmação do coletivo numa vivência de saberes ancestrais” (Brito, 2021, p. 88). E para Thompson, “[...] mesmo com as mudanças, não se admite que cada geração tenha um horizonte diferente [...] a educação formal não se interpôs de forma significativa” (apud Guedes, 2011, p. 166).

Ensinar a curar é ensinar a cuidar do outro, e isso se faz com paciência e presença. “A memória é fundamental no processo de transmissão do conhecimento entre os membros de um determinado grupo” (Candau, 2016, p. 142). Por isso, “[...] as práticas culturais são construídas e reconstruídas pela inter-relação dos fatores sociais, políticos e econômicos” (Thompson, 1998, apud Guedes, 2011, p. 161).

A memória é fundamental no processo de transmissão do conhecimento entre os membros de um determinado grupo. Os saberes tradicionais são transmitidos oralmente de geração em geração, constituindo um patrimônio cultural imaterial que instrumentaliza o desenvolvimento sustentável (Carneiro da Cunha, 2007, p. 76).

A medicina tradicional ensina também a resistir. Pois que “[...] as curandeiras mais jovens são preparadas espiritualmente pelas mais antigas [...] há todo um tratamento até que a pessoa possa ensinar remédio” (Gomes, 2017, p. 165). E, como reforça Hampâtê Bâ, “[...] o conhecimento precede a escrita” (2010, p. 168). Logo, os saberes tradicionais transmitidos pelas mulheres quilombolas formam um campo de aprendizado que envolve o corpo, o território e a ancestralidade. “As práticas de cuidado

realizadas por raizeiras, benzedadeiras [...] são reconhecidas e usadas pela população há tempos imemoráveis” (Contatore et al., 2015, p. 56). E, assim, os saberes seguem vivos porque continuam sendo vividos.

A partir desse contexto, nas comunidades quilombolas, a farmácia viva se manifesta como um sistema de cuidado integral que articula práticas ancestrais, vínculos afetivos e espiritualidade. O chá de capim-santo, por exemplo, é preparado com folhas frescas, lavadas e postas em infusão por dez minutos, sendo oferecido morno à criança com cólica ou insônia. Segundo Rojas-Andrade et al. (2023), trata-se de “[...] uma ética relacional que se expande para a natureza e para o território vivo, que compõe um lugar de experiência coletiva entre humanos e não humanos”. A escolha da planta, o momento da colheita e o gesto de oferecer o chá compõem um processo terapêutico simbólico e relacional.

O banho com arruda, guiné e alfazema é aplicado em crianças agitadas ou com sintomas de mau-olhado. As folhas são maceradas e imersas em água morna, que é derramada sobre o corpo ao entardecer, acompanhada de rezas. Mendes e Cavas (2018) afirmam que “[...] a folha precisa estar viva, tem que estar fresca, tem que estar com força” (p. 7), apontando que a eficácia da prática está vinculada ao ritual, à fé e à intenção. Como destacam Tesser e Luz (2008): “[...] o processo terapêutico só é eficaz quando o sistema simbólico do cuidador está em consonância com as crenças da comunidade atendida”.

A eficácia do tratamento mágico implica três condições: primeiro, a fé do feiticheiro na eficácia de suas técnicas; segundo, a fé do doente no feiticheiro; e, terceiro, a fé e as expectativas coletivas que fornecem ao feiticheiro e ao doente uma base de apoio. O doente se liberta das tensões que o paralisavam transferindo-as para o feiticheiro. O feiticheiro assume essas tensões e as ‘dramatiza’ por meio de mitos e rituais que são dotados de coerência lógica e força emocional. Assim, o conflito torna-se inteligível, e a cura possível¹⁰ (Lévi-Strauss, 2004, p. 196).

Para tratar resfriados e tosse das crianças quilombolas, são preparados xaropes de hortelã-da-folha-grossa, cravo, limão e mel. A hortelã é aquecida, combinada com os demais ingredientes e administrada em colheres ao acordar e antes de dormir. Mãe Celina de Xangô-Berlin (apud Durão et al., 2025) relata que essa receita é partilhada em vivências coletivas, reforçando os laços comunitários. Freire (2014) ensina que “[...] o conhecimento se constrói na práxis, na ação-reflexão coletiva sobre o mundo”, e é exatamente isso que ocorre quando mães ensinam às filhas como dosar e reconhecer os efeitos das ervas.

¹⁰ Tradução nossa.

Cataplasmas de folha de mamona ou inhame ralado são aplicados para baixar febre e aliviar dores que as crianças sentem nas madrugadas em que dormem. O preparo é envolvido em pano limpo e posto sobre a testa ou o peito da criança. Durão et al. (2025) descrevem o uso desses procedimentos como parte de uma lógica de cuidado centrada na presença e no tempo. Grada, moradora de um quilombo, afirma: “[...] a prática é mais do que preparar a planta, é estar junto no cuidado” (Brito, 2021, p. 122). Essa presença ativa torna-se, como sugere Brandão (2016), uma pedagogia da convivência e do afeto.

Ainda nessa perspectiva, gargarejos com casca de angico ou malva são utilizados para aliviar inflamações na garganta. A infusão morna é usada em bochechos duas ou três vezes ao dia. Mendes e Cavas (2018) relatam que essas práticas são ensinadas por avôs e avós como parte de uma educação comunitária sobre o corpo. Luz (2007) argumenta que “[...] as medicinas tradicionais valorizam a integralidade e operam com lógicas simbólicas, afetivas e espirituais”, reconhecendo o saber do mais velho como componente terapêutico.

A medicina tradicional africana chegou no Brasil há cerca de 5 séculos, e carrega a cultura de diversos povos do continente africano. [...] Ela tem um sistema de cura complexo, com uma forte base terapêutica fundamentada na fitoterapia e no uso de plantas medicinais, e é ‘inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal, e seu agente de cura mais importante é normalmente um sacerdote (ou sacerdotisa), através da figura do pai de santo ou mãe de santo, que opera terapeuticamente intermediando entidades espirituais’. [...] Além disso, a terapêutica da medicina africana recomenda comportamentos e atitudes, ‘como dietas especiais, formas de sentir e de pensar que facilitem a cura, além de oferendas de preces e alimentos’¹¹ (Shiva, 1999, p. 76).

Dentro desse contexto, afirmamos: o alimento também cura. Sopas com folha de picão, coentro, cebolinha e feijão são preparadas para fortalecer crianças adoentadas. Dona Neuza relata que essa prática é usada em casos de fraqueza e verminose (apud Durão et al., 2025, p. 4). Santos e Quinteiro (2018) chamam isso de ecologia de saberes: “[...] um diálogo não hierárquico entre diferentes racionalidades, em que o saber culinário, terapêutico e espiritual coexistem”. O fogão é, portanto, um espaço sagrado de transmissão de cuidado.

Benzimentos¹² envolvem cruzamentos com galhos de arruda ou mamona, acompanhados de orações murmuradas. Dona Antônia Almeida é reconhecida por aplicar essas práticas nas crianças de

¹¹ Tradução nossa.

¹² Os benzimentos constituem uma prática ancestral profundamente enraizada nas comunidades quilombolas, sendo realizados, em sua maioria, por mulheres mais velhas que aliam o uso de ervas, orações e gestos simbólicos para promover a cura e a proteção espiritual. Mais do que um ato religioso, o benzimento é um gesto de cuidado integral, que considera o corpo, a alma e o território como dimensões indissociáveis da saúde. A força do benzer reside na escuta, na fé e na transmissão oral de rezas aprendidas com as ancestrais, o que confere a essa prática um valor terapêutico e cultural inestimável. Mendes e Cavas (2018) apontam que os benzimentos representam “[...] uma forma de resistência e ressignificação dos saberes tradicionais diante da hegemonia biomédica”, sendo frequentemente ignorados pelos serviços formais de saúde, mas amplamente reconhecidos dentro das comunidades como caminhos legítimos de cura. Ver:

sua comunidade (Guedes, 2018, p. 142). Lima e Júnior (2024) afirmam que “[...] a benzeção na infância envolve a presença de um adulto de confiança, que ora em voz baixa enquanto segura os pés da criança”. Essas ações ativam, como diz Luz (2007), uma cosmologia terapêutica invisível à racionalidade clínica.

O curador tem um em Taquari e tem um aqui na comunidade. Uma mulher que cura, ela pega um matinho daí reza o Pai Nosso, Ave Maria, daí vai jogando o raminho em cima dela, daí se o raminho ficar murcho, porque o raminho fica murcho vai morrendo, daí ela diz porque tava cheia de olhado. Oxi quando é no outro dia a criança já tá comendo já (Aqualtune, 2022, p. 73).

Garrafadas¹³ com gengibre, hortelã, quebra-pedra ou cipó mil-homens são preparadas para uso controlado em casos mais graves. Segundo Durão et al. (2025), esses compostos são deixados em repouso com cachaça ou álcool por 15 dias antes do uso. O cuidado no preparo, no tempo e na dosagem é parte da pedagogia do cuidado. Como explica Freire (2014), “[...] o saber emerge da curiosidade que se faz pergunta, da pergunta que se transforma em busca e da busca que é também encontro”. E esses saberes exigem escuta e reconhecimento.

Dantas et al. consideram as garrafadas como soluções constituídas basicamente por dois componentes distintos, o solvente e os solutos. O solvente utilizado é geralmente vinho, cachaça, água, mel ou ‘Água Rabelo’; e o soluto, uma combinação de plantas medicinais, podendo ser também acrescentados elementos de origem animal ou mineral. As partes de vegetais podem ser cascas, frutos, folhas, raízes ou flores, secas ou frescas. O produto da mistura fica em maceração por, no mínimo, três dias. Muitos raizeiros, curadores e benzedeiros têm por prática enterrar a garrafada preparada. [...] Percebe-se que o elemento religioso/espiritual ainda permanece fortemente atrelado à medicina popular contemporânea (Passos et al., 2018, p. 250).

Ainda nessa mesma vertente, os teóricos afirmam que os sonhos também guiam tratamentos. Ida, moradora de quilombo, sonhou com o uso de folha de pinhão roxo na cabeça para aliviar dores (Brito, 2021). Glowczewski (2015) aponta que “[...] os sonhos não são ilusões, mas modos legítimos

MENDES, Cláudia Pereira; CAVAS, Eliane Cristina. Benzedeiros e benzedoras quilombolas: práticas de cura e resistência em comunidades tradicionais. *Revista Retratos da Escola*, Brasília, v. 12, n. 23, p. 455-470, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.24934/retratos.v12i23.1916>. Acesso em: 17 abr. 2025.

¹³ As garrafadas são preparações artesanais elaboradas a partir da combinação de ervas, raízes, cascas e outros ingredientes naturais, macerados em líquidos como álcool ou mel, amplamente utilizadas nas comunidades quilombolas como formas de prevenção e tratamento de diversos males. Mais do que remédios, elas expressam um saber ancestral que articula elementos da natureza, da espiritualidade e da experiência comunitária. Seu preparo envolve critérios precisos de escolha dos ingredientes, tempo de maturação e intenções ritualísticas, sendo muitas vezes acompanhadas por rezas e recomendações simbólicas. Segundo Oliveira et al. (2018), as garrafadas “[...] constituem um patrimônio imaterial que resiste à desqualificação dos saberes populares, reafirmando a autonomia das práticas terapêuticas tradicionais frente ao modelo biomédico”. Seu uso permanece vivo em muitas comunidades, sendo transmitido oralmente como um legado de cuidado e resistência. Ver: OLIVEIRA, Rafaela Gomes de; GURGEL, Ingrid de Oliveira; MORAES, Poliana Gonçalves. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: tradição, fé e saber popular. *Revista Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, Aracaju, v. 6, n. 2, p. 143–154, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2018v6n2p143-154>. Acesso em: 17 abr. 2025.

de transmissão e atualização dos conhecimentos”. Assim, práticas oníricas desafiam a razão ocidental e afirmam outras epistemologias possíveis.

O modo de colher à planta também importa. Mãe Celina ensina que “[...] as folhas devem ser colhidas de manhã cedo, com a intenção de cura e sem raiva no coração” (apud Durão et al., 2025, p. 6). Sousa Santos (2007) destaca que “[...] é preciso reconhecer os saberes subalternizados como válidos para a reinvenção da vida”. A mão que colhe carrega sentido; o silêncio, a fé e o respeito compõem o remédio.

As melhores horas para efetuar coleta são as do período matinal, logo após a total secagem do orvalho, e as horas do fim da tarde em dias de muito sol. [...] Devem-se separar as folhas furadinhas, secas, atacadas por insetos e as mofadas. É de extrema importância a qualidade das folhas a serem utilizadas. [...] As plantas são verdadeiras ‘fábricas de substâncias químicas’ e em determinados horários do dia e períodos de seu crescimento, elas têm diferentes quantidades das substâncias bioativas responsáveis pelos efeitos terapêuticos desejados (Almeida, 2011, p. 149-150).

Desse modo, diante do conhecimento que passa de geração em geração, as crianças, por sua vez, aprendem observando. Aprendem o nome das folhas, o momento da lua, a medida certa. Como escreve Brandão (2016): “[...] educar é um processo de invenção mútua, em que o sujeito se transforma ao transformar o mundo ao seu redor”. A farmácia viva é, portanto, escola sensível e comunitária, onde o conhecimento é passado de corpo a corpo, sem intermediários oficiais. Trata-se de uma pedagogia da escuta, da presença e do gesto.

Assim, reconhecer a farmácia viva no cuidado infantil quilombola é admitir que há múltiplas formas de curar, ensinar e resistir. Como diz Clóvis, morador do Quilombo do Agreste: “[...] quando eu era criança, não tinha remédio. Era chá, garrafa e reza” (Brito et al., 2024, p. 11). Incorporar essas práticas na saúde coletiva é romper com o epistemicídio e reconhecer, como propõe a Política Nacional de Educação Popular em Saúde¹⁴ (Brasil, 2013), que “[...] o cuidado popular envolve vínculos, história e cultura”. Portanto, cada chá, cada cruz com arruda, cada cantiga entoada enquanto se prepara uma sopa é também ato político e pedagógico.

Quando falamos das práticas de saúde nas comunidades quilombolas, não estamos apenas descrevendo tratamentos alternativos, mas enfrentando um sistema que por muito tempo invisibilizou

¹⁴ A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, representa um marco na valorização dos saberes populares e na promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Inspirada nos princípios freireanos, a política busca integrar o conhecimento técnico-científico com os saberes tradicionais, promovendo o diálogo, a participação social e a construção coletiva do cuidado em saúde. Ao reconhecer a importância das práticas culturais e comunitárias, a PNEPS-SUS fortalece a gestão participativa e o controle social, contribuindo para a democratização das políticas públicas de saúde. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 223, p. 70, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 17 Mar. 2025.

outros modos de curar. As tensões entre os saberes tradicionais e a medicina biomédica são marcadas por disputas simbólicas e estruturais nos serviços de saúde. Como afirma Luz (2007): “[...] a medicina moderna instituiu-se como saber hegemônico, definindo o que é válido ou inválido como cuidado” (p. 52). Isso se torna evidente quando práticas como benzeções e uso de chás são desconsideradas nos atendimentos. Segundo Nascimento et al. (2013), “[...] as práticas terapêuticas populares são frequentemente deslocadas de seu contexto original e reinterpretadas pela lógica biomédica” (p. 359), revelando um processo de apropriação sem escuta real. Brito et al. (2024) reforça a dimensão política e epistêmica da disputa entre saberes, mostrando que o reconhecimento institucional não é uma dádiva, mas um campo de resistência, invenção e historicidade por parte das comunidades.

Fica muito evidente a invisibilização da prática de cuidado da comunidade pelos profissionais, mesmo fazendo uso delas. As práticas de cuidado presentes na comunidade resistem aos processos de invisibilidade e deslegitimação dos serviços de saúde. Na comunidade quilombola as práticas de cuidado cotidianas se configuram como um dos modos encontrados para a afirmação da vida, do exercício e legitimação de conhecimentos que existem não só para se contrapor ao viés violento das colonialidades, mas como expressão de um conhecimento que vem de longe e que se reconfigura mostrando toda uma inventividade, luta e resistência de sujeitos que nunca foram dominados, mas que passam por várias tentativas de dominação (p. 17).

Essas tensões se tornam ainda mais agudas quando observamos como os profissionais de saúde recebem – ou ignoram – os saberes locais. Muitas mulheres quilombolas relatam que omitem o uso de plantas medicinais durante as consultas, temendo julgamento. Como compartilha Sobonfu: “[...] o que serve é medicamento, aí a pessoa pra evitar né a pessoa diz que não tá usando nada” (Brito et al., 2024, p. 15). Essa desqualificação atinge não apenas a prática, mas a pessoa como sujeito. Werneck (2016) alerta que “[...] a ausência de mecanismos explícitos para enfrentar o racismo institucional impede que o SUS alcance a equidade” (p. 89).

O racismo institucional, segundo Oliveira Júnior e Lima (2011), “[...] é o fracasso coletivo das instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa da sua cor” (p. 22). Esse racismo se expressa em pequenos gestos, como a recusa de escuta, e em grandes estruturas, como a ausência de políticas de acolhimento às práticas culturais. Grada exemplifica essa violência ao relatar: “[...] às vezes a gente procura ajuda e é como se não fosse ouvida, como se a nossa dor não fosse de verdade” (Brito, 2021, p. 96).

Em muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a recusa em reconhecer o território como espaço de produção de saúde reforça a exclusão. Como apontam Silva, Sancho e Figueiredo (2015): “[...] a negação do território e das práticas de saúde presentes estão constantemente marcadas por situações de racismo institucional que fragiliza os vínculos dos usuários aos serviços” (p. 74). Essa fragilidade se traduz em medo, silêncio e evasão. Ida relata: “[...] a pessoa fica com vergonha porque no canto que

“você chegue você é bem recebido é uma coisa e no canto que você chega e é ignorado é outra coisa” (Brito et al., 2024, p. 16).

A educação popular em saúde promove encontros, vivências de gestão participativa, valorização das experiências, dos saberes e culturas, e práticas de cuidado populares e integrativas, como as que envolvem o cultivo e o uso de plantas medicinais. [...] As plantas medicinais e os fitoterápicos possuem reconhecimento no âmbito do Sistema Único de Saúde e são objetos de uma política nacional que valoriza as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, inclusive em contextos familiares. Isso revela que cada prática tradicional, cada reza, chá ou cantiga, não é apenas uma técnica, mas um ato de cuidado, de resistência e de afirmação cultural (Almeida, 2024, p. 104).

Mesmo diante de situação de práticas excludentes, ao mesmo tempo, vemos crescer experiências de articulação entre práticas tradicionais e o Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos¹⁵ (2006) propõe “[...] resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (Brasil, 2006, p. 24). Essa valorização, no entanto, ainda é limitada. Como alerta Souza e Luz (2011): “[...] a integração entre medicinas tem se tornado falaciosa quando há sobreposição do saber médico ocidental” (apud Contatore et al., 2015, p. 842).

As práticas integrativas e complementares¹⁶ reconhecidas no SUS também enfrentam resistência por parte de setores que ainda entendem o conhecimento tradicional como inferior. Porém, como aponta Chechetto (2013): “[...] a integração dos saberes científicos e tradicionais pode promover práticas emancipatórias de saúde” (p. 78). E segundo Rossato et al. (2019), “[...] o diálogo entre universidade e comunidade é fundamental para romper com a lógica colonial do conhecimento” (p. 66), especialmente quando se fala da saúde quilombola.

¹⁵ A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, representa um marco na valorização dos saberes tradicionais e na promoção do uso sustentável da biodiversidade brasileira. Seu objetivo central é garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, integrando práticas populares ao Sistema Único de Saúde (SUS). A política estabelece diretrizes para o desenvolvimento de tecnologias, fortalecimento da cadeia produtiva e reconhecimento do conhecimento tradicional associado, promovendo a inclusão social e o desenvolvimento sustentável. Além disso, incentiva a pesquisa, a inovação e a capacitação de profissionais, visando à ampliação das opções terapêuticas e à valorização das práticas de saúde tradicionais. Ver: BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 1, 23 jun. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 13 Mar. 2025.

¹⁶ As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, promover e recuperar a saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade. Essas práticas foram institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) e, atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares à população. Essas condutas terapêuticas desempenham um papel abrangente no SUS e podem ser incorporadas em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde, com foco especial na Atenção Primária, onde têm grande potencial de atuação. Uma das ideias centrais dessa abordagem é uma visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado. As indicações às práticas se baseiam no indivíduo como um todo, levando em conta seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. Acesso em: 27 Mar. 2025.

Atualmente, o governo federal discute a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ)¹⁷, que busca garantir o direito ao cuidado respeitoso e integral. Essa política se inspira em marcos anteriores, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), e visa “[...] promover equidade, combater o racismo institucional e ampliar o acesso com base nos saberes e práticas das comunidades” (Brasil, 2023, p. 5). Essa diretriz sinaliza uma mudança importante, mas ainda carece de implementação efetiva.

Apesar dos avanços nas políticas de saúde conquistados com o Sistema Único de Saúde, no caso da equidade não foi capaz de inserir mecanismos explícitos para a superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, em especial, as situações impostas pelo racismo institucional. [...] Além das experiências de racismo sofrido na garantia do acesso à saúde, há uma invisibilidade das produções comunitárias quilombolas nos serviços. Esse processo está alicerçado na colonialidade branca/ocidental que desqualifica ou, como nos apresenta Carneiro (2005), fere de morte a racionalidade do subjugado (Brito et al., 2024, p. 15).

A realidade nos territórios quilombolas é marcada por dificuldades de acesso, rotatividade de profissionais, e por um modelo assistencial ainda centrado na doença. Como destaca Marques et al. (2014), “[...] a precariedade da estrutura e a visão curativista do SUS dificultam a construção de vínculos com a população quilombola” (p. 114). Além disso, Gomes et al. (2013) ressaltam que “[...] o racismo institucional opera como barreira invisível, afastando usuários dos serviços de saúde” (p. 82).

As experiências de mulheres negras quilombolas têm denunciado essas exclusões, mas também apontado caminhos. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde¹⁸ (2013) propõe a valorização de práticas populares e emancipadoras. Como afirma o documento: “[...] a construção compartilhada do conhecimento é um processo pedagógico que reconhece as vozes silenciadas e promove o

¹⁷ A Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ) foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de garantir o acesso integral à saúde da população quilombola, reconhecendo suas especificidades étnicas, culturais, territoriais e de trajetória ancestral. A política visa reduzir as desigualdades étnico-raciais, o racismo e a discriminação nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a equidade e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida dessa população. A PNASQ estabelece diretrizes para a implementação de ações que considerem a diversidade social e cultural dos quilombolas, fortalecendo a participação social e o controle social no SUS. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/aberta-consulta-publica-sobre-a-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-quilombola>. Acesso em: 17 Mar. 2025.

¹⁸ A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, representa um marco na valorização dos saberes populares e na promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Inspirada nos princípios freireanos, a política busca integrar o conhecimento técnico-científico com os saberes tradicionais, promovendo o diálogo, a participação social e a construção coletiva do cuidado em saúde. Ao reconhecer a importância das práticas culturais e comunitárias, a PNEPS-SUS fortalece a gestão participativa e o controle social, contribuindo para a democratização das políticas públicas de saúde. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 223, p. 70, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 17 abr. 2025.

protagonismo” (Brasil, 2013, p. 18). Nesse sentido, o cuidado se torna espaço de luta e de afirmação cultural.

A ausência de escuta qualificada nos serviços de saúde reforça o epistemicídio das práticas tradicionais. Como observa Carneiro (2005): “[...] a colonialidade branca fere de morte a racionalidade do subjugado” (p. 54). E essa ferida se abre toda vez que uma mulher é silenciada ao mencionar uma prática de cuidado aprendida com a avó. Para Santos e Quinteiro (2018), “[...] há uma aliança histórica entre ciência e poder que exclui outras formas de produzir saber” (p. 28).

Apesar disso, as comunidades quilombolas seguem reinventando formas de cuidado e resistência. Como aponta Freire (2014): “[...] a construção do conhecimento acontece no diálogo, na prática e na transformação da realidade” (p. 46). Por isso, reconhecer o saber quilombola não é um favor do Estado, mas uma obrigação ética e constitucional. Afinal, como lembram Luz e Barros (2013), “[...] a saúde só se realiza plenamente quando se respeita a cultura do outro” (p. 61).

Consideramos aqui que a ética do cuidar apresentada pelo ator e atrizes sociais da pesquisa não se limita às práticas de cuidado à saúde, é uma ética comunitária, ancestral de cuidado coletivo, que diante de uma lógica epistemicida, se configura como modo de resistência e luta contra uma racionalidade branco-ocidental que nega e tenta destituir o outro de suas produções de conhecimento. [...] Os saberes apresentados nas narrativas mostram a inventividade de um povo diante de uma realidade marcada pelas colonialidades, que mesmo diante de um projeto de modernidade estruturalmente racista conseguem preservar conhecimentos e reinventá-los não só como uma resposta a esse sistema de dominação, mas como uma outra forma de operar a vida pautada por uma ética do cuidar (Brito, 2024, p. 101).

Desse modo, garantir a saúde integral da população quilombola exige não só políticas públicas, mas também um deslocamento epistemológico. É necessário que o SUS deixe de ver os saberes populares como exóticos ou acessórios e os incorpore como parte legítima do cuidado. Como resume Contatore et al. (2015): “[...] a integração real exige o reconhecimento das cosmologias próprias de cada racionalidade médica” (p. 843). Assim, caminhar em direção à equidade exige escuta, diálogo e, sobretudo, coragem para transformar estruturas que historicamente produziram silêncios.

Assim, quando pensamos nas práticas de cuidado infantil quilombolas, é essencial reconhecer que essas formas de conhecimento não seguem a lógica ocidental do raciocínio cartesiano, mas operam por meio do que Lévi-Strauss chamou de “pensamento selvagem”¹⁹. Esse pensamento, longe de ser primitivo ou irracional, constrói sistemas coerentes baseados em classificações simbólicas. Como ele mesmo afirma: “[...] o pensamento selvagem é lógico na medida em que opera classificando, ordenando, e agrupando os elementos do mundo segundo relações de semelhança e diferença” (Lévi-Strauss, 1966, p. 83). Portanto, quando uma avó escolhe uma folha específica para banhar uma criança

¹⁹ Referência à obra do autor que leva a mesma denominação.

com febre, ela não apenas pratica um saber funcional, mas aciona uma rede simbólica que relaciona calor, frescor, proteção e ancestralidade. Ainda segundo Lévi-Strauss, “[...] cada planta é, ao mesmo tempo, remédio e signo” (1978, p. 114), o que revela que, no universo quilombola, tratar não é apenas combater sintomas, mas reorganizar sentidos.

Não obstante, é preciso reconhecer que esses saberes não atuam isoladamente, mas coexistem com os discursos da medicina ocidental. Kleinman, ao propor o conceito de sistemas médicos plurais²⁰, afirma que “[...] a experiência da doença é moldada pela cultura, e diferentes sistemas médicos refletem visões distintas do corpo, da pessoa e da cura” (2013, p. 34). Assim, o cuidado infantil quilombola não se opõe à biomedicina por princípio, mas busca afirmar sua lógica própria. Scheper-Hughes reforça essa ideia ao afirmar que “[...] a medicina moderna tende a ignorar o contexto cultural da dor e da cura, tratando o corpo como um objeto isolado” (1993, p. 67). Por isso que, para muitas famílias quilombolas, o chá e a reza são inseparáveis – porque curam o corpo e protegem a alma.

A proposta de documentar a cura do corpo e da alma originou-se de nossas experiências em trabalho de campo [...] Ficou clara a relação do homem com a busca de caminhos místicos para a sua própria cura, evidenciando que o uso de plantas nas portas, como guardiãs, na fabricação de pequenos amuletos, no preparo de banhos para crianças, incensos e chás, revela a mais transparente das formas que a comunidade utiliza para curar o corpo e a alma de forma quase sempre instintiva, unindo o mágico com as propriedades medicinais efetivas (Almeida, 2011, p. 69).

Ainda assim, essas práticas sofrem uma desvalorização sistemática quando adentram os serviços públicos de saúde. Paul Farmer nos alerta que “[...] o sofrimento das populações marginalizadas não pode ser compreendido sem a análise das estruturas que as mantêm na pobreza e na exclusão” (Farmer, 2003, p. 51). E é justamente nesse ponto que o saber ancestral é posto em xeque, pois se espera que os sujeitos quilombolas adaptem seus costumes aos protocolos clínicos. Segundo o autor, “[...] as escolhas que as pessoas fazem em saúde são moldadas pelas estruturas de opressão e pela história do abandono institucional” (2013, p. 88), o que nos obriga a entender que a substituição do chá pelo comprimido não é apenas uma opção terapêutica, mas uma imposição histórica.

²⁰ O conceito de sistemas médicos plurais, proposto por Arthur Kleinman, reconhece que diferentes culturas organizam seus próprios sistemas de cuidado à saúde, nos quais coexistem múltiplas formas de compreender, tratar e vivenciar o adoecimento. Segundo essa perspectiva, a biomedicina é apenas um entre vários sistemas médicos possíveis, e não uma verdade universal. Nos contextos populares e tradicionais, como nas comunidades quilombolas, a pluralidade terapêutica é uma realidade cotidiana, em que benzimentos, chás, consultas médicas e práticas espirituais convivem e se complementam. Kleinman (2013) destaca que “[...] a experiência da doença é moldada pela cultura, e diferentes sistemas médicos refletem visões distintas do corpo, da pessoa e da cura”, o que exige dos profissionais de saúde sensibilidade intercultural e respeito às práticas locais. Ver: KLEINMAN, Arthur. Doença, cuidado e cura: aspectos antropológicos e culturais da experiência da enfermidade. In: KLEINMAN, Arthur; BASILICO, Matthew; KIM, Jim Yong; FARMER, Paul (org.). *Reimaginando a saúde global: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 29-45.

Essa imposição, aliás, é parte de um processo mais amplo de apagamento epistemológico, denunciado por Vandana Shiva. Para ela, “[...] a ciência ocidental transformou o conhecimento em mercadoria e deslegitimou todas as outras formas de saber” (1999, p. 45). Isso significa que, para que uma planta seja considerada medicinal, ela precisa ser validada por um laboratório – ignorando séculos de uso empírico pelas comunidades. Shiva denuncia ainda que “[...] o colonialismo epistêmico se manifesta quando os saberes locais são apropriados, renomeados e vendidos como inovação científica” (1999, p. 53). Portanto, quando uma benzedeira ensina à neta como preparar um banho de descarrego nas crianças quilombolas, ela está também resistindo a esse processo de expropriação e silenciosa colonização do saber.

Portanto, o que está em jogo não é necessariamente a conservação da biodiversidade, mas, sim, a monetarização dos bens comuns existentes na natureza, ou seja, a transformação desses bens em mercadoria. [...] É importante destacar que os direitos intelectuais sobre a biodiversidade não seriam dos povos tradicionais, que contribuíram para sua conservação, e sim das grandes empresas farmacêuticas que querem se apropriar dos bens comuns para monetarização desses recursos. Nessa perspectiva, em nome da conservação da biodiversidade, estas empresas conseguirão ter o controle de vários recursos naturais, sobretudo de plantas medicinais e dos saberes relacionados ao preparo dos remédios fitoterápicos, podendo então comercializá-los (Guedes, 2024, p. 176).

O ato de ensinar um banho de descarrego em crianças quilombolas, por exemplo, longe de ser apenas um gesto íntimo ou rotineiro, é também uma forma vigorosa de resistência contra o apagamento epistêmico e a transformação dos saberes em mercadoria. Pois, ao preservar essas práticas em meio às investidas da ciência hegemônica, as mulheres quilombolas reafirmam a potência de um conhecimento que não se mede em patentes ou ensaios clínicos, mas sim em afeto, ancestralidade e experiência vivida. Como afirma Almeida (2011): “[...] o ritual do banho tem como simbologia coletiva a sua virtude purificadora e transformadora. Estando associado ao ato de imergir, o que lhe confere um valor iniciático [...] os banhos de cheiro são dedicados às divindades e usados para proteção, cura e equilíbrio do espírito” (p. 193).

Portanto, a transmissão do preparo de um banho não é neutra: ela carrega o gesto político de quem se recusa a ver seu saber reduzido a objeto de laboratório. Além disso, Guedes (2024) nos lembra que “[...] os vínculos afetivos e as relações parentais, de vizinhança, compadrio espelham o estilo da vida comunitária, fazendo com que as curandeiras, que também são benzedeiras, sejam as responsáveis pela transmissão dos conhecimentos tradicionais e pelo tratamento das crianças quilombolas” (p. 165). Assim, ensinar como se colhe, prepara e toma um banho de ervas não é apenas ensinar um cuidado – é também ensinar um pertencimento, um território simbólico e um modo de existência que se recusa a ser silenciado.

Johannes Fabian, ao refletir sobre o tempo na antropologia, mostra como o saber do outro foi sempre situado num passado distante, congelado, como se os povos tradicionais não fossem contemporâneos da modernidade. Ele afirma que “[...] a negação da coetaneidade²¹ é um dos mecanismos pelos quais o Ocidente legitimou sua superioridade” (1983, p. 143). Portanto, afirmar o saber quilombola no uso de plantas medicinais em crianças no presente é romper com essa lógica cronológica colonizadora. Fabian acrescenta: “[...] é preciso devolver ao outro o seu lugar no agora, para que ele não seja apenas objeto de estudo, mas interlocutor político” (2014, p. 162). Logo, defender o uso de plantas no cuidado infantil não é apenas uma questão sanitária, mas uma reivindicação de tempo, de voz e de agência.

Apontar que contaremos nossa própria história e construiremos nossas narrativas não quer dizer que algo inédito no nosso percurso, enquanto pessoas negras, está acontecendo, na realidade o que ocorre é a retomada de nossa historicidade a partir de nós mesmos. [...] Falamos a língua do colonizador, mas fazemos nosso próprio uso, nossas próprias rupturas, contamos a nossa história, construímos nossas próprias narrativas (Brito, 2024, p. 37).

Como nos ensina Scheper-Hughes, o corpo é um espaço de inscrição cultural, política e afetiva. E o corpo da criança quilombola é cuidado com gestos, palavras, caldos e banhos que integram o cotidiano da família. Ela escreve: “[...] o corpo humano é socialmente produzido e culturalmente interpretado, sendo o lugar onde se dramatizam as relações de poder” (Scheper-Hughes, 1993, p. 226). Por isso, proibir o uso de um chá ou desacreditar uma reza é, de certa forma, desautorizar toda uma experiência de mundo. Kleinman complementa dizendo que “[...] não se trata apenas de tratar doenças das crianças, mas de compreender significados” (2013, p. 76), e esse é exatamente o desafio para o SUS diante das práticas medicinais quilombolas.

Farmer aponta que a ausência de políticas públicas que respeitem a diversidade cultural reforça o ciclo de desigualdades. “A estrutura da saúde global muitas vezes funciona como instrumento de exclusão” (Farmer, 2003, p. 116), especialmente quando ignora os contextos locais. Assim, mesmo quando há acesso a unidades de saúde, muitas mães deixam de frequentá-las por receio de serem julgadas por suas práticas tradicionais. E não é à toa: “[...] a violência estrutural está presente quando

²¹ O conceito de coetaneidade, formulado por Johannes Fabian, denuncia a tendência histórica da antropologia ocidental de representar os povos tradicionais como pertencentes a um tempo “outro”, distante, arcaico e alheio à modernidade. Essa negação do tempo compartilhado – ou da simultaneidade existencial – funciona como um mecanismo de exclusão epistemológica, impedindo que os sujeitos pesquisados sejam reconhecidos como interlocutores contemporâneos, portadores de saberes vivos e atuais. Segundo Fabian (1983), romper com essa lógica cronológica colonizadora é fundamental para construir relações horizontais no campo científico, em que o “outro” deixe de ser apenas objeto e passe a ser reconhecido como produtor legítimo de conhecimento. No contexto das comunidades quilombolas, afirmar a coetaneidade é reconhecer que seus saberes e práticas existem no presente e são parte da construção de futuros plurais e possíveis. Ver: FABIAN, Johannes. *Time and the Other: how anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press, 1983.

as instituições falham em acolher as necessidades reais das populações” (p. 159), o que nos obriga a pensar que o problema não está apenas na falta de recursos, mas na recusa em reconhecer saberes outros.

Ao trazer à tona o “Pensamento Selvagem”, Lévi-Strauss desmonta a ideia de que o saber indígena e quilombola é apenas instintivo ou empírico. Ele afirma que “[...] há uma lógica por trás do uso das plantas, mesmo quando não se pode provar sua eficácia em termos bioquímicos” (2004, p. 92). E essa lógica é baseada em observações profundas da natureza e em relações simbólicas que dão sentido ao mundo vivido. Por isso, o uso de determinada raiz para aliviar a febre de uma criança ou de uma folha para espantar o medo pueril não é aleatório. Como ele completa: “[...] a prática terapêutica se ancora num sistema coerente de crenças e classificações, que conecta homem, planta e cosmos” (1978, p. 117).

Enquanto isso, Shiva (1999) denuncia que “[...] o Ocidente criou a ilusão de que a ciência moderna é universal, quando na verdade ela é profundamente localizada e culturalmente situada” (p. 63). E ao fazer isso, tornou invisíveis os conhecimentos construídos por povos que vivem em profunda relação com a terra. Essa invisibilidade se reflete em políticas públicas que priorizam medicamentos industrializados, mas não oferecem apoio às farmácias vivas comunitárias. Como ela afirma: “[...] as monoculturas do saber levam à monocultura da mente, empobrecendo a diversidade do pensamento e das práticas de vida” (p. 89), o que ameaça diretamente a pluralidade de experiências de cuidado das crianças nos quilombos.

Fabian, ao discutir a relação entre tempo e saber, argumenta que “[...] quando retiramos o outro do tempo presente, o transformamos em vestígio de um passado morto” (1983, p. 45). E é justamente isso que ocorre quando os saberes quilombolas são tratados como folclore e não como conhecimento legítimo. Essa operação desqualifica não apenas a prática, mas todo um modo de vida. Por isso, como ele insiste: “[...] é preciso reconhecer que o saber do outro está em curso, está vivo, está agora” (2014, p. 198), o que exige do Estado e das instituições uma escuta ética e comprometida.

Kleinman, por sua vez, defende que o cuidado em saúde deve se orientar por um modelo interpretativo que leve em consideração as narrativas dos sujeitos. Ele afirma: “[...] os profissionais devem perguntar ao paciente: o que você acha que tem? O que acha que causou isso?” (2013, p. 45). Essa escuta ativa é o que falta muitas vezes no SUS quando se trata da população quilombola. Como ressalta Scheper-Hughes (1993), “[...] a medicina se torna violenta quando ignora os significados que os indivíduos atribuem à sua dor e à sua cura” (p. 243), o que reafirma a urgência de um cuidado mais culturalmente sensível e humanizado.

Assim, é fundamental reconhecer que o uso de plantas medicinais, benzeções e sopas no cuidado infantil quilombola não são práticas obsoletas, mas formas contemporâneas de resistência e produção de vida. Farmer afirma: “[...] resistir à violência estrutural exige valorizar as vozes que foram historicamente silenciadas” (2003, p. 221). E como nos lembra Shiva: “[...] resgatar os saberes ancestrais é também resgatar formas de viver que não destruam o planeta” (1999, p. 108). Portanto, caminhar ao lado dos saberes quilombolas é não só uma ação ética, mas também uma urgência política, sanitária e ambiental.

4 CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo, pôde-se compreender que o cuidado infantil quilombola não se limita ao uso de plantas medicinais como prática empírica, mas configura-se como uma cosmovisão relacional, ancestral e profundamente enraizada no território. Cada chá preparado, cada banho com ervas, cada benzimento realizado por uma avó ou uma parteira representa mais do que um ato terapêutico: é uma reafirmação da dignidade de um povo e da legitimidade de sua epistemologia. Nesse sentido, a farmácia viva quilombola emerge como espaço de cura, resistência e afirmação identitária.

Além disso, ficou evidente que esses saberes não estão isolados em um passado folclórico, mas são atuais, vivos e dinâmicos. Eles circulam na oralidade, se reatualizam nos quintais, nas cozinhas e nos corpos das crianças cuidadas com mãos que carregam histórias. E mesmo diante das pressões da biomedicina hegemônica, essas práticas persistem, reinventam-se e dialogam com a realidade cotidiana, sempre buscando um cuidado integral que acolha o corpo, o espírito e o território.

É importante reconhecer, porém, que essas formas de cuidar convivem com tensões simbólicas, políticas e institucionais. A exclusão dos saberes tradicionais nos serviços públicos de saúde revela um projeto colonial ainda em curso, que insiste em hierarquizar os conhecimentos e em silenciar o que não cabe na racionalidade técnica ocidental. As falas das mulheres quilombolas, tantas vezes atravessadas pelo medo de julgamento, denunciam que o epistemicídio não é uma abstração: é vivido no dia a dia, nas consultas, nas UBS, nos protocolos.

Apesar disso, as práticas de cuidado comunitárias continuam sendo tecidas com afeto, memória e resistência. Ensinar uma filha a preparar um xarope, colher folhas ao amanhecer, ou recitar uma reza no banho do bebê não são apenas gestos de transmissão de saber: são atos de continuidade histórica. São pedagogias do vínculo que formam sujeitos conscientes de seu pertencimento e de sua força ancestral. São também, e sobretudo, formas de dizer que o saber não é monopólio de uma ciência, mas um bem comum em constante construção coletiva.

Portanto, reafirmar o cuidado infantil quilombola como legítimo é também reivindicar outro modelo de saúde: um modelo que escute, que acolha, que dialogue com os modos de viver e curar dos povos tradicionais. Isso exige das instituições um deslocamento epistemológico e uma abertura ética para outras formas de produzir vida. Não se trata de substituir saberes, mas de reconhecer que há outras formas de conhecer – e que essas formas têm direito de existir.

A experiência da farmácia viva nos mostrou que a cura, ali, não é um ato isolado, mas um processo comunitário e espiritual. É o território que cura, é a planta que escuta, é o sonho que orienta. E, por isso, cuidar de uma criança é também cuidar da coletividade, da floresta, das histórias e das divindades que habitam a vida quilombola. Como ensinaram tantas mulheres durante a pesquisa, o cuidado não se apressa: ele exige tempo, silêncio e presença.

Desse modo, essa pesquisa não pretendeu dar voz às comunidades quilombolas – porque elas já falam. O que fizemos foi escutar, registrar e caminhar junto. O que se espera, a partir daqui, é que o cuidado em saúde pública seja capaz de fazer o mesmo: escutar com respeito, reconhecer com humildade e dialogar com justiça. Porque não há equidade possível sem a valorização dos saberes que curam, e não há futuro justo se os territórios de saber forem esquecidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Z. Plantas medicinais: saberes populares e cuidados em saúde. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

BRITO, R. S. et al. Práticas de cuidado em saúde numa comunidade quilombola do Agreste Alagoano. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 15–28, 2024.

CUNHA, M. C. O conceito de cultura e os estudos sobre populações tradicionais. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

DOS SANTOS, A. N. S. dos. Letramento racial e educação: formação de educadores para práticas pedagógicas antirracistas com enfoque na produção intelectual de autores “ladino-amefricanos”. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 3897–3916, 2025. DOI: 10.56238/arev7n1-127. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3040>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. dos. Condenadas pela cor – a disparidade racial na violência de gênero contra mulheres negras e a omissão das políticas públicas a partir do “fascismo da cor” no Brasil. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 4085–4110, 2025. DOI: 10.56238/arev7n1-260. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3084>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. A convergência entre os ensinamentos de Paulo Freire e os princípios da educação decolonial: caminhos para a emancipação e resistência ao colonialismo educacional. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 4914–4945, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-024. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3131>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Raízes afrodiaspóricas – descolonizando a educação pública por um ensino antirracista na Lei 10.639/2003. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 5489–5512, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-258. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3489>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. A cruz que apaga os rastros ancestrais – a conversão evangélica e o desfiguramento da identidade indígena no Brasil. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 5513–5538, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-259. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3561>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à saúde da família. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11001–11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Psiquiatria e racismo – o holocausto psiquiátrico no Hospício de Barbacena e o racismo contra negros no Brasil. *ARACÊ*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11031–11060, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-055. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3701>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). ARACÊ, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-082. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324>. Acesso em: 25 mar. 2025.

FARMER, P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press, 2003.

FABIAN, J. Time and the other: how anthropology makes its object. New York: Columbia University Press, 1983.

FABIAN, J. Time and the other: how anthropology makes its object. New York: Columbia University Press, 2014.

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2009.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRMEK, M. D. Diseases in the ancient Greek world. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.

KLEINMAN, A. et al. Reimaginando a saúde global: uma introdução. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. Mito e significado. São Paulo: Cosac Naify, 1978.

LÉVI-STRAUSS, C. O cru e o cozido. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

LÉVI-STRAUSS, C. O pensamento selvagem. São Paulo: Companhia das Letras, 1966.

LIMA, L. F.; MOURA JUNIOR, M. P. Práticas de cura e vivências de jovens quilombolas: uma análise sob a perspectiva da antropologia da saúde. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 1–21, 2024.

MELO, R. S. Raizeiras e parteiras: práticas de cura e resistência em territórios quilombolas. Recife: Editora UFPE, 2021.

MENDES, C. P.; CAVAS, E. C. Benzedeiras e benzedeiros quilombolas: práticas de cura e resistência em comunidades tradicionais. Revista Retratos da Escola, Brasília, v. 12, n. 23, p. 455–470, jul./dez. 2018.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, E. S. et al. Saberes quilombolas e o uso de plantas medicinais na infância. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. e00234523, 2024.

PESSOA, G.; MATON, E. Saberes tradicionais e cuidado em saúde nas comunidades negras. Salvador: EDUFBA, 2024.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAVAZOLI, P. B. et al. Pluralidade terapêutica e cuidado tradicional: um estudo em comunidades quilombolas. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 89–101, 2018.

RODRIGUES, A. M.; PANETO, M. C.; SEVERI, M. I. Saúde da população negra: saberes tradicionais e políticas públicas. São Paulo: Hucitec, 2018.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Educação permanente e atenção básica na saúde: a importância do aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção básica na saúde para a demanda da população local em um município do Estado do Ceará”. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(6), e6661, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 17(6), e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Por uma educação escolar quilombola: ressignificando o passado através da Lei 10.639/2003 e da renovação do currículo em direção à emancipação afro-brasileira”. CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO, 16(6), e4554, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-134>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Descolonizando saberes: a busca pela revolução contra-hegemônica da educação latino-americana no contexto contemporâneo”. CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO, 16(6), e4636, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-136>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ecoalfabetização ancestral”: por uma valorização dos saberes indígenas para um futuro sustentável na América Latina. CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO, 16(7), e4885, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-107>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “O espectro da cor”: desvelando o racismo nacional na polifonia dos quilombos e das leis. CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO, 16(7), e4984, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-151>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Por uma educação intercultural”: explorando o enfoque socioformativo para a construção de cidadãos críticos e sustentáveis a partir de uma perspectiva decolonial. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(8), e6373, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n8-209>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Semear diversidade na educação”: a pedagogia de Paulo Freire como ponte da interculturalidade na educação infantil latino-americano. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(8), e6454, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n8-209>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Necropolítica negra”: o pacto da branquitude e a invisibilidade da morte de mulheres negras no Brasil a partir de uma análise crítica de Cida Bento e Achille Mbembe. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(9), e6560, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-036>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-040>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Educação Afrodiaspórica – o encontro de saberes a partir do pensamento decolonial e da luta antirracista na perspectiva de intelectuais afrodiaspóricos. CADERNO PEDAGÓGICO, 21(12), e9681, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-142>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. PRETUGUÊS E AMEFRICANIDADE: A construção do corpo-território e da língua nas manifestações culturais afro-latino-americanas segundo Lélia Gonzalez. CADERNO PEDAGÓGICO, 21(12), e10807, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-144>. Acesso em: 25 de mar. de 2025.

SCHEPER-HUGHES, N. Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil. Berkeley: University of California Press, 1993.

SHIVA, V. Biopiracy: the plunder of nature and knowledge. Boston: South End Press, 1999.

SPERRY, L. et al. Cartografia das práticas populares em saúde em comunidades tradicionais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00123417, 2018.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. São Paulo: Penso, 2011.

TURNER, V. W. The ritual process: structure and anti-structure. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

VANINI, T. Saberes e práticas de cura: uma etnografia das parteiras tradicionais do Vale do Ribeira. 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

WAGNER, R. The invention of culture. Chicago: University of Chicago Press, 1981.

WEBER, M. Ensaios de sociologia. 4. ed. São Paulo: LTC, 1949.

ZHANG, X. WHO Traditional Medicine Strategy. Geneva: World Health Organization, 2002.