

Meu remédio é do mato: a autoatenção de raizeiros e raizeiras da Chapada do Araripe como resistência ao neoextrativismo

My remedy comes from the forest: Self-care practices among raizeiros and raizeiras in the Chapada do Araripe as resistance to neo-extractivism

Rafaella Miranda Machado¹, René Duarte Martins², Islândia Maria Carvalho Sousa¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E210718P

RESUMO A autoatenção à saúde corresponde a um conjunto de práticas baseadas nas experiências populares e no protagonismo dos sujeitos em seu próprio cuidado. Essa dimensão resguarda a historicidade das comunidades, os elementos identitários e, sobretudo, os modos de vida, oriundos também da sociobiodiversidade. No caso dos raizeiros, a sabedoria popular relacionada ao uso de plantas medicinais desenvolve-se nas trocas com o meio ambiente e é construída de maneira particular, conforme as características do ecossistema de convivência. Este estudo teve como objetivo analisar a autoatenção de raizeiros e raizeiras participantes do Encontro de Saberes, realizado anualmente na região da Chapada do Araripe. Trata-se de um estudo de caso, tendo como matriz analítica a concepção de autoatenção proposta por Menéndez. A autoatenção acessa a realidade sociocultural dos indivíduos e, no caso deste estudo, amplia os espaços de cuidado à saúde, disseminando saberes e práticas e expandindo a noção de autoatenção para a de socioatenção, sendo nodal o acesso à biodiversidade.

PALAVRAS-CHAVE Plantas medicinais. Cultura popular. Antropologia médica. Saúde pública. Relatos de caso.

ABSTRACT *Self-care corresponds to a set of practices based on popular experiences and the protagonism of individuals in their own care. This dimension safeguards the historicity of communities, elements of identity, and, above all, their ways of life, which also emerge from socio-biodiversity. In the case of raizeiros, popular wisdom related to the use of medicinal plants develops through exchanges with the environment and is constructed in a particular way, according to the characteristics of the ecosystem in which they live. This study aimed to analyze the self-care practices of raizeiros participating in the Knowledge Exchange of the Caatinga (Encontro de Saberes da Caatinga – ESC), held annually in the Chapada do Araripe region. This is a case study, using the concept of self-care proposed by Menéndez as its analytical framework. Self-care engages with individuals' sociocultural reality and, in this study, expands the spaces for healthcare, disseminating knowledge and practices, and expanding the notion of self-care to that of socio-care, with access to biodiversity being central.*

KEYWORDS *Plants, medicinal. Popular culture. Anthropology, medical. Public health. Case reports.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
rafaella.mmachado@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (CAV) – Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.

Introdução

O emprego de espécies vegetais no tratamento de doenças está historicamente relacionado à produção de remédios utilizando plantas inteiras ou suas partes. As garrafadas fazem parte da cultura nacional e são identificadas na literatura como descendentes das triagas, remédios naturais consumidos por monarcas no tratamento ao veneno de animais peçonhentos. O uso das garrafadas está atrelado ao período de liberação para a manipulação de remédios naturais fora dos colégios e hospitais jesuítas^{1,2}. A permissão convergiu em autonomia para o exercício dos saberes populares, vivenciados por raizeiros e raizeiras.

Os raizeiros e as raizeiras utilizam a vegetação com potencial medicinal para a produção de remédios, que curam problemas físicos, bem como aqueles não identificados nem reconhecidos pela biomedicina³. Essa sabedoria desenvolve-se nas trocas relacionais com o meio ambiente e é construída de maneira particular, conforme as características apresentadas pelo ecossistema de convivência. O acesso à biodiversidade, por raizeiros e raizeiras, contribui para a manutenção das práticas do comum, assegurando a continuidade de cosmovisões, modos de vida, identidades, formas de viver, adoecer e morrer existentes localmente.

Seus saberes relacionados à saúde podem ser vistos como autoatenção, definida por Menéndez⁴ como ações, conhecimentos, significações e valores mobilizados desde a descoberta de um problema de saúde até o fim da busca pela cura. São comumente transmitidos oralmente e por meio da empiria, construídos de maneira comunitária, baseando-se na realidade social, com grande influência dos fluxos e práticas do cotidiano das coletividades⁵. Essas práticas e saberes empregados nos cotidianos demonstram elementos constituintes das condições de saúde.

As práticas e os saberes, entre eles o da autoatenção, todavia, têm sido ameaçados de maneira violenta pelo avanço do projeto neoliberal, por meio do neoextrativismo, criando

um cenário desolador para a sociobiodiversidade⁶. A destruição de ecossistemas como o Cerrado e a Caatinga vem comprometendo o futuro dos bens comuns, das práticas ancestrais relacionadas à natureza e do projeto de vida de povos tradicionais⁷. É o caso do Cerrado da Chapada do Araripe, que abriga importantes enclaves ou ilhas de Cerrado, que variam do campo sujo ao cerradão e por adaptações morfofisiológicas ao clima semiárido. Sua rica sociobiodiversidade está sendo ameaçada por monoculturas de soja, milho e algodão. O modo de produção reproduzido pelo agronegócio de Mato Grosso do Sul está sendo implantado na Chapada do Araripe, reduzindo drasticamente a capacidade de recarga hídrica na região, avançando no desmatamento e colocando em risco a fauna e a flora.

Nesse contexto, os saberes e as práticas de autoatenção desenvolvidos por raizeiros e raizeiras representam uma forma de resistência ao neoextrativismo, visto que são práticas de saúde autônomas e culturalmente enraizadas, com potencial para fortalecer a preservação da sociobiodiversidade. Sua atuação em territórios ameaçados pelo avanço do capital é uma contraposição às abordagens que reduzem esses saberes à extração de conhecimento para fins de apropriação biotecnológica ou comercial. Compreende-se que tais práticas incorporam dimensões culturais e ecológicas essenciais à reprodução da vida coletiva e à resistência socioterritorial.

Assim, este artigo visa analisar as representações e práticas de saúde de raizeiros e raizeiras da Chapada do Araripe, à luz da antropologia crítica, visando compreender como tais práticas se articulam à preservação da sociobiodiversidade e à produção de cuidados em contextos vulnerabilizados por processos históricos de espoliação ambiental e cultural.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de caso realizado no Encontro de Saberes da Caatinga (ESC),

realizado anualmente no município de Exu, em Pernambuco. O encontro reúne, desde 2017, raizeiros e raizeiras, benzedores e benzedoras, e parteiras dos estados do Ceará, de Pernambuco e do Piauí, em regiões onde predominam o cotidiano campesino nos ecossistemas da Caatinga e do Cerrado.

A dinâmica do evento tem como estratégia formar três diferentes rodas de conversa entre os protagonistas, durante três dias, a partir de uma mediação para troca de saberes. O presente estudo tem como objeto as rodas de conversa realizadas por raizeiros e raizeiras nas edições de 2019 e 2020, bem como os documentos disponibilizados pela organização do encontro de diferentes anos. Desse modo, foi realizada a Observação Participante (OP) nos meses de janeiro dos anos mencionados, durante as rodas de conversa, que contavam com cerca de 50 a 70 raizeiros e raizeiras em cada encontro. Destes, em média, 35% eram homens e 65%, mulheres. A maioria dos homens era de agricultores aposentados; entre as mulheres, 30% tinham menos de 60 anos e as demais tinham de 60 a 70 anos, sendo todas aposentadas. Apenas um raizeiro sobrevivia da venda de produtos.

A OP também foi realizada nos espaços de convivência do evento, tendo em vista que este mobiliza espaços de alimentação e de interação entre os visitantes e os protagonistas. Além disso, como OP, os autores participaram da organização do evento, principalmente contribuindo para a sistematização dos temas debatidos.

As gravações das rodas de conversa, autorizadas por todos os envolvidos, foram realizadas nos três dias de evento, ao longo de todo o período de trocas de saberes, registradas em aproximadamente 20 horas de gravação por encontro. O material produzido foi transcrito e organizado em um banco de dados para este artigo, além de ter sido compartilhado com a organização do encontro para que fosse incluído no seu próprio banco de dados.

Para a análise dos dados, optou-se por articular as abordagens hermenêutica e dialética⁸: considerando as compreensões dos sentidos imbricados nos relatos, integrando-as com as contradições e conflitos existentes na realidade social, para a construção da validação interpretativa. Ainda, utilizaram-se as categorias de autoatenção de Menedez^{4,9} como matriz analítica; autoatenção ampla, autoatenção restrita e trajetória da cura (*carrera del enfermo*) (*quadro 1*).

Quadro 1. Síntese das categorias analíticas relacionadas com a autoatenção, utilizadas no estudo

Categoria Analítica	Autoatenção Ampla	Autoatenção Restrita	Trajetória da Cura
Definição	Conjunto de práticas, representações, valores e saberes mobilizados no cotidiano para a preservação da saúde, a reprodução social e o equilíbrio simbólico-comunitário. Envolve atividades como alimentação, práticas espirituais, rezas, usos simbólicos da natureza e organização dos modos de vida. Essa dimensão é marcada pela autonomia dos grupos sociais e está profundamente ligada à cultura, aos vínculos familiares e à construção coletiva da saúde como bem comum.	Corresponde às ações diretamente voltadas ao enfrentamento de episódios concretos de adoecimento. Inclui decisões como automedicação, aplicação de tratamentos caseiros e definição de estratégias de alívio ou cura fora do sistema formal de saúde. Essa categoria reconhece a autonomia do sujeito no manejo imediato da doença, bem como evidencia os limites impostos pela desigualdade de acesso e pelo racismo institucional.	Refere-se ao itinerário percorrido pelo sujeito ou família diante de um processo de adoecimento, articulando diferentes sistemas de atenção: doméstico, tradicional, biomédico, espiritual, entre outros. Trata-se de uma trajetória dinâmica, marcada por decisões estratégicas, tentativas de resolução e renegociações constantes, nas quais os sujeitos combinam saberes e recursos disponíveis em função de sua experiência e do contexto social.

Quadro 1. Síntese das categorias analíticas relacionadas com a autoatenção, utilizadas no estudo

Categoria Analítica	Autoatenção Ampla	Autoatenção Restrita	Trajetória da Cura
Aplicação	Plantio de roçados tradicionais, uso ritual de ervas, transmissão oral de saberes, e práticas de cuidado baseadas em reciprocidade.	Preparação de chás, uso de lambedores, banhos medicinais, restrições alimentares caseiras para controlar sintomas.	Um indivíduo pode iniciar com o uso de plantas medicinais, buscar a benzedeira e só depois recorrer ao sistema de saúde.

Fontes: elaboração própria com base em Menéndez⁴⁹.

O estudo segue as delimitações e os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, visto que se trata de uma pesquisa envolvendo a participação de seres humanos¹⁰. O projeto utilizou o banco de dados referente a um projeto de pesquisa previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Em respeito ao anonimato dos(as) entrevistados(as), elas foram identificadas com o termo Raiz.

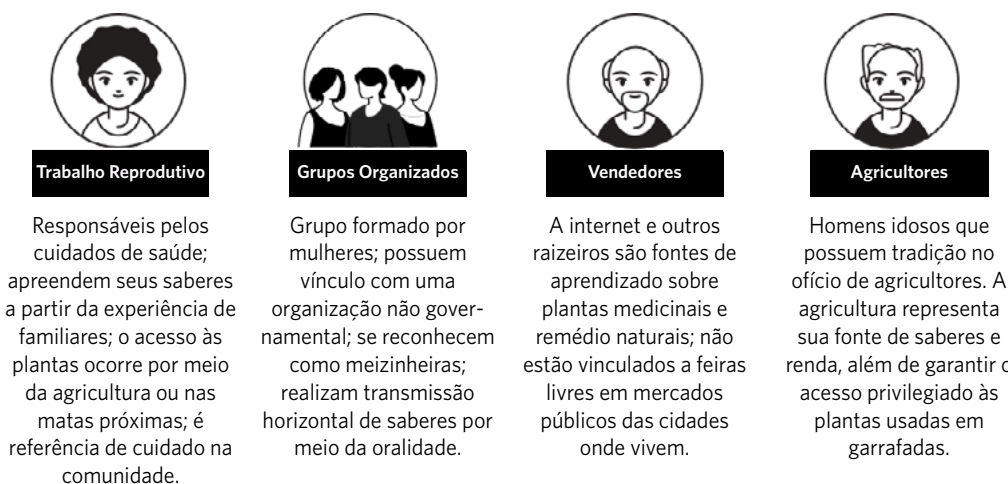
Resultados e discussão

Autoatenção ampliada: transmissão oral de saberes e práticas de cuidado baseadas em reciprocidade

A participação na organização do encontro, assim como a convivência e

acompanhamento ao longo do ESC, contribuiu para a identificação de quatro segmentos sociais entre os raizeiros e as raizeiras. Os critérios utilizados para essa classificação foram pautados nas histórias de vida mencionadas pelos indivíduos ao longo do evento e a partir da manifestação de seu entendimento sobre o ofício desempenhado. A intenção de identificar os segmentos se constitui em buscar caminhos que auxiliem a compreensão da sua autoatenção ampliada. Os segmentos encontrados foram: mulheres dedicadas ao trabalho reprodutivo não remunerado; grupos organizados; vendedores e agricultores (*figura 1*).

Figura 1. Segmentos de raizeiros e raizeiras identificados no Encontro de Saberes da Caatinga



Fonte: elaboração própria.

O grupo de mulheres dedicadas ao trabalho reprodutivo não remunerado refere-se às agricultoras, aposentadas, referências na comunidade para o cuidado a partir de plantas medicinais. A repercussão do acompanhamento de seus antecessores no cuidado à saúde, diante das experiências com adoecimento, instrumentaliza-as para que sejam responsáveis por esse cuidado no seio familiar. Esse segmento confirma a máxima sobre a centralização da mulher nas decisões e práticas relacionadas ao cuidado familiar¹¹, bem como evidencia as representações e os saberes mobilizados no cotidiano para a preservação da saúde, reprodução social e equilíbrio sociocomunitário.

Embora as mulheres desempenhem atividades invisibilizadas, são imprescindíveis para a reprodução social da família, incluindo os membros que realizam trabalhos de maneira assalariada¹². Outro grupo de raizeiras se encontra vinculado à Associação Cristã de Base (ACB), uma organização não governamental criada no Cariri/CE no início dos anos 1980. A associação contribui com a formação política para os camponeses, colaborando para a sua autonomia e a sustentabilidade de suas atividades por meio do assessoramento técnico¹³. Espontaneamente, as raizeiras desse grupo mencionaram sua pertença a essa entidade como maneira de identificação. São agricultoras ou trabalham de maneira não remunerada no ambiente doméstico, principalmente, que realizam encontros frequentes entre si, e é esse vínculo responsável pela construção e compartilhamento de saberes.

Lopes¹⁴ identifica que espaços semelhantes aos que a ACB oferece – como grupos religiosos, pastorais e associações comunitárias – são bastante propícios para trocas de experiências e conhecimentos relacionados aos cuidados da saúde, tratamento de problemas específicos e modificações nos hábitos cotidianos.

Os vendedores realizam vendas informais ou associadas a organizações voltadas à comercialização de frutos, argilas, garrafadas, lambedores, chás, entre outros produtos que possuem plantas medicinais. O segmento

apresenta-se com a maior propensão à aquisição de conhecimentos sobre as propriedades de materiais vegetais em livros, artigos científicos e em páginas na internet. A sua presença no ESC também é motivada pela busca de conhecimentos com os raizeiros com maior tempo de experiência:

Um dia, a Raiz reuniu a gente lá no Chico Gomes. Ai lá, essas meninas ali ó, [...] tem uma pomada que elas vendem e fazem. E elas sabem disso que eu não tô mentindo. Eu vim, comprei uma pomada [...]. Eu usava todo dia de noite. Eu lavava, ariava meus pés e passava essa pomada que ela fez. Eu fiquei boa, [...]. Aqui ó, tem só a marca (Raiz 1).

O grupo de agricultores é majoritariamente composto por homens idosos que se dedicaram ao cuidado da terra e à produção de alimentos para comercialização e consumo familiar. O tempo de trabalho, a proximidade com diferentes espécies de plantas, os familiares que colaboram para a manutenção dessa atividade laboral e as sabedorias associadas são fatores que contribuem para a sua aprendizagem na temática. A agricultura apresenta-se como fonte de renda e de produção do conhecimento, assim como meio de adquirir as plantas necessárias para as suas práticas.

Cada segmento de raizeiros e raizeiras, como observado no evento, é orientado por suas particularidades, apresentando nuances em sua autoatenção, principalmente devido aos saberes e às práticas que assimilam e exercem no cuidado à saúde. As mulheres responsáveis pelo trabalho reprodutivo não remunerado apresentam conhecimentos e comportamentos familiares, incidindo em sua autoatenção; os agricultores seguem uma tendência muito parecida, somando-se às noções sobre os ciclos da natureza; os vendedores apropriam-se constantemente de fontes mais diversas de saberes e práticas; enquanto as raizeiras pertencentes à ACB têm seus conhecimentos potencializados por meio da transmissão vertical.

Os vínculos afetivos também são fundamentais e incentivam o reconhecimento de uma

pessoa enquanto indivíduo com habilidade na produção de remédios caseiros, aumentando sua demanda de atendimentos à saúde. Similarmente, essa sociabilidade também tem feito parte das modificações sugeridas por raizeiros no contexto de hábitos cotidianos das pessoas que estão em tratamento de certo tipo de perturbação em sua saúde:

Sim! Tem que dar o remédio. Tem que fazer o remédio, mas primeiro tem que ter muito amor naquela família [...]. Não deixar ela só nenhuma vez. E também botar ela pra dançar um forró pé de serra. A dança é que é bom. Nós temos uma dança de coco, tem gente lá de 79 anos, tem gente de 89 anos, tem gente de 94 anos no nosso grupo, viu?! [...] Nós dançamos, nós brincamos, nós somos alegres. [...] Beber remédio sim, mas tem que ter amor com aquela pessoa, ter paciência, muita, muita, muita mesmo, que aquela pessoa supera. Ela se cura. Mas pra se curar, meu filho, tem que mostrar o amor (Raiz 3).

A sua práxis assegura um determinado traquejo com o ambiente. Além disso, permite inferências sobre a noção de saúde construída a partir das experiências com o adoecimento e as formas de cura. Essas são mediadas pelas práticas de reprodução social, para a preservação da vida, construídas no/com o território. Isso pode ser acompanhado principalmente se ele também desempenha atividades voltadas à agricultura, visto que uma boa colheita depende presumivelmente do cuidado ao solo, à rega, à estação do ano e ao tipo de planta, assim como à serenidade de acompanhar os estados de desenvolvimento das espécies cultivadas. Esse aspecto indica uma troca material e simbólica permanente com a natureza, destacando o processo saúde-doença-coletividade como um fenômeno objetivamente social, como discute Laurell¹⁵.

Segundo Menéndez^{4,9}, essa forma de autocuidado não se relaciona apenas com uma luta frontal contra doenças, mas também com estratégias permanentes de preservação da

saúde, ligadas a processos de reprodução social, pertencimento territorial e identidade coletiva.

O cuidado produzido a partir das práticas cotidianas das mulheres (que frequentemente é invisível, mas central para manter os processos de vida), cultivo de plantas, transmissão oral de conhecimento e práticas sociais coletivas (forró terapêutico, uso de plantas para fins ritualísticos, reconhecimento comunitário das habilidades de cura) mostra uma lógica diferente, não biomédica, mas eficaz naquela situação. Esses modos de cuidado dependem de relações afetivas e de troca de conhecimento intergeracional, bem como de uma compreensão relacional da saúde como um bem compartilhado. Ao reconhecer essas racionalidades, rompemos com a recusa ignorante de reconhecimento associada ao conhecimento popular e aos sistemas simbólicos de valor que configuram modos de cuidado além das arquiteturas médico-institucionais^{4,9}.

A autoatenção ampla concentra as representações e práticas domésticas atreladas à manutenção de sua cultura e, substancialmente, à sua reprodução social⁴. A partir deste estudo, acessamos significados e noções mais próximas do cuidado à saúde que, em certa medida, incidem sobre a manutenção de sua cultura e sobre sua reprodução social. Incluem-se formas de organização comunitária em situações de adoecimento, o lugar do corpo no entendimento sobre a doença, a noção de enfermidade, entre outros aspectos.

Dessa maneira, para os raizeiros, o corpo é espaço de comunicação e intermediação com Deus. No corpo, a cura acontece como uma bênção manifestada em resposta ao compromisso religioso e ético, que esses especialistas mantêm. Por isso, torna-se necessário realizar cuidados ao longo da vida com a intenção de sua preservação e do retardamento da deterioração desse corpo. Nesse sentido, identificam a doença a partir da linguagem corporal, que comunica uma resposta interna à forma como ele tem sido tratado, principalmente por meio da alimentação. Para eles, os hábitos

alimentares marcados por produtos industrializados parecem ser um dos principais causadores de adoecimento na atualidade. O alimento se apresenta como tratamento, assim como boas escolhas alimentares representam a manutenção da saúde e a garantia de não precisar lidar com a consequente comunicação negativa do corpo, representada pelo adoecimento:

A depressão é a doença deste século. E ela é resultado de uma boa parte daquilo que a gente come. [...] Todo alimento industrializado, com conserva, gera depressão. E todo alimento que leva massa de trigo gera depressão. [...] Vocês podem não acreditar, mas é verdade (Raiz 5).

Nesse grupo, a alimentação surge na autoatenção restrita e ampla, ou seja, está presente tanto no atendimento direto aos adoecimentos quanto nas noções amplas de sua cultura. O mesmo cenário ocorre com a religiosidade: a fé se apresenta como um elemento do tratamento, como um dos critérios para que as intervenções adotadas se mostrem resolutivas, e até mesmo corresponda a um tipo de comprovação da eficácia de suas práticas, corroborando os achados de D'Almeida³.

Na autoatenção ampla, a religiosidade contribui para o início dos trabalhos como raizeiro ou raizeira, por meio de um dom, uma graça divina, como reforça o estudo de Silva¹⁶. De certa maneira, o trabalho do raizeiro depende de uma intervenção divina, com sua permissão e uma consequente demonstração de gratidão. A relação e o comportamento dos raizeiros diante do que consideram divino reforçam como a cura de uma doença se torna um acontecimento sagrado: *“Quando eu vou fazer, eu peço a Deus coragem, força e confiar em Deus que aquele remédio seja para curar. Deus é quem cura a gente. Só a fé de Deus” (Raiz 6).*

Quanto à morte, independentemente da maneira com que cada grupo, identificado no encontro, cuida de sua saúde, existe o receio de morrer. A partir dos diálogos trocados entre eles, esse receio sugere que, assim como é

frequente a ocorrência de episódios de adoecimento, suas práticas também são comumente atravessadas por tentativas de manutenção de sua existência.

Vivenciar episódios de padecimentos novos – desconhecidos enquanto experiência – contribui para o aumento do medo de morrer. Acredita-se, ainda, que o fato de fazer parte de seu trabalho lidar com pessoas que se encontram em grande sofrimento contribui para que esse receio reapareça a cada nova experiência com situações que ameacem a continuidade da vida. Os adoecimentos são experienciados com grande imediatismo, pragmatismo, organização e fé, tendo em vista a emergência em identificar e tratar o problema, afastando a chance de não resistir às consequências provocadas pelas enfermidades. A autoatenção ampla dos raizeiros emana a seriedade de cessar o sofrimento e, sobretudo, preservar a vida.

A autoatenção ampla de indivíduos como os raizeiros concentra um repertório de saberes populares sobre a saúde que demonstram uma racionalidade baseada em modos de vida que diferem da lógica biomédica. Nesses sistemas simbólicos, o corpo, a saúde e a cura estão imersos nas histórias de vida das comunidades, a relação com o ambiente, cultura, entre outros aspectos relacionais¹⁷. A autoatenção ampla baseia-se na diversidade epistemológica dos grupos populacionais; tais noções colaboram para pensar na saúde de maneira ampliada e ecossistêmica. Assim, o neoextrativismo coloca em risco diretamente as práticas de saúde desse grupo populacional.

As práticas de autoatenção ampliada podem representar formas de resistência, prática e simbólica, diante da persistência de estruturas e relações de dominação no funcionamento, organização e modos de fazer do aparelho estatal (a colonialidade na saúde). Essas práticas reiteram a saúde como uma práxis cultural, territorial e política. Tais características são fundamentais para a resistência da vida nos territórios e precisam ser fortalecidas para que haja resistência intergeracional. O que pode ser visto na Chapada é a perda desse

conhecimento intergeracional de convivência com a natureza, sendo o ESC um espaço de fortalecimento desse compartilhamento.

Plantas e vínculos na autoatenção restrita

A autoatenção restrita, como descreve Menéndez⁴, considera todas as decisões tomadas de maneira relativamente autônoma, objetivamente para interromper, aliviar e curar um sofrimento causado por uma doença, incluindo-se a decisão de não agir. No caso dos raizeiros e raizeiras, revela-se a faceta social da autoatenção restrita, configurando o que chamaremos de socioatenção. Existe uma socialização dos saberes ancestrais com os demais membros de sua comunidade, influenciando nas maneiras de pensar e cuidar da saúde coletivamente, orientando-se pela historicidade dos contextos de vida.

Sua autoatenção vincula-se intrinsecamente à atenção realizada a terceiros; a menção

a uma destas certamente remete à outra, como se seguiu ao longo das conversas. Suas experiências individuais e os aprendizados ancestrais retroalimentam a autoatenção de outros membros de sua comunidade, como demonstra uma raizeira ao fazer uma sugestão de autoatenção:

Coloca no ouvido e deixa passar 10 minutos [...] no ouvido. Vai ficar com cheiro ruim? Fica, mas curou um velho com mais de 90 anos. Ele morreu com a audição boa, deu certo. Eu também já fiz para minha mãe, deu certo. Já fiz para mim também e deu certinho (Raiz 4).

Sabe-se que a produção de remédios caseiros é um importante aspecto da práxis dos raizeiros¹⁸. A partir dos diálogos no ESC, a autoatenção restrita foi mencionada substancialmente por meio da automedicação com produtos à base de plantas medicinais encontradas na região onde vivem (*quadro 2*).

Quadro 2. Glossário local simplificado relacionado com as produções dos raizeiros e das raizeiras na autoatenção

Tipo de Produção	Definição
Argilas/barro	Emplastro preparado com chá de planta selecionada para uso local no alívio da dor.
Banhos de assento	Chás concentrados e amornados para banhar a região do baixo ventre, tanto em mulheres quanto em homens.
Banhos de ervas	Chás concentrados para banho de corpo com finalidade espiritual, realizados após processo de higienização.
Cafezinhos sete ervas	Seleção de partes de plantas (folhas, sementes, frutos e casca) torradas e piladas para preparo de chá com o pó resultante.
Chás	Preparados por meio de infusão (partes mais sensíveis das plantas) ou decocção (partes mais resistentes) para ingestão no mesmo dia.
Extrato aquoso de cascas	Cascas de plantas selecionadas de molho em água para ingestão posterior.
Garrafada/raizada/meizinha	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando por um longo período.
Hidrolatos	Subproduto no processo de extração de óleos essenciais, durante a sua destilação.
Lambedores	Partes de plantas selecionadas cozidas em fogo brando com açúcar ou mel.
Mudanças alimentares	Sugestões de readaptação de rotinas alimentares conforme a enfermidade que se adquire.
Óleos	Uso local, principalmente para realização de massagens para alívio da dor. Administrado em pequena quantidade para ingestão oral.

Quadro 2. Glossário local simplificado relacionado com as produções dos raizeiros e das raizeiras na autoatenção

Tipo de Produção	Definição
Reorganização familiar de apoio	Em situações de adoecimento, o indivíduo que pretende recuperar a saúde se torna o centro familiar. Os hábitos e as rotinas dos entes familiares se direcionam em função de sua cura.
Simpatias	Surgem como rituais seguidos por etapas que representam uma comunicação do mundo material com o espiritual para cura de situações indesejadas, em que a natureza aparece como cenário de intermediação.

Fonte: elaboração própria.

O consumo de medicamentos alopáticos não foi citado nas rodas de conversa, embora o discurso prático da biomedicina estivesse em suas indicações de posologia. Isso ocorreu principalmente na sistematização de etapas relacionadas à automedicação, como a indicação de dosagem e tempo de tratamento. As produções caseiras com plantas medicinais são recomendadas, assemelhando-se, em certa medida, ao que pode ser apreendido em atendimentos nos serviços de saúde nas terapias medicamentosas.

Na autoatenção, a automedicação é parte indissociável da atenção direta a uma enfermidade. Considera-se que a automedicação seja a atitude intencional de tentar curar, aliviar e prevenir processos que incidem diretamente sobre a saúde humana, sem se limitar à ingestão de medicamentos oriundos da indústria químico-farmacêutica. Por isso, automedicação também se traduz na ingestão de uma infusão de partes de plantas, em receber uma massagem ou aplicar argila por exemplo⁴.

A automedicação tem sido confundida com a autoatenção, sobretudo pela biomedicina, que limita a autoatenção ao risco de consequências pelo ato de ingerir medicamentos de forma autônoma. Todavia, entende-se que as consequências negativas da automedicação podem ocorrer independentemente da origem da intervenção terapêutica⁹.

A utilização de plantas medicinais de forma autônoma, no ambiente doméstico, em situações de adoecimento, é uma das práticas mais comuns que antecedem, muitas vezes, a busca por intervenções biomédicas¹⁹. A contribuição

do consumo de plantas medicinais pode ser uma possibilidade de interação entre os serviços de saúde e os saberes e práticas locais – isso na perspectiva de fortalecer as intervenções da Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo abordagens terapêuticas promotoras de autonomia. Outrossim, pode contribuir para o diálogo e os processos de aprendizagem colaborativos desse tipo de automedicação no ambiente doméstico, evitando o possível desencadeamento de repercussões danosas à saúde²⁰.

Apesar das potencialidades da automedicação no uso das plantas medicinais, também há riscos, principalmente diante de um mercado crescente de produtos naturais. Nesse sentido, a articulação entre os saberes tradicionais e a biomedicina é fundamental para qualificar a sua utilização, tendo em vista a redução de interações medicamentosas e efeitos tóxicos. Além disso, a vinculação da automedicação na APS com programas como o Farmácia Viva fomenta a promoção da saúde fora do ambiente institucional e reduz os riscos associados à ingestão de espécies prejudiciais em períodos críticos das fases da vida.

A investigação da automedicação por meio de plantas medicinais, no contexto da autoatenção dos grupos, dá acesso ao repertório de saberes populares sobre esses recursos, que foram acumulados, mas que também estão passíveis de participarem de espaços de trocas de saberes com outras pessoas de sua rede. Respondem às formas de interações possíveis entre as comunidades, o ambiente simbólico e físico e os saberes populares proporcionados

por essas relações, cientes de que podem sofrer diversas transformações, as quais conduzem a novos conhecimentos, novas práticas e comportamentos²¹. Reconhecer essa autoatenção é basilar para efetividade do sistema de saúde na APS.

O vínculo familiar e afetivo se comporta como outro aspecto importante na autoatenção restrita de raizeiros e raizeiras. Os cuidados desempenhados nesse modelo de atenção são realizados de forma autônoma, mas não de maneira solitária. Uma situação de doença mobiliza uma rede de relações para realizar escolhas e posicionamentos que os impulsiona conjuntamente à resolução do problema.

Os tratamentos realizados por raizeiros são organizados em diferentes etapas: desde a colheita do material, preparo, produção do remédio, até a ingestão e/ou utilização por parte do indivíduo enfermo. O procedimento completo se assemelha a uma ritualização em busca da cura, e isso pode ser percebido pela atribuição de valor e significação. As indicações sugerem um tom cerimonial, no qual quem adoecer é instruído e conduzido cuidadosamente a percorrer as etapas necessárias para conclusão do processo.

A experiência do grupo de raizeiros demonstra como o adoecimento provoca modificações imediatas na rotina e organização familiar, para atender às necessidades evocadas pela doença e pelo tratamento. A atenção à saúde realizada por essas pessoas conta com grande variedade de apresentações e complexidade caso a caso. Sua versatilidade pode ser verificada nas situações em que o tratamento continua apesar da remissão dos sintomas que originalmente provocaram a busca por atendimento.

Por vezes, viu-se que a transição de fases entre o tratamento dos males para a manutenção da saúde ocorre com uma mudança de receita (modo de preparo e consumo de remédio caseiro), acessando outras preparações a partir de outros recursos vegetais, modificação da dose e de sua frequência. Para essa fase de manutenção de uma saúde que

foi recentemente recuperada, incentiva-se a administração contínua de determinada combinação de plantas medicinais para garantir uma completa regeneração e impedimento do retorno dos sintomas. Essa nova receita assemelha-se a uma maneira de prevenir a ocorrência da mesma enfermidade. Tais características, a serem valoradas como práticas culturais potentes, podem se tornar diálogos para a eficácia das intervenções de políticas de saúde.

Os caminhos percorridos na busca pela cura

Por meio das falas, pode-se observar que os raizeiros e as raizeiras constroem articulações diversas entre sua autoatenção – com a ativação de dispositivos próprios para a cura das doenças – e a presença primária ou complementar de um profissional da saúde, geralmente médico. Isso também pode ser observado no caso de etnias indígenas que mantêm proximidade com os recursos biomédicos há longo tempo, o que facilita a manutenção de suas práticas intercaladas com os atendimentos médicos nos serviços de saúde, conforme o tipo de doença que o núcleo familiar consegue diagnosticar²².

Em discrepância aos escritos de Menéndez⁴, a análise sobre a autoatenção dos raizeiros, enquanto pessoas de notório saber, não se restringiu a um único modelo de atenção. A análise permitiu a observância do que o autor define como *carrera del enfermo* ou as trajetórias na busca pela cura, aqui representadas pelos acessos do grupo ao modelo médico hegemônico, demonstrando a diversidade de práticas e saberes que podem ser mobilizados na atenção à saúde de forma relativamente autônoma.

A desistência em acessar os serviços de saúde foi identificada na indefinição diagnóstica sobre o problema de saúde enfrentado. Isso pode ocorrer devido à padronização comumente utilizada nos critérios de identificação de doenças, baseados em populações

específicas, em condições econômicas, sociais e de saúde particulares, que são replicados de maneira indiscriminada para o universo geral de indivíduos. Percebe-se que esses critérios são orientados pelas premissas e pelo contexto social e cultural do modelo de atenção ao qual respondem – o biomédico. Por isso, dificilmente apresentam condições de compreender noções de saúde e doença construídas fora de suas premissas.

Entende-se que os padecimentos que a sabedoria popular dá conta são os mesmos que apresentam uma demanda sociocultural que a biomedicina, enquanto sistema de atenção à saúde, não abarca com os recursos necessários para manejá-los²³. Isso se deve, principalmente, ao fato de certos padecimentos evocarem racionalidades incomuns à racionalidade médica dominante, por se afastarem de uma visão materialista focada nos aspectos biológicos.

Sabe-se que, no país, coexistem outras realidades socioculturais em que cada grupo apresenta aspectos particulares sobre a saúde e a doença. Os adoecimentos considerados por um grupo podem não ser facilmente identificados por outros, caso sigam seus próprios pontos de vista. Diante disso, vê-se que um exercício profissional contextualizado, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, traz mais sentido para a atuação comunitária, a partir da utilização do próprio contexto sociocultural para a prestação do cuidado²⁴.

Oliveira²⁵, ao analisar os quadros febris em uma população de Boa Vista (RR), identificou que a autoatenção e a trajetória percorrida em busca da cura estavam mais alinhadas às necessidades presentes na realidade sociocultural para lidar com o problema, em comparação com a linha de cuidado decidida pelo sistema de saúde da região. Embora, mesmo diante das dificuldades de resolutividade enfrentadas pelo sistema de saúde, nesses casos, os indivíduos continuem acessando os serviços como uma das principais alternativas de modelos de atenção, que contribuem para a diminuição de seu sofrimento.

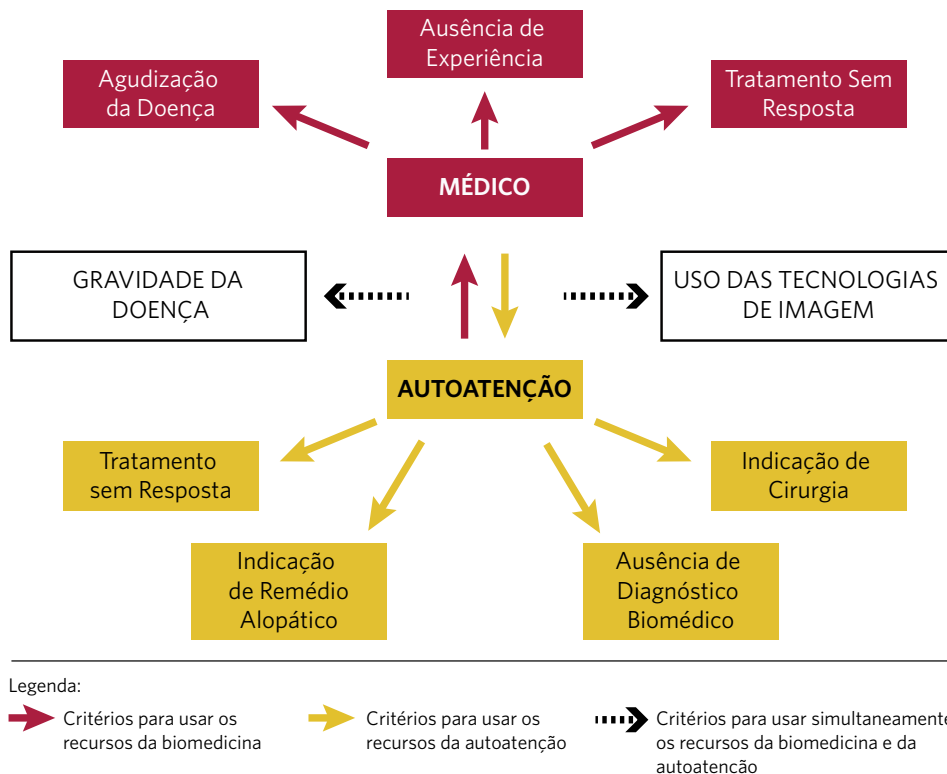
Similarmente, os raizeiros e raizeiras confiam ao modelo biomédico, por meio dos serviços de saúde, um espaço considerável em sua busca pela cura, apesar de estarem sujeitos à incompreensão de seus processos de adoecimento. Neste estudo, não se verifica descredibilização ou supervalorização da práxis médica. Sua procura se justifica pela necessidade de interromper a cadeia de eventos associada ao adoecimento, além da liberdade de convivência natural que os raizeiros possuem na fronteira entre a sabedoria que lhes é concernente e a consulta a outros conhecimentos disponíveis.

A busca pela cura de uma doença e pelo restabelecimento de um estado considerado saudável sugere um caminho percorrido entre erros e acertos. Isso inclui tanto a utilização de plantas medicinais quanto a consulta – ou influência indireta – de um profissional médico. Nos registros das conversas, não foram mencionadas tentativas de compartilhamento, por parte dos raizeiros, com os profissionais de saúde sobre suas decisões durante a autoatenção.

Nery e Silva²⁶, estudando as interações entre raizeiros e profissionais de saúde, mostram que há relatos de trocas amenas entre os dois grupos, mas predomina a falta de envolvimento e o desinteresse na utilização autônoma de plantas medicinais. Os diálogos entre os raizeiros no ESC, por outro lado, permitem-nos notar que as práticas de cura pelas quais são identificados também estão sujeitas a resultados inesperados, o que os leva à procura por novas informações e práticas, principalmente por meio da biomedicina.

A busca por serviços de saúde dá-se em situações de agudização do adoecimento e de grande sofrimento decorrente; no desconhecimento de uma doença pelo fato de não tê-la experienciado e, assim, não ter produzido aprendizados sobre ela; e em situações em que os tratamentos realizados durante a autoatenção não produzem os resultados esperados para a interrupção da angústia e da dor (*figura 2*).

Figura 2. Trajetória de cura dos raizeiros e raizeiras participantes do estudo



Fonte: elaboração própria.

O retorno à autoatenção ocorre diante da indicação cirúrgica nos serviços de saúde; da não obtenção de um diagnóstico biomédico para o problema enfrentado; da recomendação de uso prolongado de medicamentos – devido ao alto custo e à desconfiança quanto à sua segurança e eficácia –, além de intervenções, tratamentos e abordagens terapêuticas que não produzem as mudanças desejadas na saúde. Decidem acessar simultaneamente a biomedicina e a sabedoria popular aplicada à autoatenção nas situações em que a doença atinge grande gravidade ou quando necessitam de confirmação diagnóstica. A escolha do tipo de atenção não se encontra nitidamente definida, mas tem sido construída de acordo com cada experiência de adoecimento.

Não há o abandono de um modelo de atenção em detrimento de outro. Eles podem – e devem – adquirir funções diferentes ao longo da mesma trajetória de busca pela cura.

A sabedoria relacionada às habilidades com recursos naturais na produção de remédios caseiros não é questionada diante de outros conhecimentos possíveis, mas tem-se como prioridade a interrupção do sofrimento e a restauração da saúde.

Considerações finais

O estudo demonstrou que a utilização das plantas medicinais se apresenta como a principal alternativa autônoma para cessar os processos de adoecimento entre os raizeiros e raizeiras, embora essa prática seja, por vezes, responsabilizada por representantes da biomedicina como possível causadora de desdobramentos negativos nas condições de saúde dos indivíduos.

A autoatenção contribui para a articulação de recursos oriundos de diferentes modelos de

atenção. Ainda que esses modelos mantenham relações de hegemonia e subalternidade, os raizeiros priorizam o atendimento de suas necessidades de saúde. O fato de a análise referir-se aos cuidados autônomos de um grupo de especialistas da cura não limitou a discussão a um modelo de atenção específico. Reitera-se, portanto, a influência da biomedicina na atenção à saúde como alternativa na busca pela cura, da mesma forma que o discurso biomédico repercute na práxis dos raizeiros e raizeiras na automedicação com plantas medicinais.

Nas trajetórias, também podem ser percebidas as diferentes formas de atenção e noções de saúde às quais se recorre para prestar cuidado diante de um adoecimento. Tais aspectos fornecem elementos sobre as compreensões sociais e culturais que os povos constroem a respeito dos problemas de saúde de cada localidade. A procura por determinados tipos de curadores, bem como as escolhas por práticas particulares de atenção, revelam os saberes e compreensões que esses indivíduos consideram relevantes para a resolução de seus problemas de saúde.

Os raizeiros, enquanto multiplicadores de saberes, concepções e formas de cuidar da saúde, conseguem atribuir ao seu repertório de autoatenção a repercussão dos hábitos e comportamentos dos indivíduos de sua comunidade. A autoatenção acessa a realidade

sociocultural dos indivíduos e, no caso deste estudo, amplia os espaços de cuidado à saúde, disseminando saberes e práticas e expandindo a noção de autoatenção para a de socioatenção.

O acesso à biodiversidade, pelos raizeiros e raizeiras, contribui para a manutenção das práticas do comum, assegurando a continuidade de cosmovisões, modos de vida, identidades, formas de viver, adoecer e morrer existentes localmente. Frente a este cenário, é urgente articular políticas que promovam sistemas agroflorestais de baixo consumo hídrico e fortaleçam o protagonismo das comunidades locais para assegurar a conservação do bioma e a reprodução dos saberes tradicionais.

Por fim, reitera-se que os resultados obtidos no estudo representam o contexto da Chapada do Araripe e a maneira como os saberes relacionados à autoatenção são experienciados territorialmente. Neste sentido, por se tratar de um contexto específico não é possível realizar generalizações para outros grupos populacionais vivendo em condições culturais, sociais e territoriais distintas.

Contribuições de autoria

Machado RM (0000-0002-0365-9834)*, Martins RD (0000-0002-9444-3501)* e Sousa IMC (0000-0001-9324-4896)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Camargo MTLA. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. Dominguezia [Internet]. 2011 [acesso em 25 maio 20];27(1):41-49. Disponível em: <https://ojs.dominguezia.org/index.php/Dominguezia/article/view/2011%2027%281%29-4>
2. Passos MMB, Albino RC, Feitoza-Silva M, et al. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. Saúde Debate. 2018;42(116):248-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811620>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. D'Almeida SS. Iniciativas comunitárias para o uso sustentável da biodiversidade: o caso da articulação pacari raizeiras do cerrado. *Rev Habitus*. 2022;20(1):10-27. DOI: <https://doi.org/10.18224/hab.v20i1.12383>
4. Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2011.
5. Navarro LM, Arellano AH, Kleiche MD. Prácticas curativas en las Huertas de Malinalco: los saberes integrados sobre plantas, padecimientos y curación tradicionales. *ENGOV Working Paper Ser* [Internet]. 2013 [acesso em 2025 maio 20];3(4):1-59. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/engov/20140411075525/curanderas_arellano_morales.pdf
6. Svampa M. Neoextrativismo na América Latina: conflitos socioambientais, a virada territorial e novas narrativas políticas. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
7. Egger DS, Rigotto RM, Lima FANS, et al. Ecocídio nos Cerrados: agronegócio, espoliação das águas e contaminação por agrotóxicos. *Desenvolv Meio Ambiente*. 2021;57:16-54. DOI: <https://doi.org/10.5380/dma.v57i0.76212>
8. Minayo MCS. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
9. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 20];58:104-13. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
11. Araneda GJ, Retamal N. Prácticas terapéuticas de dueñas de casa en una población de Valdivia, Chile: un aporte para el rescate de saberes en medicina doméstica. *Med Soc*. 2021;14(1):13-9.
12. Bandeira LM, Preturlan RB. As pesquisas sobre o uso do tempo e a promoção da igualdade de gênero no Brasil. In: Fontoura N, Araújo C, organizadores. *Uso do tempo e gênero*. Rio de Janeiro: UERJ; 2016. p. 43-59.
13. Lucena MM. Na trilha dos Kariri: implicações dos processos de comunicação na disseminação dos sistemas agrofloretais por camponeses/as cearenses [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.
14. Lopes CV. O paradigma do dom e o cuidado de saúde com plantas medicinais de informantes folk. *Rev Saúde Ciênc*. 2019;8(3):54-68. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v8i3.25>
15. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev Mex Cienc Pol Soc*. 1976;84:131-57.
16. Silva AMS. O emolduramento dos valores religiosos na vida dos raizeiros no município de Mirabela-MG. In: 6º Congresso em Desenvolvimento Social; 2018 ago 14; Montes Claros. Minas Gerais: Unimontes; 2018. p. 2304-12.
17. Tesser CD. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. *Interface (Botucatu)*. 2006;10:347-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
18. Borges DQS, Almeida CKL, Lima KVS, et al. Etnobotânica de plantas medicinais comercializadas por raizeiros em uma cidade do sertão da Bahia, Brasil. *Braz J Dev*. 2021;7(12):61-73. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-742>
19. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *J Manag Prim Health Care*. 2017;8(2):216-32. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.528>

20. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)*. 2012;17(46):615-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>
21. Costa IB, Bonfim FPG, Pasa MC, et al. Estudo etnobotânico da flora medicinal na comunidade rural de Rio dos Couros, estado de Mato Grosso, Brasil. *Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromat*. 2017;16(1):53-67. DOI: <https://doi.org/10.37515/BLACPM.v16n1.299>
22. Lima ARA, Dias NS, Lopes LB, et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde Debate*. 2019;43(122):755-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>
23. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19:1019-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>
24. Souza MLP, Garnelo L. Relativismo cultural e uso de álcool: contribuições a partir do campo da saúde indígena. In: Alarcon S, Jorge MAS, organizadores. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 265-84.
25. Oliveira DC. Saúde rural: itinerário terapêutico nas febres como uma construção sociocultural [dissertação]. Manaus: Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 83 p.
26. Nery JCS, Silva MC. A territorialização dos raizeiros do Mercado Municipal de Araguaína/TO. *Confins*. 2023;(59). DOI: <https://doi.org/10.4000/confins.52106>

Recebido em 31/05/2025

Aprovado em 05/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Fernanda Savicki de Almeida, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6908395306417399>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4784-6540>, e-mail: fernanda.savicki@fiocruz.br