

“COMPANHEIRA, COMPANHEIRA, COM VOCÊ EU ANDO MELHOR”: EXPERIÊNCIAS DE RESISTÊNCIA E AJUDA MÚTUA DE MULHERES

“COMPANION, COMPANION, WITH YOU I AM BETTER”: EXPERIENCES OF RESISTANCE AND MUTUAL HELP OF WOMEN

Keides Batista Vicente 1

Resumo: Apresenta-se aqui o resultado de uma pesquisa, realizada nos anos de 2019 e 2020, sobre as relações de ajuda mútua entre mulheres e suas práticas de utilização de plantas medicinais. Buscou-se por meio da história oral reconhecer como as mulheres, moradoras das cidades de Pires do Rio, Urutaí, Santa Cruz de Goiás, Palmelo, Ipameri e Cristianópolis, no interior de Goiás, conseguem manter uma relação de conhecimentos sobre o uso de plantas cultivadas em seus quintais e jardins ou retiradas das áreas de preservação ambiental. A utilização de plantas é indicada, por um grupo de mulheres, para sanar dificuldades de saúde enfrentadas em momentos que envolvem o corpo feminino como: a maternidade, o parto, os cuidados com recém-nascidos e com as cólicas menstruais, em várias fases de desenvolvimento da infância e adolescência. Posto isto, considera-se que nas cidades pesquisadas ocorre a ausência de assistência médica especializada para mulheres e crianças. Assim, percebe-se que essas mulheres, que aprenderam sobre plantas medicinais mediante experiências transmitidas oralmente por outras mulheres, são responsáveis por um conhecimento obtido historicamente entre famílias e, por intermédio desses saberes, resistem à ausência de saúde pública, ao mesmo tempo em que preservam o meio ambiente.

Palavras-chave: Mulheres. Saúde. Resistência. Corpos.

Abstract: Here is the result of a survey carried out in 2019 and 2020 on mutual help relationships between women and their practices of using medicinal plants. It was sought through oral history to recognize how women living in the cities of Pires do Rio, Urutaí, Santa Cruz de Goiás, Palmelo, Ipameri and Cristianópolis, in the interior of Goiás, manage to maintain a relationship of knowledge about the uses of plants kept in their homes, backyards and gardens, or removed from environmental preservation areas. The use of plants is indicated by a group of women to remedy health difficulties faced in moments involving the female body such as motherhood, childbirth, care for newborns, various stages of child development and adolescence with colic, menstrual. Having said that, it is considered: Among the cities surveyed there is a lack of specialized medical care for women and children; the women learned about medicinal plants through the knowledge transmitted orally by the knowledge of other women in the family; these women are responsible for a knowledge obtained historically between families. Thus, it is clear that these women, through knowledge, resist the absence of public health, and also preserve the environment.

Keywords: Women. Health. Resistance. Bodies.

1 Doutora em Educação pela Universidade Federal de Goiás (UFG) com investigação sobre mulheres, universidade e ditadura militar. Mestre em História Social pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com pesquisa sobre o movimento estudantil goiano durante a ditadura militar. Licenciada e Bacharel em História pela Universidade Federal de Goiás, Câmpus Avançado de Catalão, (UFG-CAC). Atualmente é professora no curso de Pedagogia na Universidade Estadual de Goiás. Participa como representante da cidade de Goiânia do movimento social feminista Promotora Legal Popular e coordenada o Grupo de Estudos em História da Educação na ANPUH – Goiás. Desenvolve pesquisas sobre gênero, história das mulheres, educação, movimentos sociais e ditadura militar no cone sul.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9181380986744349>. ORCID: 0000-0003-4053-6136. E-mail: keides.vicente@ueg.br

Introdução

Para sustentar esta pesquisa, buscamos como referencial teórico os estudos sobre mulheres desenvolvidos pela autora francesa Simone Lucie-Ernestine-Marie Bertrand de Beauvoir, mais conhecida como Simone de Beauvoir, que escreveu o importante livro *O segundo Sexo*, no final da década de 1940.

Segundo a autora “[...] los dos sexos jamás han compartido el mundo em pie de igualdad; y todavía hoy, aunque su situación está evolucionando, la mujer tropieza com graves desventajas” (BEAUVOIR, 1995, p.05). Assim, as singularidades e diferenças do corpo feminino são atravessadas por relações de dominação, hierarquia e desigualdades vinculadas ao poder econômico, social e político.

Beauvoir (1995), em um primeiro momento, indaga sobre o que é uma mulher e argumenta que embora as mulheres não sejam minoria, elas se definem em uma polarização, para os homens elas são o outro. Posteriormente, a autora contesta a história e a cultura que reafirmam a dualidade e a superioridade absoluta de um sexo. E, em um terceiro momento, a autora questiona o significado, para o ser humano, do direito de ser mulher e, portanto, das oportunidades que lhe são permitidas e negadas.

Ancorados no debate apresentado por Beauvoir (1995) e suas questões sobre direitos: o que pode diferenciar um organismo que engravida de não ter acesso a direitos? A essa pergunta, acrescentamos nossa preocupação: como as mulheres resistem à falta de acesso aos direitos básicos que orientam a sobrevivência de seus corpos?

Nossa hipótese é que existe uma resistência, graças à ajuda mútua entre as mulheres, que asseguram a sobrevivência de seus corpos na ausência ou escassez de políticas públicas que garantam seus direitos.

Segundo Bosi (1996, p.11), resistência é considerado um conceito ético, é “[...] uma força de vontade que resiste a outra força, externa ao sujeito. Resistir é opor a própria força à força dos outros”. E da resistência, é possível surgir um novo oposto ou uma nova realidade diante do que era inicialmente.

Com base na análise proposta por Bosi (1996), defendemos o conceito de resistência feminina desenvolvido por Bandeira (2006, p. 405), autora que investiga a violência contra a mulher no Brasil. Para ela, o conceito é uma categoria que engloba

[...] Estratégias e dinâmicas de rejeição e luta desencadeadas pelas mulheres contra padrões de comportamento, papéis e normas culturais e sociais desiguais que lhes são impostos e que classificam os sexos. Assumiram uma resistência que não se faz pela contra violência, mas pelo desejo de ações de mudança e lutas que os reconheçam como sujeitos.

A resistência das mulheres ocorre numa perspectiva de acesso e permanência de seus direitos à saúde, educação, segurança, lazer, cultura e, principalmente, à vida. Trata-se, portanto, de uma resistência construída no espaço essencialmente ocupado pelos corpos femininos, mediada por suas angústias, medos e necessidades. Isto se dá a partir de uma construção histórica, ou seja, trata-se da necessidade cultural das mulheres conseguirem que seus corpos mantenham-se saudáveis diante das adversidades impostas ao gênero, e, também, à classe e à raça.

Assim, permeado pelo objetivo geral da pesquisa, será possível compreender e construir um quadro histórico e cultural de práticas, realizadas por mulheres, consideradas como forma de resistência e ajuda mútua no espaço feminino caracterizado pela ausência de direitos.

As mulheres entrevistadas residem nas cidades de Pires do Rio, Urutaí, Santa Cruz de Goiás, Palmelo, Ipameri e Cristianópolis. Tal recorte justifica-se por essas cidades serem atendidas, através de ensino, pesquisa e extensão, pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) - Unidade de Pires do Rio. Apesar da abrangência geográfica, o objeto da pesquisa é muito específico, atenuando esse problema.

Deste modo, a presente pesquisa busca, em um primeiro momento, analisar legislações que materializam a compreensão social e histórica sobre as mulheres, compreendendo como o conceito

de saúde feminina sofreu várias interpretações no campo político, no que tange a propostas de assistência médica e hospitalar, e como a concepção dos direitos da mulher está associada à sua condição de gestante ou a sua relação de maternidade e cuidados com os filhos, visto que, em muitos momentos, o corpo feminino não é reconhecido em seus direitos.

Posteriormente, a partir de uma relação fundamentada no conceito de experiência de Edward Palmer Thompson, busca-se investigar como as mulheres utilizam as plantas cultivadas em seus quintais e jardins, ou retiradas do meio ambiente, para auxiliar outras mulheres na saúde de seus corpos.

Posto isto, a presente pesquisa mostra-se de suma importância, pois acreditamos na possibilidade de elaborar e avançar, teoricamente, no debate sobre direitos das mulheres. Compreendemos os direitos como manutenção legal para sobrevivência dos corpos. Direitos esses que possibilitam, claramente, a vida, uma vez que os corpos das mulheres possuem necessidades singulares e que são urgentes, como as que envolvem a fertilidade.

Saúde da mulher: política em disputa

Com base nas informações do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no ano de 2004, e nos indicadores epidemiológicos do país, a população feminina convive com doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, consideradas dos países desenvolvidos, mas também com doenças consideradas típicas do mundo subdesenvolvido como a mortalidade materna e desnutrição. Desse modo “[...] Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social” (BRASIL, 2004, p. 09).

De acordo com referido documento, as mulheres são a maioria da população brasileira, com 50,77%, e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que buscam os serviços para o próprio atendimento; para familiares, vizinhos, amigos e pessoas com deficiência, ao desempenharem o seu papel social de cuidadoras; para crianças, filhos, netos, sobrinhos ou filhos de pessoas próximas, desempenhando assim a função maternal.

Compreende-se, então, que a relação com o bem estar físico e mental está diretamente vinculada às práticas do indivíduo com o seu espaço de vivência e às condições sociais, econômicas e políticas. Em uma perspectiva interseccional de análise, o caso das mulheres é agravado, em razão das relações de trabalho com tripla jornada, das condições de alimentação e sobrecargas a que são submetidas. Somam-se a estas questões, variáveis como etnia, raça e situação de pobreza.

Nos dados apresentados no documento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004, p. 09).

Apesar dos altos índices de adoecimento das mulheres, as políticas públicas de assistência à saúde destinadas a este grupo foram e são negligenciadas. Posto isto, compreende-se que historicamente foram constituídos programas de assistência às mulheres que materializam a concepção do corpo feminino e suas interpretações sociais e culturais.

Para Sepúlveda (1997), no Brasil a institucionalização de uma proposta de proteção de saúde materno-infantil ocorreu na década de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas. No início do século XX, nas décadas de 30, 50 e 70, as políticas nacionais de saúde estavam destinadas às demandas da gravidez e do parto.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004, P.15) os programas materno-infantis “[...] traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares”.

Assim, nas décadas de 1970 e 1980, dois programas de saúde materno-infantil foram utilizados como um serviço de saúde pública. Em 1975, o Programa Materno-Infantil (PMI), em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Segundo Sepúlveda (1997, p.1), os dois programas foram constituídos em momentos históricos distintos e materializam a concepção política e social em curso. Sendo,

[...] o primeiro, de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, e o segundo, discutido e implantado no período de transição democrática, fruto de negociação com o movimento de mulheres.

Com a pressão do movimento de mulheres por direitos, ocorre também a materialização de uma perspectiva de compreensão de cidadania, ampliando a concepção do corpo da mulher como reprodutivo e responsável por desempenhar funções domésticas para um debate sobre

[...] direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde, e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico (SEPÚLVEDA, 1997, p. 03).

Com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), percebeu-se um avanço em relação à proposta do Programa Materno-Infantil. Fruto do debate com o movimento de mulheres, os temas direcionados à saúde feminina ganharam espaço. Nesse momento, enfatiza Sepúlveda (1997), o Ministério da Saúde inicia a distribuição para as secretarias dos estados de documento, elaborado por profissionais da área da saúde, que define as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher.

O referido documento, acrescenta a autora, apresenta orientações sobre planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, assistência ao parto e puerpério, além de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, e doenças sexualmente transmissíveis. Posteriormente, os documentos também passaram a fomentar orientações sobre a sexualidade na adolescência e informações sobre saúde da mulher na terceira idade.

Diante de um processo histórico nacional e internacional, o debate nos movimentos de mulheres sobre seus direitos à saúde e assistência é direcionado à elaboração da constituinte, como ocorreu no *IV Encontro Internacional Mulher e Saúde*, em 1984, na Holanda, durante o Tribunal Internacional de Denúncia e Violação dos Direitos Reprodutivos, ocasião em que a morte materna ganhou visibilidade. Segundo Diniz (2005, p. 630),

[...] em 1985, a OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza (WHO, 1985), texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança.

O documento, afirma a autora, recomenda a participação de mulheres no processo de desenho e avaliação dos programas e propõe a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim de amniotomia, raspagens, enemas e episiotomia e da indução ao parto.

Outro momento de debate sobre a saúde das mulheres ocorreu em 1987, durante o *V Encontro Internacional Mulher e Saúde*, em Costa Rica. Além das discussões e propostas apresentadas, a Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe – RSMLAC propôs que temáticas voltadas à prevenção de mortes maternas evitáveis fossem abordadas, anualmente, no dia 28 de maio.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, define que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO, 1988).

Nesse aspecto, Chioro e Scaff (s/d, p.17) ressaltam que o texto da Constituição sobre saúde, defendido por um grupo de parlamentares apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária, que podem ser observados entre os artigos 196 a 220, “[...] representa um avanço considerável, sendo reconhecido internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional”.

Desse modo, o SUS é implantado a partir da Constituição de 1988, pela Lei nº 8080/1990 e Lei nº8142/1990, esta última conhecida, segundo os autores, como Lei Orgânica da Saúde, que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição” (CHIORO; SCAFF, s/d, p. 17).

Durante a década de 1990, vários tratados internacionais foram articulados objetivando a segurança das mulheres e tipificando crimes. O Brasil assinou propostas e se comprometeu a articular legislações que diminuíssem a violência contra as mulheres.

No que se refere à saúde da mulher, em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda em vigor no país, que para Souto e Moreira (2021, p. 833, grifo dos autores)

[...] é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora. Seu caráter ‘integral’ diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito.

O programa rompe com o termo “materno-infantil” que orientava as ações de saúde da mulher, iniciando o uso do termo “integralidade”. Diante disso, reafirmam os autores, surge uma redefinição na concepção sobre a saúde da mulher que também é materializada institucionalmente, isto é, o Ministério da Saúde passa a utilizar “área técnica de saúde da mulher” em substituição a “área técnica materno-infantil”.

Na apresentação do documento norteador da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM) evidencia-se a abrangência das propostas da em questão,

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Nas análises de Carvalho (2016), a política em questão apresenta implicações de gênero na saúde, principalmente no que se refere às hierarquias de gênero na saúde das mulheres associadas a outras hierarquias, elencadas pela autora como raça, etnia, idade, classe social e idade. Assim,

[...] ressalta-se a necessidade de atenção específica às mulheres negras, indígenas, lésbicas e trabalhadoras rurais, às mulheres na adolescência e no climatério, às idosas; e a defesa de aumento da participação social na implementação das políticas de saúde (CARVALHO, 2016, P.08).

Outro fator de suma importância acrescentam Souto e Moreira (2021, p.833), é o rompimento com uma abordagem, até então em curso, considerada controlista, isto é, que “[...] culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres”. Com o programa, conceitos como direitos reprodutivos, direitos à concepção e a contracepção, autonomia e segurança no planejamento de maternidade passam a ser enfatizados.

Nos primeiros anos do século XXI, outras políticas destinadas à saúde pública foram efetivadas, como a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e prevê a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

De acordo com Almeida *et al.* (2018, p.3), com a publicação da primeira PNAB em 2006, “[...] foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população às ações de atenção básica”. Como exemplo, os autores citam que, no período de 2007 a 2017, com a reformulação e a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica, a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF) variou entre 48% a 64%, registrou-se o aumento das equipes de saúde bucal de 29,9% para 41,2%, e a ampliação de 25,3% no número de agente comunitário de saúde (ACS).

Referente à implementação das políticas destinada às mulheres aqui elencadas, várias pesquisas demonstram avanços, principalmente, na compreensão sobre gênero, ampliando assim os atendimentos à saúde de corpos, além da concepção materno-infantil. Algumas regiões do país, porém, ainda necessitam de atenção, como é o caso do espaço geográfico que a pesquisa aqui se dedica.

Em pesquisa realizada, na plataforma digital DataSUS, sobre a oferta de saúde pública nos municípios de Pires do Rio, Urutaí, Santa Cruz de Goiás, Palmelo, Ipameri e Cristianópolis, foi possível visualizar uma relação dual. Isto é, por um lado, legislações historicamente construídas, mas não implementadas de fato, principalmente em espaços no interior do país, como é o caso de Goiás.

Dados disponibilizados nos *Cadernos de Informações de Saúde de Goiás*, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/go.htm>, apontam a situação dos municípios em relação ao número de profissionais de saúde, de mamógrafos, partos e de instituições públicas de atendimento.

O quadro abaixo se refere às informações sobre os municípios que compõem a presente pesquisa, disponibilizadas na base de dados nacionais, em 10/04/2010.

Quadro 1. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010

Município	População/ Estimativa	Médico SUS	Mamógrafo	Partos	Assistência à Saúde Pública - Estabelecimento
Cristianópolis	3.173	Gineco Obstetra - 00 Pediatra - 00	Inexistente	38	CS/UBS – 06 Hospital Geral - 01 Secretaria de Saúde - 01 Unidade de Vigilância em Saúde - 01

Ipameri	24.023	Gineco Obstetra – 08 Pediatra – 05	Inexistente	282	CS/UBS – 07 Policlínica - 01 Posto de Saúde - 02 Pronto Socorro Geral - 01 Unidade Móvel Terrestre – 01
Palmelo	2.231	Gineco Obstetra - 00 Pediatra – 00	Inexistente	26	Centro de Atenção Psicossocial - 01 CS/UBS – 01 Hospital Geral – 01
Pires do Rio	27.930	Gineco Obstetra - 04 Pediatra – 04	Inexistente	357	CS/UBS – 06 Clínica/Ambulatório Especializado - 01 Hospital Geral - 01 Secretaria de Saúde – 01
Santa Cruz de Goiás	3.687	Gineco Obstetra – 01 Pediatra – 00	Inexistente	28	CS/UBS – 02 Hospital Geral – 01
Urutaí	2.716	Gineco Obstetra - 00 Pediatra – 00	Inexistente	15	CE/UBS – 01

Fonte: Quadro elaborado por Vicente (2021) a partir de dados da plataforma DataSUS.

Os dados demonstram a inexistência de médicos com especialidade em Ginecologia e Obstetrícia, e em pediatria, embora presente registro de partos. Apenas três cidades (Ipameri, Pires do Rio e Santa Cruz) oferecem atendimento especializado em saúde da mulher. Nessas cidades é registrada a existência de Hospital Geral, no entanto, na cidade de Santa Cruz não há atendimento de médico pediatra. Verifica-se, ainda, que não existe o registro de aparelho de mamografia nas cidades pesquisadas.

Vale ressaltar, portanto, que mesmo com o avanço de políticas de saúde destinadas à mulher, a região estudada carece de assistência do Estado. Os dados, aqui apresentados, justificam a hipótese da pesquisa de que as mulheres, ao conviverem com o distanciamento de políticas públicas destinadas à saúde, buscam por meio do conhecimento cultural formas de sobrevivência, utilizando a natureza como aliada no tratamento de particularidades do corpo feminino. Com o processo de cultivo de plantas em seus jardins e quintais e a coleta de folhas, frutos, caules, mantendo as plantas vivas, as mulheres realizam um processo de proteção e preservação da natureza.

Mulheres, Esquecimento e Resistência no Interior de Goiás

Como dito anteriormente, a resistência das mulheres ocorre numa perspectiva de acesso e permanência de seus direitos à saúde, educação, segurança, lazer, cultura e, principalmente, à vida. Trata-se, portanto, de uma resistência construída no espaço essencialmente ocupado pelos corpos femininos, mediada por suas angústias, medos e necessidades. Dessa forma, a sobrevivência das mulheres é possível por meio de um processo constante de reconhecimento de direitos e resistência para serem respeitados. A diferença entre os sexos impõe um discurso que se materializa na diferença e no acesso à legalidade.

As tensões reconhecidas pelas distinções de gênero são perfilhadas na vida cotidiana, nas expressões e ações culturais. Segundo Collin (2006, p.38),

La diferencia de los sexos no es, pues, representable. No es un hecho ni una idea, sino un actuar, constantemente reactivado, se en la desdichada conformidad repetitiva con lo que ha representado e impuesto de ella una dominación secular, sea en una difícil innovación en la que ninguno (ninguna) sabe a priori cuál es su lugar.

Para a autora, os estudos sobre as mulheres e o feminismo “[...] se trata siempre prioritariamente de reconocer y de hacer reconocer a las mujeres la realidad de sus derechos y de su ser” (COLLIN, 2006, p.29). Acreditamos que a experiência de mulheres e o ato de narrá-la poderá construir e reconstruir a compreensão sobre suas práticas culturais e as relações de ajuda mútua como possíveis mecanismos de sobrevivência. Pois “Hay una razón de las mujeres, o hay una razón humana. Hay una reconciliación de las mujeres consigo mismas, o hay una reconciliación del hombre (humano) consigo mismo” (COLLIN, 2006, p.30).

Por isso, defendemos que ouvir as mulheres e sua compreensão do cotidiano é essencial para compreender a sociedade e suas relações de acesso e desprivilégios. Dessa forma, nos aproximamos do conceito de “experiência” de Edward Palmer Thompson, “[...] surge espontaneamente no ser social, mas não surge sem pensar. Surge porque homens e mulheres (e não apenas filósofos) são racionais e refletem sobre o que acontece com eles e com seu mundo (THOMPSON, 198, p.16).

A experiência, então, nos permite compreender as mulheres e os homens “não como sujeitos autônomos, indivíduos livres, mas como pessoas que vivenciam suas determinadas situações e relações produtivas como necessidades e interesses e como antagonismos”, e então ‘lidam com’ essa experiência em sua consciência e em sua cultura “[...] agem, por sua vez, sobre sua situação particular” (THOMPSON, 1981, p. 182).

Para Thompson (1981), por meio da compreensão da experiência na vida de mulheres e homens reais, compreende-se o diálogo entre o ser social e a consciência social,

[...] a experiência vem sem bater e anuncia mortes, crises de subsistência, guerra de trincheiras, desemprego, inflação, genocídio. As pessoas estão famintas: seus sobreviventes têm novas formas de pensar sobre o mercado. As pessoas são presas: na prisão elas pensam diferente sobre as leis. Diante dessas experiências, os antigos sistemas conceituais podem entrar em colapso e novos temas podem insistir em impor sua presença (THOMPSON, 1981, p. 17).

O autor entende que a cultura é um componente não passivo da análise histórico-social, as experiências são vividas, pensadas e sentidas pelos sujeitos. As pessoas não vivenciam sua própria experiência como ideias, no âmbito do pensamento e seus procedimentos:

[...] Elas também vivenciam sua experiência como sentimento e tratam esse sentimento na cultura, como normas, obrigações familiares e de parentesco e reciprocidades, como valores ou (através de formas mais elaboradas) na arte ou convicções religiosas (THOMPSON, 1981, p. 189).

O processo de construção do conhecimento, para o autor, é realizado na interação entre sujeito e objeto de forma dialética, e é elaborado por meio de dois diálogos “[...] primeiro, o diálogo entre o ser social e a consciência social, que dá origem à experiência; segundo, o diálogo entre a organização teórica (em toda a sua complexidade) da evidência, de um lado, e o caráter determinado de seu objeto, de outro” (THOMPSON, 1981, p. 42).

A partir do diálogo entre o ser social e a consciência social, foi possível acessar a experiência das mulheres, e com elas elaborar um quadro de indicações de plantas segundo sintomas e doenças.

Na entrevista, a Mulher 1, moradora da cidade de Pires do Rio, nos recebeu em sua casa, nos levou até seu quintal, nos explicou a dificuldade das mulheres após o parto e nos mostrou várias plantas que ela cuida e fornece para seus vizinhos, amigos e familiares. Ressaltou que muitas

espécies foram perdidas com o avanço da agricultura na região, pois árvores foram derrubadas e plantas queimadas na produção de pastos para a pecuária. Com isso, não pode fazer mais remédio, usando apenas as plantas que ela possui no seu quintal. Ela não soube responder como aprendeu o uso das plantas e suas indicações, afirmou que a experiência e o conhecimento foram adquiridos ao longo de sua vida, dia a dia, e já conseguiu ajudar muitas mulheres, em razão da grande demanda de atendimento médico na região. A cidade de Pires do Rio possui um hospital mantido pelo poder público da cidade.

A Mulher 2 mora na cidade chamada Palmelo, com tradição religiosa baseada no espiritismo. Mas ela, licenciada em psicologia, diz ser em casa, em seu jardim e quintal que encontra condições para ajudar outras mulheres. Recebeu-nos em sua casa, situada em zona rural, apresentou-nos o seu quintal e as suas plantas, devidamente protegidas do sol intenso e dos predadores. Entre as plantas, ela destacou aquelas que podem ser fervidas na água para beber ou colocadas no banho do recém-nascido. Além dos conhecimentos adquiridos na universidade, no curso de Psicologia, destacou as conversas com outras mulheres de sua família e da cidade como fonte de informação. Ressaltou, ainda, que o quintal é um lugar de saúde, devido à produção de alimentos sem agrotóxicos e o cultivo das plantas consideradas, por ela, medicinais.

A mulher 3, moradora da cidade de Urutaí, alertou que remédios vendidos em farmácias não podem ajudar as mulheres após terem filhos. Além de serem caros, podem causar outros problemas e envenenar bebês através do leite materno. Ela enfatizou que criou seus filhos e netos usando as plantas de seu quintal, por isso, são adultos saudáveis. Segundo a entrevistada, aprendeu o uso de plantas e indicações com outras mulheres de sua família, e desde criança, observava atentamente o que era explicado, além de acompanhar a mãe na busca de plantas na região rural onde vivia. Ela também considera que a oração é fundamental, seja na benzedura com certas folhas que passam pelo corpo do paciente, seja no preparo de remédios.

A mulher 4, moradora da cidade colonial de Santa Cruz, compartilha o conhecimento que recebeu da avó com outras mulheres de sua família e da cidade. Ela procura ajudar nos cuidados após o parto e na cura de crianças quando estão com dor ou precisam de cuidados com a pele. Mencionou que muitas plantas já não podem ser encontradas na natureza porque os proprietários de terras da região derrubaram e queimaram muitas espécies importantes usadas para fazer garrafadas e chás.

A mulher 4, moradora da cidade de Ipameri, uma cidade que possui assistência médica especializada no tratamento da saúde feminina e de pediatria, relata que seu jardim possui várias plantas que são cuidadosamente amadas, e que as oferece às vizinhas e mulheres da família em várias ocasiões. O cuidado para ela se refere à proteção das plantas e como elas podem auxiliar outras pessoas, mulheres e homens. Entre as indicações de plantas estão as que se destinam aos casos de gripes ou resfriados, problemas renais ou estomacais, além das específicas para as crianças recém-nascidas com cólicas ou icterícia.

A mulher 5 reside na cidade de Cristianópolis, uma cidade com tradição religiosa protestante que surgiu a partir de disputas com moradores católicos. Ela não mencionou a sua orientação religiosa, mas mantém um quintal com várias plantas que são utilizadas em diversos momentos e oferecidas para os familiares e vizinhos. Afirma que o conhecimento sobre o uso das plantas, ela recebeu da mãe, que recebeu da avó, e que é um conhecimento de mulheres.

Considerações Finais

No centro do Brasil, no estado de Goiás, muitas cidades são pequenas, em número de habitantes e extensão territorial e, mesmo com avanço de políticas de saúde, a assistência do poder público é escassa. Assim, o acesso aos direitos básicos à saúde é negligenciado, principalmente, no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, na atenção à gestação, parto e puerpério, e em outras situações de saúde provenientes do trabalho e do cotidiano.

Com esta pesquisa compreendemos que, como forma de sobrevivência ao abandono da saúde pública, as mulheres mantêm relações de ajuda mútua e possuem as práticas culturais como mediadoras desse processo, seja utilizando plantas medicinais, cultivando pomares, realizando bênçãos ou orações.

Por meio da história oral, buscou-se compreender e construir um quadro histórico e cultural das práticas realizadas pelas mulheres nas cidades de Ipameri e Pires do Rio, com mais de 15 mil habitantes, e Urutaí, Santa Cruz de Goiás e Palmelo, que possuem menos de 5 mil habitantes cada. Com a investigação avançou-se, teoricamente, no debate sobre os direitos das mulheres e/ou sobre a ausência desses direitos.

Entendemos os direitos como suporte legal para a sobrevivência dos corpos femininos, direitos que, claramente, tornam a vida possível, uma vez que o corpo da mulher tem necessidades únicas, e geralmente urgentes, como as que envolvem a fertilidade, gravidez e parto. Mas também as que advêm de situações de exposição dos corpos ao trabalho exaustivo e até mesmo sem proteção, como, por exemplo, situação de quedas e luxações.

Evidenciamos que, entre as mulheres entrevistadas, é comum a experiência adquirida e cultivada ao longo da sua existência. Esse conhecimento, transmitido oralmente por gerações de familiares, é também responsável pela saúde e manutenção da vida em locais onde a saúde pública está ausente.

Por fim, outro aspecto de suma importância, na prática dessas mulheres, é o respeito à natureza e a conservação do meio ambiente, pois ao cultivarem plantas e árvores de forma a aproveitar as folhas, caules e seiva promovem a preservação da espécie.

Referência

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALMEIDA, E.R *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev. Panam Salud Publica**, v.42, p.180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180>. Acesso em: 5 mar. 2020.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.23, n. 2, p. 352, maio/ago.2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/wYWJZYQrcvnxVjx6q88M6f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 2, p. 401-438, maio/ago.2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339930896012>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BEAUVOIR, Simone de, **El segundo sexo**. México, Siglo Veinte, 1995. Disponível em: http://ifdc6m.juj.infed.edu.ar/aula/archivos/repositorio/0/114/Beauvoir_Simone_de_El_segundosexo.pdf. Acesso em: 10 fev. 2015.

BOSI, Alfredo. Narrativa e Resistência. **Itinerários**, Araraquara, n.10, 1996.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

CARVALHO, Layla Pedreira. **Políticas de Saúde para as mulheres**: interseccionalidades e disputas da sociedade civil organizada. 10º Encontro Associação Brasileira de Ciência Política, Ciência Política e a Política: Memória e Futuro, Belo Horizonte, 30 de agosto a 02 de setembro de 2016. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/system/files/documentos/eventos/2017/04/politicas-saude-para-mulheres-interseccionalidades-e.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 6 jun.2019.

COLLIN, Françoise. Praxis de la diferencia. Notas sobre lo trágico del sujeto, en Praxis de la diferencia. **Liberación y libertad**, Barcelona, Icaria, p.21-42, 2006,

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627 - 637, 2005. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GARRIDO, Joan Del Alcàzar i. As fontes orais na pesquisa histórica: uma contribuição ao debate. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 13, n. 25/26, p.33-54, 1992.

PORTELLI, Alessandro. História oral e memória. **História e Perspectivas**, Uberlândia, v. 50, p.197-226, jan./jun. 2014.

SEPÚLVEDA, Maira Alcía Carrillo. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno - infantil**. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>. Acesso em: 6 jun. 2019.

SOUTO, Kátia ; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul/set 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPPmt/> Acesso em: 6 dez. 2021.

THOMPSON, Edward Palmer. **A formação da classe operária**: A árvore da liberdade. 2ª ed. Tradução Denise Bottmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

THOMPSON, Edward Palmer. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**: uma crítica ao pensamento de Althusser. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

Recebido em 30 de junho de 2022.

Aceito em 16 de agosto de 2022.